

La contribución de la enfermera de Práctica Avanzada como respuesta a las necesidades cambiantes de salud de la población

Resumen

Existe en el campo de la Enfermería un debate candente acerca de la función de la enfermera de Práctica Avanzada (EPA). Uno de los retos es demostrar los beneficios añadidos que su labor supone tanto al paciente como a la familia, comparado con la atención recibida por enfermeras con una menor experiencia y cualificación. En este artículo se expone que los factores socioeconómicos en salud condicionan la aparición de la EPA. Basándonos en la investigación existente sobre la contribución de la enfermera en el manejo de patologías crónicas, se expone, a su vez, el origen de las funciones de la EPA. Se resume la evidencia existente de la efectividad de la misma desde la perspectiva del paciente y de la organización, y cómo se entiende la relación entre el proceso de Enfermería y los resultados en cuidados.

Se concluye sugiriendo que la EPA precisa de una normativa que articule cómo esas funciones suponen una clara diferencia en la salud de la población.

Palabras clave

Enfermería de Práctica Avanzada (EPA); procesos crónicos; resultados en salud; revisión.

Abstract

The Contribution of the Advanced Practice Nurse as an Answer to the Changing Needs in Population Health

There is a hot debate in the Nursing area about the role of the Advanced Practice Nurse (APN). One of the challenges is to demonstrate the additional benefits offered by their work, both to patients and their families, compared with the care received from nurses with lower experience and qualification. This article states that socio-economic factors in health determine the presence of APNs. Based on the existing research about the contribution of nurses in the management of chronic conditions, the origin of the role of APNs is also stated. The existing evidence of the effectiveness of APNs is summarized from the perspective of patients and institution, and the manner in which the relationship between the Nursing process and care outcomes is understood.

The conclusion is suggesting that APNs need rules to organize the manner in which said role makes a clear difference in population health.

Key words

Advanced Practice Nurse; APN; chronic conditions; health outcomes; review.

Cómo citar este artículo:

Goodman C, Morales Asensio JM, de la Torre-Aboki J. La contribución de la enfermera de Práctica Avanzada como respuesta a las necesidades cambiantes de salud de la población. *Metas Enferm* 2013; 16(9):00.



Autores:

¹Claire Goodman

²José Miguel Morales Asensio

³Jenny de la Torre-Aboki

¹Doctora. *Centre for Research in Primary and Community Care. University of Hertfordshire (Reino Unido).*

²Doctor en Economía de la Salud. Departamento de Enfermería y Podología. Universidad de Málaga.

³Máster en Ciencias de la Enfermería. *Bachelor in Nursing. Postgraduate Diploma in Rheumatology Nursing.* Candidata a Doctora. Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

Dirección de contacto:

Claire Goodman

University of Hertfordshire.

Hatfield, Hertfordshire, AL10 9AB (UK).

E-mail: c.goodman@herts.ac.uk

Fecha de recepción: el 29/05/2013.

Aceptada su publicación: el 29/09/2013.

Introducción

La Enfermería es una profesión que está constantemente definiendo y redefiniendo sus objetivos y su espectro de actuación (1). En el caso de la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) el reto es tanto demostrar el nivel de experiencia y formación necesaria para cumplir con dicho rol, como establecer dónde finaliza la práctica de la enfermera generalista y dónde empieza la práctica de la EPA.

Esto resulta problemático de evaluar en el espectro internacional debido a que por la heterogeneidad del desarrollo curricular y profesional en distintos países, la experiencia es adquirida, definida y reconocida de múltiples maneras y la trayectoria de enfermera novel a enfermera experta no es lineal, ni universalmente entendida. Para personas ajenas a la profesión, los diferentes niveles profesionales existentes en Enfermería, sus funciones en relación a los médicos y la amalgama de títulos y especialidades resulta difícil de entender.

