

EL ROL DE LA ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN CHILE

THE ROLE OF ADVANCED PRACTICE NURSING IN PRIMARY CARE IN CHILE

EU. FRANCISCA AGUIRRE-BOZA (1)

(1) Profesor Investigador. Facultad de Enfermería y Obstetricia. Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

Email: faguirre@miuandes.cl

La autora declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

RESUMEN

Una propuesta para mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud se propone la implementación de la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) en la atención primaria en salud (APS) en Chile. Hoy los recursos humanos de salud se ven superados para hacer frente al envejecimiento y la carga de enfermedades crónicas de la población. Por otro lado, la oferta del número de enfermeras ha aumentado, así como la formación en calidad y competencias. Este hecho da cuenta de que la experiencia internacional de incorporar a enfermeras altamente capacitadas puede ayudar a resolver problemas de salud en la atención primaria en Chile. Este modelo costo efectivo pretende ampliar el ámbito de acción de la enfermera para que, a través de la atención directa de pacientes y familias en un escenario comunitario, pueda realizar prestaciones que incorporen promoción y prevención en salud al mismo tiempo que tratan patologías de baja complejidad, propias de APS. Se pretende abrir la discusión hacia las normativas que involucra un cambio como este y de la formación de la EPA en las universidades.

Palabras clave: Enfermería de práctica avanzada, atención primaria en salud, Chile.

SUMMARY

A proposal to improve the response capacity of the health system is the implementation of Advanced Practice Nursing (APN) in primary health care (PHC) in Chile. Today human health resources are overwhelmed to cope with aging and chronic disease burden of the population. On the other hand, the supply of nurses has increased, as well as training in quality and skills. This fact shows that the international experience of incorporating highly trained nurses can help solve health problems in primary care in Chile.

This cost-effective model aims to expand the field of action of the nurse so that, through the direct attention of patients and families in a community setting, it can perform health provision that incorporate health promotion and prevention while treating low complexity pathologies. It is intended to open the discussion towards the regulations that involve a change like this and the education of the APN in the universities.

Key words: Advanced practice nursing, primary health care, Chile.

INTRODUCCIÓN

Aumentar la capacidad del Sistema de Salud (SS) para responder a las necesidades de la población es, sin duda, una tarea en la que hay que trabajar fuertemente. La Atención Primaria de Salud (APS) por el hecho de ser la puerta de entrada al sistema, debiera ser la instancia donde se resuelvan la mayor cantidad de problemas de salud. Por ello la importancia de hacerla más resolutive.

Una de las barreras ampliamente descrita que dificulta el aumento de la capacidad del SS es el déficit de recurso humano en APS. No solamente en Chile se señala este problema, sino que es una preocupación de todos los SS en el mundo.

En nuestro país se han propuesto distintas respuestas, que se concentran principalmente en facilitar la disponibilidad de médicos en la APS aumentando salarios y beneficios, aumentando becas de especialidad de salud familiar y también solicitando devolución de años de servicios en APS a quienes se les benefició con becas del Estado para estudios de especialidad médica (1). Estas medidas han impactado débilmente en el aumento y mantención de cargos de médicos para la APS, existiendo aún una brecha importante. Para los médicos pareciera no ser atractivo el trabajo en APS y tienden a migrar hacia el nivel terciario de salud, alejándose de la APS, y dejando un vacío en la entrega de atención de salud a la población en este nivel (1,2).

En la experiencia internacional, el rol de la *"nurse practitioner"* (NP), o **Enfermera de Práctica Avanzada (EPA)** en la atención primaria, ha ayudado a cubrir las necesidades de la población. Esta enfermera es altamente capacitada y trabaja a través de un modelo que asegura la calidad en la atención y que, además, ha demostrado ser costo efectivo (3,4).

La EPA comenzó a desarrollarse en los años 60 en EE.UU. en respuesta a una crisis de falta de médicos en APS y en especial en zonas rurales. Las enfermeras comunitarias comienzan a adquirir conocimientos y herramientas a través de estudios superiores para asumir nuevas tareas que la población demandaba. Fue así como poco a poco comienzan a asumir el diagnóstico y tratamiento médico (3).

Este nuevo rol de enfermería ha evolucionado durante las siguientes décadas, tomando más fuerza durante los años 80, y donde comienzan los primeros magísteres en las universidades para formar enfermeras de práctica avanzada, no solamente para la APS sino para diferentes campos donde se desempeña la enfermera. El rol se expande y se internacionaliza, llegando hoy a más de 50 países donde la EPA

ejerce de distintas maneras según el contexto y normativas locales (4).

Son tantos los distintos escenarios en el mundo donde se ejerce la enfermería de práctica avanzada que podemos reconocer variadas versiones de lo que este profesional ejecuta en su ejercicio profesional. Pese a las diferencias, podemos definir a la EPA como "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" (5).

