

Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros

en la atención primaria de salud



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Washington, D.C.
2018

Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud
ISBN: 978-92-75-32003-7

© Organización Panamericana de la Salud 2018

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están disponibles en su sitio web en (www.paho.org). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web (www.paho.org/permissions).

Forma de cita propuesta. Organización Panamericana de la Salud. Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS; 2018.

Catalogación en la Fuente: Puede consultarse en <http://iris.paho.org>

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

ÍNDICE

Abreviaciones.....	v
Agradecimientos	vii
Prólogo.....	ix
Presentación	xi
1. Introducción.....	1
2. Ampliación del rol de las enfermeras en el primer nivel de atención en salud	7
3. El rol de la enfermera de práctica avanzada en la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe.....	13
4. Competencias centrales en la formación de enfermeras de práctica avanzada.....	19
5. Pasos para implementar el rol de la enfermera de práctica avanzada.....	25
6. Estrategias de acción.....	31
7. Conclusiones.....	35
Referencias.....	37

ABREVIACIONES

APS	Atención primaria de salud
CIE	Consejo Internacional de Enfermería
EPA	Enfermera de práctica avanzada
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud

AGRADECIMIENTOS

Esta publicación de la Unidad de Recursos Humanos para la Salud de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) fue coordinada por Silvia Cassiani, Asesora Regional de Enfermería y Técnicos de Salud de la OPS/OMS.

La OPS/OMS agradece la contribución de las siguientes personas por la revisión técnica de la obra: María Consuelo Cerón Mackay (decana, Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de los Andes, Chile), Augusto Ferreira Umpiérrez (Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud/UCUDAL), Zoraida Fort (Universidad Católica del Uruguay), Esther Gallegos Cabriaes (Facultad de Enfermería Universidad Autónoma de Nuevo León), Elena Gonzalo-Jiménez (Escuela Andaluza de Salud Pública), Claudia Leija Hernández (Directora de Enfermería, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez de México), Laura Morán Peña (Presidenta de ALADEFE), Marina Peduzzi (Universidad de São Paulo), Mercedes Pérez Díez del Corral (Facultad de Enfermería de la Universidad de la República), Paz Soto (Presidenta de la Asociación Chilena de Educación en Enfermería), Lucia Vergara (División de Atención Primaria, Ministerio de Salud, Chile) y Rosa Zárate Grajales (Escuela de Enfermería y Obstetricia de la UNAM).

Asimismo, se agradece la colaboración de las internas de la OPS/OMS durante el 2016-2017 Francisca Aguirre Marques, Maynara Fernanda Carvalho Barreto y Maria Cristina Hoyos.

PRÓLOGO

Por más de cuarenta años la atención primaria de salud (APS) ha sido reconocida como la piedra angular de un sistema de salud eficaz y receptivo.

La Declaración de Alma-Ata de 1978 reafirmó el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, con la equidad, la solidaridad y el derecho a la salud como valores fundamentales. Hizo hincapié en la necesidad de servicios de salud integrales, no solo curativos sino también servicios que aborden las necesidades en cuanto a la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación y el tratamiento de enfermedades comunes. Un fuerte primer nivel de atención es la base para el desarrollo del sistema de salud.

Los países de la Región empezaron la aplicación del enfoque de la APS en 1980, pero varios factores, incluida la crisis económica y las políticas de ajuste estructural condujeron a que la visión de Alma-Ata perdiera fuerza. El lema de Alma-Ata, “Salud para todos en el año 2000” fue la convocatoria del movimiento, que subrayó la necesidad de participación comunitaria y coordinación intersectorial en la APS.

El Informe Mundial de la Salud del 2008, “Ahora Más que Nunca”, restableció a nivel mundial la necesidad de que el enfoque de la APS aporte pruebas concretas de que la APS es asequible y tiene un mayor impacto en la provisión de atención de salud donde viven las personas.

En el 2014, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud adoptaron la *Estrategia para acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, que reitera el derecho a la salud, la solidaridad y la equidad, y promueve el desarrollo de sistemas de salud basados en la APS.

Los recursos humanos son esenciales para satisfacer las necesidades cambiantes de salud de la población y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Sin embargo, es necesario abordar las brechas que existen entre los perfiles de competencia de los profesionales de la salud y las necesidades en la APS.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) ha apoyado a los países en el establecimiento de equipos interprofesionales de APS, en la transformación de la educación en salud, y en el desarrollo de capacidades en la planificación estratégica y gestión de los recursos humanos para la salud.

La enfermería puede desempeñar una función crucial en el avance de la APS. Los nuevos perfiles como el personal de enfermería de práctica avanzada, como se señala en este documento, pueden ser fundamentales en este esfuerzo, y en particular, en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención, especialmente en zonas rurales y subatendidas.

James Fitzgerald

*Director del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud*

PRESENTACIÓN

El interés por la enfermería de práctica avanzada ha aumentado en los últimos años en la Región de las Américas, en particular en los países latinoamericanos. Los debates que han surgido a este respecto han dado lugar a cuestionamientos, —internos y externos a la profesión— sobre los distintos roles, y su ampliación, que desempeñan las enfermeras en la atención primaria de salud, así como respecto al perfil de las enfermeras de práctica avanzada y su incorporación a los sistemas de salud. Los encargados de tomar decisiones, los gobiernos, las instituciones públicas y privadas de salud, los formadores de opinión, los gestores y los profesionales de la salud, precisan de directrices claras que permitan consolidar y apoyar el avance de la enfermería.

El déficit de médicos y, sobre todo, de enfermeras licenciadas en la Región es evidente; a lo anterior se aúna una distribución inadecuada del personal existente. Las zonas urbanas y con más recursos económicos atraen a la mayoría de estos profesionales, mientras que las áreas más vulnerables, tanto en las grandes ciudades como en las zonas remotas, disponen no solo de un número restringido de médicos y enfermeras, sino también de una limitada capacidad y autonomía para prestar los servicios de atención primaria de salud necesarios.

La enfermería puede contribuir considerablemente al desarrollo y buen funcionamiento de los sistemas de salud de la Región. Sin embargo, sus profesionales enfrentan hoy en día situaciones que limitan su capacidad y su pleno potencial a menudo no es reconocido ni aprovechado. En Canadá, Finlandia, Estados Unidos de América y el Reino Unido, y en fechas más recientes en Australia e Irlanda, las enfermeras licenciadas con una formación universitaria de cuatro a cinco años, pueden asumir más funciones en las zonas vulnerables y con autonomía, dentro de los programas de atención primaria de salud establecidos por los Ministerios de Salud, además de contribuir a la reducción de la mortalidad en las zonas remotas y subatendidas.

En un futuro cercano, la ampliación del rol de enfermeras y enfermeros mediante la formación y la regulación adecuadas podría ser una medida que apoye el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, ya que estos profesionales poseen una formación en niveles avanzados, además de las habilidades y los conocimientos basados en la evidencia necesarios para promover la salud, la prevención y el control adecuado de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Su participación en equipos interprofesionales de salud y en

los servicios de atención primaria de salud puede convertirse en realidad en todos en los países de la Región y no solo en aquellos con mayor desarrollo.

Para lograr la ampliación del rol de enfermeros y enfermeras en la atención primaria de salud, es necesario llevar a cabo un trabajo colectivo donde participen los diversos actores sociales involucrados en los procesos de formación profesional y de atención en salud, el personal de salud, los gobiernos y los gremios de profesionales de la salud. Este documento es una contribución a dicho trabajo y su objetivo es recomendar a los ministerios de Salud el establecimiento de las condiciones para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud con la capacidad, el número y la distribución de los recursos humanos en salud y enfermería adecuados.

Fernando Antonio Menezes da Silva

*Jefe de la Unidad de Recursos Humanos para la Salud
Departamento de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud*

1. INTRODUCCIÓN

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura se construye a partir del acceso universal, oportuno y efectivo a los servicios. Por otra parte, la falta de universalidad al acceso y a una cobertura apropiada implica un costo social considerable, con efectos catastróficos para los grupos de población más vulnerables.

En términos cuantitativos, 30% de la población en la Región de las Américas carece de acceso a los servicios de salud por razones financieras y 21% tiene limitaciones al mismo debido a las barreras geográficas (1).

En la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), se establece que “las poblaciones en situación vulnerable, en extremos de la vida, las mujeres, los niños y niñas, las minorías étnicas, las poblaciones indígenas y afrodescendientes, los migrantes, los pacientes con enfermedades crónicas o incapacitantes, entre otros, son los grupos más afectados por este problema” (1).



Las poblaciones en situación vulnerable, en extremos de la vida, las mujeres, los niños y niñas, las minorías étnicas, las poblaciones indígenas y afrodescendientes son los grupos más afectados en cuanto acceso y cobertura universal de salud.

Por otra parte, el envejecimiento poblacional exige los servicios de un número creciente de trabajadores de la salud cada vez más capacitados y que puedan atender las necesidades de las personas mayores. El aumento de pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer requiere la intervención de un gran número de profesionales en los niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria (2). No obstante, el desafío actual consiste en lograr una densidad y una distribución adecuadas de profesionales que participen en la promoción y en los servicios de la atención primaria de salud (APS).

