

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
**FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y
PODOLOGÍA**
Departamento de Enfermería



**LA ENFERMERÍA Y LA PRÁCTICA AVANZADA: SU
DESARROLLO EN ESPAÑA**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Ana María Giménez Maroto

Bajo la dirección de los doctores

Máximo González Jurado
Juana María Hernández Conesa
Enrique Pacheco del Cerro

MADRID, 2013



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y
Podología
Departamento de Enfermería



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología
Departamento de Enfermería

TESIS DOCTORAL

LA ENFERMERÍA Y LA PRÁCTICA AVANZADA: SU DESARROLLO EN ESPAÑA

Ana M^a Giménez Maroto

Madrid, 2012

Directores:

Dr. D. Máximo González Jurado
Dra. D^a. Juana M^a Hernández Conesa
Dr. D. Enrique Pacheco del Cerro

TESIS DOCTORAL

LA ENFERMERÍA Y LA
PRÁCTICA AVANZADA:
SU DESARROLLO EN
ESPAÑA

Directores:

Dr. D. Máximo González Jurado
Dra. D^a. Juana M^a Hernández Conesa
Dr. D. Enrique Pacheco del Cerro

Ana M^a. Giménez Maroto

**Para Rafa, Pablo y Jaime, que
sois lo mejor que me ha pasado.**

AGRADECIMIENTOS

A mis directores de tesis, Dr. Máximo González Jurado, Dra. Juana Hernández Conesa y Dr. Enrique Pacheco del Cerro, por confiar en mí, por su paciencia y por su aliento continuo.

A la profesora Pilar Arroyo Gordo, con cuyo consejo profesional tengo la suerte de poder seguir contando después de muchos años.

A la Dra. Pilar Serrano Gallardo, por estar siempre a mi lado, tanto personal como profesionalmente.

A Cristina Escudero Gómez, por su apoyo como documentalista, pero sobre todo por la demostración que me ha hecho de su inmensa amistad.

A los compañeros del Consejo General de Colegios de Enfermería, que me han proporcionado orientación y soporte técnico, y en especial a la Dra. Alina Souza, por su extraordinaria amabilidad, y a D. Fernando Gómara por poner a mi disposición su valiosa experiencia y creatividad en el diseño editorial.

A mi amiga y compañera de profesión, Judit Vaquero, Nurse Practitioner en el Estado de Florida, cuyo conocimiento ha sido muy útil para localizar las fuentes de información adecuadas.

A mis compañeros de trabajo de la Subdirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que me han ofrecido su colaboración en todo momento y me han animado cada día.

Y a mi familia y amigos, cuya existencia da sentido a todo y hace posible cualquier empresa.

INDICE

1. Introducción

1.1. La Enfermería en el contexto global del cuidado de la salud	11
1.2. La especialización enfermera y la práctica avanzada	25
1.3. Justificación.	34

2. Hipótesis y objetivos

43

3. Metodología

47

4. Resultados

4.1. EEUU	55
4.2. Canadá	69
4.3. Australia	76
4.4. Irlanda	82
4.5. Reino Unido	89
4.6. España	98
4.7. Comparación entre modelos de Enfermera de Práctica Avanzada y el modelo de Enfermera Especialista en España	113

5. Discusión

161

6. Conclusiones

185

7. Bibliografía

191

8. Anexos

8.1. Definición y características de la EPA	221
8.2. Competencias del Continuo de Cuidados Enfermeros	225
8.3. Competencias de la Enfermera de Práctica Avanzada	257

1

Introducción

1. INTRODUCCIÓN

1.1. La Enfermería en el contexto global del cuidado de la salud

Una de las características del contexto actual del cuidado de salud es la escasez de recursos humanos sanitarios, lo que constituye un grave problema global porque pone muchas vidas en riesgo. De acuerdo a las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), son necesarios más de 800.000 médicos y enfermeras para cubrir el déficit mundial, y el número de los que se están formando y educando está lejos de ser suficiente, especialmente en África, que es precisamente donde la necesidad es mayor.¹

Los perfiles demográficos¹, como el envejecimiento de la población en nuestro entorno;² los movimientos migratorios, generalmente procedentes de los países con menos recursos hacia los más desarrollados;^{3,4} la aparición de nuevas enfermedades y la cronificación de otras ya existentes; la facilidad de acceso a la información que proporcionan las nuevas tecnologías y los avances en los medios técnicos utilizados para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, son solo algunos de los cambios observados que modifican el patrón epidemiológico de la población, los valores y las expectativas de los ciudadanos en materia de salud y la relación del profesional sanitario con el paciente⁵. Además, otros factores como la creciente complejidad de las organizaciones sanitarias en los países desarrollados, la búsqueda permanente de modelos de financiación, gestión y desarrollo profesional y la evaluación de la calidad de la atención, también son característicos de la prestación de servicios de salud actualmente⁶.

En este contexto, los recursos humanos sanitarios disponibles y la cualificación de los profesionales constituyen factores determinantes para asegurar la cobertura y accesibilidad al servicio sanitario y la calidad del mismo.

Los cambios observados en el contexto del cuidado de la salud están determinando un mayor protagonismo de los profesionales de la Enfermería, así como el desarrollo de nuevos

¹ La proyección demográfica que publica Eurostats realizada con datos de 2008 muestra que en 2030 el rango de población de más de 65 años en la Unión Europea se espera que se encuentre entre el 10,4% y el 37,3%. En el 2008, el rango se encontraba entre el 9,1 % y el 26,8 %. La población de mayores de ochenta años será la que registre un crecimiento más rápido.

modelos de gestión de los recursos humanos sanitarios, la aparición de nuevos perfiles de enfermeras^{II} y la necesidad de aumentar el nivel de formación y educación de los profesionales.

Protagonismo enfermero en la Atención Primaria de Salud

La mayor parte de la fuerza de trabajo en salud la constituyen los 35 millones de enfermeras y matronas existentes en el mundo⁷ cuya competencia profesional se encuentra en el foco de atención de los organismos internacionales y de las políticas sanitarias de los países, ya que los profesionales de la salud no solo tienen que aumentar en número, sino que también tienen que tener una mayor capacidad de respuesta a las necesidades prioritarias y emergentes de sus países.

La OMS reconoce que la renovación de la Atención Primaria de Salud está estrechamente ligada con la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y considera que la contribución de las enfermeras y matronas es esencial para llevar a cabo la reforma de las áreas clave de la agenda de renovación de la Atención Primaria de Salud, que incluyen la cobertura universal, la prestación de servicio, la política pública, el liderazgo y el compromiso y participación de los ciudadanos⁸. Sin embargo, también identifica la existencia de barreras estructurales que provienen del sistema de salud, del tamaño del sistema público, de las organizaciones profesionales y de las instituciones educativas, que impiden la transferencia del aprendizaje relacionado con los modelos exitosos de atención primaria de una comunidad o país a otro. Entre los factores clave de estas barreras se encuentran el que no se permita el desarrollo completo del alcance potencial de la práctica de enfermeras y matronas y la falta de conocimiento y habilidades debido a una educación insuficiente.^{1,9}

Las Directrices Estratégicas para el fortalecimiento de los servicios de enfermeras y matronas entre 2011 y 2015,¹⁰ proporcionan un marco para la acción colaborativa que permita mejorar los resultados de salud de los individuos, familias y comunidades a través de la prestación de servicios enfermeros y de matronas competentes, culturalmente sensibles y basados en la evidencia científica. Estas directrices se concretan en áreas clave de resultados que contienen acciones dirigidas a resolver los factores que obstaculizan la habilidad de las

^{II} El género femenino es utilizado con carácter inclusivo para nombrar a los profesionales de la Enfermería de ambos sexos.

profesiones de enfermera y matrona para alcanzar ese objetivo común y contribuir eficazmente a la renovación de la atención primaria y a la salud global de la agenda de la OMS. Estos factores incluyen pobres condiciones de trabajo, falta de participación en la toma de decisiones, excesiva carga de trabajo y oportunidades limitadas para el desarrollo de carrera profesional, alta migración interna y externa, que resulta en escasez de profesionales en zonas rurales y remotas e inversión insuficiente en formación y educación básica y posbásica, que tiene como consecuencia el que las instituciones educativas cuenten con pocos recursos humanos y que los líderes, gestores y asistenciales no tengan las habilidades adecuadas.

El papel esencial de las enfermeras en la transformación del sistema de salud de los EEUU se ha puesto también de manifiesto en el informe *The Future of Nursing, leading change, advancing health*¹¹. Después de examinar la capacidad de la fuerza de trabajo enfermera para satisfacer las demandas de una reforma del sistema público de salud, el informe concluye que las enfermeras tienen las características y conocimientos necesarios para efectuar amplios cambios en el sistema de salud: *“Su proximidad regular a los pacientes y su comprensión científica de los procesos de salud a lo largo del continuo del cuidado, les proporciona una capacidad única para actuar como participantes junto a otros profesionales de la salud y liderar la mejora y el rediseño del sistema de salud. Pueden tender un puente para salvar el vacío entre la cobertura y el acceso, coordinar el cada vez más complejo cuidado de un amplio rango de pacientes, desarrollar al completo su potencial en la atención primaria de acuerdo a su educación y entrenamiento y hacer realidad el valor económico de sus contribuciones en todos los sitios de práctica. Además, un prometedor campo de evidencia vincula el cuidado enfermero con la alta calidad del cuidado y la seguridad de los pacientes”*.

Los cuatro mensajes clave del informe son los siguientes:

1. Las enfermeras deben practicar con toda la extensión que permite su entrenamiento y educación.
2. Las enfermeras deben alcanzar más altos niveles de educación y entrenamiento a través de una mejora del sistema educativo que promueva sin apariencias la progresión académica.
3. Las enfermeras deben participar plenamente, junto a médicos y otros profesionales sanitarios, en el rediseño del cuidado de la salud en los EEUU.
4. Se requiere una mejora en la recolección de datos y en la infraestructura de información para la planificación de recursos y la realización de políticas efectivas.

Mediante la Declaración de Munich¹² en junio del 2000, la OMS instó a los países de la región europea a un mayor desarrollo de la profesiones de enfermera y de matrona, por su

papel específico y por su contribución al desarrollo de la salud y provisión de cuidado sanitario en la región. En el 2001 se puso en marcha la Estrategia para la Educación de Enfermeras y Matronas en Europa, con la intención de que esta fuera un marco para el cambio¹³.

En 2008/2009 se realizó una encuesta en los 53 estados europeos miembros de la OMS para monitorizar el progreso de la estrategia, a la que respondieron 35 países¹⁴. Las respuestas reflejaron que el incremento de las situaciones de cronicidad y de cuidados a largo plazo, la necesidad de adecuar los recursos humanos y el presupuesto de financiación sanitaria, y poder disponer de sistemas de salud sostenibles, son los principales retos de salud pública en la región. Los países informaron, asimismo, que entre las acciones que están llevando a cabo se encuentran la ampliación del alcance de la práctica de enfermeras y matronas y la delegación de algunos roles de estas profesionales en ayudantes o asistentes sanitarios.

Los desafíos a que se enfrenta la Unión Europea (UE) en materia de recursos humanos sanitarios, que son comunes a todos los Estados Miembros, se han señalado en el denominado “Libro Verde”, informe elaborado por la Comisión Europea (2008)¹⁵ sobre el personal sanitario, en el que se plantea un debate sobre esta cuestión, a la vez que se identifican las acciones que pueden ser adoptadas por los Estados Miembros.

Este informe señala como factores especialmente relevantes por su influencia sobre las políticas de recursos humanos sanitarios en la UE el fenómeno demográfico (envejecimiento de la población general y de los profesionales sanitarios), la capacidad de salud pública, la formación del personal sanitario, la movilidad de profesionales dentro de la UE, la migración desde países más pobres, la escasez de datos para apoyar la toma de decisiones, el impacto de las nuevas tecnologías, el papel de las empresas sanitarias profesionales y la política de cohesión.

En el análisis y discusión de las posibles áreas de acción planteadas, así como de las experiencias de los Estados Miembros en el desarrollo de estrategias para responder a estos retos, el papel de las enfermeras emerge como un recurso central, especialmente relacionado con la promoción de la salud y prevención de enfermedades, con la reducción de las desigualdades en salud y con la organización de servicios para el manejo de las enfermedades crónicas y de los cuidados a largo plazo en lugares cercanos a los domicilios.

Nuevos modelos de gestión de recursos humanos sanitarios

La posibilidad de realizar cambios en el *skill-mix*^{III} o combinación de competencias profesionales, se plantea como una estrategia importante para contribuir al uso eficiente de los recursos humanos sanitarios¹⁶. El coste de la dotación de personal en la atención de salud puede alcanzar más del 75% del coste de atención sanitaria y una solución para administrarlo adecuadamente es identificar la mezcla más eficaz de personal de acuerdo a los recursos disponibles¹⁷.

El *skill-mix* se lleva a cabo, directa o indirectamente, de diferentes maneras. El cambio se puede realizar directamente mediante la ampliación del rol y las competencias^{IV} de un grupo determinado de personal sanitario, mediante la sustitución de competencias entre diferentes grupos, a través de la delegación de tareas, hacia arriba y hacia abajo, entre los distintos niveles de profesionales de una misma profesión y desarrollando y realizando innovación en roles. El *skill-mix* se puede modificar de forma indirecta modificando la interrelación existente entre los servicios donde se prestan los cuidados, por ejemplo, reubicando una determinada prestación entre el hospital y la atención primaria (Tabla 1)¹⁹.

La combinación de competencias de los profesionales sanitarios varía mucho entre regiones y países porque está determinada por la disponibilidad de recursos, la cultura, los ámbitos de regulación, la tradición de la práctica y las características del sistema de salud. La mayor atención sobre la utilización de cambios en el *skill-mix* para mejorar el funcionamiento de los sistemas de salud se ha centrado en la combinación de competencias entre médicos y enfermeras²⁰.

^{III} El término *skill-mix* en este contexto se refiere tanto a la combinación de competencias necesarias para cada trabajo dentro de la organización sanitaria (conjunto particular de ocupaciones, grados o puestos de trabajo), como a la combinación de roles y actividades entre los profesionales de una misma categoría profesional o bien entre las diferentes categorías de personal.

^{IV} El término *competencia* se utiliza en este trabajo con el sentido de estar capacitado para algo, lo que implica tener los conocimientos, las habilidades y las actitudes necesarias para el desempeño de un determinado papel profesional o para proporcionar un servicio profesional específico. La competencia profesional de una enfermera describe las expectativas de resultado de un determinado rol laboral y actúa como punto de referencia contra el que se juzga la actuación individual.¹⁸

Tabla 1. Clasificación de las iniciativas de Skill-mix.

Clase	Acción	Definición
Cambio de roles	Intensificación	Incremento de la profundidad de un trabajo por la extensión del rol o de las habilidades de un grupo de trabajadores.
	Sustitución	Expansión de un trabajo, traspasando la división entre profesiones o intercambiando un tipo de trabajador por otro.
	Delegación	Traslado de la responsabilidad de una tarea arriba o abajo entre profesionales de la misma disciplina.
	Innovación	Creación de nuevos trabajos mediante la introducción de nuevos tipos de trabajadores.
Cambio en la interfaz de servicios	Transferencia	Traslado de la prestación de un servicio de un ámbito de atención a otro.
	Reubicación	Cambio de lugar de prestación de un servicio sin cambiar el equipo de profesionales que lo proporcionan.
	Enlace	Uso de especialistas en un sector de salud como apoyo en otro sector.

Fuente: Adaptado de Sibbald B, Shen J, McBride A. *Changing the Skill-mix of the healthcare workforce*, *Journal of Health Services Research and Policy*, 2004; 9(supl.1):28-38¹⁹.

Los cambios para la optimización de la combinación o mezcla de habilidades pueden responder a una variedad de motivos, como son la innovación en los servicios, la escasez de una determinada categoría de profesionales sanitarios en un área geográfica, la mejora de la calidad o el deseo de mejorar el coste-efectividad de la prestación de servicios. En un sistema sanitario se pueden dar varias de estas causas al mismo tiempo. Algunos de los principales factores conductores de la definición de políticas para la implementación de nuevos roles y combinación de competencias¹⁷ se resumen en la tabla 2.

Tabla 2. Nuevos roles y combinación de competencias: temas conductores, cuestiones e intervenciones posibles.

Tema conductor	Cuestiones	Posibles intervenciones
Escasez de la competencia específica.	Responder a la escasez de personal en determinadas ocupaciones o profesiones particulares.	Sustitución de competencias. Mejorar la utilización de las competencias disponibles. Desarrollar un nuevo rol.
Contención de costes.	Mejorar la gestión de costes de la organización, específicamente los del capítulo de personal.	Reducir los costes del personal o mejorar la productividad mediante cambios en la combinación de profesionales o en el nivel de sus competencias.
Mejora de la calidad del cuidado.	Mejorar calidad de la atención.	Mejorar la utilización y despliegue de competencias del personal mediante el logro de una mejor mezcla de profesionales y de roles.
Innovación tecnológica y nuevas intervenciones médicas.	Lograr el uso eficaz en función de los costes de la nueva tecnología y las intervenciones médicas.	Mantener el personal. Proporcionar nuevas habilidades. Introducir una combinación diferente o nuevo tipo de rol o de trabajador.
Nuevos programas o iniciativas del sector de la salud.	Potenciar al máximo los beneficios para la salud de los nuevos programas o iniciativas disponiendo de trabajadores apropiadamente cualificados.	Determinar cuál es la combinación de competencias más eficaz en función de los costes del personal requerido. Perfeccionar las habilidades del personal actual. Introducir nuevos roles.
Reforma del sector de la salud.	Lograr contención de costes, mejora de la calidad del cuidado y el desempeño y de la capacidad de respuesta de las organizaciones sanitarias.	Reestructurar. Rediseñar. Ajustar el trabajo. Introducir nuevos roles. Introducir nuevos trabajadores.
Cambios en el entorno legislativo/regulador (También puede ser una intervención posible)	Determinar los cambios en el alcance de la práctica de las diferentes ocupaciones y profesiones. Los cambios en el entorno legislativo. Ej. creación de una nueva especialidad.	Cambio o perfeccionamiento de roles Desarrollo de nuevas competencias requeridas. Introducción de nuevos trabajadores.

Fuente: Adaptado de Buchan J and Dal Poz MR. Skill Mix in the Health Care Workforce: Reviewing the Evidence. Bulletin of the World Health Organization 2002; 80(7): 575-580¹⁷.

Desarrollo de nuevos perfiles enfermeros

El desarrollo de nuevos perfiles de enfermeras se viene utilizando desde hace años en algunos países como EEUU, Canadá y el Reino Unido como estrategia para responder a las necesidades de cuidados y mejorar los servicios de salud. Actualmente, las iniciativas para su desarrollo se han extendido globalmente, de manera que en países como Brasil, Corea, Sudáfrica, Nueva Zelanda o en los Países Bajos, se ha iniciado el proceso de definición de propuestas de formación y legislación específica para el desarrollo de perfiles de Enfermeras de Práctica Avanzada (EPA)²¹.

Recientemente, un estudio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico,²² ha revisado el desarrollo de enfermeras de práctica avanzada en 12 países desarrollados, especialmente de sus roles en atención primaria, y los resultados de la evaluación existente de su impacto en el cuidado de los pacientes y en el coste sanitario.

En este estudio se pone de manifiesto que una de las principales razones para el desarrollo de nuevos roles enfermeros es mejorar el acceso al cuidado de la salud en contextos caracterizados por la escasa disponibilidad de médicos, aunque también lo es la preocupación por aumentar la calidad del cuidado, mediante la creación, por ejemplo, de nuevos perfiles de enfermeras que permitan un seguimiento más estrecho de un determinado tipo de pacientes que lo requieran.

El desarrollo de nuevos roles enfermeros también es considerado una vía para contener el coste de los servicios sanitarios, ya que mediante la delegación a las enfermeras de tareas que tradicionalmente han realizado los médicos, se pueden mantener o aumentar los servicios con un coste menor. La mejora de calidad del cuidado también puede suponer una reducción del coste a largo plazo, debido a la prevención de las complicaciones de las enfermedades y a la disminución de las hospitalizaciones innecesarias.

En la tabla 3, se muestra un resumen de algunos estudios relevantes sobre los factores que motivan el desarrollo de enfermeras de práctica avanzada.

Tabla 3. Referencias de estudios sobre factores que motivan el desarrollo de enfermeras de práctica avanzada.

Factores	Referencias
Escasez de médicos	<p>Munding, M. O. (2002), "Twenty-first-century primary care: new partnerships between nurses and doctors", <i>Academic Medicine</i>, August, vol. 77, Issue 8.</p> <p>Buchan J., S. Baldwin, M. Munro (2008), "Migration of health workers: the UK perspective to 2006", OECD Health Working Papers, n° 38, OECD, Paris.</p> <p>Aiken L.H. and R. Cheung (2008), "Nurse workforce challenges in the United States: implications for policy", OECD Health Working Papers, n° 35, OECD, Paris.</p> <p>DREES (2009), "La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales", <i>Etudes et Résultats</i>, n°679, février.</p> <p>OECD (2010), <i>Achieving Efficiency Improvements in the Health Sector through the Implementation of Information and Communication Technologies</i>, OECD, Paris.</p>
Respuesta al cambio de la demanda de cuidados y promoción de la calidad de la atención	<p>Bourgueil Y., A. Marek, J. Mousquès (2006), "Soins primaires: vers une coopération entre médecins et infirmières –l'apport d'expériences européennes et canadiennes", rapport n°1624, <i>rapport d'études</i>, mars, IRDES, Paris.</p> <p>Polton D., M-L Delamaire, F. Midy (2004), "Infirmières, in Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale, Rapport de l'ONDPS, Tome 3, La Documentation Française.</p> <p>MacKee M., C-A Dubois and B. Sibbald (2006), "Changing professional boundaries", in Dubois C.A., McKee M., Nolte E. (eds) (2006), <i>Human resources for health in Europe</i>, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press.</p>
Respuesta al incremento del coste sanitario	<p>Hussey P.S. et al. (2009), "Controlling US health Care spending — separating promising from unpromising approaches", <i>The New England Journal of Medicine</i>, 11 November.</p>
Mejorar las perspectivas de carrera profesional para las enfermeras	<p>Aiken L.H. and R. Cheung (2008), "Nurse workforce challenges in the United States: implications for policy", OECD Health Working Papers, n° 35, OECD, Paris.</p>

Fuente: Resumen de factores señalados en Delamaire ML & Lafortune G. Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. Paris:OECD;2010²².

Dependiendo de cuales sean los factores que motivan su desarrollo, los roles que desempeñan las EPA pueden clasificarse principalmente en dos tipos:

- De sustitución de otro profesional: realizando pruebas y diagnósticos, y prescribiendo tratamientos que tradicionalmente han realizado solo los médicos, sin supervisión médica^V.
- De intensificación del rol enfermero: haciéndose cargo de nuevos servicios que no se prestaban previamente y del que los médicos tampoco antes se hacían cargo. Por ejemplo, nuevos programas para el manejo y continuidad del cuidado de enfermos crónicos.

La experiencia de los países en los que ejercen diferentes perfiles de EPA ha permitido identificar la complejidad que entraña su desarrollo, debido fundamentalmente a los diversos factores que actúan como facilitadores o como barreras para el mismo. En la tabla 4 se muestra un resumen de los factores que facilitan u obstaculizan el progreso de las estrategias políticas para el desarrollo de nuevos roles enfermeros²³.

^V Son considerados roles falsamente avanzados los de las enfermeras que realizan las tareas de sustitución bajo la supervisión del médico, en el sentido de que en esos casos no han progresado en su papel con respecto a los de otras categorías enfermeras.

Tabla 4. Resumen de factores que facilitan u obstaculizan las estrategias de desarrollo de nuevos roles enfermeros.

Factores	Elementos de análisis	
	Propósito	Resistencias/fomento
Políticos <ul style="list-style-type: none"> • Actores • Poder • Postura • Percepción 	Nuevos roles enfermeros deben ser consonantes con necesidades concretas del sistema de prestación de atención sanitaria.	Profesionales/asociaciones profesionales Gestores Políticos
Coste/beneficio de los procesos de reforma de los sistemas de prestación de asistencia sanitaria.	Lo que impulsa las necesidades de reforma de los sistemas en búsqueda de eficiencia, eficacia, calidad, . seguridad	Evidencia científica (demostración de coste, beneficio y calidad). Oposición de otras categorías de profesionales, principalmente médicos.
Nivel de desarrollo del sistema de prestación sanitaria.	Necesidad Demanda	Sistema de remuneración por prestación de servicios,.
Sistema de reglamentación y función de cada país: Directrices nacionales. Autonomía estatal, regional y local.	Financiación adecuada	Definición para ampliar el alcance de intervención especializada. La necesidad de una cultura de trabajo colaborativo y en equipo. Consideraciones legales.
Estructura: Organización de los servicios de atención primaria – inserción de enfermeros en la prestación de atención directa – definición de programación y normas estándares para consultas interprofesionales.	Consultorios individuales Consultorios colectivos	
Formación: Capacidad del sistema de educación para la formación de nuevos roles. Falta de personal de enfermería cualificado preparado para formación.		

Fuente: Reich, M. Political Analysis and Political Strategies, capítulo 4. En: Roberts, M., W. Hsiao, P. Berman, M. Reich. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. New York: Oxford University Press; 2004²³

El mencionado estudio de la OCDE²² señala los siguientes 4 factores principales como facilitadores o barreras para el desarrollo de roles de EPA:

- El interés profesional, materializado en las posiciones de las asociaciones profesionales médicas y enfermeras, que juegan un importante papel en determinar la posibilidad y la velocidad del desarrollo de estos roles, en función de la mayor o menor oposición de las asociaciones médicas.
- La organización y financiación del cuidado de salud influyen, sobre todo, en relación a la atención primaria, facilitando su desarrollo en el caso de los países donde la atención primaria se presta en grupos o equipos, en comparación con los países donde la atención primaria continúa siendo prestada por un médico solo.
- Legislación y regulación, que ha sido necesario modificar para evitar las barreras de la práctica en la mayoría de los países donde se ejercen roles de EPA. Un ejemplo de esas barreras es el derecho de las enfermeras para prescribir fármacos. En los países donde las responsabilidades sobre la prestación del servicio de salud y la regulación de los profesionales sanitarios está más descentralizada, los cambios legislativos que permiten ampliar el alcance de la práctica enfermera pueden variar dentro del propio país.
- La formación y educación tienen que garantizar que los programas están basados en una evaluación cuidadosa de las habilidades genéricas y específicas requeridas para cada clase de EPA y que su contenido y duración se ajustan a estas. En algunos casos puede ser necesario el refuerzo del currículum formativo de médicos y enfermeras con módulos de educación interprofesional, que les prepare para la colaboración y el trabajo en equipo.

Este estudio concluye que el desarrollo de nuevos roles enfermeros varía mucho entre los países analizados, porque este se encuentra en etapas de desarrollo e implementación diferentes. Las evaluaciones muestran que el grado de satisfacción de los pacientes es muy alto y que la utilización de las enfermeras de práctica avanzada puede mejorar el acceso a los servicios de salud, reducir los tiempos de espera y proporcionar la misma calidad que los médicos en el cuidado de pacientes con enfermedades menores. El impacto en el coste varía dependiendo de que el rol enfermero incluya la sustitución de tareas médicas, en cuyo caso el coste es igual o menor, o tareas enfermeras complementarias a las habituales, lo que conlleva un incremento del coste.

Mejoras en la educación y formación enfermera

El reconocimiento de que tanto el número como la cualificación de los recursos humanos sanitarios son clave para mejorar los resultados de salud ha despertado el interés por la educación y formación de los profesionales sanitarios. Se trata no solo de formar más profesionales, sino de que estén suficientemente bien formados como para satisfacer las necesidades de salud de la población de forma sostenible.

Las áreas específicas de intervención consideradas necesarias para aumentar globalmente el nivel de la formación de profesionales médicos y enfermeros, incluyen el refuerzo de los recursos e infraestructuras educativas, formar y retener a los profesores, hacer la educación y la formación relevante y apropiada para las necesidades de la población y descentralizar las ofertas educativas¹.

En la tabla 5, se muestra un resumen de las áreas de intervención y de las acciones recomendadas para aumentar el nivel de la formación de profesionales médicos y enfermeros.

Tabla 5. Resumen de las áreas clave de intervención y de las acciones recomendadas para aumentar el nivel de la formación de los profesionales médicos y enfermeros.

Área clave de intervención	Acciones recomendadas
Refuerzo de los recursos e infraestructuras educativas	Dotar a las instituciones educativas de los recursos estructurales básicos para incrementar el número de estudiantes. Mejorar la financiación y capacidad de gestión de las instituciones educativas.
Formación y retención de los profesores	Balance apropiado entre las tareas de docencia, investigación, servicio clínico y gestión de los profesores. Desarrollo de modelos de tutores clínicos. Colaboración entre instituciones sanitarias y docentes, públicas y privadas, dentro del mismo país o entre países. Ajuste del salario y condiciones laborales a las responsabilidades docentes.
Educación y formación relevante y apropiada para las necesidades de la población	Adecuación del currículum formativo al perfil epidemiológico del país o comunidad. Revalorización social y económica de la atención familiar y comunitaria. Formación multidisciplinar para favorecer el aprendizaje conjunto y el trabajo en equipo.
Descentralización de las ofertas educativas	Innovación en modelos de aprendizaje basados en la comunidad. Instituciones educativas ubicadas en la comunidad y evaluadas en función de los resultados en la salud de su área.

Fuente: WHO. Health Systems and Services. Report of the WHO/WHO/PEPFAR planning meeting on Scaling up Nursing and Medical Education. Geneva, October 2009¹.

La variabilidad existente en los niveles de la educación inicial de las enfermeras y matronas en el mundo, junto con el incremento de la complejidad en la prestación de cuidados y la necesidad de asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud, han motivado la propuesta de la OMS de unos estándares globales para la educación enfermera inicial²⁴, cuyo propósito es servir de referencia para la movilización y transformación de los sistemas de formación y aprendizaje hacia la producción de un resultado de competencia básica común. Estos estándares establecen la formación de primer nivel de grado universitario como requisito de educación inicial para enfermeras

y matronas, aunque la OMS reconoce que, al igual que para algunos países esto constituye un objetivo de futuro dadas las posibles dificultades particulares para su aplicación inmediata, para otros, este estándar se viene cumpliendo satisfactoriamente desde hace años.

Respecto a la formación de los profesionales sanitarios, el *Libro Verde* señala que los Estados Miembros de la Unión Europea tendrán que valorar qué tipos de especializaciones profesionales serán necesarias, teniendo en cuenta que los tratamientos sanitarios cambian por la introducción de nueva tecnología, los efectos del envejecimiento de la población sobre los patrones de enfermedad y el aumento de pacientes de edad avanzada con enfermedades crónicas¹⁵.

1.2. La especialización enfermera y la práctica avanzada

El Continuo de los Cuidados Enfermeros

El informe del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) sobre la escasez de enfermeras especialistas en el mundo, recoge la afirmación realizada por Buchan y Calman²⁰ sobre la importancia de conseguir equipos de cuidados con la combinación de competencias que requiera cada servicio de salud: *“Conseguir un equilibrio en la combinación de competencias profesionales, con una proporción óptima de enfermeras especialistas, de matronas, otros profesionales de salud, trabajadores de apoyo y auxiliares de enfermería, es uno de los principales problemas de personal que se plantean a la dirección de servicios enfermeros”*.

La preocupación por la seguridad de los pacientes en relación a los cambios en el *Skill-mix* o combinación de competencias de los profesionales, sin introducir controles eficaces y una clara comprensión de los deberes de responsabilidad, delegación y supervisión en las categorías de personal de enfermería, ha sido expresada por representantes de más de cien países²⁵.

Como respuesta a esa demanda de ordenación y definición de los diferentes perfiles de enfermeras y de otros trabajadores sanitarios del ámbito de los cuidados que se han generado en el mundo y que configuran el conjunto de la profesión enfermera, el CIE ha propuesto un Marco global del Continuo^{VI} de los Cuidados Enfermeros, desarrollado a partir del marco

^{VI} El término “Continuo” utilizado en la atención de salud es multidimensional y describe la relación entre los pacientes y el sistema de prestación de los cuidados de salud y las personas que utilizan sus servicios. Según el CIE, en este Marco se aborda el continuo de los cuidados desde la perspectiva de las funciones de la Enfermería.

revisado de competencias de la enfermera generalista al inicio de su ejercicio como profesional, que sirve de referencia para identificar las competencias que se esperan de los diversos trabajadores sanitarios dedicados a los cuidados enfermeros²⁶.

A partir de la definición de Enfermería adoptada por el CIE, este mismo Consejo ha propuesto la siguiente definición del Continuo de los Cuidados Enfermeros:

“Abarca los cuidados de enfermería dispensados mediante la práctica, autónoma y en colaboración, orientada a personas de todas las edades, a las familias y a los grupos y comunidades, enfermos o sanos, y en todas las situaciones. En este contexto, la Enfermería incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de las personas enfermas, discapacitadas y moribundas. Además, son también aspectos esenciales de la Enfermería la defensa del paciente, la promoción de un entorno saludable, la investigación, la participación en la definición de la política de salud y en la gestión de los pacientes y de los sistemas de salud y en la formación”.

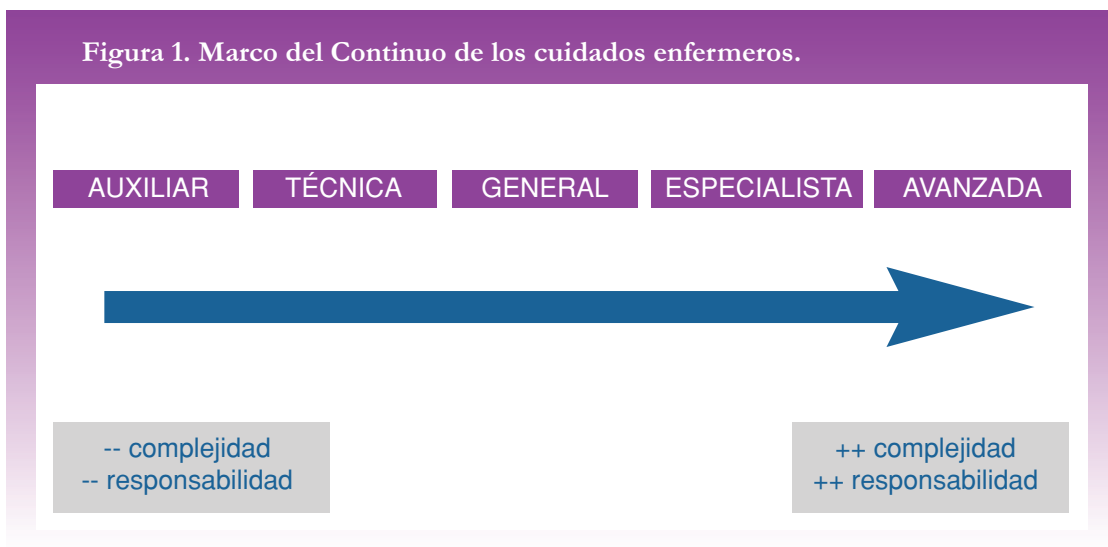
En el Marco de los cuidados enfermeros se abordan las siguientes categorías profesionales y se definen cada una de ellas teniendo en cuenta el concepto del Continuo²⁶ (figura 1):

1. Trabajador de Apoyo o Auxiliar (TA), es la denominación que se aplica al trabajador que ayuda directamente en los cuidados de enfermería dispensados en contextos institucionales o comunitarios, con las normas y bajo la supervisión directa o indirecta de las enfermeras. Son trabajadores remunerados que no están acreditados, ni autorizados por un órgano de reglamentación. No tienen legalmente definidos el ámbito de su práctica, ni su formación obligatoria, ni las normas de su práctica profesional. Las denominaciones de asistente o auxiliar de enfermería, trabajador auxiliar, trabajador a domicilio, auxiliar a domicilio, trabajador de cuidados personales, ayudante de cuidados de salud, y trabajador de salud de la comunidad son utilizadas comúnmente para nombrar a los trabajadores de esta categoría.
2. Enfermera Técnica (ET), es una persona autorizada para ejercer su profesión dentro de los límites de un ámbito de práctica definido y bajo la supervisión (directa o indirecta) de una enfermera especialista. Los títulos que pueden aplicarse a esta categoría son los de enfermera técnica o enfermera técnica acreditada.
3. Enfermera Registrada o Generalista (ER o EG), es una profesional de atención de salud autorregulada que trabaja de manera autónoma y en colaboración con otros y a) ha completado

con éxito un programa de formación aprobado por el Consejo/Junta de Enfermería; b) ha pasado las necesarias evaluaciones establecidas por la Junta/Consejo de Enfermería para entrar en la profesión; y c) sigue cumpliendo las normas establecidas por el Consejo/Junta de Enfermería. Los términos de enfermera profesional acreditada o cualificada acreditada se emplean en un sentido similar.

4. Enfermera Especialista Superior (EES), es definida como una enfermera con una preparación superior a la de una enfermera generalista, con experiencia avanzada en una rama del campo de la Enfermería y que está autorizada para la práctica como especialista. La práctica especializada incluye las funciones clínica, docente, de administración, investigación y asesoría.
5. Enfermera de Práctica Avanzada (EPA), es una enfermera registrada que ha adquirido una base de conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para ampliar la práctica, cuyas características se conforman según el contexto y el país en el que se acredita. Para el acceso a este nivel se recomienda el grado de máster.

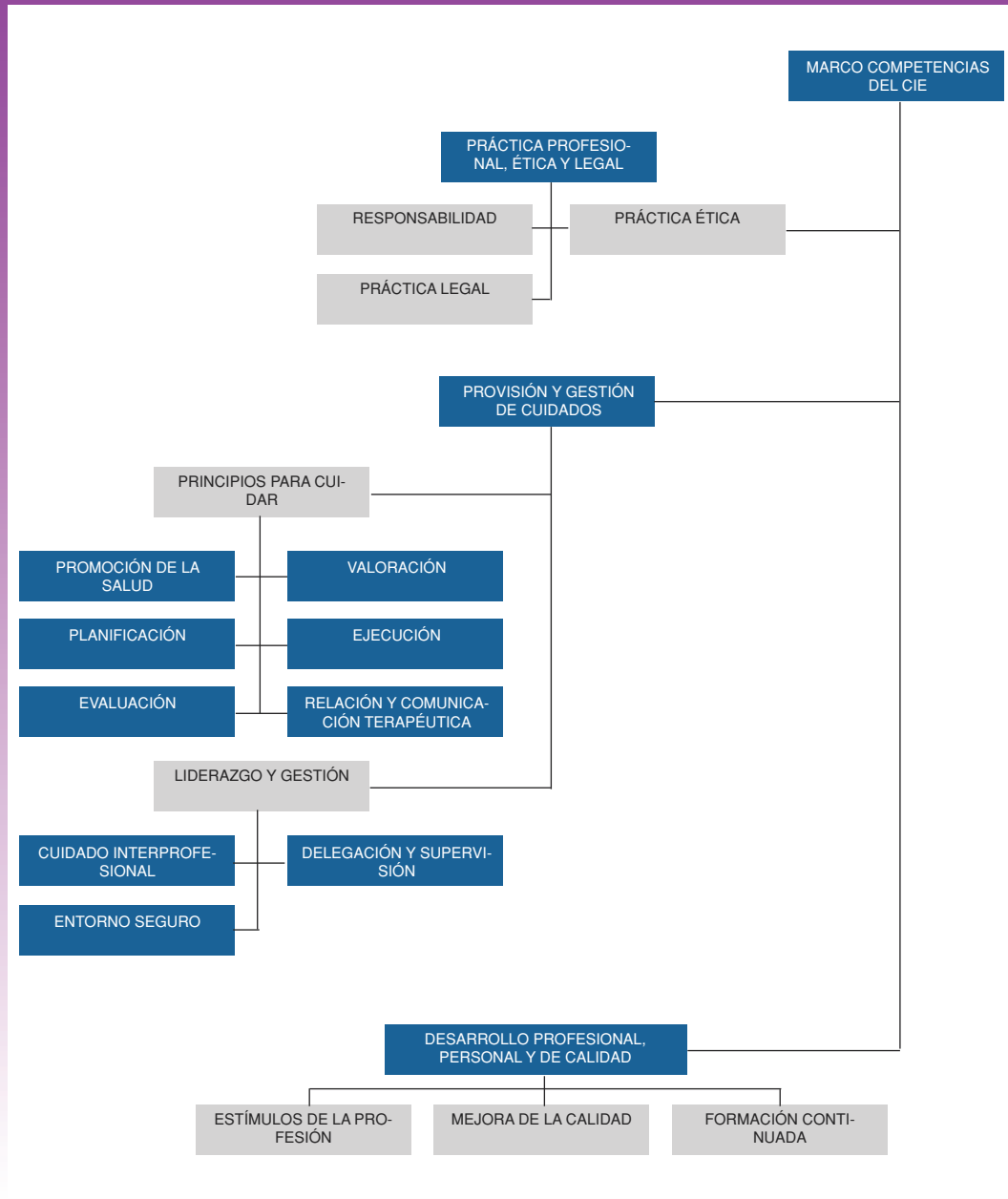
Figura 1. Marco del Continuo de los cuidados enfermeros.



Las competencias del Marco se agrupan en los tres grupos siguientes, que se representan en la figura 2:

- Práctica profesional, ética y legal.
 - Responsabilidad.
 - Práctica ética.
 - Práctica legal.
- Prestación y gestión de cuidados.
 - Principios para cuidar.
 - Promoción de la salud, valoración, planificación, ejecución, evaluación, relación y comunicación terapéutica.
 - Liderazgo y gestión.
 - Cuidado interprofesional, delegación y supervisión, entorno seguro.
- Desarrollo profesional, personal y de mejora de la calidad
 - Estimulación de la profesión.
 - Mejora de la calidad.
 - Formación continuada.

Figura 2. Marco de competencias enfermeras



Fuente: Consejo Internacional de Enfermeras (2008). Marco y competencias para el Continuo de los cuidados de Enfermería. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería²⁶.

Origen y evolución del concepto de Enfermera de Practica Avanzada

El término “práctica avanzada” unido o aplicado a la Enfermería apareció por primera vez en la literatura enfermera en los años 80, haciendo referencia a los nuevos roles que estaban desempeñando algunos tipos de enfermeras norteamericanas, responsabilizarse de ciertas prácticas sanitarias que tradicionalmente habían realizado otros profesionales de la salud, fundamentalmente los médicos²⁷.

Fue en los EEUU donde surgió en los años 60 la figura de una enfermera que se responsabilizaba de atender las necesidades de salud de la población que no tenía acceso a los servicios sanitarios, generalmente de zonas rurales alejadas de los focos urbanos y con escasez de médicos. Cuando esa práctica enfermera se extendió y se comenzaron a ofertar programas de formación específica, recibió el nombre de Nurse Practitioner (NP)^{VII}. Durante las últimas dos décadas el trabajo de las NP's se ha extendido a todos los ámbitos de servicios sanitarios y a todas las zonas geográficas en los EEUU²⁸.

La práctica clínica de la NP fue la precursora de lo que unos años después se denominó “Enfermera de Práctica Avanzada”, dando lugar a la identificación de ambos conceptos como equivalentes.

Con el paso del tiempo, la evolución de otros perfiles enfermeros, ya existentes en los EEUU cuando se desarrolló la NP, como el de Certified Clinical Nurse Specialist y el de Certified Register Nurse Anesthetist,^{VIII} también son considerados actualmente como Enfermeras de Práctica Avanzada (EPA)³⁰.

^{VII} No se ha encontrado una traducción adecuada en cuanto a su significación para la denominación de Nurse Practitioner, la traducción literal como Enfermera Practicante no informa correctamente del significado. Esta es la razón por la que se ha decidido utilizar este término en inglés.

^{VIII} Una traducción al español del término Clinical Nurse Specialist, bastante aproximada a su significado en el contexto sanitario español, podría ser la de Enfermera Especialista Clínica. La traducción literal al español de Certified Register Nurse Anesthetist es Enfermera Anestésista, pero se ha optado por mantener las denominaciones originales de los títulos porque el sentido de su significado está ligado al contexto del país en el que se han generado. De acuerdo al CIE, el registro significa que ha completado el programa educativo establecido por el órgano regulador de la profesión enfermera y, en su caso, que ha aprobado el examen que le permite obtener la licencia para ejercer. En el contexto español una enfermera registrada es una enfermera titulada universitaria y colegiada. La certificación es el reconocimiento formal de los conocimientos, habilidades y experiencia demostrados con el cumplimiento de los estándares definidos por la profesión²⁹.

Esto mismo ha ocurrido en otros países, como el Reino Unido y Canadá, y el desarrollo de nuevos roles enfermeros que incorporan una extensión de la práctica tradicional en cuanto al nivel de autonomía profesional para la toma de decisiones, están siendo igualmente considerados de práctica avanzada en varios países europeos,³¹ de forma que el espectro de perfiles enfermeros que conforman la práctica enfermera avanzada se ha ido ampliando.

Una revisión internacional reciente ha identificado hasta 13 nombres o títulos distintos de enfermeras de práctica avanzada³². Aunque es manifiesto que el concepto de EPA engloba actualmente una variedad de perfiles enfermeros, con diferentes competencias y prácticas según el país en el que se desarrollan, la necesidad de diferenciar operativamente la práctica avanzada y el perfil de NP es una preocupación que todavía se puede identificar en la literatura enfermera³³.

Las publicaciones sugieren que la idea de la práctica enfermera especializada surgió en los Estados Unidos en la década de los años 40 y 50, después de la II Guerra Mundial^{34;35}, aunque la referencia a la especialización de las enfermeras ya aparece discutida por DeWitt, en el artículo “Specialities in Nursing”, publicado en 1900 en el primer número de la revista *American Journal of Nursing*³⁶.

La necesidad de mejorar la educación de las enfermeras en los EEUU, que puso de manifiesto el informe Goldmark³⁷ a finales de 1930, hizo que durante los años siguientes la especialización de las enfermeras se enfocara principalmente a la adquisición de competencias en docencia y administración. Fue posteriormente, en el año 1948, tras el informe de Lucille Brown, *The Future of Nursing*, en el que se señalaba que se estaba poniendo demasiado énfasis en la formación de enfermeras docentes y gestoras a expensas del cuidado del paciente, cuando se empezó a desarrollar la figura de Clinical Nurse Specialist³⁸.

El concepto de enfermera especialista ha ido evolucionando desde entonces,³⁹ pero desde sus inicios, aparece implícita o explícitamente en sus descripciones la idea de práctica avanzada

^{ix} James Fulton³⁹, en “Foundations of Clinical Nurse Specialist Practice”, realiza una selección de las primeras publicaciones en las que se describía el rol de la enfermera especialista clínica y sus competencias. Algunos de los términos utilizados en esas descripciones son: independiente, líder, modelo de expertía, desarrollo de nuevas prácticas, responsabilidad, preparación y educación especial, conocimiento y competencia avanzada, etc.

como algo consustancial a ese perfil^{IX}.

En el informe sobre regulación de la Enfermería, realizado por el CIE en 1986, se define a la enfermera especialista como la que tiene educación y experiencia avanzadas en una rama de la Enfermería⁴⁰. Este concepto forma parte de la definición actual que proporciona el CIE de enfermera especialista²⁶.

Según Hanson y Hamric⁴¹ no todas las enfermeras especialistas son enfermeras de práctica avanzada, ya que esto depende de cuál haya sido su evolución profesional. El modelo de evolución de los perfiles de enfermera de práctica avanzada, propuesto por estas autoras, se produce en tres etapas o estadios:

Estadio 1. Una especialidad se desarrolla en la práctica. La especialidad emerge como respuesta a necesidades no cubiertas en el sistema de salud, particularmente, necesidades de los pacientes que con frecuencia conllevan actividades no valoradas por los médicos y que no son consideradas propias del rol enfermero. En esta etapa, la enfermera adquiere nuevas competencias en el sitio de trabajo y expande su práctica para incluirlas. En los EEUU, la coordinación de investigación clínica¹⁰ podría ser un ejemplo de especialidad enfermera emergente en este estadio.

Estadio 2. Desarrollo de formación organizada para la especialidad. La formación puede ser específica de un servicio o institución y se caracteriza por el modelo de aprendiz. Las actualmente denominadas Certified Registered Nurse Anesthetist, la Certified Nurse-Midwife¹¹ y la Certified Nurse Practitioner, son ejemplos de especialidades enfermeras que comenzaron con estos programas de formación no académica.

Estadio 3. Se desarrolla la formación académica con currículum estandarizado para la formación especializada.

Con posterioridad, Salyer y Hamric⁴³ propusieron añadir un cuarto estadio:

Estadio 4. La especialidad está bien articulada, es reconocida por los proveedores de

^X La Enfermera coordinadora de investigación clínica, todavía no tiene un perfil claramente definido, pero cada vez es más frecuente que forme parte del equipo de investigación de ensayos clínicos. Se encarga fundamentalmente de la recogida de datos, de la realización de los procedimientos necesarios para el estudio, de la consulta clínica y el contacto frecuente con los pacientes y de la gestión regulada del proceso. Su papel se está demostrando como muy útil y satisfactorio⁴².

^{XI} La "Certified Nurse-Midwife" es en los EEUU la enfermera-matrona especializada con certificación para la práctica en ginecología y obstetricia.

servicios de salud y se desarrollan los exámenes para obtener la certificación del título.

Sin embargo, según Fulton³⁹, la evolución del perfil de Clinical Nurse Specialist (CNS) no se ajusta a este modelo, ya que emergió como práctica especializada concebida por la Enfermería para satisfacer un vacío en la práctica clínica experta, y se inició intencionadamente con el requisito de una formación de grado académico. Nunca existieron programas no universitarios para la formación de CNS.

El modelo alternativo de evolución del perfil de CNS propuesto por esta autora (2010) es el siguiente:

Estadio 1. Los descubrimientos científicos, el conocimiento y la tecnología crean la necesidad en la población de un área nueva de servicios enfermeros. La CNS, ejerciendo en las diferentes especialidades, busca conocimiento especializado de distintas fuentes, ya que nadie es dueño del conocimiento.

Estadio 2. La CNS combina el conocimiento científico nuevo con la experiencia clínica existente e identifica el nivel y tipo de cuidado enfermero necesario para satisfacer las necesidades de la población.

Estadio 3. La CNS proporciona liderazgo a los servicios enfermeros en el área de su especialidad para diseminar el conocimiento y ejercer de modelo y de tutor, entre otras actividades. Desarrolla normas y estándares de cuidados para la práctica enfermera en la especialidad. Dependiendo del alcance de la práctica de la nueva especialista, promueve el desarrollo del certificado de especialidad u otros mecanismos para avanzar en la calidad del cuidado de la población.

Del análisis del Marco Global del Continuo de los Cuidados Enfermeros y de la evolución de los perfiles de enfermera de práctica avanzada se desprenden dos cuestiones relevantes para la comprensión del significado de la especialización y la práctica avanzada en Enfermería:

Una es la dificultad para diferenciar con claridad los conceptos de enfermera especialista y de enfermera de práctica avanzada, ya que el primero está contenido en el segundo y viceversa. La práctica enfermera avanzada se realiza en ámbitos de especialización y la especialización en Enfermería implica la práctica avanzada en relación a la categoría de enfermera generalista.

La otra cuestión es que los diferentes perfiles de enfermera de práctica avanzada y los modelos de evolución tienen consecuencias científicas, profesionales y sociales que es necesario considerar.

1.3. Justificación

La importancia de comprender el significado de las diferentes categorías que constituyen el espectro actual de la práctica de la Enfermería se deriva fundamentalmente de la necesidad de garantizar la seguridad de los pacientes y la calidad del cuidado enfermero en un contexto de alta movilidad de profesionales sanitarios a nivel mundial^{44;45}. Asimismo, esta información resulta imprescindible para la toma de decisiones en materia de planificación de recursos humanos sanitarios, porque las enfermeras pueden tener diferentes niveles de formación y de competencias y, por tanto, diferencias en el alcance de su práctica profesional.

En el entorno de la región europea y especialmente en el de la Unión Europea, donde está garantizada la libre movilidad de los ciudadanos, los países no siempre disponen de los medios para obtener información actualizada sobre la movilidad de los profesionales sanitarios y no pueden precisar con exactitud, ni el número ni la cualificación de los profesionales que entran y salen de sus fronteras, como se pone de manifiesto en el estudio realizado por el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios⁴⁶. En este mismo trabajo se reconoce que cuando se trata de conocer los datos de movilidad de profesionales de la Enfermería, la dificultad se incrementa por la variabilidad existente entre países en cuanto a los profesionales y a su cualificación.

En España, el número de homologaciones de títulos de enfermeras procedentes de países extracomunitarios entre los años 2000 y 2010 ha sido de 7.042, y el de reconocimientos de títulos de enfermeras procedentes de países comunitarios durante ese mismo periodo fue de 14.943, lo que conjuntamente supuso una proporción media del 24,5% sobre los títulos de Enfermería emitidos en España durante esos años⁴⁷.

Desconocemos el número de profesionales de la Enfermería españoles que está ejerciendo actualmente en otros países. Según los datos proporcionados por el Ministerio de Educación⁴⁷, 342 enfermeros de cuidados generales y 5 especialistas en enfermería obstétrico-ginecológica

(matronas) solicitaron la acreditación para establecerse en otro Estado Miembro de la Unión Europea en el año 2009. Aunque en ese año la reducción de los presupuestos económicos y la preocupación por identificar estrategias que permitieran el control del gasto sanitario ya era evidente, tanto en España como en otros países⁴⁸, sus efectos en nuestro sistema sanitario todavía no eran muy notables. Actualmente, es muy probable que la cifra de enfermeras españolas ejerciendo o buscando trabajo en otros países se haya incrementado, porque los efectos de la recesión económica sobre los recursos humanos sanitarios se han puesto de manifiesto en forma de reducción de salarios e incremento de horas de trabajo semanal, lo que ha conllevado una reducción de puestos de trabajo de enfermeras en las plantillas^{49;50}.

Los procesos de homologación y reconocimiento de la cualificación profesional de las enfermeras procedentes de otros países consisten, fundamentalmente, en determinar si la formación acreditada que poseen se corresponde con la exigida en el país de destino para el ejercicio profesional. La precisión de la decisión adoptada tiene consecuencias para la seguridad de los pacientes y para el propio profesional.

La relación entre el nivel de educación de las enfermeras y los resultados de salud estudiada por Aiken y cols.⁵¹ evidenció que la mortalidad de los pacientes y la incidencia de complicaciones postquirúrgicas era menor en los hospitales donde el porcentaje de enfermeras con niveles de educación más altos era mayor. Existen evidencias, igualmente, de que la calidad del cuidado enfermero no disminuye por la contratación temporal de enfermeras, siempre que estas tengan el mismo o mayor nivel de formación que las enfermeras con contratos fijos⁵².

La subestimación en el reconocimiento del alcance de las competencias profesionales puede suponer asimismo un motivo de insatisfacción en el entorno laboral al no poder participar en la toma de decisiones al nivel para el que se está capacitado, aspecto este que también ha demostrado su relación con la calidad del cuidado y los resultados en salud⁵³⁻⁵⁵.

Si los procesos de homologación y de reconocimiento entre países del título de enfermera de cuidados generales pueden resultar dificultosos por las diferencias en los niveles de formación

^{XII} Existen diferencias entre los países en los títulos y niveles de educación mínimos requeridos para la entrada al ejercicio como enfermera generalista o de cuidados generales. Por ejemplo, en el marco de la Unión Europea, aunque existe el reconocimiento de la cualificación entre los Estados Miembros, el título requerido para el ejercicio de enfermera de cuidados generales no es universitario en todos los países⁵⁶.

requerida en cada uno de ellos^{XII}, en el caso de otras categorías de enfermeras, como son las de enfermera especialista y enfermera de práctica avanzada, la dificultad se incrementa por la gran variabilidad existente, tanto en la formación como en el alcance de su práctica, como ha mostrado el estudio de la OCDE²², lo que implica, asimismo, un mayor riesgo para la seguridad de los pacientes y la calidad del cuidado.

El estudio sobre enfermeras especialistas en Europa, que llevó a cabo la Dirección General de Mercado Interior de la Comisión Europea⁵⁷ en el año 2000, identificó la existencia en varios países (Austria, Alemania, Bélgica, Irlanda, Italia y Reino Unido) de enfermeras especialistas en un campo de la práctica (salud mental y pediatría como más frecuentes), que no se han formado previamente como enfermeras de cuidados generales y que, por tanto, no cumplen los requisitos establecidos en la Directiva Europea para el reconocimiento de la cualificación de las enfermeras de cuidados generales⁵⁶. Sin embargo, estas enfermeras pueden solicitar el reconocimiento de su título para el ejercicio como enfermeras especialistas en otro Estado Miembro de la Unión Europea, aun cuando el concepto de enfermera especialista en el país de destino sea diferente e implique un mayor desarrollo profesional.

