

Puntos de Referencia

Edición online
N° 447, noviembre 2016

Enfermería de Práctica Avanzada en la atención primaria: Ahora es el momento

Francisca Aguirre-Boza

Resumen

Para asegurar el acceso y cobertura a la salud, la Organización Panamericana de Salud (OPS) propone como estrategia fortalecer la Atención Primaria en Salud (APS): aumentando los recursos humanos capacitados para APS, así como los especialistas clínicos no médicos; brindando apoyo para mejorar el alcance de la práctica de cada profesión. Específicamente habla de la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA), puesto que la experiencia internacional ha demostrado que es costo-efectiva en disminuir la brecha de la demanda y oferta de atención en los sistemas de salud y aumentar el nivel de salud de la población.

En Chile los recursos humanos son escasos en la APS y su distribución a lo largo del país es desigual, y especialmente los médicos. Considerando que las políticas que intentan paliar esta escasez han demostrado poca efectividad, y que la densidad de enfermeros ha tenido un crecimiento importante, en este trabajo se plantea que la APS se vería beneficiada con la incorporación de enfermeros que ejerzan un rol más ampliado.

La Enfermería de Práctica Avanzada se refiere a enfermeros “especialistas que han adquirido la base de conocimientos de expertos, 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 una maestría” (CIE 2014:1). Se les reconocen 4 dominios centrales: (i) experticia en práctica clínica, (ii) liderazgo, (iii) investigación para mejora en la calidad y desarrollo de la práctica y (iv) desarrollo profesional y organizacional. Los *Nurse Practitioners* (NP) desempeñan un sub-rol de la EPA, que se caracteriza por ejercer en mayor medida el dominio de experticia de práctica clínica, y se les puede encontrar principalmente en la atención primaria de salud. La atención de los NP se realiza desde un modelo de enfermería que se caracteriza por su mirada holística, de calidad, preventiva y de promoción de la salud, para lo cual toma ciertas tareas del médico.

Implementar este nuevo rol en la APS podría beneficiar en gran medida a la población chilena, tal como se infiere de la contundente evidencia internacional. Por ejemplo, mediante la mantención de niveles adecuados de glicemia en pacientes diabéticos, otorgándoles una atención igual o mejor que un médico; al igual que en el caso de pacientes hipertensos y con hipercolesterolemia/dislipidemia, cuidando que su presión arterial y colesterol y lípidos respectivamente, estén en niveles adecuados. De esta forma, al asumir el cuidado de pacientes crónicos y también de morbilidad de baja complejidad, se pueden destinar las horas médicas tanto a pacientes más complejos, como a procedimientos que se pueden llevar a cabo en la APS. La atención por profesionales de EPA ayuda a acortar procesos que, de otra manera, tendrían que realizarse en dos o más atenciones, así como también a la satisfacción y adherencia a los tratamientos por parte de la población, al encontrar resolución a sus problemas.

Hoy la Asociación Chilena de Educación en Enfermería (ACHIEEN) está trabajando a través de la Red de EPA para APS-Chile y en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud, en implementar este modelo en Chile.

Francisca Aguirre-Boza. Docente investigador, Universidad de los Andes. Licenciada en Enfermería, Universidad de los Andes y Magíster en Salud Pública, Universidad de Chile. Coordinadora Red Enfermería de Práctica Avanzada para la APS-Chile. Email: faguirreboza@gmail.com. faguirre@miuandes.cl

La autora agradece los comentarios de Carolina Velasco.

1. Introducción

Garantizar a la población el derecho a la salud es, sin duda, un gran desafío. El Acceso y la Cobertura Universal en salud se fundamentan en el derecho de que toda persona goce su grado máximo de salud (Organización Panamericana de la Salud 2014). El acceso universal en salud ha sido definido como la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesita. Por su parte, la cobertura universal en salud, se refiere a la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual comprende la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento (Organización Panamericana de la Salud 2014). El acceso y la cobertura universal en salud han sido señaladas como un concepto y movimiento poderoso, lo más potente que la salud pública puede ofrecer para derribar las inequidades y avanzar en el desarrollo humano, siendo así un imperativo moral avanzar hacia su logro (Etienne 2015; Health for All Everywhere Organization 2015).

Los sistemas de salud cuyo modelo de atención se basa en el nivel primario de salud¹ han demostrado ser más efectivos en garantizar el acceso y cobertura universal en salud (salud universal) que aquellos basados en especialidades a nivel hospitalario (OPS/OMS en México 2013). La visión moderna de atención en salud destaca, por ejemplo, la importancia de mantener a los pacientes crónicos estables, lo que requiere reducir las hospitalizaciones causadas por complicaciones de estas mismas, reforzando la necesidad de un buen nivel primario de atención.

¹ Un sistema de salud basado en la APS se define como: “una estrategia de organización integral cuya meta principal es alcanzar el derecho universal a la salud con la mayor equidad y solidaridad y que se basa en los principios de la APS, como el compromiso de dar respuesta a las necesidades de salud de la población, la orientación a la calidad, la responsabilidad y la rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, la participación y la intersectorialidad” (Macinko *et al.* 2007:75)

El sistema de salud público chileno declara estar basado en la atención primaria en salud (APS). Sin embargo, pese a reconocer que el gasto en este nivel de atención ha tenido un aumento sostenido en los últimos años (incremento del pago per cápita) y que en la reforma de salud de mediados del 2000 en su espíritu original sitúa a la APS como el pilar central del sistema sanitario, como señalan Montero *et al.*, “existe una ausencia de la mirada de APS en la reforma dado el predominio absoluto de intervenciones individuales curativas por sobre intervenciones preventivas y promocionales” (Montero *et al.* 2010: 5).

La demanda de la población por atención en el nivel primario de salud ha ido y seguirá aumentando en respuesta al cambio epidemiológico (mayor prevalencia de enfermedades crónicas) y demográfico (aumento de la proporción de adultos mayores debido a la mayor expectativa de vida y menor tasa de natalidad). Ello se hace más evidente en la población beneficiaria del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), la cual se atiende principalmente en la red pública de salud, cuya puerta de entrada, en general, es la APS. Otro aspecto que influye en la demanda por APS en Chile es que 80% de las prestaciones con Garantías Explícitas en Salud (GES) se efectúa en el primer nivel de atención (Rojas *et al.* 2011; Montero *et al.* 2010).