El recurso humano para la salud es fundamental para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (3). La formación de una fuerza de trabajo eficiente y eficaz que pueda responder a las prioridades del siglo XXI requiere de una asociación efectiva entre la oferta y las capacidades de los recursos humanos para satisfacer, las necesidades de atención de salud tanto actuales como futuras (4).

El déficit global de recursos humanos para la salud se ha agravado debido a la transición epidemiológica que ha surgido en la Región desde hace varias décadas, así como a la redistribución de la carga de la discapacidad y la mala distribución y migración de los profesionales de la salud (4, 5).

La OMS ha estimado que para el año 2035, el déficit mundial de trabajadores de la salud será de 12,9 millones. Actualmente este déficit es de alrededor de 7,2 millones, de los cuales 4,3 millones corresponden a los médicos y a las enfermeras* (6). Si bien la escasez es mundial, los países en el ámbito de desarrollo son los más afectados (2, 7, 8).

En cuanto a la distribución del recurso humano en salud, la mayoría de los profesionales se concentran en las zonas urbanas y en los servicios de atención terciaria, en detrimento de la atención primaria en salud (2, 7, 8). En consecuencia, una parte importante de la población, principalmente la que reside en zonas remotas, carece de acceso a los servicios de salud o a los de un profesional calificado, debido a la dificultad para retener a estos profesionales en esas áreas (7, 8).

Los países en el ámbito de desarrollo también enfrentan la migración de sus profesionales de salud. Países con ingresos altos como Estados Unidos de América e Inglaterra llegan a tener hasta 18 veces más médicos per cápita que las naciones de África. No obstante esta disparidad, la migración persiste porque contribuye a cerrar brechas y a satisfacer la demanda de personal de salud de los países receptores donde, usualmente, se ofrecen incentivos a los profesionales que aceptan trabajar en zonas desatendidas, lo cual tiene un impacto negativo en los países de origen (8).

* En este documento se usará el término femenino “enfermera” o “enfermeras” como genérico, considerando que alrededor de 85% de esa fuerza de trabajo está conformada por mujeres. Asimismo, el término hace referencia a las profesionales de la enfermería licenciadas, registradas o graduadas.

En el actual mundo globalizado, es difícil limitar el fenómeno migratorio e impedir la búsqueda de mejores oportunidades de vida y laborales. Ante esta situación, se han propuesto algunas estrategias –como la de capacitar y retener a los profesionales de salud– para que las fuerzas laborales permanezcan en los países de origen, mediante la creación de planes nacionales que mejoren los salarios y las condiciones de trabajo, renovando los planes educativos y dinamizando los perfiles de los trabajadores (9).

Los médicos de América Latina y el Caribe, al igual que sucede en otras regiones del mundo, tienden a migrar a la práctica de la medicina especializada y a los niveles de atención terciarios, alejándose de los servicios de atención primaria de salud, lo cual crea un vacío en este nivel. En la Región de las Américas, la distribución de los médicos varía según el país: así por ejemplo, Argentina, Cuba, las Islas Caimán y Uruguay tienen la mayor proporción, entre 40 y 70 médicos por cada 10 000 habitantes (hab.), mientras que en Guyana y Haití el indicador es de 7 médicos por cada 10 000 hab. (10).

En Estados Unidos de América y el Reino Unido, la distribución de médicos y enfermeras es de 12,7 y 12,3 por cada 1 000 hab., respectivamente. En los países económicamente menos desarrollados el panorama es muy distinto; por ejemplo, en el África subsahariana las cifras se reducen a 1,1 médico y enfermera por cada 1 000 hab. (2) y se ha estimado que el continente africano requiere, al menos, de un millón de trabajadores adicionales a fin de ofrecer los servicios básicos que permitan alcanzar los ODS (7).

En 2015, la 68ª Asamblea Mundial de la Salud reconoció que las metas se lograrán si existe una inversión estratégica y sustantiva en los recursos humanos, considerando que los sistemas públicos de salud no están capacitando ni reclutando al número suficiente de trabajadores de salud (4, 11). Durante la reunión sobre el diálogo político acerca de la fuerza de trabajo en enfermería, sostenida en Ginebra el 6 y 7 de abril 2017, el Banco Mundial propuso duplicar la demanda de trabajadores de la salud con la creación de 40 millones de empleos, para avanzar hacia el logro de los objetivos globales de salud (12). En este sentido, un paso indispensable contemplado en la Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: Personal Sanitario 2030 consiste en dar prioridad a la inversión para mejorar la capacidad resolutive del primer nivel de atención (4).

En este contexto, los países de la Región han comenzado a establecer estrategias para aumentar la densidad de recursos humanos para la salud. Así por ejemplo, en 2013 el Gobierno de Brasil creó el programa *Mais Médicos* con el objetivo de disminuir la escasez de médicos en las zonas distantes y mejorar las estrategias de atención primaria y de medicina familiar en zonas sin acceso a los servicios de esos profesionales (13, 14).

Inicialmente *Mais Médicos* promovió la contratación de médicos brasileños y extranjeros para la red pública de salud de municipios del interior y en las periferias de las grandes ciudades. Posteriormente se incorporaron médicos cubanos que prestan sus servicios en el marco de un

paquete ofrecido por el Gobierno de Cuba al Ministerio de Salud de Brasil, con la intermediación de la OPS. Por otra parte, médicos portugueses, argentinos y españoles se inscribieron de manera voluntaria en *Mais Médicos* (13, 14). Los resultados de las evaluaciones indican que el programa ha llegado a 4 058 municipalidades y 34 distritos indígenas, aumentando el acceso a los servicios en zonas con gran vulnerabilidad social y dificultades geográficas (15). Se concluyó que *Mais médicos* ha permitido reducir la escasez de médicos en la APS en Brasil (13, 15).

Otras estrategias para suplir el déficit de profesionales de salud incluyen las reformas en la educación superior destinadas a fortalecer las competencias y habilidades en el primer nivel de atención, y la promoción del cambio de roles con la demarcación de responsabilidades (2, 6, 9).

Las evidencias indican que los servicios de salud son más efectivos cuando se incrementa la densidad de la fuerza de trabajo, incluso que cuando se invierte en otros componentes del sistema de salud. Por ejemplo, se ha alcanzado una mayor cobertura de vacunación cuando ha habido un aumento del recurso humano en programas de vacunación y cuando ha sido distribuido entre las comunidades (6).

En cuanto a los recursos humanos de enfermería, existe una distribución heterogénea tanto entre los países de la Región como al interior de cada uno de ellos. La proporción de enfermeras (licenciadas o registradas y técnicas de enfermería) por 10 000 hab. va desde 111,4 en Estados Unidos de América hasta 3,5 en Haití. La mediana es de 10,4 enfermeras por 10 000 hab. En la mitad de los países el índice de enfermeras por 10 000 hab. es menor o igual a 10,4. No obstante, existe una variación amplia y cabe considerar que Estados Unidos de América (111,4), Canadá (106,2) y Cuba (81,3) tienen la mayor proporción de enfermeras por 10 000 hab. (2, 10).

La razón de enfermeras por médicos en el mundo también es desigual; mientras que en la Región de África es de 8 enfermeras por un médico, en la Región del Pacífico Occidental es de 1,5 por un médico (2). En Canadá, Estados Unidos de América y algunas islas del Caribe, existen 4 enfermeras por médico. En Guyana, México y Suriname, esa relación es de 1,1 a 1,8 enfermeras por médico, mientras que en Colombia, Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, Perú, República Dominicana y Venezuela, la razón puede ser de una a menos de una enfermera por cada médico (2, 10), es decir, en esos países hay más médicos que enfermeras.

La enfermería, que incluye a las enfermeras licenciadas, los técnicos y las auxiliares de enfermería, es la categoría más numerosa del recurso humano en salud en la mayoría de los países de la Región. En la reunión de la OMS *Policy Dialogue Meeting on the Nursing Workforce*, celebrada en Ginebra el 6 y 7 de abril del 2017, con la participación de 19 representantes de instituciones gubernamentales, académicas y asociaciones de enfermería, se planteó que la enfermería es un elemento fundamental para lograr los objetivos de la estrategia global, y que se deben apoyar los avances en la cualificación técnica de todos los trabajadores de la

enfermería, además de desarrollar los instrumentos políticos necesarios para su fortalecimiento y reconocimiento (12).

La campaña global del Reino Unido llamada *Nursing Now* (Enfermería Ahora), (16) surgida a partir del “Report by the All-party Parliamentary Group on Global Health–Triple Impact”, destaca la urgente necesidad de elevar el perfil de las enfermeras y permitir que desarrollen todo su potencial. Se recomienda que el gobierno del Reino Unido, junto con el Secretariado de la Comunidad de Naciones, la Unión Europea, la OMS y otros organismos internacionales, colaboren para elevar el perfil de la enfermería y que éste sea el eje central de las políticas de salud; que apoyen los planes para aumentar el número de enfermeras formadas y empleadas globalmente; que desarrollen líderes en enfermería y enfermeras líderes; que habiliten enfermeras que desarrollen todo su potencial; que recolecten y diseminen evidencia del impacto positivo de la enfermería en el acceso, la calidad y los costos de la atención a la salud, asegurando su incorporación en las políticas y que estas últimas se desarrollen y ejecuten para lograr el triple impacto de la enfermería en la salud, la igualdad de género y la economía (16).