Además, en muchos países hay un serio problema de abandono profesional por parte de las enfermeras con mayor experiencia clínica (2). Aunque en España algunas de estas circunstancias no adquieren la misma relevancia, sí hay un histórico antecedente de confusión entre funciones y roles de la enfermera con respecto a otros miembros del equipo profesional y un desconocimiento importante de la evolución académica y formativa de la Enfermería como disciplina, que comparte el escenario de confusión descrito anteriormente (3).

En este artículo se expone cómo la comprensión de los factores socioeconómicos en el campo de la salud muestra una clara necesidad de EPA. Para ello, se emplea el ejemplo de la contribución de la misma en el cuidado y manejo de pacientes con patologías crónicas complejas para exponer qué factores influyen en el desarrollo de las competencias de la misma. Las enfermedades crónicas constituyen el ma-

yor desafío actual para los servicios de salud, con un evidente fracaso de los modelos de atención convencionales y muchas de las propuestas de modelos y servicios desarrollados para hacer frente a este desafío tienen a las enfermeras como principales proveedoras, en la mayoría de ocasiones, con funciones de práctica avanzada, por lo que es un escenario idóneo para ilustrar cómo los determinantes de salud marcan la agenda del desarrollo profesional enfermero (4,5).

Cambio de necesidades y cambio de percepciones

Del mismo modo que la población y sus necesidades en términos de salud cambian a lo largo del tiempo, así sucede también con las funciones y la contribución de la enfermera. En el mundo desarrollado, la percepción de salud y bienestar está condicionada por factores que afectan a todos los sectores de la sociedad (Cuadro 1). En concreto, la atención a los pacientes crónicos es un escenario en el que la característica la marca la complejidad, no el que la enfermera tenga un determinado nivel o tipo de formación o experiencia clínica.

Todos los sectores de la sociedad precisan incluir la salud y el bienestar como factores claves en el desarrollo de las políticas sanitarias, así como reconocer que aquellos factores que contribuyen y permiten crear salud y bienestar van más allá del tipo de estructura sanitaria, teniendo en consideración los factores socioeconómicos en los que se formaron. Como un analista de servicios de salud observaba: *“El reto que supone tener una población envejecida nos obliga a promover estilos de vida que consigan un envejecimiento activo, así como el controlar las patologías crónicas con los avances actuales en fármacos”* (6).

De ahí deriva la pregunta: ¿qué tipo de formación, habilidades y entrenamiento es más efectivo y cuántas enfermeras dedicadas a la práctica avanzada son necesarias? Cual-

Cuadro 1. Interrelación entre salud y bienestar en diferentes sectores de la sociedad

Sectores	Interrelación entre salud y bienestar
Economía y empleo	Crecimiento económico estimulado por población sana
Seguridad y justicia	El peor acceso a alimentos, agua, vivienda, trabajo, sistema judicial = peor salud, violencia, accidentes y patología mental
Educación e infancia	Objetivos educacionales = mejor salud y ciudadanos comprometidos
Alimentación y agricultura	Seguridad alimentaria: fabricación, marketing, reduce transmisiones de enfermedades animales a humanos
Infraestructura y soporte	Entorno que promueve la salud
Entorno y sostenibilidad	Globalmente, una cuarta parte de las patologías evitables dependen del entorno en el cual vive su población
Vivienda y servicios comunitarios	Expresa desigualdad y necesidad de cohesión social
Tierra y cultura	Acceso a la tierra de la población indígena y necesidad de mantener la biodiversidad

Fuente: *Adelaide Statement on Health in All Policies. WHO, Government of South Australia, Adelaide 2010*

quier debate sobre la importancia de la EPA debería tener en cuenta desde el inicio esta complejidad. Si no somos conscientes de esto, existe el riesgo de que, centrándonos solamente en las percepciones derivadas de las enfermeras, cuestiones profesionales y modelos conceptuales, nos olvidemos de cómo dichas funciones suponen una diferencia en la calidad de la atención, así como en la salud de los pacientes y familiares.