Por otro lado, el conocimiento preciso de lo que cada profesional de la Enfermería puede aportar al cuidado de la salud es relevante para la planificación de los recursos humanos sanitarios.

Rechel, Dubois y McKee⁵⁸ plantean la paradoja a la que se enfrentan los sistemas de salud en los que durante las pasadas décadas, gracias a la inversión consistente en el cuidado de la salud y a los avances en investigación biomédica, se produjo un gran desarrollo de conocimiento, tecnología y recursos, que hicieron posible responder más eficazmente que nunca a importantes problemas de salud, por ejemplo, a la infección por VIH. Sin embargo, estos sistemas de salud han tenido un éxito escaso en los intentos de reforma para hacerlos más eficientes, seguros y equitativos. Según estos autores, el factor que determina el mayor o menor éxito de estos esfuerzos es la composición de los recursos humanos sanitarios, un factor que a menudo es pasado por alto.

La efectividad de los estudios para determinar las necesidades de profesionales sanitarios, actuales y futuras, depende de que estas se consideren derivadas de las necesidades de salud, del servicio, y de los objetivos del sistema; de que se haya definido lo que se espera del trabajo

de los profesionales en términos de cobertura de población y de servicios, de productividad y de calidad de los resultados; y de la comprensión profunda de las dinámicas actuales y futuras de la entradas y salidas al mercado laboral del cuidado de la salud⁵⁹. Por tanto, la planificación de los recursos humanos sanitarios no puede basarse exclusivamente en proyecciones de números, sino que debe tener en cuenta otros factores cualitativos como la formación de los profesionales, la motivación y expectativas de trabajo, su distribución, etc., para determinar en qué medida son necesarios más profesionales o bien para identificar la pertinencia de llevar a cabo estrategias de gestión de los recursos humanos sanitarios que ya han demostrado su eficacia, como son las iniciativas para optimizar la combinación de las competencias de los profesionales ya existentes⁶⁰.

En España, las posibilidades de desarrollo de la Enfermería se han ampliado sustancialmente en los últimos años como consecuencia de la transformación de los estudios universitarios^{61:62}, del impulso en el desarrollo de las especialidades enfermeras⁶³ y de la aprobación de normativas legales que amparan el ejercicio de nuevas competencias enfermeras, como es la prescripción de medicamentos y productos sanitarios⁶⁴.

Por un lado, la transformación de los estudios universitarios ha proporcionado a las enfermeras la posibilidad de acceso a los niveles superiores de educación en su propio campo de conocimientos, como son el máster y el doctorado, y el número de enfermeras con estas titulaciones es cada vez mayor.

Por otro lado, el desarrollo de la profesión en nuestro país permite identificar actualmente la existencia de dos categorías de profesionales enfermeros: la enfermera de cuidados generales y la enfermera especialista, reconocidas ambas como profesiones sanitarias tituladas, reguladas y colegiadas, según la Ley⁶⁵ de ordenación de las profesiones sanitarias^{XIII}.

^{XIII} Aunque la especialización enfermera según este modelo se reguló por primera vez en el año 1987⁶⁶, y se desarrollaron las especialidades de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matronas) y Enfermería de Salud Mental, en los años 1992 y 1998, respectivamente, la entrada en vigor de la Ley de ordenación de las profesiones⁶⁵ hizo necesaria una nueva regulación, y ha sido a partir del desarrollo de esta Ley, mediante el Real Decreto 450/2005, cuando las especialidades enfermeras adquieren el reconocimiento de categoría de profesión sanitaria.⁶³

La categoría de Técnico Auxiliar de Cuidados de Enfermería, que habitualmente forma parte de los equipos de cuidados enfermeros, es reconocida por la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias como un profesional del área sanitaria de formación profesional, pero no forma parte de la profesión sanitaria de enfermera y su ejercicio no está sujeto a los mismos principios de regulación, por eso no se reconoce como una categoría de profesional de Enfermería⁶⁵.

Estos nuevos perfiles enfermeros constituyen una oferta de servicios diferenciada en el ámbito de los cuidados de salud, que previsiblemente tendrán que ser tenidos en cuenta en la evaluación de las necesidades actuales y futuras de profesionales sanitarios del sistema de salud español, con el objetivo de conseguir que este siga manteniendo la cobertura, accesibilidad, equidad y calidad previstas en la Constitución Española.

Sin embargo, paralelamente, y dado que el desarrollo de perfiles de enfermera de práctica avanzada es una de las iniciativas contempladas en la estrategia de gestión eficiente de recursos humanos sanitarios conocida como *skill-mix*, que varios países están llevando a cabo como parte de las respuestas a las demandas de salud identificadas²², en España, los servicios de salud de algunas Comunidades Autónomas están desarrollando estrategias para la capacitación de las enfermeras en determinadas competencias avanzadas, dirigidas a la satisfacción de las necesidades concretas que en cada servicio de salud han sido identificadas⁶⁷⁻⁶⁹.

Esta capacitación se está produciendo de manera heterogénea y al margen de los marcos normativos establecidos para el desarrollo académico de la Enfermería y para el desarrollo profesional de enfermeras especialistas, lo que puede dificultar el desarrollo de políticas cohesionadas y coordinadas en el conjunto del Estado español en materia de recursos humanos sanitarios.

La especialización enfermera en España ha seguido el modelo de desarrollo de especialización de los profesionales de la Medicina y de otras disciplinas del ámbito de las Ciencias de la Salud, consistente en la adquisición de una formación post-básica y de posgrado que se lleva a cabo en unidades docentes acreditadas a través de un sistema de residencia⁶³. Sin embargo, al mismo tiempo que esto ocurre, la posibilidad de desarrollar perfiles de enfermera de práctica avanzada está siendo reclamada por profesionales de la Enfermería en nuestro país, lo que pone de manifiesto la percepción existente de que la práctica enfermera avanzada no forma parte de los nuevos perfiles de especialistas⁷⁰.

Porque mejorar el estado de salud no es un objetivo estático, ya que hay factores que continuamente lo amenazan, el aprendizaje organizacional es necesario. Las organizaciones tienen que ser capaces de adquirir y utilizar conocimiento nuevo que les permita alcanzar ese objetivo. La sostenibilidad contribuye a la protección de los riesgos y a la mejora de la salud porque asegura que los servicios de salud son presumiblemente accesibles. La transición epidemiológica

de la enfermedad aguda a la enfermedad crónica hace que la sostenibilidad de los servicios de salud sea incluso más importante para manejar eficazmente la enfermedad y asegurar la continuidad del cuidado⁷¹.

El conocimiento sobre innovaciones y cambios en el alcance de la práctica de los profesionales enfermeros tiene implicaciones para la planificación estratégica de los recursos humanos sanitarios⁷². La definición de políticas integrales para el desarrollo de recursos humanos que considere aspectos de oferta, demanda y procesos de formación, desarrollo profesional, planes de carrera y mantenimiento de competencias, requiere información y evidencia.

En este sentido, resulta imprescindible para la planificación eficaz y eficiente de los recursos humanos del sistema de salud español conocer con precisión las competencias y el alcance de la práctica de los nuevos perfiles de enfermeras. Este conocimiento es igualmente relevante para proteger la seguridad de los pacientes cuando se trata de determinar las equivalencias de los títulos de las diferentes categorías de enfermeras entre países comunitarios y extracomunitarios.

La comparación del modelo de desarrollo de enfermeras especialistas en España con los modelos para el desarrollo de enfermeras de práctica avanzada que han llevado a cabo en otros países, puede aportar información relevante para la toma de decisiones en materia de planificación de recursos humanos sanitarios en nuestro país. La correspondencia entre estos modelos todavía no ha sido estudiada.

2

Hipótesis y objetivos

2. HIPÓTESIS y OBJETIVOS

Hipótesis

El modelo de desarrollo de Enfermera Especialista en España se corresponde con un modelo de desarrollo de Enfermera de Práctica Avanzada, por tanto, el título de Enfermera Especialista en España es un título de Enfermera de Práctica Avanzada.

Objetivos

El objetivo general de este estudio es examinar la correspondencia entre el modelo de desarrollo de la Enfermera Especialista en España y los modelos de desarrollo de Enfermeras de Práctica Avanzada existentes en otros países, para determinar la equivalencia entre el título de Enfermera Especialista en España y los títulos de EPA.

Los objetivos específicos planteados son los siguientes:

- Determinar las características de los modelos de desarrollo de Enfermera de Práctica avanzada y del modelo de desarrollo de Enfermera Especialista en España.
- Identificar las similitudes y las diferencias entre los modelos de Enfermera de Práctica Avanzada y entre estos y el modelo de Enfermera Especialista en España.
- Determinar la correspondencia entre el modelo de desarrollo de Enfermera Especialista y los modelos de desarrollo de Enfermeras de Práctica Avanzada.

3

Metodología

3. METODOLOGÍA

Diseño

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal, en el marco temporal comprendido entre octubre de 2010 y febrero de 2012, de los modelos de desarrollo de Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) en el ámbito internacional y del modelo de desarrollo de Enfermera Especialista (EE) en España.

Población

La población objeto de estudio la constituían los modelos de todos los países en los que se conoce la existencia de enfermeras de práctica avanzada. La red internacional de Nurse Practitioner/Advance Practice Nursing del Consejo Internacional de Enfermeras estima que existen EPAs en 70 países⁷³. La encuesta realizada por Pulcini y cols.³² en 34 países representados en esta red, incluyendo países desarrollados y países en desarrollo, mostró que la EPA tiene un reconocimiento formal en 23 países.

Muestra

Para la selección de la muestra de modelos de EPA de diferentes países se ha tenido en cuenta que estos, al igual que España, fueran miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE); que el ejercicio de las EPA estuviera regulado o bien en proceso de regulación; que la información de fuentes oficiales fuera accesible a través de Internet y que ésta estuviera disponible en español y/o en inglés.

Los países miembros de la OCDE comparten las consideraciones contenidas en la convención de esta Organización relativas a la importancia del desarrollo económico y la cooperación para mantener la libertad individual y aumentar el bienestar general. Su pertenencia conlleva, asimismo, que participan del acuerdo de que para alcanzar los objetivos de la Organización los países deben llevar a cabo acciones, entre otras, de promoción del uso eficiente de sus recursos económicos y, en el campo científico y tecnológico, de promoción del desarrollo de sus recursos y de estimulación de la investigación y de la formación profesional⁷⁴.

La regulación incluye todo lo que legítimamente permite ordenar, identificar, dar consistencia y controlar una profesión. Significa que sus miembros están definidos, el alcance de la práctica

está determinado y se han establecido estándares de conducta ética, de educación, de competencias profesionales y de responsabilidad^{75,76}. Atendiendo a dichos criterios fueron seleccionados los siguientes países: Estados Unidos (EEUU), Canadá, Australia, Irlanda y Reino Unido.

Fuentes de información

La información sobre los modelos de desarrollo de EPAs se ha obtenido a través de documentos, cuya validez para el propósito de este estudio se determinó de acuerdo a los siguientes criterios propuestos por Van Dalen⁷⁷:

1. El documento ha sido producido por los organismos reguladores y/o representativos de la Enfermería en el país o bien por un autor perteneciente a estas instituciones.
2. El documento fue producido por instituciones educativas acreditadas en el país o por el órgano responsable del servicio de salud.
3. El documento pertenece a un organismo internacional con competencia en el tema objeto del estudio.
4. El autor es una autoridad competente en el tema objeto del estudio.

Órganos reguladores son aquellos que tienen potestad del Estado para establecer las normas de la práctica profesional y ordenar la profesión, así como los órganos propios del Estado que ejercen estas funciones.

Órgano representativo es aquél que representa al país en el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

Categorías de análisis de la información

Las categorías de análisis de la información se determinaron previamente teniendo en cuenta la definición y características propuestas por el Consejo Internacional de Enfermeras para el desarrollo de perfiles de Enfermera de Práctica Avanzada⁷⁸ (Anexo 8.1).

Sobre la EPA de cada uno de los países y sobre la enfermera especialista (EE) en España, se ha recogido información relativa a las siguientes categorías:

- Definición de EPA/EE: Descripción del concepto de la EPA/EE adoptada en el país por el órgano oficial competente.
- Títulos de EPA/EE: Denominación asignada a un determinado perfil de enfermera que es considerado y reconocido como de práctica avanzada o de enfermera especialista por la autoridad competente en cada país.

- Perfil profesional del título de EPA/EE: definición del alcance de la práctica y de las actuaciones profesionales que caracterizan cada uno de los títulos de EPA/EE existentes en el país y que informa de su oferta de servicios específica.
- Competencias de práctica avanzada del título de EPA/EE: Conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para el desempeño profesional de cada uno de los títulos de EPA/EE existentes en el país¹⁸.
- Áreas de especialización: Campos de especialidad previstos o desarrollados para cada título de EPA/EE.
- Roles profesionales: Función que desempeña o puede desempeñar cada uno de los títulos de EPA/EE de acuerdo a su capacitación: atención clínica, gestión, consultoría, docencia, investigación, etc.
- Formación requerida para la titulación de EPA/EE: Nivel de educación, existencia de estándares y criterios de acreditación de programas formativos e instituciones educativas, características del programa y requisitos de acceso. Subcategorías:
 - Nivel de educación: Grado académico mínimo requerido para el ejercicio del título o perfil de EPA y de EE.
 - Estándares de acreditación de instituciones y programas formativos: Definición de las condiciones mínimas que tienen que cumplir las instituciones educativas y los programas formativos para asegurar que los profesionales alcancen las competencias esperadas.
 - Características del programa educativo: Duración, contenido del curriculum formativo, metodología docente y tipo de evaluación del estudiante.
 - Requisitos de acceso: Criterios que debe cumplir el aspirante para ser admitido en el programa de formación conducente al título o perfil de EPA y de EE.
- Requisitos para el ejercicio de la EPA y de la EE: Existencia de registros, licencia y/o certificados de titulación necesarios para ejercer el perfil de EPA, así como la necesidad de renovación periódica de dichas acreditaciones. Subcategorías:
 - Registro: Proceso que proporciona autoridad o legítima para la utilización exclusiva de un título a aquellas personas incluidas en una lista mantenida por la autoridad competente en cada caso²⁹. Implica que el profesional ha completado el programa educativo establecido por el órgano regulador de la profesión enfermera y, en su caso, que ha aprobado el examen que le permite obtener la licencia para ejercer.

- Licencia para el ejercicio²⁹: Autorización legal otorgada por la autoridad competente para reconocer el derecho a la práctica de una profesión específica o de un campo dentro de una profesión.
- Certificación²⁹: Es el proceso voluntario, de duración limitada, realizado por una agencia no gubernamental para el reconocimiento formal de los conocimientos, habilidades y experiencia de un individuo, demostrados con el cumplimiento de los estándares definidos y requeridos por la profesión.

Estrategia de análisis de la información

Se ha utilizado la técnica de análisis del contenido, como método que permite descubrir la significación de un mensaje escrito y que consiste en clasificar y/o codificar los diversos elementos del mensaje en categorías, con el fin de hacer aparecer de manera adecuada su sentido⁷⁹.

Según L'Ecuyer, Landry, Mayer y Quellet, citados por Gómez Mendoza⁷⁹, el análisis del contenido es una técnica indirecta, porque se tiene contacto con los individuos a través de los documentos que producen para dar cuenta de sus comportamientos y sus fines, cuyo contenido se presenta fundamentalmente en forma de expresiones verbales y sobre los que es posible realizar una deducción cualitativa y cuantitativa.

Se realizó en primer lugar un análisis de contenido cualitativo y directo de los documentos, es decir, basado en el sentido literal y manifiesto del texto, guiado por las categorías seleccionadas previamente relativas a la definición del concepto de EPA y de EE, a los títulos y perfiles profesionales, a las áreas de especialización, a los roles profesionales de cada título, a la formación requerida para obtener el título de EPA y de EE y a los requisitos para el ejercicio profesional, con el fin de determinar el contenido de cada una de ellas en cada uno de los países seleccionados.

Posteriormente, el contenido de cada una de estas categorías procedente de cada país fue sometido al mismo tipo de análisis cualitativo y directo o manifiesto, permitiendo la inducción de nuevas categorías o subcategorías en el curso del análisis comparativo entre los países.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis de contenido cuantitativo para establecer la frecuencia de aparición de los elementos captados como unidades de información o subcategorías de significación en el conjunto de los países.

El análisis de las competencias de cada título de EPA y de EE se ha realizado mediante la comparación con el estándar que proporciona el Marco de Competencias Enfermeras del CIE²⁶ (Anexo 8.2). Se realizó en primer lugar una síntesis de las competencias de EPA que son específicas de este nivel de desarrollo enfermero (Anexo 8.3), y, posteriormente se realizaron repetidas lecturas de los documentos que hacían referencia a esta categoría, guiadas por la búsqueda del contenido manifiesto de los descriptores utilizados en el Marco para las competencias específicas de EPA, para finalmente determinar cuales de estas competencias específicas están contenidas en las competencias establecidas en cada país para cada uno de los títulos de EPA y de EE.

Para la comparación en términos cuantitativos se calculó el porcentaje de las competencias del estándar contenidas en cada título de EPA y de EE a partir de la asignación del valor de 1 a cada unidad de competencias reflejada en el título; del valor 0 para cada unidad de competencia no reflejada en el título y del valor -0, 25 para cada unidad de competencias incompleta.

Confiabilidad y validez del análisis del contenido

La confiabilidad y validez del análisis de contenido se ha garantizado mediante la observación de las cinco reglas esenciales indicadas por Bardin, Landry, Mayer y Quellet, citados por Gómez Mendoza, de exhaustividad, representatividad, homogeneidad, pertinencia y univocación⁷⁹.

Mediante la comprobación de que el material recopilado pudo ser clasificado de acuerdo a las categorías de información preestablecidas, se garantizó la exhaustividad.

La representatividad se aseguró porque el material conseguido permitió el análisis del contenido de todas las categorías de información en el conjunto de los países.

Los documentos han sido obtenidos utilizando las mismas técnicas de búsqueda y de acuerdo a los criterios establecidos para la validez de las fuentes de información, lo que garantiza su homogeneidad.

La pertinencia de los documentos se garantizó mediante la comprobación de que estos permitían el análisis del contenido del conjunto de las categorías que definen un modelo de desarrollo de Enfermera de Práctica Avanzada, por lo tanto, eran válidos para responder al objetivo de estudio.

Se realizó una descripción de cada una de las categorías de información preestablecidas con el fin de que su significado fuera unívoco.

4

Resultados

4. RESULTADOS

4.1. ESTADOS UNIDOS

Concepto de EPA

El Modelo de Consenso para la Regulación de las Enfermeras Registradas de Práctica Avanzada (ERPA) en los EEUU, que contempla la autorización, acreditación, certificación y formación, firmado en julio de 2008 por las diferentes asociaciones profesionales y órganos reguladores³⁰, establece que una enfermera de práctica avanzada (ERPA) es una enfermera:

1. que ha completado un programa formativo de postgrado acreditado que le capacita para uno de los cuatros perfiles de ERPA reconocidos;
2. que ha aprobado un examen de certificación nacional que evalúa el perfil y las competencias orientadas a la población de la ERPA, y que mantiene una competencia continuada, demostrada con la recertificación del título y el grupo de población mediante el programa de certificación nacional;
3. que ha adquirido un conocimiento y unas habilidades de nivel avanzado en el ámbito clínico que lo capacitan para prestar cuidados directos a pacientes, así como una componente de cuidados indirectos; sin embargo, el factor que define a todas los ERPAs es que una considerable parte de la formación y la práctica se centra en la atención directa^{XIV} a las personas,
4. cuya práctica se basa en las competencias de enfermeras registradas, demostrando una mayor profundidad y amplitud de conocimientos, una mayor síntesis de datos, más complejidad de habilidades e intervenciones y mayor autonomía de funciones;
5. que cuenta con una preparación formativa para asumir responsabilidades en materia del fomento y/o mantenimiento de la salud, así como la valoración, el diagnóstico y la gestión de los problemas del paciente, lo que incluye el uso y la prescripción de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas;
6. que cuenta con una experiencia clínica lo suficientemente profunda y amplia para ajustarse a la autorización prevista; y

^{XIV} En el documento se hace referencia a otros profesionales de Enfermería que también desempeñan roles considerados avanzados, como, por ejemplo, en informática, salud pública, formación o administración, pero que no realizan asistencia clínica directa, por lo que su práctica no requiere un reconocimiento regulatorio más allá de la licencia de Register Nurse (Enfermera Titulada) concedida por las Juntas Estatales de Enfermería⁸⁰.

7. que ha sido autorizado para ejercer como ERPA en uno de los cuatro títulos y perfiles de ERPA: Certified Registered Nurse Anaesthetist (CRNA), Certified Midwife-Nurse (CMN), Certified Clinical Nurse Specialist (CCNS), o Certified Nurse Practitioner (CNP).

La implementación total del nuevo Modelo Regulatorio y de todas las recomendaciones incorporadas se espera conseguir las para el año 2015.

4.1.2. Títulos de EPA y definición de perfiles

La definición general de Enfermera Registrada de Práctica Avanzada en los EEUU, según el APRN Consensus Working Group and National Council of State Boards of Nursing APRN Advisory Committee³⁰, incluye los títulos de Certified Registered Nurse Anaesthetist (CRNA), Certified Midwife-Nurse(MN), Certified Clinical Nurse Specialist (CCNS) y Certified Nurse Practitioners (CCNP).

La CRNA está preparada para prestar todo el espectro de cuidados de anestesia y cuidados relacionados con la anestesia a pacientes de todas las edades, cuyo estado de salud puede ir desde saludable hasta todos los niveles de alteración de salud reconocidos, incluidas las personas con enfermedades o lesiones inmediatas, graves o con peligro de muerte. Estos cuidados se prestan en diversos entornos, incluyendo las áreas quirúrgicas hospitalarias y salas de parto obstétricas; hospitales de acceso crítico; cuidados agudos; centros de tratamiento del dolor; centros quirúrgicos ambulatorios; y los consultorios de odontólogos, podólogos, oftalmólogos y cirujanos plásticos³⁰.

La CMN presta una amplia gama de servicios de atención primaria a mujeres de todas las edades, incluyendo cuidados ginecológicos, servicios de planificación familiar, cuidados pre-embarazo, cuidados prenatales y posparto, parto y cuidados del recién nacido. La práctica incluye el tratamiento del compañero de la cliente en lo referente a enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva. Estos cuidados se prestan en diversos entornos, que pueden incluir el hogar, el hospital, el centro de parto y una variedad de entornos de atención ambulatoria que incluyen consultorios privados y clínicas comunitarias y de sanidad pública³⁰.

La CCNS desempeña un exclusivo rol de ERPA que consiste en integrar los cuidados a lo largo del continuum salud enfermedad mediante tres esferas de influencia: paciente, enfermera y sistema. Las tres esferas se superponen y están interrelacionadas, pero cada una de ellas se centra en un aspecto diferente. En cada una de las esferas de influencia, el principal objetivo de la CCNS es la continua mejora de los resultados del paciente y de los cuidados enfermeros. Los elementos clave de la práctica del CCNS son crear entornos mediante mentorazgo y cambios en el sistema que permitan a los enfermeros desarrollar prácticas de atención sanitaria basadas en la evidencia para aliviar el sufrimiento del paciente, facilitar una toma de decisiones ética y reaccionar ante la diversidad. La CCNS es responsable del diagnóstico y tratamiento de estados de salud/enfermedad, gestión de enfermedades, fomento de la salud y prevención de enfermedades y comportamientos de riesgo entre individuos, familias, grupos y comunidades³⁰.

Para la CNP, la atención a lo largo del continuum bienestar-enfermedad es un proceso dinámico en el que se prestan cuidados primarios y agudos directos en diversos entornos. Las CNPs son miembros del sistema de prestación sanitaria que ejercen de manera autónoma en ámbitos tan variados como la práctica familiar, la pediatría, la medicina interna, la geriatría y la atención sanitaria a mujeres. Las CNPs están preparadas para diagnosticar y tratar tanto a pacientes con síntomas indiferenciados como a aquellos con diagnósticos definidos. Tanto las CNPs de atención primaria como las de cuidados agudos, prestan una atención inicial, continua y exhaustiva, que incluye la elaboración de historias clínicas en profundidad, exámenes físicos y demás evaluaciones de salud y actividades de detección o screenings. Esto incluye la petición, realización, supervisión e interpretación de estudios de imagen y de laboratorio, la prescripción de medicamentos y productos sanitarios y la derivación adecuada de pacientes y familias. Los cuidados clínicos de la CNP incluyen el fomento de la salud, la prevención de enfermedades, la educación sanitaria y el asesoramiento, así como el diagnóstico, el tratamiento y la gestión del cuidado de pacientes con enfermedades agudas y crónicas. Las CNPs están preparadas para ejercer en la atención primaria y como CNPs de cuidados agudos, las cuales tienen diferentes competencias basadas en el consenso nacional y procesos de certificación separados³⁰.

4.1.3. Análisis de las competencias de cada título de EPA

CRNA: El alcance y los estándares de la práctica que describen las competencias⁸¹, incluyen todos los elementos de la EPA, excepto las siguientes: Promoción de la salud, la delegación de

actividades en otros profesionales y la aplicación de programas que favorezcan la formación continuada interdisciplinar.

CNM: El alcance y competencias de la práctica incluyen todas las que caracterizan la EPA, a excepción de la Dirección y Gestión, la Delegación y supervisión y la aplicación de programas que favorezcan la formación continuada interdisciplinar⁸²⁻⁸⁴.

CCNS: Las competencias de la CNS han sido definidas por la National Association of Clinical Nurse Specialists⁸⁵, tras ser validadas mediante un proceso de investigación a nivel nacional. Incluyen todos los elementos que caracterizan la EPA, menos la delegación de actividades a otros profesionales sanitarios, según su capacidad, el nivel y grado de preparación.

CNP: El alcance y los estándares de la práctica de CNP son definidos por la American Academy of Nurse Practitioners^{86;87} y en ellos se identifican todas las competencias características de la EPA, con la excepción de la competencia que hace referencia a la delegación de actividades en otros profesionales, según su capacidad, el nivel y grado de preparación y la aplicación de programas que favorezcan la formación continuada interdisciplinar.

4.1.4. Áreas de especialización

Las áreas de especialización propuestas por el APRN Consensus Working Group and National Council of State Boards of Nursing APRN Advisory Committee³⁰ se centran en los seis grupos de población que se muestran en el siguiente esquema:

La autorización o licencia se produce a los niveles de título y especialidad y grupos de población	GRUPOS DE POBLACIÓN					
	Familia/individuo a lo largo de la vida	Adultos-Gerontología	Neonatal	Pediatría	Salud de la mujer/relacionada con el género	Salud psiquiátrica/mental
	TÍTULOS DE ERPA					
	Certified Registered Nurse Anaesthetist		Midwife Nurse	Clinical Specialist++	Nurse	Certified Nurse Practitioner+

Fuente: APRN Consensus Working Group and Nacional Council of State Boards of Nursing APRN Advisory Committee (2008)²⁰.

+La CNP está preparada con las competencias de CNP de cuidados agudos y/o con las competencias de CNP de atención primaria. En este momento, la definición de CNP de cuidados agudos y de atención primaria se aplica solamente a los grupos de población pediátrica y adul-

tos-gerontología. El alcance de la práctica del CNP de cuidados agudos o atención primaria no está definido por el entorno, sino que se basa en las necesidades asistenciales del paciente. Los programas pueden preparar, tanto para las competencias de CNP de atención primaria, como para las de cuidados agudos. Si los programas preparan a los graduados para ambas especialidades, el graduado debe ser preparado con las competencias basadas en el consenso para los dos roles y obtener la certificación para las especialidades de CNP de cuidados agudos y de atención primaria.

++ La CNS es formada y evaluada mediante procesos de certificación nacional a lo largo del continuo y aborda el cuidado de la salud desde el bienestar hasta los cuidados en las situaciones más graves y agudas.

*El grupo de población adultos-gerontología abarca desde el joven adulto hasta el anciano, incluyendo a las personas mayores de salud delicada. Los ERPAs formados y certificados en el grupo de población adultos-gerontología cuentan con una formación y certificación para los dos ámbitos de la práctica y recibirán el título de especialista de Adultos-Gerontología. Además, todos los ERPAs que desempeñen roles en los que prestan cuidados a la población adulta, como los específicos de la familia o el género, deben estar preparados para satisfacer las crecientes necesidades de la población anciana. Así pues, el programa formativo debería incluir las experiencias formativas didácticas y clínicas necesarias para preparar a los ERPAs con estas habilidades y conocimientos específicos.

** El grupo de población salud psiquiátrica/mental abarca la formación y la práctica a lo largo de la vida.

Cada uno de los títulos especializado en una población específica puede, además, focalizarse en el cuidado de personas con problemas concretos, por ejemplo, oncología, diabetes o cuidados paliativos, dando lugar a una subespecialización.

4.1.5. Roles

La CRNA tiene fundamentalmente un rol clínico, pero puede compaginarlo con el desempeño de funciones administrativas, docentes, investigadoras y de liderazgo relacionadas con la anestesia⁸¹.

En el caso de la CMN no se especifican roles diferentes al clínico⁸³.

La CCNS tiene un rol clínico, que generalmente incluye también los roles de educador, asesor, defensor, consultor, gestor, investigador y mentor, dependiendo del puesto de trabajo⁸⁵.

El rol de la CPN es fundamentalmente clínico, pero puede combinarlo con el de educador, administrador; investigador y mentor⁸⁶.

4.1.6. Formación

CRNA: Grado de Máster por una escuela acreditada para la formación de enfermeras anestesistas de acuerdo a los estándares de educación establecidos por el Consejo de Acreditación^{XV} de Programas Educativos de Enfermera de Anestesia.^{88;89} Para el año 2025 el grado de doctor será el requerido para el inicio de la práctica de CRNA⁹⁰.

La duración del programa actualmente es de 24 a 36 meses, (con tendencia al mínimo de 36, según se evoluciona hacia el doctorado como nivel mínimo requerido), dependiendo de si se realiza a tiempo completo, a tiempo parcial o a distancia; con formación académica y clínica en hospital universitario o comunitario, incluyendo en algunos casos un periodo de residencia durante los últimos dos semestres⁹¹.

El componente académico del currículum se centra en las áreas específicas para la anestesia (anatomía, fisiología, fisiopatología, bioquímica, valoración avanzada, farmacología, principios de anestesia, e investigación) y en los casos específicos de anestesia geriátrica, pediátrica, neonatal, obstétrica, de traumatología y de urgencias. Se recomienda la utilización de diversas técnicas de enseñanza-aprendizaje, incluyendo la formación a distancia.

El componente clínico del programa proporciona experiencias clínicas que permiten al estudiante aprender a realizar las diversas modalidades de anestesia, aplicar la teoría, desarrollar habilidad de pensamiento crítico y aplicar la evidencia científica a los problemas clínicos. Para estas experiencias el estudiante cuenta con supervisión directa de una CRNA

^{XV} Los Consejos o Comités de Acreditación de las instituciones educativas y de los programas formativos de EPA son organismos reconocidos por el Departamento de Educación (U.S. Department of Education) y por el Consejo de Acreditación de Educación Superior de los EEUU (Council for Higher Education Accreditation (CHEA).

o un anestesista que tienen que tener licencia vigente para la práctica y estar acreditados por la institución. El ratio de estudiantes y supervisor tiene que considerar la seguridad del paciente y se decide en función de la complejidad de la anestesia o la cirugía, el nivel de competencia del estudiante y la comorbilidad asociada del paciente, pero en ningún caso debe exceder el 2:1.

Cada estudiante tiene que completar al menos 550 casos que incluyen una amplia variedad de experiencias diferentes de anestesia. Según datos del National Board of Certification and Recertification of Nurse Anesthetists (NBCRNA)⁹², la media de estudiantes realizan más de 1700 horas clínicas y administran más de 850 anestесias.

El programa formativo debe contener un plan sistemático de autoevaluación continua que promueva la efectividad y los cambios necesarios para mejorarlo.

La evaluación del estudiante, formativa y sumativa, se lleva a cabo por los profesores para aconsejar al estudiante y comprobar sus logros. El progreso del estudiante se documenta mediante la autoevaluación.

La acreditación de los programas formativos y las instituciones se revisa cada 10 años o cada vez que se introduzcan modificaciones mayores.

Los requisitos previos de admisión en el programa de master incluyen el título de Bachelor en Ciencias de Enfermería, la licencia actual como enfermera registrada y al menos 1 año de experiencia en un servicio de cuidados agudos, como UCI o Urgencias^{89,90}.

CMN: Grado de Máster, desde 2010, por una escuela acreditada por la Accreditation Commission of Midwifery Education, (ACME)⁹³. Los estándares de acreditación incluyen aspectos relativos a la organización y administración, al profesorado, a los estudiantes, al currículum, a los recursos personales y materiales y a la evaluación y resultados del programa.

El programa formativo tiene una duración estándar de 5 semestres, aunque puede variar ligeramente dependiendo de las universidades^{94,95}; está compuesto de estudios teóricos y prácticas clínicas⁹³, con rotatorios suficientes en hospitales y en la comunidad para que los estudiantes puedan alcanzar las competencias de los estándares de la práctica; la proporción de contenidos teórico prácticos es de 40:60.

Los componentes teóricos y clínicos del currículum se llevan a cabo por una variedad de métodos que permitan alcanzar los objetivos del programa y que aseguren el aprendizaje, incluyendo el uso de tecnología, simulaciones, formación a distancia, etc⁹³.

El componente teórico troncal del currículum incluye, entre otros, fisiología, valoración avanzada del estado de salud de la mujer y el recién nacido, manejo del parto, manejo de síntomas de la madre y recién nacido, farmacología clínica, problemas de salud complejos, nutrición, investigación, competencia cultural. Los conocimientos especializados en atención primaria incluyen la prevención de enfermedades y la promoción de salud, salud sexual y reproductiva, valoración y manejo de problemas comunes de salud, atención primaria rural^{93;94}.

La evaluación consiste en un proceso continuo de valoración del progreso del estudiante hasta que consigue alcanzar los objetivos del programa.

El profesorado tiene que ser suficiente en número y con una cualificación de nivel mínimo de máster, además de competencia docente y desarrollo profesional continuo acreditados, con experiencia clínica y licencia vigente para el ejercicio.

La admisión en los programas acreditados para CNM exigen el Bachelor en Ciencias de la Enfermería, como requisito previo desde 2011, y la licencia vigente de enfermera registrada⁹⁶; otros criterios, como la valoración del expediente académico pueden ser requeridos dependiendo de cada universidad.

CCNS: Grado de Máster o Doctor en Práctica de la Enfermería, acreditado por la Commission on Collegiate Nursing Education (CCNE)^{xvi} y por la National League for Nursing Accrediting Commission (NLNAC).^{xvii} Los estándares para la acreditación de los programas formativos

^{xvi} La Comisión de Colegios de Educación en Enfermería (Commission on Collegiate Nursing Education) es una de las 60 agencias acreditadoras que proporcionan una evaluación de la calidad de los programas educativos profesionales en los EEUU. Fue creada por la Asociación Americana de Colegios de Enfermería (American Association of Colleges of Nursing (AACN)) en 1996 y comenzó oficialmente a realizar los procesos de acreditación en 1998. Está reconocida por el Departamento de Educación de los EEUU para acreditar programas de grado (Bachelor) y de postgrado en enfermería (Máster y Doctorado)⁹⁷.

^{xvii} La Liga Nacional para la Comisión Enfermera de Acreditación (The National League for Nursing Accrediting Commission (NLNAC)) es responsable de la acreditación especializada de programas de enfermería (Doctorado Clínico, Máster, Bachelor y Diploma)⁹⁸.

de CCNS son propuestos por la National Association of Clinical Nurse Specialist⁹⁹ para ser utilizados por las universidades y por las agencias de acreditación.

El programa formativo debe incluir un grupo de población y cualquier preparación adicional en una de las especialidades, con un mínimo de 500 horas de práctica de cuidados enfermeros del área de la especialidad, supervisada por un profesor y un tutor clínico (un mínimo de 1000 horas de práctica supervisada en la preparación para el título de doctor en práctica). Generalmente, se espera que el número de horas supere el mínimo cuando se forma en una especialidad dentro del grupo de población. Estas horas son clínicas de desempeño del rol de CNS y no incluyen las horas de prácticas en laboratorios de simulación.

Los profesores del programa de CNS tienen que demostrar expertía en la práctica de al menos una de las tres esferas de influencia, que puede incluir el cuidado clínico, proyectos docentes (enfermería basada en la evidencia), consultoría, o investigación con implicación clínica. Se considera esencial para la ejecución efectiva del programa que los profesores y tutores clínicos tengan la cualificación adecuada para la enseñanza de los componentes clínicos. La recomendación es que el profesor realice una supervisión indirecta de entre 6 y 8 estudiantes, y que el tutor clínico realice una supervisión directa de no más de 2 estudiantes. Los profesores proporcionan los criterios de evaluación y son los últimos responsables de evaluar al estudiante y de evaluar la calidad de las experiencias clínicas que ha tenido. Los tutores proporcionan información evaluativa a los profesores y a los estudiantes a cerca de su cumplimiento del programa.

Los sitios de práctica tienen que ser suficientes en calidad y número para proporcionar experiencias que den a los estudiantes la oportunidad de desarrollar y llevar a cabo las competencias de CNS en las tres esferas de influencia (paciente, práctica enfermera y organización o sistema de salud) y cumplir los requisitos para obtener posteriormente la licencia del estado y la certificación como APRN.

El contenido del currículum también tiene que mostrar evidencia de que prepara al estudiante para que cumpla los criterios de acceso al examen de certificación y el reconocimiento para la licencia. Todos los programas deben incluir cursos de valoración del estado de salud, farmacología, fisiopatología, investigación, y otros específicos de cada especialidad.

El programa debe ser revisado regularmente, cada 5 años o con más frecuencia si se han revisado o actualizado los estándares, y debe incluir un plan de evaluación y mejora de la calidad. Los estudiantes y los profesores participan en el diseño, evaluación y revisión del programa.

La evaluación de los estudiantes es sumativa, mediante múltiples métodos que incorporan la observación de la práctica clínica por el profesor del curso clínico y por el tutor que supervisa al estudiante en el lugar de prácticas. El funcionamiento del estudiante tiene que ser evaluado en conjunto y debe incluir una evaluación de cada curso clínico de acuerdo a un plan definido.

Los programas de máster conducentes al título de CNS tienen una duración variable dependiendo de la oferta de cada universidad, oscilando entre 12-18 meses a tiempo completo o 2-3 años a tiempo parcial¹⁰⁰ y 2-2,5 años a tiempo completo¹⁰¹.

El título de Bachelor en Ciencias de la Enfermería o en otra disciplina y la licencia vigente para el ejercicio como enfermera registrada son requisitos para el acceso a la formación^{99;102}. Es frecuente que las universidades exijan una nota media mínima de notable en el Bachelor¹⁰¹ y/o al menos un año de experiencia práctica en el ámbito de la especialidad¹⁰⁰.

CNP: Aunque la mayoría de los programas actualmente son de grado de Máster y/o de Certificados de Post-Máster^{XVIII} en una de las especialidades, se está incrementando el número de los programas de grado de Doctor. La American Association of Colleges of Nursing recomienda que todos los programas que capaciten para el ejercicio de CNP sean de nivel de doctor para el año 2015.

Los estándares educativos han sido propuestos por la Organización Nacional de Profesores de Nurse Practitioner¹⁰³. Los programas tienen que estar acreditados por la Commission on Collegiate Nursing Education y por la National League for Nursing Accrediting Commission¹⁰⁴.

El director o coordinador del programa de NP tiene que ser una Nurse Practitioner certificada que asume toda la responsabilidad y el liderazgo del programa formativo. Además, la

^{XVIII} El Certificado de Post-Máster es el título académico que obtienen los estudiantes que acceden al programa de NP desde una titulación de máster en otra especialidad enfermera reconocida o no como de EPA. Por ejemplo, Máster en Educación de Enfermería o Máster en Salud Pública.

institución tiene que contar con profesores con título de NP certificado en la práctica del área de población específica a la que se orienta el programa para que lideren el componente educativo específico. Los profesores tienen que tener los conocimientos y las habilidades clínicas propias del área de especialidad de la que son responsables, por lo que los profesores de los cursos clínicos deben mantener vigente su licencia para el ejercicio y su certificación. Para ello, pueden participar en varios tipos de práctica, además del cuidado directo de pacientes. Las oportunidades para el desarrollo profesional continuo en las áreas de investigación, docencia y práctica clínica tienen que estar disponibles para todo el profesorado y ser apoyadas por la institución.

El contenido del currículum tiene que ser congruente con los estándares de educación de la APRN y consistente con la especialidad reconocida para el grupo de población específico y tiene que preparar al estudiante para acceder al examen de certificación de esa especialidad. Los métodos docentes se tienen que especificar y en el caso de que se utilicen métodos de aprendizaje a distancia, como actividades a través de una web, se tiene que asegurar igualmente el cumplimiento del programa académico y los estándares de apoyo para el aprendizaje.

El currículum tiene que estar planificado de forma que el aprendizaje y el desarrollo de competencias sea secuencial. El estudiante debe completar los cursos troncales de APRN (farmacología, valoración del estado de salud y fisiopatología) antes o al mismo tiempo que comienza el curso clínico.

Las experiencias clínicas y el tiempo en cada una deben ser variadas y estar distribuidas de forma que prepare adecuadamente al estudiante para el cuidado de la población específica. Por ejemplo, la Family Nurse Practitioner debe tener experiencias clínicas con individuos/familias de todo el ciclo vital y, además de los cursos troncales, debe realizar cursos de promoción de salud y prevención de enfermedades y de diagnóstico diferencial y manejo de la enfermedad¹⁰⁵.

El programa tiene que proporcionar al menos 500 horas de práctica clínica supervisada por un profesor (1 profesor por cada 2 estudiantes, si es supervisión indirecta, y 1 profesor por cada estudiante si se trata de supervisión clínica directa), pero se espera que si el programa prepara para proporcionar cuidado directo a personas de diversas edades, se exceda este mínimo de horas requerido.

Las horas de práctica clínica son de provisión de cuidado directo a individuos, familias o grupos de población, no incluyen las horas de práctica en laboratorios de simulación. La supervisión indirecta tiene los siguientes componentes: complementar la enseñanza del tutor clínico, actuar como coordinador para el servicio de salud y evaluar el progreso del estudiante. Los profesores son responsables de los estudiantes en el ámbito clínico, pero la supervisión directa de la práctica del estudiante puede estar compartida con diversos tutores clínicos que deben tener cualificación apropiada para el área de supervisión, al menos un año de experiencia clínica estar autorizados y tener licencia vigente para el ejercicio de la especialidad y grupo de población concreta. Los tutores clínicos tienen que recibir orientación sobre los requisitos del programa, los resultados esperados y la evaluación del estudiante.

La evaluación del estudiante es responsabilidad del profesor, que cuenta con el informe del tutor clínico. La observación clínica directa del estudiante es esencial y puede ser complementada con métodos de observación indirecta, como entrevistas del profesor con el estudiante, simulaciones por ordenador, sesiones grabadas, evaluaciones escritas o simulaciones clínicas.

La evaluación es sumativa y se realiza después de cada semestre (cuatro meses) para comprobar el progreso del estudiante a través de los componentes didácticos y clínicos del programa. La calidad de las experiencias de aprendizaje clínico de los estudiantes también son evaluadas por el profesor.

Anualmente, se revisan los cursos que componen el programa y son evaluados los tutores clínicos y la competencia de los profesores en todas las áreas, incluyendo docencia, investigación y clínica, según sea aplicable.

El conjunto del programa debe ser evaluado en no más de 5 años y debe incluir un sistema de evaluación del funcionamiento de los post-graduados que tenga en cuenta la calificación obtenida en el examen de certificación, el puesto de la NP en el área de la especialidad, la satisfacción del empleador con la práctica de la NP y de esta con su preparación. La primera evaluación debe hacerse el primer año de post-graduación y repetirse a intervalos de tiempo regulares, por ejemplo, cada 5 años.

La duración de los programas de máster conducentes al título de Nurse Practitioner varía dependiendo de la programación de cada universidad y de si se realiza a tiempo completo o

parcial. Así, puede durar entre 12-18 meses a tiempo completo y 2-3 años a tiempo parcial en la Universidad de Pensilvania¹⁰⁰ y 2-2,5 años a tiempo completo y 3-3,5 años a tiempo parcial en la Universidad de Michigan¹⁰¹.

Estar en posesión del grado de Bachelor en Ciencias de la Enfermería y la licencia vigente para el ejercicio como enfermera registrada son requisitos para el acceso a los programas formativos¹⁰⁴. Otros requisitos de admisión, como por ejemplo, un nivel mínimo de calificación media del Bachelor, un curso de estadística, o al menos 1 año de experiencia en el ámbito de la especialidad, dependen de cada universidad.

4.1.7. Requisitos para el ejercicio de la práctica avanzada

El modelo de consenso alcanzado en los EEUU sobre la EPA, establece que la licencia como APRN es la que deben obtener las enfermeras formadas en uno de los cuatro títulos de EPA reconocidos, para el ejercicio. Como mínimo, el registro de la licencia tiene que contener la denominación de APRN y el título específico (CCNA, CN-M, CCNS, CNP), además, puede contener la población específica de su especialidad y el área de subespecialización, si es el caso. Las APRNs deben licenciarse, por tanto, como profesionales independientes en las Juntas o Colegios Estatales de Enfermería y en su caso, de Matronas. La APRN no puede obtener la licencia solamente en el campo de la subespecialización. La adopción del modelo de consenso implica el reconocimiento mutuo entre las autoridades estatales de la licencia de APRN.¹⁰⁶

CRNA: La licencia del Estado y la certificación^{XIX} son obligatorios para el ejercicio profesional. El certificado se obtiene mediante la superación de un examen administrado por el National Board of Certification & Recertification for Nurse Anesthetists (NBCRNA)⁹². La recertificación cada dos años es obligatoria para continuar ejerciendo, para obtenerla es necesario que la CRNA acredite el cumplimiento de los requisitos establecidos por el Consejo de Recertificación de Enfermeras Anestésistas, que incluyen la certificación inicial, la licencia

^{XIX} Aunque la certificación se define como un proceso voluntario de validación de las competencias profesionales para el ejercicio de un determinado perfil profesional²⁹, en el modelo de consenso para la regulación de las Enfermeras Registradas de Práctica Avanzada en los EEUU se establece como obligatorio para obtener la licencia para el ejercicio y forma parte de la denominación con carácter distintivo de cada uno de los títulos reconocidos como de EPA¹⁰⁶. El programa de certificación tiene que estar acreditado por el American Board of Nursing Specialties (ABNS) (Consejo Americano de Especialidades Enfermeras) o bien por la National Commission for Certifying Agencies (NCCA) (Comisión Nacional de Agencias de Certificación). El examen de certificación evalúa las competencias troncales de APRN y al menos las competencias relacionadas con un área de población específica.

vigente, al menos 40 horas de formación continuada y haber practicado como enfermera de anestesia los dos años previos un mínimo de 850 horas⁹².

CNM: La licencia del Estado y la certificación son obligatorios para el ejercicio profesional. El certificado se obtiene mediante la superación del examen administrado por la American Midwifery Certification Board¹⁰⁷. La recertificación es necesaria cada 5 años y requiere completar tres módulos de autoaprendizaje que documentan el alcance completo de la práctica de matrona y estimula la utilización de la evidencia científica en la práctica. Además, tiene que realizar 20 créditos de formación continuada acreditados de su elección¹⁰⁸.

CCNS: La licencia vigente de RN en un Estado y la certificación de CNS en una de las especialidades son obligatorios. Para obtener la certificación hay que superar un examen de la especialidad administrado por el American Nurses Credentialing Center (ANCC). La recertificación cada 5 años es obligatoria para continuar ejerciendo. Para obtenerla, el profesional debe haber completado los requisitos de desarrollo profesional exigidos en su especialidad, haber acumulado al menos 75 horas de formación continuada y 1000 horas de práctica, como mínimo^{102;109}

CPN: La licencia vigente como RN en un Estado de los EEUU y el certificado de CPN en la especialidad correspondiente son obligatorios. Para obtener la certificación hay que superar un examen de la especialidad administrado por el ANCC.

La recertificación cada 5 años es obligatoria para continuar ejerciendo. Para obtenerla el profesional debe haber completado los requisitos de desarrollo profesional exigidos en su especialidad, haber acumulado al menos 75 horas de formación continuada y 1000 horas de práctica, como mínimo¹⁰⁹.

4.2. CANADÁ

4.2.1. Concepto de EPA

La Canadian Nurses Association¹¹⁰ define la práctica de enfermería avanzada como un término paraguas, que describe un nivel avanzado de práctica clínica enfermera que maximiza el uso de la preparación mediante educación de grado, un profundo conocimiento de la Enfermería y

competencia para satisfacer las necesidades sanitarias de individuos, familias, grupos, comunidades y de la población en general. Incluye el análisis y síntesis del conocimiento; la comprensión, interpretación y aplicación de la teoría y la investigación en Enfermería; y el desarrollo y avance del conocimiento enfermero y de la profesión en su conjunto.

En la práctica avanzada, las enfermeras expertas en un área de especialidad integran y muestran de manera consistente las siguientes características¹¹¹:

Prestación de cuidado efectivo y eficiente de una población determinada con un alto grado de autonomía; demostración de liderazgo para la mejora de los resultados del cliente, la organización y el sistema; utilización deliberada, intencionada e integrada de un profundo conocimiento enfermero, investigación y experiencia clínica, así como integración del conocimiento de otras disciplinas; profundo y amplio conocimiento del que surgen una variedad de estrategias para satisfacer las necesidades de los clientes, mejorar el acceso y la calidad del cuidado; habilidad para explicar y aplicar los fundamentos teóricos, empíricos, éticos y experienciales de la práctica enfermera; comprensión, desarrollo y diseminación del conocimiento enfermero basado en la evidencia; habilidad para iniciar o participar en la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de programas para satisfacer las necesidades del cliente y apoyar la práctica enfermera; utilización de las técnicas de transferencia del conocimiento para aplicar el conocimiento científico en la práctica; demostrar habilidades de juicio y toma de decisiones clínicas avanzado y análisis crítico para influir en la política de salud.

4.2.2. Títulos de EPA y definición de perfiles

El Marco Nacional para la Enfermería de Práctica Avanzada¹¹¹, propuesto por la Canadian Nurses Association, reconoce dos titulaciones de práctica avanzada: Clinical Nurse Specialist (CNS) y Nurse Practitioner (NP), ambas centradas en la práctica clínica.

La CNS es una enfermera registrada especialista y con experiencia clínica, que realiza una práctica avanzada dentro del alcance de la práctica enfermera, que aporta un valor añadido para los pacientes y para el equipo de profesionales sanitarios, con potencial de mejorar la seguridad de los pacientes, promover resultados positivos en salud y reducir los costes. Promueve la excelencia en la práctica enfermera, sirve de modelo y aboga por las enfermeras proporcionando liderazgo y actuando como enfermera clínica, investigadora, consultora y educadora.

Con un profundo conocimiento y desarrollo de habilidades, juicio avanzado y experiencia clínica en una especialidad enfermera, asiste proporcionando soluciones para las situaciones complejas del cuidado de la salud en todos los niveles, con los clientes, los compañeros de otras disciplinas, los administradores y los legisladores. La CNS lidera el desarrollo de pautas clínicas y de protocolos, promueve el uso de la evidencia, proporciona la ayuda y la consulta expertas y facilita el cambio del sistema¹¹².

La NP es definida como un profesional sanitario con autonomía y educación avanzada, que proporciona un servicio de salud fundamentado en las normas profesionales, éticas y jurídicas, con un papel complementario, más que de sustitución, de otros profesionales. La NP integra un profundo conocimiento de la teoría y de la práctica de la Enfermería avanzada, la gestión de la salud, promoción de la salud, prevención de la enfermedad/de lesión, y otras teorías biomédicas y psicosociales relevantes para proporcionar un servicio integral de salud. Las NPs trabajan en colaboración con sus clientes y otros profesionales sanitarios en la prestación del cuidado de alta calidad centrado en el paciente. Trabajan con las diversas poblaciones de pacientes en una variedad de contextos y sitios de la práctica. Tiene el potencial de contribuir significativamente en los nuevos modelos de salud basados en los principios de la atención primaria, facilitando el acceso, proporcionando y coordinando servicios y mejorando los resultados de salud.

La NP tiene la capacidad para realizar una valoración integral del estado de la salud, para diagnosticar situaciones de enfermedad y para tratar y manejar enfermedades agudas y crónicas dentro de un modelo holístico del cuidado. Ordena e interpreta screenings y pruebas diagnósticas, realiza los procedimientos y prescribe medicamentos, mientras que integra los principios de la asignación de recursos y rentabilidad, de acuerdo con la legislación y la política federales, provinciales y territoriales. La NP es responsable de su propia práctica, comunica a los clientes los resultados y los diagnósticos del examen de la salud, la necesidad de otras pruebas diagnósticas, remite al cliente a otros profesionales, cuando es necesario, y realiza el seguimiento. Aconseja a los clientes sobre el manejo de síntomas, el mantenimiento de la salud, las terapias farmacológicas y las terapias alternativas, las estrategias de rehabilitación y otros programas de la salud.

La NP tiene el conocimiento para determinar tendencias y patrones de la salud de la población y diseñar servicios para promover la vida saludable. Proporciona liderazgo en el desarrollo, la puesta en práctica y la evaluación de estrategias para promover salud y para prevenir enfermedad o lesión, y trabaja con los equipos interprofesionales, con otros sectores y cuidadores de la

salud, y con los miembros de la comunidad. La NP colabora en el desarrollo de normas que influyen en el servicio de salud y en la salud pública¹¹³.

4.2.3. Análisis de las competencias de cada título de EPA

CNS: No se hace referencia al ejercicio independiente o autónomo; las competencias clínicas no incluyen explícitamente la capacidad para realizar diagnóstico de problemas de salud, para ordenar pruebas diagnósticas y para prescribir medicamentos. Tampoco hacen referencia a la delegación de actividades en otros profesionales, a la derivación de pacientes a otros profesionales, ni al fomento de la formación interdisciplinar¹¹¹.

NP: Se hace referencia a todas las competencias de EPA, con la excepción de la delegación de actividades a otros profesionales^{111;114}.

4.2.4. Áreas de especialización

Las áreas de especialización de la CNS son las siguientes¹¹⁵:

Médico-Quirúrgica, Salud Mental/Psiquiatría, Pediatría, Neonatología, Geriátrica y cuidado a largo plazo, Cuidados Críticos, Salud Comunitaria, Cuidado ambulatorio, Cuidado domiciliario, Salud ocupacional; Quirófano y Recuperación; Urgencias; Oncología, Rehabilitación y Salud Pública.

La NP es especialista en una de estas tres áreas: Familia/Ciclo vital, Adulto y Pediatría¹¹³.

4.2.5. Roles

El papel del CNS abarca cinco componentes dominantes: clínico, consultor, educador, investigador y líder. Estas áreas de la práctica, o roles, hablan de la diversidad y la flexibilidad inherente en la CNS. El grado con el que la CNS desempeña cada uno de estos dominios depende del sitio de práctica y de las necesidades de los clientes^{112;115}.

El rol principal de la NP es clínico, pero como EPA, también proporciona liderazgo, actúa como consultora, investigadora y educadora e incorpora el conocimiento de la investigación y de otras fuentes en la práctica. Juega un papel clave en el desarrollo de organización comunitaria y en la elaboración de políticas de salud¹¹³.

4.2.6. Formación

Para ambas titulaciones, CNS y NP, se recomienda el grado de Máster en Enfermería¹¹¹, pero en caso del título de NP se ha convertido en un requisito en prácticamente todas las regiones a la vez que se ha avanzado en la regulación del ejercicio de estas enfermeras.

Los programas formativos de máster conducentes a estas titulaciones requieren la aprobación del organismo regulador que establece los requisitos mínimos para la práctica en el área jurisdiccional correspondiente¹¹⁶. La mayoría de los programas cuentan también, de forma voluntaria, con la acreditación de la Canadian Association of Schools of Nursing¹¹⁷, que es la que establece los estándares de calidad de la educación y es de ámbito nacional.

Los estándares de acreditación son generales para programas de grado y posgrado y hacen referencia a la unidad educativa o escuela y al programa formativo.

La Canadian Nurse Practitioner Initiative¹¹⁸ ha realizado una propuesta marco para armonizar la educación conducente a la titulación de NP en todo el país, en el que se señalan los elementos de la educación considerados claves para alcanzar las competencias de EPA. No se ha encontrado una propuesta similar para el título de CNS en este país.

Los estándares incluyen, entre otros, los siguientes criterios:

La escuela tiene que mostrar evidencia de revisión por pares de la implicación de los profesores en la investigación, la docencia, el servicio a la comunidad, la integración del conocimiento y la aplicación en la práctica. Los profesores tienen el papel de modelos con experiencia y conocimiento de la práctica fundamentada en el conocimiento científico actual.