La enfermera de práctica avanzada representa un paso fundamental para fortalecer y ampliar el sistema y el acceso a la atención primaria de salud.

La enfermera desempeña un papel primordial en el sistema de salud pública de un país. (Enfermera licenciada, Ecuador)

Para lo anterior, se propone que las organizaciones y asociaciones canalicen sus esfuerzos para promover inversiones en la fuerza de trabajo de enfermería, contando con la participación de las asociaciones estudiantiles, las instituciones académicas, el sector público y el privado, los encargados de planificar las políticas y los responsables de la toma de decisiones, con el fin de explorar plenamente el potencial de la práctica de la enfermería para transformar el modelo de cuidado en salud.

*La enfermera
articula la
atención primaria,
coordinando equipos
y desempeñándose
como el profesional
con mayor cercanía
a la comunidad.
(Enfermera
licenciada, Panamá)*

La OMS ha definido los pasos necesarios para enfrentar los desafíos de la enfermería: *a)* desarrollar e implementar estrategias efectivas para reclutar y retener enfermeras y parteras para lograr una masa profesional crítica, mejorando los déficits de recursos humanos de salud; *b)* estandarizar los requisitos de ingreso para la educación y las calificaciones pre y posgrado para garantizar la movilidad profesional; *c)* construir una masa crítica de educadores competentes para capacitar a los investigadores y líderes del futuro; *d)* promover una mayor integración interprofesional en los equipos de prestación de asistencia sanitaria en todos los niveles del continuo de cuidado; *e)* desarrollar roles de práctica nuevos y avanzados con trayectorias profesionales establecidas desde el inicio de la carrera profesional (17).

En este contexto, es imprescindible presentar el rol de la enfermera de práctica avanzada (EPA) en la atención primaria de salud como respuesta, por un lado, a las crecientes necesidades de salud de la población y, por el otro, al déficit en el acceso de la población a los recursos humanos para la salud capacitados y bien distribuidos.

2. AMPLIACIÓN DEL ROL DE LAS ENFERMERAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD

La enfermería incluye a una variedad de profesionales como licenciados, técnicos o tecnólogos y auxiliares.

* La situación de la enfermería se requiere, sobre todo, aumentar el número y la calificación de las enfermeras licenciadas, además de que retomen su rol en la atención primaria de salud. El cuidado directo del paciente es la génesis de la atención en enfermería; no obstante, hoy en día el rol de la enfermera se enfoca, particularmente, hacia la gestión administrativa de los cuidados.

En muchos países de la Región, la enfermera licenciada está subordinada al médico y tiene una limitada autonomía profesional. La atención del paciente, en todos los niveles, está en manos de auxiliares o técnicos de enfermería. Las enfermeras licenciadas, a pesar de ser las más calificadas desde el punto de vista de la formación, son pocas y están dedicadas a las actividades gerenciales.

En Canadá y Estados Unidos de América se implementó, a mediados de la década de 1960, la figura de la *nurse practitioner* (enfermera autorizada para hacer prescripciones médicas) o EPA. Se trata de las enfermeras licenciadas con una práctica profesional autónoma, empleadas en

En México, las profesionales de enfermería de las zonas rurales carecen de estudios de licenciatura; sin embargo, en ellas recae gran parte del sistema nacional de vacunación. (Enfermera licenciada, México)

* Se denomina enfermeras licenciadas, o enfermeras registradas, a las profesionales con una preparación universitaria de cuatro o cinco años. Las tecnólogas de enfermería cuentan con educación secundaria y hasta tres años de formación profesional o educación a nivel técnico. Las técnicas de enfermería poseen entre dieciocho meses y tres años de formación de nivel medio, y las auxiliares o asistentes básicos de enfermería tienen una educación básica que oscila entre un año a un año y medio de capacitación formal, con una carga horaria de 900 a 1 800 horas de curso.

los servicios de salud o que trabajan de manera independiente, y que son ampliamente reconocidas en el sistema de salud y demandadas por la población (18, 19).

Desde hace algunos años Australia, Canadá, Estados Unidos de América, Hong Kong y Nueva Zelanda han implementado los roles avanzados de enfermería. Por otra parte España, Estados Unidos de América, Holanda, el Reino Unido y Suiza son ejemplos de países cuyo interés político en la ampliación del rol de las enfermeras surgió a partir del déficit de médicos de familia, de los cambios en los sistemas de salud y del desarrollo de nuevos modelos de atención a la salud. De igual manera, los cambios en la legislación, la política y las reformas al sistema de salud en Australia, China y Finlandia, representaron una oportunidad para la incorporación de las EPA.

En Finlandia, el desarrollo de roles avanzados se promovió por medio de: los programas de políticas sociales y de salud adoptados por el gobierno; los planes de acción de enfermería basados en los programas sociales y de salud nacionales; la asignación de subvenciones estatales para proyectos piloto municipales; la legislación sobre nuevas responsabilidades profesionales; la prescripción por enfermeras de salud pública; la educación de posgrado regulada, y las alianzas multiprofesionales y la cooperación entre diversos niveles, así como en el plano internacional (17).

ROLES DE LA EPA: EXPERIENCIA INTERNACIONAL

Programas para el seguimiento de pacientes crónicos en centros de salud. Australia, Inglaterra y Suecia.

Gestión de la demanda de pacientes con enfermedades agudas leves en centros de salud. Australia, Canadá, España, Estados Unidos de América, Finlandia, Inglaterra y Suecia.

Programas de gestión de enfermedades dirigidos por enfermeras para reducir el volumen de pacientes en consultas médicas especializadas (personas con diabetes, asma y/o enfermedad pulmonar obstructiva crónica

(EPOC) para la gestión de procesos en pacientes hospitalizados, con posibilidad de manejo de fármacos bajo protocolos. Australia, España, Holanda y Suecia.

Servicios de enfermería especializados para la gestión de casos de personas con enfermedades crónicas complejas: Australia, Canadá, Chipre, Dinamarca, España, Estados Unidos de América y Holanda.

Fuente: Gonzalo E. Enfermería de Práctica Avanzada: experiencias de Andalucía y España. Seminario en línea realizado por la OPS/OMS el 24 de mayo del 2017.

Las funciones o los roles más avanzados de las enfermeras se han implementado para: mejorar el acceso a la atención en zonas con suministro limitado de médicos; maximizar el acceso a la atención primaria en salud, y permitir un seguimiento intensivo de pacientes con enfermedades crónicas en atención primaria (17, 20, 21). En Islandia, se implementó un servicio de enfermería ambulatorio, con un rol ampliado de la enfermera para satisfacer las necesidades de pacientes con diabetes *mellitus* (17).



Los consultorios deben ser más flexibles y los profesionales no médicos deben asumir nuevos roles, empoderarse y desarrollar nuevas competencias en relación a los problemas y necesidades de la población (Director de Servicio Salud, Chile)

El fortalecimiento de las funciones más avanzadas de la enfermera permite, sobre todo, mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud, así como aumentar las perspectivas de la carrera y lograr la retención de estas profesionales en su país.

Sin embargo, los países de la Región enfrentan dificultades para implementar el rol de la EPA. En América Latina, por ejemplo, no existen ni la regulación ni la formación necesaria para las EPA en la APS. En cuanto al Caribe, Jamaica y Puerto Rico son los países que más han desarrollado los programas con la formación, la regulación y el mercado laboral instituidos.

Otro factor de consideración son los componentes centrales de la práctica avanzada, como la prescripción de medicamentos por parte de las enfermeras, que hoy en día sigue estando prohibida en muchos países. Al respecto, México cuenta con una regulación, relativamente

reciente, que permite a las enfermeras prescribir medicamentos ante la ausencia del médico, bajo una urgencia manifiesta y de acuerdo con los programas de la Secretaría de Salud.

No obstante, Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Panamá y Perú poseen un alto grado de acceso a la educación de posgrado en enfermería, de tal manera que en el futuro podrían ofrecer la formación necesaria a las EPA y contribuir a la introducción de estos roles.



Brasil está preparado para implementar la enfermería de práctica avanzada y aumentar la cobertura de la atención primaria a la salud, porque dispone de universidades que ofrecen una formación de calidad a las enfermeras. (Enfermera licenciada, Brasil)

En 2013, el 52° Consejo Directivo de la OPS aprobó la resolución CD52.R13 “Recursos humanos para la salud: aumentar el acceso a personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud”, en uno de cuyos incisos insta a los Estados Miembros a estimular *“reformas en la educación de las profesiones de salud para apoyar los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud y aumentar el número de plazas en las profesiones de atención de salud pertinentes para la atención primaria de salud, incluidos los médicos de familia, las enfermeras de práctica avanzada y los especialistas clínicos que no son médicos, de acuerdo con las prioridades y las políticas en la atención primaria de salud”* (22).