La enfermera de práctica avanzada (EPA)

En todos los países, la EPA supone una ocupación minoritaria. Sus funciones han ido surgiendo a partir de iniciativas locales o como respuesta a políticas nacionales (7). Por consiguiente, dichas enfermeras han tenido diferente preparación, supervisión clínica y evaluación de competencias.

El Consejo Internacional de Enfermería define su función de la siguiente manera: "La EPA es aquella enfermera que ha adquirido un conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones complejas y competencias clínicas para una práctica expandida, siendo las características de esta práctica definidas según el contexto y/o el país en cual ejerce su profesión. Se recomienda un grado máster como nivel inicial" (8).

No existe un consenso sobre cómo debe denominarse esta función. De hecho, una revisión identificó trece titulaciones diferentes que describían el trabajo de una EPA (7). EPA y *Nurse Practitioner* fueron los títulos empleados con más frecuencia. En una revisión de enfermeras que realizan funciones avanzadas en doce países desarrollados se describió un *continuum* que abarcaba desde un nivel mínimo hasta un nivel máximo de precisión en las funciones y regulación de la EPA. El análisis mostró que con frecuencia las funciones de la misma son una respuesta a los cambios en las necesidades de los pacientes o a un vacío en determinados servicios sanitarios. El análisis identificó dos escenarios predominantes y superpuestos en la creación de sus funciones; una orientación más o menos extensiva desde el enfoque enfermero y otra, con una orientación más medicalizada (9). Cuestiones como el acceso a los servicios de salud, la mejora de la calidad de la atención, el control de costes y el intento de retener a una plantilla con más experiencia y habilidades, son todos factores que influyen en la creación y desarrollo de la EPA.

Cuadro 2. Barreras y facilitadores del desarrollo de las funciones avanzadas en Enfermería

Barreras y facilitadores del desarrollo de las funciones de la EPA

Interés profesional de facultativos y enfermeras y su capacidad de influencia en el proceso de reforma

Organización de los cuidados y mecanismos de fundación

Legislación y regularización de las actividades profesionales

Capacidad de formación y sistema de entrenamiento para la adquisición de habilidades

Fuente: *Delamaire and Lafortune, 2010 (9)*

El Cuadro 2 resume los facilitadores y las barreras más relevantes en el desarrollo de las funciones de la EPA, muchos de los cuales reflejan el relato de la historia de la Enfermería y su desarrollo como profesión graduada.

Es un hallazgo consistente en la literatura que las funciones de la EPA son seguras y tan efectivas como los médicos cuando se han analizado en estudios aleatorizados, además de lograr un elevado nivel de satisfacción por parte del paciente, en comparación con la percibida con respecto a la atención médica (9,10). Desde una perspectiva organizacional, los servicios gestionados por esta suponen con frecuencia un coste neutral, es decir, no suponen coste añadido, facilitan la reducción de costes hospitalarios y de utilización de urgencias, así como mejoran el acceso a determinados servicios. Lo que se desconoce aún es qué atributo o característica de la EPA genera estos resultados.

Desde el punto de vista del "avance" en la modificación de competencias, Daly (11) distingue tres niveles, ascendentes en función del alcance de los servicios derivados:

- Un primer nivel que implicaría la "extensión de roles", mediante la inclusión de una habilidad particular o responsabilidad sobre un área de práctica que previamente no había estado asociada al rol de la enfermera. La profesión que "delega" es la que instruye y valora la competencia, y la autonomía está circunscrita a aspectos muy concretos. Ejemplos de este nivel son las clásicas experiencias de enfermeras que realizan cribado de cáncer de colon mediante rectoscopia, o la evaluación preanestésica de pacientes en lista de espera quirúrgica.
- Un segundo nivel de "expansión" de roles en el que, a los elementos clave de la práctica enfermera, se le añaden funciones especializadas que suponen más responsabilidad y autonomía para el manejo de un espectro amplio de situaciones (recepción, derivación de pacientes, prescripción, modificación de intervenciones con arreglo a su juicio clínico). En este nivel, se exige una formación más estructurada, con la participación de varios perfiles profesionales y varias instituciones y la responsabilidad abarca a un conjunto de intervenciones y servicios que proveer, o bien a un episodio completo, con sentido "finalista". Ejemplos de este nivel serían las EPAs encargadas de la atención integral a pacientes diabéticos, cuidados paliativos, control de infecciones, etc.
- Un último escalón estaría constituido por el "desarrollo de un rol integral", que implica la creación de nuevos roles y un aumento de la autonomía derivado de nuevas demandas de salud y de lagunas en la provisión de atención actual. La provisión del servicio se efectúa con un enfoque global de cuidados, aunque se inserten conocimientos y habilidades de otras disciplinas, y las enfermeras suelen tener una formación acreditada formalmente en instituciones universitarias. La responsabilidad se extiende a periodos completos de atención y los pacientes tienen acceso directo a estos profesionales, por iniciativa propia (puerta de entrada). Ejemplos clásicos serían los modelos de clínicas y centros ambu-