A lo anterior se suma el creciente costo en salud, tendencia mundial de las últimas décadas de la que Chile no escapa. Desde el año 1970 el gasto per cápita en salud en el mundo se ha cuadruplicado, mientras que el gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) se ha duplicado (de 6 al 12%) en economías avanzadas en el mismo período (Coady *et al.* 2012). Según datos del Fonasa, el gasto en salud en Chile, tanto público como privado, sólo entre el año 2005 y el 2013 se ha duplicado, siendo el asegurador estatal quién más ha aumentado su participación a través de un fuerte

incremento del aporte fiscal. Esto último urge a plantear estrategias que mejoren la eficiencia en salud (Lenz 2016).

Finalmente, el progreso que demanda la reforma a la APS no ha estado acompañado de una formación adecuada de recursos humanos, ni de políticas de desarrollo y permanencia de estos profesionales en el sector (Rojas *et al.* 2011). La falta y desigual distribución de médicos y profesionales de la salud capacitados en el nivel primario hacen que sea imperativo formular estrategias efectivas para avanzar hacia la cobertura de salud universal.

La problemática descrita dificulta alcanzar el acceso y la cobertura universal en salud, lo cual ha sido priorizado desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en las resoluciones N^os 52 y 53 del Consejo Directivo (Organización Panamericana de la Salud 2013 y 2014). En ambas resoluciones se insta 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 incluyendo los especialistas clínicos que no son médicos, que introduzcan nuevos perfiles profesionales y técnicos y fortalezcan los existentes en función del modelo de atención" (Organización Panamericana de la Salud 2013: 2; 2014: 4). Dicho avance debe ir respaldado por recursos humanos adecuados; de otro modo, los servicios de calidad, disponibles, accesibles y aceptables no podrán convertirse en realidad (Vega y Frenz 2015).

En la experiencia global, una respuesta efectiva ante estos problemas ha demostrado ser el contar con profesionales de enfermería altamente capacitados en la puerta de entrada del sistema de salud o atención primaria, aumentando el nivel de salud de las comunidades (Delamaire y Lafortune 2010, Morán 2015). A nivel internacional este profesional altamente capacitado es llamado "enfermera/o de práctica avanzada". Los buenos resultados en salud

de la población que evidencia la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) han impulsado el llamado de la OPS, en su Resolución N° 52 del Consejo Directivo, de promover y aumentar las EPA para apoyar los sistemas basados en APS (Organización Panamericana de la Salud 2013).

La EPA es una tendencia en el mundo, consolidada en más de 50 países, como Canadá, EE.UU. e Inglaterra, sin embargo, en Latinoamérica y el Caribe (LAC) aún es un modelo poco conocido y solo dos países en esta región lo han implementado (Zug *et al.* 2016). Chile ha comenzado el proceso de incorporar a este nuevo profesional.

2. La atención primaria en salud (APS) en Chile hoy

La atención primaria en el sistema público de salud en Chile se compone mayoritariamente por postas de salud rural, consultorios generales urbanos y rurales, de los cuales muchos tienen certificación de Centro de Salud Familiar (CESFAM) y gran parte de los centros del nivel primario son municipales. Actualmente existen 13.321.000 personas inscritas en el Fonasa, quienes son beneficiarios del nivel primario de atención, lo cual corresponde al 76,9% de la población del país (www.fonasa.cl, información institucional).

En la APS se otorga la atención ambulatoria de la red pública de salud, entregando prestaciones de consultas de morbilidad (de enfermedades agudas atendidas por médico) y consultas de pacientes crónicos, preventivas y familiares². El espíritu de la APS declara tener un enfoque en su atención, más que biomédico, sino que sistémico, integral y holístico, y trabajar con el Modelo de atención inte-

² Las prestaciones realizadas por enfermeros en APS son Control crónico adulto y adulto mayor, Control de crecimiento y desarrollo en niño, Control de adolescente (Ficha Clap), en prevención el EMPAM y EMPA (Examen de medicina preventiva del adulto mayor y del adulto, respectivamente).

gral con enfoque familiar, que surge de la reforma sectorial el año 2001 (Ministerio de Salud 2008). En esta visión el foco de atención es la familia: se recoge la información sobre la estructura y relaciones familiares, para entender al individuo dentro de un contexto. Se les reconoce y ayuda a solucionar con su participación las necesidades que tengan. Asimismo, hay continuidad en los cuidados de forma cronológica (ciclo familiar), geográfica (casa, colegio, etcétera), y relacional (vínculos afectivos y de compromiso y confianza). La crítica que se señala hacia este modelo es la falta de oportunidad para llevarlo a cabo debido a la sobrecarga de trabajo del equipo de salud. La prevención y promoción son difíciles de ejecutar, así como las visitas domiciliarias (Aguirre-Boza *et al.* 2016).

Este enfoque también supone un trabajo multidisciplinario no jerarquizado, que permite una mirada desde diferentes disciplinas y que aporta un análisis más integral de la situación de salud, no solo de individuos y familias, sino de la comunidad en su conjunto. "Los integrantes del equipo conocen, valoran y optimizan los recursos comunitarios disponibles para cuidar la salud de las personas y familias a cargo" (Ministerio de Salud 2008: 19). La especificidad de cada uno de los integrantes del equipo de salud enriquece la mirada para ayudar a intervenir de manera más efectiva. "Existirán áreas de traslape en las acciones, que lejos de hacer perder la identidad profesional, se constituyen espacios de mutuo crecimiento" (Ministerio de Salud 2008: 35).

El capital humano con el que cuenta actualmente la APS son profesionales de salud de diversas disciplinas: médicos generales (más una incipiente participación de especialistas de salud familiar), enfermeros, matronas/es, técnicos de enfermería, asistentes sociales, dentistas, nutricionistas y kinesiólogos. Todos ellos están contratados como empleados del sector público, con sueldos centralmente administrados y oportunidades de carrera funcionaria (Ley 19.378 de 1995).

A continuación se describe el rol de dos de los integrantes de los equipos dada su relevancia en la APS basada en el Modelo de atención integral con enfoque familiar, como es declarado para el caso chileno.

Médicos: el médico familiar fue introducido en 1981 en Chile como una especialidad de la formación médica, que dura 3 años, sin embargo, el nuevo modelo de atención se conceptualizó una década después (años 90), siendo las universidades quienes lideraron el proceso de reflexión hacia un modelo de atención en APS basado en el enfoque biopsicosocial y los principios de la medicina familiar (Montero y Herrera 2010). A diciembre de 2015 Chile contaba con una dotación efectiva de 179 médicos de familia en los servicios de salud del país (Ministerio de Salud 2016b).