De acuerdo con el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), la EPA 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.” (23)

La OPS/OMS considera a la EPA como una profesional con formación de posgrado que, integrada al equipo interprofesional de los servicios de primer nivel de atención de salud, contribuye a la gestión de los cuidados de pacientes/usuarios con enfermedades agudas leves y trastornos crónicos diagnosticados, bajo las directrices de protocolos o guías clínicas. El ejercicio profesional ampliado se diferencia del que desempeña la enfermera del primer nivel de atención por el grado de autonomía en la toma de decisiones, incluyendo el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del paciente.

Los roles ampliados de las EPA propuestos para los países de América Latina son:

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

La enfermera actúa en lugares distantes y también en los grandes centros, determinando una práctica diferencial en la atención primaria de salud. (Enfermera licenciada, Brasil)

El rol de las EPA está sustentado en los modelos de cambio de tareas o *task shifting*, y de combinación de habilidades o *skill mix*. El cambio de tareas es un proceso mediante el cual las tareas se trasladan, permitiendo reorganizar la fuerza de trabajo y hacer más eficiente el uso de los recursos humanos; se aplica en el contexto de la atención a la salud como respuesta a la escasez de profesionales de la salud. Asimismo, se vincula con el objetivo de promover un marco claro y reglamentado que defina y delimite las actividades y las prácticas de atención de cada profesión y entre los diferentes profesionales. La política de cambio de tareas es efectiva y ha sido exitosa en varios servicios; no obstante, cabe considerar la necesidad de realizar estudios de largo plazo y evaluar otros desenlaces en el tiempo (24).

En el contexto de cambio de tareas o *task shifting*, las EPA ejercerían ciertas tareas del médico en la atención primaria de salud, además de otras actividades que incluirían el diagnóstico y tratamiento médico, aunque siempre desde un modelo de atención de enfermería: preventivo, de promoción, holístico y centrado en el paciente (24).

El concepto de combinación de habilidades o *skill-mix* puede clasificarse en sustitución y diversificación. La sustitución se refiere al reemplazo de un profesional por otro para aumentar la eficiencia, mejorar los resultados y reducir los costos. La diversificación consiste en introducir

nuevos grupos profesionales para ampliar el rango de habilidades que pueden ser provistas. La diversificación sería, en ese caso, lo que mejor se aplicaría al concepto de las EPA en la APS, ya que no se pretende sustituir o reemplazar a ningún profesional (24).

Las revisiones sistemáticas muestran que la EPA es efectiva y tiene un papel resolutivo en la atención primaria (20, 21). Los roles de la EPA también se han evaluado en el contexto del cuidado de pacientes crónicos y, entre los resultados, se ha encontrado una disminución de la depresión, la incontinencia urinaria, las lesiones por presión y el uso de contención mecánica (20). La EPA mejora la accesibilidad a los servicios de atención primaria, al tiempo que permite reducir los costos (25).

Las evaluaciones del impacto de la EPA en la atención de salud han evidenciado una alta tasa de satisfacción usuaria, puesto que las enfermeras tienden a pasar más tiempo con el paciente y a proporcionar mayor información y asesoramiento. En términos del costo, cuando los nuevos roles implican la sustitución de tareas la tendencia es, o bien a reducirlos, o bien a neutralizarlos (26).



La EPA mejora la accesibilidad a los servicios de atención primaria, al tiempo que permite reducir los costos.

3. EL ROL DE LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Una de las estrategias propuestas para mejorar la prestación de servicios de salud, es revisar las funciones de los profesionales. Los países que han puesto en práctica el desarrollo de nuevas funciones para las enfermeras, han mejorado el acceso y la cobertura en áreas determinadas donde el recurso médico es limitado (12, 27, 28).

Una revisión del rol de la EPA aplicada a la APS, realizada en Australia, Bélgica, Canadá, Chipre, Estados Unidos de América, Finlandia, Francia, Irlanda, Japón, Polonia, el Reino Unido y la República Checa, mostró que las enfermeras pueden contribuir a mejorar el acceso a los servicios de salud y a reducir los tiempos de espera de los usuarios (29). Asimismo, se encontró que las EPA pueden ofrecer la misma calidad de atención que los médicos y que ésta es una práctica eficiente para los programas que requieren seguimiento de rutina (27, 29).

El CIE identifica las características de la EPA y provee las siguientes recomendaciones (23) con respecto a la preparación: se aconseja la formación en enfermería general en programas educativos con reconocimiento formal (acreditación o aprobación) con sistema formal de licenciamiento, registro, certificación y diplomas. En cuanto a la naturaleza de la práctica, se espera que la enfermera posea la habilidad para integrar la investigación (evidencia basada en la práctica), la educación y la administración clínica; alto grado de autonomía profesional y de independencia en la práctica; administración de gran cantidad de casos en un nivel avanzado; reconocimiento avanzado de competencias clínicas; la habilidad para proveer servicios de consulta con otros profesionales en salud; habilidad en la planeación, implementación y evaluación de programas; reconocimiento de primer punto de contacto para usuarios/clientes; autoridad para prescribir medicamentos y tratamientos; autoridad para derivar clientes a otros profesionales y para admitir pacientes en los hospitales; reconocimiento oficial de títulos

para enfermeras que trabajan en roles de práctica avanzada y legislación política o formas de mecanismos regulatorios específicos.

En complementariedad a lo propuesto por el CIE, Jhpiego (30) sugiere un modelo donde los estándares profesionales de la EPA se desarrollarían a partir del ámbito de la práctica profesional, las competencias, las políticas y los procedimientos.

El modelo hace evidente la necesidad de definir las categorías en el ámbito de la práctica; establecer las competencias y el estándar profesional para la práctica, y los servicios de salud y la educación, para luego establecer políticas y procedimientos relativos a la regulación, la práctica, los servicios, la educación continua y el desarrollo curricular.

Los dominios de las competencias esenciales para la EPA (23) son: *a) la experiencia en la práctica clínica*, que implica las competencias de consultor, colaborador, comunicador, uso de pensamiento crítico, y habilidades avanzadas de valoración, intervención y evaluación, así como habilidades de toma de decisiones éticas y utilización de herramientas de liderazgo. Lo anterior está dado por la especialidad y por el desarrollo de conocimientos en áreas como el diagnóstico y tratamiento, recurriendo a métodos diversos que comúnmente no son utilizados por las enfermeras –como por ejemplo el examen físico–, indicando la realización de pruebas diagnósticas e interpretándolas; planeando y administrando episodios completos de cuidados; trabajando en equipo, y delegando y resolviendo de forma apropiada para optimizar los resultados en salud y el uso de recursos. *b) Educador*: con las competencias de educación, mentor y modelo del rol. *c) Investigación*: capacidad para la monitorización y mejora de la calidad de los cuidados y efectividad de su propia práctica y de los demás; evaluación y selección de la mejor evidencia en la literatura y translación a la práctica. Asimismo, puede realizar sus propias investigaciones y publicar en revistas científicas. *d) Desarrollo profesional propio y organizacional*: incluye las competencias de agente de cambio y liderazgo, generando sistemas de gobernanza, implementando protocolos basados en evidencia, optimizando procesos, políticas y guías clínicas, incluyendo las competencias de administración como el desarrollo de políticas y de implementación, y la toma de decisiones, generando de forma proactiva las innovaciones en la práctica.

Es importante destacar que la formación de la EPA correspondería a un grado académico de maestría o doctorado, toda vez que la adquisición del conocimiento científico se logra a través de la educación formal, en estos niveles (23). Por esta razón, los docentes desde las universidades, podrán liderar, administrar y certificar el proceso de expansión del rol de las enfermeras en América Latina y el Caribe (28, 21).

Implementar la enfermería de práctica avanzada es importante para la población. Sin embargo, para alcanzar mejores resultados en la preparación de la práctica avanzada, el cambio deberá ocurrir desde la formación de las enfermeras en las universidades y en los sistemas de salud. (Enfermera licenciada, Perú)

Para obtener la certificación como EPA, la CIE ha sugerido que la profesional obtenga el grado académico de maestría o de doctorado, además de contar con experiencia clínica tanto previa como adquirida durante los estudios de maestría o de doctorado, y cubrir horas con supervisión clínica en el área de especialización avanzada (23).

En los países de América Latina que incorporen el rol de la EPA, será necesario uniformar un currículo central para la obtención del grado en un mismo país, de modo que se puedan obtener resultados y compararlos en los diferentes escenarios, incluso siguiendo estándares internacionales. No obstante, se deberá realizar una valoración de las necesidades de cada país para que las universidades ofrezcan capacitación especializada en los temas de salud pública identificados.

En esta perspectiva, se añade la necesidad de innovar los programas universitarios, reconociendo los años de experiencia y de competencias adquiridas (programas de experto) de las enfermeras que ya ejercen en la APS (23).



En los últimos años ha habido un aumento de cursos de enfermería comunitaria en las mallas curriculares para potenciar y fortalecer la formación en enfermería comunitaria. (Enfermera licenciada, Colombia)

Considerando la necesidad de establecer criterios para la formación de la EPA, la OPS/OMS propone planes de formación para las enfermeras licenciadas interesadas en los cursos de maestría profesional en la APS, las enfermeras recién egresadas de los cursos de formación y para aquellas que ya trabajan en los servicios APS.

