

Enfermería con práctica avanzada: una estrategia para lograr la cobertura universal de salud y el acceso universal a la salud

Denise Bryant-Lukosius¹
Ruta Valaitis¹
Ruth Martin-Misener²
Faith Donald³
Laura Morán Peña⁴
Linda Brousseau⁵

Objetivo: examinar el rol de la enfermería con práctica avanzada (EPA) a nivel internacional para informar de su desarrollo en América Latina y el Caribe, en apoyo a la cobertura de salud universal y el acceso universal a la salud. **Método:** se analizó la literatura relacionada con los roles de la EPA, su despliegue en el mundo y la eficacia de EPA en relación con la cobertura de salud universal y el acceso a la salud. **Resultados:** dada la evidencia de su eficacia en muchos países, las funciones de la EPA son ideales como parte de una estrategia de recursos humanos de atención primaria de salud en América Latina para mejorar la cobertura de salud universal y el acceso a la salud. Brasil, Chile, Colombia y México están bien posicionados para construir esta fuerza de trabajo. Las barreras a la implementación de estas funciones incluyen: la falta de claridad de su rol, la legislación/regulación, educación, financiamiento, y la resistencia de los médicos. Se necesita un liderazgo fuerte de enfermería para alinear los roles de la EPA con las políticas prioritarias, y trabajar en colaboración con los profesionales de atención primaria y los responsables de las políticas para la implementación exitosa de sus funciones. **Conclusiones:** teniendo en cuenta la diversidad de los contextos en diferentes naciones, es importante evaluar sistemáticamente las necesidades de salud del país y de la población para introducir la combinación más adecuada y complementaria de los papeles de la EPA y dar un formato a su aplicación. La introducción con éxito del papel de la EPA en América Latina y el Caribe podría proporcionar una hoja de ruta para funciones similares en otros países de bajos/medios ingresos.

Descriptores: Enfermería de Práctica Avanzada; Prestación de Atención de Salud; Atención Primaria de Salud.

¹ PhD, Profesor Asociado, School of Nursing, McMaster University, Hamilton, ON, Canadá.





² PhD, Profesor, School of Nursing, Dalhousie University, Halifax, NS, Canadá.

³ PhD, Profesor Asociado, Daphne Cockwell School of Nursing, Ryerson University, Toronto, ON, Canadá.

⁴ PhD, Profesor, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, DF, México.

⁵ MSc, Enfermera de Práctica Avanzada (EPA), Halton Region Health Unit, Oakville, ON, Canadá.

Cómo citar este artículo

Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Morán Peña L, Brousseau L. Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to Health. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2826. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1677.2826>.
mes día año URL

Introducción

Junto con el desarrollo de sistemas de salud en los que la atención primaria de la salud tenga un papel prioritario, un mejor acceso a la salud y la cobertura universal de salud son prioridades reconocidas para mejorar la salud global⁽¹⁻²⁾. Después de 60 o más años de desarrollo global, existe una mayor reconocimiento de las enfermeras con práctica avanzada (EPA) y su impacto en el aumento del acceso a la atención primaria de salud y mejorar la calidad de la atención y los resultados de salud⁽³⁻⁴⁾. En la intersección de la atención primaria de salud y la enfermería con práctica avanzada como dos fenómenos globales, está el concepto de los recursos humanos para la salud. Una oferta adecuada y combinación adecuada de los profesionales de atención de la salud es fundamental para lograr la agenda global de salud y de la enfermería con práctica avanzada y son un componente esencial de los recursos humanos de salud a nivel de los países⁽⁵⁻⁶⁾. Los roles de enfermería con práctica avanzada están en una fase temprana de desarrollo en los países de América Latina⁽⁷⁾. Por lo tanto, existe una enorme oportunidad para aprovechar estas funciones para lograr los objetivos de acceso a la salud, cobertura universal de salud y la reforma de la atención primaria de salud en estos países.

Objetivos

El propósito de este artículo es examinar lo que se conoce acerca de la implementación y el impacto de los roles de la EPA a nivel internacional y usar esta evidencia para proporcionar recomendaciones para el desarrollo de estas funciones en los países de América Latina para lograr la cobertura universal de salud y el acceso universal a la salud.

Método

Se examinó la literatura relacionada con las funciones de la EPA, su despliegue mundial, y la eficacia de la EPA en relación con la cobertura de salud universal y el acceso a la salud. Los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tanto de América Latina y el Caribe eran los objetivos de este documento. El examen de los roles de la EPA se limita a las especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialist-CNS) y la enfermera de práctica clínica (Nurse Practitioner-NP).

El estudio comienza con un resumen de los objetivos de la OMS⁽²⁾ para la cobertura de salud universal y el acceso universal a la salud en relación con la atención primaria de salud y funciones de la EPA. A continuación

se describen los tipos y las características comunes de los papeles de la EPA, seguido de un análisis de la implementación global de las funciones de la EPA, incluyendo América Latina y el Caribe. La eficacia de las funciones de la EPA se examina a continuación en relación con la cobertura de salud universal y el acceso a la salud. Se identifican las implicaciones para los países de América Latina, junto con estrategias de apoyo a la integración efectiva papel de la EPA en la atención primaria de salud.

Cobertura universal de salud, el acceso universal a la salud y los roles de la enfermería con práctica avanzada en la atención primaria de salud

La cobertura universal de salud tiene como objetivo fortalecer los sistemas de atención de salud para promover el acceso a la atención y mejorar los resultados de salud, especialmente para las poblaciones desfavorecidas. Incluye la financiación de los sistemas de salud para asegurar 1. la disponibilidad de los servicios de salud integrales y de buena calidad, incluyendo la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; y 2. el acceso equitativo a estos servicios, independientemente de las circunstancias sociales, sin riesgo de dificultades financieras⁽²⁾. El derecho a la salud es un valor inherente de la cobertura universal de salud. Según Margaret Chan, directora de la OMS⁽⁸⁾, la cobertura universal de salud, basada en la prestación de servicios de atención primaria de salud integrados, puede proporcionar la herramienta más poderosa para mejorar la salud mundial. Las Naciones Unidas⁽⁹⁾ han reafirmado su compromiso con la cobertura universal de salud en los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030.

