

Especialidades y Enfermería de Práctica Avanzada

¿Qué significa Enfermería de Práctica Avanzada hoy y aquí?

Juan F. Hernández Yáñez

Sociólogo de las profesiones y organizaciones sanitarias. Investigador social y consultor de organizaciones. Profesor asociado de la Escuela Nacional de Sanidad.

E-mail: jhernandez@telefonica.net

Cuando uno se acerca a estudiar los desarrollos de lo que se conoce como Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) a nivel internacional y escucha o lee a los expertos en el tema, es fácil llegar a un par de claras conclusiones: la primera, que en realidad se trata de un cajón de sastre donde todo tiene cabida, basta con ponerle a cualquier desarrollo enfermero la etiqueta "EPA" para quedar automáticamente admitido como EPA. Es evidente, por tanto, que el contexto local es determinante y ello explica por qué resultan tan poco operativos los intentos de una aproximación conceptual al tema.

Sin embargo, hay un segundo aspecto que llama la atención en sentido contrario, precisamente porque esta vez sí se trata de una característica común a todos los países donde se han documentado experiencias de EPA: que el colectivo de enfermeras que las desarrolla es cuantitativamente muy pequeño (1). En EE. UU., donde la figura del *Nurse Practitioner* (NP) se remonta a los años sesenta (es decir, casi 50 años de camino), se cifra en apenas un 6% el porcentaje de enfermeras que posee licencia como NP u otras figuras de EPA, como *Physician's Assistant* o *Clinical Nurse Specialist*. En los demás países la situación es aún cuantitativamente más pobre: Canadá, 0,4%; Australia, 0,2%; Nueva Zelanda, 0,1%; en el Reino Unido, donde la EPA apenas se ha desarrollado y donde la prescripción enfermera se prefigura como el paradigma autóctono de práctica avanzada de Enfermería, después de 20 años de desarrollo normativo solo el 10% de las 500.000 enfermeras registradas están acreditadas como prescriptoras y solo 1.620 (0,3%) lo están para hacerlo sin restricciones. Es decir, son realmente muy pocas. Por tanto, la pregunta resulta obvia: si son tan pocas las enfermeras de práctica avanzada, ¿por qué parece ser tan importante la Enfermería de Práctica Avanzada?

Desde mi punto de vista, la respuesta a esta pregunta tiene más que ver con la Enfermería como profesión que con

las enfermeras como profesionales. EPA sería, desde un punto de vista pragmático, cualquier nuevo desarrollo aplicado por enfermeras que permita ensanchar los dominios profesionales de la Enfermería y ayude a mejorar su visibilidad, prestigio, influencia política, niveles de renta o autonomía laboral. Lo que sucede es que "nuevo" solo debería referirse a los ámbitos competenciales y funcionales específicos de la Enfermería, no a la asunción de competencias y funciones propias de otras profesiones, especialmente la medicina. Y generalmente no es así, se tiende a etiquetar como EPA el desarrollo de roles anteriormente exclusivos de los médicos por parte de enfermeras. Un ejemplo paradigmático es el de la figura de la *Certified Registered Nurse Anaesthetist* en EE. UU.

Es que, como ya he escrito anteriormente (2), el desarrollo de la Enfermería en los países con sistemas sanitarios avanzados ha sido tan intensivo y extensivo que resulta difícil imaginar cómo podría seguir ensanchando sus dominios profesionales mediante la incorporación de competencias y funciones propiamente enfermeras; todo lo que podía ser "colonizado" en territorio propio ya ha sido colonizado. De ahí que, donde no es posible crecer horizontalmente, solo puede hacerse verticalmente, es decir, retando a la profesión médica para asumir aquellas de sus competencias y funciones tradicionales para las que decenas de miles de enfermeras estarían perfectamente preparadas por su formación básica o postbásica y donde todas las evidencias señalan que no existen deterioros en la calidad y eficacia de los servicios cuando pasan a ser prestados por enfermeras (3). Que estos procesos de transferencia competencial y funcional se van a producir es evidente; lo que queda por saber es si la Enfermería va a ser capaz de enfrentar con garantías procesos complejos de negociación o simplemente se va a limitar a asumir mansamente aquellas funciones y actividades que a la medicina ya no le interesen.