Enfermeros: participan en los programas de salud a lo largo de todo el ciclo vital de la persona y familia, donde ejercen una importante influencia sobre los hábitos de salud de la población a través de un amplio rango de intervenciones relativas a la promoción en salud. Es un profesional que educa, cuyas acciones están dirigidas hacia la promoción y prevención de la salud, trabajando desde los determinantes sociales³. Los profesionales de enfermería en la APS históricamente han tenido una participación relevante en los programas de salud en Chile, ejecutando las acciones en terreno. Si bien es cierto decir que culturalmente la población reconoce al médico como "el" prestador de atención ante un problema de salud, los profesionales de enfermería han sido y son reconocidos, respetados y validados en la comunidad (Aguirre-Boza *et al.* 2016). Así, en 1997 este sentir de la sociedad chilena reconoció el problema social que los enfer-

³ Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud y que influyen en su estado de salud. (http://www.who.int/social_determinants/es/).

meros resuelven, lo que significó que en la legislación chilena se incluyera en el código sanitario en el inciso final del artículo 113 lo siguiente: “Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente” (Milos *et al.* 2011: 25).

Los enfermeros, por sobre los otros profesionales del equipo de salud, tienen una cercanía y conocimiento de la comunidad de manera holística, dada su mirada completa y multidimensional que se caracteriza por su formación. Y por lo mismo, interactúan haciendo sinergia entre los profesionales del equipo. Esto los pone en el centro de la respuesta a las demandas de la población y hace imperativo el desarrollo de la profesión, en especial en la atención primaria (Organización Mundial de la Salud 2016). Ello requiere de profesionales de enfermería competentes, suficientes y motivados. La competencia del profesional se valida y declara en la medida que los enfermeros están bien preparados, como lo señala la experiencia internacional, siendo uno de los caminos, la adquisición de estudios de postgrados (magíster o doctorado). En este sentido, el hecho de contar con una carrera donde pueda continuar creciendo en su profesión y expandiendo los límites profesionales, y a la vez haya un reconocimiento social y económico, motiva la permanencia en los cargos. La cantidad específica de enfermeros deberá entonces evaluarse según las necesidades de cada centro de salud; sin embargo, el costo de este profesional con postgrado que incorpore en su quehacer en la APS ciertas tareas hasta hoy realizadas por el médico, es muy inferior si lo comparamos con el mismo médico.

3. Importancia y escasez de los recursos humanos en APS

Los recursos humanos en la APS son la puerta de entrada al sistema y, además, son quienes en gran medida tienen la responsabilidad de i) enfrentar los principales retos de la salud pública abordando la atención desde la promoción de la salud y la prevención, ii) aumentar la capacidad resolutive, iii) detectar, atender precozmente y evitar el progreso de enfermedades crónicas y problemas psicosociales emergentes y iv) abordar las necesidades de atención de salud en cada etapa del ciclo vital personal y familiar. Por ello, la función ya no es solo curar la enfermedad, sino cuidar la salud. “Así, el rol de los profesionales se amplía a la promoción activa de la salud a lo largo de la vida de las familias, asumiendo una función de facilitador, reconociendo a la familia como responsable y cuidadora de su salud” (Ministerio de Salud 2008: 15).

Es por esto que alcanzar los objetivos sanitarios depende en gran medida del recurso humano con que se cuente en salud. Para atender las necesidades de la población en la red de salud pública en la APS, se debe tener personal suficiente y distribuido de manera equitativa según sean las necesidades de cada localidad.

En Chile es sabido que existe una problemática con el recurso humano en la APS, tanto en número como en distribución a lo largo del país, acentuándose más en las áreas rurales que en las urbanas⁴ (Rojas *et al.* 2011; Guillou *et al.* 2011).

Por una parte, está la falta de médicos en la APS y, por otra parte, la subvaloración del médico general en actividad de “policlínico” (Bass 2012). Para los

⁴ Hay que señalar las distintas necesidades según las peculiaridades de cada comunidad, en cuanto a su conformación epidemiológica, demográfica y geográfica, que harán que en una comunidad se necesiten mayor o menor número de los diferentes tipos de personal asociado a la salud que en otro. Por esta razón, hay que advertir que la experiencia internacional dice que no existen “estándares óptimos” de profesional por habitante, aunque se proponen recomendaciones.

médicos no es atractivo trabajar en APS, principalmente debido a que la renta está por debajo de lo que se ofrece en el sector privado y a la falta de incentivos (Montero *et al.* 2010; Bass 2012). Según el trabajo de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, “Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile” (Subsecretaría de Redes Asistenciales 2011), pese al aumento de los recursos humanos en la última década aún existe una carencia en APS. El 44% de los médicos tiene contrato en el sector público y de ellos solo el 8-9% trabaja en APS. El estudio demuestra que la tasa de médicos de APS por 10.000 habitantes es de 1,6, sin embargo, existe un consenso entre expertos respecto de que esta cifra debiera ser cercana a 3. A ello se suma que la rotación del médico en APS es alta (el 43,2% de ellos tiene una antigüedad menor de un año en esos establecimientos), lo que perjudica la continuidad de la atención; esto porque su contratación responde muchas veces a la etapa de destinación y formación⁵ (etapa que dura 3 años y es un requisito para acceder luego a cupos para la especialización) y no necesariamente por vocación de trabajo comunitario (Bass 2012).

Por otra parte, existe una desigual distribución de profesionales nucleares (médicos + enfermeros + matronas/es) al considerar en conjunto a los profesionales de los Servicios de Salud y de la APS. Por ejemplo, en el Servicio de Salud de O’Higgins la densidad es de 19,7 por cada 10.000 habitantes (medido en jornadas de 44 horas) y en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente es de 33,6 (Ministerio de Salud 2016a).

En el caso de enfermería existe una dotación de 2,9 por cada 10.000 beneficiarios de APS, y como se observa en la tabla 1, también existe una distribución desigual en el país (Aguirre-Boza 2016).

⁵ Etapa de destinación y formación: contrato por el artículo 8° de la Ley N° 19.665 por algún Servicio de Salud, que se contrata como médico general en APS por 3 años, lo cual al término del período le permite acceder a cupos en Programa de especialización de su elección. Por ejemplo, luego de haber trabajado 3 años en Ancud en APS puede postular a una beca para especializarse en oftalmología.

Tabla 1 Dotación de enfermeros de APS en Chile por 10.000 beneficiarios Fonasa

Región	Por 10.000 beneficiarios Fonasa
Arica	3,8
Tarapacá	3,9
Antofagasta	3,4
Coquimbo	3,5
Valparaíso	2,8
Metropolitana	2,4
O’Higgins	2,5
Maule	3,5
Bío Bío	3,6
Araucanía	2,7
Los Ríos	3,1
Los Lagos	3,2
Aysén	-
Magallanes	5,5
Total país	2,9

Fuente: División de Atención Primaria Subsecretaría de Redes Asistenciales. 2016.