latorios especializados guiados por enfermeras o las *nurse practitioners* en Atención Primaria.

El ejemplo de la enfermera gestora de casos y su contribución en el manejo de patologías crónicas

La enfermera gestora de casos es un ejemplo de EPA. Se trata de un servicio enfermero que requiere una formación postgrado específica, así como habilidades en valoración, conocimiento en el modelo de *disease management* (traducida a nuestro medio habitualmente como "gestión de enfermedades o gestión de procesos") y con frecuencia, formación en prescripción. La enfermera es la responsable de la valoración, manejo, coordinación y revisión de la atención de pacientes con patologías crónicas complejas.

Un estudio sobre la contribución de la enfermera en el manejo de estas patologías revisó la investigación en cuidados liderados por Enfermería. Los hallazgos son interesantes porque revelan la contexto-dependencia de las funciones de la EPA (12). Conviene no olvidar que este fenómeno no es exclusivo de la misma y en el terreno de las competencias profesionales, se han identificado tres propiedades axiomáticas de estas: son evolutivas, caducas y contexto-dependientes (12). Esta dependencia del contexto es la que origina las dificultades para establecer comparaciones entre distintos servicios y modelos de EPA. Sin ir más lejos, en el propio contexto español, podríamos ver cómo la gestión de casos (una de los estandartes en la actualidad) obedece a pautas muy dispares en función de la comunidad autónoma o algunas experiencias de atención a la demanda agua en AP (14).

En la revisión de Goodman (12), se tuvo en consideración el lugar en el cual ocurría la provisión de cuidados (p. ej.: pacientes ambulatorios, atención domiciliaria, cuidados intermedios), el objetivo de los cuidados (p. ej.: la patología del paciente y sus condiciones), y la descripción del trabajo de la enfermera. Muchos de los estudios incluidos eran de espectro reducido y pequeño tamaño muestral. La revisión puso de manifiesto el amplio rango de funciones que permiten a la enfermera atender a pacientes con patologías crónicas.

En algunos estudios, pero no en todos ellos, se exigía a las enfermeras que ejercían estos roles avanzados una cualificación formal con nivel de máster o un entrenamiento específico en valoración avanzada y habilidades en el gestión de casos. Con frecuencia, la característica clave para acceder a este puesto fueron los conocimientos como especialista clínico y la experiencia adquirida en un área clínica específica por un periodo de tiempo. Cabría destacar, sin embargo, la escasa descripción llevada a cabo en los distintos estudios sobre las intervenciones específicas que estas enfermeras llevaban a cabo.

La revisión incluía, también, una perspectiva de la organización y los sistemas que se centró en las características y mecanismos por los cuales las enfermeras y sus actividades

(en este caso, el manejo de casos) solucionaban los problemas derivados de la prestación de servicios a pacientes con enfermedades crónicas. Así, las actividades enfermeras compartían tres categorías independientes y a la vez superpuestas en la provisión de servicios. Estas categorías eran:

- Servicio suplementario a otros servicios: se lleva a cabo cuando las funciones de la enfermera permiten suplementar o aumentar la atención existente, compensar las deficiencias del servicio o corregir el déficit de conocimientos y comprensión de los pacientes que otros servicios no proporcionan.
- Como sustitución de otros servicios: se lleva a cabo cuando la enfermera realiza actividades que normalmente son desarrolladas por otro grupo profesional, habitualmente, médicos.
- Complementario con otros servicios: se lleva a cabo cuando las enfermeras efectúan actividades de manera conjunta con otros profesionales, como médicos o terapeutas.