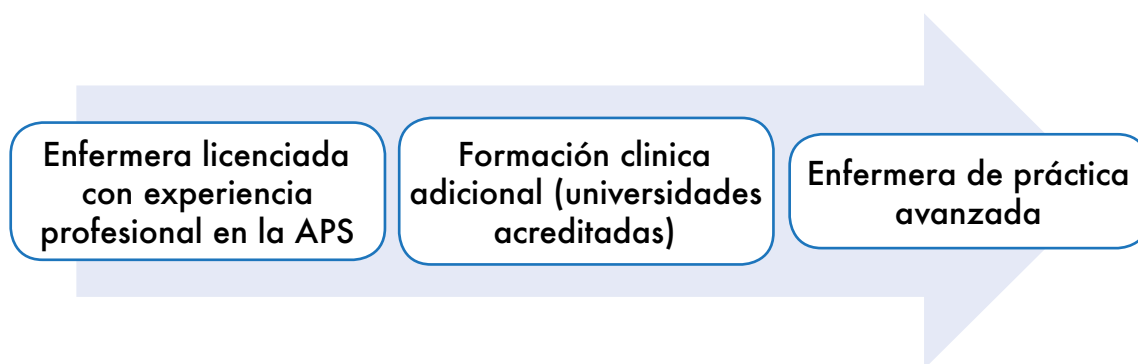
En el primer plan, identificado como el Modelo 1, las enfermeras licenciadas se formarían como EPA en programas de maestría profesional ofrecidos por las universidades acreditadas, con enfoque en la APS (figura 1).

Figura 1. Modelo 1.
Plan de formación para las enfermeras licenciadas



En el segundo plan, que corresponde al Modelo 2, las enfermeras licenciadas con experiencia profesional en las unidades de APS, se formarían a través de programas específicos y complementarios de enfermería de práctica avanzada ofrecidos por las universidades acreditadas. Los programas complementarios estarían integrados en un *curriculum* de actualización teórica y clínica, de conformidad con las competencias centrales de la enfermera de práctica avanzada (figura 2).

Figura 2. Modelo 2.
Plan de formación para las enfermeras licenciadas con experiencia profesional en la APS



En el tercer plan, Modelo 3, las enfermeras licenciadas, recién graduadas, se formarían a través de cursos de residencia en APS en universidades acreditadas y al término de dos años podrían graduarse con título de maestría y como enfermeras de práctica avanzada (figura 3).

Figura 3. Modelo 3.
Plan de formación en la EPA para las enfermeras recién graduadas



Los roles de la EPA también están determinados por las regulaciones y legislaciones nacionales. La regulación del profesional tiene el propósito de proteger a la población de prácticas inseguras; de asegurar la calidad de los servicios; de promover la formación continua, y de ofrecer a los usuarios y a la población las mejores competencias profesionales. Por lo tanto, para lograr los cambios necesarios en la implementación de la EPA, es fundamental que se ajusten las políticas y las regulaciones de la enfermería en vigor en los distintos países.

En las provincias y centros de salud, la mayoría de las enfermeras desempeñan el rol de la EPA de manera empírica y sin contar con la formación previa. (Enfermera licenciada, Colombia)

La responsabilidad de regular el rol profesional de los trabajadores de salud puede corresponder a los ministerios de salud, a otros órganos gubernamentales, a los consejos profesionales, o bien a otros órganos. La regulación del rol de EPA es distinta en cada país y entre los estados, como sucede en Estados Unidos de América. Los órganos profesionales y gubernamentales, así como los mismos profesionales, deberán acordar el proceso de regulación (30,31).



Es necesario definir la regulación política para establecer el rol de la enfermera de práctica avanzada. (Enfermera licenciada, México)

4. COMPETENCIAS CENTRALES EN LA FORMACIÓN DE ENFERMERAS DE PRÁCTICA AVANZADA

La formación e implementación del rol de las EPA requiere de una definición y de un consenso de sus competencias centrales, toda vez que estas pueden contribuir con información esencial y orientar la preparación, la práctica y la regulación de la enfermería.

Las competencias centrales de la EPA deben incluir la experiencia clínica; el liderazgo; la experiencia en atención al paciente (individual, familiar, grupal, comunitaria, poblacional); la atención y educación del paciente y de la familia; la investigación; la colaboración intra e interprofesional; la toma de decisiones éticas; la participación y representación política y el uso de la tecnología. En la página siguiente se presenta la propuesta de un modelo con siete dominios y 64 competencias centrales para la EPA, de acuerdo con el trabajo de Cassiani y colaboradores (32): (1) Gestión del cuidado: a) enfoque del cuidado, con tres competencias; b) valoración y diagnóstico, con siete competencias, y c) provisión del cuidado, con 10 competencias. (2) Ética, con cuatro competencias. (3) Colaboración interprofesional, con seis competencias. (4) Promoción y prevención en salud, con nueve competencias. (5) Práctica basada en evidencia con seis competencias. (6) Investigación, con cinco competencias. (7) Liderazgo, con 14 competencias.

El rol de la enfermera de práctica avanzada en la atención primaria de salud constituye un desafío para la profesión, en la medida en que desarrolla nuevas competencias y abre otros escenarios de práctica, autonomía, reconocimiento social y económico. (Enfermera licenciada, Bolivia)

Competencias centrales para la enfermera de práctica avanzada

Dominio: gestión del cuidado

a) Enfoque del cuidado

- Incorpora conocimientos de diversidad cultural y determinantes de la salud en la valoración, diagnóstico y manejo terapéutico de los clientes y en la valoración de resultados.
- Incorpora el conocimiento del desarrollo y de las etapas de la vida, fisiopatología, psicopatología, epidemiología, exposición medioambiental, enfermedades infecciosas, ciencias del comportamiento, demografía y procesos familiares, al realizar valoración, al hacer diagnósticos y al proporcionar manejo terapéutico.
- Incorpora el conocimiento de las manifestaciones clínicas de eventos normales de la salud, enfermedades/lesiones agudas, enfermedades crónicas, comorbilidades y emergencias en salud, incluyendo los efectos de múltiples etiologías en la valoración, diagnóstico y manejo terapéutico de los clientes y en la evaluación de resultados.

b) Valoración y diagnóstico

- Usa habilidades de valoración avanzada para diferenciar lo normal, las variaciones de lo normal y hallazgos anormales.
- Usa sistemas tecnológicos para capturar datos de variables para la valoración del cliente.
- Obtiene y documenta, de manera precisa, la historia relevante de los clientes en cada etapa de la vida y del ciclo de vida familiar, usando información colateral, si es necesario.
- Realiza y documenta con exactitud los exámenes físicos apropiados o centrados en los síntomas de los clientes de todas las edades (incluyendo tamizaje del desarrollo y conductuales, examen físico y evaluaciones de salud mental).
- Identifica factores de riesgo de salud y psicosociales de clientes de todas las edades y familias en todos los estadios del ciclo de vida familiar.
- Determina diagnóstico diferencial para condiciones agudas, crónicas y de riesgo vital.
- Planea estrategias de tamizaje y diagnóstico realizando un uso apropiado de la tecnología como herramienta, considerando los costos, riesgos y beneficios para los clientes.

c) *Provisión del cuidado*

- Provee cuidados consistentes de acuerdo con lo establecido en las guías clínicas y protocolos.
- Provee cuidados respetando y promoviendo la diversidad cultural.
- Comunica de manera efectiva abordando los hallazgos clínicos, el diagnóstico y las intervenciones terapéuticas.
- Determina las opciones de cuidados y formula un plan terapéutico en colaboración con los clientes considerando sus expectativas y creencias, la evidencia disponible y la costo efectividad de las intervenciones.
- Integra los principios de calidad y seguridad del paciente en la práctica clínica.
- Inicia un plan terapéutico realizando intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, tratamientos o terapias.
- Prescribe medicamentos dentro de su ámbito de acción (regulaciones y protocolos/programas nacionales).
- Monitorea el progreso del cliente, evaluando y ajustando el plan terapéutico de acuerdo a sus respuestas.
- Adapta intervenciones para lograr responder a las necesidades de las personas y familias en el envejecimiento, en las transiciones de la vida, en situaciones de comorbilidad, psicosocial y financieras.
- Realiza un plan de cuidados paliativos y del final de la vida, de manera apropiada

Dominio: ética

- Crea un ambiente terapéutico que permite que los clientes discutan libremente sus asuntos de salud.
- Facilita que la familia pueda tomar sus decisiones en salud.
- Integra principios éticos en la toma de decisiones.
- Reconoce dilemas morales y éticos, y actúa de manera apropiada si es necesario.

Dominio: colaboración interprofesional

- Colabora con el resto del equipo de salud en promover el cuidado interprofesional centrado en el cliente.
- Actúa como un consultor aceptando referencias de los profesionales del equipo de salud, agencias de la comunidad y otros profesionales externos al sistema de salud.
- Coordina equipos interprofesionales en la provisión de cuidados al cliente.
- Promueve espacios de aprendizaje entre los miembros del equipo de salud para optimizar el cuidado del cliente.
- Establece una relación colaborativa con los proveedores de servicios de salud y los servicios comunitarios.
- Consulta y/o refiere a los clientes a otros proveedores de servicios de salud, en cualquier momento del continuo del cuidado, cuando la condición del cliente no está dentro de su ámbito de acción.