Para paliar el problema, en la última década se han llevado a cabo políticas de planificación y estudios de recursos humanos, que conlleven sistemas de información integral y actualizada de los profesionales, incremento de la dotación, mejoramiento de las condiciones laborales, entre otras (Ministerio de Salud 2016b). Si bien los recursos humanos en salud han aumentado, este incremento no ha sido suficiente, ya que aún estamos lejos de estándares internacionales para la APS. En el informe de “Brechas de RR.HH. en Sector Público” –elaborado por el Minsal el presente año– se vuelven a presentar líneas de trabajo para la reducción de éstas, reforzando solo la formación y retención del médico general y especialista, aquellos que se encuentran dentro del régimen hospitalario y fortalecimiento de monitoreo de recursos humanos (Ministerio de Salud 2016a). No pareciera reconocerse la falta de motivación médica para el trabajo en APS ni la rotación de este profesional. Hay una ausencia de las estrategias recomendadas por la OPS en sus resoluciones referidas al recurso humano para la APS

en cuanto a “brindar apoyo para mejorar el alcance de la práctica de cada profesión hasta su máximo potencial incluyendo los especialistas clínicos que no son médicos, que introduzcan nuevos perfiles profesionales y técnicos y fortalezcan los existentes en función del modelo de atención” (Organización Panamericana de la Salud 2013: 2). En este sentido, la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) se menciona como una respuesta que internacionalmente ha sido validada. Más aún, si pensamos que la dotación de enfermería en Chile ha tenido un crecimiento de un 214% entre los años 2007 y 2015, a diferencia de los médicos y matronas/es con un crecimiento de 132 y 94% respectivamente (Ministerio de Salud 2016a).

4. La Enfermería de Práctica Avanzada

La Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) nace de la enfermería, la cual, para la atención clínica, ha tomado el conocimiento de variadas ciencias (Ruel y Motyka 2009). Nace por la creciente demanda del sistema de salud en varios países por incorporar factores sociales, económicos y políticos en la atención en salud, y también por las crecientes expectativas del público respecto del sistema de salud. La EPA ha ofrecido una respuesta ante dichos cambios a través de un compromiso con la calidad, rentabilidad, y la atención integral y centrada en el paciente.

En Estados Unidos la EPA surge en la década del 60, pero no es hasta los años 80 cuando se consolida. Se desarrolla en varios estados de dicho país en respuesta a los requerimientos en salud de la población. Posteriormente continúa desplegándose en otros países, llegando hoy a más de 50 naciones en las cuales se puede encontrar el rol ya consolidado (Newhouse *et al.* 2011). Hasta ahora hay bastante literatura de enfermería que avala la enorme contribución que la EPA proporciona a los cuidados

de salud. Sin embargo, pareciera haber aún una enorme brecha entre la enfermería y la sociedad, y también entre ésta y el resto del equipo de salud, en lo relativo al conocimiento de lo que la EPA es (Ruel y Motyka 2009).

El término de EPA ha sido usado con distintas acepciones. Es fácil comprobar la falta de consensos al revisar la bibliografía existente, especialmente en el idioma inglés, donde existen variados nombres del profesional de enfermería dependiendo de su área de especialidad y años de estudios. Pese a haber diferencias, existe un acuerdo de competencias centrales en el rol de la EPA, y que en los distintos escenarios y comunidades ésta puede ejecutar ciertas tareas en mayor o menor medida. El Consejo Internacional de Enfermeras, en concordancia con otras asociaciones del gremio, define a la EPA como un nivel superior, con experiencia y especialidad y competencias clínicas ampliadas. Ver cuadro 1.

Los textos académicos hablan de la EPA como un nivel superior de enfermería, no en cuanto a constituir un grado académico más alto, sino de llevar a la enfermería a un rol más elevado en su práctica. Según la *American Nurses Association*, para obtener

CUADRO 1 Definición de la EPA

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) define a la/el enfermera/o de práctica avanzada como un profesional de la enfermería “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 una maestría” (Consejo Internacional de Enfermeras 2014: 1).

certificación de EPA el profesional debe estudiar y obtener grado de magíster o doctorado, contar con experiencia clínica previa y durante los estudios de magíster, realizar horas con supervisión clínica en su área de especialización avanzada.

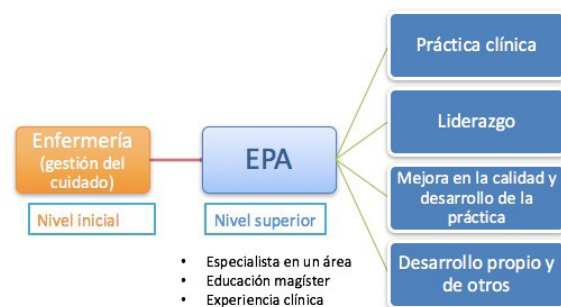
Se describe que la EPA tiene cuatro dominios generales: (i) experticia en práctica clínica, (ii) liderazgo, (iii) investigación para mejora en la calidad y desarrollo de la práctica y (iv) desarrollo profesional y organizacional (Ruel y Motyka 2009; Jokiniemi *et al.* 2012; MacDonald *et al.* 2006). La experticia en práctica clínica, dada por la especialidad (p.e. de urgencias, de atención primaria, de diabetes), y por el desarrollo de conocimientos en áreas como diagnóstico y tratamiento, usando variados métodos que comúnmente no son usados por enfermeros, como la examinación física, ordenando e interpretando test diagnósticos, planeando y administrando episodios completos de cuidados, trabajando en equipo, delegando y refiriendo de forma apropiada para optimizar los resultados de la salud y el uso de recursos. El dominio liderazgo está dado por su capacidad de identificar la necesidad de cambio y generar de forma proactiva las innovaciones en la práctica, liderando el rediseño de nuevas prácticas y servicios, trabajando a través de las fronteras profesionales, organizacionales y de sistemas. El dominio de mejora en la calidad y desarrollo de la práctica está dado por su capacidad de monitoreo y mejora de la calidad de los cuidados y efectividad de su propia práctica y la de los demás. Evalúan y seleccionan la mejor evidencia en la literatura y la llevan a la práctica. También puede realizar sus propias investigaciones. El dominio de desarrollo profesional propio y organizacional lo realiza generando sistemas de gobernanza, implementando protocolos basados en evidencia, optimizando procesos, políticas y guías clínicas (Department of Health-England 2010).