El contexto e idiosincrasia de la organización y la priorización de servicios influyen en el desarrollo de las funciones de la EPA. Los estudios que mostraban un impacto de la contribución de la enfermera, como ejemplo de experiencia y práctica avanzada, que trabaja proporcionando un servicio de manera conjunta con otros servicios, estaban infrarepresentados. Los hallazgos sugieren que la mayor contribución de las funciones de EPA fueron o bien llenar un vacío en la provisión de atención, o bien sustituir la atención médica. Estas conclusiones plantean a la profesión enfermera cuestiones difíciles de abordar.

No obstante, en los complejos y fragmentados servicios de salud que tenemos en la actualidad, hay una interminable lista de situaciones y escenarios en los que, por su escasa complejidad relativa y la facilidad de acceso al conocimiento y adquisición de competencia en ese dominio, son cada vez más transfronterizas, y precisamente esta difuminación de límites, se convierte en una oportunidad si se gestiona adecuadamente, ya que se gana en eficiencia, operatividad, desburocratización, flexibilización de procesos y, sobre todo, en accesibilidad y capacidad de resolución (14). Queda demostrado con muchas experiencias, por ejemplo, de la enfermera como puerta de entrada al sistema sanitario, en la resolución de problemas menores en Atención Primaria (15,16).

Los resultados de las funciones de la EPA

El argumento más persuasivo para el desarrollo y apoyo de las funciones de la EPA es que aportan un valor añadido en los resultados de salud del paciente. Existe evidencia en la literatura que avala que enfermeras licenciadas con una formación específica logran mejores resultados de salud en sus pacientes que las que no poseen esta cualificación (17). En cambio, hay menos pruebas que hayan contrastado la efectividad de las EPA con enfermeras generalistas.

La EPA se convierte en un “pegamento” que permite mantener unido el sistema sanitario

Los resultados del paciente pueden ser considerados desde diferentes perspectivas: la del paciente y sus cuidadores, la de la institución u organización en la cual se prestan los cuidados y la de los profesionales. En el trabajo de Goodman (12) se desarrolló el seguimiento de pacientes atendidos por una enfermera gestora de casos durante un periodo de nueve meses. Dicho estudio concluyó que los usuarios con antecedentes en recibir atención de servicios sanitarios, diferenciaban perfectamente entre las enfermeras con habilidades técnicas y aquellas que eran expertas en el manejo de enfermedades crónicas complejas y en la coordinación de cuidado complejos.

En este estudio, la enfermera gestora de casos eficaz combinaba la experiencia clínica con una actuación como intermediaria con otros servicios, siendo una fuente de apoyo y recursos (incluido el tiempo). Era la EPA la mejor situada para llevar a garantizar la continuidad asistencial en medio de un sistema sanitario fragmentado y confuso. La efectividad, en este contexto producía un incremento de la confianza, habilidad de autocuidado por parte del paciente y una sensación de que las prioridades del mismo iban a ser acometidas. Como demuestra esta cita, el paciente no sabe necesariamente “qué” había hecho la enfermera por él, es una actuación invisible, pero apreciaban una diferencia cualitativa (comparado con otras enfermeras) y una mejoría tanto para él como para su cuidador familiar:

“No sé exactamente cómo lo ha hecho, pero desde la primera vez que la conocimos parece que han sucedido muchas más cosas y vemos que tenemos más apoyo de mucha gente. Creo que la enfermera está ayudando también a mi mujer, y eso me hace muy feliz” (Paciente con una patología crónica con apoyo domiciliario de una enfermera gestora de casos).