Dominio: promoción y prevención en salud

- Participa en el desarrollo e implementación de los programas de promoción de la salud en su localidad.
- Selecciona, implementa y evalúa estrategias basadas en la evidencia para la promoción de salud y la prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Actúa para empoderar a individuos, grupos y comunidades, con el fin de que adopten estilos de vida saludables y el autocuidado.
- Interpreta información técnica y científica de salud de manera apropiada para las diferentes necesidades de los clientes.
- Valora las necesidades educacionales de los clientes y cuidadores para proveer cuidados de salud personalizados y efectivos.
- Realiza entrenamiento al cliente y/o cuidador para lograr un cambio de comportamiento positivo.
- Realiza entrenamiento e intervenciones educativas personalizadas sobre beneficios, interacciones e importancia de la adherencia al tratamiento, así como recomendaciones para su seguimiento y automanejo.
- Realiza entrenamiento e intervenciones educativas personalizadas sobre respuestas personales a enfermedades, trastornos, condiciones de salud, lesiones y factores de riesgo, incluyendo cambios en los estilos de vida e intervenciones terapéuticas.
- Desarrolla materiales educativos apropiados al lenguaje y creencias culturales del cliente.

Dominio: práctica basada en la evidencia

- Incorpora resultados de investigación y otras formas de conocimiento para mejorar los procesos y resultados de la práctica.
- Busca la mejor evidencia para mejorar los resultados de salud.
- Analiza guías clínicas para aplicarlas individualmente en la práctica.
- Implementa algoritmos, guías clínicas y vías de acción basados en la evidencia.
- Actúa como agente de cambio a través de la implementación del conocimiento traslacional y la diseminación del nuevo conocimiento, lo que puede incluir presentaciones formales, publicación, discusiones informales y el desarrollo de las mejores prácticas clínicas y políticas.
- Usa estrategias efectivas para cambiar la conducta profesional y del equipo de trabajo, promoviendo así la adopción de prácticas e innovaciones basadas en la evidencia en el desempeño de la atención de salud.

Dominio: investigación

- Identifica preguntas clínicas que pueden ser resueltas a través de la investigación.
- Selecciona estrategias de investigación adecuadas a la naturaleza del problema a estudiar, tanto cualitativas como cuantitativas.
- Diseña proyectos de investigación que respondan a criterios establecidos por agencias de financiación.
- Realiza investigación, individualmente o en asociación con otros.
- Disemina la evidencia de la investigación a diversas audiencias usando las modalidades oportunas.

Dominio: liderazgo

- Distingue el ámbito de su práctica del resto de los profesionales del equipo de salud.
- Ejerce de manera autónoma e independiente manejando pacientes con diagnóstico o aún sin diagnosticar.
- Documenta todos los aspectos de los cuidados entregados a los pacientes de acuerdo con el marco legal existente.
- Implementa estrategias para integrar y optimizar los procesos de atención al paciente en los equipos de salud dentro del sistema.

Dominio: liderazgo

- Realiza abogacía para crear ambientes organizacionales que apoyen la seguridad de los pacientes, la práctica colaborativa y el crecimiento profesional.
- Impulsa la formulación de políticas y estándares que contribuyan al desarrollo de la práctica de la EPA.
- Demuestra habilidad de pensamiento crítico cuando se enfrenta a situaciones clínicas complejas.
- Demuestra capacidad de influencia utilizando un pensamiento crítico y reflexivo, y defendiendo sus decisiones de manera estructurada y fundamentada.
- Evalúa la relación entre acceso, costo, calidad y seguridad y su influencia en el cuidado de la salud.
- Analiza la estructura organizacional, funciones y recursos para mejorar la provisión del cuidado.
- Identifica las necesidades de mejora en la provisión de la atención de salud.
- Identifica brechas y oportunidades y elabora recomendaciones basadas en evidencia para mejorar procesos y prácticas.
- Trabaja con las comunidades identificando necesidades y abogando por servicios de salud que sean capaces de satisfacerlas.
- Diseña e implementa estrategias de gestión del conocimiento para mejorar el cuidado de la salud utilizando las tecnologías apropiadas.

5. PASOS PARA IMPLEMENTAR EL ROL DE LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA

Con el propósito de cooperar con aquellos países interesados en la implementación del rol de la EPA, se proponen nueve pasos y sus consiguientes actividades (28, 33), basados en la evidencia científica y en las líneas de la Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud de la OPS (34), que se describen en el cuadro 1 y en la figura 4.

Cuadro 1. Pasos y actividades para implementar el rol de la enfermera de práctica avanzada

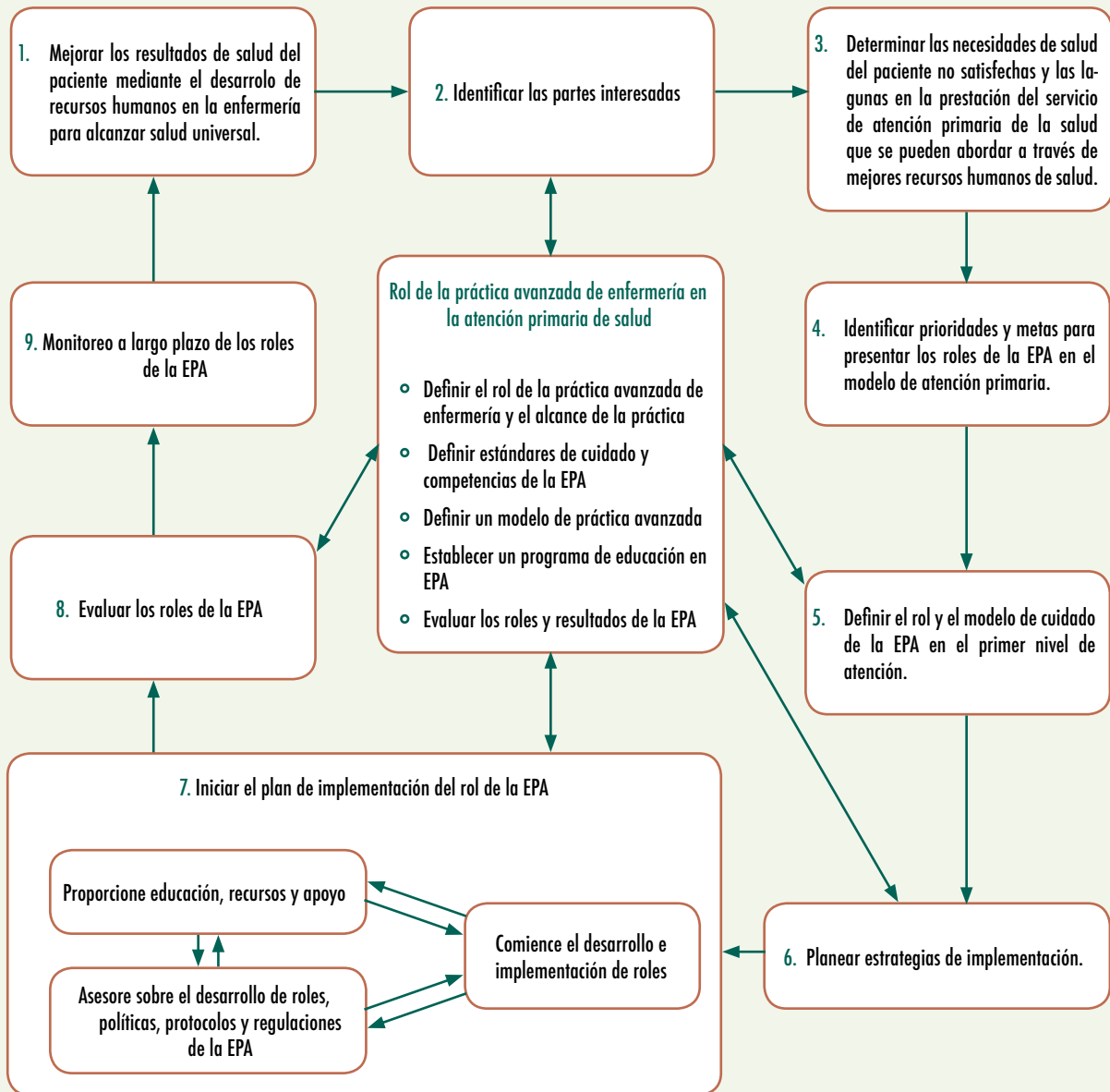
Pasos	Actividades
1. Desarrollar los recursos humanos en enfermería –las enfermeras licenciadas– para avanzar en la cobertura de salud universal y mejorar los resultados de salud del paciente.	- Identificar el perfil de la población y de los usuarios por región. - Identificar usuarios y / o poblaciones que requieren la APS como el foco principal de las actividades.