He escuchado y leído con frecuencia advertencias acerca de no confundir la EPA con, por ejemplo, las especialidades enfermeras. Y estoy totalmente de acuerdo en que el hecho de que haya decenas o cientos de enfermeras especialistas, digamos en Enfermería Pediátrica, no las convierte en enfermeras "de práctica avanzada" en el sentido que queremos darle a esa expresión; simplemente son enfermeras especialistas.

Sin embargo, pongamos un ejemplo perfectamente posible (y yo diría que inevitable en unos cuantos años), imaginemos que los reguladores sanitarios, agobiados por la falta de pediatras en Atención Primaria y las quejas de los médicos de familia por tener que asumir esos cupos pediátricos, deciden que el seguimiento ambulatorio del niño sano pase a ser realizado exclusivamente por enfermeras especialistas en pediatría. Ello sí cumpliría los requisitos de la definición que hemos dado de EPA: ensancha los dominios profesionales, mejora la visibilidad de la profesión y su autonomía, crea puestos de trabajo (especialistas) mejor remunerados, etc.

Siguiendo con estas reflexiones, quiero plantear hasta qué punto son coincidentes las visiones que sobre la EPA pueden tener las élites enfermeras (intelectuales, docentes, investigadoras, directivas, corporativas...) y las bases profesionales, las enfermeras asistenciales.

Un ejemplo histórico para ilustrar estas reflexiones lo encontramos en la reivindicación de la Licenciatura en Enfermería como una bandera reivindicativa de todas las élites enfermeras en los años ochenta y la manera en que trataron de presentar lo que no era sino un interés exclusivo suyo, legítimo, por supuesto, como el "interés general" de la profesión. En realidad las élites, especialmente pero no solo las docentes, necesitaban la licenciatura para poder acceder posteriormente al doctorado, única manera de poder llegar a ser/continuar siendo funcionarios de cuerpos docentes, profesores titulares y catedráticos. Al no aprobarse finalmente la Licenciatura en Enfermería, muchos tuvieron que optar por otras licenciaturas diferentes (la más famosa en su momento fue la licenciatura en Antropología Social y Cultural de la Universidad Católica de Murcia).

¿Podría volver a suceder lo mismo con la EPA? Es cierto que las élites no asistenciales, muy especialmente las docentes universitarias, están muy interesadas en que la Enfermería española incorpore estos nuevos desarrollos, como otros tantos países avanzados. ¿Y la Enfermería asistencial? Por el *feedback* que recibo, que es muy intenso, no puedo decir que no les interese, pero sí que no les parece prioritario. Perciben como algo mucho más importante ir cerrando las reformas ya abiertas, antes que abrir otras nuevas vías de progreso de la profesión:

- La plenitud del grado: si la Enfermería pasa de ser una diplomatura de tres años a un grado de cuatro (prefiero no entrar aquí en la polémica de los créditos ECTS), es

evidente que será para algo, es decir, para hacer algo cualitativamente superior a lo que ya se venía haciendo. ¿Dónde y quién está estudiando esos nuevos desarrollos competenciales en la práctica profesional enfermera?

- La concreción laboral de las especialidades: si se ha desarrollado una serie de especialidades nuevas será porque el sistema necesita enfermeras especialistas en esas áreas. Y si es así, ¿cómo es posible que los servicios de salud, que hoy mismo ofertan plazas de formación sanitaria especializada para enfermeras, no creen puestos de trabajo de enfermera especialista?
- Una revisión a fondo de la mal llamada "prescripción enfermera": el Consejo General de Enfermería y algunos otros agentes de la profesión pensaron en su momento que era mejor algún desarrollo normativo, aunque fuera tan pobre como el actual, que ningún desarrollo normativo, de ahí que aplaudieran y se anotaran el tanto cuando se aprobó la modificación de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. Aunque está pendiente de desarrollo por Real Decreto, lo esperable es que la normativa estatal se quede en lo mínimo y lo que muchas enfermeras asistenciales desean es que este desarrollo al menos sea tan de mínimos como el que ha acometido la Junta de Andalucía.

¿Debería, por tanto, entenderse que la EPA es un desarrollo que no debería interesar a las bases profesionales enfermeras? En mi humilde opinión, todo lo contrario.