Existe un reconocimiento cada vez mayor en la literatura que avala que es el proceso de cuidado el que proporciona el resultado deseado y que los dos son, con frecuencia, inseparables (18). En otras palabras, el proceso se convierte en el resultado. Esto implica un modo diferente de explorar el impacto del trabajo de la EPA, evaluando con detalle el cómo se proporcionan los cuidados y su impacto en la confianza, habilidades de autocuidado y acceso a la atención por parte del paciente. Así, el argumento para la aportación e importancia se liga al grado en que el rol de esta enfermera se base o no en elementos clave del cuidado enfermero. Como muestran los hallazgos de esta revisión, hay una tensión creciente entre esta visión de la EPA y la que se centra solamente en los resultados.

Necesidades futuras

Reclutar, retener y escuchar las demandas crecientes de las enfermeras cualificadas expertas es un tema de preocupación para gobiernos de todo el mundo (19). El rediseño de los puestos de trabajo, la creación y reorganización de funciones que absorban tareas y responsabilidades habitualmente desarrolladas por médicos, así como la resolución de problemas tales como el elevado número de ingresos hospitalarios no programados, además de cubrir vacíos existentes en la provisión de servicios, han definido y continuarán influenciando el trabajo de la EPA (20,21). En un estudio reciente sobre la prescripción enfermera, actividad con mucha frecuencia ligada a esta enfermera, concluyó que la introducción de esta función ha sido muy variable (22). En algunos países, las enfermeras comparten total jurisdicción junto con el estamento médico, mientras que en otros lugares prescriben bajo una posición subordinada. Es una situación que ha evolucionado por decisiones pragmáticas basándose en la eficacia y acceso a los servicios sanitarios.

Existen escasos estudios que proporcionen resultados empíricos detallados de las actividades de la EPA comparadas con enfermeras de menor experiencia y /o con un nivel básico de formación. La naturaleza contexto-dependiente y el desarrollo evolutivo y a menudo idiosincrático de los roles de esta actúan simultáneamente como fortalezas y como debilidades.

Es una fortaleza a corto plazo en la medida en que las funciones de esta enfermera son una respuesta a las necesidades del paciente, son flexibles y son capaces de utilizar múltiples fuentes de conocimiento para proporcionar cuidados al paciente. Bajo esta función, la EPA se convierte en un “pegamento” que permite mantener unido el sistema sanitario. Sin embargo, resulta vulnerable en la medida en que suele ser una función “modelada por otros” o utilizada para compensar la carencia de ciertos servicios. Sin una normativa que regule esta práctica sus funciones son difíciles de incorporar y mantener en el sistema sanitario.

Conclusión

En este artículo se ha argumentado que para que la sociedad sea capaz de abordar la provisión de atención con la creciente complejidad actual, precisa invertir en enfermeras postgraduadas con un elevado nivel de formación y habilidad en liderazgo y cuidados clínicos. Se ha utilizado el ejemplo de las enfermedades crónicas para discutir cómo se han desarrollado las EPA y cómo han sido modeladas sus funciones.

Son necesarios más detalles sobre el proceso de cuidados y cómo impacta en los resultados del paciente, especial-

mente si lo comparamos con los cuidados suministrados por enfermeras con una menor experiencia y cualificación.

Desde un punto de vista estratégico, la profesión enfermera debe hacer ver con claridad las diferencias en la formación profesional, así como trabajar en una normativa que dote a las enfermeras de una infraestructura que promueva la práctica autónoma.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Si quieres ampliar más información sobre este artículo, consulta:

Introduce estos términos:

encuentra@
ENFERMERIA INTELIGENTE

Enfermería de Práctica Avanzada; EPA; procesos crónicos; resultados en salud; revisión.