En la Figura 1 se reconoce la Enfermería, en su rol de gestión del cuidado, como un nivel inicial. Luego la EPA como un nivel superior que se caracteriza por tener una especialidad en un área, educación de magíster y experiencia clínica. Luego destacan los cuatro dominios generales o *core domains* que se reconocen en todo profesional de EPA, independiente de la especialidad (o sub-rol) que ejerza.

4.1. Nurse practitioner y su función en la atención primaria

Encontramos a los *Nurse Practitioners* (NP) como un sub-rol de la EPA, donde su ámbito de acción es principalmente en la atención primaria (Ruel y Motyka 2009). Los NP se caracterizan por demostrar acreditado el dominio de la práctica clínica, más que los otros tres dominios principales. Se destacan en el conocimiento de expertos en enfermería comunitaria/familiar, por su capacidad de manejar casos completos de pacientes desde una perspectiva de valoración completa: efectuar diagnóstico médico, prescribir cuidados y fármacos, solicitar y evaluar exámenes y, al mismo tiempo, gestionar el cuidado holístico con una mirada preventiva y de promoción, propia de la atención primaria y de enfermería. Se caracterizan también por ejercer el liderazgo en su equipo, por llevar la evidencia a la práctica directa con sus pacientes, familias y equipo de salud a través

FIGURA 1 Definición de EPA y sus cuatro dominios generales.



Fuente: elaboración propia.

de la lectura crítica, y formulación y participación en investigaciones (Ruel y Motyka 2009).

Una de las inquietudes que surge es la discusión respecto de si los enfermeros van perdiendo su identidad y se van transformando en un sustituto del médico ante la falta de estos últimos profesionales. En respuesta a ello Ashworth acuña la frase "making, rather than taking such roles", lo que se puede traducir como "haciendo, más que tomando dichos roles" (Aranda y Jones 2008); lo que nos hace entender que no es la medicalización de la enfermería, sino simplemente se toman ciertas tareas del médico en el quehacer de los profesionales de enfermería. Esta afirmación viene a aclarar la intención de no querer ser un profesional que hoy no lo es, sino que debido a su formación puede realizar algunas tareas propias de médico (diagnóstico y tratamiento) y que dadas las necesidades de salud de la población y la escasez médica se hace necesaria tal función mientras se realiza la atención de enfermería.

Está ampliamente evidenciado que los NP tienen resultados iguales o mejores en sus pacientes que cuando se le compara con otros profesionales de la salud como médicos, matronas, anestelistas. Los NP, al manejar pacientes diabéticos, demuestran que mantienen iguales niveles de compensación de glicemia (medido a través de la hemoglobina glicosilada) que pacientes manejados por médicos. Lo mismo sucede con pacientes hipertensos, que demuestran mantener niveles de presión arterial adecuados, así como con los pacientes con hiperlipidemia, asma, síndromes en el adulto mayor, cuidados paliativos, entre otros. Los NP han demostrado estar calificados para manejar episodios completos de enfermedad haciendo uso de la prescripción de medicamentos, solicitando e interpretando test diagnósticos, atendiendo desde un modelo de enfermería. Asimismo, han probado que sus intervenciones tienen iguales resultados que los de los médicos en cuanto a reducir visitas a las urgencias y reducir la

re-hospitalización, así como las tasas de mortalidad de sus pacientes (Newhouse *et al.* 2011). Los costos en salud, por lo tanto, son menores, ya que en una sola consulta se pueden realizar diversas atenciones, lo que implica acortar procesos (o la cantidad total de prestaciones que, de otra manera se realizarían en forma separada) y así entonces, optimizar recursos. Esto lleva consigo la satisfacción usuaria, al encontrar atención de calidad y resolutivez de sus problemas en una sola visita, pero más integral. Dada la importancia de los resultados demostrados en salud, la OPS hace un llamado a los países a trabajar en la implementación de este nuevo rol como una estrategia para alcanzar la cobertura universal de salud (Oldenburger *et al.* 2016).

5. La EPA en Chile

5.1. Beneficios del modelo de los Nurse Practitioners en APS en Chile

Llevar el modelo de NP a la práctica a nuestra realidad chilena ha requerido de un proceso, liderado por el mundo académico y la OPS, de pensar y repensar en variadas oportunidades, entre otros, en los beneficios que implica su introducción para el sistema de salud, para la población y para los profesionales de enfermería y asimismo para los médicos que se desempeñan en APS. Estos beneficios se señalan y describen en la tabla 2.

5.2. Marco legal

El marco legal chileno no reconoce las especialidades de enfermería (a excepción de diálisis) pese a que existe una variedad de programas de especialidades en universidades reconocidas y acreditadas por el Estado. En este punto se hace clara la necesidad de trabajar por parte del Ministerio de Salud y de Educación en el reconocimiento de los estudios de postgrado de enfermería. Por otro lado, el Có-

TABLA 2: Síntesis de beneficios de la Enfermería de Práctica Avanzada para la APS