El currículum tiene que estar definido como un plan organizado y secuencial de oportunidades educativas y basado en descripciones claras de los resultados esperados derivados de la misión, la filosofía y los objetivos del programa.

La metodología docente y la evaluación de los estudiantes debe facilitar el alcance de los resultados esperados. Los estudiantes deben tener suficientes oportunidades de adquirir conocimiento basado en la práctica de forma ética y segura, y de adquirir y aplicar habilidades de pensamiento crítico y razonamiento clínico basado en evidencias, así como habilidades clínicas y comunicativas.

El programa y el curriculum deben ser evaluados periódicamente para asegurar su vigencia y relevancia para la práctica enfermera, así como la capacidad de los estudiantes y los graduados para proporcionar cuidado enfermero seguro y ético.

Los componentes troncales del programa de máster deben incluir la preparación del estudiante para analizar, criticar y usar la investigación y la teoría en la práctica y para el desarrollo de habilidades de liderazgo en práctica clínica¹¹⁶.

La duración media de los programas es de 2 años, variable según los programas de las diferentes universidades y dependiendo de que la formación sea presencial o a distancia y de que la dedicación del estudiante sea a tiempo completo o parcial.^{xx}

Dependiendo del formato, los estudiantes pueden elegir la especialidad en el segundo año o bien realizar un post-máster certificado después de haber completado el curriculum troncal.

Para la formación de NP, además de otras estrategias de aprendizaje, se fomenta el desarrollo y oferta de cursos interprofesionales¹¹⁸.

La formación clínica esta incluida en los estándares y tiene que ser suficiente y relevante para la adquisición de competencias del estudiante, pero no se establece un mínimo general. Un preceptor-tutor clínico debe acompañar y supervisar el aprendizaje práctico y el número de estudiantes por cada tutor no puede amenazar la calidad del aprendizaje, aunque no se establece un ratio máximo. Para la formación de NP se recomienda un mínimo de 700 horas de práctica clínica^{118;121}.

El acceso a la formación de grado de máster requiere estar en posesión del Bachelor de Ciencia en Enfermería, registro vigente en la jurisdicción territorial correspondiente y 2 años de experiencia clínica como enfermera registrada^{116;121;121}. Una puntuación media de las calificaciones académicas, recomendación de profesores o empleadores, pueden también ser requeridos dependiendo de la universidad^{122;123}.

^{xx} La Universidad de Toronto oferta el Master en Enfermería Clínica y Nurse Practitioner en las especialidades de adulto, pediátrica y atención primaria o de salud global. La duración media es de 2 años, aunque el master de Enfermería Clínica solo se oferta de forma presencial y el de NP exclusivamente a distancia¹¹⁹. La Universidad de Alberta oferta Master en Enfermería para NP en la especialidad de adulto con una duración mínima de 2 años y medio y un máximo de 6 años¹²⁰. En ambos casos se trata de programas aprobados por el Colegio de Enfermería de Ontario, que es el organismo regulador de la formación y práctica enfermera en esa región.

4.2.7. Requisitos para el ejercicio de la práctica avanzada

En Canadá, las enfermeras son registradas y obtienen la licencia para el ejercicio a través de los colegios y/o asociaciones de las jurisdicciones territoriales. Para obtener la licencia es necesario pasar el examen administrado por la Canadian Nurses Association, o en Quebec, por la Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. No hay una licencia o autorización para el ejercicio a nivel nacional, pero desde el año 2001 existe un acuerdo entre jurisdicciones para reconocimiento mutuo de enfermeras registradas, basado en un marco de competencias común¹²⁰. Los títulos regulados están protegidos e incluyen a la enfermera registrada y la enfermera psiquiátrica. Otros títulos, como el de NP, pueden estar o no protegidos, según la legislación de cada jurisdicción^{124;125}. En el año 2006, la Canadian Nurse Practitioner Initiative (CNPI) propuso un marco común para la legislación y regulación de la NP que incluía recomendaciones de actuación en todas las jurisdicciones para unificar la situación¹²⁶. La consulta realizada en 2009 por la Canadian Nurses Association¹²¹ sobre el progreso alcanzado muestra que el título de NP está protegido en todas las provincias que han desarrollado legislación. Todas las provincias y territorios tienen actualmente legislación específica para NPs o bien están en proceso de desarrollo de la misma, como por ejemplo la provincia de Yukon.

Solamente los individuos registrados y con licencia vigente pueden utilizar los títulos protegidos. Esta restricción del uso de títulos profesionales permite que el público distinga entre los profesionales regulados y no regulados.

Para obtener la licencia para el ejercicio de la NP, existe un examen específico conocido como Canadian Nurse Practitioner Examination (CNPE), sobre las competencias troncales de la NP y tres exámenes de contenido específico de las especialidades de Familia/ Ciclo Vital, Adulto y Pediatría¹²⁷. La autoridad competente de la jurisdicción territorial determina el acceso al examen y lo administra. Los exámenes ofertados para las especialidades de Adulto y Pediatría son los de la American Nursing Credentialing Center (ANCC), pero habilitan tan solo para la práctica de estas especialidades en las jurisdicciones territoriales de Canadá.

La licencia tiene que ser renovada anualmente para todas las titulaciones reguladas. Los requisitos para obtener la renovación pueden variar dependiendo del organismo regulador de cada jurisdicción, pero todos incluyen la evaluación de las competencias y el desarrollo profe-

sional continuo. Los organismos reguladores tienen programas de formación continuada que proporcionan a las enfermeras un marco para demostrar que han mantenido la competencia y mejorado su práctica.

Por ejemplo, para registrarse como NP en Alberta¹²⁸ se requiere estar en posesión del título de Bachelor de Ciencia en Enfermería, haber completado el programa de educación de NP, haber trabajado al menos 4.500 horas como enfermera registrada o haber trabajado al menos 1.125 horas como enfermera en los últimos 5 años y 600 horas en los dos últimos años proporcionando cuidado directo o haberse graduado en el programa de NP dentro de los 6 últimos meses. Para la renovación del registro y la licencia, se requiere una auto-valoración de la práctica frente a los estándares de la práctica enfermera y las competencias de NP, un informe de otros sobre la propia práctica, seleccionar dos indicadores de focalización de aprendizaje, 1 debe ser una competencia de NP, y desarrollar un plan de aprendizaje para cada uno de los indicadores seleccionados, completarlos durante un año de práctica y evaluar la influencia de este aprendizaje en la práctica.

4.3. AUSTRALIA

4.3.1. Concepto de EPA

Según el Australian Nursing and Midwifery Council (ANMC) y el Australian Royal Collage of Nursing (ARCN), la práctica avanzada define un nivel de práctica enfermera que utiliza habilidades y conocimientos extensos y una amplia experiencia para la valoración, la planificación, el diagnóstico, la intervención y la evaluación del cuidado requerido. Una EPA es una enfermera registrada que ha adquirido el conocimiento de experto, las habilidades para la toma de decisiones complejas y las competencias clínicas para ampliar la práctica y cuyas características se ajustan al contexto del servicio de salud en el que ejerce. Las enfermeras que practican a este nivel son educadas en el nivel de posgrado y pueden trabajar en una especialidad o en un ámbito de práctica general. Pero en cualquier caso, la base de la práctica avanzada es el alto grado de conocimiento, de habilidad y de experiencia que se aplica en la relación enfermera-paciente/cliente para alcanzar resultados óptimos a través del análisis crítico, la solución de problemas y la precisión en la toma de decisiones. La práctica avanzada constituye la base del perfil de Nurse Practitioner. Este perfil es una ampliación de la práctica avanzada, específica-

mente regulado por la legislación profesional. Pueden admitir pacientes en instituciones sanitarias, derivarlos a otros profesionales y prescribir medicamentos^{129;130}.

4.3.2. Títulos de EPA y definición de perfiles

El título de Nurse Practitioner (NP) es el único título de EPA regulado en Australia.^{XXI}

La NP es una enfermera registrada educada para ejercer autónomamente y en colaboración un rol clínico extenso y avanzado. Este incluye la valoración y la gestión de los pacientes/clientes usando el conocimiento y las habilidades enfermeras y puede incluir, entre otras decisiones, la derivación de pacientes a otros profesionales y la prescripción de medicamentos y de pruebas diagnósticas.

La práctica de la NP esta fundamentada en los valores, el conocimiento, las teorías y la práctica de la Enfermería y proporciona un cuidado de la salud innovador y flexible que complementa el proporcionado por otros profesionales de la salud. El alcance de la práctica de la NP está determinado por el contexto en el cual está autorizada para ejercer^{131;132}.

4.3.3. Análisis de las competencias

Las descripción de competencias de la NP incluye todas las propuestas por el CIE a excepción de las relacionadas con el entorno seguro, que se describen parcialmente, la delegación de actividades a otros profesionales y la formación continuada¹³³⁻¹³⁵.

4.3.4. Áreas de especialización

La recomendación es que la práctica de la NP se articule en torno a un campo de especialidad y se determine por las necesidades de salud de la población y por los estándares profesionales¹³⁶.

^{XXI} Existen otros perfiles de enfermeras que son considerados avanzados, como los de Enfermera Clínica, pero no tienen estándares específicos definidos para la práctica, ni una regulación diferenciada. También existe en este país el título de Midwife Practitioner, pero no se ha incluido en este estudio porque la Matronería está regulada como una profesión diferenciada de la Enfermería.

Ejemplos de áreas de especialización clínica existentes son los siguientes¹³³: Atención primaria; Salud Comunitaria, Salud Mental, Salud de la mujer, Ámbito rural y remoto, Urgencias (adulto y pediátrica), Cuidados Paliativos, Diabetes, Neurocirugía, Insuficiencia Cardíaca Crónica, Cuidados Críticos, Continencia, Oncología y Manejo del dolor, Oftalmología, Nefrología, Neonatología, Respiratorio, Ortopedia, Gerontología.

4.3.5. Roles

La NP puede desempeñar los siguientes roles: Enfermera Clínica (cuidado directo), Enfermera Clínica Consultora, Enfermera Gestora de Unidad, Enfermera Investigadora y Enfermera de Salud Pública^{134;135}.

4.3.6. Formación

El Consejo Australiano de Acreditación de Enfermería y Matronería (Australian Nursing Midwife Council, ANMC) es la autoridad responsable para acreditar las instituciones educativas y los programas de estudio de enfermeras y matronas, de acuerdo a los estándares y criterios de acreditación, que han sido definidos por este Consejo teniendo en cuenta los estándares de competencias de la NP. Los estándares de acreditación de programas formativos son aprobados por la Junta de Enfermería y Matronería de Australia (Nursing and Midwifery Board of Australia, NMBA). El ejercicio de NP requiere haber completado un programa de Máster en Enfermería acreditado¹³⁶⁻¹³⁸.

La acreditación se basa en el cumplimiento de nueve estándares definidos que tienen que ver con la dirección y gestión del programa formativo, el número y cualificación del profesorado, los requisitos para los estudiantes, la duración y estructura del programa formativo, el contenido del currículum, los abordajes de enseñanza y aprendizaje, la evaluación del estudiante, la experiencia profesional y la investigación.

El nivel de cualificación del profesorado debe ser igual o mayor que el del programa formativo y deben certificar su práctica actualizada. La institución tiene que justificar el proceso de selección de profesorado utilizado.

La duración del programa tiene que ser suficiente para que el estudiante alcance los estándares de competencia y la estructura tiene que incluir tiempos de formación teórica y tiempos y lugares para las experiencias prácticas.

El programa formativo tiene que incluir suficientes actividades y oportunidades de aprendizaje experiencial, abordajes colaborativos y modelos de supervisión para el apoyo y evaluación de los estudiantes en los lugares de práctica clínica. En el caso del Máster de Enfermería (Nurse Practitioner) que oferta la Universidad de Sidney la duración del máster es de 2 años a tiempo completo y 72 créditos, de los cuales, 24 corresponden a la formación práctica en la especialidad elegida e incluyen 300 horas de práctica clínica avanzada¹³⁹. El máster de estudios de Nurse Practitioner de la Universidad de Queensland tiene una duración de 1,5 años a tiempo completo o bien el equivalente a tiempo parcial¹⁴⁰.

El contenido del currículum tiene que estar focalizado en los fundamentos de la práctica enfermera especializada y ampliada (derivación directa de pacientes a otros miembros del equipo, prescripción de medicamentos, petición de pruebas diagnósticas), por tanto, la responsabilidad ética y legal, los principales problemas de salud pública nacionales e internacionales, la farmacología y prescripción de medicamentos, la investigación y el manejo de las tecnologías de la información son materias troncales del currículum.

El programa debe contener los resultados de enseñanza-aprendizaje esperados, aprendizaje y práctica interprofesional y métodos de aprendizaje flexibles y de apoyo al estudiante para que consiga los objetivos determinados.

La evaluación se basa en que los tipos de asignaciones, tareas y contextos profesionales proporcionados al estudiante sean suficientes para estimular el aprendizaje individual y colectivo. Los procedimientos de evaluación deben ser justos, válidos y transparentes, estos incluyen la valoración oral y la observación del estudiante por parte del asesor en contextos de práctica clínica, entrevistas, así como la realización de un portafolio de aprendizaje y experiencias prácticas que debe ser examinado interna y externamente. La evaluación también debe incluir la competencia en farmacología.

Los requisitos de acreditación incluyen que el programa cuente con un plan de seguimiento, revisión y mejora de la calidad.

Los requisitos previos para la admisión de estudiantes en este Máster son los siguientes:^{xxii}

- Registro vigente para el ejercicio de enfermera en un territorio
- Estar en posesión del grado de Bachelor en Enfermería (mínimo de 3 años de duración) o grado equivalente, y un certificado de graduación en el área de especialidad elegida para el programa de NP.
- Experiencia de trabajo a tiempo completo de al menos 5 años como enfermera registrada, de los cuales, al menos 3 años deben haber sido en un área de especialidad y 1 año de nivel de práctica avanzada en esa especialidad.
- Actividad profesional, participación activa en organizaciones profesionales y contribución al desarrollo de la profesión.
- Designación de un supervisor clínico primario,^{xxiii} cuyo CV y declaración de la capacidad para asumir este papel deben ser presentados por el candidato.

El estudiante del máster puede ser admitido como estudiante en un grado de Máster con Honores,^{xxiv} que permite llevar a cabo una investigación más detallada y profundizar en el área de la especialidad elegida. Con este Máster el estudiante puede acceder a un programa de doctorado.

4.3.7. Requisitos para el ejercicio

El registro y la autorización para el ejercicio de NP lo realizaban las Juntas de Enfermería y Matronería de las distintas jurisdicciones territoriales, pero desde el 1 de julio del 2011, existe un esquema nacional para el registro y acreditación de los profesionales sanitarios establecido

^{xxii} Aunque el programa de máster conducente al título de NP tiene que estar acreditado, puede haber algunas variaciones en los requisitos de acceso dependiendo de la universidad y el territorio jurisdiccional en que ésta se encuentre. Los requisitos aquí reflejados son los del programa acreditado de la escuela de Enfermería de la Universidad de Sidney¹³⁹.

^{xxiii} El supervisor clínico primario debe tener un nivel mínimo de máster o formación reconocida como equivalente por sus méritos y actividades profesionales. El supervisor clínico primario debe ser un clínico de práctica avanzada, con un puesto en el lugar de trabajo, que tiene la responsabilidad de actuar como mentor, profesor y supervisor mientras que el estudiante realiza los componentes clínicos requeridos en el curso.

^{xxiv} El grado con honores se refiere a la obtención del grado con una mención de cualificación extraordinaria en un área, como, por ejemplo, la investigación.

por una Ley de ámbito nacional (Health Practitioner Regulation National Law Act), en la que se hace responsable al Nursing and Midwifery Board of Australia (NMBA) de la regulación de enfermeras y matronas, con el apoyo de la Australian Health Practitioner Regulation Agency (AHPRA)¹³⁷.

El NMBA ha desarrollado estándares para el registro y la licencia para el ejercicio de NP, que incluyen:

- Registro como enfermera general sin mención de haber incurrido en práctica no satisfactoria o conducta no profesional.
- Experiencia equivalente a 3 años a tiempo completo de ejercicio de un rol de práctica avanzada dentro de los seis años previos a la solicitud
- Nivel de educación de máster o formación equivalente determinada por el NMCA.
- Cumplimiento de los estándares para la práctica de Nurse Practitioner¹³².
- Cumplimiento de los estándares de Desarrollo Profesional Continuo (DPC).

La especificidad de la autorización para la práctica de NP depende fundamentalmente del cumplimiento de los estándares de desarrollo profesional continuo, ya que este debe ser relevante en el contexto de la práctica de cada profesional. Los requisitos de DPC son los siguientes¹³⁸:

- Un mínimo de 10 horas de formación relacionadas con su permiso de prescripción de medicamentos
- Al menos 20 horas anuales de DPC, 1 hora de aprendizaje activo es igual a 1 hora de DPC
- Es la responsabilidad de la enfermera o de la matrona calcular el número de horas de aprendizaje activo que han tenido lugar y, si las actividades son relevantes para su profesión, describirlas en el portafolio de desarrollo profesional.
- Las enfermeras y las matronas deben guardar una documentación escrita del DPC que demuestre la evidencia de la realización del mínimo de 20 horas por año. Los detalles deben incluir fechas, una breve descripción de los resultados y el número de las horas pasadas en cada actividad.
- El DPC debe ser relevante para el contexto de la práctica de la enfermera o de la matrona, bien a través de un programa de aprendizaje autodirigido o mediante un programa formal de DPC que cumpla las directrices publicadas por el NMBA, incluyendo un mínimo de tres tipos diversos de actividades.
- La documentación de DPC autodirigido debe demostrar que la enfermera o la matrona ha:
(a) identificado y priorizado sus necesidades de aprendizaje, basadas en una evaluación de

su práctica comparada con los estándares de competencia del Consejo Australiano de Enfermería y Matronería; (b) desarrollado un plan de aprendizaje basado en las necesidades identificadas; (c) participado en las actividades de aprendizaje efectivas y relevantes para sus necesidades; (d) reflejado el valor de las actividades aprendidas o el efecto que esa participación tendrá en su práctica.

- La participación en la adquisición obligatoria de habilidades, tales como el Soporte Vital Básico o el aprendizaje de ciertas habilidades manuales, no se debe contar como DPC, a menos que contengan el aprendizaje activo del conocimiento nuevo o destrezas de alto nivel.
- El papel de la Junta incluye la supervisión de la capacidad de enfermeras y de parteras, para la que lleva a cabo una auditoría anual de las enfermeras y matronas registradas. El proceso de auditoría se publica en las directrices de la Junta, incluyendo la proporción de profesionales auditados, pudiendo ser revisado temporalmente.

4.4. IRLANDA

4.4.1. Concepto de EPA

La Advanced Nurse Practitioner (ANP) y la Advanced Midwife Practitioner (AMP) ^{xxv} promueven la salud, ofrecen intervenciones de cuidados y abogan por las opciones de vida saludable para los pacientes/los clientes, sus familias y cuidadores en una amplia variedad de sitios, en colaboración con otros profesionales del cuidado de la salud, según el alcance convenido de las normas de su práctica. Utilizan conocimiento clínico avanzado de sus disciplinas y habilidades de pensamiento crítico para proporcionar de forma independiente un cuidado óptimo del paciente/del cliente, a través de la gestión de casos de la enfermedad aguda y/o crónica. La práctica avanzada de estas profesiones se fundamenta en la teoría y en la práctica propias, a las que incorporan otra investigación relacionada, gestión, y teoría y habilidades de liderazgo para estimular un enfoque del cuidado de calidad del paciente/cliente colegiado y multidisciplinar.

^{xxv} El concepto de la práctica avanzada en Irlanda hace referencia a enfermeras y matronas, porque desde el año 2010 la formación de la matrona se ha diferenciado de la formación de la enfermera. Previamente, la matrona era una especialidad de Enfermería¹⁴¹.

La Enfermería y Matronería de práctica avanzada se lleva a cabo por profesionales autónomos y expertos que son competentes, responsables y dan cuenta de su propia práctica. Tienen un alto nivel de experiencia clínica especializada y educación superior de nivel mínimo de máster.

Las ANP/AMP se desarrollan en respuesta a las necesidades de los pacientes/clientes y a los requerimientos de los servicios de salud a nivel local, nacional e internacional. Estas profesionales deben tener una visión de la áreas de práctica que se podrían beneficiar de una ampliación del alcance actual de la práctica de ambas profesiones y el compromiso de llevar a cabo ese desarrollo^{142;143}.

4.4.2. Títulos de EPA y definición de los perfiles

La práctica avanzada constituye el más alto nivel de la carrera profesional enfermera al que se llega a través del desarrollo profesional continuo y el título reconocido como de ese nivel de práctica es el de Advanced Nurse Practitioner (ANP), cuyo perfil coincide con el descrito en el concepto de EPA, y cuya obtención está ligada a la acreditación y esta está a su vez condicionada, entre otros requisitos, a la adjudicación de un puesto de trabajo acreditado con la categoría de práctica avanzada. Es decir, el título de ANP solo puede ser utilizado por una enfermera que ocupa un puesto de trabajo de práctica avanzada en una determinada especialidad.¹⁴⁴

La ANP esta situada en el nivel más alto de desarrollo de carrera profesional en Irlanda¹⁴³.

En el nivel inmediato inferior de cualificación y categoría profesional se encuentra la Clinical Nurse Specialist (CNS)¹⁴⁵, que se define como una enfermera que ejerce en un área que requiere la aplicación de los conocimiento y habilidades especializados para mejorar la calidad del cuidado de los pacientes. La práctica especializada contiene un dominio clínico que incluye la valoración, planificación, ejecución y evaluación el cuidado del paciente/cliente y familia en hospitales y centros ambulatorios y en la comunidad. La CNS trabaja con otros profesionales médicos y para-médicos y puede modificar las opciones clínicas prescritas de acuerdo a los protocolos o guías de práctica clínica establecidos.

Participa también en la realización, difusión y evaluación de la investigación enfermera y proporciona asesoramiento en la educación y la práctica de otras enfermeras y del equipo

interdisciplinar.^{xxvi} La CNS es la enfermera que puede identificar la necesidad del desarrollo de práctica avanzada en su puesto de trabajo y ser candidata a la obtención del título de ANP.

4.4.3. Análisis de las competencias de cada título de EPA

Son descritas por el National Council of Nurses and Midwives (NCNM) en el marco de estándares para la acreditación de la ANP¹⁴⁴.

No se mencionan los elementos de las siguientes competencias: ética, entorno seguro, formación continuada. Tampoco se hace referencia a algunos elementos de la atención interprofesional, relativos al trabajo en equipo y a la colaboración con organismos para resolver problemas de acceso, ni a la delegación de competencias a otros profesionales.

4.4.4 Áreas de especialización

Potencialmente todas las áreas de práctica de la enfermera registrada que requieran conocimientos y habilidades específicas en las que sea necesario mejorar la calidad del cuidado del paciente/cliente pueden ser áreas de especialización de ANP, más concretamente, las que cuentan con programas de posgrado que capacitan para alcanzar las competencias de los puestos de trabajo acreditados para la CNS, según los estándares del NCNM. Atendiendo a estos criterios, las áreas de especialización de la ANP actualmente existentes pueden ser todas las que se muestran en la siguiente tabla 1¹⁴⁶:

^{xxvi} Aunque el título de CNS no está considerado en Irlanda como de práctica avanzada, se ha considerado relevante para el estudio mencionar su existencia y describir su perfil, porque en otros países de la muestra sí forma parte del concepto de EPA.

Tabla 1. Áreas de especialización de ANP en Irlanda

Médico-Quirúrgicas	Etapa Vida/situación Salud	Ciencia, Práctica y Gestión
Urgencias/Emergencias	Pediátrica	Neurociencia
Cuidados Críticos/Coronarios	Cuidado neonatal	Ciencia de la Salud
Diabetes	Enfermería del Adulto	Práctica Enfermera/Cuidado de la Salud
Hematología	Enfermería Gerontológica	Práctica Enfermera Clínica
Oncología	Discapacidad física y Rehabilitación del anciano	Gestión de Enfermos
Insuficiencia Cardíaca	Demencia	Salud Ambiental y Gestión de Calidad
Oftalmología	Crónicos	
Ortopedia	Cuidados Paliativos	
Otorrinolaringología	Manejo del dolor	
Reumatología	Enfermería Comunitaria	
Enfermería Nefrológica	Discapacidad Intelectual	
Cuidados respiratorios	Salud Mental	
Enfermería Perioperatoria	Psicoterapia	
Enfermería Perioperatoria	Terapia Conductual	
Prevención y Control de Infección		

La identificación de la necesidad del perfil de ANP y de un determinado rol, teniendo en cuenta los patrones epidemiológicos de enfermedades, demográficos y de salud de la población, los datos de servicios sanitarios, las políticas regionales y nacionales, el contexto geográfico del servicio sanitario y las áreas potenciales de desarrollo de servicios de atención, constituyen el primer paso para el establecimiento de un puesto de trabajo de ANP¹⁴³.

Recientemente se han desarrollado puestos de ANP y CNS especializados en el cuidado de ancianos, drogodependencias, trasplante de médula, cáncer, adicción, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad cardiovascular, enfermedad crónica y problemas de la piel. Todos tienen en común el estar centrados en el paciente y haberse construido en torno a sus necesidades, favoreciendo su acceso e integrándolo en el sistema de salud¹⁴⁷.

4.4.5. Roles

El papel que desempeña la ANP está determinado por el área de especialidad y el puesto de trabajo que ocupa y puede tener una mayor proporción de actividad clínica, gestora, consultora,

investigadora o educadora dependiendo de las necesidades de mejora identificadas en el contexto concreto en el que ejerce^{143;145}.

4.4.6. Formación

Todos los programas de formación en Enfermería son aprobados por la Junta Nacional de Enfermería denominada An Bord Altranais¹⁴⁸, que es el órgano regulador de la profesión enfermera en Irlanda^{xxvii}. Los programas de formación deben cumplir los estándares establecidos por el National Council for the Development of Nurses and Midwives (NCNM) (Consejo Nacional para el desarrollo de la Enfermería y Matronería) para la acreditación como ANP^{144;149}. Estos estándares de práctica establecen como requisito el Máster en Enfermería como el nivel mínimo de educación, pero no existen todavía estándares específicos para la acreditación de los programas de educación post-básica o de posgrado.

Los programas forman a las enfermeras para el desempeño de las competencias de la ANP en un área de especialidad.^{xxviii} Están compuestos de módulos, alguno de los cuales puede ser ofertado a distancia, dependiendo de cada universidad, e incorporan estrategias de aprendizaje on-line. El núcleo troncal del programa proporciona fundamento teórico y práctica avanzada centrada en la valoración, diagnóstico, tratamiento y evaluación del cuidado de pacientes y familias, así como liderazgo y metodología de investigación, culminando en una disertación sobre el contexto de la práctica del estudiante. El programa de máster de práctica avanzada puede incluir los cursos de prescripción farmacológica y de pruebas radiológicas con rayos X, aunque esta capacitación se puede adquirir también a través de los cursos sobre estas materias que se ofertan de forma separada y que dan lugar a certificados o diplomas de Enfermera Prescriptora.

^{xxvii} Mediante una Orden Ministerial que desarrolla la Ley de Enfermeras y Matronas de 2011, se establece la disolución del National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery desde enero de 2012. Las funciones de regulación de las profesiones de enfermera y matrona que desarrollaba este Consejo (definición de la carrera profesional, del concepto y competencias de la ANP y de los requisitos para la acreditación de ese nivel) se concentran ahora en el órgano regulador denominado An Bord Altranais¹⁴⁸.

^{xxviii} Se ha consultado la oferta de Máster en Enfermería de Práctica Avanzada de dos de las universidades irlandesas, University College of Dublin y Royal College of Surgeons in Ireland University, cuyo programa está aprobado por la An Bord Altranais y la National University of Ireland^{150;151}. Según el Marco Nacional de Autorización de Cualificaciones de Irlanda (NQAI, por sus siglas en inglés) el programa corresponde al nivel 9 de cualificación de los 10 niveles posibles.

El desarrollo de habilidades clínicas que permitan a la enfermera tomar decisiones de valoración, diagnóstico y tratamiento para resolver situaciones de salud de forma independiente, es una parte fundamental del programa. Para ello se utilizan las prácticas simuladas en laboratorio y las experiencias clínicas reales mediante aprendizaje autodirigido, la valoración y supervisión de tutores clínicos y los encuentros con profesores en ese entorno.

La duración del programa es de 2 años a tiempo parcial y 110-150 créditos, (dependiendo de si incluyen o no las competencias de prescripción) y las prácticas clínicas se extienden a lo largo de los dos años. La práctica clínica de prescripción enfermera tiene una duración de 12 semanas.

Los requisitos de admisión al programa de Máster incluyen:

- Estar en posesión de un grado de Bachelor o formación equivalente reconocida por el órgano regulador.
- Licencia vigente para el ejercicio de enfermera registrada.
- Un mínimo de 5 años de experiencia post-básica o post-registro.
- 3 años de experiencia práctica en el área de la especialidad elegida.
- Proporcionar evidencia del desarrollo profesional continuo.
- Designar un mentor clínico que servirá de apoyo al desarrollo de las competencias y supervisará al estudiante durante los componentes prácticos del programa.

Además, el estudiante tiene que solicitar la acreditación como ANP al An Bord Altranais y consultar en primer lugar con la Dirección de Enfermería correspondiente, la potencial existencia de un puesto de trabajo de ANP en la especialidad elegida. El marco para el establecimiento de puestos de trabajo de ANP y AMP es definido por el organismo regulador de estas profesiones^{143;148}.

4.4.7. Requisitos para el ejercicio

Una vez adquiridas las competencias de práctica avanzada el profesional puede trabajar como candidato al título ANP para el que habrá solicitado su acreditación.

La An Bord Altranais Nursing Board es responsable de acreditar los puestos de ANP y proporcionar y mantener una nueva división del registro de enfermeras específica para las

ANP y AMP^{148;149}. La utilización del título solo es posible cuando a la ANP se le ha ofrecido un puesto de trabajo acreditado para esta categoría y ha sido registrada por este organismo. Si la ANP desea trasladarse a otro puesto debe solicitar la reacreditación. La dirección de Enfermería del centro sanitario o el servicio de gestión de personal tienen que informar al An Bord Altranais cuando un puesto queda vacante¹⁵².

Los requisitos para acreditarse y registrarse como ANP son los siguientes^{144;149;152}:

- Registro vigente como enfermera
- Registro en la división correspondiente a la especialidad que se solicita, o en su caso, tener un reconocimiento de los servicios prestados que proporcionen evidencia de que posee la competencia relevante para el contexto de la práctica en el que solicita ejercer como APN.
- Grado de Máster o superior y haber cursado un programa de postgrado previo en Enfermería o en un área de especialidad. La formación debe contener preparación clínica sustancial y relevante en el área de práctica especializada.
- Tener al menos 7 años de experiencia, 5 de los cuales tienen que ser en el área de la especialidad elegida.
- Tener un número sustancial de horas de práctica avanzada supervisadas, cuya suficiencia se valora individualmente de acuerdo a las competencias requeridas para el desempeño de la práctica avanzada específica que se solicita. Los supervisores tienen que ser identificados en la solicitud (enfermeras y otros profesionales sanitarios) y su adecuación es valorada teniendo en cuenta el área de especialidad solicitada y las competencias requeridas para el desempeño.
- Tener la competencia esperada para realizar juicios clínicos y toma de decisiones de una enfermera ejerciendo en el primer nivel de práctica avanzada.
- Proporcionar evidencia de Desarrollo Profesional Continuo, mediante un portafolio.

La reacreditación es necesaria cada 5 años, teniendo que demostrar que se mantienen los requisitos iniciales y presentar una actualización del portafolio que permita evidenciar el desarrollo profesional continuo.

4.5. REINO UNIDO

4.5.1. Concepto de EPA

En el Reino Unido existen roles de EPA desde los años 80, pero, aunque se encuentra en una fase avanzada, su regulación todavía no se ha producido¹⁵³. En el año 2005, el Nursing and Midwifery Council (NMC) (Consejo de Enfermeras y Matronas) llevó a cabo una consulta con todos los agentes implicados para el desarrollo de un marco de estandarización de la práctica avanzada de la Enfermería que facilitara la regulación de la misma^{154;155}. Según los acuerdos alcanzados¹⁵⁶, la denominación genérica de la práctica avanzada sería la de Advanced Nurse Practitioner (ANP), definida como una enfermera registrada de segundo nivel, con un alcance de su práctica mucho mayor que el del inicio del registro. El nivel de práctica avanzada conlleva aspectos de educación, investigación y gestión, pero está firmemente fundamentada en la prestación de cuidados directos o atención clínica de pacientes, familia y comunidad. Promociona la salud y el bienestar, entiende las implicaciones sociales, económicas y políticas del contexto del cuidado de la salud. Su experiencia profesional y juicio clínico se demuestran en la naturaleza experta de su práctica y en la profundidad de su conocimiento. Los pacientes, clientes y otros profesionales reconocen su alto desarrollo y amplio conocimiento en áreas como el diagnóstico, las terapias, la biología, las ciencias sociales, la epidemiología y la farmacología y sus habilidades en las áreas de consulta y toma de decisiones clínicas. Utiliza el proceso de razonamiento complejo, el pensamiento crítico, la reflexión y el análisis para la valoración, el juicio y las decisiones clínicas. Es capaz de aplicar el conocimiento y las habilidades en una gran variedad de situaciones clínicas y profesionalmente desafiantes y complejas.

Actúa como líder de la práctica en todas las delimitaciones profesionales, organizativas y del sistema para el desarrollo de la práctica y la mejora de los servicios y gestiona su carga de trabajo. Establece redes locales, regionales y nacionales, evalúa y gestiona el riesgo y continuamente trata de mejorar la calidad del servicio y del cuidado del paciente. Desarrolla relaciones productivas con numerosos agentes para influir en las direcciones estratégicas de los servicios en beneficio de los pacientes y clientes; trabaja en la primera línea de su área de práctica e identifica sus propias necesidades de desarrollo y las de otros profesionales y lleva a cabo acciones para satisfacerlas aprovechando todas las oportunidades de aprendizaje, ya sean provenientes de programas educativos disponibles o de su propia práctica y la de los compañeros de trabajo.

La ANP innova diseñando y desarrollando nuevas guías de cuidados y servicios y desarrollando e implementando políticas, estándares, guías y protocolos.

4.5.2. Títulos y definición de perfiles

Aunque la denominación genérica de la práctica avanzada propuesta por el NMC sea la de Advanced Nurse Practitioner (ANP), todavía existen numerosas denominaciones de enfermeras cuyo trabajo contextualizado puede ser considerado de práctica avanzada, entre los que se incluye el de ANP, haciendo referencia a un determinado perfil. Los títulos más utilizados son los siguientes: Nurse practitioner (NP) o Advanced Nurse Practitioner (ANP),^{XXIX} Clinical Nurse Specialist (CNS), Nurse Consultant (NC), Community Matron (CM) y Modern Community Matron (MM).

La NP/ANP es una enfermera registrada con educación de posgrado de nivel de máster que adopta decisiones profesionales de forma autónoma, de las cuales es responsable; recibe pacientes con diagnósticos indiferenciados y realiza la valoración de las necesidades de cuidado, basado en su alto nivel de conocimiento y desarrollo de habilidades, que incluyen algunas no comúnmente utilizadas por las enfermeras como la valoración física; detecta los factores de riesgo y los primeros signos de enfermedad; establece el diagnóstico diferencial utilizando habilidades de toma de decisiones y resolución de problemas; desarrolla junto al paciente un plan de cuidados con especial énfasis en las medidas de prevención; ordena la realización de pruebas diagnósticas necesarias y proporciona el tratamiento y el cuidado, tanto de forma independiente o autónoma, como formando parte del equipo y a través de derivaciones a otros servicios; ayuda a las personas en el manejo de la enfermedad; proporciona consejo y educación sanitaria; tiene autoridad para dar de alta y derivar pacientes a otros servicios; colabora con otros profesionales sanitarios y disciplinas y proporciona liderazgo y asesoría cuando es requerida¹⁵⁷.

^{XXIX} La utilización del término Advanced Nurse Practitioner (ANP) se ha incrementado en el Reino Unido al objeto del reconocimiento explícito del nivel avanzado de la Nurse Practitioner (NP), del alcance de su práctica y de sus competencias. En las publicaciones actualizadas del Royal College of Nursing, se utiliza el término ANP en sustitución del de Nurse Practitioner. Se entiende, por tanto, que ambos son equivalentes para el propósito de la descripción del perfil profesional¹⁵⁶.

La CNS se describe como una enfermera registrada con educación de grado de primer nivel (Bachelor) o superior y con amplia experiencia en el campo de la especialidad, cuyo ejercicio requiere alto nivel de conocimiento y habilidades para la identificación de problemas y la toma de decisiones. Dependiendo de su experiencia y nivel de competencias puede realizar valoración física y psicológica, ordenar e interpretar pruebas diagnósticas, prescribir medicación; gestionar el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas, priorizar casos, derivar pacientes a otros especialistas y dar el alta de gestión del caso¹⁵⁸.

La NC es una figura central para el proceso de modernización de los servicios de salud, prestando servicios rápidos y convenientes a los pacientes. Son enfermeras registradas expertas y especializadas en un determinado campo del cuidado de la salud, con educación de nivel de máster o doctorado. Proporcionan atención clínica directa (pasan más del 50% de su tiempo trabajando directamente con pacientes), liderazgo, asesoría, docencia, formación y desarrollo profesional, así como investigación y evaluación¹⁵⁹.

Se denomina CM a las enfermeras con alto nivel de experiencia y formación (nivel de máster) que trabajan con pacientes, la mayoría de los cuales tiene situaciones de salud complejas y requiere cuidados a largo plazo. Proporciona atención directa, planifica y organiza el cuidado¹⁵⁹. La CM realiza la historia clínica del paciente, el examen físico, identifica el diagnóstico potencial, deriva al paciente para la realización de pruebas y, cuando es apropiado, realiza el diagnóstico; decide y lleva a cabo el tratamiento, incluyendo la prescripción de medicamentos, o deriva el paciente al especialista apropiado; satisface las necesidades sociosanitarias del paciente involucrando en el plan de cuidado a otros miembros del equipo; asegura la continuidad del cuidado; evalúa con el paciente/familia la efectividad del tratamiento y realiza los cambios necesarios; puede trabajar de forma independiente, aunque con frecuencia forma parte de un equipo; proporciona liderazgo y se asegura de que el cuidado que reciben los pacientes está basado en las mejores prácticas.^{xxx}

^{xxx} Las CMs están sustituyendo a la figura conocida como *Distric Nurse* o *Enfermera de Distrito* porque tienen una mejor cualificación que les permite resolver más eficazmente los problemas de salud complejos de la población asignada en el ámbito comunitario. El RCN insta a las *Distric Nurses* existentes a incrementar su cualificación para ampliar el alcance de su práctica¹⁶⁰.

El perfil de la Modern Matron (MM) se refiere a una enfermera registrada con amplia experiencia práctica y formación de nivel de máster, cuya función consiste en conseguir los más altos estándares de atención clínica, proporcionando gestión y liderazgo de las enfermeras especialistas, las matronas y otros miembros del equipo; asegurar que los pacientes, clientes y cuidadores se involucren en el desarrollo del servicio, proporcionando una fuerte presencia en las unidades clínicas que permita prestar el apoyo que requieran los pacientes y familiares y garantizar que los servicios de soporte y administrativos están diseñados para alcanzar los más altos estándares de calidad del cuidado (por ej. seguridad del paciente, apoyo social, coordinación de la atención, etc.)^{161;162}.

Además de estos perfiles, existen las Specialist Community Public Health Nurses (SCPHN), que son enfermeras registradas en la división del registro específico, cuya formación debe cumplir con los estándares establecidos para poder registrarse (primer nivel de grado) y cuyo servicio se centra en los grupos, familias y comunidades y en los individuos dentro de esos grupos. Ejerce en una variedad de sitios que incluyen el domicilio, las escuelas, los lugares de trabajo y las áreas locales. Identifica los factores que afectan la salud y el bienestar, incluso los del contexto y el entorno, y mediante el liderazgo y la influencia contribuye a las políticas de salud. Actúa como intermediaria entre grupos e individuos en la población. Este abordaje basado en la población funciona para mejorar la prestación de servicios a las comunidades, así como para colaborar con otros y desarrollar la capacidad y la confianza de grupos e individuos para mejorar su salud. Esta titulación no está considerada como de EPA¹⁶³.

4.5.3. Análisis de las competencias de la EPA

Todavía no se dispone de un marco de competencias de la ANP aprobado para ser utilizado como estándar de este nivel de la práctica enfermera en el Reino Unido. Sin embargo, el RCN, teniendo en cuenta el Knowledge and Skills Framework of the National Health System (KSK NHS),^{xxxii} la escalada del debate existente sobre la Enfermería de práctica avanzada y el interés del NMC por regular esta práctica para proteger a los ciudadanos, ha realizado una definición del Marco de Competencias de la ANP con el que ha manifestado su acuerdo el NMC¹⁵⁶.

^{xxxii} El *Knowledge and Skills Framework* del Sistema de Salud Británico, sirve para identificar los conocimientos y habilidades necesarios para el desempeño de un determinado puesto de trabajo, guiar el desarrollo profesional individual e indicar la remuneración adecuada¹⁶⁴.

El Marco de Competencias de la ANP propuesto por el RCN es el utilizado en este trabajo como referencia para el análisis de las competencias específicas de la EPA propuestas por el CIE. De su análisis se desprende que comprende todas las competencias de la EPA, excepto la delegación de competencias a otros profesionales y la aplicación de programas que favorezcan la formación interdisciplinar del cuidado de la salud.

4.5.4. Áreas de especialidad

Las NP y CNS pueden ser especialistas en cualquiera de las especialidades existentes, tanto del cuidado de pacientes agudos como crónicos y ejercer en los ámbitos de atención primaria, comunitaria y en hospitales. La mayoría de las NP ejercen en atención primaria, pero también hay NP en cuidados críticos, en cuidado general del adulto, pediatría, salud de la mujer, salud mental del anciano y discapacidades del aprendizaje y cuidado comunitario¹⁵⁷. Las CNS ejercen mayoritariamente en hospitales de agudos y entre las áreas de especialización más frecuentes se encuentran el cuidado general del adulto, oncología y cuidados paliativos, pediatría, cuidados críticos y salud mental¹⁵⁸.

Las áreas de especialización de la NC son las mismas que las de las NP y CNS¹⁵⁹, pero la mayoría ejercen en unidades de hospitalización¹⁵⁸.

La CM es una especialista del cuidado de pacientes crónicos y complejos del ámbito comunitario. Esta formada para atender pacientes de todas las edades, pero puede especializarse en grupos de edad, como ancianos o niños¹⁵⁹.

La MM puede especializarse en cualquier especialidad clínica. La mayoría trabajan con pacientes ingresados, pero pueden trabajar también con pacientes ambulatorios¹⁶².

4.5.5. Roles

Las NP/ANP, las CNS y las NC pueden desempeñar roles de cuidado directo, de gestión, educación, liderazgo e investigación. Dependiendo del perfil del puesto de trabajo unos dominios tienen más peso que otros. En el análisis de la relación entre las actividades que realizan y el puesto de trabajo, se pone de manifiesto que estas EPAs desempeñan fundamentalmente 3 grupos de actividades/roles:

1. Coordinación del cuidado, que tiene que ver con la gestión de casos; 2. Actividad diagnóstica, que se relaciona con la atención directa y 3. Organización, que tiene que ver con el apoyo al desarrollo del servicio a través del liderazgo, la docencia y la investigación¹⁵⁸.

La relación entre cada uno de los títulos y estos roles se muestra en la siguiente tabla 2:

Tabla 2. Roles de Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist y Nurse Consultant

Título	Coordinación	Diagnóstico	Organización
NP	+++++	+++++	
CNS	+++++		
NC	+++++	+++++	+++++

La CM desempeña de forma combinada los roles de atención directa y gestión de casos (como único punto de contacto para el cuidado, apoyo o consulta, alrededor de 50 usuarios de alta intensidad)^{159,161}.

La MM desempeña un rol mixto que combina el liderazgo, la gestión/coordinación y la docencia, pero la variabilidad existente en la práctica es grande y requiere de una mayor definición¹⁶².

4.5.6. Formación

Los acuerdos alcanzados hasta el momento sobre la formación de ANPs indican que la formación de estas enfermeras debe ser como mínimo de nivel de máster (grado de segundo nivel) y el Royal College of Nursing ha propuesto estándares para las instituciones educativas que oferten los programas educativos conducentes a la obtención de esta titulación¹⁵⁶. Se trata de 15 estándares que incluyen el cumplimiento de las instituciones educativas de los estándares del RCN para la preparación de ANP; la investigación y el desarrollo de la educación; la satisfacción de las demandas de trabajo del servicio de salud; un currículum diseñado de acuerdo a los abordajes educativos modernos, a las prácticas del cuidado de la salud y a los estándares de la ANP; recursos físicos y de aprendizaje; criterios de reclutamiento y admisión; gestión del programa para asegurar su desarrollo efectivo; liderazgo del programa dentro y fuera de la ins-

titución educativa; recursos materiales y de personal; desarrollo estratégico del personal involucrado en el programa; apoyo del estudiante; experiencia práctica; estrategias de evaluación; evaluación externa del programa y procedimiento de calificación.

Asegurar el cumplimiento de estos estándares implica la demostración por parte de la institución, entre otros, de los siguientes criterios:

- Plan de calidad que incluya las auditorías externas anuales y la revisión del programa cada 5 años máximo.
- Estrategia de desarrollo e investigación que refleje las prioridades del cuidado de la salud locales y nacionales de carácter interprofesional e interdisciplinar.
- Colaboración con las instituciones sanitarias para asegurar que los programas formativos responden a las necesidades de los servicios sanitarios y evaluación de su impacto en el empleo y la práctica de los graduados un año después de completar el programa.
- Equipo de profesores cualificados como ANP, que mantengan su competencia de práctica clínica y estén implicados en el desarrollo, evaluación y revisión del currículum.
- Programas a tiempo parcial de no menos de 2 años y no más de 5 años de duración.
- Estrategias de enseñanza-aprendizaje centradas en el estudiante y que reflejen la focalización en el paciente.
- Contenido del programa: cuidado terapéutico, valoración física de todos los sistemas corporales en todo el ciclo vital, salud y enfermedad (incluyendo aspectos físicos, psicológicos y culturales); historia clínica y habilidades para la toma de decisiones clínicas y razonamiento diagnóstico, farmacología aplicada y prescripción basada en evidencia, gestión del cuidado del paciente, salud pública y promoción de la salud, comprensión y aplicación de la investigación, práctica basada en la evidencia, habilidades organizativas, interpersonales y de comunicación, responsabilidad ética y legal, estrategias y procesos de control de calidad, aspectos de política social y económica e innovación.
- Oportunidades de aprendizaje interprofesional, cuando se considere apropiado.
- Estructura modular, el 50% de práctica y 50% de teoría, con estrategias para integrar la teoría en la práctica; al menos 500 horas de práctica supervisada (directa o indirectamente) y designación de un tutor/supervisor clínico personal acreditado, con al menos 1 año de práctica como ANP.
- Acceso a la población específica de su área de práctica, en número y variedad suficiente para asegurar el cumplimiento de objetivos de aprendizaje.
- Los estudiantes son informados de su progresión académica y clínica a lo largo del programa.

- La evaluación sumativa esta basada en un rango de evidencia mediante la utilización de las siguientes herramientas: portafolio, al menos un examen, estudio de casos, observación estructurada de la competencia, informe del tutor o supervisor clínico, e informe de pacientes.
- Apoyo para el desarrollo profesional del profesorado y de los colaboradores.
- Revisión y revalidación del programa cada 5 años.
- Estos estándares se han desarrollado teniendo en cuenta el Código de práctica para asegurar la calidad académica de la educación superior (QAA Code of Practice) y son compartidos por la Association of Advanced Nursing Practice Educators del Reino Unido (Asociación de educadores de Enfermería de Práctica Avanzada) que cuenta con una red de 40 universidades de ese país.
- Esta asociación colabora y trabaja con el Royal College of Nursing y con el Nursing and Midwifery Council para la regulación de la ANP¹⁶⁵.

Sin embargo, hasta el momento los másteres de Enfermería de práctica avanzada que se ofertan en diversas universidades no requieren la aprobación del organismo regulador en el Reino Unido, el Nursing and Midwife Council. Sí cuentan con esta aprobación los cursos de prescripción enfermera independiente y/o colaborativa que son ofertados por algunas universidades en el nivel de máster y los programas de las especialidades reguladas (adulto, salud mental, discapacidades de aprendizaje, infancia y salud pública comunitaria).

El contenido, duración y estructura de la oferta de Máster en Enfermería de Práctica Avanzada varía dependiendo de las universidades. Puede ser completamente teórico, sin componente clínico, como el que oferta la Universidad de Edimburgo¹⁶⁶, de 1 año de duración a tiempo completo o de 2 a 3 años a tiempo parcial. Está dirigido a profesionales en ejercicio que deseen mejorar su desarrollo profesional, por lo que también puede realizarse acumulando créditos mediante los cursos de formación continuada que oferta la propia Universidad y que constituyen módulos de los principales cursos que componen el Máster. Sin embargo, el Máster en Práctica Clínica Avanzada que oferta la Universidad de Glamorgan¹⁶⁷, de 3 años de duración, se basa en el aprendizaje práctico, simulado y clínico, con el apoyo de un mentor. En el caso de la Universidad de Leeds¹⁶⁸, la duración del Máster de Práctica Avanzada es de 3 años a tiempo parcial, tiene una estructura modular con componentes teóricos y práctico clínicos, apoyados por la figura del mentor.^{XXXII}

^{XXXII} La Universidad de Leeds forma parte de la red de universidades de la Association of Advanced Nursing Practice Educators of UK que promueve la unidad de criterios para la formación de esta categoría de enfermeras en ese país¹⁶⁵.

Estar en posesión de un título de Enfermería de grado de primer nivel (Bachelor) es un requisito común para la admisión a los diferentes programas de Máster en Práctica Avanzada. Ser enfermera registrada con vigencia y estar ejerciendo en un área en la que se ha identificado la viabilidad para el desarrollo de práctica avanzada son requisitos de admisión en los programas con componente clínico. En estos casos, la verificación de la disponibilidad de un tutor o mentor apropiado también es un requisito de admisión al programa. Un determinado número de años de experiencia previa puede ser un requisito de la universidad.

4.5.7. Requisitos para el ejercicio

El Nursing and Midwifery Council es el órgano encargado de la regulación de la profesión de Enfermería y Matronería. Para ello, determina un código de conducta y práctica ética y establece los estándares de competencias y educación esperados en el momento del registro¹⁶⁹. Actualmente, el NMC mantiene los siguientes registros:

- Enfermera, cualificada en una de estos 4 campos: adulto, salud mental, discapacidades de aprendizaje e infancia.
- Matrona.
- Enfermeras Especialistas Comunitarias de Salud Pública (SCPHN, siglas de su denominación en inglés).

El NMC mantiene, además, un registro de las enfermeras y matronas acreditadas para la prescripción de medicamentos y otros productos sanitarios, de acuerdo a los estándares establecidos de formación y práctica para obtener esta cualificación. El registro es necesario para ejercer la prescripción. Hay dos tipos de enfermeras y matronas prescriptoras: a) enfermeras prescriptoras de práctica comunitaria, que pueden prescribir ciertos apósitos, aplicaciones y medicamentos autorizados, y b) las de prescripción independiente y suplementaria, que pueden prescribir de forma independiente o bien en el marco de un plan de gestión clínica para un paciente, que tiene que haber sido valorado previamente por un médico. La renovación del registro tiene requisitos de formación continuada¹⁷⁰.

Una enfermera puede estar cualificada en más de un campo, así como puede estar registrada en más de un registro.

El código de conducta y práctica ética es común para todas las enfermeras y matronas, pero los estándares de educación y competencias son específicos.

Los estándares de competencias proporcionan un marco que comprende cuatro grupos de competencias, uno para cada campo de la práctica, y cada grupo contiene competencias genéricas y específicas del campo. Las competencias en todos los grupos están organizadas en cuatro dominios¹⁶⁹:

1. Valores profesionales; 2. Comunicación y habilidades de relación;
3. Práctica enfermera y toma de decisiones y 4. Liderazgo, gestión y trabajo en equipo.

El registro o licencia para el ejercicio tiene que ser renovado cada 3 años¹⁷¹. Los requisitos de renovación incluyen:

- Haber trabajado como enfermera o matrona en el campo de la cualificación específica un mínimo de 450 horas en los tres años previos; una notificación firmada de la práctica realizada en la que se declara el cumplimiento de requisitos o haber realizado y superado el curso de preparación para el retorno a la práctica en los últimos tres años.
- Demostrar el Desarrollo Profesional Continuo. Requiere un mínimo de 35 horas de aprendizaje activo relevante para la práctica, mantener documentado el perfil profesional de la actividad de aprendizaje y cumplir cualquier requerimiento del NMC sobre el cumplimiento de los requisitos. También es necesario presentar una notificación firmada por el solicitante declarando el cumplimiento de los requisitos.
- El registro de enfermeras de práctica avanzada todavía no ha sido establecido, pero presumiblemente tendrá la misma estructura que el registro existente, aunque con estándares y requisitos educativos y competenciales específicos. Los estándares de educación y competencias propuestos por el RCN orientan en este sentido¹⁵⁶.

4.6. ESPAÑA

4.6.1. Concepto de Enfermera Especialista (EE)

Las profesiones sanitarias están reguladas por la Ley 44/2003⁶⁵, cuya finalidad es dotar al sistema sanitario de un marco legal que contemple los diferentes instrumentos y recursos que hagan posible la mayor integración de los profesionales en el servicio sanitario, en lo preventivo

y en lo asistencial, tanto en su vertiente pública como privada; facilitando la corresponsabilidad en el logro de los fines comunes y en la mejora de la calidad de la atención sanitaria prestada a la población, y garantizando que todos los profesionales cumplan con los niveles de competencia necesarios para tratar de seguir salvaguardando el derecho a la protección de la salud.

Establece, asimismo, los registros de profesionales que permitan hacer efectivo los derechos de los ciudadanos respecto a las prestaciones sanitarias y la adecuada planificación de los recursos humanos del sistema de salud.

La profesión enfermera es reconocida por esta Ley como profesión sanitaria regulada y titulada y colegiada,^{XXXIII} lo que proporciona legitimidad para el ejercicio profesional en todos los ámbitos de actuación y posibilita el desarrollo de nuevos perfiles de enfermeros especialistas.

Al profesional de Enfermería le corresponden las funciones de dirección, evaluación y prestación de los cuidados orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades⁶⁵.

El ejercicio de la profesión, ya sea como enfermera o como enfermera especialista, está sujeto a los siguientes principios generales⁶⁵: desarrollo de funciones en los ámbitos asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias; participación activa en proyectos de promoción de la salud y el bienestar, de prevención de enfermedades, de educación sanitaria, de investigación y de intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias; tener como guía de actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano y el cumplimiento de las obligaciones deontológicas de la profesión y de los criterios de normopraxis del ejercicio; realizar formación continuada a lo largo de su vida profesional y acreditar regularmente su competencia profesional; ejercer con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las del ordenamiento jurídico y deontológico, de acuerdo a los principios de formalización escrita de su trabajo, la unificación

^{XXXIII} 33 En el punto 1 del artículo 2 de la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias, se describe el significado de profesión sanitaria, titulada, regulada y colegiada: *“De conformidad con el artículo 36 de la Constitución, y a los efectos de esta ley, son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos, de acuerdo con lo previsto en la normativa específicamente aplicable”*¹⁶⁵.

En la Ley 2/1974 de Colegios Profesionales, se determina la necesidad de que el profesional esté colegiado para poder ejercer y la obligación de que las organizaciones colegiales mantengan un registro permanente y actualizado de profesionales y faciliten el acceso al mismo¹⁷².

de criterios de actuación basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y la identificación de indicadores de evaluación; la eficacia organizativa de los servicios, secciones y equipos, o unidades asistenciales; la continuidad asistencial de los pacientes, dentro del mismo centro y entre los diferentes niveles asistenciales y la progresiva consideración de la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria.

La Enfermera Especialista es una profesional con conocimientos, habilidades y actitudes propias de la especialidad, que han sido adquiridos mediante la progresiva asunción de la responsabilidad inherente al ejercicio de la misma durante el periodo de formación post-básica y de postgrado⁶³.

Las competencias que debe adquirir una enfermera para obtener el título de graduada en Enfermería⁶¹ constituyen la base o punto de partida para el desarrollo y adquisición de las competencias de la Enfermera Especialista (EE), que incluyen, por acuerdo de la Comisión Delegada de Enfermería del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS),^{xxxiv} entre otras, las siguientes competencias básicas:

- Aplicación de los conocimientos adquiridos y capacidad de resolución de problemas en entornos nuevos o poco conocidos dentro de contextos más amplios o multidisciplinares, relacionados con su área de especialidad; capacidad de integrar conocimientos y enfrentarse a la complejidad de formular juicios a partir de una información que, siendo incompleta o limitada, incluya reflexiones sobre las responsabilidades sociales y éticas vinculadas a la aplicación de sus conocimientos y juicios; saber comunicar sus conclusiones y los conocimientos y razones últimas que las sustentan, a públicos especializados y no especializados de un modo claro y sin ambigüedades, y habilidad para el aprendizaje autodirigido o autónomo⁶².

