



**Universidad de Valladolid**



**Universidad de Valladolid**

Facultad de  
**Ciencias de la Salud**  
de Soria

# **GRADO EN ENFERMERÍA**

Trabajo Fin de Grado

## **ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA Y GESTIÓN ENFERMERA COMPARTIDA DE LA DEMANDA MODELOS DE GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Estudiante: Adrián Hervás Moñux

Tutelado por: Prf. Dra. Lourdes Jiménez Navascués

Soria, 26 de mayo de 2022



*“Pueden que olviden tu nombre, pero jamás olvidarán como les hiciste sentir”*

**Maya Angelou**

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Con el fin mejorar la calidad de atención asistencial, ante las crecientes demandas de la población, actualmente se están planteando nuevos modelos gestión enfermera en el ámbito de la Atención Primaria. Las figuras denominadas Enfermera de Práctica Avanzada y la Gestión Enfermera dirigida a compartir la demanda son modelos que potencian el desarrollo competencial específico de las enfermeras, fomentan el trabajo en equipo y concreta, mejoras organizativas y de sostenibilidad del Sistema Sanitario. Implementar nuevos modelos de gestión mejora la posibilidad de reorganizar los recursos humanos disponibles en Atención Primaria y optimizar la atención que se ofrece, pero son pocos los trabajos que evidencian el impacto de estos modelos en la salud de la población.

**OBJETIVO:** Valorar la implementación de nuevos modelos de gestión enfermera de Atención Primaria en España.

**METODOLOGÍA:** Revisión sistemática de artículos localizados en las bases de datos de CINAHL, Medline, Scopus y The Cochrane Library, publicados entre los años 2017 y 2022. Se incluyen 10 artículos de diferente metodología, que son evaluados por las herramientas del Programas CASPe o la Checklist JBI. Además, se incluye la revisión de las páginas web sanitarias de las Comunidades Autónomas. Se analiza el nivel de evidencia y grado de recomendación de los trabajos con la propuesta de Sackett.

**RESULTADOS:** Seis comunidades autónomas impulsan modelos de gestión enfermera como la Enfermera de Práctica Avanzada y la Gestión Enfermera compartida de la Demanda. Estos modelos cuentan con evidencia suficiente que respalda su eficacia y efectividad. Falta evidencia que pruebe los resultados económicos positivos frente a modelos que ya están implantados en Atención Primaria.

**CONCLUSIONES:** No todas las Comunidades Autónomas desarrollan los nuevos modelos enfermeros en Atención Primaria, objeto de este trabajo. La implementación de los modelos de cuidado de la Enfermera de Práctica Avanzada y de Gestión Enfermera compartida de la Demanda obtienen buenos resultados de salud para los usuarios y se optimiza el uso de los recursos de la institución sanitaria. Es necesario incrementar el número de estudios que profundicen en este tema y aportar una mayor evidencia sobre los resultados de las intervenciones llevadas a cabo.

Palabras clave: Efectividad, gestión compartida de la demanda, enfermera práctica avanzada, competencias enfermeras.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	3
3. OBJETIVOS .....	4
4. METODOLOGÍA.....	5
4.1 Diseño .....	5
4.2 Búsqueda y selección de trabajos.....	5
4.3 Evaluación de la calidad.....	7
4.4 Análisis y síntesis.....	8
5. RESULTADOS .....	9
5.1. Modelos de gestión innovadores de Atención Primaria de las Comunidades Autónomas españolas .....	9
5.2. Modelos de gestión Enfermera: Práctica Avanzada y Gestión Compartida de la Demanda .....	10
5.3. Resultados en salud de la población atendida con los diferentes modelos de gestión de cuidado enfermero .....	11
6. DISCUSIÓN.....	13
6.1. Modelos de gestión innovadores desde las diferentes Comunidades Autónomas españolas .....	13
6.2. Modelos de gestión Enfermera, EPA y GED y resultados en salud.....	13
7. CONCLUSIONES .....	16
8. BIBLIOGRAFÍA .....	17
ANEXOS .....	I
Anexo I .....	I
Anexo II .....	III
Anexo III .....	IV
Anexo IV .....	X
Anexo V .....	XI

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 - Pregunta de investigación formato PICO.....	5
Tabla 2 - DeCS, MeSH y palabras clave empleadas en la búsqueda.....	6
Tabla 3 - Modelos de gestión innovadores de AP de las CCAA (Anexo I).....	I
Tabla 4 - Clasificación de los niveles de evidencia según Sackett (Anexo II).....	III
Tabla 5 - Resumen de artículos seleccionados (Anexo III).....	IV
Tabla 6 - Ventajas nuevos modelos de gestión en AP.....	10
Tabla 7 - Dificultades implementación nuevos modelos de gestión en AP (Anexo IV) .....	X
Tabla 8 - Efectividad, nivel de evidencia y grado de recomendación de los nuevos modelos de gestión enfermera en AP (Anexo V).....	XI

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama de flujo de la búsqueda .....	7
---	---

## ÍNDICE DE SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

AP	Atención Primaria
CASPe	Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español
CCAA	Comunidades Autónomas
CINHAL	Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature
CyL	Castilla y León
DeCS	Descriptores de Ciencias de la Salud
EAP	Equipo de Atención Primaria
ECA	Estudio Clínico Aleatorizado
ECC	Estudio Clínico Controlado
EGCA	Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas
EPA	Enfermera de Práctica Avanzada
GED	Gestión Enfermera compartida de la Demanda
JBI	Instituto Joana Briggs
MeSH	Medical Subject Headings
Nº	Número
OMS	Organización Mundial de la Salud
PE	Prescripción Enfermera
PICO	Población/Paciente; Intervención; Comparación; Resultados
RS	Revisión Sistemática
TFG	Trabajo de Fin de Grado
%	Porcentaje

## 1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (1), las enfermeras son las profesionales más cercanas a la comunidad. Las enfermeras se han adaptado a las nuevas demandas que los cambios de concepto de salud y enfermedad han generado en la sociedad, siendo profesionales competentes para responder a las necesidades de cuidados que precisan las personas desde el nacimiento hasta el final de la vida (2). Las enfermeras, responsables de la planificación de los cuidados, han incorporado un modelo de cuidado enfermero centrado en la persona (3). La formación que reciben las enfermeras también se ha adaptado a la evolución global de la disciplina, el actual plan de estudios se aproxima al paradigma denominado por Kerouac de la transformación (4), desarrollando intervenciones orientadas al bienestar y la calidad de vida de cada individuo, siempre teniendo en cuenta sus valores o deseos, las enfermeras acompañan a las personas en sus diferentes situaciones de salud (3).

En España, la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias, asigna como parte del ejercicio profesional de las enfermeras cuatro funciones esenciales: asistencial, docencia, investigación y gestión. Además, añade que el desarrollo de dichas funciones se deberá realizar con autonomía de las enfermeras y plenitud de atribuciones (5). Atendiendo a esta ley, cada enfermera debe desarrollar sus funciones y para ello, han de plantearse retos que mejoren y desarrollen la profesión enfermera. Existen nuevos retos, manifestados en movimientos como Nursing Now, que instan a mejorar la influencia que tienen las enfermeras en políticas de salud, incrementar el liderazgo, oportunidades de desarrollo y fomentar el apoyo e inversión de las instituciones hacia este grupo profesional (2). Estas prioridades fueron propuestas desde el Consejo Internacional de Enfermería y la OMS, para implicar a las enfermeras en la visibilización de sus aportaciones en salud y valorar el impacto global de los cuidados, el empoderamiento de sus miembros o el liderazgo de las enfermeras en los equipos de salud. Estos retos requieren el desarrollo de competencias gestoras que mejoren la eficiencia de los cuidados de los pacientes, como por ejemplo la coordinación de pacientes complejos o necesidad de transferir el conocimiento basado en la evidencia a la práctica de cuidado (6). Todos los avances desarrollados en la práctica del cuidado han permitido a la enfermería alcanzar un nivel respetable, que pone a las enfermeras al mismo nivel que otros profesionales sanitarios, e incrementa la cooperación entre ellos dentro del equipo de salud de Atención Primaria (7).

Responder a las nuevas demandas de salud de la población supone generar nuevos modelos de cuidado enfermero que se adapten mejor a las necesidades de los usuarios y fomenten la sostenibilidad del sistema sanitario. En España, ante la necesidad de dar respuesta a un número cada vez mayor de pacientes en situación de cuidados complejos (pluripatología, cronicidad...) se implantó el modelo gestión de enfermera de casos, con buenos resultados (6). Partiendo de este modelo, en la actualidad se están impulsando otros modelos de gestión enfermera en Atención Primaria, que cuentan con la experiencia de otros países como Reino Unido, Irlanda o Estados Unidos (8). Este último país es considerado el precursor de estos modelos enfermeros de gestión.

Los dos modelos que con distinto nivel de desarrollo se están implementando en España son: la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) y la Gestión Enfermera compartida de la Demanda



(GED), son pocos los estudios que han evaluado los resultados de su implementación. En este Trabajo de Fin de Grado, se valora la evidencia sobre los resultados de estos modelos a partir de las publicaciones disponibles. La EPA es considerada a la enfermera registrada que ha adquirido una base de conocimientos expertos, que le habilitan para la toma de decisiones complejas y el desarrollo de competencias clínicas para una práctica ampliada o avanzada, según el contexto y/o país donde se esté acreditada como enfermera (9). En cuanto a la GED, se define como un programa liderado por la enfermera de AP para atender de forma autónoma y siguiendo las directrices de un protocolo consensuado por el equipo multidisciplinar, dentro de su ámbito competencial, a personas con enfermedades agudas leves (10).

Ambos modelos están siendo integrados por servicios de salud de Atención Primaria de algunas Comunidades Autónomas españolas, con el fin de optimizar la respuesta a las crecientes demandas que la población plantea y adaptarse a las nuevas necesidades de salud de los usuarios de manera eficiente. Estos modelos se basan en el desarrollo competencial para el que las enfermeras se forman e invitan a la formación continua, además de instar la necesidad de adaptar la legislación para que ampare sus actividades. En definitiva, facilitan a las enfermeras desarrollar su área competencial y reorganizar la Atención Primaria española, de tal manera que se optimice la atención desde los recursos humanos disponible en AP.

El estudio de la gestión de cuidados, se puede abordar desde la perspectiva de tres niveles, macro, meso y micro gestión (11). Este trabajo, se centra en el nivel de micro-gestión, se van a estudiar los nuevos modelos de gestión enfermera en la atención directa con el paciente (nivel asistencial), en el ámbito de Atención Primaria (AP). Se plantea realizar una revisión sistemática que dé respuesta a la pregunta: ¿Qué evidencia existe sobre la efectividad de los nuevos modelos de gestión enfermera en AP?

## 2. JUSTIFICACIÓN

El Trabajo de Fin de Grado (TFG), se centra en el análisis de la competencia de gestión enfermera. Consideramos necesario conocer cómo se gestiona. El concepto de gestión se define como el logro de objetivos por medio de unos recursos adecuadamente planificados y organizados (11). Según Sanchez Gómez (9), en España hay que desarrollar y definir en su campo competencial nuevos modelos de gestión enfermeros para poder dar respuesta al incremento de demanda en Atención Primaria.

Durante el periodo de formación realicé prácticas clínicas en Atención Primaria donde pude ver el alto volumen de demanda que presentaba este servicio, que es la vía de entrada de la comunidad con los profesionales de salud. A lo largo del desarrollo del rotatorio, pude comprender las limitaciones que las enfermeras presentaban en la resolución de ciertos casos, que provocaban la saturación de otros profesionales. Así mismo, observé la dificultad para la puesta en marcha de nuevos modelos de gestión enfermeros, que se están implantando, y que buscan mejorar la efectividad en la asistencia sanitaria ofrecida por enfermeras, así como descolapsar la carga de trabajo de los profesionales médicos con intervenciones para las que las enfermeras están adecuadamente formadas.

Decidí profundizar sobre los recursos necesarios para implementar los nuevos modelos y conocer las ventajas que suponen. Por ese motivo, y advirtiendo que es un tema de actualidad para los profesionales de enfermería de Atención Primaria, he decido realizar el TFG sobre este tema.

Por estas razones, desde mi percepción de los problemas que las enfermeras de Atención Primaria tienen para innovar en la gestión, he decidido valorar la evidencia que ayude en la toma de decisiones sobre la implementación de los nuevos modelos de gestión en Atención Primaria, seleccionando los modelos de la Enfermera de Práctica Avanzada y la Enfermera Compartida de la Demanda.

### **3. OBJETIVOS**

#### **Objetivo general**

Valorar la evidencia sobre la implementación de nuevos modelos de gestión enfermera de Atención Primaria en España.

#### **Objetivos específicos**

1. Identificar la incorporación de las enfermeras en los nuevos modelos de gestión de cuidados en Atención Primaria en las Comunidades Autónomas.
2. Determinar las competencias reconocidas a las enfermeras en los modelos de Enfermera de Práctica Avanzada y Gestión Enfermera compartida de la Demanda.
3. Establecer la efectividad innovadora de los modelos de gestión enfermera en Atención Primaria.

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1 Diseño

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática con el fin de conocer los resultados de la implantación de nuevos modelos de gestión enfermera en Atención Primaria. Una revisión bibliográfica sistemática implica un análisis y resumen crítico, que sea reproducible con los resultados existentes hasta el momento, aportando nueva evidencia acerca del tema que se pretende estudiar (12). La revisión sistemática se estructura inicialmente según la pregunta de investigación, a partir de la cual, se detallan las diferentes fórmulas de búsqueda para recuperar artículos en bases de datos científicas, y su posterior análisis para proceder a la extracción de resultados que aporten nueva evidencia científica. A continuación, en la tabla 1, se presenta la pregunta de investigación según el acrónimo PICO (P: Población; I: Intervención; C: Comparación / Control; O: Outcomes - resultados).

Tabla 1 - Pregunta de investigación formato PICO. Fuente: elaboración propia.

Pregunta de investigación formato PICO.	
<b>P - POBLACIÓN</b>	Enfermeras de Atención Primaria (AP) que incorporan innovadores modelos de gestión en la atención de la demanda de los usuarios.
<b>I - INTERVENCIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Enfermera de Práctica Avanzada (EPA)</li><li>- Gestión Enfermera compartida de la Demanda (GED)</li></ul>
<b>C - COMPARACIÓN</b>	Intervenciones habituales de una enfermera de AP
<b>O - RESULTADOS</b>	Efectividad: <ul style="list-style-type: none"><li>- Salud de los usuarios</li><li>- Satisfacción de usuarios</li><li>- Satisfacción profesionales</li><li>- Costes</li></ul>

### 4.2 Búsqueda y selección de trabajos

Los criterios de inclusión establecidos son:

- Idioma: inglés o español.
- Fecha de publicación: entre 2017 - 2021.
- Ámbito del estudio: Atención Primaria.
- Calidad de los estudios: cumplir al menos el 80% de los criterios propuestos como herramienta de análisis de calidad en aquellos artículos que su metodología esté incluida en CASPe (13).

-

Se seleccionaron los Descriptores de Ciencias de la Salud y palabras clave para cada uno de los elementos de la pregunta PICO: Población, Intervención, Comparación y Resultados (Tabla 2 - DeCS, MeSH y palabras claves empleados en la búsqueda). Así mismo, se establecieron diferentes fórmulas de búsqueda utilizando el operador booleano AND con el fin de unir los términos de la pregunta y OR para buscar cualquiera de los términos que separe este operador. Se pone como ejemplo de fórmula de búsqueda la que ha sido utilizada: ((Nurse) OR (Nursing) OR (Primary Care)) AND ((Shared governance) OR (Advanced Practice Nursing)) OR ((Other Healthcare Models)) AND ((Effectiveness)).

Tabla 2 - DeCS, MeSH y palabras clave empleadas en la búsqueda. Fuente: elaboración propia

DeCS, MeSH y palabras clave empleados en la búsqueda			
P - POBLACIÓN	I - INTERVENCIÓN	C - COMPARACIÓN	O - RESULTADOS
<b>DeCS y MeSH</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nurses / Enfermeras y enfermeros</li> <li>- Nursing / Enfermería</li> <li>- Primary Care Nursing / Enfermería de Atención Primaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Shared governance /Gobernanza Compartida</li> <li>- Advanced Practice Nursing / Enfermería de Práctica Avanzada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Others Healthcare Models / Otros Modelos de Atención de Salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effectiveness /Efectividad</li> </ul>
<b>Palabras clave</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primary Care / Atención Primaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demand Management / Gestión demanda</li> <li>- Substitutes /Subtitutos</li> </ul>		

La búsqueda se llevó a cabo durante los meses de enero a marzo de 2022, se utilizaron las siguientes bases de datos: CINHALL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature); The Cochrane Library (base de datos elaborada por la Colaboración Cochrane para ayudar a los clínicos en su toma de decisiones); Medline (base de datos bibliográfica producida por la National Library of Medicine de los Estados Unidos) y Scopus (base de datos editada por Elsevier). En total se localizaron 1278 artículos, de los cuales se excluyeron 44 por estar repetidos. Se valoró el título y/o abstract y se eliminaron 1198 al no aportar información relevante del tema. Finalmente se seleccionaron un total de 10 artículos (Figura 1. Diagrama de flujo de la búsqueda).

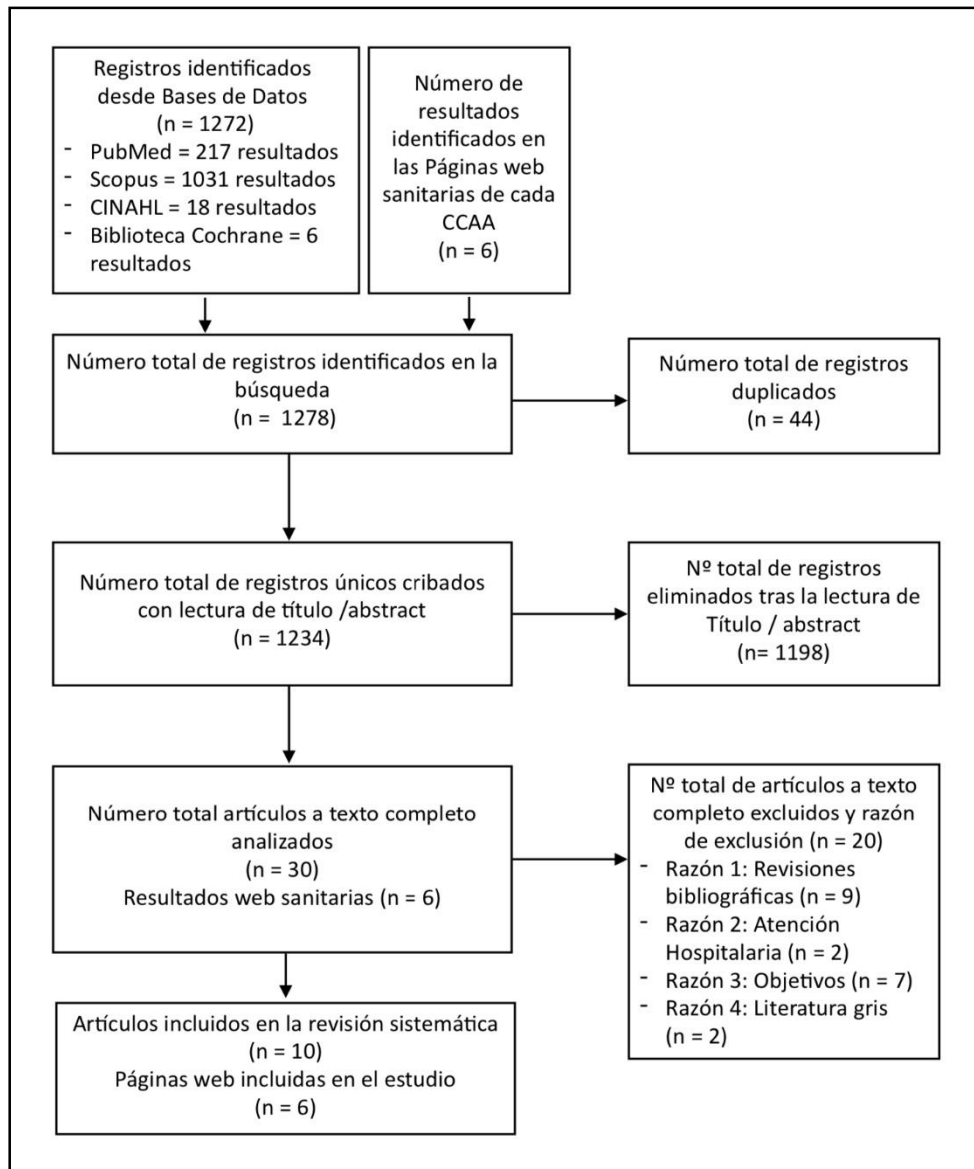


Figura 1 - Diagrama de flujo de la búsqueda. Fuente: elaboración propia, modificación de la propuesta PRISMA (14)

Además de la búsqueda bibliográfica, se revisaron las páginas web sanitarias de las Comunidades Autónomas Españolas para buscar la denominación que dan a los diferentes modelos innovadores de gestión enfermera en Atención Primaria. Se centró la búsqueda entorno a los dos modelos que se estudian en este trabajo, la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) y la Enfermera de Gestión compartida de la Demanda (GED). Se localizaron un total de seis páginas web que recogen información sobre alguno de los dos modelos antes mencionados, (Anexo I – Tabla 3).

### 4.3 Evaluación de la calidad

Se estableció la calidad de los artículos incluidos en la revisión según el Programa de Habilidades de Evaluación Crítica (Critical Appraisal Skills Programme Español - CASPe)(13), creado por el Institute of Health Sciences de Oxford. El programa genera instrumentos de

lectura de literatura científica que a través de las diferentes preguntas o criterios que plantea identifica la validez de los resultados de los estudios, así como, su aplicabilidad en la práctica clínica. También valora la calidad de artículos midiendo el rigor, credibilidad y relevancia.

#### **4.4 Análisis y síntesis**

Se analizaron cuantitativamente la calidad de los artículos seleccionados con las herramientas de valoración de CASPe, para su selección definitiva se consideró que debían cumplir el 80% de los criterios que se establecen. Como CASPe no facilita herramientas de valoración para artículos con metodología descriptiva, se procedió a la valoración de éstos con la herramienta JBI Critical Appraisal Tools (15) con el mismo criterio de cumplir el 80% de sus preguntas. Una vez analizada la calidad de los artículos seleccionados, se revisó su contenido con el fin de organizar sus resultados según los objetivos propuestos en el TFG. Para identificar el grado de recomendación o evidencia de los resultados a cerca de los innovadores de modelos de gestión en enfermería se decidió utilizar la clasificación propuesta por Sackett (Anexo II - Tabla 4).

## 5. RESULTADOS

Se analizan los 10 artículos seleccionados (Anexo III – Tabla 5), cinco de ellos tienen diseño metodológico de revisión sistemática, otro de análisis cualitativo y los cuatro restantes de análisis descriptivo transversal. En conjunto, incluyen 19 ECAs, así como 107 trabajos con otras metodologías, que suman un total de 2114 participantes. Los artículos respetan los criterios de calidad planteados, todos cumplen al menos el 80% parámetros propuestos en las diferentes herramientas utilizadas para valorar su calidad. Los artículos seleccionados son publicaciones de índole nacional e internacional, tal y como, se muestra en el Anexo III (Tabla 5).

Además, de los artículos seleccionados para la revisión, se incluye un análisis de las diferentes páginas web de cada Comunidad Autónoma en concreto de la Consejería de Sanidad para identificar la existencia y la denominación que se da a los nuevos modelos de gestión enfermeros, se realiza un resumen de los resultados obtenidos en el Anexo I (Tabla 3).

Los siguientes resultados se presentan en base a los objetivos específicos propuestos al inicio del Trabajo de Fin de Grado, denominación de los modelos de gestión innovadores de Atención Primaria de las diferentes Comunidades Autónomas españolas, identificación de las características de los modelos de gestión (Enfermera de Práctica Avanzada y Enfermera de Gestión Compartida de la Demanda) según la literatura científica, y determinación del nivel de evidencia y grado de recomendación de la implantación de un nuevo modelo de cuidado enfermero de Atención Primaria según los resultados en salud de la población atendida.

### 5.1. Modelos de gestión innovadores de Atención Primaria de las Comunidades Autónomas españolas

En la página web de 6 CCAA incluyen información sobre los modelos gestión enfermera objeto de este estudio (Anexo I – Tabla 3). En las seis comunidades describen los modelos centrados en Atención Primaria y dos también lo hacen sobre el modelo de gestión que se ha implementado en la Atención Hospitalaria (Andalucía y Castilla y León). En lo que refiere a Atención Primaria, las seis comunidades presentan una aproximación a la Enfermera de Práctica Avanzada o a la Gestión Enfermera Compartida de la Demanda, aunque la denominación varía entre comunidades (Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas: País Vasco o la Atención a procesos agudos, autocuidados: Navarra). Dos Comunidades (Andalucía y País Vasco) presentan el modelo de EPA y seis CCAA tiene el modelo de GED (Andalucía, Cataluña, Castilla y León, País Vasco, Navarra y Canarias).

El modelo de Asistencia urgente en Atención Primaria o de Gestión Enfermera de la Demanda (GED) desarrollado en Cataluña, se puede valorar también en las publicaciones de Brugués (17) y Bayona Huguet (18).

A continuación, se van a detallar los resultados de la revisión bibliográfica sobre los modelos de gestión más innovadores que en la actualidad se están implementando en alguna CCAA, con distintas denominaciones.



## 5.2. Modelos de gestión Enfermera: Práctica Avanzada y Gestión Compartida de la Demanda

De los artículos seleccionados para la esta revisión, cuatro (19-21,23) se centran en el modelo de Enfermera de Práctica Avanzada y dos (17,18) en el modelo de Gestión Enfermera Compartida de la Demanda. En otros dos artículos (8,22) se señala la tendencia de sustituir determinadas competencias, que realizan ahora los médicos, por enfermeras, sin especificar ninguno de los modelos antes mencionados, pero sí están en la misma línea de actuación.

Los motivos para implementar los nuevos modelos de gestión en AP, descritos en los artículos analizados, incluyen la necesidad de disminuir la presión asistencial a la que se ven sometidos los profesionales sanitarios, problema agravado a nivel institucional por la escasez de recursos humanos (8,19,21,23). A nivel social, se destaca el incremento del envejecimiento de la población, más acentuado en las zonas rurales (21,24), que genera nuevas demandas de atención como la de los pacientes crónicos y justificaría la necesidad de realizar cambios, de innovar, en el modelo de atención sanitaria (19,24), con mayor implicación de las enfermeras. Por último, se destaca la preocupación por la mejora de la calidad asistencial de las personas atendidas en el sistema Sanitario (23).

Los modelos de gestión analizados ofrecen ventajas por modificaciones que agilizan la atención del paciente, cambios en el desarrollo de competencias de los profesionales y que a priori pueden mejorar los resultados económicos de la institución sanitaria (Tabla 6 – Ventajas nuevos modelos de gestión en AP). También se detallan inconvenientes que surgen en su puesta en marcha, aspectos que se resumen en el Anexo IV (Tabla 7).

Tabla 6 – Ventajas nuevos modelos de gestión en AP. Fuente: Elaboración propia

Ventajas nuevos modelos de gestión en AP		
Agente	EPA	GED
<b>Enfermera: Desarrollo de competencias.</b>	Petición de pruebas diagnósticas e imagen (19). Prescripción de medicamentos de forma autónoma (19,25,24) e iniciados por médicos (22). Elaboración de informes de baja o certificados de estudio (19). Derivación a especialistas u otros servicios (8,19,20). Manejo de problemas agudos (8). Atención preventiva y de seguimiento (22). Liderazgo, educación e investigación (21)	Petición de pruebas diagnósticas y de imagen (18) Desarrollo profesional con mayor reconocimiento de la población (17)
<b>Usuarios - Pacientes</b>	Mejora en eficiencia de la atención al paciente (25).	Mejora la capacidad de resolución de la demanda (18) Mejora calidad atención sanitaria (17)
<b>Institución Sanitaria</b>	Optimización del gasto sanitario (8,19,21) Reduce costos y disminuye la carga de trabajo de médicos y los tiempos de espera de los pacientes (8,19,21)	Elaboración de circuitos consensuados con EAP (17)

La puesta en marcha de nuevos modelos asistenciales precisa tener en cuenta las experiencias previas, la necesidad de crear circuitos y guías consensuadas con el Equipo de Atención Primaria (EAP) (17,23), que se potencie el trabajo inter/multidisciplinar y la confianza entre los diferentes profesionales de salud del equipo (20,24), de los cargos de gestión sanitarios y del sector gubernamental (24). Los autores de los estudios sugieren la necesidad de una formación específica de los profesionales implicados (17) y aumentar la conciencia pública sobre las funciones que realizan las enfermeras entre población general (22,23). Se demanda mayor liderazgo de los profesionales enfermeros como impulso para la implantación de los nuevos modelos de gestión del cuidado (22).

Respecto a la Prescripción Enfermera (PE), 13 países de la Unión Europea cuentan con leyes que la regulan, existe suficiente evidencia que avala esta regulación, los estudios determinan que el número de medicamentos prescritos entre médicos y enfermeras es similar. En Países Bajos, Irlanda y Reino Unido la prescripción enfermera solo está condicionada por las necesidades del paciente, sin depender de quien la prescribe (24). Tener independencia del médico para prescribir supone pleno desarrollo de las competencias enfermeras, recogidas por ley, mejorar el prestigio de la profesión y optimizar el tiempo de atención a los pacientes y de los médicos, que ven reducida su carga de trabajo, pero también supone una mayor responsabilidad para las enfermeras que no siempre es bien aceptada (17,25). Las enfermeras implicadas en el cambio también solicitan una formación continuada y entrenamiento adecuado (22,24).

### **5.3. Resultados en salud de la población atendida con los diferentes modelos de gestión de cuidado enfermero**

Se analiza la efectividad de los modelos propuestos estructurando los resultados en implicaciones para la salud de los usuarios, la satisfacción de los usuarios, la satisfacción de los profesionales y los costes económicos. Se clasifica su grado de recomendación según Sackett (16), en la tabla 8 (Anexo V) se presenta el resumen de éste resultado.

Los resultados de salud de los usuarios muestran que no hay diferencias en la calidad de vida al valorar la atención recibida con los criterios de los nuevos modelos de gestión enfermera y la atención médica (8). Laurant et al. (8) reflejan, aunque con bajo nivel de evidencia, una disminución del porcentaje de mortalidad con la implementación del nuevo modelo de gestión.

La satisfacción de los usuarios, según los resultados de los artículos, es calificada de "excelente", se describe como similar a la recibida por médicos e incluso en algún caso superior (8,17,19,21,24,25). Algunos pacientes muestran reticencias al inicio de la atención por parte de las enfermeras, explicando que prefieren ser atendidos por médicos (17) y sienten preocupación por la pérdida de contacto con su médico de referencia de Atención Primaria (23). Pese a ello, la evidencia muestra que tras completar su atención con los nuevos modelos enfermeros, el 83,8% de los usuarios repetiría (19). Otro aspecto valorado positivamente es la facilidad de acceso que tienen los pacientes al servicio enfermero, con una mejor disponibilidad horaria (20,22). También se indica que las enfermeras emplean con mayor frecuencia tratamientos no farmacológicos, dedican más tiempo a los pacientes, les ofrecen

mayor información y educación sanitaria que aumenta el grado de satisfacción de los usuarios (17,25).

Los profesionales enfermeros muestran un alto grado de satisfacción por la mejora de las condiciones de trabajo que supone el cambio, con incentivos de tipo económico, una mejora en la relación de equipo y el reconocimiento de su capacitación (22). El alto nivel de satisfacción de estos profesionales repercute positivamente en la atención que reciben los pacientes (20). Respecto al personal médico, el modelo de Enfermera de Práctica Avanzada, lo perciben de forma positiva ya que ven reducida su carga de trabajo, y así, mejoran el tiempo de atención y el acceso más rápido para sus pacientes (21).

Varios autores muestran que no hay diferencia en los costes económicos entre la atención dada por EPA y médicos (19,21). En la RS de Laurant, et al. (8), indican que no hay suficiente evidencia sobre la disminución costes con estos nuevos modelos de gestión enfermera. Solo un artículo (23), afirma el ahorro de costes con el modelo de EPA. Sí se optimiza el tiempo de atención media que recibe cada paciente, siendo éste de 180 minutos con un tiempo de espera de 22 minutos, ambos menores respecto a la atención médica (19). El 39% de las consultas tienen una mayor duración cuando son realizadas por enfermeras, consiguiendo una mayor tasa adherencia (8), mejorando la continuidad de la atención (23) y resultados de salud. Los resultados de los estudios muestran una reducción en las listas de espera con el modelo de EPA (20).

## **6. DISCUSIÓN**

### **6.1. Modelos de gestión innovadores desde las diferentes Comunidades Autónomas españolas**

En la mayoría de las Comunidades Autónomas, como puede observarse en el Anexo I (Tabla 3), no han incorporado, o al menos, publicado datos, sobre la implementación de modelos de gestión enfermera en las estrategias de atención enfermera de Atención Primaria. Solo seis, de las diecinueve comunidades, incluyendo las dos ciudades autónomas, disponen de alguno de los modelos innovadores de gestión enfermera que se analizan en el estudio, publicado en su página web. Las Comunidades que apuestan por nuevos modelos de gestión en AP aún están en su fase de desarrollo. La Comunidad de Andalucía es pionera en el desarrollo de la consulta de acogida, que tiene funciones similares a las atribuidas en la propuesta de Gestión Enfermera de la Demanda y además, se incluye, entre sus estrategias, el modelo de Enfermera de Práctica Avanzada, especializado en diferentes áreas, modelo que también se implementa en el País Vasco.

Según los datos analizados el modelo de Gestión Enfermera de la Demanda (GED) está más desarrollado; son seis las Comunidades Autónomas que lo incluyen entre sus estrategias de Atención Primaria. Pese a ser el modelo que más se desarrolla en diferentes administraciones de salud de las Comunidades Autónomas, son pocas las publicaciones que lo analizan y presentan los resultados de su implementación, solo los trabajos de Brugués et al. (17) y Bayona Huguet, et al. (18) lo abordan. Sin embargo, sobre la EPA si hay publicaciones que profundizan sobre distintos aspectos del modelo (19–21,23).

Consideramos una limitación la denominación con la que se identifica el modelo de GED en cada Comunidad, puesto que dificulta el estudio comparativo entre las distintas experiencias. Las denominaciones que hacen referencia al nuevo modelo de gestión compartida, según se interpreta en este estudio, son las siguientes: Consulta de Enfermería a Demanda, Consulta de acogida o la Atención a procesos agudos y autocuidados. Respecto al modelo de EPA, las denominaciones varían menos, en el País Vasco se asigna el nombre de Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas (EGCA), más orientado a la atención de las personas con situaciones de cronicidad, con atribuciones de atención a lo largo del proceso de la vida y la atención en el momento de descompensación de patologías crónicas. En el Servicio Andaluz de Salud se diferencian cuatro grupos de pacientes para los que se indican competencias de Enfermera de Práctica Avanzada y son: aquellos que tienen Heridas Crónicas Complejas, para el Tratamiento Complejo para la Diabetes, para aquellos con Procesos Oncológicos Complejos y si requieren cuidado por Ostomías.

### **6.2. Modelos de gestión Enfermera, EPA y GED y resultados en salud**

La escasez de recursos humanos en los sistemas sanitarios, el envejecimiento de la población, las nuevas demandas de salud por parte de la población y la tendencia y exigencia de la mejora de la calidad asistencial tanto por los profesionales, por los usuarios como por las responsables de las instituciones son motivos que hacen necesario el desarrollo de los nuevos modelos de gestión en AP, como son la EPA y GED (8,19,21,23,24). Desde Atención Primaria se

debe dar respuesta a las nuevas demandas de salud, adaptándose a las necesidades que plantean los ciudadanos, se genera la necesidad de explorar nuevos modelos de gestión del cuidado de la salud de la población (19,24), además, se debe tener en cuenta las competencias profesionales específicas de las enfermeras, como es la educación sanitaria. La puesta en marcha de nuevos modelos en AP, como los analizados en este trabajo (EPA y GED), visibilizan competencias enfermeras, no siempre valoradas y reconocidas, que sin embargo, optimizan el uso de recursos humanos en la gestión de los servicios de salud facilitando la sostenibilidad del sistema. Aunque, según la información analizada, consideramos que es necesario incluir modificaciones en la forma de trabajar de los diferentes agentes implicados en la atención sanitaria (profesionales, usuarios e institución sanitaria), acciones no exentas de dificultades que se interponen en su desarrollo.

Los modelos EPA y GED proponen el desarrollo de competencias enfermera hasta ahora poco asumidas (prescripción enfermera), si bien, según los autores la aceptación del modelo de GED se ve limitada por el miedo a lo desconocido que tienen algunas profesionales y la necesidad de asumir nuevas responsabilidades (17). En los artículos que hacen referencia al modelo de EPA, se describen limitaciones para su implementación, el desconocimiento de las nuevas tareas, la cantidad de documentos que son requeridos para desarrollar el modelo y la mala comunicación entre el equipo del centro de salud (17,20,23,25) son las que más se constatan. Como solución a estas limitaciones los autores proponen potenciar el liderazgo enfermero para impulsar y desarrollar la profesión enfermera y optimizar la calidad asistencial en Atención Primaria (22). También se demanda una formación continuada y específica para aquellos profesionales que asuman las competencias que se atribuyen en estos modelos (17). Por último, destacar la necesidad de establecer unos circuitos adecuados de atención al paciente, que tengan en cuenta a todos los profesionales que conforman los equipos de atención y fomente la confianza entre profesionales (20,24).

Entre los problemas detectados, destaca la dificultad para identificar los límites de las competencias profesionales, llegando a interpretarse como intrusismo profesional por parte de los médicos, en una reciente resolución dictada por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, indica que ciertas competencias atribuidas a las enfermeras en estos modelos de gestión, están invadiendo competencias médicas, lo que pone en riesgo la salud de los pacientes (26). Esta situación puede limitar la motivación de los enfermeros para el desarrollo de modelos como el de EPA y GED (22, 23,25).

La implementación de los modelos de gestión, que se estudian, busca mejorar la eficiencia en la resolución de la demanda, aunque no hay suficiente evidencia, parece que pueden optimizar el gasto sanitario, favorecer la distribución de la carga de trabajo de profesionales sanitarios y reducir el tiempo de espera de los pacientes para ser atendidos (8,19,21). Las enfermeras tienen capacidad para atender las demandas de los pacientes, su formación les avala y su compromiso profesional de mejora constante y formación permanente lo facilita (20). Es necesario visibilizar entre la población las competencias que desarrollan las enfermeras en los nuevos modelos de gestión (17) y así, disminuir la tasa de rechazo que los pacientes tienen inicialmente, como se demuestra en el reporte de los trabajos (17,18,25). Por el contrario, hay autores destacan que la atención enfermera es muy bien valorada por los usuarios, obteniendo una mejora en la percepción de su calidad de vida o al menos equiparable a la

obtenida con la intervención médica. Se estima que pueden ayudar a reducir el porcentaje de mortalidad, lo que reafirma la efectividad de estos nuevos modelos de gestión del cuidado (8,17,19,21,24). Un elemento que destacan los pacientes es la educación sanitaria que reciben cuando son atendidos por enfermeras, característica que marca la diferencia con la atención médica y que es muy valorada por los demandantes de atención (17,25). La mejora de la educación sanitaria se asocia al incremento del tiempo dedicado al usuario en las consultas enfermeras, que permite resolver más dudas a los pacientes, mejorando la adherencia de éstos a las propuestas de intervención sanitaria (8,23).

Pese a los buenos resultados que supone la implantación de ambos modelos, falta en España el desarrollo de legislación para su correcta puesta en marcha (17,24). Por ejemplo, pese a la aprobación de la Ley que permite la dispensación de medicamentos por enfermeras (27), muchas comunidades no han desarrollado la normativa necesaria para regularla, lo que impide que los modelos de EPA y GED, puedan desarrollarse sin incidencias.

La Prescripción Enfermera, está legislada en trece países de la Unión Europea, donde es más fácil la implementación de estos modelos, en Países Bajos, Irlanda y Reino Unido se considera que las enfermeras pueden prescribir con total independencia y con respaldo legal (24). En España, la ley de prescripción enfermera está aprobada, pero cada Comunidad Autónoma debe adaptarla y ponerla en marcha, los modelos que se estudian necesitan con urgencia su regulación y así las enfermeras dispondrán de herramientas para cuidar con autonomía profesional y sin ningún tipo de cuestionamiento legal, como se ha analizado en los trabajos valorados (17,25). Esta regulación contribuirá a la optimización del uso de recursos humanos en los Centros de Salud (17).

Son muchas las ventajas que abalan la implantación de los nuevos modelos de gestión, sin embargo, a nivel económico, no existen evidencias suficientes que muestren una reducción de costes al sistema de salud frente a los modelos que actualmente se desarrollan en Atención Primaria (8,19 -21). Solo uno de los artículos incluidos en esta revisión, hace un análisis de la mejora en resultados económicos con el desarrollo competencial de la figura de la Enfermera de Práctica Avanzada (23).

## **7. CONCLUSIONES**

1. Los modelos de gestión centrados en la Enfermera de Práctica Avanzada y Gestión Enfermera compartida de la demanda, se están impulsando en seis CCAA españolas, con mayor desarrollo del modelo de GED, aunque con denominaciones diversas.
2. Los modelos EPA y GED, permiten a las enfermeras el desarrollo de competencias profesionales para las que están formadas, aunque en España se precisa un mayor desarrollo de la legislación sobre la prescripción enfermera.
3. El avance en modelos de gestión enfermera de Atención Primaria responden a las nuevas demandas de la población, según la evidencia, con una buena calidad asistencial y satisfacción de los usuarios.
4. La evidencia muestra una adecuada acogida de los modelos de gestión enfermera, por parte de los profesionales, un incremento del tiempo de atención al paciente, una mejora de los resultados de la intervención de educación sanitaria y la optimización de la gestión de los recursos humanos, lo que puede contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario.
5. Es poca la evidencia publicada sobre la disminución de costes que conlleva la implantación de los nuevos modelos de gestión enfermera frente a los actuales modelos.
6. Es preciso realizar más estudios con metodología que genere evidencia sobre los resultados que se obtienen con la implementación de estos modelos de gestión enfermera, EPA y GED, en Atención Primaria.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la OMS. Día Mundial de la Salud: Apoyemos al personal de enfermería y departería. OMS [Internet]. 2020. [Acceso el 21 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2020/04/07/default-calendar/world-health-day>
2. Grupo de trabajo de Sacyl. Día Mundial de la Salud: Apoyemos a las enfermeras y matronas. Sacyl [Internet]. 2020. [Acceso el 21 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/dias-mundiales-relacionados-salud/dia-mundial-salud-159e35>
3. Bermejo García, L., Jiménez Navascués, L., Suárez Pérez de.E., N., Martínez Cuervo, F., París Giménez, J., Fuguet Ferrer, J., de Martí Vallés, J., Monserrat Pérez, J.L., Castillejo Soler, L. Documento técnico nº 8, Atención Centrada en la Persona. SEEGG [Internet]. 2018. [Acceso el 15 de febrero de 2022]. Disponible de: <https://seegg.es/wp-content/uploads/2019/05/Doc.-Tec.-8.pdf>
4. Navascués, M. L. J., Gómez, M. D. C. R., Araque, A. M. F., & Ruiz, C. A. Evolución del enfoque de cuidado a los mayores en los planes de estudios de Enfermería. *Temperamentvm* [Internet]. 2012 [Acceso el 15 de febrero de 2022]; 8(16): t8031. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn16/t87031r.php>
5. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Boletín Oficial del Estado (BOE) 280: 41442-41458. [Acceso el 27 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>
6. Lafuente-Robles, N., Fernández-Salazar, S., Rodríguez-Gómez, S., Casado-Mora, M. I., Morales-Asencio, J. M., & Ramos-Morcillo, A. J. Competential development of nurses in the public health system of Andalucía. *Enferm Clín (English Ed.)* [Internet]. 2019 [Acceso el 27 de febrero de 2022]; 29(2): 83-89. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.12.013>
7. Hämel, K., & Vössing, C. The collaboration of general practitioners and nurses in primary care: a comparative analysis of concepts and practices in Slovenia and Spain. *Prim health care res dev* [Internet]. 2017 [Acceso el 3 de marzo de 2022]; 18(5): 492-506. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1463423617000354>
8. Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & van Vught, A. J. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Libr* [Internet]. 2018 [Acceso el 27 de febrero de 2022]; (7). DOI: <https://doi.org/10.1017/S1463423617000354>
9. Sánchez-Gómez, M. B., Ramos-Santana, S., Gómez-Salgado, J., Sánchez-Nicolás, F., Moreno-Garriga, C., & Duarte-Clímets, G. Benefits of advanced practice nursing for its expansion in the Spanish context. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 [Acceso el 15 de febrero de 2022]; 16(5): 680. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16050680>
10. Ortiz, M. Á. V., & Padrés, N. F. Análisis de concepto: gestión enfermera de la demanda. *At Primaria* [Internet]. 2019 [Acceso el 27 de febrero de 2022]; 51(4): 230-235. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.10.011>
11. Maciá Soler, L. Gestión de los cuidados. *Rev Científica de enfermería Recien* [Internet]. 2018 [Acceso el 21 de enero de 2022]; 15: 1-4. DOI: <https://doi.org/10.14198/recien.2018.15.01>.
12. Linares-Espinós, E., Hernández, V., Domínguez-Escrig, J. L., Fernández-Pello, S., Hevia, V., Mayor, J., ... & Ribal, M. J. Methodology of a systematic review. *Actas Urol Esp (Engl Ed)* [Internet]. 2018



- [Acceso el 27 de febrero de 2022]; 42(8): 499-506. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2018.01.010>
13. Santamaría Olmo, R. Programa de habilidades en lectura crítica español (CASPe). *Nefrología [Internet]*. 2017 [Acceso el 27 de febrero de 2022]; 9(1): 100-101. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X1888970017612483>
  14. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol [Internet]*. 2021 [Acceso el 27 de febrero de 2022]; 74(9): 790-799. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
  15. Porritt, K., Gomersall, J., & Lockwood, C. JBI's systematic reviews: study selection and critical appraisal. *Am J Nurs [Internet]*. 2014 [Acceso el 15 de febrero de 2022]; 114(6): 47-52. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000450430.97383.64>
  16. Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J. J., & Uceda Carrascosa, P. Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. *Rev Soc Andaluza de Trauma y Ortop [Internet]*. 2012 [Acceso el 3 de marzo de 2022]; 29(1): 59-72. Disponible en: <https://www.portalsato.es/documentos/revista/Revista12-1/Rev.%202012-1-07.pdf>
  17. Brugués, A. B., Asensio, I. C., & Mateo, G. F. Implantación de la gestión enfermera de la demanda en las entidades proveedoras de servicios de Atención Primaria de Salud de Cataluña. *At Primaria [Internet]*. 2017 [Acceso el 3 de marzo de 2022]; 49(9): 518-524. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.012>
  18. Bayona Huguet, X., Romano Sánchez, J., & Peris Grao, A. Modelos de gestión según el proveedor y sus efectos en la dinámica de los equipos de atención primaria en Cataluña. *Rev Esp Salud Pública [Internet]*. 2020 [Acceso el 15 de febrero de 2022]; 93: e201801001. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2019.v93/e201801001/es>
  19. Galiana-Camacho, T., Gómez-Salgado, J., García-Iglesias, J. J., & Fernández-García, D. Advanced Practice Nursing in emergency care, a proposal for the change: Systematic review. *Rev Esp Salud Pública [Internet]*. 2018 [Acceso el 15 de febrero de 2022]; 92: e201809065. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL\\_92/REVISIONES/RS92C\\_201809065.pdf](https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL_92/REVISIONES/RS92C_201809065.pdf)
  20. Jean, E., Guerra, S. S., Contandriopoulos, D., Perroux, M., Kilpatrick, K., & Zabalegui, A. Context and implementation of advanced nursing practice in two countries: an exploratory qualitative comparative study. *Nurs Outlook [Internet]*. 2019 [Acceso el 3 de marzo de 2022]; 67(4): 365-380. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.02.002>
  21. Htay, M., & Whitehead, D. The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician-led or usual care: A systematic review. *Int J of Nurs Stud Adv [Internet]*. 2021 [Acceso el 15 de febrero de 2022]; 3: 100034. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100034>
  22. Karimi-Shahanjarini, A., Shakibazadeh, E., Rashidian, A., Hajimiri, K., Glenton, C., Noyes, J., ... & Colvin, C. J. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Libr [Internet]*. 2019 [Acceso el 15 de febrero de 2022]; (4). DOI: <https://10.1002/14651858.CD010412.pub2>
  23. Norful, A. A., de Jacq, K., Carlino, R., & Poghosyan, L. Nurse practitioner–physician comanagement: a theoretical model to alleviate primary care strain. *Ann Fam Med [Internet]*. 2018 [Acceso el 3 de marzo de 2022]; 16(3): 250-256. DOI: <https://doi/10.1370/afm.2230>

24. Maier, C. B. Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. Hum Resour Health [Internet]. 2019 [Acceso el 3 de marzo de 2022]; 17(1): 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0429-6>
25. Zarzeka, A., Panczyk, M., Belowska, J., Mazur, N., Lourido, B. P., & Gotlib, J. Nurse prescribing: Attitudes of medical doctors towards expanding professional competencies of nurses and midwives. JPMA [Internet]. 2019 [Acceso el 3 de marzo de 2022]; 69(8): 1199-1204. Disponible en: <https://jpma.org.pk/PdfDownload/9289>
26. Fernández, J. Suspendidas dos resoluciones del Consejo de Enfermería por riesgo sanitario. Redacción Médica [Internet]. 2022. [Acceso 15 de Febrero] Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/derecho/suspendidas-dos-resoluciones-del-consejo-de-enfermeria-por-riesgo-sanitario-2134>
27. Real Decreto - Ley 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. Boletín Oficial del Estado (BOE), 306 Sec I: 121483- 121498 [Acceso 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2015/10/23/954/con>

# **ANEXOS**

## Anexo I

**Tabla 3. Modelos de gestión innovadores de AP de las CCAA. Fuente: Elaboración Propia**

MODELOS DE GESTIÓN INNOVADORES DE AP DE LAS CCAA			
CCAA	REFERENCIA	TIPO ATENCIÓN	MODELO
ANDALUCÍA - Servicio Andaluz de Salud	Consulta de acogida en Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud. 2020. Recuperado el 23 de abril de 2022, de <a href="https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/planes-marco-y-estrategias/estrategia-de-cuidados-de-andalucia/protocolos-de-consulta-de-acogida">https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/planes-marco-y-estrategias/estrategia-de-cuidados-de-andalucia/protocolos-de-consulta-de-acogida</a>	- A. Primaria	Consulta de Enfermería a demanda - Consulta de acogida
	Modelo de gestión de casos del Servicio Andaluz de Salud. Servicio Andaluz de Salud. 2017. Recuperado el 23 de abril de 2022, de <a href="https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/mgc_modelo_gestion_casos.pdf">https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/mgc_modelo_gestion_casos.pdf</a>	- A. Primaria - A. Hospitalaria	Gestión de casos
	Enfermera de práctica Avanzada en la atención de personas con Heridas Crónicas Complejas. Servicio Andaluz de Salud. 2019. Recuperado el 23 de abril de 2022, de <a href="https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/epa_heridas_cronicas_complejas.pdf">https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/epa_heridas_cronicas_complejas.pdf</a>	- A. Primaria - A. Hospitalaria	EPA en atención de personas con Heridas Crónicas Complejas (EPA-HCC)
	Enfermera de Práctica Avanzada en Procesos Oncológicos Complejos. Servicio Andaluz de Salud. 2019. Recuperado el 23 de abril de 2022, de <a href="https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/epa_oncologia.pdf">https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/epa_oncologia.pdf</a>	- A. Primaria - A. Hospitalaria - Sociosanitaria	EPA en Procesos Oncológicos Complejos (EPA-POC)
	Enfermera de Práctica Avanzada en la atención de personas con tratamientos complejos para la diabetes. Servicio Andaluz de Salud. 2019. Recuperado el 23 de abril de 2022, de <a href="https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/epa_diabetes_definitiva_1.pdf">https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/epa_diabetes_definitiva_1.pdf</a>	- A. Primaria - A. Hospitalaria	EPA en atención de personas con Tratamiento Complejos para la Diabetes (EPA-TCD)
	Enfermera de Práctica Avanzada en la atención de personas con ostomías. Servicio Andaluz de Salud. 2019. Recuperado el 23 de abril de 2022, de <a href="https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/manual_epa_ostomias_22012019.pdf">https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/manual_epa_ostomias_22012019.pdf</a>	- A. Hospitalaria	EPA en la atención de personas con Ostomías (EPA-O)
CASTILLA Y LEÓN - Sacyl	Gestión Compartida de la Demanda en Atención Primaria. Castilla y León, Sacyl. 2022. Recuperado 23 de abril de 2022, de <a href="https://www.saludcastillayleon.es/intranet-profesional/es/servicios-centrales/actividad-asistencial/atencion-primaria/gestion-compartida-demanda">https://www.saludcastillayleon.es/intranet-profesional/es/servicios-centrales/actividad-asistencial/atencion-primaria/gestion-compartida-demanda</a>	- A. Primaria	Gestión Compartida de la Demanda
	Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Sacyl. 2015. Recuperado 23 de abril de 2022, de <a href="https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castillaleon.ficheros/319121Estrategia%20de%20Atenci%C3%B3n%20al%20Paciente%20Cr%C3%B3nico%20en%20Castilla_v_Le%C3%B3n.pdf">https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castillaleon.ficheros/319121Estrategia%20de%20Atenci%C3%B3n%20al%20Paciente%20Cr%C3%B3nico%20en%20Castilla_v_Le%C3%B3n.pdf</a>	- A. Primaria - A. Hospitalaria	Gestión de Casos

Continuación Tabla 3 - Modelos de gestión innovadores de AP de las CCAA.

<p>CATALUÑA - Servicio Catalán de Salud</p>	<p>Nou model d'accés i gestió de la demanda. Programació per motius. CatSalud. 2021. Recuperado el 23 de abril de 2022, de <a href="https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/programacio-motius/programacio-per-motius-sessio-informativa.pdf">https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/programacio-motius/programacio-per-motius-sessio-informativa.pdf</a></p>	<p>- A. Primaria</p>	<p>Gestión Enfermera de la demanda (GED)</p>
<p>PAÍS VASCO - Consejería Salud País Vasco</p>	<p>Estrategia para la Atención Primaria en Euskadi. Departamento de Salud de Euskadi. s.f. Recuperado 23 de abril de 2022, de <a href="https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/atencion-primaria-euskadi.pdf">https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/atencion-primaria-euskadi.pdf</a></p>	<p>- A. Primaria</p>	<p>Consulta de enfermería de Atención a la Demanda</p>
	<p>Estrategia para la Atención Primaria en Euskadi. Departamento de Salud de Euskadi. s.f. Recuperado 23 de abril de 2022, de <a href="https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/atencion-primaria-euskadi.pdf">https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/atencion-primaria-euskadi.pdf</a></p>	<p>- A. Primaria</p>	<p>Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas (EGCA):A lo largo del proceso de la vida y Momento de descompensación de patologías crónicas</p>
	<p>Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Departamento de Salud de Euskadi. 2010. Recuperado 23 de abril de 2022, de <a href="https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/estrategia-cronicidad.pdf">https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/estrategia-cronicidad.pdf</a></p>	<p>- A. Primaria</p>	<p>Enfermera Gestora de Continuidad (EGC)</p>
	<p>Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Departamento de Salud de Euskadi. 2010. Recuperado 23 de abril de 2022, de <a href="https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/estrategia-cronicidad.pdf">https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/estrategia-cronicidad.pdf</a></p>	<p>- A. Hospitalaria</p>	<p>Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario (EGEH)</p>
<p>NAVARRA - Departamento de Salud</p>	<p>Estrategia de Atención Primaria y Comunitaria de Navarra. Servicio Navarro de Salud. 2019. Recuperado 23 de abril de 2022, de <a href="https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Estrategia+de+Atencion+Primaria+y+Comunitaria+de+Navarra.htm">https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Estrategia+de+Atencion+Primaria+y+Comunitaria+de+Navarra.htm</a></p>	<p>- A. Primaria</p>	<p>Atención a procesos agudos, autocuidados.</p>
	<p>Estrategia Navarra a atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Departamento de Salud de Navarra. 2013. Recuperado 23 de abril de 2022, de <a href="https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1C4EFE71-438B-4C29-80F3-308DF10C13AD/268233/EstrategiaCronicosyPluripatologicosVersionResumida.pdf">https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1C4EFE71-438B-4C29-80F3-308DF10C13AD/268233/EstrategiaCronicosyPluripatologicosVersionResumida.pdf</a></p>	<p>- A. Primaria</p>	<p>Enfermera Gestora de Casos</p>
<p>CANARIAS - Servicio de Salud Canario</p>	<p>Estrategia para el impulso de la Atención Primaria en Canarias. Servicio Canario de salud. 2019. Recuperado 23 de abril de 2022, de <a href="https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=efc33fd7-4ba8-11e9-b552-cdac0f57c02a&amp;idCarpeta=61e907e3-d473-11e9-9a19-e5198e027117">https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=efc33fd7-4ba8-11e9-b552-cdac0f57c02a&amp;idCarpeta=61e907e3-d473-11e9-9a19-e5198e027117</a></p>	<p>- At. Primaria</p>	<p>Gestión de la demanda de la patología de baja complejidad</p>
	<p>Perfil de la enfermería comunitaria de enlace. Servicio Canario de salud. s.f. Recuperado 23 de abril de 2022, de <a href="https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=3307972c-ed43-11dd-958f-c50709d677ea&amp;idCarpeta=61e907e3-d473-11e9-9a19-e5198e027117">https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=3307972c-ed43-11dd-958f-c50709d677ea&amp;idCarpeta=61e907e3-d473-11e9-9a19-e5198e027117</a></p>	<p>- At. Primaria</p>	<p>Enfermera Comunitaria de Enlace</p>
	<p>Modelo de atención y gestión de la cronicidad. Servicio Canario de salud. 2015. Recuperado 23 de abril de 2022, de <a href="https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=abd50fe3-cca3-11e4-b8de-159dab37263e&amp;idCarpeta=61e907e3-d473-11e9-9a19-e5198e027117">https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=abd50fe3-cca3-11e4-b8de-159dab37263e&amp;idCarpeta=61e907e3-d473-11e9-9a19-e5198e027117</a></p>	<p>- At. Primaria</p>	<p>Enfermera Gestora de Casos</p>

## Anexo II

**Tabla 4 - Clasificación de los niveles de evidencia según Sackett. Fuente: Mella Sousa et al., (16).**

Recomendación	Nivel	Terapia, prevención, etiología y daño	Pronóstico	Diagnóstico	Estudios económicos
<b>A</b>	<b>1a</b>	RS con homogeneidad y Meta-análisis de EC	RS con homogeneidad y Meta-análisis de estudios de cohortes concurrente	RS de estudios de diagnóstico nivel 1	RS de estudios económicos de nivel 1
	<b>1b</b>	EC individuales con intervalo de confianza estrecho	Estudio individual de cohorte concurrente con seguimiento superior al 80% de la cohorte	Comparación independiente y enmascarada de un espectro de pacientes consecutivos sometidos a la prueba diagnóstica y al estándar de referencia	Análisis que compara los desenlaces posibles, contra una medida de costos. Incluye un análisis de sensibilidad
<b>B</b>	<b>2a</b>	RS con homogeneidad de estudio de cohortes	RS de cohortes históricas	RS de estudios diagnósticos de nivel mayor a 1	RS de estudios económicos de nivel mayor a 1
	<b>2b</b>	Estudio de cohortes individual. EC de baja calidad	Estudio individual de cohortes históricas	Comparación independiente enmascarada de pacientes no consecutivos, sometidos a la prueba diagnóstica y al estándar de referencia	Comparación de un número limitado de desenlaces contra una medida de costo. Incluye análisis de sensibilidad
	<b>3a</b>	RS con homogeneidad de estudios de casos y controles			
	<b>3b</b>	Estudio de casos y controles individuales		Estudios no consecutivos o carentes de un estándar de referencia	Análisis sin una medida exacta de costo, pero incluye análisis de sensibilidad
<b>C</b>	<b>4</b>	Serías de casos. Estudio de cohortes y casos y controles de mala calidad	Serías de casos. Estudios de cohortes de mala calidad	Estudios de casos y controles sin la aplicación de un estándar de referencia	Estudio sin análisis de sensibilidad
<b>D</b>	<b>5</b>	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en fisiología, o en investigación teórica	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en fisiología, o en investigación teórica	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en fisiología, o en investigación teórica	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en teoría económica

### Anexo III

Tabla 5. Resumen artículos seleccionados. Fuente: Elaboración propia

RESUMEN ARTÍCULOS SELECCIONADOS					
REFERENCIA	CONTEXTO (PAÍS)	MATERIAL / METODOLOGÍA	RESULTADOS según los objetivos propuestos en el estudio		
			Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3
Galiana-Camacho, et al. (19)	Australia y Gran Bretaña	<p><b>Revisión Sistemática</b> Total 14 artículos: 1 revisión sistemática, 10 descriptivos, 1 observacional y 2 ECAs*.</p> <p>Criterios CASPe: 10/10 cumplidos.</p>	<p><b>Nombre CCAA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Andalucía: Enf. Gestora de Casos.</li> <li>- País Vasco: estrategias frente a la cronicidad.</li> <li>- Cataluña: Asistencia urgente en la atención primaria.</li> </ul>	<p><b>Criterios implementación:</b> escasez de médicos, la cambiante demanda de servicios, el incremento en los costes de la atención sanitaria y la mejora del desarrollo profesional de las enfermeras</p> <p><b>Competencias:</b> petición de pruebas diagnósticas y de imagen; la prescripción de medicamentos; la elaboración de informes de baja o certificados de estudio y la derivación al especialista, educación salud.</p> <p><b>Prescripción enfermera:</b> (en GB*) prescr. independiente (PI) y prescripción por Dirección de Grupos de Pacientes (DGP).</p>	<p><b>Instituciones sanitarias:</b> mismos costes atención médica y EPA. Tiempo estancia media de 180 min. Tiempo espera media 22 min, menor a At. Médica.</p> <p><b>Usuarios:</b> 68%* calificaron “excelente”. 97,3% satisfechos tiempo dedicado. 83,8% repetiría. Disposición paciente a ser atendidos por EPA del 65%. No quejas de seguridad del paciente. El 69.8% recibió educación para la salud.</p>
Laurant, et al.(8)	Reino Unido, Países Bajos, EE.UU., Canadá, Suecia, España y Sudáfrica	<p><b>Revisión Sistemática</b></p> <p>Se incluyen un total de 18 artículos entre ECA* y ECC*</p> <p>Criterios CASPe: 10/10 cumplidos.</p>		<p><b>Criterios implementación:</b> intención de reducir costos o abordar la escasez de mano de obra con la sustitución.</p> <p><b>Competencias:</b> diagnóstico, tratamiento, derivación a otros servicios, promoción de la salud, manejo de enfermedades crónicas o manejo de problemas agudos.</p> <p><b>Prescripción enfermera:</b> poca o ninguna diferencia entre la atención por enfermeras y la At. médica en el nº de prescripciones administradas (certeza alta).</p>	<p><b>Instituciones sanitarias:</b> poca diferencia coste entre atención por enfermeras o médicos. La At. enfermera se asocia con menores costos (C. Baja*). 39% más largas consultas con enfermeras con mayor tasa visitas recurrentes y mejor adhesión a las guías clínicas.</p> <p><b>Usuarios:</b> satisfacción ligeramente mayor con enfermera (C.moderada*) y menor % de mortalidad (C.baja*). Misma calidad de vida entre At. Médica y enfermera.</p> <p><b>Profesionales:</b> consulta enfermera mejora resultados de salud. Se disminuye la carga de trabajo de médicos. Ninguna diferencia en la asistencia a las unidades de accidentes y emergencias (e. alta*).</p>

Continuación Tabla 5 - Resumen artículos seleccionados.

<p>Karimi-Shahanjarini, et al. (22)</p>	<p>África subsahariana, Asia, Oceanía, Europa, Medio Oriente y África del Norte, América del Norte y América Latina</p>	<p><b>Revisión Sistemática</b></p> <p>Se seleccionan 69 estudios cualitativos primarios.</p> <p>Criterios CASPe: 10/10 cumplidos.</p>	<p><b>Criterios implementación:</b> aumentar la conciencia pública sobre las funciones de las enfermeras.</p> <p><b>Competencias:</b> atención preventiva y seguimiento (manejo de enfermedades crónicas, salud pública, prescribiendo medicamentos iniciados por médicos)(C. moderada)**</p> <p><b>Prescripción enfermera:</b> Ampliar la prescripción puede ser difícil, no por nivel conocimiento, sino porque no hay entrenamiento lo suficientemente bueno.</p> <p><b>Liderazgo:</b> fue un facilitador de la sustitución de médicos por enfermeras (C. moderada*).</p> <p><b>Dificultades:</b> definiciones claras de roles fueron críticas en la implementación de las estrategias de sustitución (C. moderada*). Enfermeras creían que su práctica podría verse limitada por la falta de comprensión de los médicos sobre el alcance y la calidad de las habilidades de las enfermeras (C.bajo*). Gran cantidad de documentos que debían completarse (C.moderada*)</p>	<p><b>Instituciones sanitarias:</b> sustitución mejora calidad de atención (C.alta*)</p> <p><b>Usuarios:</b> fácil acceso enfermeras (C.alta*). Confiaban en la capacidad de enfermeras por experiencias</p> <p><b>Profesionales:</b> motivadores como el desarrollo personal y ser respetado así como mejorar la calidad de la atención (C. moderada*). Las mejores condiciones de trabajo e incentivos (C. moderada*). Los médicos valoraron positivamente la contribución de las enfermeras, mejorando la continuidad de la atención (C. moderada*). Aumento accesibilidad demanda urgente (C.alta)*. Estrecha relación médico-enfermero aumenta la confianza y el respeto (C. moderada*). La confianza de los médicos y la aceptación de las enfermeras fue un determinante crítico que dio forma al alcance de la práctica de enfermería (C. Moderada*). Capacitación y educación aumentan las habilidades, satisfacción laboral y motivación de las enfermeras, permitiéndolas trabajar más independientemente (C. moderada*)</p>
---	---	---	--	---



Continuación Tabla 5 - Resumen artículos seleccionados.

<p>Norful, et al. (23)</p>	<p>EE.UU</p>	<p><b>Revisión Sistemática</b></p> <p>Se construye el modelo a partir de los hallazgos colectivos de 3 estudios y entrevistas cualitativas (26) a profesionales enfermeros y médicos.</p> <p>Criterios CASPe: 10/10 cumplidos.</p>		<p><b>Criterios implementación:</b> Muchas personas no obtienen la atención médica que necesitan debido a la falta de trabajadores de la salud donde viven. Pacientes saben poco sobre las funciones de las enfermeras. Enfermeras que asumieron tareas de médicos vieron una oportunidad para desarrollarse personalmente, ganar más respeto y mejorar la calidad de la atención. Tener un sistema de referencia adecuado.</p> <p><b>Competencias:</b> promoción de la salud</p> <p><b>Liderazgo:</b> experimentado fue un falicitador.</p> <p><b>Dificultades:</b> médicos preferían que las enfermeras realizaran únicamente tareas "no médicas". Enfermeras que trabajan solas a veces les resultaba difícil comunicarse con los médicos.</p>	<p><b>Instituciones sanitarias:</b> Aumenta el acceso de los pacientes a la atención y promueve la continuidad de la atención. EPA tienen resultados equivalentes o superiores para los pacientes y ahorran costes sin variar la calidad.</p> <p><b>Usuarios:</b> inseguros en algunos casos por pérdida de contacto con su médico.</p> <p><b>Profesionales:</b> gestión conjunta alivió la carga de trabajo individual de los médicos previno la tensión, el agotamiento y la fatiga del médico y mejoró el respeto mutuo. Además, en poblaciones rurales o médicamente desatendidas permite a los médicos liberar tiempo para citas adicionales, ofrecer más tiempo en las visitas. Hay que establecer protocolo acordado mutuamente para la última toma de decisión.</p>
<p>Jean, et al. (20)</p>	<p>España y Canadá</p>	<p><b>Estudio Cualitativo, descriptivo, y explicativo</b></p> <p>Se realizaron 30 entrevistas en Quebec y 44 en Cataluña.</p> <p>Criterios CASPe: 9 / 10 cumplidos</p>		<p><b>Criterios implementación:</b> aumentar el apoyo a otros profesionales de la salud y promover el cambio en los modelos de gestión de paciente. Transformar la evidencia en práctica. Los jefes de enfermería apoyan la reorganización del equipo.</p> <p><b>Competencias:</b> atención compleja y acceso a recursos especializados.</p> <p><b>Prescripción enfermera:</b> prescripción en situaciones y condiciones específicas.</p> <p><b>Liderazgo:</b> en toma de decisiones compartida con el paciente y promoción autocuidado.</p> <p><b>Dificultades:</b> disposición de los médicos a aceptar el cambio, única visión de que el médico es el único capaz de cuidar. Hay temor a la pérdida de puestos de trabajo o la duplicación de servicios. Desconocimiento funciones EPA.</p>	<p><b>Instituciones sanitarias:</b> ventaja económica y sostenibilidad, satisfacción del paciente, disminución de reingreso, mejores resultados del paciente y del proceso, así como de la calidad de la atención. Reducción lista de espera</p> <p><b>Usuarios:</b> Mejor accesibilidad a la atención. Aumento de la disponibilidad horaria.</p> <p><b>Profesionales:</b> Relación más estrecha con el paciente, aumentando la calidad en sus interacciones. Poco tiempo para dedicarlo al estudio. Aumento de la satisfacción profesional y mejora de la comunicación, creando confianza entre profesionales</p>

Continuación Tabla 5 - Resumen artículos seleccionados.

<p>Zarzeka, et al. (25)</p>	<p>Polonia</p>	<p><b>Estudio transversal</b></p> <p>Cuestionario con 36 preguntas realizado por 436 médicos</p> <p>Criterios JBI*: 8/8 cumplidos</p>		<p><b>Criterios implementación:</b> aumentar las competencias de las enfermeras.</p> <p><b>Competencias:</b> prescripción enfermera</p> <p>Prescripción enfermera (PE*): ampliar las competencias de enf. en prescripción aumentaría el prestigio de esas profesiones y aumentaría la responsabilidad profesional y legal. Ahorraría tiempo a pacientes y médicos.</p> <p><b>Dificultades:</b> difuminación de los límites entre médicos y enfermeras, lo que también puede afectar la transparencia en la cooperación entre las dos profesiones.</p>	<p><b>Instituciones sanitarias:</b> la PE* reduce el tiempo de espera para el tratamiento y aumenta la disponibilidad de atención médica.</p> <p><b>Usuarios:</b> enfermeras solicitaron con mayor frecuencia tratamientos no farmacológicos y los pacientes estaban igualmente satisfechos con la atención médica y de enfermería en cuanto a las prescripciones</p> <p><b>Profesionales:</b> tratamiento ordenado por una enfermera era tan seguro y eficaz como el ordenado por un médico, y los propios médicos estaban a favor de otorgar a las enfermeras facultades para emitir recetas. Enfermeras eran más cuidadosas con la prescripción de medicamentos en comparación con los médicos y usaban dosis más pequeñas. El 39% de las enfermeras no estaban preparados para emitir recetas.</p>
<p>Brugués, et al. (17)</p>	<p>España (Cataluña)</p>	<p><b>Estudio transversal</b></p> <p>Encuestas a la dirección de enfermería (n = 37)</p> <p>Criterios JBI*: 8/8 cumplidos</p>	<p><b>Nombre CCAA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cataluña: gestión enfermera de la demanda (GED).</li> </ul>	<p><b>Criterios implementación:</b> enfermera como agente de salud y finalista para la gestión de demandas agudas. Creación de un circuito consensuado con el EAP, elaboración de una guía propia, introducción de incentivos económicos, formación específica, trabajo multidisciplinar.</p> <p><b>Competencias:</b> la GED definirá dentro de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria.</p> <p><b>Prescripción enfermera (PE*):</b> facilitará los circuitos y finalización de proceso.</p> <p><b>Dificultades:</b> restricciones legales prescripción de fármacos. Falta conocimiento y habilidades. Sensación invasión competencias médicas.</p>	<p><b>Instituciones sanitarias:</b> falta de protocolos al inicio de la implantación. La intervención formativa dirigida a enfermeras les da apoyo y capacidad que mejora los resultados de la GED.</p> <p><b>Usuarios:</b> al inicio hay reticencias de los pacientes, prefieren ser atendidos por médicos. Con GED finalmente: alto nivel de satisfacción, visitas más largas, con más información y haciendo educación sanitaria.</p> <p><b>Profesionales:</b> miedo e inseguridad de las enfermeras por falta conocimientos. Las enfermeras formadas resuelven de forma autónoma el 86% de los problemas con la satisfacción del usuario.</p>

Continuación Tabla 5 - Resumen artículos seleccionados.

<p>Maier, et al. (24)</p>	<p>Europa (Chipre, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Irlanda, Países Bajos, Noruega, Polonia, España, Suecia, Reino Unido, Suiza), Australia, Canadá, Nueva Zelanda y EE. UU.</p>	<p><b>Estudio descriptivo transversal</b></p> <p>Encuesta de expertos en 39 países (n = 93). Revisión bibliográfica por pares.</p> <p>Criterios JBI*: 7/8 cumplidos</p>		<p><b>Criterios implementación:</b> falta de médicos (áreas rurales), aumento enf. Crónicas, aumento educación enfermería. De la PE, fuerte defensa por parte de la profesión de enfermería, planificación de la educación y práctica de enfermería, apoyo a equipos multiprofesionales y acción gubernamental de apoyo.</p> <p><b>Competencias:</b> PE* en plan de estudio grado.</p> <p><b>Prescripción enfermera(PE*):</b> depende de factores como: grupo enfer. Autorizadas, tipo de medicamentos y la responsabilidad legal. En 2019, 13 países de UE* cuentan con leyes de PE*. Algunos países realizan cursos formativos adicionales al grado. En España, RD 954/2015 23 octubre, con experiencia mínima de 1 año o capacitación adicional si &lt; 1 año. Solo 3 países derecho prescripción completa (PB*, Irlanda y UK*), resto limitada. Vínculo entre derecho PE* y nivel formación.</p> <p><b>Dificultades:</b> legislación.</p>	<p><b>Instituciones sanitarias:</b> prescripción de enfermeras es comparable a las prácticas de prescripción de los médicos, medida por el número de medicamentos prescritos, así como por los tipos y dosis de los medicamentos elegidos.</p> <p><b>Usuarios:</b> Los pacientes estaban igualmente satisfechos o más satisfechos con las enfermeras que con los médicos.</p>
<p>Bayona Huguet, et al. (18)</p>	<p>España (Cataluña)</p>	<p><b>Estudio descriptivo transversal</b></p> <p>Encuesta online a personal sanitario (n =1474)</p> <p>Criterios JBI*: 8/8 cumplidos</p>	<p>Nombre CCAA: - Cataluña: gestión enfermera de la demanda (GED).</p>	<p><b>Criterios implementación:</b> la gestión enfermera de la demanda avanzada se relacionó con una alta capacidad de resolución.</p> <p><b>Competencias:</b> la mitad de los profesionales tenía libre acceso a pruebas diagnósticas y realizaba gestión enfermera de la demanda</p>	<p><b>Instituciones sanitarias:</b> modelo organizativo participativo mejora la coordinación sistémica e identificación entre miembros de una organización. Accesibilidad inferior a 72h.</p> <p><b>Usuarios:</b> preocupación por el acceso al profesional de referencia.</p> <p><b>Profesionales:</b> menor demora de la visita cuando el profesional enfermero era más joven, su trabajo era rural. Dos tercios declara tener autonomía de gestión de su agenda de trabajo. Compromiso favorece la motivación e involucración, que mejora resultados de salud.</p>

Continuación Tabla 5 - Resumen artículos seleccionados.

Htay, et al. (21)	Reino Unido, Estados Unidos y Países Bajos	<p><b>Revisión sistemática</b></p> <p>Se incluyen 13 ECA*</p> <p>Criterios CASPe: 9/10 cumplidos</p>	<p><b>Criterios implementación:</b> incorporación de profesionales de enfermería avanzados es factible, reduce carga trabajo médicos y reduce tiempos espera. Mayor rendimiento de pacientes agudos. Necesidad de disminuir presión sanitaria, envejecimiento población, escasez de personal y austeridad financiera</p> <p><b>Competencias:</b> cuatro pilares de EPA: práctica clínica, liderazgo, educación e investigación. Prescripción enfermera: competencias que se requieren de los profesionales de enfermería más avanzados a nivel internacional.</p>	<p><b>Instituciones sanitarias:</b> reducción en el tiempo de espera (14 min menos que un médico). Atención más eficiente con EPA. Análisis costo - efectividad similar entre EPA y médico (2 art. muestran ahorro con EPA).</p> <p><b>Usuarios:</b> más satisfechos con la atención recibida de las enfermeras en comparación con los médicos</p> <p><b>Profesionales:</b> atención por EPA produjo efectos positivos en los resultados de la atención y el servicio del paciente demostrando mayor adherencia a las pautas prácticas. La evaluación de la presión arterial, el colesterol y el tabaquismo fue más frecuente por el grupo de enfermería. Brindan atención segura, reducen carga de trabajo de los médicos y promueven un acceso más rápido al asesoramiento clínico. EPA brindan una atención igual o incluso superior a la de los médicos para enfermedades menores y urgentes y afecciones crónicas. Colaboración EPA y médico efecto positivo en mortalidad.</p>
-------------------	--	--	---	--

\***Notas:** ECAs – Estudio Clínico Aleatorizado; ECC – Estudio Clínico Controlado; GB – Gran Bretaña; PB – Países Bajos; UK – United Kingdom; UE – Unión Europea; PE – Prescripción enfermera; C. alta, media o baja – Certeza alta, media o baja; % - Porcentaje; JBI: Instituto Joana Briggs.

## Anexo IV

**Tabla 7 - Dificultades implementación nuevos modelos de gestión en AP. Fuente: Elaboración propia, adaptación de Brugués et al. (17).**

DIFICULTADES IMPLEMENTACIÓN NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN EN AP		
AGENTES IMPLICADOS	EPA	GED
<b>Profesionales de la salud (competencias, motivación, otras características)</b>	<p>Falta de definición clara de roles de las enfermeras (22,25)</p> <p>Amplia cantidad de documentación necesaria para desarrollar la sustitución (23)</p> <p>Dificultad de comunicación entre médicos y enfermeras (23)</p> <p>Desconocimiento de las funciones (20).</p>	<p>Precisa de formación para el desarrollo de nuevas competencias profesionales (17).</p> <p>Miedo e inseguridad de las enfermeras que generan los cambios (17).</p> <p>Resistencia al cambio de las enfermeras (17).</p> <p>Aumento de la responsabilidad de las enfermeras, no siempre bien asumido. (17)</p>
<b>Usuarios - Pacientes</b>		<p>Reticencia de los pacientes sobre la competencia de la enfermera, prefieren ser atendidos por un médico.</p> <p>Falta de información de la población. (17)</p>
<b>Institución Sanitaria</b>	Falta de desarrollo de legislación cuando se quiere innovar (24)	Falta de desarrollo de la legislación de la prescripción enfermera (17)

## Anexo V

**Tabla 8. Efectividad, nivel de evidencia y grado de recomendación de los nuevos modelos de gestión enfermera en AP. Fuente: Elaboración propia**

EFECTIVIDAD, NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN DE LOS NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN ENFERMERA EN AP.				
	EFECTIVIDAD	Referencia	Nivel Evidencia	Grado recomendación
<b>Salud de los usuarios</b>	<b>Calidad de vida</b> es similar con los nuevos modelos de gestión enfermera y la atención médica (EPA)	(8)	<b>1b</b>	<b>A</b>
	<b>No hay suficiente evidencia</b> para afirmar la <b>disminución de mortalidad</b> con la atención enfermera (EPA)	(8)	<b>1b</b>	<b>A</b>
	<b>Mejora la adherencia propuestas sanitarias</b>	(8) (13)	<b>1b</b> <b>4</b>	<b>A</b> <b>C</b>
<b>Satisfacción de los usuarios</b>	<b>Similar</b> a la recibida por médicos aunque ligeramente mejor con enfermeras (GED Y EPA)	(8,19) (21) (17,24,25)	<b>1b</b> <b>1a</b> <b>4</b>	<b>A</b> <b>A</b> <b>C</b>
	<b>Reticencias</b> a no ser atendido por su médico (GED y (EPA)	(17) (23)	<b>4</b>	<b>C</b>
	<b>Aceptación</b> atención enfermera (EPA)	(19)	<b>1b</b>	<b>A</b>
	<b>Mejora accesibilidad.</b> (EPA)	(20, 22)	<b>4</b>	<b>C</b>
	<b>Mejora satisfacción</b> de los usuarios.(EPA y GED)	(20) (25) (17)	<b>4</b>	<b>C</b>
<b>Satisfacción de los profesionales</b>	<b>Mejora</b> condiciones de trabajo y relaciones del equipo. (EPA)	(22)	<b>4</b>	<b>C</b>
	<b>Optimización recursos humanos.</b> (EPA)	(19) (21) 20	<b>1a</b> <b>4</b>	<b>A</b> <b>C</b>
<b>Costes</b>	<b>No diferencia</b> coste entre atención médica y enfermera. (EPA)	(21), (19) (20,24)	<b>1a</b> <b>1b</b> <b>4</b>	<b>A</b> <b>A</b> <b>C</b>
	Las enfermeras <b>reducen costes.</b> (EPA)	(8) (23)	<b>1b</b> <b>4</b>	<b>A</b> <b>C</b>