El Consejo Internacional de Enfermería deja en claro que las enfermeras de práctica avanzada son enfermeras clínicas y que los cuidados que entregan a los pacientes son seguros y competentes, que su educación de base es la enfermería general, que tienen roles que requieren de educación formal más allá de la enfermería general, que los roles presentan un nivel de competencias aumentado que es medible, que tienen competencias dirigidas a lo ético, legal, al cuidado y al desarrollo profesional de la EPA, que tienen estándares que son revisados periódicamente para mantener la práctica al día, y que están influenciados por el entorno global, social, político, económico y tecnológico (4).

Se puede encontrar a la EPA con distintos nombres o títulos, pero la más conocida es la *"Nurse Practitioner"* (NP) que, aunque no tiene traducción directa al español, podemos decir que sería la EPA para la APS. La NP se caracteriza por pasar la mayor parte de tiempo en la atención directa con los pacientes, seguido por tiempo que destina a educación y luego, en menor medida, a la consultoría, administración y por último a investigación (6). Aunque la NP se le puede encontrar en varios escenarios clínicos, la mayor cantidad de NPs en la experiencia de EE.UU. están certificadas en el primer nivel de atención y poseen áreas de certificación en familia, adulto, adulto-geriátrica, salud de la mujer y pediatría principalmente; y se encuentran como el principal proveedor de salud para los grupos vulnerables, pacientes jóvenes con comorbilidades y pacientes con patologías agudas menores.

En la atención directa la NP gestiona un cuidado holístico con una mirada preventiva y de promoción, manejando casos complejos de pacientes y/o familias desde una perspectiva de valoración completa: efectuando diagnóstico médico, prescribiendo cuidados y fármacos, solicitando y evaluando exámenes. Esto lo realiza junto con seleccionar y llevar la mejor evidencia a la práctica (7).

LA EPA PARA APS EN CHILE

Chile ha tenido un notable cambio demográfico y epidemiológico. La proyección del envejecimiento que se había estimado para el año 2017 quedó muy por debajo de las cifras que hoy se nos ha dado a conocer con el censo 2016-2017. Se suma a esta situación una alta prevalencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores y asimismo enfermedades crónicas que no solo tienen relevancia para este grupo, sino que avanzan tomando escenario en los adultos e incluso en adultos jóvenes, de todos los grupos socioeconómicos.

Por otro lado, tenemos la situación de la enfermería en Chile que ha mantenido un importante y sostenido avance en la calidad de la educación universitaria, investigación y preparación de estos profesionales en especialidades y grado de magísteres y doctorados. También ha habido un aumento en el número de enfermeras egresadas, tanto así que actualmente se percibe la saturación de enfermeras en los cargos que se ofrecen en el mercado.

En resumen, tenemos en Chile una APS con un déficit de oferta por parte de los recursos humanos y una población que requiere cada día más atenciones de salud. Al mismo tiempo, existe una cantidad suficiente de enfermeras preparadas, con experiencia y motivadas en APS que podrían ser, al igual que en la experiencia internacional, una estrategia para responder al problema descrito. Esta propuesta se centra en el paciente, al buscar satisfacer las demandas en salud de la población utilizando (y optimizando) todo el potencial de la enfermería nacional para a través del rol de la EPA (7) asumiendo un rol ampliado. Este pensamiento va muy acorde con lo que la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud han difundido en las resoluciones N° 52 y 53 del Consejo Directivo, que instan a los Estados Miembros “a aumentar el personal sanitario capacitado para la APS, a brindar apoyo para mejorar el alcance de la práctica de cada profesión hasta su máximo potencial. Esto incluye los especialistas clínicos que no son médicos, que introduzcan nuevos perfiles profesionales y técnicos y fortalezcan los existentes en función del modelo de atención” (8,9).

Una discusión que debe haber tanto en quienes tienen influencia y hacen las regulaciones para el ejercicio de la profesión, es qué competencias debiera tener una EPA para la APS y al mismo tiempo, un acuerdo del conglomerado de enfermería en cuanto a la educación que se ofertará, y se está ofertando, desde las universidades (10,11).

El primer punto, la regulación, deja abierta una serie de interrogantes en cuanto a si es necesario normar o no para un ejercicio ampliado del campo de acción de la enfer-

mera. El único punto que entra aquí en discusión no es la formación de la calidad a través de la utilización de la investigación, ni un manejo más amplio del área administrativa, sino que es el ejercicio del diagnóstico y tratamiento médico. El código sanitario, en el artículo 113, deja abierta la posibilidad que al permitir que las tareas propias del médico-cirujano sean realizadas por otros profesionales de la salud “*siempre que medie indicación y supervigilancia médica. Asimismo, podrán atender enfermos en caso de accidentes súbitos o en situaciones de extrema urgencia cuando no hay médico-cirujano alguno en la localidad o habiéndolo, no sea posible su asistencia profesional*”(12). Entonces, podríamos inferir que ante la situación de falta de médicos en APS, la enfermera podría realizar dichas tareas. Es relevante tener presente que es en el primer nivel de atención, donde las patologías son de baja complejidad y que requieren en mayor medida de promoción y prevención de la salud, lo cual es muy propio de la enfermera. Por lo tanto, tendríamos en la primera línea de atención un profesional que en una misma prestación realiza educación para su cuidado y al mismo tiempo pesquisa, diagnostica y trata de manera temprana patologías propias de la atención primaria.