^{xxxiv} El Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS) es el órgano colegiado encargado de la coordinación de las Comisiones Nacionales de Especialidades, la promoción de la investigación y de las innovaciones técnicas y metodológicas en la especialización sanitaria, y la superior asistencia y asesoramiento técnico y científico al Ministerio de Sanidad en materia de formación sanitaria especializada. La Comisión Delegada de Enfermería es el órgano creado por el CNECS para facilitar su funcionamiento en los aspectos relativos a las especialidades de Enfermería.

- Además, la EE está capacitada para indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos y productos sanitarios no sujetos a prescripción médica. Para los medicamentos que requieren prescripción médica también podrá hacerlo de acuerdo a la regulación⁶⁴ prevista en la legislación vigente.^{xxxv}

El título de Enfermero Especialista (EE), expedido por el Ministerio de Educación, tiene carácter oficial y validez en todo el territorio del Estado y es necesario para utilizar de modo expreso la denominación de Enfermero Especialista, para ejercer la profesión con tal carácter y para ocupar puestos de trabajo con tal denominación en centros y establecimientos públicos y privados⁶³.

4.6.2. Títulos y definición de perfiles

Los títulos existentes corresponden a cada una de las siete especialidades establecidas:³⁶

Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona) (EOG-M), Enfermería del Trabajo (ET), Enfermería Geriátrica (EG), Enfermería Pediátrica (EP), Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC), Enfermería de Salud Mental (ESM) y Enfermería de Cuidados Médico Quirúrgicos (ECMQ)⁶³.

La EOG-M es el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, en su facetas preventiva, de promoción y de atención y recuperación de la salud, incluyendo, así mismo, la atención a la madre, en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal y la atención al hijo recién nacido sano, hasta el 28 día de vida.

^{xxxv} De acuerdo a la disposición adicional duodécima de la Ley 28/2009, “El Gobierno regulará la indicación, uso y autorización de dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica, por los enfermeros, en el ámbito de los cuidados tanto generales como especializados y fijará, con la participación de las organizaciones colegiales de enfermeros y de médicos, los criterios generales, requisitos específicos y procedimientos para la acreditación de dichos profesionales, con efectos en todo el territorio del Estado”⁶⁴. Esta regulación se ha realizado mediante el desarrollo de un Real Decreto que se encuentra en la última fase de su tramitación para ser aprobado.

^{xxxvi} Las especialidades de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona) y de Enfermería de Salud Mental ya se habían desarrollado previamente en el marco del Real Decreto 992/1987, que regulaba la obtención del título de enfermero especialista. La formación de matronas comenzó en 1992¹⁷³ y la formación de especialistas en Enfermería de Salud Mental comenzó en 1998⁶⁶.

El ámbito de actuación de las matronas abarca, tanto la Atención Primaria (que incluye centros de salud, comunidad, familia y domicilio), como la Atención Especializada, (que incluye el hospital u otros dispositivos dependientes del mismo). Así mismo, las matronas pueden ejercer su profesión en el sector público, en el privado, por cuenta ajena y por cuenta propia¹⁷⁴.

Las matronas deben tener una participación activa en los programas de atención a la mujer en todas las etapas de la vida, de salud sexual y reproductiva y de salud materno- infantil. En estos programas la matrona favorece la normalidad en el proceso fisiológico en la atención del embarazo, parto y puerperio, además de desarrollar actividades de promoción y prevención de su salud sexual, reproductiva y en el climaterio, en consonancia con las demandas de la sociedad y en el marco de políticas globales de salud como la «Estrategia del parto normal» aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en noviembre de 2007¹⁷⁵.

La ET aborda los estados de salud de los individuos en su relación con el medio laboral, con el objeto de alcanzar el más alto grado de bienestar físico, mental y social de la población trabajadora, teniendo en cuenta las características individuales del trabajador, del puesto de trabajo y del entorno socio-laboral en que éste se desarrolla.

La ET desarrolla su actividad laboral, en servicios generales de prevención de riesgos laborales, en servicios de prevención/servicios médicos de empresa/unidades relacionadas con un medio laboral concreto (aeroespacial, subacuático, marítimo, deportivo, de inspección, educativo...), en centros sanitarios, en las instituciones de las administraciones públicas y cualquier otra entidad pública o privada con competencias en prevención de riesgos laborales/salud laboral, en centros de docencia e investigación en salud laboral y enfermería del trabajo y en servicios de salud medioambiental. El ET, como miembro del equipo multi e interdisciplinar que constituye el Servicio de Prevención, está capacitado para llevar a cabo el diseño, aplicación y coordinación de los planes y programas de actuación preventiva; evaluar los factores de riesgo; priorizar la adopción de medidas preventivas y vigilancia de su eficacia; informar y educar a la población trabajadora; prestar los primeros auxilios y ejecutar los planes de emergencia y vigila la salud. Para la elaboración de los programas de prevención de riesgos laborales, el ET colabora en la recogida sistemática de datos sobre problemas específicos de salud, realiza su análisis e interpretación para ser usados en la planificación, realización y evaluación de acciones posteriores, incluida la investigación epidemiológica en el ámbito de la salud laboral y promueve la salud en el lugar de trabajo colaborando, asimismo, con el Sistema Nacional de Salud y con las Autoridades Sanitarias¹⁷⁶.

La EG presta atención y cuidados de enfermería a la población anciana, estando capacitada para enseñar, supervisar, investigar, gestionar y liderar los cuidados destinados a este colectivo en situaciones complejas en las que también actúa como asesor en todos los niveles del sistema socio-sanitario.

En este contexto, las especialistas en enfermería geriátrica, como fuerza social, tienen la responsabilidad específica de suministrar y fomentar la mejor atención enfermera y colaborar con el sistema socio-sanitario para la correcta utilización de los recursos, obteniendo como resultado la mejora del coste-beneficio y la calidad de vida de la población anciana.

La complejidad de las funciones que se atribuyen a la enfermera especialista en geriátrica se inscriben en el marco de los principios de interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria¹⁷⁷.

La EP es el profesional capacitado para proporcionar cuidados de enfermería especializados de forma autónoma, durante la infancia y adolescencia, en todos los niveles de atención, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia al recién nacido, niño o adolescente sano o enfermo, y su rehabilitación, dentro de un equipo multiprofesional y en colaboración con enfermeras especialistas de otras áreas.

Asimismo, es el profesional que, con una actitud científica responsable, ejerce el liderazgo en el ámbito del cuidado al recién nacido, niño y adolescente, sano y con procesos patológicos agudos, crónicos o discapacitantes, estando capacitado para planificar, ejecutar y evaluar programas de salud relacionados con su especialidad y desarrollar trabajos de investigación y docencia para mejorar la calidad de los servicios y colaborar en el progreso de la especialidad¹⁷⁸.

El ejercicio de la EFyC está orientado a las personas, familias y comunidad, en su acepción holística, a lo largo de toda su vida. Sus actuaciones están orientadas a la mejora y mantenimiento compartidos de su salud y bienestar, no reduciéndose a la intervención clínica ante la presencia de enfermedad. Desarrolla su actividad en el ámbito de la atención primaria de salud como el primer contacto y puerta de entrada al sistema sanitario. Tiene una alta responsabilidad social respecto al uso eficiente de los recursos sanitarios, facilita el acceso al sistema sanitario, eliminando cualquier barrera física, estructural u organizativa que lo dificulte. Proporciona cuidados avanzados de atención clínica directa a personas a lo largo de su ciclo vital y a las familias en

todas sus etapas, tanto en lo que se refiere a su gestión, como planificación y desarrollo, de acuerdo a las necesidades de la población y a las exigencias de los servicios de salud. Realiza el seguimiento y la atención longitudinal al valorar al individuo y la familia desde la perspectiva de la necesidad de cuidados, en su entorno y en todas las etapas de la vida, con especial atención a aquellos que deben ser atendidos en su domicilio.

Responde eficazmente a las necesidades de la población con enfermedades crónicas prevalentes, a las situaciones de discapacidad, de riesgo de enfermar y de fragilidad. Garantiza la continuidad de la atención, mediante la gestión efectiva y la coordinación de los recursos humanos y materiales disponibles.

Así mismo, diseña y desarrolla estrategias de intervención y participación comunitaria, centradas en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, potenciando la participación ciudadana activa y responsable en la búsqueda de respuestas a sus problemas de salud y en la planificación de los servicios sanitarios. Gestiona cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario, con la finalidad de aplicarlos según los principios de equidad, efectividad y eficiencia. Diseña e implementa programas de educación para la salud, de vigilancia epidemiológica y medioambiental, y de respuesta a situaciones de emergencia y catástrofe. Identifica y responde a las necesidades de formación de las personas, familias y grupos a los que atiende, así como de los estudiantes y otros profesionales. Investiga en cuidados enfermeros y en líneas de investigación multiprofesionales para basar sus decisiones en las evidencias científicas disponibles, generar conocimiento y mantener actualizadas sus competencias; aplica herramientas de la calidad asistencial, tanto en la autoevaluación de la calidad de los cuidados que presta, como en el estudio de las necesidades y expectativas de las personas. Reconoce el valor del trabajo en equipo y la participación y corresponsabilización de las personas a las que presta sus cuidados; basa su compromiso con las personas en los principios de la bioética y en el principio de autonomía (autocuidado y responsabilidad). Garantiza el respeto a cada uno de los derechos de los usuarios y pacientes del sistema sanitario. Mantiene el rigor y la ética en el desempeño de sus funciones de docencia y de investigación, colabora y participa en proyectos de impulso y evaluación de prácticas seguras y está comprometida con el desarrollo de su profesión y particularmente con el de su especialidad¹⁷⁹.

La ESM es el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención especializada en salud mental mediante la prestación de cuidados de en-

fermería. Estos cuidados especializados se llevan a cabo en los diferentes niveles de atención (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental), teniendo en cuenta también los factores extrínsecos que intervienen en la aparición de las alteraciones de la salud mental. El trabajo de la enfermera especialista de salud mental se conjuga entre dos ámbitos del conocimiento: el ámbito científico de las ciencias de la salud y el ámbito humanista de las ciencias sociales. Desde esta doble perspectiva se prepara y se capacita a la enfermera especialista para el desarrollo de una atención integral y holística de la persona y su entorno. Al finalizar su periodo de formación, la enfermera especialista en salud mental ha de ser competente para desarrollar su función en los ámbitos asistencial, docente, de gestión y de investigación¹⁸⁰.

El título de ECMQ todavía se encuentra en proceso de desarrollo.

4.6.3. Análisis de las competencias de EE

EOG-M: No se hace referencia al ejercicio independiente o autónomo, la valoración incluye la petición y realización de pruebas diagnósticas en relación con el embarazo, parto y puerperio, pero no se incluyen en relación con enfermedades ginecológicas (por ej., infecciones), ni con el climaterio; tampoco se hace referencia en estas situaciones al razonamiento clínico avanzando para el diagnóstico diferencial. En los elementos del entorno seguro, no se menciona explícitamente la seguridad del paciente. No se contempla la delegación de actividades a otros profesionales y en la formación continuada no se incluye el examen periódico de su práctica y la revisión por homólogos¹⁷⁴.

ET: No se hace referencia al ejercicio independiente o autónomo, ni a los aspectos éticos; la valoración no incluye la petición y realización de pruebas diagnósticas, ni el razonamiento clínico avanzado para el diagnóstico diferencial del problema de salud. En las competencias asistenciales, no se menciona la planificación de los cuidados, estas se refieren fundamentalmente a los modos de intervención, ni se hace referencia a la participación en la evaluación interdisciplinar de los resultados. No se recogen los elementos de la delegación y supervisión y solo alguno de la atención interprofesional. No se hace referencia al fomento y aplicación de programas que favorezcan la formación continuada interdisciplinar, ni al examen periódico de su práctica¹⁷⁶.

EG: No se hace referencia al ejercicio independiente o autónomo; en la valoración no se incluye la petición y realización de pruebas diagnósticas, ni el diagnóstico diferencial; no se

incluye la delegación de actividades, ni se menciona la aceptación de pacientes derivados de otros profesionales. No se hace referencia al fomento y aplicación de programas que favorezcan la formación continuada interdisciplinar, ni a la revisión periódica de su práctica¹⁷⁷.

EP: No se hace referencia al ejercicio independiente, pero sí se enfatiza la autonomía en la toma de decisiones; no se menciona la prescripción de pruebas diagnósticas, ni el diagnóstico diferencial; se incluye la evaluación de la propia práctica clínica, pero no la participación en la evaluación interdisciplinar; no se incluye la delegación de actividades, ni se menciona la aceptación de pacientes derivados de otros profesionales. El fomento y aplicación de programas que favorezcan la formación continuada interdisciplinar y el examen periódico de su práctica no se mencionan¹⁷⁸.

EFyC: No se hace referencia al ejercicio independiente o autónomo; no se menciona la prescripción de pruebas diagnósticas, ni el diagnóstico diferencial; no se incluye la delegación de actividades, ni se menciona la aceptación de pacientes derivados de otros profesionales. No se hace referencia al fomento y aplicación de programas que favorezcan la formación continuada interdisciplinar, ni al examen periódico de su práctica y la revisión por homólogos¹⁷⁹.

ESM: No se hace referencia al ejercicio independiente o autónomo; no se menciona la prescripción de pruebas diagnósticas, ni el diagnóstico diferencial; los elementos de la competencia para ejercer en un entorno seguro no se mencionan (aunque se menciona la seguridad del paciente como un aspecto a tener en cuenta en la competencia para realizar el proceso enfermero asistencial); no se menciona la delegación de actividades, ni la aceptación de pacientes derivados de otros profesionales. No se hace referencia al fomento y aplicación de programas que favorezcan la formación continuada interdisciplinar, ni al examen periódico de su práctica y la revisión por homólogos¹⁸⁰.

4.6.4. Áreas de especialización

Las áreas de especialización son las que se incluyen en cada uno de los títulos: Obstetricia, Ginecología y Salud de la Mujer; Salud Laboral; Geriátrica y Cuidado del Anciano; Pediatría y Cuidado del Niño en todas las edades; Atención Primaria del individuo, familia y comunidad; Salud Mental y Cuidados Médico Quirúrgicos del adulto.

De acuerdo a lo previsto en la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias⁶⁵ es posible el establecimiento de Áreas de Capacitación Específica en el ámbito de cada una de estas especialidades enfermeras, siempre que dichas áreas formen parte constitutiva de la especialidad. Por ejemplo, en el área de la especialidad de Enfermería Pediátrica, las siguientes áreas podrían ser objeto de una capacitación específica: neonatología, cuidados intensivos pediátricos, salud del adolescente, cronicidad, cuidados paliativos pediátricos, cuidados críticos, etc.

4.6.5. Roles

Todas las EE pueden desempeñar los siguientes roles: atención clínica directa, gestión de casos, asesoría, docencia e investigación. Aunque en el desempeño de la práctica se pueden ejercitar de manera combinada, el mayor o menor peso de cada uno depende del perfil del puesto de trabajo específico.

4.6.6. Formación

Los programas formativos de las EEs son elaborados por la Comisión Nacional de cada especialidad, compuesta por especialistas representantes de los servicios de salud autonómicos, de las asociaciones científicas, del Ministerio de Educación y de la Organización Colegial de Enfermería, que es el órgano que representa a la profesión enfermera y participa en su regulación. Los programas formativos especifican los objetivos cualitativos y cuantitativos y las competencias profesionales que debe alcanzar la EE, así como la descripción de la metodología docente y los criterios de evaluación⁶⁵. Además del contenido específico de cada especialidad, todos los programas formativos incluyen contenidos de ética y legislación, farmacología, investigación, habilidades docentes y de comunicación, gestión clínica y protección radiológica.

Los programas formativos de las EEs son aprobados por el Ministerio de Sanidad una vez ratificados por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud e informados por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y por el Ministerio de Educación.

La duración de cada programa se determina en función del tiempo considerado necesario para alcanzar las competencias del especialista. Actualmente, todos los programas de EE desarrollados tienen una duración de dos años naturales (24 meses).

La educación de los EE se produce mediante un sistema de residencia en unidades docentes acreditadas, en las que el residente tiene una relación laboral con la entidad titular de la unidad en la que se forma que exige la dedicación a tiempo completo¹⁸¹. Se trata de un modelo de autoaprendizaje tutorizado que implica la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se esté cursando y un nivel decreciente de supervisión,^{xxxvii} a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo como enfermero especialista. El residente es evaluado de forma continuada, anualmente y al finalizar el periodo de formación.

La unidad docente se define como el conjunto de recursos personales y materiales, pertenecientes a los dispositivos asistenciales, docentes, de investigación o de cualquier otro carácter que, con independencia de su titularidad, se consideren necesarios para impartir formación reglada en especialidades en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia, de acuerdo con lo establecido en los programas oficiales de las distintas especialidades¹⁸².

La acreditación de las unidades docentes se realiza mediante la verificación del cumplimiento de los requisitos acordados y aprobados por el Ministerio de Sanidad para cada especialidad y que, con carácter general, incluyen los recursos físicos y humanos y la actividad asistencial, docente e investigadora que deben tener los dispositivos que componen la unidad y que determinan su capacidad para la formación de especialistas^{65;182}.

Las unidades docentes en las que se forman las EEs son multiprofesionales, es decir, están acreditadas para la formación de especialistas de profesiones diferentes, pero que inciden en la misma población¹⁸². Así, por ejemplo, en una Unidad Docente Multiprofesional (UDM) de Salud Mental, se forman conjuntamente psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermeras especialistas.

^{xxxviii} Las Comisiones de Docencia a las que se adscriben las unidades docentes elaboran protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés. Su aplicación y revisión es consensuada con los jefes de estudios de formación especializada¹⁸².

Estas UDMs unidades tienen que cumplir unos requisitos de acreditación comunes y otros específicos de las especialidades que se formen en las mismas. Los requisitos que deben reunir las unidades en las que se formen especialistas en cada una de las seis especialidades enfermeras desarrolladas hasta el momento están publicados en la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad¹⁸³.

El tutor es el profesional especialista en servicio activo que, estando acreditado como tal, tiene la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente, a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad de que se trate¹⁸².

El tutor es el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente, por lo que mantiene con este un contacto continuo y estructurado, así como con los profesionales que intervienen en la formación del residente, con los que analizará el proceso continuado de aprendizaje y los correspondientes informes de evaluación formativa. La unidad docente tiene que contar con tutores acreditados^{xxxviii} en cada una de las especialidades que componen la UDM en número suficiente para asegurar que cada tutor sea responsable de un máximo de cinco residentes. Con la finalidad de amparar colaboraciones significativas en la formación especializada, objetivos de investigación, desarrollo de módulos genéricos o específicos de los programas o cualesquiera otras actividades docentes de interés, las comunidades autónomas, entidades titulares de las unidades docentes, podrán crear otras figuras docentes, como, por ejemplo, la de colaborador clínico.

La metodología docente utilizada para la adquisición de los conocimientos teóricos que fundamentan las experiencias de práctica clínica, debe incluir estrategias que favorezcan el pensamiento crítico y la toma de decisiones basadas en la evidencia científica. Se utilizan técnicas educativas, presenciales y a distancia, de aprendizaje dirigido, consistentes en cursos

^{xxxviii} Las comunidades autónomas, con la finalidad de garantizar la idoneidad y el mantenimiento de las competencias de los tutores, deben regular los procedimientos de evaluación para la acreditación y reacreditación periódica de los tutores⁶⁵. La experiencia profesional continuada como especialista, la experiencia docente, las actividades de formación continuada, la actividad investigadora y de mejora de calidad, la formación específica en metodologías docentes, así como el resultado de las evaluaciones de calidad y encuestas sobre el grado de satisfacción alcanzado son aspectos que deben formar parte de los criterios de acreditación de los tutores¹⁸².

Actualmente, cinco Comunidades Autónomas han publicado la normativa que regula estos procedimientos.

interactivos, lecturas o visualizaciones recomendadas, aprendizaje basado en problemas y discusión de casos en sesiones clínicas. La asistencia a cursos, talleres y congresos del ámbito de la especialidad y la preparación y exposición de sesiones formativas y comunicaciones científicas, también se consideran experiencias de aprendizaje¹⁸⁴. De acuerdo a los principios generales para el ejercicio de las profesiones sanitarias establecidos por la Ley de ordenación de las profesiones⁶⁵ es deseable que la formación transversal común con otras especialidades en Ciencias de la Salud (bioética, metodología de la investigación, protección radiológica, farmacología, legislación sanitaria, etc.) se realice de forma conjunta para todos los residentes de las diferentes especialidades que se formen en la unidad docente o centro sanitario adscritos a la misma Comisión de Docencia.

La evaluación formativa se realiza mediante los siguientes instrumentos ¹⁸²:

- a) Entrevistas periódicas de tutor y residente, de carácter estructurado y pactado, que favorezcan la autoevaluación y el autoaprendizaje del especialista en formación. Estas entrevistas, en un número no inferior a cuatro por cada año formativo, se realizan en momentos adecuados, normalmente en la mitad de un área o bloque de formación, y son registradas en el libro del residente y en los informes de evaluación.
- b) Instrumentos que permitan una valoración objetiva del progreso competencial del residente según los objetivos del programa formativo y según el año de formación que se esté cursando.
- c) El libro del residente, que es el instrumento en el que se registran las actividades que realiza cada residente durante su período formativo y que tiene carácter obligatorio sirve como soporte operativo de la evaluación formativa del residente.

Las unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud se someten a medidas de control de calidad y evaluación, con la finalidad de comprobar su adecuación a los requisitos generales de acreditación, la correcta impartición de los programas formativos y el cumplimiento de las previsiones contenidas en las distintas normas que regulan la formación sanitaria especializada.

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud coordina las auditorías, informes y propuestas necesarios para acreditar las unidades docentes y para evaluar, en el marco del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud y del Plan Anual de Auditorías Docentes, el funcionamiento y la calidad del sistema de formación, para lo cual podrá recabar la colaboración de las agencias de calidad de las comunidades autónomas y de los servicios de inspección de éstas.

Las competencias de investigación de las EEs se corresponden con las de los programas académicos oficiales de nivel de Máster⁶² y haber completado los dos años de formación especializada con evaluación positiva capacita al EE para el acceso a programas de doctorado¹⁸⁵.

Los requisitos de acceso a la formación especializada incluyen⁶³:

- Estar en posesión del título básico para el ejercicio de enfermera de cuidados generales, que puede ser el de Diplomado Universitario (3 años y 4600 horas)^{xxxix} o el de grado en Enfermería (4 años y 240 ECTS).
- Superar la prueba de acceso a la formación especializada, que es una prueba anual, única y estatal, sobre los conocimientos y habilidades adquiridos en la formación de Diplomado y/o grado en Enfermería.
- Haber obtenido la adjudicación de una plaza de residencia para la formación de enfermera especialista en una de las unidades docentes acreditadas.^{xl}

4.6.7. Requisitos para el ejercicio

El ejercicio profesional como EE requiere estar en posesión del título que acredita al profesional como especialista⁶³.

El Ministerio de Sanidad es responsable del registro de especialistas en formación, pero los títulos de especialista en Ciencias de la Salud y, por tanto, también los de EE, son expedidos por el Ministerio de Educación, que es el que mantiene el registro de estos títulos.

^{xxxix} Con el objetivo de cumplir con los acuerdos de la Declaración de Bolonia para la armonización de la educación superior en Europa, las universidades en España iniciaron un proceso de reestructuración de sus enseñanzas oficiales que estaban ordenadas en tres ciclos: diplomaturas, licenciaturas y doctorados. A partir del 2005 se estructuraron en enseñanzas de grado y posgrado (máster y doctorado). Los estudios conducentes al título de Diplomado Universitario de Enfermería, que era el que habilitaba para el ejercicio de enfermera de cuidados generales, se ha sustituido progresivamente por el nuevo título de Graduado en Enfermería. Desde el año 2010 todos los programas universitarios conducentes al título que habilita para el ejercicio de enfermera de cuidados generales en España son de grado en Enfermería⁶².

^{xl} La oferta de plazas de residencia para la formación de especialistas se publica anualmente, junto a la convocatoria de la prueba de acceso, y se construye atendiendo a las propuestas de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, a las necesidades de especialistas y a la disponibilidad presupuestaria. El número de enfermeras que realizan la prueba de acceso y que la superan es muy superior al número de plazas ofertadas, por lo que para la adjudicación de las plazas se establece una lista que proporciona a cada candidato un número de orden en función de la puntuación obtenida en la prueba de acceso.

Los requisitos generales para la obtención del título EE son:^{XLI}

- Estar en posesión del título de Diplomado Universitario en Enfermería o de Grado en Enfermería.
- Haber completado el programa de formación de la especialidad correspondiente.
- Haber obtenido una evaluación final positiva y depositar los derechos de expedición del correspondiente título.

Además, el ejercicio de EE requiere, de manera general en todo el Estado, el registro en el colegio profesional de la jurisdicción territorial correspondiente¹⁷², si este se produce en el ámbito del servicio privado de salud y/o como autónomo. Si el ejercicio se produce en el servicio público de salud, la colegiación puede ser requerida dependiendo de la regulación establecida en cada Comunidad Autónoma.^{XLII}

La Ley de ordenación de las profesiones sanitarias establece que los profesionales sanitarios realizarán a lo largo de su vida profesional una formación continuada, y acreditarán regularmente su competencia profesional⁶⁵. Sin embargo, el establecimiento de un periodo mínimo para la reacreditación de las EEs, esta pendiente del acuerdo de todos los agentes implicados para que este sea aplicable al conjunto de la profesiones sanitarias y en todo el Estado Español.

^{XLII} El título de Especialista en Enfermería también se puede obtener por alguna de las otras dos vías previstas en el Real Decreto 450/2005 de especialidades de enfermería⁶³: 1. Los Diplomados Universitarios de Enfermería o Ayudantes Técnicos Sanitarios que estuvieran en posesión de alguno de los títulos de especialista que fueron suprimidos con la publicación de este RD pueden solicitar al Ministerio de Educación la expedición del nuevo título, de acuerdo a las condiciones específicas previstas, y 2. Acceso excepcional a un único título de enfermero especialista para los Diplomados Universitarios de Enfermería o Ayudantes Técnicos Sanitarios que acrediten el ejercicio profesional y superen una prueba de evaluación de la competencia, en los términos y por el procedimiento previstos.

^{XLI} La posición definitiva del Estado Español sobre la colegiación esta pendiente de que el Gobierno elabore, previa consulta a las comunidades autónomas, un proyecto de ley, que se someterá a la aprobación de las Cortes Generales, para determinar las profesiones para cuyo ejercicio es obligatoria la colegiación¹⁸⁶.

4.7. Resultados de la comparación entre los modelos de EPA y de EE

En la descripción del concepto de la Enfermera de Práctica Avanzada y de la Enfermera Especialista, cuatro países hacen referencia a la práctica avanzada y/o especialista de la Enfermería, dos de ellos se refieren también al profesional, es decir, a la enfermera de práctica avanzada y/o enfermera especialista, y los otros dos describen también un perfil concreto de EPA. La descripción de dos países hace referencia exclusivamente a la EPA (Tabla 1.1).

Tabla 1.1 Objeto definido en el concepto de EPA y EE.

Países	EEUU	CA	AU	IR	UK	ES
Objeto definido						
Práctica avanzada/especializada	X	X	X	X		
El profesional	X	X			X	X
Un perfil profesional concreto			X	X		

El espectro completo de los descriptores utilizados hacen referencia a la formación de posgrado, el registro del profesional, la necesidad de certificar las competencias mediante un título reconocido, la mayor autonomía y responsabilidad profesional, el mayor alcance de la práctica, el cumplimiento del código ético de la profesión, la fundamentación en la teoría y práctica enfermera, la amplia experiencia, la capacidad de análisis, síntesis y juicio crítico, la profundidad, extensión y/o ampliación del conocimiento y habilidades clínicas, la prestación de cuidado directo e indirecto, la capacidad para el ejercicio en variedad de sitios y situaciones de salud, la orientación a la mejora de la calidad del servicio y el cuidado del paciente, la capacidad de investigar, innovar y comunicar eficazmente los resultados, de gestionar su práctica y ejercer liderazgo, de promover la salud de la población, influir en las direcciones estratégicas, colaborar con otros profesionales, mantener el desarrollo profesional continuo y capacidad de desarrollar y aumentar su competencia para responder a las necesidades de salud (Tablas 1.2-1.7).

Tabla 1.2. Subcategorías y descriptores presentes en la definición del concepto de EPA en cada país y del concepto de EE en España

Subcategorías	EEUU	CA	AU	IR	UK	ES
Formación de posgrado	Programa formativo de posgrado acreditado	Maximiza el uso de la preparación mediante educación de grado		Educación superior de nivel mínimo de máster		Formación post-básica y de postgrado con asunción de progresiva de la responsabilidad
Registro/licencia	Autorizada para ejercer como EPA Se basa en las competencias de enfermeras registradas		Perfil de NP específicamente regulado		Enfermera registrada de segundo nivel	Registros de profesionales que permitan hacer efectivo los derechos de los ciudadanos respecto a las prestaciones sanitarias y la adecuada planificación de los recursos humanos del sistema de salud.
Certificado	Examen de certificación que evalúa el perfil y las competencias rol.					Estar en posesión del título oficial con validez en todo el Estado, es lo que autoriza para el ejercicio.
Cumplimiento código ético		Habilidad para explicar y <u>aplicar los fundamentos</u> teóricos, empíricos, <u>éticos</u> y experienciales de la práctica enfermera.				Cumplimiento de las obligaciones deontológicas de la profesión y de los criterios de normopraxis del ejercicio.

Tabla 1.3. Subcategorías y descriptores presentes en la definición del concepto de EPA en cada país y del concepto de EE en España

Subcategorías	EEUU	CA	AU	IR	UK	ES
Autonomía	Mayor autonomía de funciones	Prestación de cuidado efectivo y eficiente de una población determinada <u>con un alto grado de autonomía</u>		Proporcionar cuidados de forma Se lleva a cabo por profesionales autónomos y expertos		Ejercer con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las del ordenamiento jurídico y deontológico
Responsabilidad	Asumir responsabilidades en materia del fomento y/o mantenimiento de la salud, evaluación, diagnóstico y la gestión de los problemas del paciente. Prescripción de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.		La legislación jurisdiccional puede permitir la prescripción, la derivación de pacientes a otros profesionales y la admisión de pacientes en el hospital.	..responsables y que dan cuenta de su propia práctica		Corresponsabilidad en el logro de los fines comunes. Esta capacitada para indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos y productos sanitarios no sujetos a prescripción médica. Para los medicamentos que requieren prescripción médica también podrá hacerlo de acuerdo a la regulación prevista en la legislación vigente.
Mayor alcance de la práctica		Nivel avanzado de práctica clínica enfermera.	Utiliza habilidades, experiencia y conocimientos extendidos y ampliados.	Según alcance convenido de las normas de su práctica.	...alcance de su práctica mucho mayor que al inicio del registro.	Aplicación de los conocimientos adquiridos y capacidad de resolución de problemas en entornos nuevos o poco conocidos dentro de contextos más amplios o multidisciplinares, relacionados con su área de especialidad (a).

Tabla 1.4. Subcategorías y descriptores presentes en la definición del concepto de EPA en cada país y del concepto de EE en España

Subcategorías	EEUU	CA	AU	IR	UK	ES
Fundamentada en la teoría y práctica enfermera		Profundo conocimiento de la Enfermería. Comprensión, interpretación y aplicación de la teoría y la investigación en Enfermería Desarrollo y avance del conocimiento enfermero y de la profesión.	Alto grado de conocimiento ... que se aplica en la relación enfermera-paciente.	Se fundamenta en la teoría y en la práctica propias. Conocimiento clínico avanzado de su disciplina.		
Amplia experiencia	Experiencia clínica suficientemente profunda y amplia para obtener la autorización	Utilización deliberada de... ..experiencia clínica	alto grado de experiencia	alto nivel de experiencia clínica especializada	naturaleza experta de su práctica	
Capacidad de análisis, síntesis y juicio crítico	Mayor capacidad de síntesis de datos, más complejidad de habilidades e intervenciones	Análisis y síntesis del conocimiento Habilidades de juicio y toma de decisiones clínicas avanzado y análisis crítico para influir en la política de salud.	Utiliza el análisis crítico, la solución de problemas y la precisión en la toma de decisiones	Habilidades de pensamiento crítico	Utiliza proceso de razonamiento complejo, el pensamiento crítico, la reflexión y el análisis para la valoración, el juicio y las decisiones clínicas.	Capacidad de integrar conocimientos y enfrentarse a la complejidad de formular juicios a partir de una información que, siendo incompleta o limitada, incluya reflexiones sobre las responsabilidades sociales y éticas vinculadas a la aplicación de sus conocimientos y juicios

Tabla 1.5. Subcategorías y descriptores presentes en la definición del concepto de EPA en cada país y del concepto de EE en España.

Subcategorías	EEUU	CA	AU	IR	UK	ES
Mayor (profundidad, extensión ampliación) conocimiento y habilidades clínicas	Mayor profundidad y amplitud de conocimientos	Profundidad de su conocimiento Nivel avanzado de práctica clínica Utilización deliberada, intencionada e integrada de un profundo conocimiento enfermero.... así como integración del conocimiento de otras disciplinas	Utiliza habilidades y conocimientos extensos y ampliados Alto grado de conocimiento, de habilidad y de experiencia	Conocimiento clínico avanzado de su disciplina.	Amplio conocimiento en áreas como el diagnóstico, las terapias, la biología, las ciencias sociales, la epidemiología y la farmacología Profundidad de su conocimiento. Habilidades en áreas de consulta y toma de decisiones clínicas	Aplicación de los conocimientos adquiridos y capacidad de resolución de problemas en entornos nuevos o poco conocidos dentro de contextos más amplios o multidisciplinares, relacionados con su área de especialidad (b)
Proporciona cuidado directo	Formación y práctica centrada en el cuidado directo				Firmemente fundamentada en la prestación de cuidados directos de pacientes, familia y comunidad Trabaja en la primera línea de su área de práctica	Desarrollo de funciones en los ámbitos asistencial...
Proporciona cuidado indirecto	...así como un componente de cuidados indirectos				Conlleva aspectos de educación, investigación y gestión	... investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias

Subcategorías	EEUU	CA	AU	IR	UK	ES
Ejerce en variedad de sitios y de situaciones de salud		Competencia para satisfacer las necesidades sanitarias de individuos, familias, grupos, comunidades y de la población en general.		...amplia variedad de sitios.	Atención clínica de pacientes, familia y comunidad. Variedad de situaciones clínicas y profesionalmente desafiantes y complejas.	legitimidad para el ejercicio profesional en todos los ámbitos de actuación.

Tabla 1.6. Subcategorías y descriptores presentes en la definición del concepto de EPA en cada país y del concepto de EE en España.

Subcategorías	EEUU	CA	AU	IR	UK	ES
Mejora la calidad del servicio		variedad de estrategias para satisfacer las necesidades de los clientes, mejorar el acceso y la calidad del cuidado	Para alcanzar resultados óptimos	Cuidado óptimo del paciente	Trata de mejorar la calidad del servicio y del cuidado del paciente Evalúa y gestiona el riesgo	Mejora de la calidad de la atención sanitaria prestada a la población Tiene como guía de actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano
Investiga e innova		Utilización deliberada de... Investigación Utilización de las técnicas de transferencia del conocimiento para aplicar el conocimiento científico en la práctica			Conlleva aspectos de educación, investigación y gestión. Innova diseñando y desarrollando nuevas guías de cuidados y servicios y desarrollando e implementando políticas, estándares, guías y protocolos.	Unifica criterios de actuación basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y la identificación de indicadores de evaluación

Subcategorías	EEUU	CA	AU	IR	UK	ES
Comunica eficazmente		Habilidad para <u>explicar</u> y aplicar los fundamentos teóricos, empíricos, éticos y experienciales de la práctica enfermera Comprensión, desarrollo y diseminación del conocimiento enfermero basado en la evidencia			Los pacientes, clientes y otros profesionales reconocen su alto desarrollo	Sabe comunicar sus conclusiones y los conocimientos y razones últimas que las sustentan, a públicos especializados y no especializados de un modo claro y sin ambigüedades,
Gestiona		Habilidad para iniciar o participar en la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de programas para satisfacer las necesidades del cliente y apoyar la práctica enfermera		Gestión de casos de la enfermedad aguda y/o crónica	Gestiona su carga de trabajo	Asegura la continuidad asistencial de los pacientes, dentro del mismo centro y entre los diferentes niveles asistenciales Eficacia organizativa de los servicios, secciones y equipos, o unidades asistenciales
Lidera		Demostración de liderazgo para la mejora de los resultados del cliente, la organización y el sistema.		Teoría y habilidades de liderazgo	Líder de la práctica en todas las delimitaciones profesionales, organizativas y del sistema.	

Tabla 1.7. Subcategorías y descriptores presentes en la definición del concepto de EPA en cada país y del concepto de EE en España

Subcategorías	EEUU	CA	AU	IR	UK	ES
Promociona la salud	Responsabilidad en relación con el fomento de la salud y.....			Promueve la salud y ofrece intervenciones de cuidados y abogan por las opciones de vida saludable para los pacientes/los clientes, sus familias y cuidadores.	Promociona la salud y el bienestar	Participación activa en proyectos de promoción de la salud y el bienestar, de prevención de enfermedades
Influye en la dirección estratégica		Habilidades de juicio y toma de decisiones clínicas avanzadas y análisis crítico para influir en la política de salud.			Entiende las implicaciones sociales, económicas y políticas del contexto del cuidado de la salud Influye en las direcciones estratégicas de los servicios en beneficio de los pacientes y clientes.	
Colabora con otros profesionales			Puede derivar pacientes a otros profesionales sanitarios	Colaboración con otros profesionales del cuidado de la salud, según el alcance convenido de las normas de su práctica Enfoque del cuidado de calidad del paciente/cliente colegiado y multidisciplinar.	Desarrolla relaciones productivas con numerosos agentes Establece redes locales, regionales y nacionales	Intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias Tiene en cuenta la progresiva consideración de la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria.

Subcategorías	EEUU	CA	AU	IR	UK	ES
Desarrollo Profesional Continuo	Recertificación				Identifica sus propias necesidades de desarrollo y las de otros profesionales y lleva a cabo acciones para satisfacerlas aprovechando todas la oportunidades de aprendizaje, ya sean provenientes de programas educativos disponibles o de su propia práctica y la de los compañeros de trabajo.	Realiza formación continuada a lo largo de su vida profesional y acreditar regularmente su competencia profesional Habilidad para el autoaprendizaje.
Respuesta a necesidades de salud				Se desarrollan en respuesta a las necesidades de los pacientes/ clientes y a los requerimientos de los servicios de salud a nivel local, nacional e internacional. Visión de la áreas de práctica que se podrían beneficiar de una ampliación del alcance actual de la práctica enfermera y el compromiso de llevar a cabo ese desarrollo	garantizando que todos los profesionales cumplan con los niveles de competencia necesarios para tratar de seguir salvaguardando el derecho a la protección de la salud.

Ninguna definición del concepto de EPA/EE contiene descriptores de todas las categorías. Todas las definiciones utilizan descriptores que hacen referencia a la capacidad de análisis, síntesis y juicio crítico y a la profundidad, extensión y/o ampliación del conocimiento y las habilidades clínicas. En 5 de ellas se utilizan descriptores del mayor alcance de la práctica, de la amplia experiencia del profesional y de la mejora de la calidad del servicio. Los descriptores de las categorías de formación de posgrado, registro, mayor autonomía y responsabilidad, capacidad para ejercer en variedad de sitios y situaciones, gestionar, promover la salud y colaborar con otros profesionales, se utilizan en las definiciones de 4 países. Las categorías de fundamentación en la teoría y práctica enfermera, cuidado directo e indirecto, investigación e innovación, comunicación eficaz, liderazgo y desarrollo profesional continuo, están presentes en las descripciones de 3 países.

La normativa en la que se basa la descripción del concepto de EE hace referencia a todas las categorías de significado de la EPA que se utilizan en las descripciones de la mayoría de los países estudiados (presentes en \geq de 3 países) con la única excepción de las referencias a las categorías de *Amplia experiencia* y *Fundamentación en la teoría y práctica enfermera*. Incluye, sin embargo, otras, como la de *Cumplimiento del Código Ético*, de la que tan solo se encuentra también una referencia en la descripción del concepto de EPA de Canadá, o las de la *Necesidad de certificar las competencias mediante un título reconocido* y el *Desarrollo profesional como respuesta a las necesidades de salud*, que tan solo se nombran en las descripciones de la EPA en EEUU e Irlanda, respectivamente.

En el conjunto de los países estudiados existen nueve títulos diferentes de EPA incluyendo el de EE en España. El más frecuente es el de Nurse Practitioner, que se utiliza en 4 países, seguido del de Clinical Nurse Specialist, que en 3 países existe reconocido como de EPA (Tabla 2.1).

Tabla 2.1. Títulos de EPA y EE en los países seleccionados.

Títulos de EPA	EEUU*	Canadá	Australia	Irlanda	UK	España
NP	X	X	X		X	
CNS	X	X		X**	X	
ANP				X	X	
N-M	X					
NA	X					
NC					X	
CM					X	
MM					X	
EE						X***

NP=Nurse Practitioner; CNS=Clinical Nurse Specialist; ANP= Advanced Nurse Practitioner; N-M=Nurse-Midwife; NA=Nurse Anaesthetist; NC= Nurse Consultant; CM=Community Matron; MM=Modern Matron; EE=Enfermera Especialista

*La nueva regulación de estos títulos que se espera que se haya completado en 2015 añade los adjetivos de certificada y registrada a cada uno de los nombres de los títulos de EPA.

**En Irlanda existe este perfil como el nivel de desarrollo profesional previo al de EPA.

*** En España el título de Enfermera Especialista incluye la referencia a uno de los seis perfiles de especialistas previstos en el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.

En el Reino Unido existen seis titulaciones diferentes de EPA y en los EEUU cuatro.

Los dos únicos títulos que incluyen el término “especialista” en su denominación son el de Clinical Nurse Specialist (CNS) y el de Enfermera Especialista (EE).

Los títulos de Certified Nurse-Midwife y el de especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), son los únicos que hacen referencia a la enfermera-matrona.

Las descripciones de las actuaciones profesionales de los perfiles de NP y ANP^{XLIII} hacen referencia al ejercicio autónomo, al ámbito de actuación, a la población que atienden, a las in-

tervenciones específicas de cuidado directo que realizan y a otras dirigidas al sistema de salud o de cuidado indirecto (Tabla 2.2).^{XLIV}

Tabla 2.2. Descripción del perfil de NP/ANP

Subcategorías	EEUU	CANADÁ	AUSTRALIA	IRLANDA	REINO UNIDO
Ejercicio autónomo					
Ejerce de manera autónoma y responsable de su práctica	X	X	X	X	X
Ámbito de actuación					
Atención primaria y especializada	X				
Diversos entornos	X	X		X	
Población					
Todos los grupos de edad y sexo	X	X			
Tipo de pacientes					
A lo largo del continuum salud-enfermedad	X	X			
Agudos y crónicos	X			X	
Atención del proceso					
Inicial	X	X			X
Continua	X	X			X
Gestión del cuidado del paciente/caso	X	X	X	X	X
Actuaciones con el paciente/cuidado directo					
Valoración integral de la situación de salud: historia clínica, examen físico, pruebas de cribado, petición e interpretación de pruebas diagnósticas	X	X	X	X*	X
Diagnóstico enfermedad/situación de salud	X	X	X	X*	X

^{XLIII} Aunque los títulos de NP y ANP difieren en la denominación, ambos hacen referencia al perfil de Nurse Practitioner, por lo que el análisis de los perfiles de ambas titulaciones se ha realizado conjuntamente.

^{XLIV} Se ha utilizado esta división de las actuaciones “cuidado directo” y “cuidado indirecto” con el objeto de facilitar la comparación entre países, aunque en la práctica las actuaciones están interrelacionadas y son interdependientes, ya que el actuar sobre el paciente, tiene efecto sobre el sistema e implica que se ha actuado sobre la enfermera. Es el conjunto de actuaciones a todos los niveles lo que permite alcanzar los objetivos.

Subcategorías	EEUU	CANADÁ	AUSTRALIA	IRLANDA	REINO UNIDO
Prescripción de medicamentos y productos sanitarios	X	X	X	X*	X
Fomento de la salud, la prevención de enfermedades	X	X			
Educación sanitaria y asesoramiento	X				
Deriva pacientes a otros profesionales/servicios		X	X		X
Autoriza el alta					X
Actuaciones sobre el sistema/cuidado indirecto					
Determina tendencias y patrones de salud de la población	X				
Diseña servicios para promover vida saludable	X				
Lidera el desarrollo de estrategias de promoción de salud	X				
Colabora en el desarrollo de normas	X				
Identifica áreas potenciales de mejora del servicio y ejercicio de la NP/ANP	X			X	
Proporciona liderazgo y asesoría cuando son requeridos	X				X

* Según el alcance convenido de su práctica.

El ejercicio autónomo, asumiendo la responsabilidad de la propia práctica, la gestión o manejo del cuidado del paciente/caso y la realización de la valoración integral de la situación de salud,/enfermedad, incluyendo pruebas de cribado y de diagnóstico, la emisión del juicio diagnóstico y la prescripción de tratamiento farmacológico, son las actuaciones que aparecen descritas en todos los perfiles de NP/ANP. El ejercicio en diversos entornos, el fomento de la salud y prevención de enfermedades y la derivación de pacientes a otros profesionales en caso necesario, aparecen en las descripciones de 3 países. Las actuaciones sobre el sistema están presentes sobretudo en el perfil de NP de Canadá.

El alcance de la práctica y las actuaciones profesionales que caracterizan las descripciones de los perfiles de CNS se muestran en la tabla 2.3, en la que se ha incluido también el caso de

Irlanda, donde el perfil de CNS existe como nivel de desarrollo enfermero previo al de EPA. Tan solo en los casos de Canadá y el Reino Unido se hace referencia al alcance de la práctica de CNS. En la descripción de CNS de Canadá se especifica que el ejercicio de este perfil de EPA se realiza dentro del alcance de la práctica enfermera y en la descripción del Reino Unido se indica que dependiendo de la experiencia y las competencias de la CNS el alcance de la práctica puede ser ampliado, lo que sugiere la existencia de diferentes tipos de CNS y pone de manifiesto la falta de regulación del ejercicio de esta categoría profesional en ese país.

Tabla 2.3 Perfil de CNS

Subcategorías	EEUU	CA	UK	IR ^{xlv}
Alcance de la práctica		enfermera	puede ampliarse *	
Objetivos/Resultados				
Mejora del cuidado y resultados	X	X		X
Aliviar sufrimiento, facilitar toma de decisiones éticas y reaccionar ante la diversidad	X			
Potencial de reducir costes		X		
Actuaciones con pacientes				
Fomenta la salud y previene enfermedades y comportamientos de riesgo entre individuos, familia y comunidad	X			
Diagnóstica y trata estados de salud/enfermedad	X		X*	
Realiza el proceso enfermero con dominio clínico				X
Modifica tratamientos según protocolo				X
Proporciona soluciones para situaciones complejas del cuidado de la salud/ gestiona casos de enfermedad	X	X	X	
Deriva pacientes a otros profesionales y da el alta de gestión del caso		X*		

^{xlv} Aunque el perfil de CNS en Irlanda no está reconocido como título de EPA su descripción se ha considerado de interés para el estudio porque contribuye a la comprensión del desarrollo del modelo de EPA en ese país.

Subcategorías	EEUU	CA	UK	IR ^{xlv}
Actuaciones con enfermeras y otros profesionales				
Investiga				
promueve el uso de la evidencia	X	X		X
Tutoriza, crea entornos de mentorazgo	X	X		X
Ejerce como modelo y líder	X			
Proporciona consulta de experta	X	X		X
Actuaciones sobre el sistema				
Facilita cambios en el sistema	X	X		
lidera desarrollo de guías clínicas y protocolos		X		

** En la descripción de este perfil en el Reino Unido se especifica que la CNS puede llevar a cabo estas actuaciones dependiendo de su experiencia y nivel de competencias.*

Las actuaciones profesionales descritas se orientan al cuidado directo del paciente, a la influencia sobre la práctica de otras enfermeras y/o diferentes profesionales sanitarios y sobre el sistema de salud para introducir los cambios necesarios. Los descriptores relativos al objetivo de mejorar el cuidado y los resultados de salud; proporcionar soluciones para situaciones complejas del cuidado de la salud y gestionar casos de enfermedad; investigar y promover el uso de la evidencia; tutorizar y crear entornos de mentorazgo y proporcionar consulta de experta, se utilizan en 3 de los cuatro países en los que existe este perfil. El único descriptor común del perfil de CNS, en los tres países donde esta considerado de EPA (EEUU, Canadá y Reino Unido), es el de que proporciona soluciones para situaciones complejas del cuidado de la salud y gestiona casos de enfermedad.

Las descripciones de los seis perfiles de EE desarrollados hasta el momento hacen referencia a los objetivos de su práctica, a la población a la que atienden, al tipo de pacientes, al ámbito donde ejercen, a las actuaciones de cuidado directo y a las actuaciones con otros profesionales y con el sistema de salud (tabla 2.4).

Tabla 2.4. Comparación de perfiles de EE

Subcategorías	EOG-M	ET	EG	EP	EFyC	ESM
Objetivos/Resultados						
Mejora de la calidad del cuidado y del estado de la salud	X	X	X	X	X	X
Coste-efectividad			X		X	
Favorecer la equidad					X	
Desarrollo profesional				X	X	
Población						
Femenina a lo largo del ciclo vital	X					
Trabajadores de ambos sexos		X				
Ancianos de ambos sexos			X			
Infancia y adolescencia				X		
Todos los grupos de edad y sexo					X	X
Tipos de pacientes						
A lo largo del continuo salud/enfermedad	X	X	X	X	X	
Agudos y crónicos				X	X	X
Ámbito de actuación						
Diversos entornos sanitarios y sociosanitarios			X	X		X
Diversos entornos socio-laborales y de salud medio-ambiental		X				
Atención primaria (incluye escuela y domicilio)					X	
Atención Primaria y Especializada	X			X		X
Público y privado	X	X				
Actuaciones con pacientes/Cuidado directo						
Atención integral de la situación de salud	X	.X		X	X	X
Realiza el diagnóstico, control y asistencia de la situación de salud	X					
Promociona la salud y previene la enfermedad	X	X		X	X	X
Fomenta la participación ciudadana en las decisiones de salud					X	
Maneja las situaciones complejas de salud/ Gestiona casos/ coordina servicios			X		X	X
Actuaciones con otros profesionales y con el sistema/ Cuidado indirecto						
Investiga; utiliza la evidencia científica y los medios clínicos y tecnológicos adecuados	X	X	X	X	X	X

Subcategorías	EOG-M	ET	EG	EP	EFyC	ESM
Vigilancia epidemiológica		X			X	
Diseña y desarrolla programas de salud	X	X		X	X	
Participa en el diseño y desarrollo de políticas y estrategias de mejora del SNS	X	X			X	
Colabora con otros profesionales		X	X	X	X	
Realiza docencia intra e interdisciplinar			X	X	X	X
Lidera los cuidados			X	X		
Facilita el acceso al sistema					X	
Aplica control de calidad asistencial					X	

En todos los perfiles se describe la población, el tipo de pacientes y el ámbito de ejercicio, se hace referencia al objetivo de mejorar la calidad del cuidado y los resultados de salud y se menciona la investigación y utilización de la evidencia científica entre las actuaciones profesionales. En las descripciones de 5 de los perfiles, se hace referencia a las actuaciones de cuidado directo de atención integral de la situación de salud y de promoción de salud y prevención de la enfermedad. Diseña y desarrolla programas de salud, colabora con otros profesionales y realiza docencia intra e interdisciplinar, son descriptores de 4 de los perfiles. Gestiona casos y/o coordina servicios está presente en 3 de los perfiles de EE.

La comparación entre las descripciones de los perfiles de CN-M y de EOG-M se muestra en la tabla 2.5. Ambas coinciden en la descripción de la población atendida, el tipo de pacientes/clientes, los ámbitos donde ejercen y las actuaciones de cuidado directo que realizan (Tabla 2.5). La promoción del parto normal y las actividades de cuidado indirecto forman parte tan solo del perfil de EOG-M.

Tabla 2.5 Comparación de los perfiles de CN-M y EOG-M

Subcategorías	CN-M	EOG-M
Objetivos/resultados		
Favorece el parto normal		X
Población		
Mujeres a lo largo del ciclo vital	X	X
Tipo de pacientes		
A lo largo del continuo salud/enfermedad	X	X
Ámbito de actuación		
Atención Primaria y Especializada	X	X
Público y privado	X	X
Actuaciones de cuidado directo		
Cuidados ginecológicos, servicios de planificación familiar, cuidados pre-embarazo, cuidados prenatales y posparto, parto y cuidados del recién nacido	X	X
Atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer		X
Tratamiento del compañero de la cliente en lo referente a enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva	X	
Actuaciones de cuidado indirecto		
Investiga; utiliza la evidencia científica y los medios clínicos y tecnológicos adecuados		X
Diseña y desarrolla programas de salud		X
Participa en el diseño y desarrollo de políticas y estrategias de mejora del SNS		X

Las descripciones de los perfiles de EE (exceptuando el de Enfermería Obstétrico-Ginecológica-Matrona) coinciden con los de NP/ANP de EEUU, Canadá e Irlanda en la referencia al ámbito de actuación, la población y el tipo de pacientes que atienden y a la atención continuada durante el proceso de salud. El fomento de la salud y la prevención de enfermedades es la única actividad de cuidado directo que se encuentra en las descripciones de algunos perfiles de NP/ANP y de EE. Los perfiles de ET, EFyC y de NP en Canadá coinciden en varios descriptores de actuaciones sobre el sistema. Los descriptores comunes a todos los perfiles de NP/ANP no son descriptores comunes de los perfiles de EE (Tabla 2.6).

Tabla 2.6. Comparación de la descripción de perfiles de NP/ANP, EE y CM

Subcategorías	NP EEUU	NP CANADÁ	NP AUSTRALIA	ANP IRLANDA	NP/ANP REINO UNIDO	ET	EG	EP	EFyC	ESM	CM
Actuaciones con el paciente/cuidado directo											
Ejerce de manera autónoma y responsable de su práctica	X	X	X	X	X			X			X
Ámbito de actuación											
Atención primaria y especializada	X							X		X	
Diversos entornos	X	X		X		X	X		X		
Población											
Todos los grupos de edad y sexo	X	X				X	X**	X**	X	X	
Tipo de pacientes											
A lo largo del continuum salud-enfermedad	X	X				X	X	X	X		
Agudos y crónicos	X			X				X	X	X	
Atención del proceso											
Inicial	X	X			X	X			X		X
Continua	X	X			X	X			X		X
Gestión del cuidado del paciente/caso	X	X	X	X	X		X		X		X

** El grupo de población al que atienden las enfermeras especialistas en Enfermería Geriátrica y en Enfermería Pediátrica está definido por la edad. El conjunto de las enfermeras especialistas cubren la atención a todos los grupos de edad y sexo.

Subcategorías	NP EEUU	NP CANADÁ	NP AUSTRALIA	ANP IRLANDA	NP/ANP REINO UNIDO	ET	EG	EP	EFyC	ESM	CM
Ejercicio autónomo											
Actuaciones con el paciente/ cuidado directo valoración integral de la situación de salud: historia clínica, examen físico, pruebas de cribado, petición e interpretación de pruebas diagnósticas	X	X	X	X*	X						X
Diagnóstico enfermedad/ situación de salud	X	X	X	X*	X						X
Prescripción de medicamentos y productos sanitarios	X	X	X	X*	X						X
Fomento de la salud, la prevención de enfermedades	X			X	X	X		X	X	X	
Educación sanitaria y asesoramiento	X					X	X		X	X	
Deriva pacientes a otros profesionales/ servicios		X	X		X						X
Autoriza el alta					X						

**Según el alcance convenido de su práctica.*

Subcategorías	NP EEUU	NP CANADÁ	NP AUSTRALIA	ANP IRLANDA	NP/ANP REINO UNIDO	ET	EG	EP	EFyC	ESM	CM
Actuaciones sobre el sistema/cuidado indirecto											
Determina tendencias y patrones de salud de la población		X				X			X		
Diseña servicios para promover vida saludable		X				X			X		
Lidera el desarrollo de estrategias de promoción de salud		X							X		
Colabora en el desarrollo de normas		X				X					
Identifica áreas potenciales de mejora del servicio y de su ejercicio profesional				X		X		X	X		X
Proporciona liderazgo y asesoría cuando son requeridos					X		X	X			X

Los descriptores del perfil de CM coinciden con los de NP/ANP en las referencias al ejercicio autónomo, la responsabilidad de la gestión completa del cuidado del paciente/caso, la valoración integral de la situación de salud, incluyendo el examen físico y la solicitud e interpretación de pruebas diagnósticas, la emisión del juicio diagnóstico, la toma de decisiones sobre el tratamiento farmacológico y la derivación de pacientes a otros profesionales (tabla 2.6). En la descripción de este perfil se mencionan también actuaciones con otros profesionales y sobre

el sistema de salud, como son las de que satisface las necesidades sociosanitarias del paciente involucrando en el plan de cuidado a otros miembros del equipo; asegura la continuidad del cuidado; evalúa con el paciente/familia la efectividad del tratamiento y realiza los cambios necesarios, que se encuentran también en la descripción del perfil de EFyC.

Las descripciones de los perfiles de CNS y de EE coinciden en la referencia al objetivo de mejora del cuidado y de los resultados y a la investigación y promoción del uso de la evidencia como actuación de cuidado indirecto o con otros profesionales. Las descripciones de 4 EEs coinciden con las de CNS en tutorizar y crear entornos de mentorazgo y 3 de ellas también lo hacen en cuanto a proporcionar soluciones para situaciones complejas del cuidado de la salud y gestionar casos de enfermedad. (Tabla 2.7.).

La descripción del perfil de NC coincide con las de los perfiles de CNS y de EE en hacer referencia al objetivo (aunque en este caso se dirige a la modernización del servicio de salud), a actuaciones de cuidado directo y a actuaciones de cuidados indirectos, que incluyen la investigación, la docencia, el asesoramiento y el liderazgo (Tabla 2.7.).

El perfil de MM contiene descriptores relativos al objetivo de conseguir los más altos estándares de calidad en la atención clínica, actuando con los profesionales de enfermería, con la organización del sistema y con los pacientes, que coinciden con los descriptores de los perfiles de CNS, EE y NC. Entre las descripciones de los perfiles de NC y MM se identifican diferencias en el mayor énfasis en la atención clínica directa de la NC y más descriptores relativos a actuaciones con el equipo enfermero y con la organización y gestión del sistema en la MM (Tabla 2.7.).

La descripción del perfil de CNA coincide con las de NP/ANP y EEs en las referencias a la atención de población de todas las edades y sexo, a lo largo del continuo salud-enfermedad y al ejercicio en diversos entornos. Pero la actuación está centrada específicamente en la anestesia y los cuidados relacionados, lo que hace este perfil esencialmente diferente del resto de perfiles descritos.

Tabla 2.7. Comparación de la descripción de perfiles de CNS, EEs, NC y MM

Subcategorías	CNS/ EEUU	CNS/ CA	CNS/ UK	CNS/ IR	ET	EG	EP	EFyC	ESM	NC	MM
Ejercicio											
autónomo											
Alcance de la práctica		enfermera	puede ampliarse *								
Objetivos/ Resultados											
Mejora del cuidado y resultados	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Modernización/ servicio rápido										X	
Aliviar sufrimiento, facilitar toma de decisiones éticas y reaccionar ante la diversidad	X										
Potencial de reducir costes		X				X		X			
Actuaciones con pacientes											
Fomenta la salud y previene enfermedades y comportamientos de riesgo entre individuos, familia y comunidad	X				X		X	X	X	X**	X

* En la descripción de este perfil en el Reino Unido se especifica que la CNS puede llevar a cabo estas actuaciones dependiendo de su experiencia y nivel de competencias.

** En la descripción del perfil de NC se indica que son enfermeras expertas y especializadas en un determinado campo del cuidado de la salud que realizan atención clínica directa al menos el 50% de su tiempo, pero no se describen las actuaciones concretas con los pacientes.

Subcategorías	CNS/ EEUU	CNS/ CA	CNS/ UK	CNS/ IR	ET	EG	EP	EFyC	ESM	NC	MM
Diagnostica y trata estados de salud/enfermedad	X		X*							X**	
Realiza el proceso enfermero con dominio clínico				X						X**	
Modifica tratamientos según protocolo				X							
Proporciona soluciones para situaciones complejas del cuidado de la salud/gestiona casos de enfermedad	X	X	X			X		X	X	X**	X
Deriva pacientes a otros profesionales y da el alta de gestión del caso			X*							X**	
Actuaciones con enfermeras y otros profesionales											
Investiga/promueve el uso de la evidencia	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X***

* En la descripción de este perfil en el Reino Unido se especifica que la CNS puede llevar a cabo estas actuaciones dependiendo de su experiencia y nivel de competencias.

** En la descripción del perfil de NC se indica que son enfermeras expertas y especializadas en un determinado campo del cuidado de la salud que realizan atención clínica directa al menos el 50% de su tiempo, pero no se describen las actuaciones concretas con los pacientes.

*** En la descripción del perfil de MM no se hace referencia explícita a la investigación, pero el objetivo de conseguir los más altos estándares de calidad del cuidado y la gestión y liderazgo del equipo enfermero implica la utilización de la evidencia científica.

Subcategorías	CNS/ EEUU	CNS/ CA	CNS/ UK	CNS/ IR	ET	EG	EP	EFyC	ESM	NC	MM
Tutoriza, crea entornos de mentorazgo	X	X		X		X	X	X	X	X	X
Ejerce como modelo y líder	X					X	X			X	X
Proporciona consulta de experta	X	X		X						X	X
Actuaciones sobre el sistema											
Facilita cambios en el sistema	X	X			X			X		X	X
Lidera desarrollo de guías clínicas y protocolos		X									
Diseña y desarrolla programas de salud					X		X	X			

En el análisis de las competencias específicas de Enfermera de Práctica Avanzada descritas en el Marco del CIE para este nivel de desarrollo enfermero,²⁶ que están presentes en las descripciones de las competencias de los títulos de EPA y de EE (Tabla 3), se observa que las competencias relativas a la Responsabilidad profesional, los Principios Generales de la Atención, la Mejora de la Profesión y de la Calidad se encuentran en todos los títulos analizados. Las competencias relacionadas con la promoción de la salud están incluidas en todos los títulos analizados, excepto en el de CNRA.

La delegación de actividades en otros profesionales, según su capacidad, nivel y grado de preparación y el ámbito legal de la práctica profesional, que forma parte de las competencias de Delegación y Supervisión, es una competencia que no se encuentra en ninguno de los títulos de EPA, ni en los de EE.

Las competencias de los títulos de NP de EEUU, Canadá y Australia y los de ANP del Reino Unido e Irlanda hacen referencia a todas las competencias de Responsabilidad, Ética y Práctica legal específicas de la EPA, con la excepción del título de ANP en Irlanda, que no menciona las competencias relacionadas con la ética. Las competencias de EPA relativas a Promoción de salud, Valoración, Planificación, Ejecución, Evaluación y Comunicación y Relación forman parte de las competencias de todos estos títulos. Las competencias de EPA de Dirección y Gestión también están recogidas en todos ellos, así como la de Atención Interprofesional, aunque en el caso de ANP de Irlanda no se menciona la capacidad para admitir pacientes referidos y derivar pacientes a otros profesionales, que forma parte de esta competencia. También se incluyen en estos títulos las competencias de EPA para la Formación Continuada, aunque tan solo en el caso de NP de Canadá se hace referencia al fomento de la formación interdisciplinar (Tabla 3).

El título de CNS de EEUU tiene todas las competencias específicas de EPA, pero este mismo título en Canadá no hace referencia al ejercicio autónomo y no incluye la capacidad para ordenar pruebas diagnósticas y para prescribir medicamentos en las competencias de valoración y ejecución. Tampoco se menciona la competencia para derivar pacientes a otros profesionales, que forma parte de la Atención Interprofesional (Tabla 3).

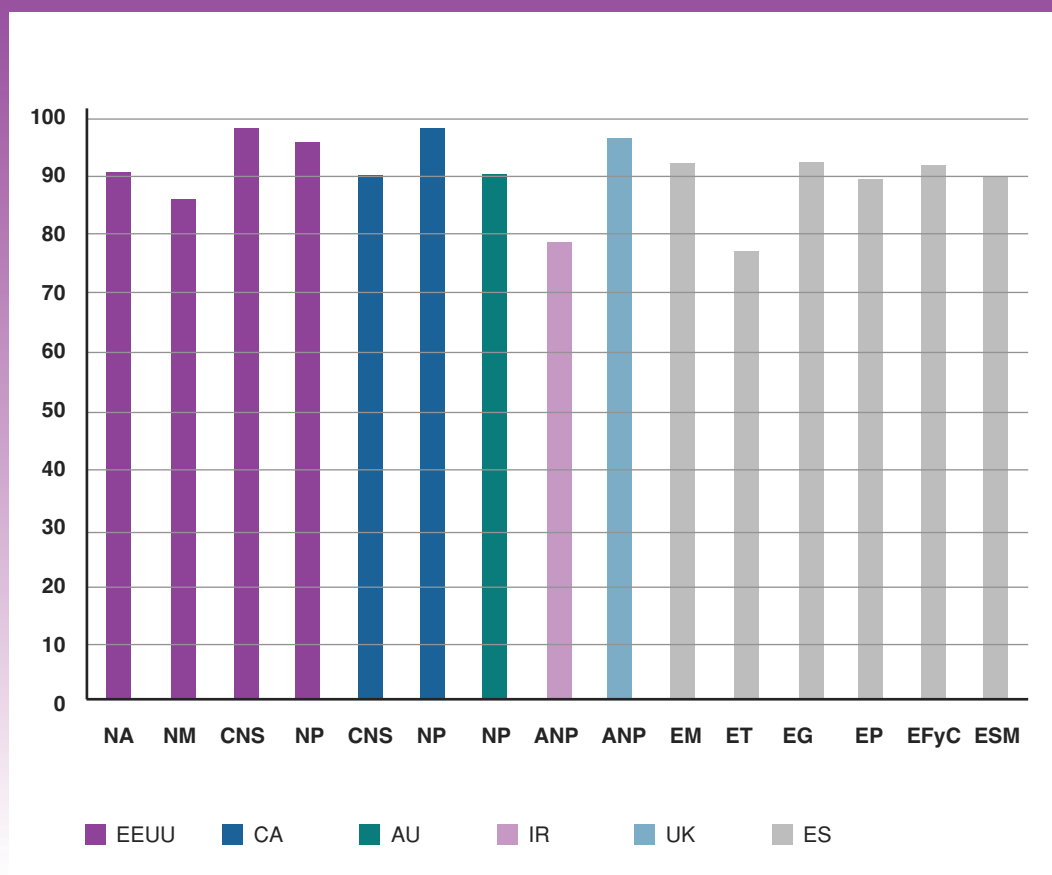
Los títulos de EEs incluyen la mayoría de las competencias de EPA con la excepción común en todos ellos de la ausencia de referencia al ejercicio independiente y a la capacidad de ordenar pruebas diagnósticas que permitan el diagnóstico diferencial de enfermedad. La derivación de pacientes a otros profesionales como parte de la atención interprofesional solo se recoge en las competencias de la EOG-M. Las competencias de EPA relativas al examen periódico de su propia práctica mediante la reflexión, el examen y evaluación críticas y la revisión por homólogos, que forman parte de las competencias de Formación Continuada, al igual que la de fomentar la aplicación de programas de formación interdisciplinar, no se mencionan en la descripción de las competencias de ninguno de los títulos de EEs.

El título de ET es el que tiene menos competencias específicas de EPA (Tabla 3).

En el gráfico 1 se muestran los porcentajes de las competencias de EPA del modelo del CIE considerado estándar contenidas en cada uno de los títulos de EPA y de EE analizados.

Las competencias específicas de EPA de los títulos de CN-M y EOG-M se diferencian en la capacidad de diagnóstico diferencial de enfermedad que tiene la CN-M y las competencias de dirección y gestión presentes en el título de EOG-M (Tabla 3).

Gráfico 1. % competencias estándar EPA



NA=Nurse Anaesthetist; NM=Nurse Midwife; CNS= Clinical Nurse Specialist; NP=Nurse Practitioner; ANP= Advanced Nurse Practitioner; EM=Enfermería Obstétrica Ginecológica-Matrona; ET=Enfermería del Trabajo; EG=Enfermería Geriátrica; EP= Enfermería Pediátrica; EFyC= Enfermería Familiar y Comunitaria; ESM= Enfermería de Salud Mental.

Tabla 3. Competencias de la Enfermera de Práctica Avanzada (CIE,2008) presentes en las titulaciones de EPA y EE

País	EEUU	EEUU	EEUU	EEUU	CA	CA	AU	IR	UK	ES	ES	ES	ES	ES	ES
Título	NA	N-M	CNS	NP	CNS	NP	NP	ANP	ANP	E-M	ET	EG	EP	EFyC	ESM
1. COMPETENCIAS PROFESIONALES, ÉTICAS Y DE PRÁCTICA LEGAL															
Responsabilidad	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ética	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X	X	X	X
Práctica legal	X	X	X	X	/	X	X	X	X	/	/	/	/	/	/
2.1.PRINCIPIOS GENERALES DE LA ATENCIÓN	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promoción de la salud		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Valoración	X	X	X	X	/	X	X	X	X	/	/	/	/	/	/
Planificación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	/	X	X	X	X
Ejecución	X	X	X	X	/	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	/	X	X
Comunicación y relación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
2.2. DIRECCIÓN Y GESTIÓN	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Entorno seguro	X	X	X	X	X	X	/		X	/	X	X	X	X	/
Delegación y supervisión	/		/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/	/
Atención interprofesional	X	X	X	X	/	X	X	/	X	X	/	/	/	/	/

País	EEUU	EEUU	EEUU	EEUU	CA	CA	AU	IR	UK	ES	ES	ES	ES	ES	ES
Título	NA	N-M	CNS	NP	CNS	NP	NP	ANP	ANP	E-M	ET	EG	EP	EFyC	ESM
3. DESARROLLO PROFESIONAL, PERSONAL Y DE LA CALIDAD															
Mejora de la profesión	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Mejora de la calidad	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Formación Continuada	/	/	X	/	/	X			/	/	/	/	/	/	/

X= el título de EPA contiene los elementos característicos de esa competencia.

/= el título de EPA carece de alguno de los elementos característicos de esa competencia.

Si la casilla esta en blanco significa que los elementos característicos de esa competencia no han sido identificados en la fuente consultada sobre las competencias de ese título de EPA.

Todos los títulos de EPA y EE tienen al menos un área de especialización definida. Determinadas áreas de especialización están predefinidas para todos los títulos de EPA existentes en el país, como en el caso de EEUU y de EE en España, o están abiertas a cualquier área de la práctica enfermera y se van creando de acuerdo a las necesidades identificadas de mejora de la calidad de cuidados enfermeros, como en el caso de Australia, Irlanda y Reino Unido (Tabla 4.1). Esto determina que en países como EEUU y España las áreas de especialización predefinidas son amplias, mientras que en Australia, Irlanda y Reino Unido, además de estas, se incluyen como especialidades las que hacen referencia a un problema de salud concreto.

Tabla 4.1. Áreas de especialización de los títulos de EPA y de EE en los países seleccionados

País	EEUU	Canadá	Australia	Irlanda	UK	España
Título						
NP	Al menos 1 de los grupos/ población: 1.Familia/ individuo ciclo vital 2. Adultos-gerontología 3. Neonatal 4. Pediatría 5. Salud de la mujer/ relacionada con el género 6. Salud psiquiátrica/ mental + SUBESPECIALIDAD*.	Familia/ Ciclo vital. Adulto. Pediátrica.	Salud menta. Urgencia Salud de la mujer. Cuidados paliativos. Diabetes. Neurocirug. Salud comunitaria Insuficiencia cardiaca crónica. Oncología. Manejo del Dolor. Oftalmolog. Nefrología. Cuidado Rural. Respiratorio Neonatal Ortopedia. Cuidado del mayor.		Atención Primaria Cuidados Críticos Cuidado del Adulto Pediatría Salud de la Mujer Salud Mental del Anciano Discapacidades del Aprendizaje Cuidado Comunitario	
CNS	Al menos 1 de los 6 grupos/ Población + SUBESPECIALIDAD	Médico-Quirúrgica, Salud Mental/ Psiquiatría Pediatría Neonatalog. Geriatría y cuidado a largo plazo. Cuidados Críticos. Salud Comunitaria Cuidado ambulatorio			Cuidado del adulto. Oncología. Cuidados. Paliativos. Pediatría. Cuidados Críticos. Salud Mental.	

País	EEUU	Canadá	Australia	Irlanda	UK	España
Título						
		Cuidado domiciliario. Salud Ocupacional Quirófano y Recuper. Urgencias. Oncología. Rehabilit. Salud Pública. **				
ANP			Médicas Quirúrgicas Etapas de Vida Situación de Salud Ciencia Gestión Salud Medioambiental***	Las mismas que la NP		
N-M	Salud de la mujer/ relacionada con el género + SUBESPECIALIDAD					
NA	Al menos 1 de los 6 grupos/ Población + SUBESPECIALIDAD					
NC					Las mismas que NP y CNS	
CM					Cuidado pacientes crónicos complejos en la comunidad.	

País	EEUU	Canadá	Australia	Irlanda	UK	España
Título						
MM					Cualquier especialidad clínica.	
EE						Mujer/todo ciclo vital. Salud Mental Trabajo Geriátrica Pediátrica. Familiar y Comunitaria Cuidados M-Q.

*La preparación en un área de la práctica especializada es opcional pero, si se incluye, debe basarse en las competencias del tipo/población de los EPA's. Son ejemplos de subespecialidad los cuidados paliativos, la oncología, etc.

** En el Marco Nacional Canadiense para la práctica de la Enfermería avanzada, la especialización se define por la práctica focalizada en un aspecto de la Enfermería, como la edad (ej. pediatría, gerontología); el problema de salud del cliente (ej. manejo del dolor), el grupo de diagnóstico (ej. ortopedia, cirugía vascular), el ámbito de la práctica (ej. domicilio, urgencias) o el tipo de cuidados (primario, paliativos, críticos).

*** Se han agrupado en estas categorías las especialidades existentes actualmente, que se recogen en la tabla 1 del apartado 4.4.4, pero todas las áreas de práctica de la enfermera registrada, que requieran conocimientos y habilidades específicas en las que sea necesario mejorar la calidad del cuidado del paciente, pueden ser áreas de especialización de la ANP en Irlanda.

Aunque las denominaciones de las áreas de especialización varían entre países, estas se definen en función de características de la población que atienden, como son la etapa de la vida y el género, del ámbito de atención, de la situación de salud, del tipo de cuidados y/o en función de una combinación de estos. Atendiendo a estos criterios es posible identificar áreas de especialización comunes a los diferentes títulos de EPA y de EE.

La atención a la familia/individuo a lo largo del ciclo vital en el ámbito de la atención primaria y/o comunitaria, incluyendo el domicilio, ya sea en el entorno urbano o rural, el cuidado pediátrico y/o neonatal, el cuidado del adulto y/o geriátrico son áreas de especialidad comunes a los títulos de NP/ANP de EEUU, Canadá, Australia, Irlanda y Reino Unido. También lo son de los títulos de CNS en EEUU, Canadá y Reino Unido, así como de CM y NC en el Reino Unido y de EFyC, EP y EG en España (Tabla 4.2). La salud mental también se incluye

como área de especialidad en todos ellos, con la excepción del título de NP en Canadá y con la especificidad de dirigirse al anciano en el caso del título de NP en el Reino Unido.

La salud de la mujer es un área de especialización común de N-M en los EEUU y de NP/ANP en Australia y Reino Unido, así como de NC en este último, y de EOG-M en España.

Los cuidados críticos y/o los cuidados paliativos son áreas de especialización del título de NP/ANP en Irlanda, Australia y Reino Unido, así como para el de CNS en Canadá y en el Reino Unido, donde también pueden ser áreas de especialización para NC y MM. En España, los cuidados críticos del adulto podrían estar incluidos en el título de Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos (ECMQ) que se encuentra todavía en proceso de desarrollo, y los cuidados paliativos forman parte del área de práctica de varios títulos de especialista, como los de Enfermería Geriátrica, Enfermería Pediátrica y Enfermería Familiar y Comunitaria, por lo que podría constituir un área de capacitación específica o subespecialización.

En EEUU estas áreas pueden ser objeto de subespecialización de cada uno de los cuatro títulos de EPA, al igual que las especialidades de oncología, nefrología, cardiología, diabetes, etc., que en Australia, Irlanda y Reino Unido se incluyen como áreas de especialización. En España, estas áreas podrían formar parte de la especialidad de Enfermería de Cuidados Médico Quirúrgicos o bien, dependiendo del grupo de población y ámbito de atención, ser objeto de área de capacitación específica o subespecialización (Tabla 4.2).

Tabla 4.2. Áreas de especialización comunes a los diferentes títulos de EPA y EE

País	EEUU	CA	AU	IR	UK	ES
Área especialidad						
Atención a la familia/individuo a lo largo del ciclo vital en el ámbito de la atención primaria y/o comunitaria, incluyendo el domicilio, ya sea en el entorno urbano o rural	NP CNS	NP CNS	NP	ANP	NP/ANP NC CM*	EFYC
Atención pediátrica y/o neonatal **	NP CNS NA	NP CNS	NP	ANP	NP/ANP CNS NC	EP

Tabla 4.2. Áreas de especialización comunes a los diferentes títulos de EPA y EE

País	EEUU	CA	AU	IR	UK	ES
Área especialidad						
Atención del adulto y/o del anciano**	NP CNS NA	NP CNS	NP	ANP	NP/ANP CNS NC	EG
Salud Mental	NP CNS NA	CNS	NP	ANP	NP/ANP*** CNS NC	ESM
Cuidado de salud de la mujer	N-M		NP		NP/ANP NC	EOG (matrona)
Cuidados críticos	Subespecialidad de NP,CNS	CNS	NP	ANP	NP/ANP CNS NC MM	ECMQ****
Urgencias, Oncología, Nefrología, Cardiología, Diabetes y otras	Subespecialidad de NP,CNS y NA	CNS	NP	ANP	NP/ANP (P) CNS (P) NC (P) MM (P)	ECMQ****
Cuidados Paliativos	Subespecialidad de NP, CNS y NA	CNS (P)	NP	ANP	CNS NP/ANP (P) NC (P) MM (P)	

* La especialización de CM esta incluida en esta área, pero se focaliza en el cuidado de pacientes crónicos complejos, lo que permitiría establecer una correspondencia con una subespecialidad de la NP y de CNS en los EEUU, con la especialidad de pacientes crónicos de ANP en Irlanda y/o con un área de capacitación específica de la Enfermería Familiar y Comunitaria en España.

** Pueden aparecer descritas ambas áreas de especialidad o bien solo una de ellas.

*** Se hace referencia a la salud mental del anciano, lo que, al igual que ocurre con la especialidad de CM, podría corresponder a una subespecialidad en otros países.

**** La especialidad de Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos es una de las siete especialidades aprobadas por Real Decreto 450/2005 que se encuentra actualmente en proceso de desarrollo.

(P) = Áreas de especialización posibles para esos títulos de EPA.

El área de especialidad de Enfermería del Trabajo existente en España no se ha encontrado mencionada como área de especialización de ninguno de los títulos de EPA analizados; tan solo en el caso del título de CNS en Canadá se hace referencia a un área de especialización denominada salud ocupacional, con la que podría existir alguna similitud.

En la definición de los títulos y perfiles de EPA y de EE se hace referencia a los diferentes roles que pueden desempeñar estas categorías de enfermeras; en algunas definiciones se indica qué rol o roles son los más frecuentes o necesarios en el ejercicio de la EPA/EE y cuáles pueden ser desempeñados dependiendo de las características y demandas del puesto de trabajo. Estos dos tipos de roles se han denominado preferentes y complementarios, respectivamente (Tabla 5.1.).

Tabla 5.1. Roles de los títulos de EPA y EE en los países seleccionados

País	EEUU				CA		AU	IR	UK				ES						
	NA	NM	CNS	NP	NP	CNS	NP	ANP	NP/ ANP	CNS	NC	CM	MM	EOG	ET	EG	EP	EFyC	ESM
Rol																			
Clínico	P	P	P	P	P	P	P	P	P	C	P	P		P	P	P	P	P	P
Docente	C		P	C	C	P		P	C	C	P		P	C	C	P	P	P	C
Investigador	C		P	C	C	P	P	P	C	C	P			C	C	P	P	P	C
Asesor			P	C										C	P	P	P	P	C
Consultor			P	C	C	P	P	P			P	P							
Gestor			P	C				P	P	P	P	P	P	C	P	P	P	P	C
Mentor			P	C			P												
Defensor			P	C															
Líder	C				C	P			C	C	P		P	C	C	P	P	P	C
Salud Pública							P												
Coordinación*									P	P	P		P						
Administración	C																		
Organización*									C	C	P								
Supervisión																P			

P= Rol Preferente

C= Rol Complementario

**El rol de Coordinación incluye la gestión de casos y el de Organización incluye el liderazgo, la docencia y la investigación¹⁵⁸.*

La denominación de los roles utilizada en el conjunto de los países es amplia y variada, pero los más frecuentes hacen referencia a los siguientes seis dominios de la práctica enfermera: rol clínico, docente/mentor, investigador, asesor/consultor, gestor/coordinador y líder (Tabla 5.2).

La prestación de asistencia clínica o rol clínico es considerado preferente en todos los títulos, con las únicas excepciones del de CNS en el Reino Unido para el que es considerado complementario, y en el de MM del Reino Unido, en el que no se menciona este rol.

Tabla 5.2. Roles preferentes de las titulaciones de EPA y EE

País	EEUU	CA	AU	IR	UK	ES
Rol preferente						
Clínico	NA,NM,CNS, NP	NP,CNS	NP	ANP	NP/ANP, NC, CM	EOGM, ET, EG, EP, EFyC, ESM
Docente/ Mentor	CNS	CNS	NP	ANP	NC, MM	EG,EP,EFyC
Investigador	CNS	CNS	NP	ANP	NC	EG, EP, EFyC
Asesor/ Consultor	CNS	CNS	NP	ANP	NC, CM	ET, EG, EP, EFyC
Gestor/ Coordinador	CNS			ANP	NP/ANP, CNS, NC, CM	ET, EG, EP, EFyC
Líder		CNS			NC, MM	EG, EP, EFyC

Los roles docente y/o de mentorazgo, investigador y asesor y/o consultor son preferentes para los perfiles de CNS de EEUU y Canadá, para los de NP y ANP de Australia e Irlanda, respectivamente, para el de NC en el Reino Unido, y para los de EG, EP y EFyC en España.

El rol de gestor y/o coordinador de cuidados es preferente para el perfil de CNS en EEUU y Reino Unido, de APN en Irlanda y Reino Unido, así como para los de NC, CM y MM en este mismo país, y para los de ET, EG, EP y EFyC en España.

El rol de líder se menciona en el caso de CNS en Canadá, de NC y MM en el Reino Unido y de EG, EP y EFyC en España.

Tabla 6.1 Nivel de educación requerido para los diferentes títulos de EPA y EE.

País	EEUU	Canadá	Australia	Irlanda	UK**	España
Título						
NP	Máster/ Doctorado* (A)	Máster (A)	Máster (A)	Máster (A)	Máster	
CNS	Máster/ Doctorado* (A)	Máster **			Máster	
ANP					Máster	
N-M	Máster/ Doctorado* (A)					Posgrado especialista (A)** *
NA	Máster/ Doctorado* (A)					
NC					Máster	
CM					Máster	
MM					Máster	
EE						Posgrado especialista (A)***

NP=Nurse Practitioner; CNS=Clinical Nurse Specialist; ANP= Advanced Nurse Practitioner; N-M=Nurse-Midwife; NA=Nurse Anaesthetist;; CN=Community Nurse; NM=Modern Matron; EE=Enfermera Especialista (A)=Programas educativos acreditados por la autoridad competente correspondiente en cada país.

*Hace referencia al Doctorate in Nursing Practice, en español Doctorado en Práctica Enfermera, diferente del título de Philosophy Doctor o PhD, que es el equivalente al título académico de Doctor.

** Nivel recomendado para todos los títulos de EPA en el Reino Unido, de acuerdo a la propuesta de estándares educativos para la acreditación de las instituciones docentes y los programas educativos del Royal Collage of Nursing156. También es el nivel de educación recomendado para el título de CNS en Canadá.

*** Dos años de programa de residencia es equivalente académicamente al grado de máster.

El rol de NP/ANP se define como marcadamente clínico, en EEUU, Canadá y Reino Unido, al igual que el rol de los títulos de NA y NM en EEUU, de CM en el Reino Unido y los de EOG-M, ET y ESM en España.

Sin embargo, los títulos de CNS en EEUU y Canadá, de NP/ANP en Australia e Irlanda, de NC y MM en el Reino Unido y los de EG, EP y EFyC en España, se caracterizan por considerar igualmente preferentes los distintos roles mencionados.

La formación de posgrado es requerida para los títulos de EPA y de EE (Tabla 6.1).

El grado de máster es el nivel de educación mínimo requerido o recomendado para todos los títulos de EPA en los países estudiados. La diferencia entre requisito y recomendación está vinculada a la mayor o menor regulación de los títulos y perfiles de EPA en cada país. Un programa educativo de máster acreditado por la autoridad competente en cada país es considerado un requisito para la obtención de los títulos de NP/ANP en todos los países en los que existe una regulación del ejercicio de este perfil de enfermeras. También lo es para el título de CNS en los EEUU y es el nivel recomendado para este título en Canadá y en el Reino Unido.

En los EEUU el nivel de máster acreditado es el mínimo requerido para los otros dos títulos de EPA, el de NA y el de N-M, así como también es el nivel recomendado en el Reino Unido para los perfiles de NC, CM y MM (forma parte de la descripción de estos perfiles), ya que los estándares para acreditar esta formación en el Reino Unido han sido propuestos y publicados, pero todavía no son aplicados por el organismo regulador.

El título de EE en España se obtiene mediante formación de posgrado acreditada en el ámbito profesional, no académico. Sin embargo, el contenido de los programas formativos de especialista de dos años de duración puede ser reconocido académicamente para la admisión en un programa de doctorado, por lo que la formación especializada se considera equivalente académicamente a los programas de máster de investigación.

Los organismos reguladores de la profesión en EEUU y Canadá apoyan el desarrollo de programas formativos de nivel de Doctor en Práctica Enfermera para los títulos de EPA.

Todos los países disponen de estándares para la acreditación de las instituciones docentes y los programas formativos de máster conducente a los títulos de EPA reconocidos (excepto para el título de ANP en Irlanda y para el de CNS en Canadá), que incluyen requisitos relativos al gobierno de la institución, a los recursos físicos y humanos, a los contenidos del currículum, a la metodología docente, a los estudiantes y a la evaluación del programa. En España se

dispone igualmente de criterios o estándares para la acreditación de las unidades docentes y de los programas formativos conducentes al título de EE (Tabla 6.2), y que incluyen requisitos relativos a todos esos aspectos.

Tabla 6.2. Características generales de los programas de formación de EPA y de EE

País	EEUU				CA		AU	IR	UK	ES
Título	NA	NM	CNS	NP	NP	CNS	NP	ANP	NP/ANP	EOGM, ET, EG, EP, EFyC, ESM
Estándares de acreditación de programa/institución educativa	X	X	X	X	X		X		X	X
Duración (años) Tiempo completo	2	2,5	1-2,5*	1-2,5*	2*	2*	1,5-2*			2
Duración (años) Tiempo parcial	3		2-3,5*	2-3,5*			3-4*	2	2-5	
Componente académico/teórico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Componente práctico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Requisitos de admisión estudiantes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Requisitos profesores/tutores	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Plan de calidad	X	X	X	X			X		X	X
Reacreditación periódica	X	X	X	X	X	X			X	

**La duración del programa varía en ese rango en función de la oferta específica de cada universidad.*

La duración de los programas formativos varía dependiendo de que la dedicación del estudiante sea a tiempo completo o tiempo parcial y de la oferta concreta de cada universidad. Dos años es la duración media de los programas a tiempo completo y este tiempo se incrementa en todos los casos cuando el programa se oferta a tiempo parcial, menos en los casos de Irlanda y el Reino Unido, en los que la duración puede ser de 2 años con esta modalidad. En España, la duración de los programas de EE aprobados hasta el momento es de dos años a tiempo completo y dedicación exclusiva. Todos los currículos formativos de EPA y de EE tienen contenidos teóricos y prácticos, requisitos de admisión de estudiantes y de formación y número de profesores/tutores. Disponer de un plan de mejora de la calidad del programa se menciona en los requisitos de EEUU, Australia, Reino Unido y España. La reacreditación periódica del programa y la institución se establece en EEUU, Canadá y el Reino Unido (Tabla 6.2).

La investigación aparece descrita en los contenidos troncales de los programas formativos de todos los títulos de EPA y EE; la prescripción farmacológica se menciona en todos los casos, con la excepción de Canadá. La valoración del estado de salud del paciente tampoco aparece como contenido troncal en este país, y sí lo hace en el resto de países con títulos de EPA. La ética se encuentra entre los contenidos troncales de todos los títulos de EPA y EE, excepto en los de los EEUU (Tabla 6.3).

Tabla 6.3. Contenidos troncales del curriculum formativo de los títulos de EPA y EE

País	EEUU*				CA		AU	IRL	UK	ES EOM, ET, EG, EP, EFyC, ESM
	NA	NM	CNS	NP	NP	CNS	NP	ANP	NP/ANP	
Valoración del estado de salud	X	X	X	X			X	X	X	
Pruebas diagnósticas							X	X		
Fisiopatología	X	X	X	X						
Razonamiento diagnóstico								X	X	
Prescripción farmacológica	X	X	X	X			X	X	X	X
Investigación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

País	EEUU*				CA		AU	IRL	UK	ES
	NA	NM	CNS	NP	NP	CNS	NP	ANP	NP/ANP	EOM, ET, EG, EP, EFyC, ESM
Teoría enfermera					X	X		X	X	
Análisis crítico					X	X		X	X	X
Ética					X	X	X	X	X	X
Legislación							X		X	X
Salud pública							X		X	
Protección radiológica									X	X
Manejo tecnologías información							X			
Liderazgo					X	X		X		
Habilidades comunicación									X	X
Habilidades docentes										X
Gestión clínica									X	X
Control de calidad									X	
Política social y económica									X	
Innovación									X	

*Cursos troncales para los cuatro títulos reconocidos de *Advanced Practice Register Nurse (APRN)* en EEUU.

Todos los programas formativos de EPA y EE incluyen prácticas clínicas en múltiples sitios para que los estudiantes tengan suficientes oportunidades y experiencias para desarrollar las competencias requeridas. El tiempo de los programas conducentes a un título de EPA dedicado a la práctica clínica varía entre países, desde el mínimo de 300 horas para el título de NP en Australia hasta las 1700 horas del título de CRNA en los EEUU, aunque lo más frecuente es que supere las 500 horas. El tiempo dedicado a la práctica clínica en la formación de las EE en España supera las 2600 horas.

Disponer de un profesor o tutor acreditado que supervise y dirija la progresión del estudiante en las experiencias clínicas es un requisito de todos los programas formativos de los títulos de EPA y de EE, con la única excepción del título de CNS, del que no se dispone de información. En general, los requisitos establecen que el número de estudiantes por profesor no debe comprometer la calidad del aprendizaje, pero tan solo para los programas de NA, CNS y NP en los EEUU y para los de EEs en España se establecen ratios máximos de estudiantes-profesor/tutor. El número de estudiantes por profesor es menor en los casos en los que este realiza supervisión clínica directa e indirecta. La figura de los supervisores o tutores colaboradores que realizan la supervisión directa de la práctica clínica del estudiante en los diversos lugares por donde rotan e informan al profesor responsable, se menciona en los requisitos para la formación de CNS y NP en EEUU, de ANP en el Reino Unido y de EE en España (Tabla 6.4.).

Estar en posesión de un título de Bachelor en Ciencias de la Enfermería, en los países anglosajones y de Diplomado o Grado en Enfermería en España, y tener una licencia o autorización vigente para el ejercicio profesional, son requisitos comunes de acceso a los programas de máster conducentes a los títulos de EPA y a los programas de EE en España. La experiencia previa de ejercicio profesional es requerida para el acceso al programa de máster conducente a un título de EPA en los 5 países analizados, aunque el tiempo mínimo de experiencia varía desde 1 a 5 años. Para el acceso a la formación de NP en Australia e Irlanda se requiere que al menos 3 de los 5 años de experiencia hayan sido como enfermera especialista. El certificado de la formación en la especialidad también es un requisito de acceso a la formación de NP en estos países. Contar con la designación previa del supervisor/tutor clínico es un requisito de acceso a la formación de NP en Australia, Irlanda y Reino Unido, en estos dos últimos países es necesario además haber identificado un potencial puesto de trabajo de EPA. La superación de una prueba como requisito para acceder a una de las plazas acreditadas y ofertadas para formación, tan solo se produce en el caso de las EEs en España (Tabla 6.5.).

El registro específico del título es un requisito para obtener la licencia para el ejercicio como EPA en EEUU, Canadá (para el título de NP), Australia e Irlanda y para la EE en España.

La obtención del título mediante un examen de certificación es necesaria para todos los títulos de EPA en EEUU y para la NP en Canadá. Estar ocupando un puesto de trabajo de EPA es un requisito para obtener la licencia y registrarse como ANP en Irlanda y Australia.

Tabla 6.4. Características de las prácticas clínicas del programa formativo de los títulos de EPA y EE.

País	EEUU				CA		AU	IR	UK	ES
	NA	NM	CNS	NP	NP	CNS	NP	ANP	NP/ANP	EOG-M, ET, EG, EP, EFyC, ESM
Tiempo total	1700 horas	60% del total del program.	>500 horas	>500 horas	700 horas		300 horas		50% >500 horas	>2600 horas*
Múltiples sitios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Supervisión de profesor/tutor acreditado	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Ratio estudiante:tutor	2:1		6-8:1	2:1						5:1
Supervisor/tutor/colaborador clínico			X	X					X	X
Ratio estudiante:supervisor			2:1	1:1						

* El cálculo de horas de práctica clínica a lo largo de los dos años del periodo de residencia se ha estimado sobre el 75% del total de horas previstas en el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral de la residencia para la formación en Ciencias de la Salud, relativas al cumplimiento de la jornada laboral y los descansos, asumiendo que entre 15% y 25% de las horas se dedican a la formación teórica.

La licencia para el ejercicio de CNS en Canadá y para el de cualquiera de los títulos de Advanced Nurse Practitioner (ANP) en el Reino Unido, requiere la inclusión en alguno de los registros de títulos de enfermeras regulados en el país.

La actualización periódica de la licencia para ejercer y del registro es requerida para todos los títulos de EPA y tipos de registro, ya sea este específico o general; no es un requisito para la EE en España (Tabla 7.1).

Tabla 6.5. Requisitos previos para el acceso a la formación de EPA y de EE.

País	EEUU				CA		AU	IRL	UK	ES
Título	NA	NM	CNS	NP	NP	CNS	NP	ANP	ANP*	EE
Título de Bachelor/grado	X	X	X	X	X	X	X	X**	X	X
Media de calificaciones académicas			X	X	X	X				
Licencia/registro enfermera	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Solicitud acreditación como EPA								X		
Experiencia práctica previa	1 año de cuidados agudos y críticos		1 año	1 año	2 años	2 años	5 años/3 especialidad y 1 de práctica avanzada	5 años/3 de especialidad	X (Sin especificar tiempo y tipo)	
Certificado de especialidad							X	X		
Designación previa de supervisor clínico/tutor							X	X	X	
Identificación de potencial puesto de trabajo de EPA								X	X	
Oferta plaza residencia/especialidad										X
Prueba de acceso										X

*Advanced Nurse Practitioner es la denominación genérica de propuesta para la Enfermería de Práctica Avanzada en el Reino Unido^{153, 155} y para la que se han propuesto estándares de formación¹⁵⁶.

** Título de Bachelor/grado en Enfermería con honores en un campo de la práctica, que supone una preparación extraordinaria en ese campo.

Tabla 7.1. Requisitos para el ejercicio de EPA y EE

País	EEUU**				CA***		AU**	IRL	UK	ES
	NA	NM	CNS	NP	NP	CNS	NP	ANP	ANP	EE
Licencia/ registro específico	X	X	X	X	X		X****	X****		X
Certificación*	X	X	X	X	X					
Licencia/ registro enfermera						X			X	
Recertificación /actualización de la licencia/ registro	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Puesto de trabajo de EPA						X	X			

*El certificado se obtiene mediante la superación de un examen correspondiente al título específico EPA que es administrado por el organismo regulador del ejercicio profesional en cada país.

** En los EEUU la licencia y el registro tiene que contener la denominación de APRN y el título específico (CNA, CN-M, CCNS, CNP), además, puede contener la población específica de su especialidad y el área de subespecialización, si es el caso. Las APRNs deben licenciarse como profesionales independientes en las Juntas o Colegios Estatales de Enfermería y en su caso, de Matronas. La adopción del modelo de consenso implica el reconocimiento mutuo entre las autoridades estatales de la licencia de APRN. En Australia la licencia y el registro lo administran las jurisdicciones territoriales, pero en el marco de un esquema común que permite el reconocimiento a nivel nacional.

***No hay una licencia para el ejercicio a nivel nacional, la licencia y/o registro depende de las jurisdicciones territoriales.

**** La obtención de la licencia requiere haber ejercido un rol de EPA durante 3 años en Australia y al menos 7 años de experiencia profesional, 5 de los cuales como especialista en Irlanda.

El periodo de tiempo establecido para la recertificación y/o renovación de la licencia para el ejercicio de EPA varía entre 1 y 5 años. Para la NP es anual en Canadá y en Australia, cada 3 años en el Reino Unido^{XLVI} (general, no es específico de NP) y cada 5 años en EEUU e Irlanda. Disponer de licencia vigente, y en su caso del certificado inicial, y haber demostrado desarrollo profesional continuo (DPC) en el periodo establecido son requisitos comunes para

^{XLVI} En el caso del Reino Unido hay que tener en cuenta que se ha utilizado la descripción de los requisitos de licencia, registro y renovación de los títulos de enfermera regulados, que no son específicos de Advanced Nurse Practitioner.

todos los títulos de EPA. La acreditación de haber realizado un determinado número de horas de formación continuada forma parte del DPC de los títulos de EPA en EEUU, Australia y Reino Unido. La realización de un portafolio que recoja las evidencias del desarrollo profesional y permita evaluar la competencia alcanzada es utilizado para los títulos de EPA en Canadá, Australia e Irlanda y para el título de NM en EEUU. Un número mínimo de horas de ejercicio profesional constituye un requisito para renovar la licencia de los títulos de NA, CNS y NP en EEUU y de ANP en el Reino Unido (Tabla 7.2).

7.2. Requisitos de recertificación y/o renovación periódica de la licencia para el ejercicio de EPA y EE.

País	EEUU*				CA		AU	IR	UK	ES
	NA	NM	CNS	NP	NP	CNS	NP	ANP	ANP	EE
Periodicidad	2 años	5 años	5 años	5 años	1 año	1 año	1 año	5 años	3 años	
Certificado inicial	X	X	X	X	X					
Licencia vigente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
DPC	X	X	X/ especialidad	X/ especialidad	X	X	X	X	X	
Formación Continuada	40 horas	20 créditos	75 horas	75 horas			30 horas		35 horas	
Portafolio		X			X	X	X	X		
Evaluación competencia		X			X	X	X	X		
Práctica mínima/ periodo	850 horas		1000 horas	1000 horas					450 horas	
Informe otros profesionales					X					

5

Discusión

5. DISCUSIÓN

La comparación de los modelos de desarrollo de EPA en los cinco países estudiados con el modelo de desarrollo de EE en España ha permitido identificar las similitudes y diferencias existentes entre ellos, ampliar nuestra comprensión sobre el concepto de EPA y establecer la correspondencia del modelo de desarrollo de EE con dichos modelos.

Nivel de cualificación de la Práctica Enfermera Avanzada

El concepto de Enfermera Especialista (EE) del Sistema Nacional de Salud español coincide con el concepto de Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) en los países estudiados.

El conjunto de descriptores utilizados para la definición de los conceptos de EPA y de EE proporciona una idea amplia y detallada del significado del ejercicio enfermero de práctica avanzada. Estos descriptores hacen referencia, fundamentalmente y a partes iguales, a las habilidades clínicas y al conocimiento requerido por la enfermera para ese nivel de ejercicio y para asumir la responsabilidad inherente al mismo.

Aunque no hay homogeneidad entre las definiciones de los diferentes países, se ha evidenciado que las capacidades cognitivas más elevadas, como son la capacidad de análisis, síntesis y juicio crítico, la extensión y profundidad de conocimiento y un mayor desarrollo de habilidades clínicas, son los descriptores comunes del concepto de EPA en todos los países y de la EE en España.

Estas características que emergen como fundamentales en los conceptos de EPA y EE coinciden con las propuestas en la definición de EPA que hace el CIE²⁶ relativas a la adquisición de conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para ampliar la práctica.

Esta última característica, la de capacidad para ampliar la práctica, así como la de tener una formación de posgrado de nivel de máster, según recomienda el CIE, también forman parte de las definiciones del concepto de EE y de EPA en la mayoría de los países.

Los descriptores utilizados para definir la práctica enfermera avanzada se encuentran reflejados en los utilizados en el Marco Europeo de las Cualificaciones¹⁸⁷ profesionales para la

descripción de los resultados del aprendizaje esperados en los niveles más altos de cualificación, como son el 7 y 8:

- De un profesional de nivel 7 de cualificación se espera que posea conocimientos altamente especializados, algunos de ellos a la vanguardia en un campo de trabajo o estudio concreto, que sienten las bases de un pensamiento o investigación originales; conciencia crítica de cuestiones de conocimiento en un campo concreto y en el punto de articulación entre diversos campos; destrezas especializadas para resolver problemas en materia de investigación o innovación, con vistas al desarrollo de nuevos conocimientos y procedimientos, y a la integración de los conocimientos en diversos campos; gestión y transformación de contextos de trabajo o estudio complejos, imprevisibles y que requieren nuevos planteamientos estratégicos y asunción de responsabilidades en lo que respecta al desarrollo de conocimientos y/o prácticas profesionales y a la revisión del rendimiento estratégico de equipos.
- En el nivel 8 de cualificación, el profesional tiene que tener conocimientos en la frontera más avanzada de un campo de trabajo o estudio concreto y en el punto de articulación entre diversos campos; destrezas y técnicas más avanzadas y especializadas, en particular en materia de síntesis y evaluación, necesarias para resolver problemas críticos en la investigación y/o la innovación y para ampliar y redefinir conocimientos o prácticas profesionales existentes y autoridad, innovación, autonomía, integridad académica y profesional y compromiso continuo sustanciales y acreditados respecto al desarrollo de nuevas ideas o procesos en la vanguardia de contextos de trabajo o estudio, incluida la investigación.

Estos niveles de cualificación se corresponden con los niveles 3 y 4 del Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES)¹⁸⁸. El nivel de máster se constituye en el nivel 3 del MECES, en el que se incluyen aquellas cualificaciones que tienen como finalidad la adquisición por el estudiante de una formación avanzada, de carácter especializado o multidisciplinar, orientada a la especialización académica o profesional, o bien a promover la iniciación en tareas investigadoras. El nivel de Doctor se constituye en el nivel 4 del MECES, en el que se incluyen aquellas cualificaciones que tienen como finalidad la formación avanzada del estudiante en las técnicas de investigación.

Es posible afirmar, por tanto, que las características fundamentales de la práctica enfermera avanzada son las mismas que las de la práctica avanzada aplicada a otras profesiones.

Múltiples títulos de EPA

El título de Enfermera Especialista es uno de los múltiples títulos utilizados en el ámbito internacional para denominar a las Enfermeras de Práctica Avanzada.

La heterogeneidad encontrada en los títulos de EPA coincide con la ya observada por otros autores³², que mediante una encuesta realizada en 32 países identificaron la existencia de 13 denominaciones diferentes de enfermera de práctica avanzada. El título más frecuente fue el de Nurse Practitioner, seguido del de Advanced Practice Nurse. Otros títulos identificados fueron los de Advanced Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist, Nurse Specialist; Professional Nurse; Expert Nurse; Certified Registered Nurse Practitioner; Chief professional nurse with post-basic training in primary health care; Nurse Consultant; Specialist Nurse Practitioner, Primary Healthcare Nurse, and Advanced Nurse in a specialty.

En nuestro estudio se han encontrado 9 títulos en seis países, 4 de los cuales no están recogidos en el estudio de Pulcini et al.³²: Nurse-Midwife, Nurse Anesthetic, Community Matron y Modern Matron. El Reino Unido aporta la mayor variabilidad con la utilización de seis denominaciones diferentes de EPA. Algunos autores han planteado que la variedad se produce como consecuencia de la intersección e intercambio de términos entre la especialidad y la práctica avanzada, sobre todo en enfermeras que ya eran especialistas con anterioridad a su reconocimiento como EPAs²¹. Sin embargo, en la muestra analizada para nuestro estudio, en el que la variedad de títulos es proporcionalmente mayor (9 títulos/6 países frente a 13 títulos/32 países) el término “especialista” solo aparece en los títulos de Clinical Nurse Specialist y en el de Enfermera Especialista.

El título de matrona como especialidad enfermera existe en EEUU y en España. La Matronería es una profesión diferenciada de la Enfermería en Canadá, Australia, Irlanda y Reino Unido¹⁸⁹⁻¹⁹². También es una profesión diferenciada en los EEUU, ya que al título de Certified Professional Midwife se puede acceder directamente¹⁹³, pero ésta coexiste con la posibilidad del ejercicio de la matronería como una especialidad enfermera, cuya titulación, Certified Nurse-Midwife, hemos visto que está reconocida como de EPA. Ambas posibilidades de formación y ejercicio de matrona existen en los EEUU desde principios del siglo XX, pero el número de matronas fue disminuyendo a medida que iba incrementándose el número de médicos, que se hicieron cargo de la atención al parto en el también creciente número de hospitales. Sin

embargo, el número de Nurse-Midwives tuvo un crecimiento progresivo durante aquellos años, promovido por las enfermeras de salud pública que creían en el potencial beneficio de estas profesionales para la atención de la población que no tenía cobertura sanitaria. En los años 70, para cuando se aprobaron los estándares para la formación y el ejercicio de Nurse-Midwife, el parto se había medicalizado e instrumentalizado considerablemente y había aumentado el número de cesáreas, lo que motivó que emergiera una nueva generación de matronas como respuesta a las necesidades demandadas por muchas mujeres de tener un parto normal y atención en el domicilio. Según la Alianza de Matronas de Norteamérica¹⁹⁴, aunque las Nurse-Midwife pueden atender partos extrahospitalarios, el 95% ejercen en los hospitales.

La descripción de los perfiles de Nurse-Midwife (N-M) y de Enfermera Obstétrica Ginecológica- Matrona (EOG-M) son muy similares, pero la evolución de las matronas y las N-Ms en los EEUU podría explicar la diferencia encontrada en la comparación, relativa a la promoción del parto normal y el que esta intervención no forme parte de la descripción del perfil de Nurse-Midwife.

Títulos y perfiles paradigmáticos

Las similitudes en los títulos no implican que los perfiles profesionales sean iguales en todos los casos, y viceversa, títulos diferentes tienen perfiles similares.

La descripción de los perfiles de los diferentes títulos es consistente con las funciones que desempeñan y que configuran el rol y con las áreas de especialización.

Existe bastante homogeneidad en la descripción de los perfiles de NP/ANP en cuanto a la autonomía profesional y a su capacidad para manejar íntegramente la situación de salud/enfermedad del individuo/comunidad. Se enfatiza en las descripciones que su servicio incluye la posibilidad de ordenar pruebas diagnósticas, realizar el diagnóstico y prescribir tratamiento farmacológico, como características que diferencian su perfil del de otras enfermeras y que sugieren una función preferente de atención clínica directa. Estas capacidades, sin embargo, forman parte también de los perfiles de CM en el Reino Unido y de CNS, N-M y NA en los EEUU, pero la descripción de los mismos se diferencia por el rol que desempeñan, es decir, porque su servicio incluye otras funciones preferentes de gestión, docencia y/o investigación, además de la de atención clínica directa, como ocurre en el caso de la CM y la CNS, y por la es-

pecialidad, determinada por el grupo de población, como en el caso de las N-M, por un servicio de cuidado concreto, como el que realiza la NA, o bien determinada por el ámbito de actuación y tipo de pacientes, como en el caso de la CM.

En la descripción de los perfiles de CNS, segundo título de EPA más frecuente en nuestro estudio, existe más heterogeneidad, pero se caracteriza en cualquier caso por enfatizar su capacidad para proporcionar soluciones para situaciones complejas del cuidado de la salud y gestionar casos de enfermedad. Aun cuando en países como los EEUU, el alcance de su práctica y la autonomía profesional pueden ser iguales que las de NP/APN, la función de atención clínica directa no es exclusivamente preferente en este título, pudiendo estar centrado igualmente en funciones de gestión, docencia y/o investigación, dependiendo de lo que se haya determinado más necesario para mejorar la calidad del cuidado y los resultados de salud de la población a la que atienden. Esto mismo es aplicable a los perfiles de NC y MM existentes tan solo en el Reino Unido.

Aunque no existe una descripción general del perfil de EE, dado que este se describe para cada una de las especialidades establecidas, de la comparación de los seis perfiles aprobados hasta el momento emergen unas características comunes que ponen de manifiesto su vocación de mejorar el cuidado y los resultados de salud a través de actuaciones a todos los niveles, de cuidado o atención clínica directa, así como de cuidado indirecto mediante la docencia y tutorización de otros profesionales, la investigación y la gestión de los cuidados. En este caso, el mayor o menor énfasis en la descripción de las funciones que puede desempeñar la EE parece determinado por las características de la especialidad. Así, por ejemplo, la experiencia previa de las especialidades de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona), de Enfermería de Salud Mental y de Enfermería del Trabajo^{66;173;195}, seguramente ha influido en la descripción actualizada del perfil y de los roles de estos profesionales, en los que la atención clínica tiene preferencia respecto al resto de funciones. Las otras especialidades, sin embargo, son de nueva creación (Enfermería Geriátrica, Pediátrica y Familiar y Comunitaria) y sus perfiles han sido descritos por equipos de enfermeros reconocidos como especialistas, de acuerdo a las previsiones de la legislación⁶³, sobre la base de su conocimiento del cuidado del tipo de pacientes, del medio o ámbito sanitario en que este se produce, así como de las necesidades existentes de esos cuidados y de la aportación que puede realizar la enfermera especialista para satisfacerlas. Esta circunstancia podría explicar que en principio todas las funciones que pueden desempeñar estas enfermeras especialistas de acuerdo a su formación (clínica, docente, mentora, investiga-

dora, consultora, gestora y líder) sean consideradas igualmente preferentes. El desarrollo en las ocupaciones de estos especialistas y su evolución determinarán los posibles cambios en este sentido. Pero, en cualquier caso, la definición que emerge como perfil general de la EE coincide en mayor medida con los perfiles de CNS, NC, CM y MM.

Por tanto, y aun a riesgo de caer en un exceso de reduccionismo, es posible inferir que los múltiples títulos de enfermeras de práctica avanzada identificados responden básicamente a estos dos tipos de perfiles enfermeros en función del rol preferente que desempeñan y de su especialidad, con independencia de que el alcance de la práctica y las competencias del título permitan el ejercicio de ambos:

- a) los que centran su oferta de servicios en su capacidad para realizar y gestionar íntegramente y con autonomía el diagnóstico y/o tratamiento de la situación de salud/enfermedad y
- b) los que ofertan su capacidad para proporcionar soluciones para situaciones complejas del cuidado de la salud y gestionar casos de enfermedad, mediante actuaciones de cuidado directo e indirecto con el objetivo de mejorar el cuidado y los resultados de salud.

Esta observación coincide con la realizada por Delamaire y Lafortune²² en relación a los motivos identificados para el desarrollo de EPA en la encuesta realizada en 12 países de la OCDE. Dependiendo de cuales sean los factores que determinan su desarrollo, se produce uno de los dos perfiles de EPA, que ellos denominan: a) de sustitución de otro profesional y b) de intensificación del rol enfermero.

Las definiciones de los perfiles de los títulos de NP y de CNS de los EEUU son paradigmáticas, respectivamente, de estos dos perfiles fundamentales de práctica avanzada, aunque ya hemos visto que no son perfiles exclusivos de estas titulaciones. Los diferentes modelos propuestos para explicar el desarrollo y evolución de la EPA respaldan esta afirmación^{39;41;43}.

Obviamente, en los países en los que la EPA se desarrolla como respuesta a la escasez de médicos, ya fuera ésta general o en determinadas áreas del territorio, generalmente rurales o remotas, es donde se ha generado el perfil de EPA que permite la sustitución del médico en algunas tareas y facilita con su trabajo el servicio de salud de la población, como muestran estudios recientes sobre el resultado de este rol^{196;197}. Cuando los motivos de su desarrollo están más relacionados con la respuesta de los servicios sanitarios a los retos para el cuidado de la salud que plantean los cambios económicos y sociodemográficos, como son la crisis eco-

nómica, el incremento de la cronicidad y el envejecimiento de la población, ambos perfiles de EPA pueden ser necesarios. La aportación enfermera que proporciona el segundo perfil parece la más adecuada cuando lo que se persigue es mejorar los cuidados y los resultados de salud¹⁹⁸⁻²⁰¹ y, finalmente, el desarrollo de cualquiera de los dos perfiles de EPA implica la posibilidad de alcanzar un nivel más alto en la carrera del profesional enfermero, lo que supone un estímulo para la profesión²⁰²⁻²⁰⁴.

Competencias, alcance de la práctica y regulación

Pero la posibilidad de que una EPA tenga uno u otro perfil o pueda tener ambos, depende sobretodo de que este preparada para ello, o lo que es lo mismo, de que haya adquirido las competencias requeridas para el desempeño de las funciones implícitas en cada perfil. La existencia de competencias estandarizadas para la práctica de cada título y perfil profesional depende de que su ejercicio profesional esté regulado.

La adquisición del conjunto de competencias que propone el CIE para la EPA (reflejadas en el anexo 3), capacitaría para el desempeño de las funciones de cualquiera de los perfiles identificados²⁶ y con ellas hemos comparado los títulos de EPA/EE de cada país, a excepción de los títulos existentes en el Reino Unido, ya que al no estar regulados no disponen de competencias estandarizadas y tan solo se ha podido establecer la comparación en este caso con las competencias propuestas por el organismo regulador de la profesión para el proyecto de regulación de la APN.

El proceso de análisis del contenido de las competencias de cada título de EPA y de EE que se ha llevado a cabo para identificar su correspondencia con las competencias propuestas por el CIE para el nivel de categoría profesional de EPA ha obligado, no solo a realizar múltiples lecturas de los documentos, sino también en ocasiones a tomar decisiones basadas en la interpretación del sentido latente del contenido, porque los términos utilizados en la redacción de los documentos no coinciden literalmente con los utilizados por el CIE. Esto introduce un mayor grado de subjetividad que hay que tener en cuenta en la interpretación de los resultados.

La mayoría de las competencias específicas de EPA están incluidas en todos los títulos de EPA y EE analizados, pero las diferencias existentes limitan la extensión del alcance de la

práctica, es decir, la capacidad para el ejercicio de algunas funciones. La extensión del alcance de la práctica es necesaria para la práctica avanzada en cualquier caso, pero cuando esta ocurre en el sentido de que la enfermera se pueda responsabilizar completamente del diagnóstico, tratamiento y resultados de la situación de salud del paciente, requiere, bien el reconocimiento legal de su capacidad para admitir pacientes, ordenar pruebas diagnósticas, prescribir medicamentos y otros productos sanitarios, dar el alta y derivar pacientes a otros profesionales, o bien que se produzcan acuerdos interprofesionales que lo permitan. De entrada podría esperarse que el mayor alcance de la práctica asociado al título y al perfil profesional conlleve una mayor regulación del mismo, pero esto no se cumple en todos los casos.

Los títulos de NA, N-M, CNS y NP en los EEUU y los de NP en Australia y en Canadá están regulados y cuentan con estándares de competencias para la práctica que reflejan casi completamente las propuestas por el CIE para la EPA. Estas competencias están reflejadas, igualmente, en los estándares de competencias propuestos para el título genérico de ANP en el Reino Unido, donde la ausencia de regulación específica para la diversidad de títulos existentes no impide su ejercicio, incluso cuando este implica la extensión del alcance de la práctica enfermera, como en los casos de la NP y la CM y en algún puesto de trabajo de CNS.

En Irlanda, el título de ANP también está regulado y se dispone de un conjunto de competencias troncales para el mismo, pero que no incluyen todas las competencias específicas que puede llegar a desarrollar esta enfermera en función del puesto de trabajo y del rol que tenga que desempeñar. Hay que tener en cuenta que la experiencia acumulada de la práctica como EPA es lo que permite a la enfermera acreditarse como ANP en este país. No obstante, la mayoría de las competencias de EPA propuestas por el CIE están incluidas en esas competencias esenciales.

El título de CNS en Canadá no tiene el mismo nivel de regulación que el de NP, aunque ambos estén reconocidos como de EPA, y no se dispone de estándares de competencias específicas para este título, pero las competencias generales de la EPA establecidas por el Marco Nacional de la Práctica Enfermera Avanzada en Canadá son también las del título de CNS¹¹¹. Estas competencias incluyen la mayoría de las propuestas por el CIE, pero no las que capacitan para ejercer de forma independiente las funciones de diagnóstico y tratamiento de la situación de salud del paciente. Esto sugiere que el alcance de la práctica del título de CNS en Canadá no es tan extenso como el de NP.

Los títulos de EE están regulados y disponen de estándares de competencias que reflejan la mayoría de las propuestas por el CIE, con la excepción común en todos ellos de la ausencia de referencia al ejercicio independiente, a la capacidad de ordenar pruebas diagnósticas que permitan el diagnóstico diferencial de la situación de salud y al examen periódico de su propia práctica mediante la reflexión, el examen y evaluación críticas y la revisión por homólogos. La derivación de pacientes a otros profesionales como parte de la atención interprofesional tan solo se recoge en las competencias de la EOG-M. Esto hace que la concordancia con las competencias propuestas por el CIE para la EPA sea similar a la de la CNS en Canadá, pero menor que las del resto de titulaciones comparadas.

De la misma forma que no existe una única definición del perfil de EE, tampoco existe un único estándar de competencias para la práctica, aunque sería deseable disponer de ambos porque seguramente servirían para evitar que se produzcan las inconsistencias que hemos observado entre los descriptores del concepto de EE y las descripciones de los perfiles y de las competencias de cada especialista. Puede servir como ejemplo el que las referencias a la autonomía profesional, al manejo de situaciones complejas y en entornos diversos y a las capacidades de gestión y coordinación, que forman parte del concepto general, no se incluyen en todas las descripciones de los perfiles de cada especialista como sería esperable. Este tipo de inconsistencias se ha observado asimismo en la descripción de las competencias de las EEs en las que, si bien es esperable encontrar diferencias derivadas de las particularidades de cada especialidad, deberían reflejarse en todos los casos las competencias acordadas por la Comisión Delegada de Enfermería del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud como transversales o comunes, así como las que se derivan del concepto general de EE.

Esta observación, pone de manifiesto, por un lado, la necesaria precaución de contrastar las diversas normas y directivas existentes y tener en cuenta las asunciones implícitas en ellas a la hora de redactar las nuevas directrices que se van generando para su desarrollo y aplicación concreta, cuestión esta que ya ha sido señalada en relación al lenguaje utilizado para la definición de la especialización y la práctica enfermera avanzada²⁰⁵. Por otro lado, podría explicar en parte el que, si bien la posibilidad del ejercicio independiente está recogida en el marco para el ejercicio de la profesión que proporciona la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias⁶⁵, ésta se encuentre ausente en las definiciones de las competencias de las EEs. Otra posible razón para esta ausencia es que el ejercicio independiente, entendido como libre, en el sentido de que se realice sin vinculación alguna con centros o establecimientos de servicios sanitarios

públicos o privados, es infrecuente en España, suponiendo tan solo el 3,4% de las enfermeras colegiadas, según el estudio realizado por el Colegio Oficial de Enfermeros de Barcelona²⁰⁶.

La razón de las ausencias en las competencias de las EEs de los elementos imprescindibles para responsabilizarse íntegramente de la situación de salud/enfermedad del paciente, como son las de poder ordenar pruebas diagnósticas, necesarias para realizar el diagnóstico diferenciado, o derivar pacientes a otros profesionales en función de este, se encuentra en que, claramente, la escasez de médicos no ha sido lo que ha motivado el desarrollo de las EE y, por tanto, la posibilidad de que la enfermera especialista sustituya al médico en estas funciones no se ha contemplado en ningún caso.

La comparación con los datos publicados por la OCDE en 2008 (con referencia a 2006) de varios países desarrollados muestra que la densidad de médicos activos en España es superior a 3,5 por mil habitantes, lo que la sitúa en una situación de alta densidad, desde luego muy superior a los ratios de Canadá (ligeramente superior a 2 por mil), Estados Unidos (no llega al 2,5 por mil), el Reino Unido (con 2,5 por mil) e Irlanda (no alcanza el 3 por mil)²⁰⁷. Aunque esta densidad habría disminuido ligeramente según los datos que presenta el último estudio de necesidades de médicos especialistas del Sistema Nacional de Salud, en el que se estima en 345 el ratio del total de médicos especialistas por 100.000 habitantes, incluyendo el sector público y el privado, y en 232,9 el de médicos especialistas por 100.000 habitantes solo en el sector público²⁰⁸, la densidad de médicos en España continúa siendo mucho más alta que la de esos países. En este último estudio, se estima, asimismo, que la tasa de graduados en Medicina por cien mil habitantes de España, que en 2010 estaba ligeramente por debajo de la OCDE, se situará hacia 2017 en el rango alto entre los países desarrollados.

Al mismo tiempo, el estudio de necesidades de enfermeras en el Sistema Nacional de Salud⁴⁷ muestra que el ratio total de enfermeras por mil habitantes (incluyendo el sector público y privado) es de 4,5, cuando la media de los países de la OCDE se encuentra en 8,8, lo que supone que el ratio de enfermera-médico sea de tan solo 1,4. Según la estimación de la evolución del número de enfermeras de cuidados generales realizada en dicho estudio, el escaso incremento para el año 2025 alcanzaría el ratio de 5,32 enfermeras de cuidados generales por mil habitantes.

Obviamente, en este escenario no se ha planteado inicialmente el desarrollo de perfiles de EE con competencias para realizar funciones de sustitución del médico. Más bien al contrario, esta situación puede suponer una barrera para el desarrollo de este perfil de EPA en nuestro

país²⁰⁹. Sí se ha tenido en cuenta, sin embargo, el potencial de mejora de la calidad y la eficacia de los servicios de salud, y tanto la descripción de los perfiles, como la de las competencias de las diferentes EEs, son consistentes respecto a esto.

No obstante, en la redacción de las competencias del CIE no se hace una distinción que califique el término “diagnóstico” como enfermero, médico o de otro profesional. Asumimos que su significación incluye el diagnóstico de alteraciones fisiológicas por la referencia explícita a la capacidad para ordenar pruebas diagnósticas (Anexo 3.Punto 2.1.2). No es objeto de este estudio analizar qué es y qué no es un diagnóstico enfermero, pero si nos atenemos a la definición que proporciona la NANDA²¹⁰, un juicio diagnóstico es considerado enfermero desde el momento en que la enfermera que lo emite pueda hacerse responsable de su tratamiento y del resultado, lo cual haría innecesario el uso del calificativo.

En España, la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias⁶⁵ establece la necesidad de que los profesionales sanitarios realicen formación continuada y acrediten su competencia profesional regularmente. Sin embargo, mientras que el sistema de acreditación de la formación continuada está bien desarrollado y se ha puesto en marcha en todas la Comunidades Autónomas, así como el sistema de reconocimiento de los cuatro grados de desarrollo profesional previsto en la Ley, la obligatoriedad de la acreditación regular de la competencia profesional todavía no se ha desarrollado. Esto explicaría la ausencia de referencia al examen y evaluación periódica de la propia práctica en la definición de las competencias de las EEs. Si bien, recientemente se ha conocido la voluntad de la Administración de poner en marcha su regulación e implementación²¹¹.

Especialización de la EPA

Las cuestiones sobre si las enfermeras de práctica avanzada, representadas por las NPs, y las enfermeras especialistas clínicas responden realmente a dos perfiles enfermeros con oferta de servicios diferentes^{28;212;213}, así como el aparente solapamiento^{214;215} o la necesidad social de la existencia de ambos²¹⁶, han sido ampliamente discutidas.

Lo que hemos encontrado en este estudio es que la especialización es consustancial a la práctica avanzada en cualquier disciplina, ya que esta está orientada a la especialización académica o profesional, como hemos visto al inicio de esta discusión. Para el desarrollo de la práctica

enfermera avanzada es imprescindible la especialización.

El que la especialidad se refleje en los títulos y perfiles de EPA depende del modelo de desarrollo y de regulación existente en cada país.

En ocasiones, la especialidad se encuentra referenciada en el título de manera concreta, como ocurre con los títulos de NA, N-M, CM y en todas las EEs, o bien de manera genérica como en el caso del título de CNS. En los EEUU, la previsión del marco de regulación de la práctica enfermera avanzada³⁰ es que para el año 2015 todos los títulos certificados y registrados como de EPA en ese país hagan referencia al menos a uno de los grupos de población, lo que constituye una especialización inicial, pudiendo incluir además la referencia a la subespecialización.

Así, los títulos registrados de NP y CNS certificada en ese país tendrán que especificar si la enfermera está especializada en el cuidado de adultos o en pediatría y si lo que atiende son fundamentalmente pacientes con problemas oncológicos, nefrológicos, cardiológicos, etc., y si además se dedica específicamente, por ejemplo, a los cuidados paliativos de esos pacientes.

Este modelo de clasificación de la especialidades de EPA en EEUU resulta especialmente interesante para el propósito de este estudio por las similitudes encontradas con el modelo español. El registro del título de EE que capacita para el ejercicio de especialista tiene que hacer referencia a una de las siete especialidades o áreas de especialización establecidas legalmente, que además puede incluir el Diploma de Área de Capacitación Específica, que es el que acredita la competencia en un área de subespecialización en el campo de la especialidad previa⁶⁵.

El registro del título de NP con certificación para el ejercicio en Canadá también tiene que reflejar alguna de las especialidades previstas en ese país para este perfil de EPA.

En los casos de Australia e Irlanda no se especifica si el registro del título de NP y ANP, respectivamente, tiene que hacer referencia al área de especialización concreta en la práctica en la que la enfermera ha alcanzado el nivel de EPA, por lo que la especialización esta necesariamente ligada a la consecución del mismo.

En la propuesta de estándares de competencias para la práctica y para la formación de ANP conducentes a una futura regulación del título de ANP en el Reino Unido, se hace refe-

rencia a la necesidad de que la futura ANP se forme en un área de especialidad.

No se ha encontrado información relativa a la necesidad de que el título y perfil de la CNS en Canadá esté registrado de manera diferenciada, lo que sugiere una ausencia de regulación de este título en ese país.

Tradicionalmente la especialización de los perfiles paradigmáticos de NP y de CNS ha estado asociada a un ámbito de la práctica, el de NP al ámbito del cuidado en atención primaria y el de CNS al del cuidado en el ámbito del hospital. Esta especialización preferente para uno y otro perfil todavía se mantiene²², pero ha dejado de ser exclusiva, ya que en países como los EEUU, el ámbito de la práctica hospitalaria es en el que se encuentran los pacientes agudos y críticos de cualquier edad y sexo, que también son objeto de la especialización de NP²¹⁷⁻²¹⁹.

Las áreas de especialización enfermera en España son comunes en otros países, pero presentan dos particularidades: Una de ellas, que ya se ha señalado previamente, es que es el único país de los estudiados donde la Matronería existe exclusivamente como una especialidad enfermera, y la otra es la especialidad de Enfermería del Trabajo, cuya existencia en España está determinada por la legislación específica relativa a la prevención de riesgos laborales, en la que se establece la necesidad de una enfermera con formación específica en este campo en los servicios que prestan atención a los trabajadores en las empresas públicas y privadas¹⁹⁵. Como área de especialidad de práctica enfermera avanzada tan solo se ha identificado también para el título de CNS en Canadá, cuya descripción del perfil, competencias y alcance de la práctica se corresponde con el de Enfermera del Trabajo²²⁰. Sin embargo, la búsqueda dirigida hacia esta especialidad ha permitido identificar su existencia en el resto de países estudiados, aunque su reconocimiento como de práctica avanzada depende de que forme parte de la cualificación de un título de EPA, como ocurre, por ejemplo, en el Reino Unido y en los EEUU²²¹⁻²²⁴.

En los modelos de EPA que hemos estudiado, la especialización necesaria para la práctica avanzada es posible adquirirla durante la formación que capacita para obtener uno de los títulos y acreditarse como EPA, como ocurre en los EEUU y Canadá, o bien tiene que haberse adquirido previamente para acceder a la formación de EPA, como ocurre en Australia, Irlanda y Reino Unido, países en los que es necesario, además, estar ejerciendo como especialista para acceder a esa formación. En el primer caso, la oferta de EPAs es independiente de la oferta de puestos de trabajo y se regula por las leyes de oferta y demanda del mercado laboral en este sector. Sin embargo, en el segundo caso, existe un control de la oferta de formación y capaci-

tación como EPA en función de la demanda identificada. Esta observación está relacionada, asimismo, con el modelo de regulación del ejercicio como EPA. En el primer caso, la licencia para el ejercicio como EPA se obtiene mediante la obtención del certificado de que se han adquirido las competencias para ello, y en el segundo, sin embargo, la obtención de la acreditación como EPA requiere, además de haber obtenido la formación, varios años de experiencia previa, bien ejerciendo un rol de EPA, como en Australia, o bien como enfermera especialista, como en Irlanda (En el Reino Unido, como ya se ha señalado en repetidas ocasiones, no está todavía regulado el ejercicio de EPA).

La formación de EE ofrece un modelo alternativo en el que la especialización, como en el primer caso, se adquiere al mismo tiempo que las competencias de práctica avanzada, pero en el que la oferta de plazas de formación la realizan los servicios de salud, presumiblemente en función de sus necesidades y capacidad presupuestaria, lo que confiere control de la oferta y demanda de estos profesionales. En este modelo, no obstante, la licencia para el ejercicio como EE se obtiene mediante la acreditación de haber finalizado la formación y el registro como especialista, pero el puesto de trabajo como EE está desvinculado de la obtención del título y de la licencia. Sin embargo, la obtención del Diploma de Área de Capacitación Específica si requiere, entre otras cosas, el ejercicio previo como especialista de al menos dos años en el área de la subespecialización^{65;225}.

La formación para la práctica enfermera avanzada

En todos los países analizados, el nivel mínimo de educación que se considera necesario para adquirir las competencias que capacitan para la práctica avanzada es el que corresponde al grado académico de máster, lo que coincide con la recomendación que realiza el CIE en la descripción del concepto de EPA²⁶ y con lo que resulta esperable si se tiene en cuenta el nivel de cualificación que capacita para la práctica avanzada de cualquier profesión, como se ha visto previamente^{187;188}.

Podría parecer, sin embargo, que existen dos modelos de formación porque unos se forman en la Academia (EPAs) y otros en el servicio de salud (EEs) pero no es exactamente así, porque en todos los casos la participación del servicio de salud es imprescindible para que la enfermera se exponga a situaciones reales de la práctica clínica que le permitan desarrollar las competencias de la práctica avanzada. Lo que sí permite establecer una diferencia de

modelos es la información sobre quién proporciona la formación, es decir, quién se encarga de gestionar y organizar la oferta de estudios y de acreditar que estos se han realizado y se ha obtenido el nivel de educación requerido. La universidad es la institución proveedora de la formación de máster requerida o recomendada para obtener un título de EPA en todos los países analizados, mientras que en España es el sistema de salud el que proporciona esta formación. La razón de esta diferencia se encuentra en la historia y evolución de la formación de médicos especialistas en nuestro país, que se produjo paralelamente a la evolución de la estructura sanitaria y cuyos buenos resultados han determinado su reconocimiento en el marco legislativo como el modelo de formación para el conjunto de las profesiones sanitarias.

La primera regulación de las especialidades médicas en España la constituye la Ley de 1955, que enumera las especialidades reconocidas y establece el sistema de acceso al título de especialista, en aquel momento, fundamentalmente centrado en la formación académica impartida en las cátedras y escuelas universitarias, aunque también contemplaba la posibilidad de que la formación se realizara mediante una enseñanza práctica programada y supervisada en hospitales y otros centros clínicos²²⁶.

La evolución de la estructura de la sanidad española, fundamentalmente a partir del desarrollo que en los años sesenta y setenta experimentó la red de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, puso de manifiesto que la mejor formación era la que facilitaban los centros sanitarios mediante el sistema denominado de “internado y residencia”, consistente en adquirir la formación mediante el ejercicio profesional supervisado, programado y tutelado, que permitía al aspirante a especialista adquirir de manera progresiva los conocimientos y las habilidades, así como la responsabilidad, propias del ejercicio autónomo del especialista. La consideración de este sistema como general y ordinario para el acceso al título de especialista se produjo en el año 1978²²⁶, aunque se mantuvieron vigentes otros sistemas alternativos de formación especializada hasta el año 1984, en el que el sistema de formación a través de residencia en centros sanitarios se establece como el único posible para acceder al título de especialidades médicas²²⁷. Además, este sistema de formación cumplía con las normas europeas vigentes de formación de especialistas médicos, cuando en ese momento ya se había iniciado el proceso de adhesión de España a la Comunidad Europea. El traslado progresivo de la formación de médicos especialistas desde la Academia al servicio sanitario se asoció a un aumento de la calidad científica y técnica de los profesionales, que ha sido reconocida unánimemente como decisiva para la mejora de la calidad que experimentó la atención sanitaria en nuestro país.

La estructura sanitaria se modificó a partir de 1986 con la creación del Sistema Nacional de Salud y la posterior transferencia de las competencias de los servicios de salud a las Comunidades Autónomas²²⁸, pero el sistema de formación de especialistas médicos continuó consolidándose al mismo tiempo que mejoraban los indicadores de los resultados en salud hasta alcanzar e incluso mejorar los de los países más desarrollados de nuestro entorno²²⁹.

Actualmente, el sistema de residencia en unidades docentes acreditadas es el que establece la Ley para la formación de los especialistas de las diferentes profesiones reconocidas como sanitarias⁶⁵, entre las que se incluye la Enfermería, y sobre el que se basa la estructura de las especialidades en Ciencias de la Salud del Estado español.

La adopción del modelo de formación mediante el sistema de residencia para el desarrollo de enfermeras especialistas no implica necesariamente la correspondencia de las áreas de especialización de las distintas profesiones sanitarias, ya que estas las propone cada profesión en función del conocimiento científico alcanzado y de los criterios epidemiológicos, demográficos, de desarrollo tecnológico y de características del sistema sanitario que determinan las necesidades de salud de la población, como ha ocurrido en el caso del establecimiento del catálogo de especialidades enfermeras⁶³. Sin embargo, el modelo de formación compartido permite que distintos profesionales se puedan formar en las mismas unidades docentes acreditadas cuando su área de especialización incide en la misma población¹⁸², lo que ha sido valorado como una oportunidad de mejora de la formación sanitaria especializada²³⁰, y facilita la adopción de las recomendaciones realizadas para formación de EPAs en cuanto a la posibilidad de reforzar el currículum formativo con módulos de educación interprofesional que preparen para la colaboración y el trabajo en equipo²². El efecto positivo de la educación interprofesional sobre la práctica de los profesionales y sobre los resultados de salud se ha puesto de manifiesto en la revisión de varios estudios²³¹⁻²³³.

El modelo de formación mediante el sistema de residencia se basa en el auto aprendizaje tutorizado, lo que constituye una premisa fundamental sobre la que debe basarse la educación superior en el espacio europeo, según los acuerdos alcanzados para la armonización y el reconocimiento de los estudios de este nivel entre los países comunitarios^{234;235}.

Contar con estándares de acreditación de las instituciones educativas y de los programas for-

mativos son requisitos para asegurar la calidad y pertinencia de la formación de práctica enfermera avanzada en todos los países. En la mayoría de ellos, entre los que se encuentra España, disponer de un plan de mejora de la calidad constituye un requisito para la obtención de la acreditación de las instituciones educativas¹⁸³. El establecimiento de un periodo temporal máximo para la reacreditación de las instituciones educativas y los programas formativos que existe en algunos países, no se ha establecido en España.

El tutor aparece como una figura docente clave para la adquisición de las competencias de EPA y de EE, que es responsable de guiar al estudiante y/o residente durante toda su formación y de supervisar su progresión, de forma que cada estudiante y/o residente tiene un único profesor/tutor. En otros países, como en España, es importante diferenciar el papel que desempeña el profesor/tutor del que ejercen otras figuras, como son los diversos profesionales sanitarios y profesores que colaboran en la docencia, tanto en las diferentes experiencias clínicas como en la formación teórica. Los profesionales sanitarios que colaboran enseñando y supervisando la práctica clínica del estudiante/residente, en otros países se denominan supervisores o colaboradores clínicos, pero en España la diferenciación de estas figuras docentes se estableció en 2008, por lo que todavía es relativamente reciente, y si bien la denominación y las funciones del tutor han sido claramente descritas en la norma general¹⁸², no se ha establecido una denominación común para la figura de los profesionales colaboradores clínicos, ya que esta es objeto del desarrollo normativo específico que cada Comunidad Autónoma debe realizar. Algunas de las Comunidades Autónomas que ya han desarrollado su propia normativa en esta materia, utilizan términos diversos, como el de tutor de apoyo^{236;237} y/o los de tutor coordinador y/o el de colaborador docente^{238;239}, lo cual puede inducir a confusión sobre el papel de estas figuras en la formación de los residentes.

Dado que los tutores son figuras centrales para la formación en práctica avanzada, la calidad de los mismos es un factor que se tiene en cuenta en todos los países, y en todos los casos se han establecido requisitos para el ejercicio de este papel. La percepción de la calidad de los tutores se ha identificado como uno de los factores principales para motivar el cambio en la práctica de médicos especialistas como consecuencia del uso de múltiples fuentes de evaluación²⁴⁰.

Los contenidos troncales de los currícula son consistentes con el concepto de práctica enfermera avanzada y con el estado de regulación del alcance de la práctica de los diferentes

títulos y perfiles de EPA y de EE en cada país. No obstante, los conocimientos y destrezas para utilizar el conocimiento científico y para identificar aspectos que requieren ser investigados forman parte del currículum en todos los casos, en consecuencia con el nivel de cualificación de máster y con el concepto general de práctica avanzada en cualquier profesión^{187;188}.

Otras características de los programas formativos de EE también son similares a las de EPA, como la duración media de dos años con dedicación a tiempo completo, la utilización de diversos métodos de enseñanza-aprendizaje en función de los objetivos docentes, así como el uso de tecnologías que faciliten el acceso a la información y a los materiales docentes de los estudiantes/residentes.

Los requisitos de acceso a la formación de EE coinciden con los requeridos para el acceso a la formación de EPA, con la excepción de tener que acreditar un periodo de ejercicio previo, bien como enfermera de cuidados generales o bien como enfermera especialista. Sin embargo, entendemos que esta diferencia no tiene porqué suponer una capacidad menor de las EEs para el desarrollo de las competencias de práctica avanzada al término de su formación, ya que la falta de experiencia previa puede quedar compensada por los conocimientos y la habilidad para la toma de decisiones en situaciones clínicas supuestas, que necesariamente tienen que demostrar en la prueba de acceso a la formación de EE, y por el número de horas de práctica requeridas para su formación, que supera hasta en cuatro veces las de los programas formativos de la mayoría de los títulos de EPA.

El ejercicio previo como enfermera especialista requerido para el acceso a la formación en práctica avanzada se produce en Australia e Irlanda, países en los que esta formación no es independiente del proceso de desarrollo profesional continuo del candidato, que puede haber comenzado incluso antes del inicio del ejercicio como enfermera de cuidados generales. En los EEUU y Canadá, sin embargo, la formación en práctica avanzada sí es independiente de este proceso, como también lo es en España.

En el Marco del Continuo de los Cuidados Enfermeros²⁶, el proceso de desarrollo profesional continuo puede producirse en al menos dos dimensiones diferentes, una vertical, es decir, en los límites de la práctica de una determinada categoría profesional de enfermera (Enfermera de cuidados generales, Enfermera especialista y EPA), y otra horizontal, cuando el desarrollo profesional implica un cambio de categoría profesional que conlleva una extensión

del alcance de la práctica enfermera. Este análisis conduce a la reflexión sobre el concepto de expertía y de la diferencia en el desempeño del ejercicio profesional entre una enfermera novel y una enfermera experta²⁴¹. Cualquiera de las tres categorías de enfermeras propuestas en el Marco puede llegar a alcanzar el estadio de enfermera experta propuesto por Benner, caracterizado por la intuición y el profundo conocimiento de todos los aspectos de una situación clínica, que le permiten identificar un problema de salud con exactitud y rápidamente, y por una práctica fluida, flexible y altamente competente, incluso en aquellas situaciones en las cuales no ha tenido experiencia previa y que requieren una gran habilidad analítica. Atendiendo a la definición de enfermera especialista que proporciona el CIE²⁶, parece posible que el haber alcanzado el estadio de enfermera experta en el ejercicio como enfermera de cuidados generales en un área de especialidad, pueda ser utilizado para el reconocimiento de ésta como enfermera especialista. Sin embargo, la práctica enfermera avanzada conlleva la extensión del alcance de la práctica y la asunción, por tanto, de responsabilidades que exceden a las de las enfermeras de cuidados generales y de las enfermeras especialistas, aun cuando estas fueran enfermeras expertas, para lo cual es necesario que la enfermera haya adquirido una cualificación superior que le capacite para ello.

La regulación del ejercicio profesional de la EPA

Mientras que la categoría de enfermera especialista propuesta por el CIE no requiere de una regulación específica diferente a la regulación básica del inicio del ejercicio profesional, ya que la responsabilidad de la acreditación como especialista puede recaer en las asociaciones profesionales⁴⁰, según ha sugerido esta misma organización, el ejercicio de la EPA, así como el de EE en España, sí requieren una regulación específica en la mayoría de los países que hemos estudiado.

El objeto de la regulación específica se fundamenta en la necesidad de proteger a la población a través de mecanismos que garanticen que el profesional que oferta el servicio de práctica enfermera avanzada está cualificado para ello y habilitado para ejercer.

La regulación del ejercicio profesional de un determinado título y perfil enfermero conlleva el establecimiento del alcance de su práctica, la definición de las competencias profesionales, el desarrollo y acreditación de las instituciones educativas y de los programas formativos, y el establecimiento de medidas de control del ejercicio profesional^{75,76}.

Los títulos de EPA de EEUU, Canadá, Australia e Irlanda, con la única excepción del título de CNS en Canadá, disponen de esta regulación. La regulación de los títulos de EE también incluye todos esos aspectos.

El tipo de mecanismos establecidos para el control del ejercicio profesional depende del modo de regulación de las profesiones en cada país, pero el registro de los profesionales es una herramienta común a todos ellos. La inclusión de un profesional en el registro específico correspondiente a su titulación implica que se ha comprobado que éste cumple todos los requisitos establecidos en su país para poder ejercer, de forma que inicialmente la admisión en el registro confiere la licencia para el ejercicio.

Entre los requisitos establecidos por los países para el registro como EPA, encontramos que la acreditación de haber obtenido la formación mínima es requerida en todos ellos. En los EEUU y Canadá, los requisitos incluyen también la superación de un examen que sirve para certificar que la preparación obtenida durante la formación es la adecuada. Sin embargo, en los países en los que ya hemos visto que la consecución del nivel de EPA se enmarca en el desarrollo profesional continuo (Australia e Irlanda), la admisión del profesional en el registro depende también de que éste esté ocupando un puesto de trabajo de EPA.

La licencia para el ejercicio tiene una duración limitada en todos estos casos y su renovación está sujeta al cumplimiento de unos requisitos mínimos de desarrollo profesional relacionado con el título y perfil correspondiente y con el área de especialidad. La vigencia de la licencia para ejercer como EPA requiere asimismo a la ausencia de sanciones o evidencias de mala práctica que justifiquen su supresión.

En todos estos países, la autoridad y la competencia para la regulación del ejercicio de la EPA pertenece a los Consejos de la profesión enfermera, ya sean estos del ámbito de las jurisdicciones territoriales (EEUU, Canadá y Australia), o bien de ámbito nacional (Irlanda). En los países donde la regulación se ejerce a nivel de la jurisdicción territorial, ya sea esta considerada como Estado federado, provincia o territorio, se ha identificado una tendencia hacia alcanzar acuerdos que faciliten la armonización de los requisitos de regulación y el reconocimiento mutuo.

El modo de regulación de la EE tiene también características propias, pero comparte con

los modos de regulación de EPA, el registro obligatorio y el requisito de estar en posesión de la titulación que acredita la formación recibida. La diferencia fundamental es que todavía en España no se ha determinado un periodo de renovación obligatoria de la licencia para ejercer y no se han establecido los requisitos para ello.

La regulación de los títulos de EE, así como el de todos los especialistas en Ciencias de la Salud, es competencia de los Ministerios de Educación y de Sanidad, previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y de la organización u organizaciones colegiales que correspondan⁶⁵.

La licencia para el ejercicio profesional de los títulos y perfiles de EE requiere la inclusión en el Registro Nacional de Especialistas en Formación del certificado de que el profesional ha obtenido una evaluación final positiva o positiva destacada del periodo de residencia, que es gestionado por el Ministerio de Sanidad. Esta evaluación final tiene como objeto verificar que el nivel de competencias adquirido por el especialista en formación durante todo el periodo de residencia le permite acceder al título de especialista. Posteriormente, esta información se traslada al Ministerio de Educación a efectos de la expedición de la correspondiente orden de expedición del título de especialista¹⁸².

El título de EE está protegido en el sentido de que tiene carácter oficial y validez en todo el territorio del Estado español y es necesario para que un profesional utilice expresamente esta denominación, para ejercer la profesión con carácter de especialista y para ocupar puestos de trabajo con esta denominación en centros y establecimientos sanitarios públicos y privados. Respecto a esta característica de protección de los títulos de EE, tan solo hemos encontrado una referencia similar para los títulos de NP en Canadá. La protección del título es relevante, porque si bien no impide que un profesional pueda adquirir las competencias de un determinado perfil de especialista por una vía diferente a la establecida en la regulación, si condiciona el que este pueda ser reconocido como EE. Así, los perfiles de enfermeras resultantes de la formación y capacitación que están llevando a cabo los servicios de salud de algunas Comunidades Autónomas⁶⁷⁻⁶⁹, al igual que los nuevos perfiles asociados a la obtención de títulos de máster, ya sean estos oficiales o estudios propios de la universidad que los oferta²⁴²⁻²⁴⁴, dado que no se desarrollan dentro del marco de regulación de las especialidades enfermeras, no pueden ser reconocidos como de EE.

El desarrollo de perfiles de EPA es posible, asimismo, sin que se disponga de una regulación específica para ello, como se ha visto que ocurre en el caso del Reino Unido, aunque la ausencia de regulación específica del ejercicio de EPA no significa que no exista regulación, ya que la competencia para prescribir medicación y productos sanitarios, que es importante para el desempeño de los perfiles de EPA, si está regulada en ese país¹⁷⁰. El Sistema de Salud británico también dispone de un marco, el Knowledge and Skills Framework, que permite identificar los conocimientos y habilidades necesarios para el desempeño de un determinado puesto de trabajo, guiar el desarrollo profesional individual e indicar la remuneración adecuada para cada uno¹⁶⁴. Podríamos decir, por tanto, que el ejercicio de la EPA está parcialmente regulado.

Pero en cualquier caso, esta ausencia de regulación específica seguramente ha contribuido a la alta variedad de títulos de EPA existentes en ese país, lo que sugiere que estos se han ido desarrollando en respuesta a las demandas de cuidados y a las necesidades de los servicios de salud.

Indudablemente, la menor regulación confiere una mayor flexibilidad al sistema sanitario para adaptarse a los cambios que se estimen necesarios. Pero al mismo tiempo, una menor regulación puede suponer un mayor riesgo para la seguridad de los pacientes y dificulta el que la población identifique claramente la responsabilidad y el servicio que puede esperar de cada profesional. La planificación de las necesidades de recursos humanos sanitarios y el reconocimiento de las cualificaciones profesionales de los diferentes perfiles de enfermeras, tanto en el ámbito de un mismo Estado, como entre diferentes países, también pueden verse dificultados por la falta de regulación.

6

Conclusiones

6. CONCLUSIONES

1. El modelo de desarrollo de Enfermeras de Práctica Avanzada (EPA) tiene características propias en cada país, pero existen similitudes entre ellos.

El modelo de EE dispone de una regulación que contiene todas las características de la regulación de la práctica avanzada, excepto la obligatoriedad de la reacreditación periódica del título.

2. El concepto de Enfermera Especialista en España coincide con el concepto de Enfermera de Práctica Avanzada que emerge del conjunto de las definiciones de países estudiados y que hace referencia a un profesional de alta cualificación, del que se espera que posea conocimientos altamente especializados; con conciencia crítica de cuestiones de conocimiento enfermero y del punto de articulación de estas con el conjunto de las Ciencias de la Salud y con otros campos del conocimiento; que muestra destrezas clínicas especializadas para ampliar su práctica profesional y resolver con autonomía problemas en materia de salud; con capacidad para innovar con vistas al desarrollo de nuevos procedimientos para el cuidado de la salud y para gestionar y transformar contextos del cuidado de la salud complejos, imprevisibles y que requieren nuevos planteamientos estratégicos y que asume responsabilidades en lo que respecta a su práctica profesional y a la revisión del rendimiento estratégico de equipos.

3. Existen múltiples títulos de EPA asociados a perfiles y roles profesionales.

Los ocho títulos de EPA identificados se asocian básicamente a dos tipos de perfiles enfermeros en función del rol preferente que desempeñan y de la especialidad: a) los que centran su oferta de servicios en su capacidad para realizar y gestionar íntegramente y con autonomía el diagnóstico y/o tratamiento de la situación de salud/enfermedad y b) los que ofertan su capacidad para proporcionar soluciones para situaciones complejas del cuidado de la salud y gestionar casos de enfermedad, mediante actuaciones de cuidado directo e indirecto, para mejorar el cuidado y los resultados de salud.

Los perfiles de EE coinciden en mayor medida con el rol tipo b).

4. Las competencias de los títulos de los EE coinciden con la mayor parte de las competencias definidas por el CIE para la EPA y su capacitación es consistente con los perfiles definidos para cada especialidad y con el desempeño del rol en el contexto sanitario español.
5. Para el desarrollo de la práctica enfermera avanzada es imprescindible la especialización y todos los títulos de EPA tienen al menos un área de especialización definida.

Las áreas de especialización enfermera en España son similares a las de los títulos de EPA de los países estudiados, existiendo una mayor similitud entre la clasificación de las especialidades de las EPAs en EEUU y de las EE en España.

6. Existen dos modelos de adquisición de la especialización necesaria para la práctica avanzada en función de su vinculación a la formación en práctica avanzada y al puesto de trabajo: a) la especialización se adquiere durante la formación que capacita para obtener uno de los títulos y acreditarse como EPA, como ocurre en los EEUU y Canadá, con independencia de la disponibilidad de un puesto de trabajo de EPA, y b) la especialización tiene que haberse adquirido previamente para acceder a la formación de EPA, como ocurre en Australia, Irlanda y Reino Unido, países en los que es necesario, además, estar ejerciendo como especialista para acceder a esa formación. La formación de EE ofrece un modelo alternativo c) en el que la especialización, como en el primer caso, se adquiere al mismo tiempo que las competencias de práctica avanzada, pero en el que la oferta de plazas de formación la realizan los servicios de salud, presumiblemente en función de sus necesidades y capacidad presupuestaria, lo que confiere control de la oferta y demanda de estos profesionales.
7. La formación de posgrado equivalente al nivel de máster es requerida para los títulos de EPA y de EE en España.

La importancia de la participación del servicio de salud para que la enfermera se exponga a situaciones reales de la práctica clínica, la consideración del tutor como una figura docente clave para la adquisición de las competencias, la inclusión en el currículum de conocimientos y destrezas para utilizar el conocimiento científico y para identificar aspectos que requieren ser investigados, la duración media de dos años con dedicación a tiempo completo, la utilización de diversos métodos de enseñanza-aprendizaje en función de los objetivos docentes,

así como el uso de tecnologías que faciliten el acceso a la información y a los materiales docentes de los estudiantes/residentes, son características comunes de los programas formativos de EPA y de EE.

8. Estar en posesión del título que habilita en cada país para el ejercicio de enfermera registrada de cuidados generales (Bachelor en Ciencias de la Enfermería, en los países anglosajones, y de Diplomado o Grado en Enfermería en España), y tener una licencia o autorización vigente para el ejercicio profesional, son requisitos comunes de acceso a los programas de máster conducentes a los títulos de EPA y a los programas de formación EE en España.
9. La acreditación de la formación y la inclusión en un registro específico son requisitos comunes para obtener la licencia para el ejercicio de EE en España y de EPA en todos los países en los que éste está regulado.
10. El modelo de desarrollo de la EE en España es un modelo de desarrollo de Enfermeras Especialistas de Práctica Avanzada, con características comunes a los modelos de otros países, y con características propias del contexto en que se produce.

7

Bibliografía

7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) World Health Organization (WHO). *Health Systems and Services. Report of the WHO/WHO/PEPFAR planning meeting on Scaling up nursing and medical education* [Sede web]. Geneva: WHO; 2009 [acceso 30 de marzo de 2011].
Disponible en: <http://www.int/hrh/events/2009>
- (2) Giannakouris, K. *Regional population projections EUROPOP2008: Most EU regions face older population profile in 2030*. Eurostat; 2010 [Sede web]. 2010 [acceso 5 de mayo de 2011].
Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publication?p_product_code=KS-SF-10-001
- (3) Runnels V, Labonté R, Packer C. *Reflections on the ethics of recruiting foreign-trained human resources for health*. Human Resources for Health 2011;9(2).
- (4) Kingma M. *Nurses on the move. Migration and the Global Health Care Economy*. Ithaca, NY: Cornell University Press; 2006.
- (5) Davis, R. *Patient involvement in patient safety- the patient as part of the safety solution: how can patients be involved?* NLH patient and Public Involvement Specialist Library 2007. [Sede web]. London: National Health Services; 2007 [acceso 24 de abril de 2011].
Disponible en: <http://www.library.nhs.uk/ppi/ViewResource.aspx?resID=273565&tabID=289>
- (6) Fundación Bamberg. *El modelo de futuro de gestión de la salud*. Propuestas para un debate [Sede web]. 2011 [acceso 20 de mayo de 2011].
Disponible en: <http://www.fundacionbamberg.org/sites/default/files/adjuntos/publicacion/modelo-futuro-gestion-saludok.pdf>
- (7) World Health Organization (WHO). *World Health Statistics 2007*. Geneva: World Health Organization; 2007.
- (8) Global Alliance Governmental Nurses and Midwives -World Health Organization (GAGNM-WHO). *The role of nursing and midwifery in primary health renewal*. A strategic policy advisory report. Geneve, May 1, 2010.
- (9) Chiang, M. *The Chiang Mai Declaration: Nursing and Midwifery for Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization; 2008. [acceso 5 de mayo de 2011]
Disponible en: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/chiang_mai_declaration.pdf
- (10) World Health Organization (WHO). *Nursing Midwifery Services. Strategic Directions 2011-2015*. Geneva: World Health Organization Headquarters; 2010.

- (11) Institute of Medicine and The Robert Wood Johnson Foundation. *The Future of Nursing, leading change, advancing health*. Washington, DC: The National Academy Press; 2011.
- (12) World Health Organization (WHO). *Munich Declaration: Nurses and Midwives: a force for health*. Copenhagen: World Health Organization; 2000.
- (13) World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. *Nurses and Midwives for Health: A WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education*. Copenhagen: World Health Organization; 2001.
- (14) Büscher A, Sivertsen B, White J. *Nurses and Midwives: A force for Health*. Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health. Copenhagen: World Health Organization; 2009.
- (15) Comisión de las Comunidades Europeas. *Libro Verde sobre el personal sanitario europeo*. Bruselas: Comisión Europea; 2008.
- (16) Bourgeault IL, Kuhlmann E, Neiterman E, Wrede S. *How can optimal Skill mix be effectively implemented and why?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and European Observatory on health Systems and Policies; 2008.
- (17) Buchan J, Dal Poz MR. *Skill Mix in the Health Care Workforce: Reviewing the Evidence*. Bulletin of the World Health Organization 2002;80(7):575-80.
- (18) Uys LR. *Competencias en Enfermería*. Ginebra: OMS/CIE; 2004.
- (19) Sibbald B, Shen J, McBride A. *Changing the Skill-mix of the healthcare workforce*. Journal of Health Services Research and Policy 2004;9(supl. 1):28-38.
- (20) Buchan J, Calman L. *Skill-mix and Policy change in the health workforce: Nurses in advanced roles*. Paris:OECD; 2004. OECD Health Working Papers No. 17.
- (21) Sheer B, Wong FK. *The development of advanced nursing practice globally*. J Nurs Scholarsh 2008;40(3):204-11.
- (22) Delamaire M, Lafortune G. *Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries*. Paris:OECD; 2010.OECD Health Working Papers No. 54.
- (23) Reich M. Political analysis and political strategies. In: Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M, editors. *Getting health reform right: a guide to improve performance and equity*. New York: Oxford University Press; 2004.
- (24) World Health Organization (WHO). *Global standards for the initial education of professional nurses and midwives* [Sede web]. Geneva: WHO; 2009 [acceso 11 de mayo de 2011]. Disponible en: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/

- (25) Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). *Comunicado de la Triada OMS/CIE/CIM*. Ginebra: CIE; 2006. [acceso 11 de mayo de 2011]
Disponible en: <http://www.icn.ch.com/triad/inaugural/2006TRIadCommunique.pdf>
- (26) Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). *Marco y Competencias para el Continuo de los Cuidados de Enfermería*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2008.
- (27) Ruel J, Motyka C. *Advanced practice nursing: A principle-based concept analysis*. J Am Acad Nurse Pract 2009 Jul;21(7):384-92.
- (28) Rose SB, All AC, Gresham D. *Role preservation of the clinical nurse specialist and the nurse practitioner*. The Internet Journal of Advanced Nursing Practice 2003;5(2).
- (29) International Council of Nurses (ICN). *Regulation terminology*. Geneva: International Council of Nurses (ICN); 2005. [acceso 10 de enero de 2012]¹
Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/regulation/Regulation_Terminology.pdf
- (30) APRN Consensus Work Group & the National Council of State Boards of Nursing APRN Advisory Committee. *Consensus Model for Advanced Practice Registered Nurses (APRN) Regulation: Licensure, Accreditation, Certification & Education*. APRN Joint Dialogue Group Report, July 7, 2008 [acceso 5 de abril de 2012].
Disponible en: https://www.ncsbn.org/Consensus_Model_for_APRN_Regulation_July_2008.pdf
- (31) Nolte E, Knai C, McKee M. *Managing chronic conditions. Experience in eight countries*. Copenhagen: WHO and European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
- (32) Pulcini J, Jelic M, Gul R, Loke AY. *An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation*. J Nurs Scholarsh 2010 Mar;42(1):31-9.
- (33) Gardner G, Chang A, Duffield C. *Making nursing work: breaking through the role confusion of advanced practice nursing*. J Adv Nurs 2007 Feb;57(4):382-91.
- (34) Montemuro MA. *The evolution of the Clinical Nurse Specialist: Response to the Challenge of professional Nursing Practice*. Clinical Nurse Specialist 1987;1(3):106-10.
- (35) Sills GM. *The role and function of the clinical nurse specialist*. In: Chaska NL, editor. *The Nursing profession. A time to speak*. New York: McGraw-Hill; 1983.
- (36) De Witt K. *Specialities in Nursing*. Am J Nurs 1900;1(1):14-7.
- (37) Fitzpatrick L. *La formación de Enfermería: La experiencia Norteamericana*. En: *La formación enfermera: Estado de la cuestión y perspectiva Internacional*. Barcelona: Fundación La Caixa; 2004.

- (38) Fulton J, Lyon BL, Goudrea KA. *Foundations of Clinical Nurse Specialist Practice*. New York: Springer Publishing Company; 2010.
- (39) Fulton J. *Evolution of Clinical Nurse Specialist role and practice in the United States*. In: Fulton J, Lyon BL, Goudrea KA, editors. *Foundations of Clinical Nurse Specialist Practice*. New York: Springer Publishing Company; 2010.
- (40) International Council of Nurses (ICN). *Report on the Regulation of Nursing: a report on the present, a position for the future*. Geneva:ICN; 1986 p.46
- (41) Hanson CM, Hamric AB. *Reflections on the continuing evolution of advanced practice nursing*. Nurs Outlook 2003 Sep;51(5):203-11.
- (42) Larkin ME, Lorenzi GM, Bayless M, Cleary PA, Barnie A, Golden E, et al. *Evolution of the study coordinator role: The 28-year experience in Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (DCCT/EDIC)*. Clin Trials 2012 Jun 22.
- (43) Salyer J, Hamric AB. *Evolving and innovative opportunities for advanced practice nursing: An integrative approach*. In: Hamric AB, Spross AA, Hanson CM, editors. *Advanced Nursing*. St. Louis: Saunders; 2008. p. 520-40.
- (44) World Health Organization (WHO). *Migration of health workers*. [Sede web]. Geneva: WHO; 2010. Fact Sheet No. 301. Updated July 2010 [acceso 30 de marzo de 2012].
Disponible en: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs301/en/print.html>
- (45) Buchan J. *Migration of Health Workers in Europe: Policy Problem or Policy Solution?* In: Dubois CA, McKee M, Nolte E, editors. *Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies*; 2006. p. 41-62.
- (46) Wismar M, Maier CB, Glinos IA, Dussault G, Figueras J. *Health Professional Mobility and Health Systems. Evidence from 17 European countries*. Copenhagen: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies; 2011.
- (47) Lopez Blanco JA, Carbajo Arias P, Giménez Maroto A, De Jorge Gallego M, Camarero Bernabé C. *Informe sobre profesionales de cuidados de enfermería. Oferta - Necesidad 2010-2025*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- (48) Scherer P, Devaux M. *The Challenge of Financing Health Care in the Current Crisis: An Analysis Based on the OECD Data*. Paris:OECD; 2010. Health Working Papers No.49.
- (49) *Resolución de 28 de febrero de 2012 de la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud, por la que se dictan instrucciones sobre la jornada de trabajo, horarios y turnos en el ámbito del Servicio Madrileño de Salud*. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, No51 p. 35, (28 febrero 2012).

- (50) Morón G. *La enfermería ante los recortes en sanidad*. Enfermería Facultativa 2012;156:6-8.
- (51) Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. *Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality*. JAMA 2003 Sep 24;290(12):1617-23.
- (52) Aiken LH, Xue Y, Clarke SP, Sloane DM. *Supplemental nurse staffing in hospitals and quality of care*. J Nurs Adm 2007 Jul;37(7-8):335-42.
- (53) Friese CR, Lake ET, Aiken LH, Silber JH, Sochalski J. *Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients*. Health Serv Res 2008 Aug;43(4):1145-63.
- (54) Aiken LH, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith HL, Flynn L, Neff DF. *Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments*. Med Care 2011 Dec;49(12):1047-53.
- (55) Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*. JAMA 2002 Oct 23;288(16):1987-93.
- (56) *Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales*. Diario Oficial de la Unión Europea No L255, p. 0022 - 0142. (30 septiembre 2005)
- (57) European Comission (Internal Market Directorate General). *Study of Specialist Nurses in Europe*. Brussels: ropean Comission, Internal Market Directorate General;2000 [acceso 24 de mayo de 2012].
Disponible en: http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/docs/nurses/2000-study/nurses_part1_en.pdf
- (58) Rechel B, Dubois CA, McKee M. *The Health Care Workforce in Europe Learning from experience*. Observatory studies Series 2006;(4).
- (59) Dussault G, Buchan J, Sermeus W, Padaiga Z. *Assessing future health workforce needs*. Policy summary 2. Copenhagen:World Health Organization- European Observatory on Health Systems and Policies; 2010.
- (60) Buchan J, Ball J, O'May F. *Determining Skill mix in the health workforce: guidelines for managers and health professionals*. Geneva: World Health Organization; 2000. Issues in health services delivery paper No 3.
- (61) *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*. Boletín Oficial del Estado No 174 p.31680-83, (19 septiembre 2008).
- (62) *Real Decreto 861/2010, de 2 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales*. Boletín Oficial del Estado No161 p.58454-68, (3 julio 2010).

- (63) *Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, de especialidades de Enfermería*. Boletín Oficial del Estado No108 p. 15480-86, (6 mayo 2005).
- (64) *Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*. Boletín Oficial del Estado No 315 p.112036, (31 diciembre 2009).
- (65) *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias*. Boletín Oficial del Estado No 280 p.41442-68 (22 noviembre 2003).
- (66) *Orden de 24 de junio de 1998, por la que se desarrolla el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, sobre la obtención del título de enfermero especialista*. Boletín Oficial del Estado No 155, (30 junio1998).
- (67) Osakidetza. Kronikoen programa. *Definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería* [Sede web]. Euskadi: Osakidetza; 2011. [acceso 28 de marzo de 2012].
Disponible en: <http://cronicidad.blog.euskadi.net/enfermeria/presentacion/>
- (68) Generalitat de Catalunya. *Pla de Salut de Catalunya 2011-2015*. [Sede web] Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2012. [acceso 28 de marzo de 2012].
Disponible en: <http://canalsalut.gencat.cat/>
- (69) Junta de Andalucía (Servicio Andaluz de Salud). *Desarrollo Competencial en el Modelo de Gestión de Casos del Servicio de Salud Público Andaluz*; Andalucía: Consejería de Sanidad; 2011. [acceso 8 de febrero de 2012].
Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../..contenidos/gestioncalidad/DesarrolloCompetencial.pdf>
- (70) Galao Malo R. *Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento*. Index de Enfermería 2009;18(4):221-3.
- (71) Bradley EH, Pallas S, Bashyal C, Berman P, Curry L. *Developing Strategies For Improving Health Care Delivery. Guide to Concepts, Determinants, Measurement, and Intervention Design*. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2010.
- (72) Aiken LH, Cheung RB. *Nurse workforce challenges in the United States: implications for policy*. Paris: OECD; 2008. Health Working Papers No 35.
- (73) ICN International NP-APN Network. *Frequently Asked Questions: How many countries have NP/APN roles?* [Sede web]. Geneva:ICN-APNnetwork;2005 [acceso 3 de enero de 2012].
Disponible en: <http://icn-apnetwork.org>

- (74) Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). *Convention on the Organisation for Economic Cooperation and Development* [Sede web]. Paris: OECD; 1960 [acceso 3 de enero de 2012].
Disponible en: <http://www.oecd.org/home>
- (75) International Council of Nurses (ICN). *Nursing Regulation Guidebook: From Principles to Power*. Geneve: International Council of Nurses;1992.
- (76) Styles MM, Affara FA. *ICN on regulation: Towards a 21st century model*. Geneva: International Council of Nurses; 1997.
- (77) Van Dalen DB. *Understanding Educational Research*. New York: McGraw-Hill; 2012.
- (78) Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). *Enfermera de atención directa/enfermera de práctica avanzada: Definición*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2009.[acceso 3 de enero de 2012].
Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/1b_FS-Enfermera_atencion_directa_practica_avanzada-Sp.pdf
- (79) Gomez Mendoza JM. *Análisis de contenido cualitativo y Cuantitativo: Definición, Clasificación y Metodología*. Revista de Ciencias Humanas 1999;(20). [acceso 17 de febrero de 2012].
Disponible en: <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev20/gomez.htm>
- (80) American Association of Colleges of Nursig. *Master's Essentials Tool Kit* [Sede web]. Washington: American Association of Colleges of Nursing; 2012 [acceso 5 de abril de 2012].
Disponible en: <http://www.aacn.nche.edu/faculty/faculty-tool-kits/masters-essentials/areas-of-practice>
- (81) American Association of Nurse Anesthetists (AANA). *Scope and Standards for Nurse Anesthesia Practice* [Sede web]. Park Ridge,IL: American Association of Nurse Anesthetists (AANA); 2010 [acceso 12 de febrero de 2012].
Disponible en: <http://www.aana.com>
- (82) American College of Nurse-Midwives (ACNM). *Core competencies for basic midwifery practice* [Sede web]. Silver Spring, MD: American College of Nurse-Midwives (ACNM); 2008 [acceso 9 de octubre de 2011].
Disponible en: <http://www.midwife.org/index.asp?bid=59&RequestBinary=True>
- (83) American College of Nurse-Midwives (ACNM). *Standards for the Practice of Midwifery* [Sede web]. Silver Spring, MD: American College of Nurse-Midwives (ACNM); 2011 [acceso 9 de octubre de 2011].
Disponible en: <http://www.midwife.org/index.asp?bid=59&RequestBinary=True>

- (84) American College of Nurse-Midwives (ACNM). *Definition of Midwifery and Scope of Practice of Certified Nurse-Midwives and Certified Midwives*. Silver Spring, MD: American College of Nurse-Midwives (ACNM); 2011. [acceso 20 de febrero de 2012].
 Disponible en: <http://www.midwife.org/ACNM/files/ACNMLibraryData/UPLOADFILENAME/00000000266/Definition%20of%20Midwifery%20and%20Scope%20of%20Practice%20of%20CNMs%20and%20CMs%20Dec%202011.pdf>
- (85) National Association of Clinical Nurse Specialist (NACNS). *National CNS Competency Task Force. Clinical Nurse Specialist Competencies*. Philadelphia, PA: NACNS; 2010 [acceso 15 de noviembre de 2011].
 Disponible en: <http://www.nacns.org/docs/CNSCoreCompetenciesBroch.pdf>
- (86) American Academy for Nurse Practitioners (AANP). *Scope of practice for Nurse Practitioners* [Sede web]. AANP; 2010 [acceso 20 de agosto de 2011].
 Disponible en: <http://www.aanp.org/AANPCMS2/AboutAANP/About+NPs.htm>
- (87) American Academy for Nurse Practitioners (AANP). *Standards for practice* [Sede web]. AANP; 2010 [acceso 17 de agosto de 2011].
 Disponible en: <http://www.aanp.org/AANPCMS2/AboutAANP/About+NPs.htm>
- (88) Council on Accreditation of Nurse Anesthesia Educational Programs (COA). *Accredited Programs* [Sede web]. American Association of Nurse Anesthetists (AANA); 2009 [acceso 9 de octubre de 2011].
 Disponible en: <http://www.aana.com/aanaaffiliates/accreditation/Pages/Accredited-Programs.aspx>
- (89) Council on Accreditation of Nurse Anesthesia Educational Programs (COA). *Standards For Accreditation of Nurse Anesthesia Educational Programs*. Park Ridge, IL: Council on Accreditation of Nurse Anesthesia Educational Programs (COA); 2012 [acceso 25 de marzo de 2012].
 Disponible en: <http://home.coa.us.com/accreditation/Documents/Standards%20for%20Accreditation%20of%20Nurse%20Anesthesia%20Education%20Programs.pdf>
- (90) American Association of Nurse Anesthetists (AANA). *Nurse Anesthesia Education*. Park Ridge, IL: AANA; 2010. [acceso 12 de febrero 2012].
 Disponible en: <http://www.aana.com/aboutus/Documents/naeducation.pdf>
- (91) Boston College. William F. Connell School of Nursing. Nurse Anesthesia Program [Sede web]. 2011 [acceso 6 de febrero de 2012].
 Disponible en: <http://www.bc.edu/content/bc/schools/son/programs/masters/specialties/crna.html>

- (92) National Board on Certification & Recertification of Nurse Anesthetists (NBCRNA). [Sede web]. 2009 [acceso 25 de marzo de 2012].
Disponibile en: <http://www.nbcrna.com/>
- (93) Accreditation Commision of Midwifery Education (ACME). *Criteria for programatic accreditation of midwefery education programs*. Silver Spring, MD: American College of Nurse-Midwives; 2010. [acceso 6 de febrero de 2012].
Disponibile en: <http://www.midwife.org/ACNM/files/ccLibraryFiles/Filename/000000000721/ACME.Programmatic.Criteria.final.Nov.2010.pdf>
- (94) Universidad de California, San Francisco (UCSF) School of Nursing. *Nurse-Midwifery Curriculum* [Sede web]. 2011 [acceso 6 de febrero de 2012].
Disponibile en: <http://nursing.ucsf.edu/nurse-midwifery-curriculum>
- (95) Columbia University School of Nursing, Nurse-Midwifery Program [Sede web]. 2011 [acceso 6 de febrero de 2012].
Disponibile en: <http://sklad.cumc.columbia.edu/nursing/programs/nmp.php>
- (96) American College of Nurse-Midwives (ACNM). *Midwifery education. Position Statement* [Sede web]. Silver Spring, MD: American College of Nurse-Midwives (ACNM); 2010 [acceso 14 de octubre de 2011].
Disponibile en: <http://www.midwife.org/index.asp?bid=59&cat=3&button=Search>
- (97) Commission on Collegiate Nursing Education(CCNE). *Standards for Accreditation of Baccalaureate and Graduate Degree Nursing Programs* [Sede web]. Whasington, DC:American Association of Colleges of Nursing;2009 [acceso 27 de marzo de 2012].
Disponibile en: <http://www.aacn.nche.edu/ccne-accreditation/standards-procedures-resources/baccalaureate-graduate/standards>
- (98) National League for Nursing Accrediting Comission. *Recognition* [Sede web]. Georgia: National League for Nursing Accrediting Comission; 2002 [acceso 27 de marzo de 2012].
Disponibile en: <http://www.nlnac.org/About%20NLNAC/recognition.htm>
- (99) National Association of Clinical Nurse Specialist (NACNS). *Criteria for the Evaluation of Clinical Nurse Specialist Master's, Practice Doctorate, and Post-Master's Certificate Educational Programs* [Sede web]. Philadelphia, PA: NACNS;2011 [acceso 12 de febrero de 2012].
Disponibile en: <http://www.nacns.org/docs/EvalCriteria.pdf>
- (100) University of Pennsylvania School of Nursing. *Academic programs* [Sede web]. 2011 [acceso 16 de octubre de 2011].
Disponibile en: http://www.nursing.upenn.edu/academic_programs/

- (101) University of Michigan School of Nursing. *Master's programs* [Sede web]. 2011 [acceso 16 de octubre de 2011].
 Disponible en: <http://www.nursing.umich.edu/admissions/application-information/requirements/masters-programs>
- (102) American Nurses Credentialing Center (ANCC). *Testing Information / Certification Application For Clinical Nurse Specialist in Adult Health* [Sede web]. Silver Spring, MD: American Nurses Credentialing Center (ANCC); 2011 [acceso 15 de octubre de 2011].
 Disponible en: <http://www.nursecredentialing.org/Documents/Certification/Application/NursingSpecialty/AdultHealthApplication.aspx>
- (103) Nacional Task Force on Quality Nurse Practitioner Education. *Criteria For Evaluation of Nurse Practitioner Programs* [Sede web]. Washington, DC: National Organization of Nurse practitioner Faculties; 2008 [acceso 16 de febrero de 2012].
 Disponible en: <http://www.aacn.nche.edu/leading-initiatives/education-resources/evalcriteria2008.pdf>
- (104) American Academy for Nurse Practitioners (AANP). *Position statement on nurse practitioner curriculum* [Sede web]. American Academy for Nurse Practitioners (AANP); 2010 [acceso 25 de agosto de 2011].
 Disponible en: <http://www.aanp.org/AANPCMS2/AboutAANP/About+NPs.htm>
- (105) American Nurses Credentialing Center (ANCC). *Testing Information / Certification Application Form Family Nurse Practitioner* [Sede web]. Silver Spring, MD: American Nurses Credentialing Center (ANCC); 2011 [acceso 15 de octubre de 2011].
 Disponible en: <http://www.nursecredentialing.org/Documents/Certification/Application/NursingSpecialty/FamilyNursePractitioner.aspx>
- (106) National Council of State Boards of Nursing (NCSBN). *Model Nursing Practice Act and Model Nursing Administrative Rules* [Sede web]. Chicago, IL: NCSBN Inc.; 2011 [acceso 25 de marzo de 2012].
 Disponible en: https://www.ncsbn.org/Model_Nursing_Practice_Act_March2011.pdf
- (107) American Midwifery Certification Board (AMCB). *Important Changes in certification and recertification* [Sede web]. Linthicum, MD: American Midwifery Certification Board (AMCB); 2009 [acceso 12 de febrero de 2012].
 Disponible en: <http://www.amcbmidwife.org/>

- (108) American College of Nurse-Midwives (ACNM). *Position Statement. Principles for Licensing and Regulating Midwives* [Sede web]. Silver Spring, MD: American College of Nurse-Midwives (ACNM); 2009 [acceso 6 de abril de 2011].
Disponibile en: <http://www.midwife.org/index.asp?bid=59&cat=3&button=Search>
- (109) American Nurses Credentialing Center (ANCC). *Certification Renewal* [Sede web]. Silver Spring, MD: American Nurses Credentialing Center (ANCC); 2011 [acceso 15 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.nursecredentialing.org>
- (110) Canadian Nurses Association (CNA). *Advanced Nursing Practice. Position Statement* [Sede web]. 2007 [acceso 9 de abril de 2011].
Disponibile en: http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS60_Advanced_Nursing_Practice_2007_e.pdf
- (111) Canadian Nurses Association (CNA). *Advanced Nursing Practice. A National Framework* [Sede web]. Ottawa, ON:Canadian Nurses Association (CNA);2008 [acceso 17 de agosto de 2010].
Disponibile en: http://www.cnaaiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/ANP_National_Framework_e.pdf
- (112) Canadian Nurses Association (CNA). *Clinical Nurse Specialist. Position Statement. Advanced Nursing Practice* [Sede web].Ottawa, ON:Canadian Nurses Association (CNA);2009 [acceso 19 de agosto de 2011].
Disponibile en: http://www.cnaaiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS104_Clinical_Nurse_Specialist_e.pdf
- (113) Canadian Nurses Association (CNA). *Nurse Practitioner. Position Statement. Advanced Nursing Practice*. Ottawa, ON:Canadian Nurses Association (CNA);2009 [acceso 13 de mayo de 2010].
Disponibile en: http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS_Nurse_Practitioner_e.pdf
- (114) Canadian Nurses Association (CNA). *Canadian Nurse Practitioner. Core Competency Framework* [Sede web]. Ottawa, ON:Canadian Nurses Association (CNA);2010 [acceso 19 de agosto de 2011].
Disponibile en: http://www.cna-aiic.ca/CNA/practice/advanced/initiative/nurse_pratitioners/default_e.aspx
- (115) Canadian Nurses Association (CNA). *Advanced Nursing Practice. The Clinical Nurse Specialist Role in Canada*. Ottawa, ON:Canadian Nurses Association (CNA);2010 [acceso 19 de agosto de 2011].
Disponibile en: http://nursing.uvic.ca/home/documents/CNS_2010_06_01.pdf

- (116) Canadian Association of Schools of Nursing (CASN). *CASN Position Statement on Masters Level of Nursing*. Ottawa, ON: Canadian Association of Schools of Nursing (CASN);2011 [acceso 16 de octubre de 2011].
 Disponible en: <http://casn.ca/vm/newvisual/attachments/856/Media/MasterslevelofNursing.pdf>
- (117) Canadian Association of Schools of Nursing (CASN). *Accreditation and Accredited Programs* [Sede web]. Ottawa, ON: Canadian Association of Schools of Nursing (CASN);2012 [acceso 11 de marzo de 2012].
 Disponible en: <http://www.casn.ca/en/54.html>
- (118) Canadian Nurse Practitioner Initiative (CNPI). *Education Framework for Nurse Practitioner in Canada*. Ottawa, ON:Canadian Nurses Association (CNA);2006 [acceso 11 de marzo de 2012].
 Disponible en: http://www2.cna-aicc.ca/CNA/documents/pdf/publications/cnpi/tech-report/section5/01_Education.pdf
- (119) University of Toronto. *Bloomberg Faculty of Nursing. Master of Nursing (MN)* [Sede web]. 2012 [acceso 28 de febrero de 2012].
 Disponible en: <http://bloomberg.nursing.utoronto.ca/prospectives/mn/programoverview.htm>
- (120) University of Alberta. Faculty of Nursing. *Master Program description* [Sede web]. 2012 [acceso 28 de febrero de 2012].
 Disponible en: <http://www.nursing.ualberta.ca/Graduate/Masters/MNDescription.aspx>
- (121) Canadian Nurses Association (CAN). *Recommendations of the Canadian Nurse Practitioner Initiative Progress Report*. Ottawa, ON:Canadian Nurses Association (CNA); 2009 [acceso 4 de abril de 2012].
 Disponible en: http://www2.cna-aicc.ca/CNA/documents/pdf/publications/CNPI_report_2009_e.pdf
- (122) McMaster University. *Graduate Program in Nursing. Admission requirements* [Sede web]. 2011 [acceso 16 de octubre de 2011].
 Disponible en: http://fhs.mcmaster.ca/gradnursing/masters_admission.html
- (123) Athabasca University. *Centre for Nursing and Health Studies –Graduate. Master of Nursing* [Sede web]. 2012 [acceso 28 de febrero de 2012].
 Disponible en: <http://cnhs.athabascau.ca/>

- (124) Canadian Nurses Association (CNA). *Canadian Regulatory Framework For Registered Nurses. Position Statement*. Ottawa, ON: Canadian Nurses Association (CNA); 2008 [acceso 19 de agosto de 2011].
Disponible en: http://www.cnaaic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS90_Canadian_Regulatory_2008_e.pdf
- (125) Canadian Institute for Health Information (CIHI). *Regulated Nurses: Canada trends, 2005-2009*. Ottawa, ON: CIHI;2010 [acceso 20 de agosto de 2011].
Disponible en: https://secure.cihi.ca/free_products/nursing_report_2005-2009_en.pdf
- (126) Canadian Nurse Practitioner Initiative (CNPI). *Legislative and Regulatory Framework. Technical report*. Ottawa, ON: Canadian Nurses Association (CNA);2006 [acceso 11 de marzo de 2012].
Disponible en: http://www2.cna-aic.ca/CNA/documents/pdf/publications/cnpi/tech-report/section2/01_Legislation_Regulation.pdf
- (127) Canadian Nurses Association (CNA). *Canadian Nurse Practitioner Exam Program* [Sede web]. Ottawa, ON: Canadian Nurses Association (CNA);2011 [acceso 4 de abril de 2012].
Disponible en: http://www.cna-nurses.ca/CNA/nursing/npexam/exam/default_e.aspx
- (128) College and Association of Registered Nurses of Alberta. NP Scope of practice and Registration requirements [Sede web]. Edmonton, Alberta: College and Association of Registered Nurses of Alberta;2009 [acceso 11 de marzo de 2012].
Disponible en: <http://www.nurses.ab.ca/Carna/index.aspx?WebStructureID=3074>
- (129) Australian Nursing and Midwifery Council (ANMC). Nurse Practitioners. Standards and Criteria for the Accreditation of Nursing and Midwifery Courses Leading to Registration, Enrolment, Endorsement and Authorisation in Australia— with Evidence Guide [Sede web]. ANMC;2009 [acceso 16 de agosto de 2011].
Disponible en: [http://www.anmc.org.au/userfiles/file/ANMC_Nurse_Practitioner\(1\).pdf](http://www.anmc.org.au/userfiles/file/ANMC_Nurse_Practitioner(1).pdf)
<http://www.anmc.org.au/accreditation>
- (130) Royal College of Nursing, Australia's (RCNA). *Position Statement on Advanced Nursing Practice* [Sede web]. RCNA;2010 [acceso 19 de agosto de 2011].
Disponible en: <http://www.rcna.org.au/Default.aspx?SiteSearchID=360&ID=/results>
- (131) Gardner, G., Carryer, J., Dunn, S., and Gardner, A. The Nurse Practitioner Standards Project: Report to the Australian Nursing & Midwifery Council (ANMC). Canberra City: Australian Nursing & Midwifery Council; 2004. [acceso 16 de agosto de 2011].
Disponible en: [http://www.anmc.org.au/userfiles/file/ANMC_Nurse_Practitioner\(1\).pdf](http://www.anmc.org.au/userfiles/file/ANMC_Nurse_Practitioner(1).pdf)

- (132) Australian Nursing and Midwifery Council (ANMC). *National Competency Standards for the Nurse Practitioner*. Canberra City: Australian Nursing & Midwifery Council; 2006. [acceso 19 de marzo de 2012].
 Disponible en: http://www.anmc.org.au/userfiles/file/competency_standards/Competency%20Standards%20for%20the%20Nurse%20Practitioner.pdf
- (133) NSW Health. Nursing & Midwifery Office. *Nurse Practitioners and Midwife Practitioners in NSW*. London: Nursing and Midwife Council; 2005. [acceso 20-10-2011].
 Disponible en: http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2005/pdf/nursemw_prac.pdf
- (134) New SouthWales Department of Health. Report on Evaluation of the Nurse/Midwife Practitioner and Clinical Nurse/Midwife Consultant Roles [Sede web]. Sidney: NSW Health; 2008 [acceso 25 de octubre de 2011].
 Disponible en: http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2008/nursepract_report.html
- (135) State of Queensland Government. Nursing Career Structure. Nursing and Midwifery classification structure. Human Resources Policy. Policy B7. Queensland Government; 2008 [acceso 25 de octubre de 2011].
 Disponible en: <http://www.health.qld.gov.au/qhpolicy/docs/pol/qh-pol-179.pdf>
- (136) National Nursing & Nursing Education Taskforce (N3ET). *Nurse Practitioners in Australia*. Mapping of State/Territory Nurse Practitioner (NP) Models, Legislation and Authorisation Processes. Melbourne: Australian Health Ministers' Advisory Council; 2005. [acceso 20 de octubre de 2011].
 Disponible en: http://www.nnnet.gov.au/downloads/rec5_npmap.pdf
- (137) Nursing and Midwifery Board of Australia (NMBA). Endorsement as a nurse practitioner registration standard [Sede web]. Melbourne, VIC: Nursing and Midwifery Board of Australia (NMBA); 2011 [acceso 20 de octubre de 2011].
 Disponible en: <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Registration-Standards.aspx>
- (138) Nursing and Midwifery Board of Australia (NMBA). *Continuing professional development registration standards* [Sede web]. Melbourne, VIC: Nursing and Midwifery Board of Australia (NMBA); 2010 [acceso 5 de junio de 2011].
 Disponible en: <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Registration-Standards.aspx>
- (139) University of Sidney. Master of Nursing. Nurse Practitioner [Sede web]. 2011 [acceso 16 de agosto de 2011].
 Disponible en: http://sydney.edu.au/nursing/course_information/specialty_courses/nurse_practitioner/nurse_practitioner_m.shtml#patterns

- (140) University of Queensland. Master of Nurse Practitioner Studies [Sede web]. 2011 [acceso 20 de octubre de 2011].
Disponible en: http://www.uq.edu.au/study/program.html?acad_prog=5383
- (141) An Bord Altranais Nursing Board. An Bord Altranais establishes the Divisions of Registered Advanced Nurse Practitioner (RANP) and Registered Advanced Midwife Practitioner (RAMP). [Sede web]. An Bord Altranais News 2010;22(3). [acceso 31 de octubre de 2011].
Disponible en: http://www.nursingboard.ie/en/news_archive.aspx?page=4
- (142) An Bord Altranais Nursing Board. Scope of Nursing and Midwifery Practice Framework [Sede web]. Dublin, Ireland: An Board Altranais Nursing Board; 2000 [acceso 31 de enero de 2011].
Disponible en: <http://www.nursingboard.ie/en/policies-guidelines.aspx?page=2>
- (143) National Council for the professional development of Nurse and Midwives (NCNM). Framework for the Establishment of Advanced Nurse Practitioner and Advanced Midwife Practitioner Posts. Dublin:National Council for the professional development of Nurse and Midwives (NCNM);2008 [acceso 6 de abril de 2011].
Disponible en: [http://www.ncnm.ie/files/anp2009/ANPFramework%20\(data%20prot%20version%20feb09\).pdf](http://www.ncnm.ie/files/anp2009/ANPFramework%20(data%20prot%20version%20feb09).pdf)
- (144) National Council for the professional development of Nurse and Midwives (NCNM). Accreditation of Advanced Nurse Practitioners and Advanced Midwife Practitioners. Dublin:National Council for the professional development of Nurse and Midwives (NCNM); 2008 [acceso 6 de abril de 2011].
Disponible en: [http://www.ncnm.ie/files/anp2009/ANPFramework%20\(data%20prot%20version%20feb09\).pdf](http://www.ncnm.ie/files/anp2009/ANPFramework%20(data%20prot%20version%20feb09).pdf)
- (145) National Council for the professional development of Nurse and Midwives (NCNM). Framework for the Establishment of Clinical Nurse/Midwife Specialist Posts 4th Edition. Dublin:National Council for the professional development of Nurse and Midwives (NCNM);2008 [acceso 31 de marzo de 2011].
Disponible en: <http://www.ncnm.ie/files/cnsinfopack/CNS%20Framework.pdf>
- (146) An Bord Altranais Nursing Board. Nursing/Midwifery Career Development Post-Registration Courses [Sede web]. Dublin: An Board Altranais Nursing Board; 2012 [acceso 6 de abril de 2012].
Disponible en: http://www.nursingboard.ie/en/edu-category_2.aspx

- (147) National Council for the professional development of Nurse and Midwives (NCNM). Profiles. Dublin, Ireland:National Council for the professional development of Nurse and Midwives (NCNM);2010 [acceso 31 de marzo de 2011].
Disponible en: <http://www.ncnm.ie/files/publications10/Profiles%202010.pdf>
- (148) An Bord Altranais Nursing Board. Statutory instruments.S.I. no. 715 of 2011. Nurses and Midwives Act 2011 (Commencement) Order 2011 [Sede web]. Dublin, Ireland: An Bord Altranais Nursing Board; 2011 [acceso 6 de abril de 2012].
Disponible en: <http://www.nursingboard.ie/en/nurses-midwives-act-2011.aspx>
- (149) An Board Altranais Nursing Board. Statutory Instruments. Nurses Rules S.I. No. 689 of 2010 [Sede web]. Dublin, Ireland: An Board Altranais Nursing Board; 2010 [acceso 6 de abril de 2012].
Disponible en: http://www.nursingboard.ie/en/ab-board_rules.aspx
- (150) Royal College of Surgeon in Ireland University (RCSI). Faculty of Nursing and Midwife. Master of Science in Nursing [Sede web]. 2011 [acceso 26 de octubre de 2011].
Disponible en: <http://www.rcsi.ie/index.jsp?p=223&n=907&a=1679>
- (151) University College of Dublin (UCD). *School of Nursring, Midwifery and Health Systems*. MSc Nursing (Advanced Practice) [Sede web]. 2011 [acceso 26 de octubre de 2011].
Disponible en: <http://www.ucd.ie/nmhs/taughtgraduateprogrammes/masters/mscnursingadvancedpractice/>
- (152) An Bord Altranais Nursing Board. *Information for APN/AMP applicants* [Sede web]. Dublin, Ireland: An Board Altranais Nursing Board; 2011 [acceso 31 de marzo de 2011].
Disponible en: http://www.nursingboard.ie/en/apply_registration.aspx
- (153) Prime Minister Comission. *Front Line Care: the future of nursing and midwifery in England*. Report of the Prime Minister's Commission on the Future of Nursing and Midwifery in England 2010. London:COI; 2010 [acceso 1 de noviembre de 2011].
Disponible en: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20100331110400/> <http://cnm.independent.gov.uk/>
- (154) Nursing and Midwife Council (NMC). *Consultation on a framework for the standard for post-registration nursing*. London:Nursing and Midwife Council (NMC);2005 [acceso 24 de agosto de 2011].
Disponible en: <http://www.nmc-uk.org/Documents/Consultations/NMC%20Consultation%20-%20port%20registration%20nursing%20-%20consultation%20document.pdf>

- (155) Nursing and Midwifery Council (NMC). *Implementation of a Framework for the standard for post registration nursing. Final Report* [Sede web]. London: Nursing and Midwife Council; 2005 [acceso 17 de agosto de 2011].
Disponibile en: <http://www.nmc-uk.org/Get-involved/Consultations/Past-consultations/By-year/The-proposed-framework-for-the-standard-for-post-registration-nursing—February-2005/>
- (156) Royal College of Nursing. *Advanced nurse practitioners – an RCN guide to the advanced nurse practitioner role, competences and programme accreditation*. London: Royal College of Nursing; 2010. [acceso 16 de agosto 2011].
Disponibile en: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0003/146478/003207.pdf
- (157) Royal College of Nursing. *Nurse Practitioners*. London: Royal College of Nursing; 2006 [acceso 1 de noviembre de 2011].
Disponibile en: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0005/78764/003183.pdf
- (158) Royal College of Nursing. Maxi-Nurses. Survey of RCN members in advanced and specialist nursing roles. London: Royal College of Nursing; 05. [acceso 16 agosto 2011].
Disponibile en: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0006/78657/002756.pdf
- (159) National Health Services (NHS). *Nursing Carrers: Nurse Consultant and Community matron* [Sede web]. London: National Health Services(NHS); 2006 [acceso 16 de agosto de 2011].
Disponibile en: <http://www.nhscareers.nhs.uk/details/Default.aspx?Id=131>
- (160) RCN and Queen’s Nursing Institute and Queen’s Nursing Institute. District nurses and the modern workforce. *Primary Health Care* 2005;15(3) [acceso 23 de agosto de 2011].
Disponibile en: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0020/1964/DNStatement.pdf
- (161) Royal College of Nursing.(RCN). *Modern Matron Community*. London: Royal College of Nursing.(RCN); 2007 [acceso 23 de agosto de 2011].
Disponibile en: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0006/105585/modernmatroncommunity.pdf
- (162) Royal College of Nursing (RCN). *Evaluation of the modern matron role in a sample of NHS trusts*. London: Royal College of Nursing; 2004. [acceso 23 de agosto 2011].
Disponibile en: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0010/79624/003197.pdf
- (163) Nursing and Midwifery Council. Standards and proficency for Specialist Community Public Health Nurses. London: Nursing and Midwife Council; 2004. [acceso 12 agosto 2011].
Disponibile en: <http://www.nmc-uk.org/Documents/Standards/nmcStandardsofProficiencyforSpecialistCommunityPublicHealthNurses.pdf>

- (164) UK Department of Health. The National Health Services (NHS) Knowledge and Skills Framework (KSF) and the Development Review Process [Sede web]. Department of Health; 2004 [acceso 16 de agosto de 2011].
 Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4090843
- (165) Association of Advanced Nursing Practice Educators UK (AANPE UK). *About us* [Sede web]. AANPE UK; 2012 [acceso 7 de abril de 2012].
 Disponible en: <http://www.aanpe.org/AboutAANPEUK/tabid/464/language/en-US/Default.aspx>
- (166) University of Edinburgh. *Master in Science of Advanced Nursing Practice* [Sede web]. 2011 [acceso 16 de febrero de 2012].
 Disponible en: <http://www.ed.ac.uk/schools-departments/health/nursing-studies/postgraduate/msc-advancing-nursing-practice>
- (167) University of Glamorgan. Master in Science of Advanced Clinical Practitioner [Sede web]. 2011 [acceso 16 de febrero de 2012].
 Disponible en: <http://courses.glam.ac.uk/courses/355-msc-advanced-clinical-practitioner>
- (168) University of Leeds. Master in Science of Advanced Practice [Sede web]. University of Leeds; 2011 [acceso 16 de febrero de 2012].
 Disponible en: http://www.leeds.ac.uk/coursefinder/17909/MSc_Advanced_Practice
- (169) Nursing and Midwifery Council (NMC). Standards for registration nursing education [Sede web]. London: Nursing and Midwifery Council (NMC); 2010 [acceso 14 de agosto de 2011].
 Disponible en: <http://www.nmc-uk.org/Educators/Standards-for-education/Standards-for-pre-registration-midwifery-education/>
- (170) Nursing and Midwifery Council(NMC). Prescription [Sede web]. London: Nursing and Midwifery Council (NMC); 2010 [acceso 22 de agosto de 2011].
 Disponible en: <http://www.nmc-uk.org/Nurses-and-midwives/Prescribing/>
- (171) Nursing and Midwifery Council (NMC). Prep (Post-registration education and practice) Handbook. London: Nursing and Midwifery Council (NMC); 08. [acceso 22 de agosto 2011].
 Disponible en: <http://www.nmc-uk.org/Documents/Standards/nmcPrepHandbook.pdf>
- (172) Ley 2/1974, de 13 de febrero, de colegios Colegios profesionales. Boletín Oficial del Estado No 40 p.3046 (15 de febrero de 1974).

- (173) Orden de 1 de junio de 1992, por la que se aprueba con carácter provisional el programa de formación y se establecen los requisitos mínimos de las unidades docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermero especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona). Boletín Oficial del Estado No132, (2 de junio de 1992).
- (174) Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Boletín Oficial del Estado No129 p.44697-729, (28 de mayo de 2009).
- (175) Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- (176) Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo. Boletín Oficial del Estado No129 p.44685-96, (28-5-2009).
- (177) Orden SAS/3225/2008, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica. Boletín Oficial del Estado N°288 p. 101976-92, (30 de noviembre de 2009).
- (178) Orde SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica. Boletín Oficial del Estado No157 p.57251-276, (29 de junio de 2010).
- (179) Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado No157p. 57217-50,(29 de junio 2010).
- (180) Orden SAS/1356/2011 de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. Boletín Oficial del Estado No123 p.51802-22, (24 de mayo en 2011).
- (181) Real Decreto 1146/2006, de 06 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. Boletín Oficial del Estado No240 p.34864-70, (7 de octubre de 2006).
- (182) 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. Boletín Oficial del Estado No 45 p.10020-35, (21 de febrero de 2008).

- (183) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Requisitos de Acreditación Docente [Sede web]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [acceso 16 de febrero de 2012].
 Disponible en: <http://www.msps.es/profesionales/formacion/acreReqAcredDocAE.htm>
- (184) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud [Sede web]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI); 2012 [acceso 16 de febrero de 2012].
 Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec02.htm>
- (185) Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado. Boletín Oficial del Estado No35 p.13909-26, (10 de febrero de 2011).
- (186) Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio. Boletín Oficial del Estado No283 p. 99570-83, (24-9-2009)
- (187) Comisión Europea (DG Educación y Cultura). El Marco Europeo de Cualificaciones para el aprendizaje permanente (EQF-MEC). Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2009.
- (188) Real Decreto 1027/2011, de 15 de julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior. Boletín Oficial del Estado No185 p.87912, (3 de agosto de 2011).
- (189) Canadian Association of Midwives (CAM). ¿What is a Canadian Registered Midwife? [Sede web]. Montreal, QC: Canadian Association of Midwives (CAM); 2012 [acceso 7 de julio de 2012].
 Disponible en: <http://www.canadianmidwives.org/midwifery-education.html>
- (190) An Board Altranais Nursing Board. Careers in Nursing & Midwifery [Sede web]. Dublin, Ireland: An Board Altranais Nursing Board; 2012 [acceso 7 de julio de 2012].
 Disponible en: <http://www.nursingboard.ie/en/careers.aspx>
- (191) Nursing and Midwifery Council (NMC). Nurses and midwives [Sede web]. London: Nursing and Midwifery Council; 2010 [acceso 8 de julio de 2012].
 Disponible en: <http://www.nmc-uk.org/Nurses-and-midwives/>
- (192) Australian College of Midwives. Practice Codes and Standards [Sede web]. Deakin West, Australia: Australian College of Midwives; 2011 [acceso 7 de julio de 2012].
 Disponible en: <http://www.midwives.org.au/scripts/cgiip.exe/WService=MIDW/ccms.r?PageId=10038>

- (193) American College of Nurse Midwives (ACNM). About Midwives [Sede web]. Silver Spring, MD: American College of Nurse-Midwives (ACNM); 2010 [acceso 12 de julio de 2011].
Disponible en: <http://www.midwife.org/About>
- (194) Midwives Alliance of North America (North American Registry of Midwives, National Association of Certified Professional Midwives, and Midwifery Education Accreditation Council). Issue Brief-Certified Professional Midwives in the United States. Washington, DC:Midwives Alliance of North American; 2008 [acceso 8 de julio de 2012].
Disponible en: <http://mana.org/pdfs/CPMIssueBrief.pdf>
- (195) Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado N°269 p.32590-611, (10 de noviembre de 1995)
- (196) Koelewijn-van LM. *Advanced practice nurses achieve results equal to or better than those of GPs in cardiovascular risk management in primary care*. Evid Based Nurs 2010 Apr;13(2):43.
- (197) Rohrer JE, Angstman KB, Garrison G. *Early Return Visits by Primary Care Patients: A Retail Nurse Practitioner Clinic Versus Standard Medical Office Care*. Popul Health Manag 2012 Mar 12.
- (198) Albers-Heitner CP, Joore MA, Winkens RA, Lagro-Janssen AL, Severens JL, Berghmans LC. *Cost-effectiveness of involving nurse specialists for adult patients with urinary incontinence in primary care compared to care-as-usual: an economic evaluation along side a pragmatic randomized controlled trial*. Neurourol Urodyn 2012 Apr;31(4):526-34.
- (199) Pirie A. *Pediatric palliative care communication: resources for the clinical nurse specialist*. Clin Nurse Spec 2012 Jul;26(4):212-5.
- (200) Ryan S, Packham JC, Dawes T, Jordan KP. *The Impact of a Nurse-Led Chronic Musculoskeletal Pain Clinic on Healthcare Utilization*. Musculoskeletal Care 2012 Jun 13.
- (201) Tung TK, Kaufmann JA, Tanner E. *The effect of nurse practitioner practice in home care on emergency department visits for homebound older adult patients: an exploratory pilot study*. Home Healthc Nurse 2012 Jun;30(6):366-72.
- (202) Barton TD, Bevan L, Mooney G. *Advanced nursing. Part 1: The development of advanced nursing roles*. Nurs Times 2012 Jun 12;108(24):18-20.
- (203) Kaasalainen S, Martin Misener R, Kilpatrick K, Harbman P, Bryant-Lukosius D, Donald F, et al. *A historical overview of the development of advanced practice nursing roles in Canada*. Nurs Leadersh (Tor Ont), 23 Spec No 2010, 35-60. Nurs Leadersh (Tor Ont) 2010;23:35-60.

- (204) Rios Risquez MI, Martinez CF, Sabuco TE, Lozano AE, Mateo PG. [Emergency nursing: “I want to leave my unit... I’m burning”?]. *Rev Enferm* 2012 May;35(5):56-61.
- (205) Heartfield M. Specialization and Advanced Practice Discussion paper. Melbourne: National and Nursing Education Taskforce; 2006.
- (206) Muñoz Gimeno M. *El camino emprendedor*. *Metas de Enfermería* 2012;15(3):3.
- (207) Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. *Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2008-2025)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; 2009.
- (208) Barber Perez P, Gonzalez López-Valcárcel B, Suarez Vega R. *Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2010-2025)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y Universidad de las Palmas de Gran Canaria.; 2011.
- (209) Morales Asensio JM. *Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España*. *Metas Enferm* 2012;15(6):26-32.
- (210) North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Nursing Diagnosis. Definitions and Classification 1999-2000*. Philadelphia: NANDA. Philadelphia: NANDA; 1999.
- (211) Arcadi Gual. *Sanidad prepara la regulación del desarrollo profesional médico*. *Diario Médico* 16 de julio de 2012 [Sede web]. Madrid: Unidad Editorial Revistas; 2012 [acceso 16/07/2012].
Disponible en: www.diariomedico.com
- (212) Ormond-Walshe SE, Newham RA. Comparing and contrasting the clinical nurse specialist and the advanced nurse practitioner roles. *J Nurs Manag* 2001 Jul;9(4):205-7.
- (213) Williams CA, Valdivieso GC. Advanced practice models: a comparison of clinical nurse specialist and nurse practitioner activities. *Clin Nurse Spec* 1994 Nov;8(6):311-8.
- (214) Lincoln PE. Comparing CNS and NP role activities: a replication. *Clin Nurse Spec* 2000 Nov;14(6):269-77.
- (215) Pinelli JM. The clinical nurse specialist/nurse practitioner: oxymoron or match made in heaven? *Can J Nurs Adm* 1997 Jan;10(1):85-110.
- (216) MacDonald JA, Herbert R, Thibeault C. Advanced practice nursing: unification through a common identity. *J Prof Nurs* 2006 May;22(3):172-9.
- (217) Evangelista JA, Connor JA, Pintz C, Saia T, O’Connell C, Fulton DR, et al. Paediatric nurse practitioner managed cardiology clinics: patient satisfaction and appointment access. *J Adv Nurs* 2012 Jan 4.
- (218) Kilpatrick K. Understanding acute care nurse practitioner communication and decision-making in healthcare teams. *J Clin Nurs* 2012 Jun 7.

- (219) Tedesco J. Acute care nurse practitioners in transplantation: adding value to your program. *Prog Transplant* 2011 Dec;21(4):278-83.
- (220) Canadian Occupational Health Nurses Association (COHNA). Our Scope [Sede web]. Canadian Occupational Health Nurses Association Inc.; 2012 [acceso 12 de julio de 2012].
Disponibile en: <http://www.cohna-aciist.ca/pages/content.asp?CatID=2&CatSubID=8>
- (221) American Association of Occupational Health Nurses, Inc. Occupational and Environmental Health Nurses' Role in Improving Employee Health and Productivity [Sede web]. Pensacola, FL: American Association of Occupational Health Nurses; 2012 [acceso 12 de julio de 2012].
Disponibile en: <https://www.aohn.org/>
- (222) Davey GD. Developing competency standards for occupational health nurses in Australia. *AAOHN J* 1995 Mar;43(3):138-43.
- (223) Occupational Health Nurses Association of Ireland (OHNAI)[Sede web]. Dublin:Occupational Health Nurses Association of Ireland (OHNAI);2012 [acceso 12 de julio de 2012].
Disponibile en: <http://www.ohnai.ie/index.html>
- (224) Association of Occupational Health Nurse Practitioners (UK) (AOHNP). Our work, training and cualification of occupational health nurses.[Sede web]. 2010 [acceso 12 de julio de 2012]. Disponible en: <http://www.councilforworkandhealth.org.uk/our-work>
- (225) Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones. *Boletín Oficial del Estado* No.98 p.31278 (24 de abril de 2012).
- (226) Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. *Boletín Oficial del Estado* No206 p.20172-74, (29 de agosto de 1978).
- (227) Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista. *Boletín Oficial del Estado* No 26, (31 de enero de 1984).
- (228) Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado* No102 p.15207-24, (29 de abril de 1986).
- (229) European Commission (Directorate General Health and Consumers).Public Health. European CommunityHealth Indicators (ECHI). [Sede web]. 2012 [acceso 20 de julio de 2012].
Disponibile en: http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/index_en.htm

- (230) Navarro-Mateu F, Pujalte Martínez ML, Garriga Puerto A, Morán Sánchez I, Ruiz Martínez AM. Las Unidades Docentes Multiprofesionales: una oportunidad de mejora en la formación sanitaria especializada. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* 2010;11(4):33-45.
- (231) Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care* 2004;13(85):90.
- (232) National Nursing and Nursing Education and Taskforce (N³ET). Myth Busters about interprofessional education. Melbourne: Australian Health Ministers' Advisory Council; 2006. [acceso 17 de julio de 2012].
Disponible en: <http://www.nnnet.gov.au>
- (233) Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1):CD002213.
- (234) Declaración de Bolonia. Comunicado de la Conferencia de Ministros Europeos responsables de la Educación Superior, 19 de Junio de 1999 [Sede web]. *Espacio Europeo de Educación Superior*; 1999 [acceso 18 de julio de 2012].
Disponible en: http://www.eees.es/pdf/Bolonia_ES.pdf
- (235) Pagani, R.(Grupo Técnico Nacional de Expertos). El Crédito Europeo y el Sistema Educativo Español. Informe Técnico. Madrid: ECTS Counsellors & Diploma Supplement Promoters; 2002. [acceso 18 de julio de 2012].
Disponible en: <http://www.eees.es/pdf/credito-europeo.pdf>
- (236) Decreto 34/2012, de 6 de marzo, de ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en la Comunidad Autónoma del País Vasco. *Boletín Oficial del País Vasco*. No 53, (14 de marzo de 2012).
- (237) Decreto 14/2011, de 4 de febrero, por el que se regula la ordenación del Sistema de Formación Sanitaria Especializada en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura. *Diario Oficial de Extremadura* No.28, (10 de febrero de 2011).
- (238) Decreto 75/2009, de 15 de octubre, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. *Boletín Oficial de Castilla y León*. No202, (21 de octubre 2009).

- (239) Orden del 15 de abril de 2010, de la Consejería de Salud y Consumo, por la que se establece el procedimiento de acreditación y nombramiento de tutores de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia y se regula el reconocimiento de la función de tutoría en los centros del sistema de salud de Aragón. Boletín Oficial de Aragón. No.82, (24 de abril de 2010).
- (240) Overeem K, Wollersheim HC, Arah OA, Cruijsberg JK, Grol RP, Lombarts KM. Factors predicting doctors' reporting of performance change in response to multisource feedback. BMC Med Educ 2012 Jul 10;12(1):52.
- (241) Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison-Wesley; 1984. p. 13-34.
- (242) Universidad de Navarra. Máster en Investigación y Rol Avanzado en Enfermería [Sede web]. Facultad de Enfermería; 2012 [acceso 18 de julio de 2012].
Disponible en: <http://www.unav.es/master/investigacion-enfermeria/>
- (243) Universidad Autónoma de Barcelona. Oferta de Másteres y Posgrados en Enfermería y Fisioterapia. [Sede web]. 2012 [acceso 18 de julio de 2012].
Disponible en: http://www.uab.es/servlet/Satellite/postgrado/uab-postgrau/masters-y-postgrados/enfermeria-y-fisioterapia-1242971951671.html/param1-2007/?gclid=CK6Eje_psrECFUcKtAodDh4Adw
- (244) Universidad San Pablo CEU. Máster Universitario en Enfermería de Anestesia [Sede web]. 2012 [acceso 18 de julio de 2012].
Disponible en: http://www.postgrado.uspceu.es/pages/enfermeria_anestesia/presentacion.html?ID_MASTER=24&campana=10

8

Anexos

Anexo 8.1

DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA NURSE PRACTITIONER/ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA

Introducción

Las funciones de la Nurse Practitioner y de la Enfermera de Práctica Avanzada se están definiendo en el mundo entero. Para facilitar una comprensión común de esta importante función de enfermería, el CIE y la Red de enfermeras de Nurse Practitioner/Enfermera de Práctica Avanzada han publicado una posición oficial sobre la definición y características del ejercicio avanzado de la Enfermería. La definición siguiente es un intento de representar las funciones actuales y las posibles, en el mundo entero.

Definición

La Nurse Practitioner / Enfermera de Práctica Avanzada es una enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimientos de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado, cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer. Como nivel de entrada se recomienda un título de nivel medio universitario o grado de master.

Características

- Formación:
 - Formación a nivel avanzado.
 - Reconocimiento oficial de los programas de formación con los que se prepara a los diferentes perfiles de enfermeras de práctica avanzada acreditados o aprobados.
 - Sistema oficial de autorización, registro, certificación y acreditación.
- Naturaleza de la práctica profesional:
 - Integra la investigación, la formación, el ejercicio profesional y la gestión.
 - Alto grado de autonomía profesional y práctica independiente.
 - Gestión de casos/casos propios.
 - Capacidades avanzadas de evaluación de la salud, de adopción de decisiones y de razonamiento diagnóstico.
 - Competencias clínicas avanzadas reconocidas.

- Prestación de servicios de consultoría a los dispensadores de salud.
- Planifica, ejecuta y evalúa los programas.
- Reconocido primer punto de contacto para los clientes.

- Mecanismos reglamentarios:
 - Reglamentos específicos de cada país subyacentes al ejercicio de la Nurse Practitioner/Enfermera de Práctica Avanzada
 - Derecho a diagnosticar.
 - Autoridad para recetar medicamentos.
 - Autoridad para recetar tratamientos.
 - Autoridad para remitir clientes a otros profesionales.
 - Autoridad para admitir pacientes en los hospitales.
 - Legislación que confiere y protege el título de Nurse Practitioner/Enfermera de Práctica Avanzada.
 - Legislación u otra forma de mecanismo reglamentario específico para las enfermeras de práctica avanzada.
 - Títulos oficialmente reconocidos para las enfermeras que desempeñan
 - funciones de práctica profesional avanzada.

Anexo 8.2

Responsabilidad

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
Acepta responsabilidad ante el paciente, el empleador y la enfermera especialista.	Acepta la responsabilidad de sus juicios profesionales, sus actos, los resultados de los cuidados y el mantenimiento de la competencia profesional con arreglo al ámbito de la práctica y las leyes y reglamentos.	Acepta la responsabilidad de sus propios juicios profesionales, sus actos y los resultados de los cuidados y el mantenimiento de la competencia profesional con arreglo al ámbito de la práctica, una mayor responsabilidad y las leyes y reglamentos.	Acepta la responsabilidad y un mayor deber de rendir cuentas por su propio juicio y actos profesionales, por los resultados de los cuidados y por el mantenimiento de su competencia de conformidad con el ámbito de su práctica, y de las leyes y los reglamentos legislativos.	Acepta la responsabilidad y un mayor deber de rendir cuentas por su propio juicio y actos profesionales, por los resultados de los cuidados y por el mantenimiento de su competencia de conformidad con el ámbito cambiante de su práctica, y de las leyes y los reglamentos legislativos.
Realiza las funciones según las directivas que recibe. Conoce y transmite los límites de su conocimiento y capacidad al aceptar las tareas.	Reconoce los límites del ámbito de la práctica y de su propia competencia.	Reconoce los límites del ámbito de la práctica y de su propia competencia.	Reconoce los límites del ámbito de la práctica y de su propia competencia.	Establece límites que reconocen los cambios y la evolución de la práctica y se adaptan a los requisitos legales, a las políticas y al propio nivel de competencia.
Busca orientaciones y ayuda de parte de una enfermera especialista cuando se encuentra en situaciones que superan su formación o cuando asume una tarea delegada.	Busca orientaciones de una enfermera especialista que tiene los conocimientos y capacidades necesarios, cuando se encuentra en situaciones que superan su propio conocimiento, sus competencias o el ámbito de su práctica.	Pide orientaciones a las personas idóneas cuando se encuentra en situaciones que superan su propio conocimiento, sus competencias o el ámbito de su práctica.	Consulta o se remite a las personas idóneas cuando se encuentra en situaciones que superan su propio conocimiento, sus competencias o el ámbito de su práctica.	Consulta o se remite a las personas idóneas cuando se encuentra en situaciones que superan su propio conocimiento, sus competencias o el ámbito de su práctica.
Entiende los distintos niveles de responsabilidad de las diferentes categorías del personal disponible.	Reconoce y respeta los distintos niveles de responsabilidad de las diferentes categorías del personal disponible.	Reconoce y respeta los distintos niveles de responsabilidad de las diferentes categorías del personal disponible.	Reconoce y respeta los distintos niveles de responsabilidad de las diferentes categorías del personal disponible.	Reconoce y respeta los distintos niveles de responsabilidad de las diferentes categorías del personal disponible.

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
		Participa en actividades relacionadas con el mejoramiento del acceso a los servicios que se precisan para la prestación de una atención eficaz de salud.	Participa en actividades relacionadas con el mejoramiento del acceso a los diversos servicios que se precisan para la prestación de unos servicios especializados eficaces.	Trabaja en colaboración con otros profesionales de cuidados de salud, planificadores, encargados de la elaboración de las políticas y dirigentes comunitarios, para mejorar el acceso a los servicios, la eficiencia clínica y la calidad de los cuidados.

Práctica ética

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
Sigue el código deontológico del empleador.	Ejerce de manera conforme con el Código deontológico del CIE, el código profesional vigente en la jurisdicción y el código de conducta del empleador.	Ejerce de manera conforme con el Código deontológico del CIE, el código profesional vigente en la jurisdicción y el código de conducta del empleador.	Ejerce de manera conforme con el Código deontológico del CIE, el código profesional vigente en la jurisdicción y el código de conducta del empleador.	Ejerce de manera conforme con el Código deontológico del CIE, el código profesional vigente en la jurisdicción y el código de conducta del empleador.
Reconoce los aspectos éticos relacionados con su propia función, y busca orientación al enfrentarse a situaciones que tienen consecuencias éticas.	Adopta eficazmente decisiones éticas en colaboración y en consulta con los demás miembros del equipo.	Adopta eficazmente decisiones éticas en relación con sus responsabilidades profesionales o cuando los problemas éticos afectan al equipo de salud en general.	Adopta eficazmente decisiones éticas en relación con sectores de la práctica profesional o cuando problemas éticos afectan al equipo de atención de salud en general.	Adopta eficazmente decisiones éticas y contribuye a la resolución y a la promoción positiva de la práctica ética en el sistema de salud.
Defiende el derecho del paciente a recibir cuidados en circunstancias que favorecen los derechos humanos y del paciente, y comunica las violaciones de ese derecho.	Actúa en una función de defensa para proteger los derechos humanos y aborda los abusos del paciente, de conformidad con el Código deontológico nacional y del CIE.	Actúa en una función de defensa para proteger los derechos humanos y aborda los abusos cometidos contra los pacientes, de conformidad con el Código deontológico nacional y del CIE.	Actúa en una función de defensa para proteger los derechos humanos y aborda los abusos cometidos contra los pacientes, de conformidad con el Código deontológico nacional y del CIE.	Actúa en una función de defensa para proteger los derechos humanos y aborda los abusos cometidos contra los pacientes, de conformidad con el Código deontológico nacional y del CIE.
Mantiene el secreto y la seguridad de la información escrita y oral adquirida en su capacidad profesional.	Mantiene el secreto y la seguridad de la información escrita, oral y electrónica adquirida en su capacidad profesional.	Mantiene el secreto y la seguridad de la información escrita, oral y electrónica adquirida en su capacidad profesional.	Mantiene el secreto y la seguridad de la información escrita, oral y electrónica adquirida en su capacidad profesional.	Participa en la elaboración de la política y en el desarrollo del sistema para hacer incrementar los niveles de confidencialidad y seguridad de la información escrita, oral y electrónica adquirida en su capacidad profesional.
Respeto el derecho del paciente a la confidencialidad y dignidad.	Respeto el derecho del paciente a la confidencialidad y dignidad.	Respeto el derecho del paciente a la confidencialidad y dignidad.	Respeto el derecho del paciente a la confidencialidad y dignidad.	Respeto el derecho del paciente a la confidencialidad y dignidad.

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
Respeto el derecho del paciente a elegir y a decidir por sí mismo en los cuidados de enfermería y de salud.	Respeto el derecho del paciente a elegir y a decidir por sí mismo en los cuidados de enfermería y de salud.	Respeto el derecho del paciente a informarse, elegir y decidir por sí mismo en los cuidados de enfermería y de salud.	Respeto el derecho del paciente a informarse, elegir y decidir por sí mismo en los cuidados de enfermería y de salud.	Participa en el establecimiento de políticas que confirmen el derecho del paciente a informarse, elegir y decidir por sí mismo en los cuidados de enfermería y de salud, y aplica esas políticas en la práctica.
Utiliza los procedimientos de la organización para comunicar los comportamientos, acciones o situaciones observados que pueden comprometer la seguridad, la privacidad o la dignidad.	Pone en entredicho los comportamientos y la práctica de atención de salud que pueden comprometer la seguridad, la privacidad o la dignidad del paciente.	Pone en entredicho los comportamientos y la práctica de atención de salud que pueden comprometer la seguridad, la privacidad o la dignidad del paciente.	Pone en entredicho los comportamientos y la práctica de atención de salud que pueden comprometer la seguridad, la privacidad o la dignidad del paciente.	Participa en el establecimiento de mecanismos de vigilancia y de respuesta a situaciones en las que los comportamientos o la práctica de atención de salud puedan comprometer la seguridad, la privacidad o la dignidad del paciente.
			Demuestra integridad profesional, rectitud y conducta ética en respuesta a las estrategias de comercialización del sector <industrial, al recetar medicamentos y otros productos.	Demuestra integridad profesional, rectitud y conducta ética en respuesta a las estrategias de comercialización del sector industrial, al recetar medicamentos y otros productos.

Práctica jurídica

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
Trabaja dentro del marco jurídico y organizativo actual.	Ejerce de conformidad con la legislación y los reglamentos, profesionales y civiles pertinentes.	Ejerce de conformidad con la legislación y los reglamentos, profesionales y civiles pertinentes.	Ejerce de conformidad con la legislación y los reglamentos, profesionales y civiles pertinentes, incluidos los que son específicos de su sector de práctica especializada.	Ejerce de manera independiente de conformidad con la legislación y los reglamentos, profesionales y civiles pertinentes, incluidos los que son específicos de la función de práctica avanzada.
Respeta las políticas y directrices de procedimiento de la organización.	Ejerce de conformidad con las políticas y directrices de procedimiento jurisdiccionales y locales.	Ejerce de conformidad con las políticas y directrices de procedimiento jurisdiccionales y locales.	Ejerce de conformidad con las políticas y directrices de procedimiento jurisdiccionales y locales.	Ejerce de conformidad con las políticas y directrices de procedimiento jurisdiccionales y locales relativas a la función de la enfermería de práctica avanzada.
Comunica sus preocupaciones al supervisor directo o a personas de autoridad, en casos de daños o abusos a pacientes.	Reconoce y actúa ante las infracciones de la ley relativas a la función profesional o del código deontológico o código de conducta o práctica profesional.	Reconoce y actúa ante las infracciones de la ley relativas a la función profesional o del código deontológico o código de conducta o práctica profesional.	Reconoce y actúa ante las infracciones de la ley relativas a la función profesional o del código deontológico o código de conducta o práctica profesional.	Reconoce y actúa ante las infracciones de la ley relativas a la función profesional o del código deontológico o código de conducta o práctica profesional.

Principios de la prestación de los cuidados

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
Puede describir con precisión la actividad o la tarea.	Aporta una motivación de los cuidados de enfermería dispensados.	Recurre a los conocimientos de enfermería, de salud y otras disciplinas, unidos a las mejores pruebas disponibles, para explicar las decisiones y las intervenciones de enfermería.	Recurre a los conocimientos de enfermería, de salud y otras disciplinas, unidos a las mejores pruebas disponibles, para explicar las decisiones y las intervenciones de enfermería.	Aprovecha el conocimiento de la enfermería y de otras disciplinas y las mejores pruebas disponibles para razonar las decisiones y las intervenciones de la EPA.
Utiliza los conocimientos y capacidades adquiridos al cumplir los requisitos de su función.	Aplica los conocimientos actuales basados en la mejor práctica cuando desempeña sus funciones profesionales.	Aplica conocimientos actuales de diversas fuentes y las mejores pruebas disponibles para fundar su práctica profesional y la adopción de decisiones profesionales.	Aplica conocimientos actuales de diversas fuentes y del sector de especialidad, y las mejores pruebas disponibles para fundar su práctica profesional y la adopción de decisiones profesionales.	Integra el conocimiento científico, las mejores pruebas disponibles y el juicio de expertos para orientar y hacer avanzar la práctica profesional.
Reconoce e informa cuando se plantea un problema durante el trabajo.	Aplica capacidades de solución de problemas clínicos para orientar la práctica.	Aplica las capacidades de pensamiento crítico y un planteamiento sistémico para la solución de problemas y la adopción de decisiones de enfermería en diversos contextos profesionales y de prestación de cuidados.	Aplica las capacidades de pensamiento crítico y un planteamiento sistémico para la solución de problemas y la adopción de decisiones de enfermería en diversos contextos profesionales y de prestación de cuidados especializados.	Aplica el pensamiento crítico, el razonamiento clínico y el juicio de experto para adoptar decisiones en sectores complejos de la práctica profesional y en toda la gama de los contextos profesionales y de prestación de los cuidados.
Dispensa los cuidados según las instrucciones del supervisor y de conformidad con las normas y procedimientos de la enfermería y de la organización.	Dispensa los cuidados según las instrucciones del supervisor y de conformidad con las normas y procedimientos de la enfermería y de la organización.	Dispensa los cuidados según las instrucciones del supervisor y de conformidad con las normas y procedimientos de la enfermería y de la organización.	Dispensa los cuidados según las normas, políticas, protocolos y procedimientos profesionales y de la organización, aplicables a la práctica de la enfermería especializada.	Dispensa los cuidados según las normas, políticas, protocolos y procedimientos profesionales, aplicables a la práctica avanzada de la enfermería.

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
Entiende que quizá han de modificarse los cuidados para adaptarlos a las necesidades culturales.	Reconoce las necesidades de carácter cultural y adapta su práctica profesional en consecuencia.	Reconoce las necesidades de carácter cultural y adapta su práctica profesional en consecuencia.	Reconoce las necesidades de carácter cultural y adapta su práctica profesional en consecuencia.	Reconoce las infracciones e interviene en los planos de la práctica y del sistema para conseguir que los cuidados tengan en cuenta las necesidades culturales.
Conoce las creencias de los clientes y sus prácticas de curación tradicionales.	Entiende la importancia de las prácticas tradicionales de curación en un sistema de creencias del cliente sobre salud.	Incorpora prácticas de curación tradicionales que valoran los clientes y que tienen en las actividades de atención de salud demostrados efectos beneficiosos o inocuos.	Incorpora prácticas de curación tradicionales que valoran los clientes y que tienen en las actividades de atención de salud demostrados efectos beneficiosos o inocuos.	Busca pruebas que apoyen las afirmaciones de que las prácticas curativas tradicionales tienen efectos beneficiosos, y las incorpora según sea adecuado.
Consulta con el supervisor antes de informar sobre los derechos del usuario de un servicio de salud.	Informa a los pacientes sobre sus derechos en tanto que usuarios de los servicios de salud.	Aplica capacidades de defensa para ayudar a los pacientes que no sean capaces de representarse o de hablar por sí mismos.	Aplica capacidades de defensa para ayudar a los pacientes que no sean capaces de representarse o de hablar por sí mismos en relación con los requisitos de cuidados especializados.	Aplica las capacidades de defensa para influir en la política de salud y en la planificación y el acceso a los servicios en nombre de los pacientes que no pueden representarse o hablar por sí mismos.
Demuestra conciencia de los recursos disponibles para ayudar a los pacientes en los cambios de salud, la discapacidad y la muerte.	Sabe cómo acceder y utilizar los recursos disponibles para ayudar a los pacientes a comportarse en los cambios de salud, la discapacidad y la muerte.	Actúa como recurso de información y de formación y ayuda a los pacientes que tratan de mejorar sus estilos de vida, adoptar actividades de prevención de enfermedades y lesiones y de hacer frente a los cambios de la salud, a la discapacidad y a la muerte.	Actúa como recurso de información y de formación en el sector de especialidad para los pacientes que tratan de mejorar sus estilos de vida, adoptar actividades de prevención de enfermedades y lesiones y de hacer frente a los cambios de la salud, a la discapacidad y a la muerte.	Desarrolla los recursos, prepara programas y formula estrategias de aplicación destinados a promover estilos de vida saludables y a que se adopten actividades de prevención de enfermedades/lesiones de las personas, las familias y las comunidades.
Presta apoyo para conseguir y mantener capacidades de vida independiente.	Da orientaciones e instrucciones para conseguir y mantener capacidades de vida independiente.	Da orientaciones e instrucciones para conseguir y mantener capacidades de vida independiente.	Da orientaciones e instrucciones para conseguir y mantener capacidades de vida independiente.	Contribuye a la planificación y a la elaboración de políticas destinadas a fomentar la autosuficiencia y las capacidades de vida independiente.

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
Con orientación de un supervisor da instrucciones sencillas adecuadas al nivel de conocimientos y a la responsabilidad laboral.	Aprovecha las oportunidades para dar instrucciones relacionadas con la salud durante el proceso de los cuidados.	Reconoce las oportunidades y da orientaciones y formación a las personas, familias y comunidades para impulsar las actividades de prevención de la enfermedad y el mantenimiento de estilos de vida saludables.	Reconoce las oportunidades y da formación a las personas, familias y comunidades para impulsar las actividades de prevención de la enfermedad y el mantenimiento de estilos de vida saludables.	Identifica y responde de manera creativa a las nuevas oportunidades de formación de salud y formación de los pacientes sobre la base de las necesidades de los clientes y de la comunidad, en función de los recursos disponibles, y aplicando estrategias basadas en las mejores pruebas disponibles.
	Contribuye al plan docente establecido por la enfermera especialista.	Selecciona estrategias de docencia / aprendizaje adecuadas a las necesidades y características de la persona o del grupo.	Selecciona estrategias de docencia / aprendizaje adecuadas a las necesidades y características de la persona o del grupo.	Participa en la creación y en el establecimiento de estrategias de aplicación basadas en pruebas para los programas de formación destinados a fomentar el aprendizaje de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y de las lesiones, y a fomentar la participación de los pacientes para satisfacer sus propias necesidades.
	Ofrece al paciente y al supervisor comentarios y observaciones sobre los resultados de las instrucciones.	Evalúa los resultados del aprendizaje y modifica en consecuencia los planteamientos y el contenido de la docencia / aprendizaje.	Evalúa los resultados del aprendizaje y modifica en consecuencia los planteamientos y el contenido de la docencia / aprendizaje.	Sigue de cerca la ejecución del programa de formación y evalúa sus resultados y sus repercusiones en el comportamiento. Utiliza los datos de la evaluación para mejorar los resultados del programa de formación.

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
		<p>Demuestra conciencia de las mejoras más importantes y de la posible aplicación de las actuales tecnologías de comunicación y salud en la atención de salud.</p>	<p>Se mantiene al tanto de la evolución y de las posibles aplicaciones de las nuevas tecnologías de comunicación y salud en la atención de salud.</p>	<p>Identifica oportunidades, y participa en las evaluaciones de las nuevas tecnologías de comunicación/salud para ejercitarse antes de que éstas se introduzcan en el contexto de la práctica profesional.</p>

Promoción de la salud

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
Mantiene su salud y su forma física para el trabajo y en el trabajo.	Mantiene su salud y su forma física para el trabajo y en el trabajo.	Mantiene su salud y su forma física para el trabajo y en el trabajo.	Mantiene su salud y su forma física para el trabajo y en el trabajo.	Mantiene su salud y su forma física para el trabajo y en el trabajo.
Trata de participar en actividades destinadas a reducir la enfermedad y a promover estilos de vida y entornos saludables.	Participa con enfermeras, otros profesionales y grupos de la comunidad en actividades destinadas a reducir la enfermedad y a promover estilos de vida y entornos saludables.	Coopera con enfermeras, otros profesionales y grupos de la comunidad en actividades destinadas a reducir la enfermedad y a promover estilos de vida y entornos saludables.	Coopera con otros profesionales, grupos de la comunidad y grupos de intereses especiales y en actividades destinadas a reducir la enfermedad y a promover estilos de vida y entornos saludables en sectores de importantes para la práctica especializada.	Participa activamente con otros profesionales de salud, encargados de la planificación, encargados de las políticas, y grupos de defensa y comunitarios para formular estrategias y movilizar recursos destinados a mejorar el estado de salud de la comunidad.
Demuestra comprensión de cómo en la salud y en la enfermedad influyen la higiene básica, los servicios sanitarios y la nutrición.	Demuestra comprensión de cómo en la salud y en la enfermedad influyen múltiples factores relacionados entre sí.	Incorpora a la práctica una perspectiva que toma en consideración los múltiples factores determinantes de la salud.	Incorpora a la práctica una perspectiva que toma en consideración los múltiples factores determinantes de la salud.	Incorpora una perspectiva que toma en consideración los múltiples factores determinantes de la salud para las personas, las familias y las comunidades al preparar estrategias de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y creación de capacidades.

Estudio

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
Se ocupa de aspectos delegados del acopio de datos de salud dentro de su ámbito de competencia.	Se ocupa de aspectos delegados del acopio de datos de salud dentro de su ámbito de competencia y aporta datos e información a la evaluación que hace la enfermera especialista.	Reúne datos precisos y pertinentes, objetivos y subjetivos, mediante evaluaciones sistemáticas de la salud y de la enfermería.	Reúne los datos precisos y pertinentes, objetivos y subjetivos, que se precisan para la práctica en su sector de especialidad, mediante evaluaciones sistemáticas de salud y de enfermería, ordenando las pruebas y procedimientos de diagnóstico permitidas en el ámbito de la legislación y de la práctica especializada.	Reúne datos precisos y pertinentes, objetivos y subjetivos para la evaluación del paciente utilizando múltiples estrategias de acopio de datos y fuentes de información, ordenando las pruebas y procedimientos de diagnóstico permitidas en el ámbito de la legislación y de la práctica avanzada de enfermería.
Comunica los cambios que puedan afectar a la salud y el bienestar.	Identifica los problemas de salud comunes y conocidos, actuales y posibles, y toma nota de las conclusiones que quedan fuera de la norma.	Organiza, sintetiza, analiza e interpreta datos de fuentes diferentes para obtener un diagnóstico de enfermería y establecer un plan de cuidados.	Organiza, sintetiza, analiza e interpreta datos de fuentes diferentes para obtener un diagnóstico de enfermería y establecer un plan de cuidados.	Aplica juicios de razonamiento clínico avanzado y conocimientos profundos para llegar a diagnósticos diferenciados y establecer un plan completo de cuidados.
Comunica sus observaciones y cumple la política de la organización.	Comunica y mantiene registros precisos y oportunos de las conclusiones, que se adaptan a las normas profesionales y a las políticas de la organización.	Comparte y documenta las conclusiones de manera precisa y oportuna con arreglo a las normas profesionales y a las políticas de la organización.	Comparte y documenta las conclusiones de manera precisa y oportuna con arreglo a las normas profesionales y a las políticas de la organización.	Comparte y documenta las conclusiones de manera precisa y oportuna con arreglo a las normas profesionales y a las políticas de la organización.

Planificación

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
Aporta información para contribuir a la planificación de los cuidados.	Ayuda a la enfermera especialista a formular para los clientes un plan de cuidados basado en los resultados de la evaluación.	Formula un plan completo de cuidados, con unos resultados determinados y basado en los diagnósticos de enfermería, las conclusiones de una evaluación de enfermería y salud, las aportaciones de otros miembros del equipo de salud, y las normas de la práctica de enfermería.	Formula un plan completo de cuidados, con unos resultados determinados y basado en los diagnósticos de enfermería, las conclusiones de una evaluación de enfermería y salud, las aportaciones de otros miembros del equipo de salud, y las normas de la práctica de enfermería.	Formula y moviliza recursos para un plan coordinado y completo de cuidados, con unos determinados resultados y basado en las normas de la práctica de enfermería avanzada y en decisiones informadas sobre las intervenciones preventivas, de diagnóstico y terapéuticas.
	Aplica los conocimientos pertinentes de la enfermería y otras disciplinas para contribuir a la planificación de los cuidados.	Aplica al proceso de planificación de los cuidados las capacidades de pensamiento crítico y razonamiento clínico basadas en el conocimiento de la enfermería y otras disciplinas.	Aplica al proceso de planificación de los cuidados las capacidades de pensamiento crítico y razonamiento clínico basadas en el conocimiento del sector de la práctica especializada y otras disciplinas.	Aplica al proceso de planificación de los cuidados, el pensamiento crítico y el razonamiento clínico complejo basados en un profundo conocimiento teórico, científico, clínico y contemporáneo del sistema de salud.
	Establece las prioridades para los cuidados con la enfermera supervisora.	Establece las prioridades para los cuidados con la colaboración de otros dispensadores de cuidados y de los pacientes.	Establece las prioridades para los cuidados con la colaboración de otros dispensadores de cuidados y de los pacientes.	Negocia para cumplir las prioridades de los cuidados en la medida de los recursos disponibles y según las capacidades del sistema.
Dirige a la enfermera supervisora las preguntas que recibe de los clientes acerca del plan de los cuidados.	Da a los pacientes información precisa sobre los aspectos del plan de cuidados, que son de su responsabilidad.	Siempre que es posible, implica a los pacientes en la planificación de los cuidados, para cerciorarse de que reciben información precisa y comprensible sobre la que puedan fundar su consentimiento a los cuidados.	Siempre que es posible, implica a los pacientes en la planificación de los cuidados, para cerciorarse de que reciben información precisa y comprensible sobre la que puedan fundar su consentimiento a los cuidados.	Siempre que es posible, implica a los pacientes en la planificación de los cuidados, para cerciorarse de que reciben información precisa y comprensible sobre la que puedan fundar su consentimiento a los cuidados.

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
Comunica los problemas que se plantean en cuanto a la capacidad del paciente para entender y adoptar decisiones.	Informa y solicita un defensor cuando los pacientes o los dispensadores de atención piden apoyo o tienen capacidades limitadas de adopción de decisiones o para dar el consentimiento informado, o cuando hay alguna barrera idiomática.	Implica a un defensor cuando los pacientes, familias o dispensadores de atención piden apoyo o tienen capacidades limitadas de adopción de decisiones o para dar el consentimiento informado, o cuando hay alguna barrera idiomática.	Implica a un defensor cuando los pacientes, familias o dispensadores de atención piden apoyo o tienen capacidades limitadas de adopción de decisiones o para dar el consentimiento informado, o cuando hay alguna barrera idiomática.	Aplica los medios para asegurarse de que está presente un defensor cuando los pacientes, familias o dispensadores de atención piden apoyo o tienen capacidades limitadas de adopción de decisiones o para dar el consentimiento informado, o cuando hay alguna barrera idiomática.
Contribuye al examen y revisión del plan de los cuidados.	En colaboración con una enfermera especialista, examina y revisa periódicamente el plan de los cuidados.	Examina y revisa periódicamente el plan de los cuidados, siempre que es posible en colaboración con otros miembros del equipo de salud / social, y de los clientes.	Examina y revisa periódicamente el plan de los cuidados, siempre que es posible en colaboración con otros miembros del equipo de salud / social, y de los clientes.	Examina y revisa periódicamente el plan de los cuidados, siempre que es posible en colaboración con otros miembros del equipo de salud / social, de los clientes y de los dispensadores.
Mantiene registros de sus actividades.	Bajo la supervisión de una enfermera especialista mantiene un plan actualizado y preciso de los cuidados, y los correspondientes registros.	Mantiene un plan actualizado y preciso de los cuidados, y los correspondientes registros.	Mantiene un plan actualizado y preciso de los cuidados, y los correspondientes registros.	Mantiene un plan actualizado y preciso de los cuidados, y los correspondientes registros.

Ejecución

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
Ayuda en los cuidados bajo la dirección de la Enfermera técnica (ET) o especialista.	Bajo la dirección de la enfermera especialista, aplica los cuidados e intervenciones de enfermería previstos, de conformidad con las normas de la enfermería y de la mejor práctica.	Aplica una serie de procedimientos, tratamientos e intervenciones comprendidos en el ámbito de la práctica de la enfermera especialista y que están en conformidad con las normas de la enfermería y de la mejor práctica.	Aplica una serie de procedimientos, tratamientos e intervenciones comprendidos en el ámbito de la práctica de la enfermera especialista y que están en conformidad con las normas de la enfermería especializada y de la mejor práctica.	Aplica procedimientos, tratamientos e intervenciones comprendidos en el ámbito de la autoridad jurídica y de la práctica ampliada y que están en conformidad con las normas de la enfermería y de la mejor práctica.
Registra con precisión y oportunamente las tareas realizadas y las observaciones, siguiendo los procedimientos de la organización.	Documenta de manera precisa y oportuna las intervenciones y las respuestas de los pacientes.	Documenta de manera precisa y oportuna las intervenciones y las respuestas de los pacientes.	Documenta de manera precisa y oportuna las intervenciones y las respuestas de los pacientes.	Documenta de manera precisa y oportuna las intervenciones y las respuestas de los pacientes.
Identifica y comunica los cambios de situación imprevistos.	Identifica y comunica los cambios de situación imprevistos.	Responde adecuada y oportunamente a las situaciones imprevistas o rápidamente cambiantes.	Responde adecuada y oportunamente a las situaciones imprevistas o rápidamente cambiantes.	Adapta las intervenciones a las necesidades del paciente y del entorno en situaciones imprevistas o rápidamente cambiantes.
Consigue ayuda inmediata en una situación de urgencia o de catástrofe.	Consigue ayuda inmediata en una situación de urgencia o de catástrofe.	Responde de manera inmediata y adecuada a las situaciones urgentes o de catástrofes, inclusive con procedimientos de apoyo a la vida cuando es necesario, y otros procedimientos para situaciones urgentes o de catástrofes.	Responde de manera inmediata y adecuada a las situaciones urgentes o de catástrofes, adoptando una función de liderazgo al seleccionar y organizar los cuidados para los pacientes que necesitan cuidados especializados.	Moviliza y coordina los recursos y asume la dirección en situaciones de urgencia y de catástrofes.
Aplica sus capacidades de mantenimiento de la vida hasta que llegan las ayudas.	Aplica sus capacidades de mantenimiento de la vida hasta que llegan las ayudas.			

Evaluación

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
Aporta información a la evaluación de los progresos realizados en la consecución de los resultados previstos.	Sigue de cerca y documenta de manera precisa y completa los progresos realizados en la consecución de los resultados previstos.	Sigue de cerca y documenta de manera precisa y completa los progresos realizados en la consecución de los resultados previstos.	Sigue de cerca y documenta de manera precisa y completa los progresos realizados en la consecución de los resultados previstos.	Sigue de cerca y documenta de manera precisa y completa los progresos realizados en la consecución de los resultados previstos.
	Contribuye a la evaluación hecha por el equipo de los progresos realizados en la consecución de los resultados previstos.	En consulta con los pacientes, familias y dispensadores de cuidados, y con los miembros del equipo de salud evalúa los progresos realizados en la consecución de los resultados previstos.	En consulta con los pacientes, familias y dispensadores de cuidados, y con los miembros del equipo de salud evalúa los progresos realizados en la consecución de los resultados previstos.	En consulta con los pacientes, familias y dispensadores de cuidados, participa en la evaluación interdisciplinaria de los progresos realizados en la consecución de los resultados previstos.
	Aporta datos a la evaluación y sugiere a la enfermera especialista	Utiliza los datos de la evaluación para modificar el plan de los cuidados.	Utiliza los datos de la evaluación para modificar el plan de los cuidados.	Utiliza los datos de la evaluación para influir en las estrategias de prestación de los cuidados modificaciones y en las tendencias del plan de cuidados futuras de la práctica.

Comunicación terapéutica y relaciones interpersonales

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
Actúa en el ámbito de su trabajo para iniciar, desarrollar o interrumpir relaciones interpersonales con pacientes / clientes y con dispensadores de cuidados.	Inicia, desarrolla o interrumpe las relaciones terapéuticas utilizando capacidades adecuadas de comunicación y de relaciones interpersonales.	Inicia, desarrolla o interrumpe las relaciones terapéuticas utilizando capacidades adecuadas de comunicación y de relaciones interpersonales.	Inicia, desarrolla o interrumpe las relaciones terapéuticas utilizando capacidades adecuadas de comunicación y de relaciones interpersonales.	Inicia, desarrolla o interrumpe las relaciones terapéuticas utilizando capacidades adecuadas de comunicación y de relaciones interpersonales.
Mantiene una relación que respeta los límites entre él mismo y el paciente.	Mantiene una relación que respeta los límites entre ella misma y el cliente.	Mantiene una relación que respeta los límites entre ella misma y el cliente.	Mantiene una relación que respeta los límites entre ella misma y el cliente.	Mantiene una relación que respeta los límites entre ella misma y el cliente.
Escucha a los demás de manera imparcial, respeta los puntos de vista de los demás.	Escucha a los demás de manera imparcial, respeta los puntos de vista de los demás.	Escucha a los demás de manera imparcial, respeta los puntos de vista de los demás y fomenta la expresión de opiniones y perspectivas diversas.	Escucha a los demás de manera imparcial, respeta los puntos de vista de los demás y fomenta la expresión de opiniones y perspectivas diversas.	Escucha a los demás de manera imparcial, respeta los puntos de vista de los demás y fomenta la expresión de opiniones y perspectivas diversas.
Transmite la información clara, coherente y precisa acerca del estado de los pacientes, que corresponde al ámbito de su trabajo y mantiene la confianza en los cuidados.	Transmite de manera clara, coherente y precisa, de palabra, por escrito o por medios electrónicos, la información que corresponde al ámbito de su responsabilidad profesional y mantiene la confianza en los cuidados.	Transmite de manera clara, coherente y precisa, de palabra, por escrito o por medios electrónicos, la información que corresponde al ámbito de su responsabilidad profesional y mantiene la confianza en los cuidados.	Transmite de manera clara, coherente y precisa, de palabra, por escrito o por medios electrónicos, la información que corresponde al ámbito de su responsabilidad profesional.	Transmite de manera clara, coherente y precisa, de palabra, por escrito o por medios electrónicos, la información que corresponde al ámbito de su responsabilidad profesional y mantiene la confianza en los cuidados.
Actúa de manera respetuosa y culturalmente adecuada para con los pacientes, las familias y los dispensadores de cuidados, que provienen de otras culturas.	Actúa de manera respetuosa y culturalmente adecuada para con los pacientes, las familias y los dispensadores de cuidados, que provienen de otras culturas.	Actúa de manera respetuosa y culturalmente adecuada para con los pacientes, las familias y los dispensadores de cuidados, que provienen de otras culturas.	Actúa de manera respetuosa y culturalmente adecuada para con los pacientes, las familias y los dispensadores de cuidados, que provienen de otras culturas.	Actúa de manera respetuosa y culturalmente adecuada para con los pacientes, las familias y los dispensadores de cuidados, que provienen de otras culturas.

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
Facilita el acceso a la información o remite la solicitud a la persona adecuada.	Facilita el acceso a la información o remite la solicitud a la enfermera especialista.	Facilita el acceso a la información o remite la solicitud a la persona adecuada.	Facilita el acceso a la información o remite la solicitud a la persona adecuada.	Defiende y ayuda a establecer políticas que facilitan el acceso de los pacientes a la información pertinente para su situación.
Comunica a los demás miembros del equipo las actividades realizadas, y les da la información suficiente que necesitan.	Comunica y comparte la información pertinente y las opiniones de los pacientes, las familias y los dispensadores de cuidados con otros miembros del equipo de salud que participan en la prestación de los servicios.	Comunica y comparte la información pertinente y las opiniones de los pacientes, las familias y los dispensadores de cuidados con otros miembros del equipo de salud que participan en la prestación de los servicios.	Comunica y comparte la información pertinente y las opiniones de los pacientes, las familias y los dispensadores de cuidados con otros miembros del equipo de salud que participan en la prestación de los servicios.	Adopta medidas encaminadas a establecer mecanismos eficaces para comunicar y compartir información con otros miembros del equipo de salud que participan en la prestación de los servicios.

Dirección y gestión

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
Entiende los factores que contribuyen a establecer un entorno favorable en el lugar de trabajo.	Defiende y contribuye a la creación de un entorno favorable de trabajo.	Defiende y actúa dentro de unos límites de control para crear un entorno favorable de trabajo.	Defiende y actúa dentro de unos límites de control para crear un entorno favorable de trabajo.	Defiende y aplica en el sistema de salud políticas y estrategias destinadas a establecer entornos favorables para la práctica profesional y recurre a las mejores prácticas de contratación, retención y desarrollo de los recursos humanos.
	Entiende la necesidad de estilos y planteamientos de dirección diferentes en situaciones distintas.	Adapta a situaciones diferentes el estilo y los planteamientos de dirección.	Adapta el estilo y los planteamientos de dirección a las situaciones específicas del sector de la práctica especializada.	Se ocupa de la planificación de la sucesión y de la preparación activa de futuros dirigentes mediante la formación, la capacitación y la actividad de mentor.
Reconoce los conflictos y recurre a las capacidades interpersonales y a los mecanismos de la organización disponibles, para conseguir su resolución.	Reconoce los conflictos y recurre a las capacidades interpersonales y a los mecanismos de la organización disponibles, para conseguir su resolución.	Se enfrenta al conflicto sin hacer juicios, utilizando eficazmente las capacidades de comunicación y los mecanismos existentes para conseguir su solución.	Se enfrenta al conflicto sin hacer juicios, utilizando eficazmente las capacidades de comunicación y los mecanismos existentes para conseguir su solución.	Aborda los conflictos de manera pronta y creativa, reconociendo las posibilidades de nuevas soluciones.
	Apoya al dirigente de un modo coherente que fomenta en el equipo el respeto y la confianza.	Contribuye a la dirección del equipo reforzando los objetivos para fomentar en él el respeto y la confianza.	Dirige de manera que inspira el respeto y la confianza de los demás.	Crea confianza en sí misma y en la organización, que inspira a otras personas adaptando comportamientos de dirección para conseguir de los otros la máxima contribución.

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
		Sabe articular sus propias contribuciones a la dirección y las expectativas de apoyo que tienen los demás miembros del equipo.	En tanto que dirigente del equipo y según la actual descripción de su puesto, define claramente las contribuciones y las expectativas que se requieren de los miembros del equipo.	Creación de una visión y actuación para dotar a todos los miembros del equipo de un sentido de propiedad y control de su trabajo.
Realiza el trabajo asignado dentro de los plazos convenidos.	Establece prioridades en su trabajo y gestiona el tiempo eficazmente.	Establece prioridades en su trabajo y gestiona el tiempo eficazmente.	Establece prioridades en su trabajo, gestiona el tiempo eficazmente y asigna recursos para obtener los mejores resultados.	Establece prioridades entre los casos, gestiona el tiempo eficazmente y asigna recursos para obtener los mejores resultados.
Demuestra conciencia de la función de las políticas y procedimientos en la gestión de la organización.	Demuestra comprensión del modo en que se elaboran las políticas y procedimientos y aporta comentarios y observaciones a los comités de examen.	Contribuye al examen y modificación de las políticas y prácticas actuales de la organización y de los procedimientos vigentes.	Contribuye al examen y modificación de las políticas y procedimientos de la organización y de la práctica vigentes y dirige el desarrollo y la aplicación de las políticas y procedimientos organizativos y de la práctica específicos del sector de especialidad.	Desarrolla y aplica mecanismos de vigilancia y evaluación periódicas de las políticas que inciden en los servicios de enfermería y los traduce en planes, estructuras y programas de salud.
Participa en actividades de docencia y aprendizaje en la unidad de cuidados de salud.	Participa en actividades de docencia y aprendizaje en la unidad de cuidados de salud.	Contribuye a la formación y al desarrollo profesional de los estudiantes y de los compañeros en el lugar de trabajo.	Contribuye al desarrollo y a la aplicación de la formación especializada y al desarrollo profesional de los estudiantes y de los compañeros en el lugar de trabajo.	Promueve y defiende las políticas encaminadas a la asignación de recursos a favor de la formación y del desarrollo profesional en el contexto laboral.

LA ENFERMERÍA Y LA PRÁCTICA AVANZADA: SU DESARROLLO EN ESPAÑA

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
Ofrece sugerencias y comentarios para introducir cambios en su propio contexto laboral.	Ofrece comentarios y sugerencias para introducir cambios en el contexto de su propia práctica profesional y aborda con eficacia las repercusiones del cambio en esa práctica.	Ofrece comentarios y sugerencias para introducir cambios y aborda con eficacia las repercusiones del cambio en su propia práctica profesional o en la organización.	Aprovecha el proceso del cambio para influir a favor de la introducción de innovaciones y adaptaciones en la práctica especializada y en la organización de los servicios.	Introduce, evalúa y gestiona la innovación y el cambio en el sistema de salud fomentando la creatividad.

Entorno seguro

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
Identifica las situaciones que pueden incidir en la seguridad de los pacientes / clientes o del personal e informa sobre ellas.	Identifica las situaciones que pueden incidir en la seguridad de los pacientes / clientes o del personal e informa sobre ellas.	Utiliza instrumentos de evaluación adecuados para identificar los riesgos actuales y posibles contra la seguridad, y comunica sus dificultades a la autoridad competente.	Utiliza instrumentos de evaluación adecuados para identificar los riesgos actuales y posibles contra la salud y seguridad, y comunica sus dificultades a la autoridad competente.	Recurre a evaluaciones periódicas para identificar los riesgos actuales y posibles, contra la seguridad del entorno, del paciente y del personal, y comunica sus dificultades a la autoridad competente.
Contribuye a las medidas de seguridad personal y general actuando de manera oportuna y respetando la legislación nacional y las medidas de salud y seguridad en el trabajo.	Mantiene un entorno seguro de los cuidados actuando de manera oportuna y respetando la legislación nacional y los requisitos, políticas y procedimientos de salud y seguridad en el trabajo.	Actúa de manera oportuna recurriendo a estrategias de mejoramiento de la calidad y gestión del riesgo, para crear y mantener un entorno seguro de los cuidados y cumplir la legislación nacional y respetar los requisitos, políticas y procedimientos de salud y seguridad en el trabajo.	Actúa de manera oportuna recurriendo a estrategias de mejoramiento de la calidad y gestión del riesgo, para crear y mantener un entorno seguro de los cuidados y cumplir la legislación nacional y respetar los requisitos, políticas y procedimientos de salud y seguridad en el trabajo.	Recurre a múltiples intervenciones y estrategias de gestión de riesgos para iniciar el cambio y mantener, dentro del sistema, entornos seguros que cumplan la legislación y satisfacen los requisitos de salud y seguridad.
	Almacena las sustancias terapéuticas de manera segura y adecuada.	Se cerciora del almacenamiento seguro y adecuado, y de la administración y registro de las sustancias terapéuticas.	Se cerciora del almacenamiento seguro y adecuado, y de la administración y registro de las sustancias terapéuticas.	Se cerciora de que se aplican las prácticas y procedimientos necesarios para el almacenamiento, la administración y el registro seguros y adecuados de las sustancias terapéuticas.

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
	Administra y registra la medicación bajo la supervisión de una enfermera especialista, cuando la legislación lo permite.	Administra y registra la medicación, evalúa los efectos secundarios y prepara las dosis según las recetas autorizadas.	Con arreglo a la facultad de recetar, selecciona, receta y administra los medicamentos, según las dosis, las vías y las pautas de frecuencia adecuadas, sobre la base de un conocimiento preciso de los efectos farmacológicos, las características del paciente y las terapias paralelas.	Con arreglo a la facultad de recetar, selecciona, receta y administra los medicamentos, según las dosis, las vías y las pautas de frecuencia adecuadas, sobre la base de un conocimiento preciso de los efectos farmacológicos y las terapias paralelas.
Cumple los procedimientos de lucha contra las infecciones.	Cumple los procedimientos de lucha contra las infecciones.	Cumple los procedimientos de lucha contra las infecciones y remedia los errores en la práctica de otros profesionales.	Cumple los procedimientos de lucha contra las infecciones y remedia los errores en la práctica de otros profesionales.	Es dinámica al poner de relieve y proponer mejoras de las estrategias de lucha contra las infecciones para todos los lugares de la práctica profesional.
Sabe cómo debe actuar en caso de que se declare una catástrofe.	Sabe cómo debe actuar en caso de que se declare una catástrofe.	Conoce sus responsabilidades y los procedimientos que ha de seguir si sucede una catástrofe.	Identifica y planifica las medidas concretas necesarias para tratar con los pacientes / clientes en el sector de la práctica especializada, si sucede una catástrofe.	Contribuye a la formulación de planes para los servicios en los casos de catástrofes y para la recuperación.

Delegación y supervisión

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
Acepta actividades delegadas / asignadas para las que se le ha preparado, y para las cuales se ha evaluado su capacidad.	Acepta actividades delegadas acordes con su nivel personal de preparación y según el ámbito legal de la práctica profesional	Delega en otros las actividades según su capacidad, el nivel y grado de preparación, y el ámbito legal de la práctica profesional. Acepta actividades delegadas según su nivel y grado de preparación personal, y el ámbito legal de la práctica profesional.	Delega en otros las actividades según su capacidad, el nivel y grado de preparación, y el ámbito legal de la práctica profesional. Acepta actividades delegadas según su nivel y grado de preparación personal, y el ámbito legal de la práctica profesional.	Delega en otros las actividades según su capacidad, el nivel y grado de preparación, y el ámbito legal de la práctica profesional.
Facilita observaciones y comentarios a las personas que delegan o asignan las actividades y a las que supervisan el trabajo.	Facilita observaciones y comentarios a las personas que delegan o asignan las actividades y a las que supervisan el trabajo.	Sigue de cerca y utiliza una serie de estrategias de apoyo y órdenes cuando supervisa o vigila cuidados que ha delegado.	Sigue de cerca y utiliza una serie de estrategias de apoyo, órdenes y función de mentor cuando supervisa o vigila cuidados que ha delegado.	Ofrece estrategias de apoyo como la actividad de mentor, la formación y la capacitación, como parte de sus deberes de supervisión.
Acepta responsabilidad por la actividad delegada.	Mantiene el deber de rendir cuentas por los resultados de la actividad delegada.	Mantiene la responsabilidad y el deber de rendir cuentas cuando delega en otros algunos aspectos de los cuidados.	Mantiene la responsabilidad y el deber de rendir cuentas cuando delega en otros algunos aspectos de los cuidados.	Mantiene la responsabilidad y el deber de rendir cuentas cuando delega en otros algunos aspectos de los cuidados.
		Contribuye a la elaboración de políticas y protocolos relacionados con la delegación de responsabilidades clínicas.	Contribuye a la elaboración de políticas y protocolos relacionados con la delegación de responsabilidades clínicas específicas de la práctica especializada.	Contribuye a la elaboración de políticas y protocolos relacionados con la delegación de responsabilidades clínicas de la enfermería y entre las profesiones de salud.

Atención de salud interprofesional

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
Comprende algunas de las funciones y capacidades de otros dispensadores de atención de salud en relación con sus propias responsabilidades.	Entiende y valora las funciones, conocimientos y capacidades de los miembros del equipo de atención de salud en relación con sus propias responsabilidades.	Entiende y valora las funciones, conocimientos y capacidades de los miembros del equipo de atención de salud en relación con sus propias responsabilidades.	Entiende y valora las funciones, conocimientos y capacidades de los miembros del equipo de atención de salud en relación con sus propias responsabilidades.	Creación de un entorno favorable a la confianza entre los dispensadores de cuidados de salud y a la familiaridad de los conocimientos y capacidades que las distintas profesiones y disciplinas aportan a la prestación de los cuidados de salud.
Coopera para mantener un trabajo multidisciplinario eficaz en equipo.	Coopera para mantener un trabajo multidisciplinario eficaz en equipo.	Trabaja en colaboración con otros profesionales en la atención de salud para mejorar los servicios de enfermería y demás servicios de salud a los que acceden los pacientes.	Trabaja en colaboración con otros profesionales en la atención de salud para mejorar los servicios de enfermería y demás servicios que se ofrecen en el sector de la especialidad.	Recurre a las capacidades de dirección, de creación de equipos, de negociación y de solución de conflictos para establecer asociaciones intraprofesionales e interprofesionales, y colaboraciones entre organismos y comunidades para mejorar la calidad de los cuidados y resolver las deficiencias del acceso y los obstáculos que se oponen a él.
	Utiliza conocimientos básicos de prácticas de trabajo eficaces interprofesionales e intraprofesionales	Utiliza conocimientos de prácticas de trabajo eficaces interprofesionales e intraprofesionales.	Utiliza conocimientos de prácticas de trabajo eficaces interprofesionales e intraprofesionales.	Promociona activamente en el entorno profesional prácticas de colaboración interprofesionales e intraprofesionales.
	Comunica las opiniones de los pacientes, de las familias o de otros profesionales para apoyar la adopción de decisiones del equipo interprofesional.	Presenta y apoya las opiniones de los pacientes, de las familias o de otros profesionales cuando adopta decisiones el equipo interprofesional.	Presenta las opiniones de los pacientes, de las familias o de otros profesionales cuando adopta decisiones el equipo interprofesional, y ayuda en la negociación de decisiones recíprocamente acordadas.	Presenta las opiniones de los pacientes, de las familias o de otros profesionales cuando adopta decisiones el equipo interprofesional e intraprofesional, y ayuda o dirige en la negociación de decisiones recíprocamente acordadas.

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
	Comunica las opiniones de los pacientes, de las familias o de otros profesionales para apoyar la adopción de decisiones del equipo interprofesional.	Presenta y apoya las opiniones de los pacientes, de las familias o de otros profesionales cuando adopta decisiones el equipo interprofesional.	Presenta las opiniones de los pacientes, de las familias o de otros profesionales cuando adopta decisiones el equipo interprofesional, y ayuda en la negociación de decisiones recíprocamente acordadas.	Presenta las opiniones de los pacientes, de las familias o de otros profesionales cuando adopta decisiones el equipo interprofesional e intraprofesional, y ayuda o dirige en la negociación de decisiones recíprocamente acordadas.
	Remite a los pacientes a una enfermera especialista para asegurar el acceso de éstos a las mejores intervenciones disponibles.	Remite a los pacientes para asegurar el acceso de éstos a las mejores intervenciones disponibles.	Remite a los pacientes y acepta los que le remiten otros dispensadores de atención de salud para asegurar el acceso de los pacientes a las mejores intervenciones disponibles.	Envía y recibe referencias de otros dispensadores de atención de salud para mantener la continuidad de los cuidados y lograr la mejor intervención disponible.
				Acepta el deber de rendir cuentas y la responsabilidad de la gestión de los casos a ella encomendados.

Mejoramiento de la profesión

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
Entiende la manera en que las normas profesionales contribuyen a la seguridad y a la calidad de los cuidados.	Conoce y sigue las normas profesionales y las mejores prácticas aplicables a los deberes profesionales.	Fomenta la difusión, el uso, la vigilancia y la revisión de las normas profesionales y las directrices de las mejores prácticas.	Fomenta la difusión, el uso, la vigilancia y la revisión de las normas profesionales especializadas y las directrices de las mejores prácticas, y participa en la elaboración de las normas y en su adaptación al contexto de la práctica.	Aporta liderazgo en la preparación de la base de pruebas para las normas y las mejores prácticas profesionales, y dirige la preparación y adaptación de las normas al contexto de la práctica.
	Promueve y mantiene una imagen positiva de la enfermería.	Promueve y mantiene una imagen positiva de la enfermería.	Promueve el reconocimiento de la práctica de enfermería especializada como elemento esencial de la prestación de servicios de salud.	Articula y promueve la función de la enfermería de práctica avanzada en los contextos clínico, político y profesional.
	Actúa como eficaz modelo funcional para la Enfermera técnica, los estudiantes y el personal de apoyo.	Actúa como eficaz modelo funcional para los estudiantes y en el equipo de atención de salud.	Actúa como eficaz modelo funcional para los estudiantes y en el equipo de atención de salud.	Actúa como eficaz modelo funcional para los estudiantes y en el equipo de atención de salud.
	Actúa como recurso para los estudiantes de enfermería y para el personal auxiliar.	Actúa como recurso para los estudiantes, para los demás miembros del equipo de salud y para el público.	Actúa en el sector de especialización como recurso para los estudiantes, los demás miembros del equipo de salud, los planificadores de la salud y el público.	Actúa como recurso de la práctica avanzada de enfermería para los estudiantes, los demás miembros del equipo de salud, los planificadores de la salud y el público.
		Valora la investigación para contribuir a los avances de la enfermería y utiliza las conclusiones como medio para mejorar las normas de los cuidados.	Contribuye al desarrollo de los conocimientos y de la práctica de la especialidad de la enfermería clínica identificando los sectores en que se precisa investigación, y haciéndola.	Contribuye al desarrollo de los nuevos conocimientos y de la práctica llevando a cabo investigación, difusión de las conclusiones e incorporación de éstas a la práctica profesional.

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
			Defiende y participa para conseguir que el público, la legislación y el empleador reconozcan las cualificaciones de la enfermería especializada, y protejan el título y el ámbito de la práctica.	Defiende y participa para conseguir que el público, la legislación y el empleador reconozcan las cualificaciones de la enfermería de práctica avanzada, y protejan el título y el ámbito de la práctica.
		Explora el entorno de la práctica y las publicaciones de enfermería para identificar las nuevas tendencias y problemas.	Explora el entorno de la práctica y las publicaciones de enfermería especializada para identificar las nuevas tendencias y problemas.	Busca en el entorno mundial las nuevas tendencias de la práctica avanzada y de los cuidados de salud.
	Se ocupa de actividades de defensa a través de la organización profesional para influir en las políticas de servicios sociales y de atención de salud, y en el acceso a los servicios.	Se ocupa de actividades de defensa a través de la organización profesional para influir en las políticas de servicios sociales y de atención de salud, y en el acceso a los servicios.	Se ocupa de actividades de defensa a través de la organización profesional para influir en las políticas de servicios sociales y de atención de salud, y la prestación de servicios importantes en el sector de su práctica especializada.	Dirige actividades de defensa a través de la organización profesional para influir en las políticas de servicios de salud y de atención social que influyen en la disponibilidad y en el acceso a los servicios de la enfermería de práctica avanzada.

Mejoramiento de la calidad

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
Se ocupa de las tareas que se le encargan y de conformidad con las políticas, procedimientos, medidas de la calidad y nivel de formación.	Se ocupa de las tareas que se le encargan y de conformidad con las políticas, procedimientos, medidas de la calidad y nivel de formación.	Sigue directrices basadas en pruebas y en la mejor práctica al ejercer la enfermería.	Utiliza y contribuye a la investigación del conjunto de pruebas para conseguir una práctica segura, eficaz y eficiente en el sector de su especialidad.	Transfiere e integra la investigación para conseguir pruebas basadas en la práctica con el fin de mejorar la seguridad, la eficiencia y la eficacia de los cuidados.
Sugiere a la persona adecuada ideas para mejorar los servicios.	Participa en los procedimientos de mejoramiento y de garantía de la calidad.	Participa en los procedimientos de mejoramiento y de garantía de la calidad.	Recurre al examen sistemático para mejorar la experiencia y los resultados conseguidos en los pacientes en su sector de especialidad.	Participa en la supervisión y en el examen intradisciplinario e interdisciplinario con sus homólogos, para mejorar las experiencias y resultados en los pacientes.

Formación continua

Trabajador auxiliar (TA)	Enfermera técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada (EG)	Enfermera especialista superior (EES)	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
Identifica los desfases entre los requisitos laborales y el conocimiento, la comprensión y las capacidades actuales.	Examina periódicamente su propia práctica mediante la reflexión y el examen por homólogos.	Examina periódicamente su propia práctica mediante la reflexión, el examen y evaluación críticos y la revisión por homólogos.	Examina periódicamente su propia práctica mediante la reflexión, el examen y evaluación críticos y la revisión por homólogos.	Examina periódicamente su propia práctica mediante la reflexión, el examen y evaluación críticos y la revisión por homólogos.
Asiste habitualmente a reuniones vanguardistas importantes para la evolución de su propio sector de trabajo y otros sectores relacionados.	Asume la responsabilidad del aprendizaje a todo lo largo de la vida, su propio desarrollo profesional y el mantenimiento de la competencia.	Asume la responsabilidad del aprendizaje a todo lo largo de la vida, su propio desarrollo profesional y el mantenimiento de la competencia.	Asume la responsabilidad del aprendizaje a todo lo largo de la vida, su propio desarrollo profesional y el mantenimiento de la competencia.	Asume la responsabilidad del aprendizaje a todo lo largo de la vida, su propio desarrollo profesional y el mantenimiento de la competencia.
Aprovecha las oportunidades para aprender junto con otras personas que contribuyen a la atención de salud.	Aprovecha las oportunidades para aprender junto con otras personas que contribuyen a la atención de salud.	Aprovecha las oportunidades para aprender junto con otras personas que contribuyen a la atención de salud.	Participa en la docencia y aprendizaje unidisciplinario y multidisciplinario.	Fomenta y alienta la aplicación de programas que favorezcan la formación interdisciplinaria de atención de salud.

Anexo 8.3

COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA DE
PRÁCTICA AVANZADA (CIE, 2008).

1. COMPETENCIAS PROFESIONALES, ÉTICAS Y DE PRÁCTICA LEGAL

1.1. RESPONSABILIDAD

Asume un mayor nivel de responsabilidad relacionada con las decisiones propias derivadas de los cambios en el alcance de su práctica y se adapta a los requisitos legales, a las políticas y al propio nivel de competencia.

Trabaja en colaboración con otros profesionales de cuidados de salud, planificadores, encargados de la elaboración de las políticas y dirigentes comunitarios, para mejorar el acceso a los servicios, la eficiencia clínica y la calidad de los cuidados.

Consulta o se remite a las personas idóneas cuando se encuentra en situaciones que superan su propio conocimiento, sus competencias o el ámbito de su práctica.

Reconoce y respeta los distintos niveles de responsabilidad de las diferentes categorías del personal disponible.¹

1.2. ÉTICA

Ejerce de manera conforme con el Código deontológico del CIE, el código profesional vigente en la jurisdicción y el código de conducta del empleador.

Adopta eficazmente decisiones éticas y contribuye a la resolución y a la promoción positiva de la práctica ética en el sistema de salud.

Actúa en una función de defensa para proteger los derechos humanos y aborda los abusos cometidos contra los pacientes, de conformidad con el Código deontológico nacional y del CIE.

Participa en la elaboración de la política y en el desarrollo del sistema para hacer incrementar los niveles de confidencialidad y seguridad de la información escrita, oral y electrónica adquirida en su capacidad profesional.

¹ Las competencias que aparecen sombreadas no son exclusivas de la EPA, son comunes a la enfermera especialista y en algunos casos a la enfermera de cuidados generales.

Respetar el derecho del paciente a la confidencialidad y dignidad.

Participa en el establecimiento de políticas que confirmen el derecho del paciente a informarse, elegir y decidir por sí mismo en los cuidados de enfermería y de salud, y aplica esas políticas en la práctica.

Participa en el establecimiento de mecanismos de vigilancia y de respuesta a situaciones en las que los comportamientos o la práctica de atención de salud puedan comprometer la seguridad, la privacidad o la dignidad del paciente.

Demuestra integridad profesional, rectitud y conducta ética en respuesta a las estrategias de comercialización del sector industrial, al recetar medicamentos y otros productos.

1.3. PRÁCTICA LEGAL

Ejerce de manera independiente de conformidad con la legislación y los reglamentos, profesionales y civiles pertinentes, incluidos los que son específicos de la función de práctica avanzada.

Ejerce de conformidad con las políticas y directrices de procedimiento jurisdiccionales y locales relativas a la función de la enfermería de práctica avanzada.

Reconoce y actúa ante las infracciones de la ley relativas a la función profesional o del código deontológico o código de conducta y práctica profesional.

2. PRESTACIÓN Y GESTIÓN DEL CUIDADO

2.1. PRINCIPIOS GENERALES DE LA ATENCIÓN

Aprovecha el conocimiento de la enfermería y de otras disciplinas y las mejores pruebas disponibles para razonar las decisiones y las intervenciones de la EPA. Integra el conocimiento científico, las mejores pruebas disponibles y el juicio de expertos para orientar y hacer avanzar la práctica profesional.

Aplica el pensamiento crítico, el razonamiento clínico y el juicio de experto para adoptar decisiones en sectores complejos de la práctica profesional y en toda la gama de los contextos profesionales y de prestación de los cuidados.

Dispensa los cuidados según las normas, políticas, protocolos y procedimientos profesionales, aplicables a la práctica avanzada de la enfermería.

Reconoce las infracciones e interviene en los planos de la práctica y del sistema para conseguir que los cuidados tengan en cuenta las necesidades culturales.

Busca pruebas que apoyen las afirmaciones de que las prácticas curativas tradicionales tienen efectos beneficiosos, y las incorpora según sea adecuado.

Aplica las capacidades de defensa para influir en la política de salud y en la planificación y el acceso a los servicios en nombre de los pacientes que no pueden representarse o hablar por sí mismos.

Desarrolla los recursos, prepara programas y formula estrategias de aplicación destinados a promover estilos de vida saludables y a que se adopten actividades de prevención de enfermedades/lesiones de las personas, las familias y las comunidades.

Contribuye a la planificación y a la elaboración de políticas destinadas a fomentar la auto-suficiencia y las capacidades de vida independiente.

Identifica y responde de manera creativa a las nuevas oportunidades de formación de salud y formación de los pacientes sobre la base de las necesidades de los clientes y de la comunidad, en función de los recursos disponibles, y aplicando estrategias basadas en las mejores pruebas disponibles.

Participa en la creación y en el establecimiento de estrategias de aplicación basadas en pruebas para los programas de formación destinados a fomentar el aprendizaje de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y de las lesiones, y a fomentar la participación de los pacientes para satisfacer sus propias necesidades.

Sigue de cerca la ejecución del programa de formación y evalúa sus resultados y sus repercusiones en el comportamiento. Utiliza los datos de la evaluación para mejorar los resultados del programa de formación.

Identifica oportunidades y participa en las evaluaciones de las nuevas tecnologías de comunicación/salud para ejercitarse antes de que éstas se introduzcan en el contexto de la práctica profesional.

2.1.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD

Mantiene su salud y su forma física para el trabajo y en el trabajo. Participa activamente con otros profesionales de salud, encargados de la planificación y de las políticas, y grupos de defensa comunitarios para formular estrategias y movilizar recursos destinados a mejorar el estado de salud de la comunidad.

Incorpora una perspectiva que toma en consideración los múltiples factores determinantes de la salud para las personas, las familias y las comunidades al preparar estrategias de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y creación de capacidades.

2.1.2. VALORACIÓN

Reúne datos precisos y pertinentes, objetivos y subjetivos para la evaluación del paciente, utilizando múltiples estrategias de acopio de datos y fuentes de información, ordenando las pruebas y procedimientos de diagnóstico permitidas en el ámbito de la legislación y de la práctica avanzada de Enfermería.

Aplica juicios de razonamiento clínico avanzado y conocimientos profundos para llegar a diagnósticos diferenciados y establecer un plan completo de cuidados.

Comparte y documenta las conclusiones de manera precisa y oportuna con arreglo a las normas profesionales y a las políticas de la organización.

2.1.3. PLANIFICACIÓN

Formula y moviliza recursos para un plan coordinado y completo de cuidados, con unos determinados resultados y basado en las normas de la práctica de enfermería avanzada y en decisiones informadas sobre las intervenciones preventivas, de diagnóstico y terapéuticas.

Aplica al proceso de planificación de los cuidados, el pensamiento crítico y el razonamiento clínico complejo basados en un profundo conocimiento teórico, científico, clínico y contemporáneo del sistema de salud.

Negocia para cumplir las prioridades de los cuidados en la medida de los recursos disponibles y según las capacidades del sistema.

Siempre que es posible, implica a los pacientes en la planificación de los cuidados, para cerciorarse de que reciben información precisa y comprensible sobre la que puedan fundar su consentimiento a los cuidados.

Aplica los medios para asegurarse de que está presente un defensor cuando los pacientes, familias o dispensadores de atención piden apoyo o tienen capacidades limitadas de adopción de decisiones o para dar el consentimiento informado, o cuando hay alguna barrera idiomática.

Examina y revisa periódicamente el plan de los cuidados, siempre que es posible en colaboración con otros miembros del equipo de salud / social, de los clientes y de los dispensadores.

Mantiene un plan actualizado y preciso de los cuidados, y los correspondientes registros.

2.1.4. EJECUCIÓN

Aplica procedimientos, tratamientos e intervenciones comprendidos en el ámbito de la autoridad jurídica y de la práctica ampliada y que están en conformidad con las normas de la enfermería y de la mejor práctica.

Documenta de manera precisa y oportuna las intervenciones y las respuestas de los pacientes.

Adapta las intervenciones a las necesidades del paciente y del entorno en situaciones imprevistas o rápidamente cambiantes.

Moviliza y coordina los recursos y asume la dirección en situaciones de urgencia y de catástrofes.

2.1.5. EVALUACIÓN

Sigue de cerca y documenta de manera precisa y completa los progresos realizados en la consecución de los resultados previstos.

En consulta con los pacientes, familias y dispensadores de cuidados, participa en la evaluación interdisciplinaria de los progresos realizados en la consecución de los resultados previstos.

Utiliza los datos de la evaluación para influir en las estrategias de prestación de los cuidados y en las tendencias futuras de la práctica.

2.1.6. COMUNICACIÓN TERAPEÚTICA Y RELACIONES INTERPERSONALES

Inicia, desarrolla o interrumpe las relaciones terapéuticas utilizando capacidades adecuadas de comunicación y de relaciones interpersonales.

Mantiene una relación que respeta los límites entre ella misma y el cliente.

Escucha a los demás de manera imparcial, respeta los puntos de vista de los demás y fomenta la expresión de opiniones y perspectivas diversas.

Transmite de manera clara, coherente y precisa, de palabra, por escrito o por medios electrónicos, la información que corresponde al ámbito de su responsabilidad profesional y mantiene la confianza en los cuidados.

Actúa de manera respetuosa y culturalmente adecuada para con los pacientes, las familias y los dispensadores de cuidados, que provienen de otras culturas.

Defiende y ayuda a establecer políticas que facilitan el acceso de los pacientes a la información pertinente para su situación.

Adopta medidas encaminadas a establecer mecanismos eficaces para comunicar y compartir información con otros miembros del equipo de salud que participan en la prestación de los servicios.

2.2. DIRECCIÓN Y GESTIÓN

Defiende y aplica en el sistema de salud políticas y estrategias destinadas a establecer entornos favorables para la práctica profesional y recurre a las mejores prácticas de contratación, retención y desarrollo de los recursos humanos.

Se ocupa de la planificación de la sucesión y de la preparación activa de futuros dirigentes mediante la formación, la capacitación y la actividad de mentor.

Aborda los conflictos de manera pronta y creativa, reconociendo las posibilidades de nuevas soluciones.

Crea confianza en sí misma y en la organización, que inspira a otras personas adaptando comportamientos de dirección para conseguir de los otros la máxima contribución.

Crea una visión y actúa para dotar a todos los miembros del equipo de un sentido de propiedad y control de su trabajo.

Establece prioridades entre los casos, gestiona el tiempo eficazmente y asigna recursos para obtener los mejores resultados.

Desarrolla y aplica mecanismos de vigilancia y evaluación periódicas de las políticas que inciden en los servicios enfermeros y los traduce en planes, estructuras y programas de salud; promueve y defiende las políticas encaminadas a la asignación de recursos para favorecer la formación y el desarrollo profesional en el contexto laboral.

Introduce, evalúa y gestiona la innovación y el cambio en el sistema de salud, fomentando la creatividad.

2.2.1. ENTORNO SEGURO

Recurre a evaluaciones periódicas para identificar los riesgos actuales y posibles, contra la seguridad del entorno, del paciente y del personal, y comunica sus dificultades a la autoridad competente.

Recurre a múltiples intervenciones y estrategias de gestión de riesgos para iniciar el cambio y mantener, dentro del sistema, entornos seguros que cumplen la legislación y satisfacen los requisitos de salud y seguridad.

Se cerciora de que se aplican las prácticas y procedimientos necesarios para el almacenamiento, la administración y el registro seguros y adecuados de las sustancias terapéuticas.

Con arreglo a la facultad de recetar, selecciona, receta y administra los medicamentos, según las dosis, las vías y las pautas de frecuencia adecuadas, sobre la base de un conocimiento preciso de los efectos farmacológicos y las terapias paralelas.

Es dinámica al poner de relieve y proponer mejoras de las estrategias de lucha contra las infecciones para todos los lugares de la práctica profesional.

Contribuye a la formulación de planes para los servicios en los casos de catástrofes y para la recuperación.

2.2.2. DELEGACIÓN Y SUPERVISIÓN

Delega en otros las actividades según su capacidad, el nivel y grado de preparación, y el ámbito legal de la práctica profesional.

Ofrece estrategias de apoyo para la actividad de mentor, la formación y la capacitación, como parte de sus deberes de supervisión.

Mantiene la responsabilidad y el deber de rendir cuentas cuando delega en otros algunos aspectos de los cuidados.

Contribuye a la elaboración de políticas y protocolos relacionados con la delegación de responsabilidades clínicas de la Enfermería y entre las profesiones de salud.

2.2.3. ATENCIÓN DE SALUD INTERPROFESIONAL

Crea un entorno favorable a la confianza y al conocimiento y familiarización con las capacidades de todos los profesionales que intervienen y contribuyen a la prestación del cuidado de salud. Crea equipos de negociación y de solución de conflictos para establecer asociaciones intrapro-

fesionales e interprofesionales, y colaboraciones entre organismos y comunidades para mejorar la calidad de los cuidados y resolver las deficiencias del acceso y los obstáculos que se oponen a él.

Promociona activamente prácticas de colaboración interprofesionales e intraprofesionales.

Presenta las opiniones de los pacientes, de las familias o de otros profesionales cuando adopta decisiones el equipo interprofesional e intraprofesional, y ayuda o dirige en la negociación de decisiones recíprocamente acordadas.

Envía y recibe pacientes derivados de otros dispensadores de atención de salud para mantener la continuidad de los cuidados y lograr la mejor intervención disponible.

Acepta el deber de rendir cuentas y la responsabilidad de la gestión de los casos a ella encomendados.

3. DESARROLLO PROFESIONAL, PERSONAL Y DE LA CALIDAD

3.1. MEJORA DE LA PROFESIÓN

Lidera la búsqueda de evidencia y de las mejores prácticas profesionales y dirige la preparación y adaptación de las normas al contexto de la práctica.

Articula y promueve la función de la enfermería de práctica avanzada en los contextos clínico, político y profesional.

Actúa como eficaz modelo funcional para los estudiantes y en el equipo de atención de salud.

Actúa como recurso de la práctica avanzada de enfermería para los estudiantes, los demás miembros del equipo de salud, los planificadores de la salud y el público

Contribuye al desarrollo de los nuevos conocimientos y de la práctica llevando a cabo investigación, difusión de las conclusiones e incorporación de éstas a la práctica profesional;

Defiende y participa para conseguir que el público, la legislación y el empleador reconozcan las cualificaciones de la enfermería de práctica avanzada, y protejan el título y el ámbito de la práctica.

Busca en el entorno mundial las nuevas tendencias de la práctica avanzada y del cuidado de la salud e influye en las políticas de servicios sociosanitarios sobre la disponibilidad y acceso a los servicios de EPA.

3.2. MEJORA DE LA CALIDAD

Transfiere e integra la investigación para conseguir pruebas basadas en la práctica con el fin de mejorar la seguridad, la eficiencia y la eficacia de los cuidados

Participa en la supervisión y en el examen intradisciplinario e interdisciplinario con sus homólogos, para mejorar las experiencias y resultados en los pacientes.

3.3. FORMACIÓN CONTINUA

Examina periódicamente su propia práctica mediante la reflexión, el examen y evaluación críticas y la revisión por homólogos.

Asume la responsabilidad del aprendizaje a todo lo largo de la vida, su propio desarrollo profesional y el mantenimiento de la competencia.

Fomenta la aplicación de programas que favorezcan la formación interdisciplinar del cuidado de la salud.