Contacta con los autores en:

c.goodman@herts.ac.uk

Bibliografía

- World Health Organization. Strengthening nursing and midwifery. Resolution WHA59.27. Fifty-Ninth World Health Assembly. WHO; 2006.
- Buchan J. Evaluating the benefits of a clinical ladder for nursing staff: an international review. *Int J Nurs Stud*. 1999; 36(2):137-144.
- Errasti Ibarrondo B, Arantzamendi-Solabarrieta M, Canga-Armayor N. La imagen social de la Enfermería: una profesión a conocer. *An Sist Sanit Navar* 2012; 35(2):269-283.
- Procter S, Wilson PM, Brooks F, Kendall S. Success and failure in integrated models of nursing for long term conditions: multiple case studies of whole systems. *Int J Nurs Stud* 2013; 50(5):632-643.
- Morales Asencio JM. Research on the Implementation of Nursing Services for Chronic & Dependent patients. *Index Enferm* 2010; 18(4):249-252.
- McKee M. The contribution of research to health improvement. Royal College of Nursing Research conference 2009.
- Pulcini J, Jelic M, Gul R, Loke AY. An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs Sigma Theta Tau* 2010; 42(1):31-39.
- International Council of Nurses. Advanced practice nursing: a global perspective 2002. [En línea] [fecha de acceso: 7 de octubre de 2013]. URL disponible en: <http://www.icn.ch/Adelaide.htm>
- Delamaire M, Lafortune G. Nurses in advanced roles: a description an evaluation of experiences in 12 developed countries. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. Directorate for employment, labour, and social affairs. Health Committee; 2010. [En línea] [fecha de acceso: 7 de octubre de 2013]. URL disponible en: http://66.219.50.180/NR/rdonlyres/efpbxkutugnymdpksxrkgzuqgv-mw6igzszfwrldj5k3hifzl4ouogmvm6fheb5rz45h6fc4pdrouxj43hm6msdlvrb/APN_oecd_Report.pdf
- Caird J, Rees R, Kavanagh J, Sutcliffe K, Oliver K, Dickson K, et al. The socioeconomic value of nursing and midwifery: a rapid systematic review of reviews. London: EPPI Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London; 2010.
- Daly WM, Carnwell R. Nursing roles and levels of practice: a framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice. *J Clin Nurs* 2003; 12(2):158-167.
- Goodman C, Drennan V, Davies S, Masey H, Gage H, Scott C, et al. Nurses as Case Managers in Primary Care: the Contribution to Chronic Disease Management. Report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation programme. National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation. [En línea] [fecha de acceso: 7 de octubre de 2013]. URL disponible en: http://eprints.kingston.ac.uk/12331/1/Goodman_Drennan_et_al_122-final-report.pdf
- Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; 287(2):226-235.
- Morales Asencio J. Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España. *Metas Enferm* 2012; 15(6):26-32.
- Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002; 324(7341):819-823.
- Fabrellas N, Vidal A, Amat G, Lejardi Y, del Puig Deulofeu M, Buendia C. Nurse management of "same day" consultation for patients with minor illnesses: results of an extended programme in primary care in Catalonia. *J Adv Nurs* 2011; 67(8):1811-16.
- Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA* 2003; 290(12):1617-23.
- Parker G, Corden A, Heaton J. Experiences of and influences on continuity of care for service users and carers: synthesis of evidence from a research programme. *Health Soc Care Community* 2011; 19(6):576-601.
- Drennan VM, Goodman C. Sustaining innovation in the health care workforce: a case study of community nurse consultant posts in England. *BMC Health Serv Res* 2011; 11:200.
- Aranda K, Jones A. Exploring new advanced practice roles in community nursing: a critique. *Nurs Inq* 2008; 15(1):3-10.
- Wilson PM, Brooks F, Procter S, Kendall S. The nursing contribution to chronic disease management: a case of public expectation? Qualitative findings from a multiple case study design in England and Wales. *Int J Nurs Stud* 2012; 49(1):2-14.
- Kroezen M, Francke AL, Groenewegen PP, Van Dijk L. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a survey on forces, conditions and jurisdictional control. *Int J Nurs Stud* 2012; 49(8):1002-12.