Beneficios	Mecanismo de acción
Mantener enfermeros motivados en la APS	A través de una carrera más atractiva con nuevos límites de acción y desarrollo profesional.
Mantener enfermeros competentes en la APS	Profesional con estudios de postgrado con nuevas competencias para una atención completa en salud.
Mantener enfermeros suficientes en la APS	Profesional más económico que el médico para el manejo de pacientes de baja complejidad.
Optimizar la agenda del médico	Al hacerse cargo de consulta de morbilidad (enfermedad aguda) de baja complejidad, permite al médico dedicar mayor tiempo a otras actividades de mayor complejidad. Por ejemplo, en lugar de realizar controles de pacientes crónicos, el médico puede destinar más horas para atender a aquellos con asma descompensado, con dolor crónico, terminal y puede realizar cirugía menor, entre otros.
Mayor resolutivez en una sola atención dada la mirada holística de la EPA	En una misma atención es capaz de solicitar exámenes para diagnóstico, comenzar tratamiento en la enfermedad o modificar esquema, referenciar a un médico general o especialista en caso necesario, educar y alfabetizar en su patología, promocionar la salud, pesquisar nuevos eventos. Esto sin necesidad de hacer esperar al paciente por una nueva hora médica. Por ejemplo, si un paciente tiene síntomas de diabetes descompensada, en vez de pedirle que vuelva a tomar hora con el médico, le tomará exámenes, comenzará con tratamiento, educará de la patología y el paciente llegará a una próxima consulta del médico con conocimientos de su enfermedad, un tratamiento temprano y resultados de los exámenes.
Llevar atención completa en lugares de difícil acceso	Puede otorgar atención médica junto con la atención de enfermería y apoyarse en médicos generales y de especialidad gracias a la telemedicina y otras tecnologías. Por ejemplo, en zonas rurales y extremas del país, puede tomar y evaluar un electrocardiograma complejo con teleasistencia de cardiólogo.
Entregar atención completa en casos que se requiera	Otorgar atención de enfermería y médica en caso necesario. Por ejemplo, emergencias ambientales con aumento de casos de niños y ancianos con problemas respiratorios. Podría ayudar a resolver este aumento desbordante de consultas de morbilidad atendiendo desde el modelo de enfermería y tomando tareas propias del médico.
Mayor continuidad en la atención	Los profesionales de enfermería no presentan la alta rotación que sí se da en el caso de los médicos en APS en Chile, favoreciendo la continuidad en la atención. Por tanto, conocen a la población a cargo y los pacientes los reconocen.
Optimizar procesos, mejora de la atención	Dada su mirada crítica y conocimiento completo de los procesos de la red, es capaz de pesquisar problemas, evaluar y solucionar para optimizar la atención de los pacientes. Por ejemplo, puede evaluar el sistema de agendamiento implementando tecnologías y favoreciendo la toma de hora de los pacientes a través de un análisis de los procesos.
Entregar una atención de calidad	Dados los estudios de investigación, es capaz de traer la práctica basada en evidencia a los procesos clínicos, implementando atención con la mejor evidencia científica. Del mismo modo, puede llevar investigación en el centro de atención primaria. Por ejemplo, podría renovar las guías clínicas de pacientes con heridas de pie diabético y traer la mejor evidencia en curación y tecnología en apósitos.
Aumenta la satisfacción en la comunidad	Dado todo lo anterior: las personas encuentran una APS más resolutivez, atención de calidad, mayor disponibilidad de consultas de morbilidad, solución a los problemas en una misma atención y con procesos optimizados.
Hacerse cargo de pacientes con necesidades no satisfechas	Entregarle atención completa a pacientes que tienen necesidades no satisfechas por falta de acceso. Por ejemplo: postrados, de lugares extremos, migrantes y minorías étnicas, personas en duelo.
Realizar <i>triage</i> (*) en los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)	Puede clasificar a los pacientes en la entrada del servicio de urgencia para su atención según gravedad de su condición. Por ejemplo, el niño que es traído por su madre con dificultad severa respiratoria será atendido antes que el paciente con fiebre que refiere dolor de garganta, y no por orden de llegada.

Fuente: elaboración propia.

Nota: (*) el triage es un sistema que permite clasificar a los pacientes de acuerdo con la gravedad de su condición que concurren a un servicio de urgencia.

digo Sanitario en su libro V (Ley N° 725 de 1967, Chile) especifica la ilegalidad del ejercicio de la medicina por profesionales que no estén legalmente autorizados para ello (artículo 112), es decir solo los médicos pueden ejercer la medicina. Luego, en el artículo 113 especifica: “No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, quienes cumplan funciones de colaboración médica, podrán realizar algunas de las actividades señaladas, 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” (Ley N° 725 de 1967, Chile). Esta normativa no toma en cuenta los cambios que ha habido en la educación de profesionales no médicos en salud, desconociendo que, dada la formación de postgrado de un profesional de enfermería, hay ciertas funciones “del ejercicio de la medicina” que pueden ser ejercidas por éstos, más aún si se trata de uno de práctica avanzada.

Considerando el déficit de médicos en la APS, cabe preguntarse si es o no adecuado que los enfermeros asuman ciertos roles, sobre todo considerando que cuentan con los estudios y la preparación pertinentes para ello. Tomando en cuenta que una modificación legal podría demorar bastante, es también discutible hasta qué punto, en aquellos centros de salud donde no se cuenta con suficientes horas médicas contratadas, esta misma normativa permite que un profesional de enfermería asuma tareas médicas, dado que muchos casos podrían calificarse como de extrema urgencia. Por otra parte, en la actualidad existe un proyecto de ley de prescripción enfermera, donde se solicita autorización para que los enfermeros puedan recetar medicamentos (Boletín 8298-11). Esto puede ayudar a legitimar tareas de la EPA en caso de ser aprobada.

5.3. Implementación de la EPA

Si bien en el año 2012 comenzó a impartirse el primer magíster en Chile de EPA con un enfoque hospitalario, la socialización del término “EPA” ha sido uno de los puntos más difíciles, aunque cada vez más personas en el ámbito de la salud ya se han familiarizado con su significado. En el año 2014 se realizó un estudio donde se exploró la valoración que tienen los tomadores de decisiones (políticos y académicos) en cuanto a la contribución que podría tener la implementación de la EPA en la APS. Dicho trabajo concluye que sería un aporte al aumentar el nivel de la salud de la población y avanzar hacia el acceso universal de salud (Aguirre-Boza y Achondo-Heavey 2015).

El estudio también visualiza obstáculos importantes en su implementación. Entre éstos se encuentra principalmente la negativa del gremio médico, la falta de un marco legislativo que limite el ámbito de acción y la falta de comprensión de la EPA. Estas limitaciones son las mismas que la literatura identifica de experiencias extranjeras. Otro estudio realizado en Latinoamérica y el Caribe en 2016 (con una muestra de 173 personas de 16 países) demuestra que los profesionales de enfermería están familiarizados con el papel de la EPA, y que la gran mayoría cree que las poblaciones de sus países se podrían beneficiar de un rol de práctica avanzada de enfermería en atención primaria de salud (Zug *et al.* 2016).

La OPS está trabajando en impulsar la EPA en Latinoamérica y el Caribe, por lo que realizó una primera cumbre en el año 2015 en la Universidad de McMaster en Canadá, con el propósito de elaborar estrategias para la implementación del rol. La Escuela de Enfermería de la Universidad de los Andes fue llamada a participar de este trabajo, quien, junto con la Asociación Chilena de Educación en Enfermería (ACHIEEN), formó la “Red de EPA para

APS-Chile”, integrada por 11 universidades que cuentan con escuelas o facultades de enfermería, cuyo fin es continuar con la implementación de la EPA en Chile.

Siguiendo las recomendaciones de la cumbre, en marzo de 2016 se realizó en Santiago de Chile un primer Simposio en la Universidad de los Andes en colaboración con la ACHIEEN y la OPS-Washington, el patrocinio del Colegio de Enfermeras y la OPS-Chile. El evento resultó inédito en congregar a académicos de 14 escuelas de enfermería acreditadas de todo el país, representantes del Ministerio de Salud y de la OPS y enfermeras de APS de distintas regiones de Chile. En dicho evento se analizó el contexto de la APS en Chile; se propuso el ámbito de acción y futuro rol de la EPA para la APS en Chile; se elaboraron estrategias para implementar el rol, y para anticipar el impacto de la implementación de la EPA en Chile. Seguido a este simposio, en mayo de 2016 se realizó una segunda cumbre en la Universidad de Michigan en EE.UU, donde se valoró que Chile ha sido uno de los países que más ha avanzado en el proceso de implementación.

5.4. Resultados del simposio en Chile

Entre los resultados que se señalan en el Reporte del Simposio (Aguirre-Boza *et al.* 2016) en Santiago, destacan como “obstáculos” para la implementación de la EPA en Chile la dificultad que se ha tenido en implementar el modelo de salud familiar, la burocracia del sistema y el trabajo centrado en atender metas sanitarias (en términos cuantitativos) y no en las necesidades del paciente. El documento también concluye que la EPA podría desempeñar un rol en la atención directa al paciente haciéndola más resolutiva y entregando mayor continuidad, mediante un rol más activo en aquéllos con necesidades no satisfechas, entregando mayor educación y alfabetización en salud y usando telemedicina para llegar a lugares poco

accesibles. Entre la población con necesidades no satisfechas se identificaron principalmente pacientes postrados y su cuidador, con enfermedad crónica, de zonas rurales y lugares extremos, migrantes y minorías étnicas, persona en duelo y personas en edad laboral.

Los principales cambios identificados que deberían ocurrir para implementar el rol sería el marco legal, cambios en el estatuto de la APS, comprensión de este nuevo rol, innovación en los programas universitarios de EPA y el fortalecimiento del desarrollo del programa de apoyo a la enfermería rural del Minsal.

Se señalaron del mismo modo “fortalezas” del conglomerado de enfermería, como lo es el buen nivel de la formación de la enfermería en Chile por parte de las escuelas o facultades de enfermería acreditadas, la motivación interna para contribuir a la salud universal de los chilenos y la capacitación continua de los profesionales de enfermería.

Se vio como una “oportunidad” que el Minsal esté dispuesto a trabajar con la academia para fortalecer la APS, que la OPS esté apoyando este proyecto y que esté en el Congreso la Ley de Exclusividad Universitaria (Boletines 3849-04, 10750-04 y 10678-04) y de Prescripción Enfermera (Boletín 8298-11).

Se señaló como “debilidad” la dificultad para entender el rol de la EPA para Chile, donde existe una cultura médico-centrista, la escasa presencia de líderes enfermeros en el mundo político, la dificultad del marco legal para implementar el rol, y la dotación de enfermeros en APS no ajustada a la realidad nacional.

Las principales “amenazas” que se identificaron fueron la reticencia de otros gremios, especialmente médico, el financiamiento por parte del Minsal (Contraloría) y la administración Municipal de los centros de salud sin mirada de largo plazo.

Con el fin de que el rol de la EPA para la APS en Chile sea una realidad, se han propuesto estrategias a mediano plazo. Se le asignó a la Red de EPA para la APS-Chile la responsabilidad de sociabilizar la iniciativa con distintas organizaciones institucionales, de gobierno, gremiales, entre otros, y poder trabajar con ellos desde su ámbito de acción. Del mismo modo las universidades deben elaborar o adecuar el perfil de competencias para un programa de EPA en APS, donde se encuentre el componente disciplinar, modelo de salud familiar y sea adaptable a cada región o localidad. Asimismo, deben desarrollar un programa de magíster en EPA.

Sin duda, lo más relevante será el programa piloto, que se espera llevar a cabo mediante un consorcio entre el Minsal, Municipalidades, APS y universidades, del cual se deberá medir resultados en salud, y así evidenciar los logros. El Minsal deberá establecer una cierta normativa que habilite todos los ámbitos de acción para la EPA en la localidad específica donde se realizaría el piloto; esto en conjunto con la municipalidad quien deberá dotar de ciertas atribuciones (p.e. un aporte económico) al profesional que se forme. La municipalidad y el Minsal en conjunto con la universidad podrían ejercer el rol financiador y patrocinador del estudio de magíster. Por último, la universidad deberá cumplir con un rol investigador para medir el nivel de salud de la población, entre otros indicadores, producto del trabajo de los profesionales de EPA.

6. Comentarios finales

Alcanzar el acceso y cobertura universal de la salud es un imperativo moral que debe ser abordado por el Sistema de Salud chileno reconociendo la importancia de los recursos humanos y en especial en la APS. Como lo señala la contundente evidencia internacional, la Enfermería de Práctica Avanzada puede contribuir en el avance hacia esta estrategia,

mediante una atención completa e integral a los pacientes, familias y comunidades.

En Chile se debe continuar el camino hacia la implementación de este rol, reconociendo los obstáculos y utilizando los facilitadores para esta tarea. Hoy estamos en una etapa donde se está socializando tanto dicho rol, como la contribución que podría tener al aumentar el nivel de salud de la población chilena. Al mismo tiempo, las escuelas y facultades de enfermería están estudiando las competencias y los programas que deberán ofrecerse para formar a los futuros *Nurse Practitioners*. Programas pilotos en distintos escenarios y la evidencia que ellos demuestren será un buen punto de inicio para consolidar a este nuevo profesional en nivel primario de atención.

7. Referencias

- Aguirre-Boza, F. y Achondo-Heavey, B. 2015. "La Enfermería de Práctica Avanzada en la atención primaria: una propuesta para Chile". En: *XIII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería*, ALADEFE.
- Aguirre-Boza, F., Cerón, C. y Soto, P. 2016. "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. http://media.wix.com/ugd/5598e0_80e35185ffd24ab1ab9bf5d936d1610e.pdf
- Aranda, K. y Jones, A. 2008. "Exploring New Advanced Practice Roles in Community Nursing: A Critique". *Nursing Inquiry* 15, no. 1: 3-10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18271785>
- Bass, C. 2012. "Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutivez de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios?". *Revista Biomédica Revisada por Pares*, no. 12. <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5571?tab=relacionados>
- Coady, D., Clements, M. B. J. y Gupta, M. S. 2012. "The Economics of Public Health Care Reform in Advanced

- and Emerging Economies". En: *International Monetary Fund*. Editorial: Washington: International Monetary Fund.
- Consejo Internacional de Enfermeras-CIE 2014. "Definición y características de las funciones de la Enfermera de Atención Directa/Enfermería de Práctica Avanzada". Editado por: International Council of Nurses. Geneva, Switzerland. https://international.aanp.org/Content/docs/ICN_APNdefinitionwithLogoSP.pdf
- Delamaire, M. y Lafortune, G. 2010. "Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries". *Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) Health Working Papers*, No. 54." OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10>
- Department of Health-England. 2010. "Advanced Level Nursing: A Position Statement." <https://www.gov.uk/government/publications/advanced-level-nursing-a-position-statement>
- Etienne, C. F. 2015. "Achieving Universal Health Coverage Is a Moral Imperative." *The Lancet* 385, no. 9975: 1271-73. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61679-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61679-2)
- Guillou, M., Carabantes, J. y Bustos, V. 2011. "Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile." *Revista Médica de Chile* 139: 559-70. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000500001
- Health for All Everywhere Organization. 2015. "New Global Progress Report on Universal Health Coverage Reveals Growing Momentum, Unacceptable Gaps." The Rockefeller Foundation. <https://goo.gl/uFH8vk>
- Jokiniemi, K., Pietilä, A. M., Kylmä, J. y Haatainen, K. 2012. "Advanced Nursing Roles: A Systematic Review". *Nursing & Health Sciences* 14, no. 3: 421-31. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22950621>
- Lenz, R. 2016. "A quién se beneficia del gasto en salud pública". Podcast audio. Tercer Coloquio. <http://www.ispandresbello.cl/se-viene-tercer-coloquio-la-reforma-de-salud-que-chile-necesita/a-quien-se-beneficia-del-gasto-en-salud-publico-rony-lenz/>
- Ley N° 725, Ministerio de Salud Pública, Gobierno de Chile. "Código sanitario". 1967. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5595&idVersion=2011-09-13>
- Ley N° 19.378 del 13 de abril de 1995. Estatuto de atención primaria de la salud municipal." República de Chile. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30745>
- MacDonald, J. A., Herbert, R. y Thibeault, C. 2006. "Advanced Practice Nursing: Unification through a Common Identity". *Journal of Professional Nursing* 22, no. 3: 172-79. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Advanced+Practice+Nursing%3A+Unification+through+a+Common+Identity>.
- Macinko, J., Montenegro, H., Nebot Adell, C., Etienne, C. y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. 2007. "La renovación de la atención primaria de salud en las Américas". *Rev Panam Salud Pública*. 21(2/3):73-84. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf>
- Milos, P., Bórquez, B. y Larraín, A. I. 2011. "La gestión del cuidado". En la Legislación Chilena (II) Estado actual". *Ciencia y Enfermería* 17: 23-33. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300003
- Ministerio de Salud. 2016a. "Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud". Editado por Subsecretaría de Redes Asistenciales. http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Marzo2016.pdf
- Ministerio de Salud. 2016b. "Cuenta Pública Ministerio de Salud". 427-458 http://www.gob.cl/cuenta-publica/2016/sectorial/2016_sectorial_ministerio-salud.pdf
- Ministerio de Salud. 2008. "En el camino a centro de salud familiar". Editado por Subsecretaría de Redes Asistenciales. Santiago, Chile. <http://buenaspracticassaps.cl/wp-content/uploads/2014/07/MINSAL-2008-En-el-camino-a-Centro-de-Salud-Familiar.pdf>
- Montero, J., Téllez, A. y Herrera, C. 2010. "Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos". En: *Temas de la Agenda Pública*. Escuela de Medicina: Pontificia Universidad Católica. Serie:38. <http://politicaspUBLICAS.uc.cl/publicacion/serie-temas-de-la-agenda/serie-no-38-reforma-sanitaria-chilena-y-la-atencion-primaria-de-salud-algunos-aspectos-criticos/>

- Morán, L. 2015. "La práctica avanzada de enfermería, tendencia mundial y regional para apoyar el acceso y la cobertura universal en salud". *Rev. Educación e Investigación en Enfermería*. <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/167/>
- Newhouse, R. P., Stanik-Hutt, J., White, K. M., Johantgen, M., Bass, E. B., Zangaro, G., Wilson, R. F., Fountain, L., Steinwachs, D. D., Heindel, L. y Weiner, J. "Advanced Practice Nurse Outcomes 1990-2008: A Systematic Review." *Nursing Economic* 29, no. 5 (2011): 230-51. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22372080>
- Oldenburger, D., Cassiani, S., Bryant-Lukosius, D., Valaitis, R., Baumann, A., Pulcini, J. y Martin-Misener, R. 2016. "Implementation Strategy for Advanced Practice Nursing in Primary Care in Latin America and the Caribbean." *Revista Panamericana de Salud Pública*.
- OPS/OMS en México. 2013. "Cobertura universal de la salud: lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México". México, D.C.: OPS. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/166176>
- Organización Mundial de la Salud. 2016. "The Global Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery 2016-2020." Edición en Ginebra, Suiza. http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/global-strategy-midwifery-2016-2020/en/
- Organización Panamericana de la Salud. 2014. "Estrategias para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud". <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/7652>
- Organización Panamericana de la Salud. 2013. "Recursos humanos para la salud: aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la APS". CD52°.R13. Washington, D.C.: OPS. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/4441?show=full>
- Rojas, M. P., Erazo, A., Puschel, K. y Mora, I. 2011. "Estimación de brechas de especialistas en medicina familiar para la atención primaria chilena". *Propuestas para Chile*: 231-66. http://ciperchile.cl/wp-content/uploads/Estudio_subse_redes_banco_mundial.pdf
- Ruel, J. y Motyka, C. 2009. "Advanced Practice Nursing: A Principle-Based Concept Analysis." *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 21, no. 7: 384-92. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19594657>
- Subsecretaría de Redes Asistenciales. 2011. "Estudio de brechas de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile". En: *Serie de Cuadernos de Redes*: Ministerio de Salud de Chile. http://ciperchile.cl/wp-content/uploads/Estudio_subse_redes_banco_mundial.pdf
- Vega, J. y Frenz, P. 2015. "America Latina: prioridades para la cobertura universal de salud." *MEDICC Review* 17, 14-15. <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicreview/mrw-2015/mrws151g.pdf>
- Zug, K. E., Cassiani, S., Pulcini, P., Bassolabre-García, A., Aguirre-Boza, F. y Park, J. 2016. "Advanced Practice Nursing in Latin America and the Caribbean: Regulation, Education and Practice". *Latin American Journal of Nursing*. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100353. **PdR**