Si volvemos a la definición de EPA como cualquier nuevo desarrollo aplicado por enfermeras que permita ensanchar los dominios profesionales de la Enfermería y ayude a mejorar su visibilidad, prestigio, influencia política, niveles de renta o autonomía laboral, es evidente que nadie dentro de la profesión debería rechazar que poco a poco vayan teniendo lugar desarrollos profesionales con estas consecuencias tan interesantes. Aunque, como sucede en Suecia, Canadá, el Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda, etc., solo afecten a una muy pequeña minoría de enfermeras, su impacto positivo crece exponencialmente.

Existen tres aspectos muy importantes para viabilizar una EPA en España a medio plazo:

- Que el marco regulador de la EPA que en su momento se establezca sea muy general y abierto, no dedicado a regular hasta el último detalle las estructuras y procesos que puedan desarrollarse, sino a amparar normativa legalmente y estimular el desarrollo de iniciativas de EPA tan heterogéneas como sea necesario.
- Que estas iniciativas de EPA se centren exclusivamente en proyectos innovadores en el nivel asistencial, planteados para tratar de dar nuevas respuestas a viejos problemas asistenciales que no han podido ser solucionados aplicando los marcos organizativos y competenciales tradi-

cionales. Parecería probable que estas iniciativas surjan prioritariamente en dos ámbitos asistenciales concretos: la atención sanitaria a la cronicidad incapacitante y los nuevos mix profesionales en los servicios de Atención Primaria de salud (lo cual, naturalmente, no excluye iniciativas en ningún otro ámbito).

- Que se adopte un enfoque muy práctico en lo referente a las relaciones entre necesidades competenciales y necesidades formativas. Quiero decir que, a diferencia de cómo se han desarrollado las cosas en otras ocasiones, sean las necesidades formativas derivadas de las nuevas iniciativas de EPA a que nos hemos referido las que definen el desarrollo de programas formativos *ad hoc* en las universidades. Y no al revés, como sucede con frecuencia, que las universidades (sus directivos y docentes, en realidad) decidan en función de sus propios intereses o posibilidades qué programas formativos de postgrado les conviene ofertar y traten de "colocarlos" a aquellas enfermeras que simplemente deseen hacer currículo y puedan pagar las tasas y gastos, es decir, que los departamentos universitarios no intenten poner a la profesión al servicio de los centros docentes y sí a los centros docentes al servicio de la profesión. Es preciso, por tanto, que cada iniciativa de EPA sea llevada a cabo en partenazgo entre servicio de salud y universidad, pero deseablemente a iniciativa de la esfera asistencial.

Naturalmente, todo ello plantea un tema interesante: en estos potenciales desarrollos el papel de los directivos de Enfermería es crítico, ya que el sistema no está diseñado para que surjan directamente iniciativas viables desde la

base. Los directivos deberían estar capacitados para vehicular las iniciativas de los equipos asistenciales y ello probablemente pone de nuevo sobre el tapete la necesidad de des-clientelizar las relaciones entre los directivos y sus empresas sanitarias. Las iniciativas de EPA retan el "orden establecido" allí donde se producen y muy especialmente a la poderosa profesión médica, por lo que suelen requerir largos procesos de negociación hasta su implementación. En estos procesos, son los directivos quienes deben amparar a los equipos innovadores, surgiendo entonces la pregunta inevitable: ¿quién ampara a los directivos innovadores?

Mientras no se dé una respuesta (eficaz en la práctica) a esta pregunta, será muy difícil que los directivos asuman su rol de líderes de la innovación en la organización y gestión sanitaria, algo de lo que tan necesitados están los servicios de salud y que, sin embargo, tantos anticuerpos genera.

Bibliografía

- [1] Duffield C, Roche M, O'Brien-Pallas L, Catling-Paull C, King M. Advanced nursing practice: a global perspective. *Collegian* 2009; 16(2):55-62.
- [2] Hernández Yáñez JF. La enfermería frente al espejo: mitos y realidades. Madrid: Fundación Alternativas; 2010.
- [3] Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G, et ál. Advanced Practice Nurse Outcomes 1990-2008: A Systematic Review. *Nursing Economics*. 25 de julio de 2011. [En línea] [fecha de acceso: 18 de agosto de 2011]. URL disponible en: <https://www.nursingeconomics.net/ce/2013/article3001021.pdf>