Pasos	Actividades
2. Identificar las partes interesadas en la implementación de la EPA.	- Desarrollar redes colaborativas de EPA. - Delinear estrategias por país para la introducción de roles de la EPA. - Establecer grupos de trabajo interprofesional con fortalecimiento de acciones intersectoriales y participación comunitaria. - Proponer nuevos roles a los tomadores de decisiones y a los proveedores de atención de salud, fortaleciendo su comprensión y su implementación por medio del trabajo conformado por médicos y otros profesionales de la salud, administradores de servicios de salud y formuladores de políticas.
3. Determinar las necesidades de salud no satisfechas, basadas en las prioridades de atención para alcanzar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.	- Determinar los perfiles de las necesidades de salud. - Realizar un diagnóstico de las necesidades de salud no satisfechas de los usuarios y de la población, con el fin de definir un enfoque prioritario de las funciones de la EPA.
4. Identificar prioridades y objetivos para introducir roles ampliados de enfermería en la atención primaria de salud.	- Determinar prioridades e identificar las oportunidades de nuevos roles de la EPA que tienen mayor probabilidad de implementarse con éxito. - Establecer resultados medibles que permitan evaluar la efectividad de los roles de la EPA.
5. Definir los roles de la EPA en la atención primaria de salud.	- Identificar estrategias y soluciones para el logro de las metas y los resultados esperados, de acuerdo con cada país - Buscar y proporcionar cooperación técnica para el desarrollo de un conjunto básico de competencias básicas.

Pasos	Actividades
6. Planificar estrategias de implementación.	- Describir los roles y contribuciones de las enfermeras en general, y de las EPA en particular. - Definir los cuatro elementos clave: promoción, compromiso, desarrollo y apoyo. - Definir un plan para formalizar la legislación y crear regulaciones. - Hacer referencia a la experiencia de otros países en la regulación y en la implementación del rol de la EPA.
7. Iniciar el plan de implementación del rol de la EPA.	- Supervisar y evaluar los esfuerzos de colaboración entre países, instituciones académicas y partes interesadas. - Desarrollar roles, políticas, protocolos y reglamentos de la EPA. - Formular políticas de salud durante la creación de nuevos procedimientos y directrices para facilitar la implementación de las funciones de la EPA. - Proporcionar educación, recursos y apoyo.
8. Evaluar las funciones de la EPA.	- Revisar y evaluar las funciones de la EPA y los marcos de implementación. - Apoyar la investigación científica para crear evidencia y revisar la estrategia para la aplicación futura. - Desarrollar y apoyar el uso de estrategias para informar a los responsables de la formulación de políticas y tomadores de decisiones sobre el uso efectivo de las funciones de la EPA. En el plano nacional, también es necesario una evaluación de la implementación general y del impacto de la estrategia.

Pasos	Actividades
9. Realizar una monitorización de largo plazo de las funciones de la EPA en el país.	- Utilizar la evaluación para identificar cómo pueden refinarse las estrategias de implementación del rol de la EPA para atender las necesidades de salud adicionales de la población. - Identificar si las necesidades de salud se abordan efectivamente y evaluar qué reformas pueden requerirse aún.

Figura 4: Esquema de los nueve pasos para la implementación del rol de enfermera de práctica avanzada



Fuente: traducida y adaptada de Oldenburger D, et al. (28) y Bryant-Lukosius D, Dicenso A (33).

6. ESTRATEGIAS DE ACCIÓN

Se proponen tres líneas estratégicas generales para ampliar el rol de enfermeras en la APS. Se sugiere que los gobiernos, las asociaciones profesionales, las escuelas o facultades de enfermería, las instituciones de salud y otros interesados, utilicen estas estrategias para discutir, implementar o ampliar el rol de las enfermeras de acuerdo con la necesidad y el contexto de cada país.

Estrategia 1: Promover la incorporación de enfermeras con competencias avanzadas en los equipos del primer nivel de atención en los sistemas de salud de la Región

Acciones

1. Desarrollar condiciones y capacidades para expandir el rol de las enfermeras licenciadas en los equipos de APS.
2. Diseñar un plan de acción local para incorporar el rol de la EPA en el sistema de salud con definición de roles y carteras de servicio.
3. Identificar los procesos clínicos y las áreas en la APS que puedan optimizarse con la utilización de competencias ampliadas de las enfermeras.
4. Desarrollar la práctica colaborativa en las unidades del primer nivel de atención en salud.
5. Diseñar guías clínicas basadas en evidencia o protocolos de atención para la APS, que incluyan las prácticas avanzadas de la enfermera.

Las necesidades de la población requieren de enfermeras de práctica avanzada; sin embargo, no existe apoyo político del sistema de salud, para su reconocimiento respecto al área de especialización, escasos incentivos y barreras derivadas de la hegemonía del modelo biomédico. (Enfermera licenciada, El Salvador)

6. Hacer un diagnóstico e inventario de las experiencias exitosas y las lecciones aprendidas en el país.
7. Definir un rol reglamentado para las enfermeras licenciadas que sea claro y con énfasis en el cuidado directo al paciente.
8. Ampliar el mercado laboral en la APS para las enfermeras de práctica avanzada.

Estrategia 2. Potenciar el desarrollo de programas educativos que contribuyan a la ampliación de competencias de las enfermeras en el primer nivel de atención

Acciones

1. Identificar las universidades y escuelas de enfermería con capacidad para formar a nivel de posgrado a las EPA para la APS.
2. Identificar las competencias centrales de las EPA.
3. Definir el grado apropiado para la EPA, según los criterios que establecen los sistemas de educación superior de cada país, en congruencia con el enfoque del currículo y el perfil de egreso.
4. Desarrollar proyectos clínicos/académicos piloto de innovación en la implementación de la EPA en centros de salud y ambulatorios.
5. Aumentar el número de EPA que estén presentes en la clínica para recibir a las futuras cohortes de estudiantes.
6. Elaborar un plan de perfeccionamiento docente para la formación de las EPA.
7. Convalidar el título de la EPA para enfermeras que ya ejercen ese rol en la APS, a través de la complementación de su formación (cursos de posgrado).
8. Regular y reconocer el nivel de formación de maestría profesional de la EPA.
9. Anticipar el sistema de evaluación de los programas académicos donde se preparan las EPA, privilegiando el profesorado, la infraestructura, la coordinación con los sistemas de servicios de salud y el desempeño de egresadas.

10. Operar programas de formación de las EPA en sistemas universitarios de calidad y garantizar los recursos apropiados para asegurar la eficiencia y la efectividad.

Estrategia 3. Implementar o fortalecer la regulación y gobernanza que favorezcan la ampliación de competencias de las enfermeras en la APS

Acciones

1. Aumentar la dotación de enfermeras en la APS.
2. Regular y reconocer las especialidades de enfermería en la APS y la enfermería obstétrica.
3. Desarrollar e implementar marcos regulatorios que definan la práctica, la resolución en los servicios de salud y el grado de autonomía de la EPA, en las instituciones de salud, por el órgano (gubernamental o no) correspondiente.
4. Avanzar en un proceso de construcción colectiva entre el ministerio de salud, los prestadores y otros actores, del plan de un nuevo perfil del primer nivel de atención para mejorar la resolución en los servicios de salud, la atención continua y longitudinal, y la relación equipo de salud-usuario, contemplando la capacitación y la remuneración.
5. Estimular la conformación de equipos interprofesionales de salud con la participación de enfermeras.
6. Desarrollar mecanismos de coordinación de los cuidados de enfermería y de toma de decisiones en toda la red de servicios y en los diferentes niveles de atención con incorporación de roles de la EPA.
7. Definir la dotación y dedicación del personal por medio de mecanismos innovadores de estímulos, estrategias de redistribución e incentivos para la radicación en zonas con carencias de dotación.
8. Proporcionar capacitación permanente fortaleciendo la actuación de la EPA.
9. Diseñar líneas de cuidado de carácter longitudinal, que impliquen la mayor capacidad resolutoria posible de las enfermeras y de las EPA en la APS.

- 10.** Anticipar el sistema de evaluación de servicios que evidencie el impacto de la EPA en función de la accesibilidad e indicadores de salud poblacional de mediano y largo plazo.
- 11.** Establecer la coordinación con el sistema formador de enfermeras licenciadas, acordando la formación continua de las EPA en la APS.
- 12.** Establecer alianzas con colegios y asociaciones de profesionales de la salud que colaboren en la prestación de servicios de salud, asegurando la coordinación y la colaboración interprofesional.
- 13.** Asegurar la comunicación y la coordinación con colegios y asociaciones de profesionales de salud en favor de la formación y el desempeño de la EPA.
- 14.** Negociar, nacional e institucionalmente (sindicatos), el reconocimiento de la EPA con clara diferenciación de otros niveles de formación y desempeño.
- 15.** Promover en el plan nacional la creación de puestos de trabajo y de condiciones atractivas para la EPA en la APS, anticipando una relación aceptable de costo-beneficio.

7. CONCLUSIONES

El propósito de este documento es ofrecer a los responsables de la toma de decisiones, así como a los profesionales, los gobiernos, las asociaciones y a otros interesados de los países de América Latina y el Caribe, la información pertinente para contar con un marco de referencia en la incorporación del rol de las EPA en la APS.

La ampliación del rol de las enfermeras licenciadas en el primer nivel de atención a la salud no pretende, de ninguna manera, sustituir cualquier otro rol profesional de salud sino, por el contrario, complementarlo, además de contribuir a que la población cuente con el acceso y la cobertura de los servicios profesionales más calificados de la enfermería.

Las evidencias científicas mencionadas demuestran el impacto de la integración de la EPA en los servicios de salud de varios países. Sin embargo, de manera paradójica, los países económicamente más desarrollados del mundo y que cuentan con la mayor relación de médico por número de habitantes son los que han incorporado a las EPA y no solo en la APS.