En cuanto al segundo punto, desde ya hace algunos años se ha estado difundiendo y conversando a nivel universitario sobre la educación que debiera tener una EPA. Aunque aún no exista ningún documento oficial que estipule las competencias que debiera desarrollar este profesional, se conoce que lo central de la EPA sería el cuidado avanzado, a través del cual pueda ejercer con más herramientas una atención directa con el paciente, familia y comunidad. Esto incluye una valoración avanzada, conocimiento más profundo de la farmacología y metodologías diagnósticas, y si estamos enfocados a la población de APS, sería específicamente de patologías crónicas, como lo es la diabetes e hipertensión, y patologías agudas de la comunidad de baja complejidad (10). Del mismo modo, se podría discutir si en una población existe un grupo específico con patologías comunes, por ejemplo, alta tasa de patologías mentales en jóvenes, la EPA podría desarrollarse en ese ámbito. Por otro lado, no menos importante, y lo que le da el grado de magíster, sería el desarrollo de competencias de práctica basada en la evidencia no necesariamente en investigación, sino en poder seleccionar la mejor evidencia y llevarla a la práctica clínica; lo cual asegura la calidad en la atención. En área de gestión su desarrollo también es relevante pues se espera que la EPA pueda identificar posibilidades de mejora en su lugar de trabajo, a través de su pensamiento crítico que se desarrolla durante los estudios del magíster.

Hay enfermeras que tienen amplia experiencia en el área y que se identifican con algunas o todas las competencias

nombradas. Pero al mismo tiempo, se requiere de una validación formal de su experticia. Por lo mismo, se ha discutido respecto de encontrar una manera de validar aquellas competencias, e instruir en aquello que se requiera para culminar la formación de EPA.

Sin duda, quedan muchas interrogantes aún por desarrollar y discutir. No obstante, hoy podemos confirmar que la idea

de incluir a la EPA dentro de nuestro sistema de salud, tanto público como privado, es una opción que se está desarrollando con más rapidez de la que en algún momento desde la academia visualizamos. Esto logrará mejorar y agilizar los procesos, la calidad en la atención y, por ende, la satisfacción usuaria y el nivel de salud de la población. Es una estrategia, que si bien tiene costos, estos son bajos, pero con altas ganancias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas MP, Scharager J, Erazo Á, Puschel K. Estimación de brechas de especialistas en medicina familiar para la atención primaria chilena. Pontificia Universidad Católica de Chile, 2011 Capítulo VIII.
2. Bass C. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutivez de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? *Revista Biomédica Revisada Por Pares*. 2012(12).
3. Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G, et al. *Advanced Practice Nurse Outcomes 1990-2008: A Systematic Review*. *Nursing Economic\$*. 2011;29(5):230-51.
4. Schober M. *Introduction to Advanced Nursing Practice: An International Focus*.: Springer; 2016.
5. International Council of Nurses. *Definición y características de las funciones de la enfermera de atención directa/enfermería de práctica avanzada*. In: International Council of Nurses, editor. Geneva, Switzerland, 2014.
6. Lincoln PE. *Comparing CNS and NP role activities: A replication*. *Clinical Nurse Specialist*. 2000;14(6):269-77.
7. Aguirre-Boza F. *Enfermería de Práctica Avanzada en la atención primaria: Ahora es el momento*. *Puntos de Referencia*. Centro de Estudios Públicos. Santiago, 2016;447.
8. Organización Panamericana de la Salud. *Recursos humanos para la salud: Aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en Sistemas de salud basados en la APS* Washington, D.C., 2013.
9. Organización Panamericana de la Salud. *Estrategias para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Washington D.C., 2014.
10. Aguirre-Boza F, Cerón C, Soto P. *Reporte Simposio La Enfermería de Práctica Avanzada como una Estrategia para alcanzar el Acceso y Cobertura Universal de Salud*. Santiago de Chile: Universidad de los Andes-ACHIEEN, Santiago, 2016.
11. Jokiniemi K, Pietila AM, Kylma J, Haatainen K. *Advanced nursing roles: A systematic review*. *Nursing & Health Sciences*. 2012;14(3):421-31.
12. *Código Sanitario, Gobierno de Chile*. 1967. Fuente de financiación: Universidad de los Andes, Santiago.