Aunque se ha avanzado mucho en los países de América Latina para mejorar la atención de salud e implementar diferentes modelos financieros para la cobertura universal de salud, el acceso equitativo a la salud y la atención primaria de salud esencial sigue siendo difícil de alcanzar para millones de personas en la región⁽¹⁰⁻¹⁴⁾. Hay necesidad urgente de mejorar el acceso a la atención primaria de salud en las comunidades rurales y de servicios que mejoren los resultados de salud relacionados con la mortalidad materna e infantil, las enfermedades infecciosas, y el envejecimiento. Se necesitan más servicios de promoción de la salud, de prevención y de gestión para reducir la carga y la mortalidad asociada con enfermedades crónicas, especialmente para la salud mental, cáncer, enfermedades cardiovasculares y la diabetes.

El reconocimiento de la necesidad de fortalecer la atención primaria de salud en todo el mundo se remonta a la Declaración de Alma-Ata en 1978 y ha

sido reforzada en las políticas posteriores, tales como la Resolución WHA62.12 de la OMS⁽¹⁾. Sólo recientemente a través de dos eventos políticos se ha identificado formalmente la necesidad y oportunidad de desarrollar las funciones de la EPA. En agosto de 2013, el informe de situación sobre la enfermería y obstetricia⁽¹⁵⁾ de OMS 2008-2012 hizo hincapié en la necesidad de desarrollar la enfermería especializada y funciones de la EPA con las competencias básicas para satisfacer las necesidades de servicios de salud de la población y de salud en los sistemas de atención primaria de salud revitalizados. En septiembre de 2013, la OPS se hizo eco de esta recomendación, con la Resolución CD 52.R13 al incluir la enfermería con prácticas avanzadas como una parte de una estrategia global para aumentar la fuerza de trabajo de atención primaria de salud en América Latina⁽¹²⁾. Durante los últimos dos años las líderes de enfermería de América Latina y el Caribe han comenzado a explorar estrategias para apoyar el desarrollo del rol de la EPA en sus países^(7,16-19).

Tipología de roles de enfermeras con práctica avanzada

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), define una enfermera con práctica avanzada como "la enfermera registrada que ha adquirido la base de conocimiento experto, habilidades de toma de decisiones complejas y las competencias clínicas para la práctica expandida, cuyas características están determinadas por el contexto y / o el país en el que él / ella está acreditado para ejercer. El grado de Maestría es el nivel de entrada recomendado"⁽²⁰⁾. La práctica clínica que implica la atención directa e indirecta de los pacientes y sus familias, grupos, comunidades o poblaciones es el principal objetivo de las funciones de la EPA. Además de la práctica clínica, otras responsabilidades del rol de la EPA incluyen la educación de enfermeras y otros profesionales de la salud, la práctica basada en la evidencia y la investigación, liderazgo en la organización y desarrollo profesional⁽²¹⁻²³⁾. Es el efecto combinado de estas responsabilidades y múltiples tareas de la EPA lo que conduce a la innovación y a la mejoría en el cuidado de la salud.

El interés acentuado por estos roles de la EPA es impulsado en el contexto de país y a nivel de las organizaciones. A nivel internacional, esto ha dado lugar a cierta confusión acerca de lo que constituye el papel de EPA y una plétora de nombres para este tipo de funciones. Una encuesta internacional identificó 52 títulos del rol de la EPA diferentes, tales como el especialista en enfermería clínica (CNS), enfermera de práctica clínica (NP), enfermera con práctica avanzada, enfermera

especialista, consultante enfermera, enfermera partera y enfermera anestesiista⁽²⁴⁾. De estos títulos, CNS y NP son los más comunes⁽²⁵⁻²⁶⁾. Sin importar el tipo, algunas características comunes de los papeles de la EPA han sido identificadas tales como: provenir de un programa educativo acreditado, diseñado para producir enfermeras con práctica avanzada y con licencia oficial de práctica, registro, certificación y acreditación⁽²¹⁾. En función de los mecanismos de regulación específicos de cada país, las enfermeras con práctica avanzada pueden tener un mayor alcance de la práctica con la protección de título y la autoridad legal para diagnosticar, prescribir medicamentos y tratamientos, derivar a los pacientes a otros profesionales de la salud, y admitir a los pacientes en el hospital. La forma en que las CNS y NP implementan sus funciones es muy variable y depende de las necesidades de salud de la población y los escenarios de salud. En general, las CNS tienen un conocimiento en profundidad de un área especializada de la práctica de enfermería y tienen el mismo ámbito de la práctica de una enfermera registrada. Además de la atención de los pacientes tienen mayores responsabilidades de enfermería y de mejora de los sistemas de salud tales como el liderazgo, la educación y la promoción de la práctica basada en la evidencia⁽²⁷⁾. Las enfermeras de práctica clínica (NP) tienen un mayor alcance de la práctica que por lo general incluye la evaluación avanzada de la salud, la enfermedad y la prevención de lesiones y el manejo terapéutico y tienden a utilizar más de su tiempo en proporcionar atención directa al paciente⁽²²⁾.

Distribución y uso de los roles de enfermería con práctica avanzada en el mundo

El alcance de los roles de EPA en el mundo no es conocido. La introducción de las funciones de la EPA se encuentra en diferentes etapas de desarrollo entre los países y los mecanismos para la regulación y la identificación de las enfermeras con ese papel son inconsistentes, hacen que sea difícil controlar y realizar un seguimiento de los patrones de práctica. De acuerdo con el CIE⁽²⁸⁾, 70 países tienen o están interesados en la introducción de las funciones de la EPA. Una encuesta internacional ha documentado los diferentes papeles de la EPA en al menos 38 países⁽²⁴⁾. Los roles de la EPA más reconocidos se encuentran en los países de altos ingresos, como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y Australia⁽²⁵⁾. En la última década ha habido una mayor expansión de los roles de la EPA, especialmente en los países de ingresos altos de Europa, África, Asia y el Oriente Medio⁽²⁹⁻³²⁾. Hay pocos informes de desarrollo del rol de la EPA en los países de bajos y medianos ingresos.

La mejora de los resultados de salud y aumentar el acceso a servicios de salud en las comunidades rurales y remotas y para las poblaciones vulnerables (por ejemplo, personas sin hogar, salud mental, adicción a las drogas) en las comunidades urbanas han sido las fuerzas conductoras iniciales para la introducción de las NP en centros de atención primaria de salud⁽³³⁻³⁴⁾. Inicialmente, las CNS fueron introducidas para mantener el ritmo con los avances en el tratamiento y la tecnología y la mayor complejidad de los cuidados de enfermería para poblaciones especializadas en entornos de atención aguda⁽³⁵⁾. Más recientemente, las CNS y NP también están siendo desplegadas en el varios países para una amplia gama de comunidades, atención a largo plazo y entornos de atención aguda como catalizadores para mejorar los resultados de salud y calidad de la atención e innovación para ofrecer modelos más sostenibles de atención de la salud^(12,15,25,36-40). Los problemas actuales que impulsan nuevos modelos de prestación de cuidados y la introducción de las funciones de la EPA incluyen el envejecimiento de la población y la atención de las personas mayores, las necesidades de una mayor promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas crónicas, la gestión y reforma de la atención primaria, la escasez del personal sanitario y el aumento de los costos de cuidado de la salud.

Los roles de la EPA están en una fase temprana del desarrollo en América Latina y el Caribe^(16-17,41). Hay pocos programas de educación de la EPA establecidos y todavía no existen mecanismos de regulación para los roles de la EPA, pero se están desarrollando en algunos países. De estos países, Jamaica es posiblemente el país con más experiencia en relación con la práctica avanzada con la introducción de los programas de NP de familia, educación de pediatría y salud mental/psiquiátricos en 1977 y 1978⁽⁴²⁻⁴⁶⁾. Los factores que favorecieron la introducción de la función de la NP fueron la agenda política del gobierno para la reforma de la atención primaria de salud y el reconocimiento del conjunto de habilidades complementarias curativas y de promoción de la salud de las NP, así como la escasez de médicos en las zonas rurales y las comunidades con escasos servicios.

Actualmente en Jamaica, la Universidad de West Indies ofrece cursos de CNS, NP de familia y los programas de NP en salud mental / psiquiátricos a nivel de Maestría. Los informes publicados sobre el papel de la EPA en otros países de América Latina o el Caribe son limitados, especialmente relacionados con la atención primaria de salud. En Brasil, se ha establecido un perfil CNS en oncología pediátrica⁽⁴⁷⁾. En Chile, la Universidad de los Andes tiene un programa avanzado de CNS para la práctica de enfermería en cuidados críticos de adultos (<http://postgrados.uandes.cl/mpae/>).

En este momento, los países latinoamericanos con mayor preparación para introducir las funciones de la EPA para la atención primaria de salud son Brasil, Chile, Colombia y México. Enfermeras líderes de estos países recientemente se reunieron con sus homólogas de Canadá y los Estados Unidos para determinar estrategias para el desarrollo de competencias y programas de estudio de la EPA⁽¹⁷⁾. La maestría se recomienda como la base para la educación de la EPA⁽²⁰⁾.

Los cuatro países tienen programas de educación de postgrado en enfermería existentes a partir de los cuales los programas de educación de la EPA pueden ser construidos. Brasil en particular, está bien posicionado para establecer programas de educación de la EPA ya que tiene 51 maestrías y 36 programas de doctorado en Enfermería⁽⁴⁸⁾. Brasil también distingue dos corrientes de educación de maestría; académica y profesional. Los programas académicos están diseñados para producir investigadores y profesores en enfermería, mientras que los programas profesionales están diseñados para desarrollar capacidades de enfermeras que trabajan en diversas funciones de nivel superior en el sistema de salud.

Existen al menos 15 programas de Maestría Profesional en Brasil. Su enfoque en el desarrollo de habilidades y conocimiento aplicado puede hacer que estos programas sean susceptibles de adaptación a los programas de educación de la EPA⁽⁴⁹⁾. En Chile y México, las asociaciones con los programas de educación NP en universidades de los Estados Unidos han estimulado el desarrollo de programas de educación de EPA. En Colombia, las actividades de conjuntas de participación de los interesados entre el Ministerio de Salud y los líderes de enfermería y de políticas académicas están preparando el escenario para el desarrollo de programas de educación de la EPA⁽¹⁷⁾.

Las barreras para la introducción de las funciones de la EPA en América Latina y el Caribe son similares a las reportadas en la literatura internacional, incluyendo la claridad en la definición del rol, la legislación, la reglamentación, los programas de educación y los recursos financieros, y la resistencia de los médicos^(16,19,24-25,50-51). En relación con la claridad de los roles, los líderes de enfermería de América Latina y el Caribe identifican una falta general de conocimiento y comprensión de las funciones de la EPA dentro de la profesión de enfermería y entre los tomadores de decisiones de servicios de salud dentro de los gobiernos⁽¹⁶⁾.

A nivel político y de formulación de políticas, un desafío común a todos los países son las barreras legislativas que existen para definir, legitimar y facilitar la regulación de la practica extendida de las enfermeras. Hay también una necesidad de fortalecer la educación

de enfermería en América Latina, para mejorar el acceso a programas estandarizados y de alta calidad, incluyendo los de EPA^(16-17,42). Hay escasez de docentes y pocos docentes tienen las habilidades específicas para desarrollar y enseñar en programas de EPA enfocados en la clínica.

Un aspecto único de la región de América Latina y el Caribe es la existencia de países de bajos, medio-bajo, medio-alto y altos ingresos, lo que resulta en diferentes necesidades de atención de salud y capacidades económicas para apoyar la educación de EPA y los roles que ocuparán en la práctica⁽⁵²⁾. Serán necesarias estrategias diversas para introducir funciones de la EPA y planes de estudios que se ocupen de los contextos culturales, geográficos, socioeconómicos y políticos heterogéneos de los países miembros.

Otros retos para la introducción de las funciones de la EPA para la atención primaria de salud en la mayoría de países de América Latina es una escasez general de enfermeras y una alta proporción de enfermeras con formación técnica (por ejemplo, asistentes o auxiliares) en comparación con las profesionales de enfermería en la fuerza de trabajo que pueden ser la fuente para un mayor desarrollo^(11,13,16,42,53). También hay un enfoque limitado en la comunidad o en atención primaria de salud en los programas de formación de enfermería y falta de reconocimiento de las enfermeras de atención primaria de salud como un área de especialización o una carrera deseada. La falta de puestos de trabajo existentes en el mercado para las prácticas avanzadas de enfermería también puede ser un obstáculo para la inscripción en los programas de educación de la EPA y resultar en subempleo y frustración de los graduados del programa. Aunque la mayoría de los países tienen una escasez general de profesionales de atención de salud, tienen un mayor número de médicos en comparación con enfermeras en la fuerza de trabajo. Las resistencias de los médicos y la medicalización de la asistencia sanitaria, en la que se infravaloran las enfermeras, son barreras percibidas para la introducción de las funciones de la EPA en América Latina y otros países^(11,16,24).

Alineamiento de los roles de la enfermería con práctica avanzada con la agenda global para ampliar la cobertura universal de salud y el acceso a la salud

La cobertura universal de salud depende de la financiación adecuada, que es difícil de lograr en todos los países, pero especialmente aquellos con ingresos bajos y medios, debido al aumento de los costos de salud. En América Latina y el Caribe, la insuficiente financiación de la cobertura universal de salud en algunos países ha

contribuido a una mezcla de planes públicos y privados de seguros, altos gastos de bolsillo y el acceso no equitativo a la atención oportuna y de alta calidad para los desempleados, pobres y poblaciones vulnerables⁽¹⁰⁾. Mejorar la financiación para proporcionar una cobertura integral de salud universal es un tema importante para la región, donde más del 25%, 130 millones de personas viven en condiciones de pobreza crónica⁽⁵⁴⁾.

Una estrategia consiste en compensar los costos de financiación de la cobertura de atención sanitaria universal mediante la obtención de eficiencia en la atención sanitaria. La OMS ha proporcionado diez recomendaciones para la reducción del 40% del gasto en salud que se desperdicia a través de ineficiencia⁽⁵⁵⁾. Al menos cinco de estas diez recomendaciones podrían resolverse mediante la introducción de las funciones de la EPA, no sólo en la atención primaria de salud, sino en todo el sistema de salud donde existen necesidades y eficiencias. Estas cinco recomendaciones se relacionan con 1. el uso excesivo de los servicios de salud, 2. la combinación de personal inapropiado y costoso y trabajadores desmotivados, 3. la duración de la estancia hospitalaria inadecuada, 4. errores y la calidad sub óptima de la atención y 5. combinación ineficiente o nivel ineficiente de intervenciones de atención de la salud.

Varias revisiones sistemáticas han demostrado que los CNS y NP son profesionales de atención de salud seguros y eficaces. En relación con el uso de servicios de atención de salud, los CNS y NP pueden reducir gastos a través de: estadía hospitalaria más corta y reintegros hospitalarios reducidos para los ancianos y los pacientes en transición del hospital al hogar^(40,56-58); un menor número de exámenes y reducción de consultas clínicas y visitas al servicio de urgencias para pacientes con cáncer⁽⁵⁹⁾; y menor costo de consulta para los pacientes en atención primaria⁽³⁻⁴⁾.

En relación a la mejor combinación de tipos de personal, como sustitutos de otros profesionales (por lo general médicos) para hacer frente a la escasez de personal, los CNS y NP logran resultados de salud iguales o mejores y buena satisfacción para la atención de pacientes tanto hospitalizados como ambulatorios y para cuidados de transición^(3,38,40,56,59-60). Estas mismas revisiones sistemáticas también demuestran los beneficios de la adición complementaria de las funciones de las CNS y NP a los equipos de atención de salud para mejorar los resultados de salud de los pacientes, la satisfacción con la atención y la calidad de la atención. En los estudios de modelos basados en equipos de atención primaria de salud, la adición de un NP aumenta el acceso a los servicios de promoción de la salud y de prevención para satisfacer las necesidades

de la comunidad⁽⁶¹⁻⁶³⁾ y mejora la calidad de la atención para el manejo de enfermedades crónicas⁽⁶⁴⁾.

Otros estudios indican que la introducción de las CNS apoya el desarrollo de una fuerza de trabajo motivada promoviendo la satisfacción del personal⁽⁶⁵⁾ y facilitar el reclutamiento y la retención de las enfermeras de alta calidad⁽⁶⁶⁾. También reducen los errores y la atención sub óptima mediante la promoción de la seguridad del paciente y la prevención de complicaciones^(58,67-68) y disminuyen el uso de intervenciones de atención de salud ineficientes o ineficaces mediante la promoción de implementación temprana de las mejores prácticas por profesionales y pacientes⁽⁶⁹⁻⁷⁰⁾.

En comparación con la atención habitual, las CNS y NP también mejoran el acceso a la salud mediante la consecución de mejores resultados de salud para una amplia gama de poblaciones de pacientes en entornos de práctica variados. Los adultos mayores que reciben atención de la EPA en la atención ambulatoria para la demencia o insuficiencia cardíaca crónica o aquellos en los centros de atención a largo plazo han reducido las tasas de mortalidad y los resultados de salud relacionados con la depresión, comportamiento agresivo, incontinencia y úlceras por presión^(36,57). En la atención primaria y en los centros de atención ambulatoria, la atención con NP para pacientes con enfermedades crónicas, como enfermedades del corazón, hipertensión y diabetes, resulta en mejores indicadores de control de enfermedades tales como la presión arterial, los niveles de colesterol en suero reducidos, y la reducción de la hemoglobina glicosilada⁽³⁻⁴⁾. La atención ambulatoria con CNS se asocia con una mejor salud mental para pacientes con problemas psiquiátricos, un mejor control de la enfermedad y calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca y reduce los síntomas de actividad de la enfermedad en los pacientes con artritis⁽³⁸⁾. Los cuidados de transición con CNS también permiten el alta hospitalaria precoz de las poblaciones de alto riesgo (cáncer, embarazo, adultos mayores, insuficiencia cardíaca, neonatos), mientras que al mismo tiempo alcanzan resultados sanitarios equivalentes o mejores⁽⁴⁰⁾. Ejemplos de mejora de los resultados incluyen aumento de la supervivencia en los pacientes con cáncer avanzado o insuficiencia cardíaca y la mejora de las tasas de inmunización para los bebés de muy bajo peso⁽⁴⁰⁾. Hallazgos similares, de resultados de salud iguales o mejores para el cuidado de transición con NP en comparación con la atención habitual, se han demostrado en pacientes sometidos a cirugía ginecológica y aquellos con condiciones complejas, asma o infarto de miocardio⁽⁵⁶⁾. A través de estos estudios, se cree que algunos aspectos de la atención con CNS y NP que contribuyen a mejorar

los resultados de salud, incluyen la prestación de la atención centrada en el paciente, la educación del paciente y el *coaching*, la mejora de la continuidad y la coordinación de la atención y la colaboración con otros profesionales de la salud. Mejora el auto-cuidado del paciente y la adopción de conductas de estilo de vida saludables como consecuencia de la acción de CNS y NP, lo que puede conducir a una mejor salud.

Implicaciones para la implementación de las funciones de enfermería con práctica avanzada en los países de América Latina y el Caribe

Si el proceso es bien realizado, la introducción de las funciones de la EPA en América Latina y el Caribe podría servir de guía para la introducción de estas funciones en otros países de bajos y medianos ingresos donde existen pocas de esas funciones. Para lograr un impacto óptimo para mejorar la cobertura universal de salud y el acceso a la salud, se requiere un enfoque sistemático para la introducción de las funciones de la EPA para determinar los tipos de poblaciones de pacientes y comunidades con necesidades insatisfechas de servicios de salud, donde se pueden conseguir los mayores beneficios en los resultados de salud, la eficiencia de la asistencia sanitaria y la mejora de la salud⁽⁵⁵⁾. Tal enfoque es ofrecido por el Marco PEPPA que describe un proceso participativo, basado en evidencias y centrado en los pacientes, para el diseño, implementación y evaluación de las funciones de la EPA⁽⁷¹⁾. PEPPA se ha implementado en al menos 16 países para una amplia gama de poblaciones de pacientes en diversos contextos y es reconocida como la mejor práctica para la introducción de la EPA y otras funciones avanzadas de profesionales de salud⁽⁷²⁻⁷³⁾. Un punto fuerte de este marco es la participación temprana y continua de los representantes de los actores interesados, incluyendo pacientes, médicos y otros profesionales de la salud, reguladores, educadores, administradores de salud y responsables de las políticas del gobierno. A través de estrategias de participación de los interesados y evaluación de las necesidades, pueden establecerse los roles de la EPA, de acuerdo a las necesidades y objetivos del sistema de salud de salud y población prioritaria.

El enfoque también aplica principios para la planificación eficaz de los recursos humanos de salud para determinar el tipo de papel a cumplir por la EPA, como complementar y combinar en forma óptima con otros profesionales de atención de salud, y cómo este rol va a interactuar con otros miembros del equipo de atención de la salud para lograr los objetivos identificados y los resultados relacionados⁽⁷³⁾. Debido a la diversidad de los sistemas de salud, los mecanismos

de financiación, recursos humanos, y necesidades de salud de la población, será importante para cada país en la región de América Latina y el Caribe, llevar a cabo su propio proceso sistemático para priorizar y definir el papel o papeles de la EPA a ser introducidos⁽¹¹⁾.

Dada la escasez general de enfermería y otros profesionales de atención primaria de salud en la mayoría de los países, será importante tener en cuenta la introducción de las funciones de la EPA en el contexto de la creación de una fuerza de trabajo de atención primaria⁽⁷⁴⁻⁷⁵⁾. La introducción de las funciones de la EPA se puede aprovechar para mejorar los resultados de la fuerza de trabajo mediante la promoción de la atención primaria de la salud como una carrera reconocida y deseable para las enfermeras. Por ejemplo, el establecimiento de una carrera con competencias desde el nivel de principiante hasta aquellas de capacidades avanzadas de enfermería puede ser utilizada para crear puestos de roles claramente definidos y rangos salariales; proporcionar la base para la certificación y acreditación; dar forma a programas de grado, postgrado y de educación continua; guiar revisiones de carreras y evaluaciones de desempeño; y crear un número suficiente de enfermeras para la formación docente⁽⁷⁶⁾.

Además, la selección y el diseño de los roles de la EPA deben incluir competencias y expectativas pertinentes para apoyar el desarrollo de las enfermeras de atención primaria de la salud en contacto con el paciente. Los ejemplos incluyen las responsabilidades del rol de la EPA para educar a las enfermeras para desarrollar sus prácticas, y habilidades de liderazgo clínicas basadas en la evidencia; orientación y tutoría para construir su confianza; actuar como docentes clínicas y preceptores para los estudiantes de grado y posgrado; proporcionar asesoramiento y apoyo para manejar situaciones complejas de atención al paciente; y facilitar el uso de la tecnología para la educación y la atención del parto⁽⁵⁾. También se requiere el liderazgo de la EPA para abogar por políticas de apoyo a la práctica de enfermería en los nuevos modelos de prestación de servicios que proporcionan un mejor equilibrio entre la promoción de la salud y la prevención y la atención centrada en la enfermedad^(11,75). El liderazgo de la EPA también se puede utilizar para apoyar ambientes de trabajo saludables para las enfermeras y otros profesionales de la salud. Las estrategias de liderazgo pueden incluir la gestión y el desarrollo de equipos interprofesionales, promoviendo el trabajo en equipo interprofesional efectivo, y apoyar el desarrollo de profesionales de la salud y trabajadores comunitarios de salud⁽⁷⁷⁻⁷⁸⁾.

El Enfoque PEPPA también integra pasos de planificación para identificar los posibles obstáculos y facilitadores para optimizar la implementación efectiva

del rol de la EPA en relación con los grupos de interés y la educación de la EPA, el reclutamiento y la retención, y las políticas de salud, incluida la legislación y regulación⁽⁷¹⁾. Importantes facilitadores son la conciencia pública sobre el papel y el fuerte liderazgo de la enfermería a través de múltiples sectores del sistema de atención médica para abogar por cambios en los sistemas de salud para apoyar la implementación del papel de la EPA. Se requerirá de liderazgo intersectorial y de enfermería y alianzas para obtener financiación específica para esta función y otras estructuras de apoyo que se alinean con las prioridades de la salud⁽⁴¹⁾. Es también esencial abordar las preocupaciones del médico sobre la EPA y su impacto en sus ingresos y responsabilidad y claridad de este rol para apoyar la colaboración intra e interprofesional de las enfermeras, médicos y otros profesionales⁽⁵⁾.

Como se señaló anteriormente, hay muchas revisiones sistemáticas de la literatura internacional, principalmente de los países de ingresos altos, que confirman que los CNS y NP son profesionales de atención de salud seguros y eficaces. En el contexto de la introducción del papel de la EPA en América Latina y el Caribe, se requerirá investigación y uso de otros métodos de evaluación para garantizar la sostenibilidad, el uso eficaz y la aplicación óptima y a largo plazo de estos roles. Un reto importante en algunos países de América Latina es la falta de buenas bases de datos acerca de la fuerza de trabajo y el sistema de atención de salud para dar base a la introducción y el diseño de los papeles de la EPA y apoyo para las evaluaciones posteriores⁽⁴¹⁾.

Para hacer frente a las necesidades de toma de decisiones de los países y tener una mejor y más contextualizada base de datos relevantes, el marco PEPPA ha sido ampliado para proporcionar una guía detallada para la evaluación del papel de la EPA⁽⁷⁹⁾. Este marco ampliado proporciona ejemplos de preguntas y métodos de evaluación para generar datos de los países, que son pertinentes para apoyar el rediseño de la asistencia sanitaria incluyendo la introducción de las funciones de la EPA, para evaluar la eficacia de las estrategias de implementación de estas funciones, y para determinar su impacto. El uso de éste ayudará a los países de América Latina y el Caribe a trazar un plan de evaluación detallada del papel de la EPA con prioridades identificadas, líneas de tiempo, métodos y recursos.

Conclusiones

Hay un cuerpo sustancial de evidencia internacional sobre el impacto positivo de los roles de la EPA para mejorar los resultados de salud del paciente, la calidad de la atención y la eficiencia del sistema de

salud. La implementación de estas funciones pueden enfrentar las necesidades de cada país para mejorar la cobertura de salud universal y el acceso universal a la salud en América Latina y el Caribe. Varios países latinoamericanos de ingreso medios y altos que ya poseen acceso a la educación de posgrado de enfermería, están posicionados para introducir estos roles.

Otros elementos importantes para apoyar la introducción papel de la EPA en estos países incluyen la alineación de los resultados de la EPA con las políticas de salud para la reforma de la atención primaria y el desarrollo de una coalición de líderes de enfermería que incluya a los servicios de salud, académicos y sectores de la política de salud, tanto dentro como fuera de los países latinoamericanos. Se requerirá una mayor expansión con la participación de otros líderes intersectoriales para impulsar la agenda de la EPA hacia el futuro.

Referencias

- World Health Organization, editor Primary Health Care Including Health System Strengthening. World Health Assembly Resolution 6212; 2009; Geneva: WHO.
- World Health Organization. Health Systems Financing. The Path to Universal Coverage. Geneva: WHO; 2010.
- Martin-Misener R, Harbman P, Donald F, Reid K, Kilpatrick K, Carter N, et al. Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ Open*. 2015;5(6). doi: 10.1136/bmjopen-2014-007167
- Swan M, Ferguson S, Chang A, Larson E, Smaldone A. Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. *Int J Qual Health Care/ ISQua*. [Internet]. 2015 [Access Jun 15, 2016];27(5):396-404. Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/851933>
- Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R. Advanced practice nursing: An essential component of country level human resources for health. [Internet]. Policy Paper for the International Council of Nurses; 2016. Access Mai 18, 2016. Available from: <https://fhs.mcmaster.ca/ccapnr/documents/ICNPolicyBrief6AdvancedPracticeNursing.pdf>
- Global Health Workforce Alliance, World Health Organization. Health Workforce 2030. A Global Strategy on Human Resources for Health. Geneva; 2015.
- Cassiani SHDB, Zug KE. Promoting the Advanced Nursing Practice role in Latin America. *Revista brasileira de enfermagem*. 2014;67(5):673-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670501>.
- World Health Organization [Internet]. World Health Assembly 65 Geneva: World Health Organization; 2012. Access May 18, 2015. Available from: /WHA65-REC1/A65_REC1-en.
- United Nations General A, editor United Nations General Assembly. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development; 2015.
- Atun R, de Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. (London, England). 2015;385(9974):1230-47. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9)
- PAHO [Internet]. Health in the Americas. Regional Outlook and Country Profiles. Washington, DC: PAHO; 2012. Access May 18, 2016. Available from: <http://www1.paho.org/saludenlasamericas/docs/hia-2012-summary.pdf>.
- PAHO, editor Strategic Plan of the Pan American Health Organization 2014-2019. 52nd Directing Council of PAHO, 65th Session of the WHO Regional Committee for the Americas; 2013 Sep 30-Oct 4; Washington (DC): PAHO.
- PAHO, WHO [Internet]. Communicable Diseases and Health Analysis. Health Situation in the Americas. Basic Indicators 2015 Washington, D.C: PAHO; 2015. Access May 18, 2016. Available from: www.paho.org.
- Uchôa SAdC, Arcêncio RA, Fronteira ISE, Coêlho AA, Martiniano CS, Brandão ICA, et al. Potential access to primary health care: what does the National Program for Access and Quality Improvement data show? *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2016;24. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1069.2672>.
- World Health Organization [Internet]. Progress Report on Nursing and Midwifery, 2008-2012. Geneva: WHO; 2013.
- PAHO, McMaster University, editors. Report on Universal Access to Health and Universal Health Coverage: Advanced Practice Nursing Summit 2015; Hamilton, ON: WHO Collaborating Centre in Primary Health Care, School of Nursing, McMaster University; 2015.
- PAHO, University of Michigan, editors [Internet]. Report on Developing Advanced Practice Nursing Competencies in Latin America to Contribute to Universal Health. Report on Developing Advanced Practice Nursing Competencies in Latin America to Contribute to Universal Health; 2016; Ann Arbor, Michigan: Collaborating Centre for Primary Health Care, School of Nursing, University of Michigan; 2016.
- World Health Organization. Progress Report on Nursing and Midwifery, 2013-2015. Geneva; 2015.
- Morán-Peña L. La práctica avanzada en Enfermería, tendencia mundial y regional para apoyar el acceso y la cobertura universal en salud. *Rev Iberoam Invest Educ Enferm*. 2015;5(3):4-7.
- International Council of Nurses [Internet]. The Scope of Practice, Standards and Competencies of the Advanced Practice Nurse Geneva: International Council

- of Nurses; 2008 Access Jun 15, 2015. Available from: <http://www.icn.ch/shop/en/publications/52-apn-scope-of-practice-standards-and-competencies.html>.
21. International Council of Nurses [Internet]. Definitions and Characteristics of the Role Geneva: ICN; 2001-2016. Access May 15, 2016. Available from: <http://international.aanp.org/Practice/APNRoles>.
 22. Dowling M, Beauchesne M, Farrelly F, Murphy K. Advanced practice nursing: a concept analysis. *Int J Nurs Practice*. 2013;19(2):131-40. doi: 10.1111/ijn.12050.
 23. Mantzoukas S, Watkinson S. Review of advanced nursing practice: the international literature and developing the generic features. *J Clin Nurs*. 2007;16(1):28-37. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01669.x
 24. Heale R, Rieck Buckley C. An international perspective of advanced practice nursing regulation. *Int Nurs Rev*. 2015;62(3):421-9. doi: 10.1111/inr.12193
 25. Delamaire ML, Lafortune G. Nurses in Advanced Roles: Description and Evaluation of Practices in 13 Developed Countries. Geneva; 2010. n. 54.
 26. Schober M. Global perspectives on advanced nursing practice. In: Joel L, editor. *Advanced Practice Nursing: Essentials for Role Development*. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2013. p. 71-104.
 27. Lewandowski W, Adamle K. Substantive areas of clinical nurse specialist practice: A comprehensive review of the literature. *Clin Nurse Specialist*. 2009;23(2):73-90. doi: 10.1097/NUR.0b013e31819971d0.
 28. International Council of Nurses [Internet]. The Most Frequently Asked Questions of the ICN International Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network Geneva: International Council of Nurses; 2015. Access Jun 14, 2016. Available from: <http://international.aanp.org/Home/FAQ>.
 29. Jokiniemi K, Haatainen K, Meretoja R, Pietila AM. The future of the clinical nurse specialist in Finland. *J Nurs Scholarship*. 2015;47(1):78-85. doi: 10.1111/jnu.12109.
 30. South African Nursing Council S. [Internet]. *Advanced Practice Nursing: Position Paper/Statement* Pretoria, South Africa: SANC; 2012. Access May 15, 2016. Available from: www.sanc.co.za/position_advanced_practice_nursing.htm.
 31. Wong FK, Peng G, Kan EC, Li Y, Lau AT, Zhang L, et al. Description and evaluation of an initiative to develop advanced practice nurses in mainland China. *Nurse Educ Today*. 2010;30(4):344-9. doi: 10.1016/j.nedt.2009.09.004.
 32. Zahran Z, Curtis P, Lloyd-Jones M, Blackett T. Jordanian perspectives on advanced nursing practice: an ethnography. *Int Nurs Rev*. 2012;59(2):222-9. doi: 10.1111/j.1466-7657.2011.00943.x.
 33. Cockerham AZ, Keeling AW. A brief history of advanced practice nursing in the United States. In: Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady ET, editors. *Advanced Practice Nursing: An Integrated Approach*. 5th ed. St. Louis: Elsevier; 2014. p. 1-26.
 34. Kaasalainen S, Martin-Misener R, Kilpatrick K, Harbman P, Bryant-Lukosius D, Donald F, et al. A historical overview of the development of advanced practice nursing roles in Canada. *Nurs Leadership*. (Toronto, Ont). 2010;23:35-60.
 35. Bryant-Lukosius D, Carter N, Kilpatrick K, Martin-Misener R, Donald F, Kaasalainen S, et al. The Clinical Nurse Specialist Role in Canada. *Nurs Leadership*. 2010;23(Special Issue):140-66.
 36. Donald F, Martin-Misener R, Carter N, Donald EE, Kaasalainen S, Wickson-Griffiths A, et al. A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *J Adv Nurs*. 2013;69(10):2148-61. doi: 10.1111/jan.12140
 37. Gagan MJ, Boyd M, Wysocki K, Williams DJ. The first decade of nurse practitioners in New Zealand: A survey of an evolving practice. *J Am Assoc Nurse Practit*. 2014;26(11):612-9. doi: 10.1002/2327-6924.12166.
 38. Kilpatrick K, Kaasalainen S, Donald F, Reid K, Carter N, Bryant-Lukosius D, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialists in outpatient roles: a systematic review. *J Eval Clin Practice*. 2014;20(6):1106-23. doi: 10.1111/jep.12219
 39. National Nursing Centres Consortium, editor. *International Advanced Practice Nursing Symposium*. International Advanced Practice Nursing Symposium; 2014; Philadelphia: NNCC; 2014.
 40. Bryant-Lukosius D, Carter N, Reid K, Donald F, Martin-Misener R, Kilpatrick K, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review. *J Eval Clin Practice*. 2015;21(5):763-81. doi: 10.1111/jep.12401
 41. Shasanmi RO, Kim EM, Cassiani SH. National nursing strategies in seven countries of the Region of the Americas: issues and impact. *Pan Amn J Public Health*. [Internet]. 2015 [Access May 15, 2016];38(1):64-72. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000600009&Ing=en.
 42. Carpio C, Bench NS. *The Health Workforce in Latin America and the Caribbean: An Analysis of Colombia, Costa Rica, Jamaica, Panama, Peru, and Uruguay*: World Bank Publications; 2015.
 43. Practitioners JAoN [Internet]. *History of Nurse Practitioners in Jamaica*. Trelawny, Jamaica: JANP; 2016. Access Jun 10, 2016. Available from: <http://www.jamaicanursepractitioners.org/home/about-us.html>.

44. Cumper G. Neglecting legal status in health planning: nurse practitioners in Jamaica. *Health Policy Plann.* 1986;1(1):30-6. doi: 10.1093/heapol/1.1.30
45. Jones K, Hepburn-Brown C, Anderson-Johnson P, Lindo JL. High patient satisfaction with nurse practitioner delivered services at two health centres in urban Jamaica. *Contemp Nurse.* 2014;48(2):181-9. doi: 10.5172/conu.2014.4972
46. Seivwright MJ. Nurse practitioners in primary health care: the Jamaican experience. Part I. *Int Nurs Rev.* 1982;29(1):22-4.
47. Dias CG, Duarte AM, Ibanez Ada S, Rodrigues DB, Barros DP, Soares Jdos S, et al. Clinical Nurse Specialist: a model of advanced nursing practice in pediatric oncology in Brazil. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(6):1426-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000600025>.
48. Costa-Mendes I. Master's Degree Education in Brazil. Developing Advanced Practice Nursing Competencies in Latin America to Contribute to Universal Health; 2016; Ann Arbor, Michigan: Collaborating Centre for Primary Health Care, School of Nursing, University of Michigan; 2016.
49. Scochi CG, Gelbcke FL, Ferreira Mde A, Alvarez AM. Professional Master's Degree: potential contribution to Advanced Practice Nursing. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(6):1186-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680626i>.
50. DiCenso A, Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R, Donald F, Abelson J, Bourgeault I, et al. Factors enabling advanced practice nursing role integration in Canada. *Nurs Leadership (Toronto, Ont).* 2010;23:211-38. doi:10.12927/cjnl.2010.22279
51. Kleinpell R, Scanlon A, Hibbert D, Ganz F, East L, Fraser D, et al. Addressing issues impacting advanced nursing practice worldwide. *OJIN: Online J Issues Nurs.* 2014;19(2):5. doi: 10.3912/OJIN.Vol19No02Man05
52. Country and Lending Groups Data. [Internet] Washington D.C.: World Bank; 2016. Access Jun 29, 2016. Available from: <http://data.worldbank.org/about/country-and-lending-groups#LAC>.
53. Nigenda G, Magaña-Valladares L, Cooper K, Ruiz-Larios JA. Recent developments in public health nursing in the Americas. *Int J Environ Res Public Health.* 2010;7(3):729-50. doi:10.3390/ijerph7030729.
54. Vaskis R, Rigolini J, Lucchetti L. Left Behind. Chronic Poverty in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C: International Back for Reconstruction and Development/The World Bank; 2015.
55. Chisholm D, Evans DB. Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage [Internet]. WHO; 2010. World health report. 2010. Access May 19, 2016. Available from: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/28UCefficiency.pdf>
56. Donald F, Kilpatrick K, Reid K, Carter N, Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R, et al. Hospital to community transitional care by nurse practitioners: A systematic review of cost-effectiveness. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(1):436-51. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.011.
57. Morilla-Herrera JC, Garcia-Mayor S, Martin-Santos FJ, Kaknani Uttumchandani S, Leon Campos A, Caro Bautista J, et al. A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *Int J Nurs Stud.* 2016;53:290-307. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.010.
58. Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G, et al. Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nurs Econ.* 2011;29(5):230.
59. Bryant-Lukosius D, Cosby R, Bakker D, Earle C, Burkoski V. Practice Guideline on the Effective Use of Advanced Practice Nurses in the Delivery of Adult Cancer Services in Ontario [Internet]. Toronto: Cancer Care Ontario; 2015. Evidence-Based Series #16-4. Access Jun 30, 2016. Available from: <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=340702>
60. Kilpatrick K, Reid K, Carter N, Donald F, Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R, et al. A systematic review of the cost effectiveness of clinical nurse specialists and nurse practitioners in inpatient roles. *Can J Nurs Leadership.* 2015 Sep;28(3):56-76.
61. Leipert BD, Delaney JW, Forbes D, Forchuk C. Canadian rural women's experiences with rural primary health care nurse practitioners. *Online J Rural Nurs Health Care.* [Internet]. 2011 [Access May 18, 2016];11(1):37-53. Available from: <http://rnojjournal.binghamton.edu/index.php/RNO/article/view/8>
62. Roots A, MacDonald M. Outcomes associated with nurse practitioners in collaborative practice with general practitioners in rural settings in Canada: a mixed methods study. *Human Resources Health.* 2014;12(1):69. doi: 10.1186/1478-4491-12-69.
63. Martin-Misener R, Reilly SM, Vollman AR. Defining the role of primary health care nurse practitioners in rural Nova Scotia. *CJNR.* 2010;42(2):30-47.
64. Russell GM, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Muldoon L, Tuna M. Managing chronic disease in Ontario primary care: the impact of organizational factors. *Annals Fam Med.* [Internet]. 2009 [Access Sep 29, 2016];7(4):309-18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2713154/>
65. Graveley EA, Littlefield JH. A cost-effectiveness analysis of three staffing models for the delivery of

- low-risk prenatal care. *Am Journal of Public Health*. 1992;82(2):180-4.
66. Walker JA, Urden LD, Moody R. The role of the CNS in achieving and maintaining magnet® status. *J Nurs Admin*. 2009;39(12):515-23. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181c1803a.
67. Carroll DL, Robinson E, Buselli E, Berry D, Rankin SH. Activities of the APN to enhance unpartnered elders self-efficacy after myocardial infarction. *Clin Nurse Specialist*. 2001;15(2):60-6.
68. Crimlisk JT, Bernardo J, Blansfield JS, Loughlin M, McGonagle EG, McEachern G, et al. Endotracheal reintubation: A closer look at a preventable condition. *Clin Nurse Specialist*. 1997;11(4):145-50.
69. Patterson JE, Strumpf NE, Evans LK. Nursing consultation to reduce restraints in a nursing home. *Clin Nurse Specialist*. 1995;9(4):231.
70. Pozen MW, Stechmiller JA, Harris W, Smith S, Fried DD, Voigt GC. A nurse rehabilitator's impact on patients with myocardial infarction. *Medical Care*. 1977;830-7.
71. Bryant-Lukosius D, DiCenso A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *J Adv Nurs*. 2004;48(5):530-40. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x
72. Boyko JA, Carter N, Bryant-Lukosius D. Assessing the spread and uptake of a framework for introducing and evaluating advanced practice nursing roles. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2016. doi: 10.1111/wvn.12160.
73. Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Israr S, Charbonneau Smith R. Resources to facilitate APN outcome research. In: Kleinpell R, editor. *Outcome assessment in advanced practice nursing*. 3rd ed. New York: Springer; 2013. p. 313-8.
74. World Health Organization. *Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions*. WHO; 2005.
75. Kendall S, Bryar R, Mogotlane S. *Reforming primary health care: a nursing perspective*: International Council of Nurses; 2012.
76. Halcomb E, Stephens M, Bryce J, Foley E, Ashley C. Nursing competency standards in primary health care: an integrative review. *J Clin Nurs*. 2016;25(9-10):1193-205. doi: 10.1111/jocn.13224.
77. Dahn B, Woldemariam A, Perry H, Maeda A, von Glahn D, Panjabi R, et al. Strengthening primary health care through community health workers: Investment case and financing recommendations [Internet]. WHO; 2015. Access Sep 29, 2016. Available from: <http://www.who.int/hrh/news/2015/CHW-Financing-FINAL-July-15-2015.pdf?ua=1>
78. World Health Professions Alliance [Internet]. *Positive Practice Environments for Health Care Professionals*. Fact sheet Ferney Voltaire, France: WHPA; 2008. Access Sep 29, 2016. Available from: http://www.whpa.org/PPE_Fact_Health_Pro.pdf.
79. Bryant-Lukosius D, Spichiger E, Martin J, Stoll H, Kellerhals SD, Flidner M, et al. Framework for Evaluating the Impact of Advanced Practice Nursing Roles. *J Nurs Scholarship*. 2016;48(2):201-9. doi: 10.1111/jnu.12199

Recibido: 10.5.2016

Aceptado: 26.9.2016

Correspondencia:

Denise Bryant-Lukosius
McMaster University. School of Nursing
1280 Main Street West Health Sciences Centre
3N28G, L8S 4K1, Hamilton, ON, Canada
E-mail: bryantl@mcmaster.ca

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.