En América Latina y el Caribe existe el interés por conocer más a fondo el rol de la EPA y por renovar y retomar la atención que prestan las enfermeras licenciadas. Actualmente existe un déficit de estas profesionales, debido, en parte, a que el mercado laboral no las favorece. En la mayoría de los servicios, la atención de enfermería es prestada por auxiliares y, en menor número, por técnicos de enfermería.

El empleo de las EPA para resarcir los vacíos de los sistemas y servicios de salud en términos de personal, el cambio de tareas y la combinación de habilidades en la fuerza laboral de la salud, ofrece la posibilidad de lanzar una nueva iniciativa en algunos países dentro del marco del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. En otros países, las iniciativas para la incorporación del rol pueden basarse en el otorgamiento de más autonomía, reconocimiento y progresión profesional a las enfermeras. Las oportunidades están presentes —aunque no en todo el mundo— a pesar de que las opciones y las estrategias son extremadamente sensibles al contexto de cada país y al entorno de la salud.

No obstante la dificultad para incorporar el rol de la EPA, se trata de una oportunidad para establecer un paralelismo entre la formación académica y la práctica asistencial con roles

que favorezcan el desarrollo profesional y la capacitación, mediante la evidencia científica y el trabajo interprofesional basado en la confianza y la transmisión de la experiencia con el propósito de resolver los problemas de salud de los individuos y las poblaciones.

Así, la voluntad política, la formación profesional adecuada y competente, y la cohesión profesional pueden determinar, en el mediano y largo plazo, un rol ampliado y renovado para las enfermeras licenciadas. A su vez, su práctica colaborativa e interprofesional con los demás prestadores de salud puede impactar en la salud de las poblaciones, como ya ocurre en varios países del mundo.

Es primordial que los gobiernos, las asociaciones profesionales regionales y nacionales, las universidades y las instancias encargadas de regular las profesiones de la salud, realicen una labor proactiva para lograr la implementación del rol de la EPA en la APS en la Región de las Américas.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD53/5,R2: Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington, D.C., 29 de septiembre al 3 de octubre de 2014. [Sitio en Internet] [Acceso el 23 abril de 2018]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28276/CD53-5-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
2. Crisp N, Chen L. Global supply of health professionals. *N Engl J Med*. 2014; 370(23): 2247-8. Disponible en inglés: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMr1111610>
3. High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Working for Health and Growth: Investing in the health workforce. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en inglés: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250047/1/9789241511308-eng.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en inglés. [Acceso el 24 de abril de 2018]: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250368/1/9789241511131-eng.pdf?ua=1>
5. Joint Learning Initiative. Human Resources for Health: Overcoming the crisis. En: Initiative TJL. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 2004. Pp. 217. Disponible en inglés: http://www.who.int/hrh/documents/JLi_hrh_report.pdf
6. Organización Mundial de la Salud. Working together for Health. Ginebra: OMS; 2006. Disponible en inglés: http://www.who.int/entity/whr/2006/whr06_en.pdf?ua=1
7. Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JL, Brown H, Chowdhury M, *et al*. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet*. 2004;364(9449):1984-90. Disponible en: <http://www.globalsurgery.info/wp-content/uploads/2014/01/Human-Resources-for-Health.pdf>

8. Chen LC, Boufford JI. Fatal flows--doctors on the move. *N Engl J Med*. 2005;353(17):1850-2. Disponible en inglés: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe058188>
9. Organización Mundial de la Salud. Treat, train, retain: The AIDS and health workforce plan. Report on the consultation on AIDS and human resources for health. Ginebra, 11-12 de mayo del 2006. Ginebra: OMS; 2006. Disponible en inglés: <http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/TTRmeetingreport2.pdf>
10. Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información en Salud de las Américas. (PLISA). [Sitio en Internet] [Acceso el 24 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.paho.org/data/index.php/es/indicadores.html>
11. Organización Mundial de la Salud. Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Ginebra: WHO; 2007. Disponible en inglés: http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf
12. Organización Mundial de la Salud. Report of the Policy Dialogue Meeting on the Nursing WorkForce. Ginebra, 6-7 de abril del 2017. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <http://www.who.int/hrh/news/2017/NursingApril2017-2.pdf?ua=1>
13. Girardi SN, Stralen AC, Cella JN, Wan Der Mass L, Carvalho CL, Faria Ede O. Impact of the Mais Médicos (More Doctors) Program in reducing physician shortage in Brazilian Primary Healthcare. *ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Cien Saude Colet*. 2016;9(21):9. Disponible en inglés: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27653053>
14. Santos LM, Oliveira A, Souza Trindade J, Barreto CHC I, Araujo Palmeira P, Comes Y, *et al*. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ*. 2017;95(2):103-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5327934/>
15. Facchini LA, Batista SR, Gomes da Silva A Jr., Giovanella L. The Mais Médicos (More Doctors) Program: assessments and prospects. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(9): 335. Disponible en inglés: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2652.pdf>
16. Organización Mundial de la Salud. Triple Impact – how developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en inglés: <http://www.who.int/hrh/com-heeg/triple-impact-appg/en/>

17. Organización Mundial de la Salud. WHO Nursing and Midwifery Progress Report 2008 – 2012. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en inglés: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/NursingMidwiferyProgressReport.pdf?ua=1
18. Heale R, Rieck Buckley C. An international perspective of advanced practice nursing regulation. *Int Nurs Rev.* 2015;62(3):421-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26058446>
19. Schober M. *Introducing to Advance Practice: An International Focus (Advanced Practice in Nursing)*. Suiza: Springer International Publishing; 2016. Pp. 71, 111-134.
20. Casey M, O'Connor L, Cashin A, Smith R, O'Brien D, Nicholson E, *et al.* An overview of the outcomes and impact of specialist and advanced nursing and midwifery practice, on quality of care, cost and access to services: A narrative review. *Nurse Educ Today.* 2017;56:35-40. Disponible en inglés: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28654814>
21. Ter Maten-Speksnijder A, Grypdonck M, Pool A, Meurs P, Van Staa AL. A literature review of the Dutch debate on the nurse practitioner role: efficiency *vs.* professional development. *Int Nurs Rev.* 2014;61(1):44-54. Disponible en inglés: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24308418>
22. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington, D.C.: OPS; 2013 (documento CD52.R13) [consultado el 24 de abril del 2018]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4441/CD52-R13-esp.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
23. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Definición y características de las funciones de la enfermera de atención directa/enfermería de práctica avanzada. Disponible en: https://international.aanp.org/Content/docs/ICN_APNdefinitionwithLogoSP.pdf
24. Organización Mundial de la Salud. HIV/AIDS Programme. Task shifting to tackle health worker shortages. WHO/HSS/200703. Ginebra: OMS; 2007. Disponible en: http://www.who.int/healthsystems/task_shifting_booklet.pdf
25. Swan M, Ferguson S, Chang A, Larson E, Smaldone A. Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. *Int J Qual Health Care.* 2015;27(5):396-404.
26. Martin-Misener R, Harbman P, Donald F, Reid K, Kilpatrick K, Carter N, *et al.* Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ open.* 2015;5(6):e007167. Disponible en inglés: <http://bmjopen.bmj.com/content/5/6/e007167.long>

27. Martínez-González N, Tandjung R, Rosemann T. The impact of physician–nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review. *Human Resources for Health*. 2015;13:55. Disponible en inglés: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4493821>
28. Oldenburger D, Cassiani SHB, Bryant-Lukosius D, Valaitis RK, Baumann A, Pucini J, *et al.* Implementation strategy for advanced practice nursing in primary health care in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e40. Disponible en inglés: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892017000100603&lng=en&nrm=iso&tlng=en
29. Delamaire M, Lafortune G. Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. *OECD Health Working Paper No. 54. DELSA/HEA/WD/HWP 2010(5)*. OECD: Paris; 2010. Disponible en inglés: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5kmbrcfms5g7-en.pdf?expires=1522939123&id=id&accname=guest&checksum=618748EBBDA3EA35A1E88DA1A2C1FE1>
30. Jhpiego. SPP Model (Scope, Standards, Policies, and Procedures). En: Schober M. Strategic planning for advanced nursing practice. Indianápolis: Springer; 2013. Pp. 70-71.
31. Cassiani SHB, Zug KE. Promoting the Advanced Nursing Practice role in Latin America. *Rev. bras. enferm.* 2014; 67(5): 673-674. Disponible en inglés: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000500673&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670501>.
32. Cassiani SHB, Boza FA, Hoyos MC, Barreto MFC, Peña LM, Mackay MCC, *et al.* Competencias centrales de la enfermera de práctica avanzada para la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS; 2018.
33. Bryant-Lukosius D, Dicenso A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *J Adv Nurs*. 2004;48(5):530-40.
34. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de Salud. Estrategia de Recursos Humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington, D.C. [Acceso el 18 de abril del 2018]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34413/CSP29.R15-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

www.paho.org/enfermeria



www.facebook.com/enfamericas



www.twitter.com/enfamericas



www.instagram.com/opspaho/



www.youtube.com/user/pahopin



PAHO/WHO



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas