



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

DESARROLLO, EJECUCIÓN Y MEJORA DE LAS COMPETENCIAS DE LIDERAZGO, AUTONOMÍA RELACIONES INTERPROFESIONALES, MENTORÍA E INVESTIGACIÓN DE LAS ENFERMERAS DE PRÁCTICA AVANZADA EN BALEARES: Perspectivas de enfermeras y de líderes formales.

Elena Orvay Vázquez

Máster Universitario en Investigación en Salud y Calidad de Vida

Centro de Estudios de Postgrado

Año Académico 2021-22

**DESARROLLO, EJECUCIÓN Y MEJORA DE LAS
COMPETENCIAS DE LIDERAZGO, AUTONOMÍA
RELACIONES INTERPROFESIONALES,
MENTORÍA E INVESTIGACIÓN DE LAS
ENFERMERAS DE PRÁCTICA AVANZADA EN
BALEARES: Perspectivas de enfermeras y de
líderes formales.**

Elena Orvay Vázquez

Trabajo de Fin de Máster

Centro de Estudios de Postgrado

Universidad de las Illes Balears

Año Académico 2021-22

Palabras clave del trabajo:

Enfermera de práctica avanzada, desarrollo profesional, competencias, liderazgo

Nombre Tutora del Trabajo: Margalida Miró Bonet

Índice de siglas

IB-Salut: Servicio de Salud de las Islas Baleares

CCAA: Comunidades Autónomas

CEI-IB: Comité de Ética en la Investigación de las Islas Baleares

CIE: Consejo Internacional de Enfermeras

CNS: *Clinical Nurse Specialist*

CS: Centro de Salud

EEUU: Estados Unidos de América

EGC: Enfermera de práctica avanzada en gestión de casos

EPA: Enfermera de práctica avanzada

EPAH: Enfermera de práctica avanzada hospitalaria

GAPM: Gerencia de atención primaria de Mallorca

HCM: Hospital Can Misses

HG: Hospital General

HGMO: Hospital General Mateu Orfila

HJM: Hospital Joan March

HUSE: *Hospital Universitari Son Espases*

HUSLL: *Hospital Universitari Son Llàtzer*

IPA: *Infermera de pràctica avançada*

IDREPA: Instrumento de definición del rol de la enfermera de práctica avanzada

IECEPA: Instrumento para la evaluación de competencias en enfermeras de práctica avanzada

NP: *Nurse practitioner*

PCA: Paciente crónico avanzado

PCC: Paciente crónico complejo

SAS: Sistema Andaluz de Salud

UIB: *Universitat de les Illes Balears*

Índice de tablas

Tabla 1: Evolución de la población mayor en España, 1900-2065.....	8
Tabla 2: EPAs en la isla de Mallorca.....	25
Tabla 3: EPAs en la isla de Menorca.....	26
Tabla 4: EPAs en las islas de Ibiza y Formentera.....	27

Índice de figuras

Figura 1: Diagrama de Venn. Dominios que influyen en la toma de decisiones basada en evidencia.....	12
--	----

RESUMEN

La aparición de la enfermera de práctica avanzada (EPA) surge como respuesta al aumento de la complejidad de las necesidades de salud de la población. La EPA posee capacidad de liderazgo, autonomía y competencias para brindar atención de calidad a los usuarios y facilitar la transferencia efectiva del conocimiento.

Debido a los resultados obtenidos sobre su impacto en la salud de los usuarios, se han implantado EPAs en diferentes ámbitos de todo el mundo. En España, muchas comunidades autónomas han introducido EPAs en sus servicios de salud, incluida Baleares. Debido a la ausencia de regularización de la figura, existe heterogeneidad en su implantación, lo que crea confusión entre las propias enfermeras y otros profesionales.

Este proyecto tiene como objetivo explorar la narrativa de las EPA y de líderes formales de las instituciones del Servicio de Salud de las Islas Baleares sobre el desarrollo y ejecución actual y las estrategias de mejora en relación a las competencias de liderazgo y autonomía profesional, relaciones interprofesionales y mentoría e investigación.

Para explorar este fenómeno se propone una investigación cualitativa, que permite profundizar en el conocimiento sobre el fenómeno de los participantes y reflexionar acerca de lo conocido. Se llevará a cabo un estudio etnometodológico de análisis crítico de discurso a través de entrevistas en profundidad, debido a que se trata de cuestionar el actual contexto social, político y profesional que rodea a esta figura.

Este estudio pretende profundizar en los modelos actuales de EPA desarrollados en Baleares y valorar las posibilidades de mejora junto a los líderes con capacidad de influir en la regulación de esta figura. Esto puede suponer un punto inicial para la regularización y normativización de la EPA.

Para ello, es necesario definir claramente sus competencias y campo de acción como rol autónomo, que permita articularlas con otros roles enfermeros y disciplinas. Además, se debe favorecer la creación de una formación reglada y un consenso que evite las posibles diferencias existentes entre las EPAs.

Palabras clave: Enfermera de práctica avanzada, desarrollo profesional, competencias, liderazgo

ABSTRACT

The emergence of the advanced practice nurse (APN) appears as a response to the increased complexity of the health needs of the population. The APN has leadership capacity, autonomy and competences to provide quality care to users and facilitate the effective transfer of knowledge.

Due to the results obtained on its impact on the health of users, APNs have been implemented in different areas around the world. In Spain, many autonomous communities have introduced APNs in their health services, including the Balearic Islands. Due to the lack of regularization of the figure, there is heterogeneity in its implementation, which creates confusion among nurses and other professionals.

This project aims to explore the narrative of the APNs and formal leaders of the institutions of the Health Service of the Balearic Islands on the development and current execution and improvement strategies in relation to leadership skills and professional autonomy, interprofessional relationships and mentoring and research.

To explore this phenomenon, a qualitative research is proposed, which allows deepening the knowledge about the phenomenon of the participants and reflecting on what it is known. An ethnomethodological study of critical discourse analysis will be carried out through in-depth interviews, since it is about questioning the current social, political and professional context that surrounds this figure.

This study aims to delve into the current APN models developed in the Balearic Islands and assess the possibilities for improvement together with the leaders with the capacity to influence the regulation of this figure. This can be a starting point for the regularization and standardization of the APN.

For this, it is necessary to clearly define their competences and field of action as an autonomous role, which allows them to be articulated with other nursing roles and disciplines. In addition, the creation of a regulated formation and a consensus to avoid possible variations among the different APNs should be favored.

Keywords: Advanced practice nurse, professional development, competences, leadership

Índice

1.	Introducción y justificación.....	- 8 -8
2.	Estado de la cuestión	- 10 -0
3.	Contextualización.....	15
4.	Posicionalidad y reflexividad	19
5.	Paradigma y perspectiva teórica.....	21
6.	Pregunta de investigación y objetivos	22
7.	Metodología	23
7.1	Participantes, muestreo, reclutamiento y acceso al campo	23
7.2	Recogida de datos.....	27
7.3	Análisis y rigor	29
8.	Consideraciones finales.....	- 30 -0
8.1	Consideraciones éticas	- 30 -0
8.2	Implicaciones para la práctica	- 30 -0
8.3	Limitaciones potenciales	31
9.	Transferencia y difusión.....	31
10.	Cronograma.....	32
11.	Palabras clave.....	32
12.	Bibliografía	33

1. Introducción y justificación

El avance de la enfermería en todo el mundo a lo largo de las últimas décadas no está vinculado únicamente al propio desarrollo profesional, sino que da respuesta al aumento de la complejidad de las necesidades de salud de la población. (1)

Hasta enero de 2018, según los datos estadísticos recogidos en el último informe de las personas mayores, en España había una población de 46.658.447 habitantes. De esta población, 8.908.151 corresponden a personas de 65 o más años, lo que supone el 19,2% de la población total. (2)

Alrededor de los últimos 100 años -desde 1900 hasta 2017- , la población de más de 65 años se ha multiplicado por nueve. Las proyecciones para los próximos años, estiman que para el año 2065, el 14,1% de la población mayor tendrá más de 80 años. (2)

Tabla 1. Evolución de la población mayor en España (1900-2065).

Años	Población total		Población de 65 años y más		Población de 65-79 años		Población de 80 años y más	
	Absoluto	Absoluto	Porcentaje	Absoluto	Porcentaje	Absoluto	Porcentaje	
1900	18.618.086	967.774	5,2	851.859	4,6	115.385	0,6	
1910	19.995.686	1.105.569	5,5	972.954	4,9	132.615	0,7	
1920	21.389.842	1.216.693	5,7	1.073.679	5,0	143.014	0,7	
1930	23.677.794	1.440.739	6,1	1.263.626	5,3	177.113	0,7	
1940	26.015.907	1.699.860	6,5	1.475.702	5,7	224.158	0,9	
1950	27.976.755	2.022.523	7,2	1.750.045	6,3	272.478	1,0	
1960	30.528.539	2.505.165	8,2	2.136.190	7,0	368.975	1,2	
1970	34.040.989	3.290.800	9,7	2.767.061	8,1	523.739	1,5	
1981	37.683.363	4.236.724	11,2	3.511.593	9,3	725.131	1,9	
1991	38.872.268	5.370.252	13,8	4.222.384	10,9	1.147.868	3,0	
2001	41.116.842	7.037.553	17,1	5.404.513	13,1	1.633.040	4,0	
2011	46.815.916	8.116.350	17,3	5.659.442	12,1	2.456.908	5,2	
2017	46.658.447	8.959.493	19,2	6.071.379	13,0	2.888.114	6,2	
2020	47.078.257	9.260.094	19,7	6.412.589	13,6	2.847.505	6,0	
2030	48.731.578	11.521.256	23,6	8.003.609	16,4	3.517.647	7,2	
2040	49.465.505	14.160.461	28,6	9.627.704	19,5	4.532.757	9,2	
2050	49.643.014	15.699.043	31,6	9.802.108	19,7	5.896.935	11,9	
2060	49.042.063	15.033.001	30,7	8.095.190	16,5	6.937.810	14,1	
2065	48.688.303	14.488.710	29,8	7.643.591	15,7	6.845.119	14,1	

* Las proyecciones de población (2018-2068) están calculadas a partir de la población a 1 de enero de 2018.

Fuente: 1900-2017: INE: INEbase: Cifras de población. Resultados nacionales de población según sexo y edad desde 1900 hasta 2017 (1 enero 2018).

El envejecimiento de la población no supone un problema por sí mismo, sin embargo, las personas de edad más avanzada tienen una mayor tasa de morbilidad hospitalaria y se asocian con peores estados de salud y cronicidad. Según los datos obtenidos por el INE en el año 2017, las estancias hospitalarias de personas mayores supusieron el 57'1% del número total de ingresos hospitalarios. (3,4)

Este aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas en la población de mayor edad, junto con la morbilidad asociada al envejecimiento, supone como resultado un incremento de la discapacidad y la dependencia. (5)

A la tríada envejecimiento-dependencia-cronicidad, se suman factores como la escasez de profesionales cualificados para atender a sus necesidades, el aumento creciente de las expectativas y demandas de los servicios sanitarios, el incremento de las expectativas de los pacientes y de los profesionales, así como los avances tecnológicos que requieren de profesionales con mayor nivel de especialización y competencias. Todos estos factores suponen un auténtico reto para los sistemas de salud. (6)

Las enfermeras¹ tienen un gran impacto en los sistemas de salud, además de ser los profesionales más numerosos, tienen capacidad de adaptación y flexibilidad y las competencias necesarias para abarcar todos los ámbitos del cuidado de la salud, incluida la asistencia directa, la gestión, la docencia y la investigación, lo que las posiciona en un lugar privilegiado para organizar el sistema y articular los servicios de salud. (7,8)

En los últimos años, respondiendo a los factores antes mencionados y que exigen un cambio en la práctica enfermera, se han desarrollado distintos roles enfermeros en nuestro país, como las enfermeras especialistas y las enfermeras de práctica avanzada (EPA). Sin embargo, existe mucha confusión al respecto, lo que se ha traducido en una heterogeneidad en la implantación de las EPA en los sistemas de salud a nivel internacional. (1)

Para profundizar en los motivos de la heterogeneidad de su implantación, debemos conocer primero cuál ha sido el desarrollo de esta figura a nivel internacional.

¹ Se ha escogido esta forma para referirse a hombres y mujeres que ejercen la enfermería, ya que corresponde al género mayoritario de la profesión.

2. Estado de la cuestión

La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos EBSCOHost y Pubmed, donde se emplearon los descriptores y booleanos “*advanced practice nurse AND competence*”. Esta búsqueda se realizó en 2022, restringida a artículos en castellano, catalán e inglés, publicados entre el 1 enero de 2012 y el 31 de agosto de 2022. Los criterios de inclusión se muestran a continuación:

- Estudios en los que se incluyeran enfermeras de práctica avanzada.
- Los resultados y conclusiones del estudio debían estar relacionados con el desarrollo de la práctica avanzada a nivel internacional y a nivel nacional.
- Los estudios deben estar enfocados en la evaluación de la práctica avanzada en contextos similares al de España.

Además, también se incluyeron artículos de autores reconocidos a nivel internacional y nacional en la temática.

El desarrollo de la EPA tiene sus inicios en EEUU donde el rol, previamente a la denominación de EPA que conocemos actualmente, surgió en los años 40 dividido en dos figuras para cubrir distintas necesidades. Hablamos de la *Nurse Practitioner* (NP) y la *Clinical Nurse Specialist* (CNS). (9,10)

La NP se establece en EEUU con una formación de postgrado que permitía a las enfermeras obtener un conocimiento profundo con el que tomar decisiones en cuestiones de valoración, diagnóstico y gestión de cuidados complejos. Lo que situaba a la NP en un campo muy cercano a la práctica asistencial.

Por otro lado, la CNS también disponía de formación de segundo ciclo (máster) o de tercer ciclo (doctorado), al igual que la NP, pero esta figura se orientó más a la formación, la investigación y el *counseling* de otros profesionales. (9,10)

No es hasta los años 70 cuando se empieza a emplear el término de EPA en EEUU, donde empiezan a aparecer programas universitarios para estas enfermeras que sustituyen al modelo biomédico empleado hasta entonces.

En Canadá, el desarrollo de la EPA es muy similar, pero se inicia unos años más tarde. Esta figura responde también a las demandas de salud de la población y se acompaña de modificaciones a nivel organizacional, educacional y de investigación. Lo que les permite

tener una base legal sólida, una formación reglada y la capacidad de evaluar los logros obtenidos en la salud de la población a través de la implantación de la EPA.

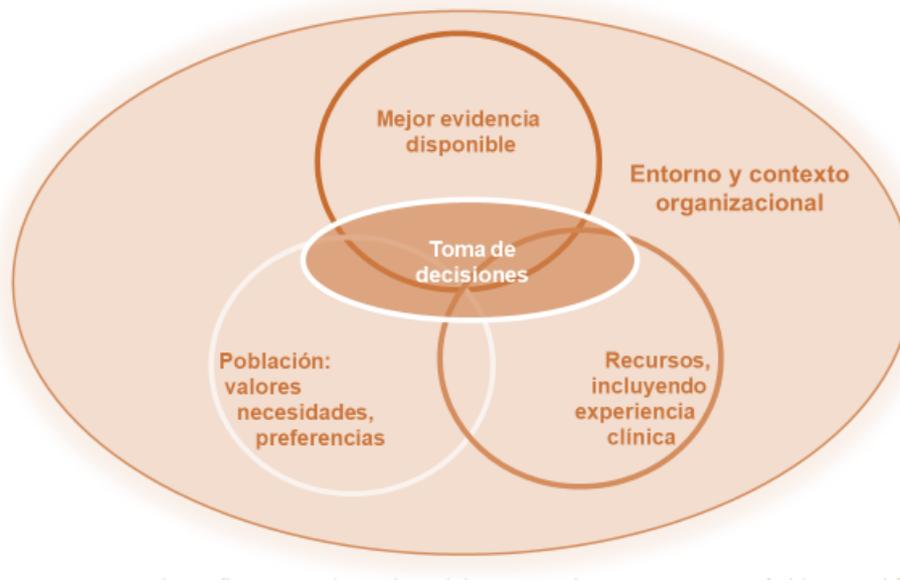
Posteriormente otros países, como Reino Unido, siguiendo el ejemplo de EEUU y Canadá, ya han puesto en marcha diferentes estrategias para el desarrollo de este nuevo rol, adaptándolo a la realidad de cada contexto. (10)

Por tanto, la enfermera de práctica avanzada surge como un nuevo rol enfermero con competencias suficientes para dar respuesta a las necesidades complejas de salud de la población, además de brindar atención de calidad y basada en la última evidencia. A pesar de la variabilidad en su implantación, se ha demostrado el impacto de esta figura en los resultados de salud de los usuarios. (1,11–13)

Las EPAs funcionan como facilitadoras para la transferencia de la evidencia científica en la prestación de cuidados de los usuarios, ayudando a disminuir la variabilidad presente en la atención clínica. La variabilidad ya ha sido descrita desde los años 30, como las diferencias presentes en múltiples procedimientos clínicos sin una causa justificada que derivan en una inequidad entre la atención prestada por diferentes profesionales, obviando la presunción de aplicar la mejor práctica profesional en todos los casos. (14)

Para disminuir esta variabilidad no es suficiente con disponer de evidencia clara, sino que se debe tener en cuenta el contexto, la población con sus necesidades, valores y experiencias, además del propio clima organizacional, si se desea modificar verdaderamente la práctica clínica y realizar una transferencia efectiva del conocimiento. Satterfield JM et al (15) muestran en el diagrama de Venn, representado en la figura 1, las relaciones entre estos conceptos. (13)

Figura 1. Dominios que influyen en la toma de decisiones basada en evidencia. Fuente: Satterfield JM et al. (15)



En este sentido, el papel de la EPA con sus habilidades como agente de cambio puede ser fundamental en la implementación.

En el año 2020, retomando como base la definición ya realizada en 2008, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) definió el rol de EPA como: “Enfermeras generalistas o especializadas que han adquirido, a través de una educación de posgrado adicional (como mínimo un título de máster), la base de conocimientos de expertos, habilidades para la toma de decisiones complejas y competencias clínicas ampliadas para la práctica avanzada de enfermería, cuyas características están determinadas por el contexto en el que están acreditadas para ejercer”. (16)

En la guía sobre enfermera de práctica avanzada publicada por el CIE, se determina que las EPAs permiten una atención integral de salud sin competir con las competencias ni dominios de otros profesionales de la salud y que para garantizar el éxito de la implantación del rol es necesario aplicar requisitos de acreditación claros que protejan esta nueva figura. (16)

Sin embargo, en muchos países, como en España, no se ha regularizado la aparición de la EPA, a excepción de la EPA en procesos crónicos complejos y avanzados -conocida como enfermera gestora de casos-, lo que ha favorecido la aparición de diferencias entre las EPA implantadas en los distintos entornos y comunidades autónomas (CCAA).

Varios autores han trabajado en los últimos años para definir las competencias de la EPA, Sastre et. Al (17) llevaron a cabo un consenso internacional sobre las competencias a desarrollar por la EPA, identificando finalmente 8 dominios y 44 competencias, que se ajustan a los modelos de EPA desarrollados en los principales países donde están implantados, como Canadá, EEUU o Reino Unido. Los dominios descritos en este consenso son; investigación y práctica basada en la evidencia, liderazgo clínico y profesional, autonomía profesional, relaciones interprofesionales y mentoría, gestión de la calidad, gestión de los cuidados, educación y enseñanza profesional y, por último, promoción de la salud.

Posteriormente a este consenso surgió, de los mismos autores, el instrumento para la evaluación de competencias en enfermeras de práctica avanzada -denominado IECEPA-, que como su nombre indica, permite medir en qué grado las enfermeras poseen las competencias anteriormente descritas. (17)

Además, en España, Sevilla et al (18) elaboraron otro instrumento, denominado IDREPA, con el que identificar a enfermeras de práctica avanzada que ya se encuentran dentro del propio sistema de salud pero que no están reconocidas como tal. El Instrumento de definición del rol de la enfermera de práctica avanzada (IDREPA) fue validado en España utilizando los criterios internacionales de definición de EPA y pone de manifiesto la necesidad de visibilizar y regular un rol que, a pesar de su falta de normativa, ya encontramos dentro del sistema sanitario español. (18)

No obstante, las enfermeras se han visto limitadas históricamente en su desarrollo profesional con restricciones legales para la práctica autónoma e independiente -inclusive impidiendo una vía oficial de acceso a la investigación-, lo que condiciona la capacidad en la toma de decisiones, a pesar de estar preparadas para ello. Además, la brecha entre la aplicación de los resultados de investigación y la toma de decisiones en la práctica clínica diaria está identificada como una de las grandes barreras con las que se encuentran las enfermeras, en gran parte, debido a la falta de autonomía profesional, que afecta también a la aplicación del juicio profesional en los cuidados. (8,16,19)

Estas limitaciones afectan de igual manera al desarrollo de estos nuevos roles y replica las dificultades que siempre se han padecido como profesión. (8,16)

Por ello es necesario profundizar en los perfiles de EPA que se están implantando o intentando implantar en nuestro entorno y sondear las oportunidades de mejora.

3. Contextualización

Como se ha comentado anteriormente, la implantación de la EPA es un fenómeno heterogéneo que produce diferencias entre los distintos países y también dentro del mismo territorio.

En España, la figura de enfermera de práctica avanzada que se encuentra más instaurada es la enfermera gestora de casos (EGC), pero esta figura se encuentra en diferentes estados de desarrollo en función de la comunidad autónoma.

En realidad, la EGC no cuenta con plena consolidación en ninguna de las 17 comunidades autónomas y las dos ciudades autónomas. Únicamente en Andalucía, Canarias y Cataluña se han protocolizado las funciones de la EGC y en 9 CCAA -incluida Baleares- hay evidencias de su puesta en funcionamiento. (20)

La Organización Colegial de Enfermería del Consejo General, en su resolución nº7 /2021 determina que la EGC es una estrategia básica de atención a la cronicidad en nuestro país y por tanto es imprescindible impulsar acciones para su constitución de manera sinérgica y coordinada. Por ello insta en esta resolución al desarrollo de una capacitación específica para la EGC o de un diploma de acreditación avanzada. A su vez, en esta resolución se establecen una serie de acuerdos para la definición de la EGC, como son; su ámbito de práctica, un marco de actuación y la definición de los contenidos mínimos de la formación de las EGC. (21)

En Baleares, siguiendo las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud sobre la Estrategia para el abordaje de la cronicidad, desde la subdirección de cronicidad y coordinación sociosanitaria del IB-Salut, se propuso en 2017 un modelo de atención al paciente con enfermedades crónicas complejas y avanzadas que articula a la EGC como uno de sus pilares fundamentales. Según este modelo se crearon unidades y rutas asistenciales específicas de pacientes crónicos complejos (PCC) en los hospitales de agudos, al igual que unidades y rutas también específicas en los hospitales de atención intermedia para los pacientes identificados como pacientes crónicos avanzados (PCA). El rol de la EGC es asegurar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales para evitar ingresos hospitalarios inadecuados y desplazamientos innecesarios para estos usuarios y familias. Para ello, las EGC en Baleares se encuentran presentes en

prácticamente todos los niveles de atención del IB-Salut (atención primaria, atención intermedia y atención hospitalaria). (22)

En el mismo año 2017, Baleares inició además un proyecto, que surge desde la subdirección de cuidados asistenciales del propio IB-Salut, que propone la incorporación de EPAs en unidades de hospitalización con el propósito de evaluar su impacto en comparación con otras unidades donde no se incorporan. Este estudio exploratorio, denominado proyecto EPAH -enfermera de práctica avanzada hospitalaria-, evalúa el impacto de la EPAH para el entorno de la práctica clínica basada en la evidencia, explora las percepciones sobre las enfermeras generalistas y las propias EPAHs en las unidades de intervención, determina el impacto de las acciones dirigidas por las EPAHs en resultados de salud de los usuarios y evalúa el nivel de competencias de las EPAHs. (13) Este fue un proyecto innovador en nuestro país, que se desarrolló entre los años 2017-2020 con la participación 3 hospitales del IB-Salut y 5 unidades de intervención, y con el que se espera evidenciar que las EPAH mejoraron la salud de los usuarios reduciendo las complicaciones asistenciales derivadas de algunas de las actividades más comúnmente desarrolladas en los entornos hospitalarios (como la canalización de accesos venosos o la prevención de úlceras por presión), que además pueden ser un elemento clave para la movilización de los recursos disponibles y ayudan a la predisposición de los profesionales para la práctica basada en la evidencia. (13)

De forma paralela, en los últimos años, las diferentes gerencias del IB-Salut han ido introduciendo diferentes EPAs en sus centros. A día de hoy, según los datos proporcionados por las propias gerencias, las EPAs reconocidas formalmente como tal en Baleares son las descritas a continuación: enfermeras gestoras de casos -de atención primaria, intermedia y hospitalaria-, enfermeras de práctica avanzada de atención al paciente con cáncer de mama, enfermeras de práctica avanzada en terapia intravenosa, enfermeras de práctica avanzada en insuficiencia cardíaca, enfermeras de práctica avanzada en cuidados paliativos -adultos y pediátricos-, enfermeras de práctica avanzada en heridas crónicas y enfermeras de práctica avanzada en procesos oncológicos complejos.

Existe al menos uno de estos perfiles en cada una de las gerencias del IB-Salut, siendo la EGC la más extendida entre ellas. El número total de EPAs disponibles aproximadamente

en la comunidad actualmente es de 60, de las cuales 52 corresponden a EGC de diferentes niveles asistenciales.

Sin embargo, las EGC son las únicas que acceden a estos puestos mediante un proceso selectivo a nivel de la comunidad y que poseen un reconocimiento formal con una retribución específica. El resto de EPAs son elegidas por las propias gerencias y se desconoce exactamente cuál es el procedimiento para la selección de las candidatas. Si bien es cierto que, en alguno de los centros de mayor envergadura, disponen de documentos internos en los que se describen las competencias a desarrollar por estas EPAs.

En otras CCAA, la incorporación de las EPAs en sus sistemas de salud ha seguido una evolución similar a la ocurridas en Baleares, aunque existe poca información disponible al respecto. Algunas comunidades como Andalucía tienen publicada en su web manuales sobre el desarrollo competencial de las EPAs en la intranet del Sistema Andaluz de Salud (SAS) y cuáles son los perfiles de EPA que se encuentran actualmente en marcha. En estos manuales se especifica que las EPAs dan respuesta a grupos de población determinados que requieren de conocimiento experto y autonomía en toma de decisiones complejas, que pueden incluir o no tareas que requieran mayor tecnificación. (23)

En Cataluña, se está trabajando en el proyecto IPA.CAT desde la *Universitat Autònoma de Barcelona* junto al *Institut Català de la Salut*. Este proyecto surgió en el año 2018 a raíz de un estudio exploratorio sobre los nuevos roles enfermeros de la red pública de Cataluña. En la actualidad, el proyecto IPA.CAT22 pretende definir un modelo consensuado de práctica avanzada en la comunidad empleando el método Delphi entre las diferentes partes interesadas.

De hecho, proponen un modelo de certificación para las EPA, denominadas IPA (*Infermeres de Pràctica Avançada*), por sus siglas en catalán, y una definición propia que amplía la realizada por el CIE en el 2020, en la que se incluyen los requisitos de capacitación de las EPA. De esta manera, además de la titulación postgrado, se exige para el acceso al puesto capacitación específica acreditada y experiencia profesional mínima de 5 años en los últimos 7 años del ejercicio de la profesión en el área de conocimiento del trabajo identificado como EPA. (24)

En cuanto a la formación de las EPAs en España, existen diferentes ofertas formativas presentadas como títulos propios o máster a lo largo de todo el territorio.

Algunos ejemplos de estas formaciones pueden ser el Máster en Investigación Enfermera y Práctica Profesional Avanzada de la Universidad de Cádiz, el Máster de Enfermera de Práctica avanzada en la atención al paciente crónico de la Escuela Internacional de Ciencias de la Salud, el Máster en Enfermería de Práctica Avanzada para el Cuidado del Paciente Crónico Complejo de la Universidad Europea de Madrid, el Máster Universitario en Enfermería de Práctica Avanzada en Atención a la Cronicidad y la Dependencia de la Universidad de Huelva o el Máster en Práctica Avanzada y Gestión de Enfermería de la Universidad de Navarra. (25)

De hecho, también en Navarra, se ha publicado recientemente, en la resolución del 28 de julio de 2022 del Boletín Oficial del Estado, el plan de estudios de la Universidad de Navarra del Máster Universitario en Práctica Avanzada de Enfermería en Oncología. (26)

Como puede observarse el desarrollo de las EPAs en nuestro país tiene una magnitud considerable en los diferentes servicios de salud, por lo que la necesidad de su existencia y su impacto en los resultados de salud de los usuarios es evidente. Por tanto, es una prioridad consensuar, regularizar, medir y visibilizar el trabajo realizado por estas enfermeras con el fin de disminuir la variabilidad existente en la formalización de la figura.

4. Posicionalidad y reflexividad

La reflexividad y el posicionamiento del investigador son estrategias de rigor en la investigación cualitativa. De esta manera se toma conocimiento de la subjetividad del propio investigador y del impacto que este pueda tener en el desarrollo de su proyecto.

El primer ejercicio reflexivo a realizar es el posicionamiento, donde el o los investigadores que participan en el estudio describen su situación social y creencias y el de los posibles participantes en el estudio. (27)

Es en la reflexividad y el posicionamiento donde el investigador debe preguntarse acerca de las creencias sociales y culturales que tiene sobre el fenómeno de estudio, de las propias ideas en relación a él, explicar sus experiencias, definir sus motivaciones y registrar las cuestiones más relevantes que puedan influir en el proceso de investigación. (27)

Con respecto a mí y mi posición social, soy mujer, tengo 34 años y finalicé la Diplomatura Universitaria de Enfermería en el año 2009 en la *Universitat de les Illes Balears* (UIB). Inicié mi trayectoria profesional en Madrid durante varios años en residencias y centros de diversidad funcional, hasta que regresé a Mallorca y continué trabajando en diferentes hospitales de la isla, tanto del ámbito público como privado.

En el año 2014, realicé la formación de grado de enfermería en la UIB, con la intención de proseguir mis estudios a nivel de máster.

Desde el año 2018 al 2020, participé en el proyecto EPAH en el HUSE, y desde noviembre de ese mismo año estoy trabajando como técnica en la *Estratègia de Cures* del IB-Salut, lo que me impulsó a completar mi formación en investigación realizando el presente máster universitario en Investigación en Salud y Calidad de Vida.

En cuanto a mi reflexividad, la participación en el proyecto EPAH abrió una nueva visión de la enfermería que desconocía hasta el momento. En el transcurso del proyecto fui más consciente de la dimensión que abarcaba la figura de la EPA y la vi claramente como una línea futura de desarrollo de la profesión. Desde entonces y durante estos últimos años, mis esfuerzos han ido dirigidos a conocer en mayor profundidad este nuevo rol y a desarrollar las competencias que este implicaba. A medida que he ido adquiriendo conocimiento y conversando con otros profesionales expertos en la temática, y ante el auge de este rol en nuestra comunidad, me he ido planteando cuestiones sobre su

desarrollo en nuestro contexto y si este es el adecuado para que los usuarios puedan recibir todos los beneficios que la EPA puede aportarles.

Por eso me parece de vital relevancia observar y estudiar cual es el camino que la EPA está tomando a nivel nacional y local, y aportar evidencias, mediante estudios de investigación, que permitan su completo potencial e instauración en nuestros sistemas de salud.

Sobre cómo puede afectar mi posición ante los participantes en el estudio, el hecho de que el proyecto EPAH fue ampliamente conocido en las diferentes gerencias implica que puede que algunos de los participantes me identifiquen como tal. Es posible que la opinión de algunos de los participantes pueda verse alterada por este hecho.

5. Paradigma y perspectiva teórica

Este estudio se enmarca dentro del paradigma crítico social, debido a que el interés se centra en investigar lo relativo sobre el desarrollo competencial y profesional de las EPAs poniendo en tela de juicio el orden social existente de manera global, a partir del cual se ha llegado a desarrollar lo relativo a las EPAs en nuestro país. Es decir, se trata de cuestionar el actual contexto social, político y profesional que rodea esta figura de especialización profesional.

Desde el punto de vista ontológico y epistemológico, este paradigma defiende que la realidad se construye en base a lo que nosotros consideramos que es real y actuamos conforme a lo que conocemos, en general, porque así nos lo han enseñado que es. Por lo tanto, la realidad que nosotros hemos construido y conocido entorno al papel que deben ejercer las enfermeras de práctica avanzada no es absoluta, sino que podemos cuestionarla, modificarla y adaptarla al modelo que precisamos, siendo conscientes que esto pasa por analizar y lograr una mejor distribución del poder y de los recursos de la sociedad.

El modelo biomédico en el que continúan basándose sobre todo en la atención hospitalaria aunque también la atención primaria, ha contribuido a que la figura de la enfermera de práctica avanzada quede limitada en muchos de los casos a una enfermera con capacidades ampliadas en técnicas y tareas específicas. Esta estructura impide que desarrollen todo el potencial: les resta autonomía, capacidad de decisión y liderazgo, y por tanto ejercicio del poder.

Actualmente se están explorando y profundizando en el estudio de teorías críticas sobre liderazgo, gestión, reconocimiento y poder profesional. Estas teorías tienen sus influencias en propuestas como las desarrolladas por Michael Foucault, Nancy Fraser, Axel Honneth, etc. que revisan conceptos relacionados con el biopoder, con la redistribución y con la participación pública.

Conocer y comprender como se gestionan y que suponen las relaciones de poder entre los diferentes implicados en la práctica clínica, médico-enfermera-usuario permite señalar cuales son los cambios que debemos realizar para no continuar perpetuándolas.

La enfermera empoderada es un elemento generador de cambio para hacer al usuario dueño de su propio proceso. También permite situar a la enfermera en un rol central en la toma de decisiones, paralelamente a otros profesionales implicados, y junto al usuario, para obtener los mejores resultados para el usuario.

6. Pregunta de investigación y objetivos

Pregunta de investigación

Este diseño está guiado por la siguiente pregunta de investigación:

“¿Cuál es la percepción de las enfermeras de práctica avanzada y de los líderes formales sobre la implantación y las oportunidades de desarrollo de la EPA en las instituciones del sistema público de salud de las Islas Baleares?”

Objetivo general

El objetivo general de esta investigación es explorar la narrativa de las enfermeras de práctica avanzada de distintos perfiles y de líderes formales de las instituciones del IB-Salut sobre el desarrollo y ejecución actual y las estrategias de mejora en relación a las competencias de liderazgo y autonomía profesional, relaciones interprofesionales y mentoría e investigación.

Objetivos específicos

- Analizar las narrativas de EPAs de los 7 perfiles de práctica avanzada existentes en Baleares y de los líderes formales de las organizaciones del IB-Salut en relación con el desarrollo y ejecución de los dominios competenciales sobre liderazgo y autonomía profesional, relaciones interprofesionales y mentoría e investigación de la práctica avanzada.
- Analizar la percepción de las EPAs de los 7 perfiles de práctica avanzada y de los líderes formales sobre las estrategias y propuestas de mejora para el desarrollo y fomento de las competencias sobre liderazgo y autonomía profesional, relaciones interprofesionales y mentoría e investigación de la práctica avanzada.

7. Metodología

Se diseña un estudio etnometológico de análisis crítico de discurso a través de entrevistas en profundidad.

La etnometodología permite centrar el análisis en las vivencias de los implicados, el fenómeno y el impacto que este produce en el grupo. Este tipo de diseño permitirá analizar los discursos de los participantes mediante técnicas narrativas - entrevistas-, sin usar en este caso las técnicas observacionales ya que no es coste-eficiente en este estudio y no permite conocer las percepciones propias de los implicados.

La metodología de este estudio es cualitativa porque nos permite profundizar en el conocimiento subjetivo sobre el fenómeno de los participantes, dudar acerca de lo que sabemos y si existen nuevas formas de llevarlo a cabo.

Se plantea un estudio cualitativo de análisis crítico de discurso en dos fases.

En una primera fase se realizarán entrevistas en profundidad a las EPAs de los perfiles desarrollados en las Islas Baleares.

En una segunda fase, se llevarán a cabo entrevistas en profundidad a los líderes formales de las organizaciones del IB-Salut con capacidad en la toma de decisión sobre el desarrollo de la EPA en Baleares.

7.1 Participantes, muestreo, reclutamiento y acceso al campo

Actualmente, hay 7 perfiles en desarrollo sobre práctica avanzada en Baleares, que son los enumerados a continuación:

- Enfermeras de práctica avanzada en gestión de casos
- Enfermeras de práctica avanzada hospitalarias
- Enfermeras de práctica avanzada en atención al paciente de cáncer de mama
- Enfermeras de práctica avanzada en terapia intravenosa
- Enfermeras de práctica avanzada en insuficiencia cardíaca
- Enfermeras de práctica avanzada en cuidados paliativos pediátricos y adultos
- Enfermeras de práctica avanzada en heridas crónicas

Estos perfiles se distribuyen en las gerencias del IB-Salut.

El servicio de salud de las Islas Baleares se compone de 8 gerencias de las cuales 5 se encuentran en la isla de Mallorca, compuestas por 4 hospitales de agudos y 2 de atención intermedia, así como 46 centros de salud, y dos gerencias o áreas integradas de Menorca e Ibiza y Formentera, que se componen de un hospital de agudos y 5 centros de salud, y de un hospital de agudos y 8 centros de salud, respectivamente. La octava gerencia corresponde a la atención extrahospitalaria -061- que es transversal a todas las islas.

En este estudio no se incluyen a otras gerencias privadas que también pertenecen a la red pública del IB-Salut ya que, a pesar de prestar atención a usuarios de la red pública sanitaria, la gestión de sus profesionales es privada.

La muestra estará formada por enfermeras de práctica avanzada, enfermeras que hayan sido EPA y que actualmente no continúen con el rol, y por los líderes formales implicados en la gestión de la práctica avanzada. Todos ellos deben encontrarse en activo en el IB-Salut y tienen que desear participar en el estudio.

El muestreo que se va a llevar a cabo es teórico-intencional, porque se van a seleccionar aquellas voces más informadas sobre el fenómeno respetando los criterios descritos a continuación.

Los criterios de inclusión en el caso de las EPA serán:

- Pertenecer a uno de los 7 perfiles citados anteriormente.
- Llevar dos o más años en el puesto e institución. De este modo, se asegura que las participantes tengan un conocimiento reflexivo y crítico del fenómeno y de su repercusión.
- En el caso de las EPA que actualmente no ejercen como tal, que hayan dejado la práctica avanzada hace menos de 2 años. Así se podrán conocer las posibles dificultades o barreras existentes y si estas están relacionadas con el abandono del rol.

Se excluirán a aquellas enfermeras que, a pesar de que ejerzan un perfil muy cercano o igual al de la práctica avanzada, no estén identificadas formalmente como tal.

Para facilitar la comprensión de las EPAs presentes actualmente en nuestra comunidad, se muestra en las tablas 2, 3 y 4 la distribución y perfiles de las EPAs de Baleares en las diferentes gerencias.

Tabla 2. EPAs en la isla de Mallorca. Fuente: Elaboración propia.

Gerencia de Son Espases		
	Enfermeras Gestoras de Casos	5
	EPA atención al paciente con cáncer de mama	1
Hospital Universitari Son Espases (HUSE)	EPA en terapia intravenosa	1
	EPA en insuficiencia cardíaca	1
	EPA en cuidados paliativos pediátricos	1
Hospital General (HG)	Enfermeras Gestoras de Casos	1
Gerencia de Son Llàtzer		
Hospital Universitari Son Llàtzer (HUSLL)	Enfermera Gestora de Casos	4
Hospital Joan March (HJM)	Enfermera Gestora de Casos	1
Hospital Comarcal d’Inca		
	Enfermera Gestora de Casos	1
	EPA de hospitalización	1
Hospital de Manacor		
	Enfermera Gestora de Casos	1
	EPA de hospitalización	1
	EPA cuidados paliativos adulto	1
Gerencia de atención primaria de Mallorca		
Centro de Salud (CS) Santa Catalina y Casa del Mar	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Pere Garau	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Valldargent y CS Son Pisà Teresa Piqué	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Sant Agustí y CS Andratx	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Esporles y CS La Vileta	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Camp Redó	Enfermera Gestora de Casos	1
CS S’Escorxador	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Palmanova y CS Calvià/Santa Ponsa	Enfermera Gestora de Casos	1

CS Arquitecte Bennàsar	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Son Cladera y CS Son Rutlà	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Soller y CS Santa Maria	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Rafal y CS Son Gotleu	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Martí Serra y CS Muntanya	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Coll d'en Rabassa y CS Platja de Palma	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Emili Darder y CS Son Ferriol	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Llucmajor y CS Trencadors	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Binissalem y CS Escola Graduada	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Manacor	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Felanitx y CS Vilafranca	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Campos y CS Santanyí	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Son Servera y CS Porto Cristo	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Artà y CS Capdepera	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Pollença y CS Alcudia Safrà	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Inca	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Sineu y CS Sa Pobla	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Muro	Enfermera Gestora de Casos	1
Unidad transversal de Pediatría		
<i>Cooreduca salut</i>	Enfermera Gestora de Casos	1
<i>Pediatría Salut mental</i>	Enfermera Gestora de Casos	1

Tabla 3. EPAs en la isla de Menorca. Fuente: Elaboración propia.

Área de Salud de Menorca		
Hospital General Mateu Orfila (HGMO)	Enfermeras Gestoras de Casos	2
CS Canal Salat y CS Ferreries	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Es Banyer	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Dalt de Sant Joan y CS Verge del Toro	Enfermera Gestora de Casos	1

Tabla 4. EPAs en la islas de Ibiza y Formentera. Fuente: Elaboración propia.

Área de Salud de Ibiza y Formentera		
Hospital Can Misses (HCM)	Enfermera Gestoras de Casos	1
	EPA heridas crónicas	1

CS Viver y CS Sant Jordi	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Can Misses y CS Vila	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Sant Antoni y CS Sant Josep	Enfermera Gestora de Casos	1
CS Santa Eulàlia y CS Formentera	Enfermera Gestora de Casos	1
Unidad transversal de Pediatría		
Pediatría	Enfermera Gestora de Casos	1

En cuanto al reclutamiento de los participantes, se realizará mediante contacto formal con el IB-Salut, a través de correo electrónico con la solicitud de contacto con los participantes según perfiles y criterios de inclusión y exclusión, contacto telefónico directo con las gerencias implicadas, y presencialmente, a través una sesión informativa en las instituciones con referentes clave que permitan llegar a profesionales diana.

7.2 Recogida de datos

Para la recogida de datos se emplearán diferentes métodos. Se utilizará el diario de campo de la investigadora, que se inicia en el momento del planteamiento del estudio. En él se documentará el acercamiento al campo, los problemas y experiencias vividas, aplicación del método, reflexiones de la investigadora, observaciones y todo aquello que la investigadora considere relevante para la investigación.

También se realizarán entrevistas semiestructuradas a 14 enfermeras de práctica avanzada:

- 6 EPA gestoras de casos (2 de atención primaria, 2 de atención intermedia y 2 de atención hospitalaria)
- 2 EPA de paliativos (una de adulto y otra de pediatría)
- 2 EPA de hospitalización
- 1 EPA en atención al paciente con cáncer de mama
- 1 EPA en terapia intravenosa
- 1 EPA en insuficiencia cardíaca
- 1 EPA en heridas crónicas

A estas enfermeras se añadirán 2 que hayan sido EPA y que actualmente no continúen con el rol.

Por tanto, la muestra estará formada por un total de 16 enfermeras.

Además, se llevarán a cabo entrevistas semiestructuradas a 5 líderes formales del IB-Salut. Estos líderes serán directores/as de enfermería y gestores de las gerencias, así como el/la subdirector/a de cuidados asistenciales del IB-Salut.

El uso de esta técnica permite crear un ambiente íntimo, que puede generar respuestas más honestas y tratar temas en mayor profundidad. Al mismo tiempo, se podrá observar con mayor detenimiento el lenguaje no verbal y la elección de las palabras, que también aportará información para comprender mejor el mensaje.

Para las entrevistas se prepararán con antelación preguntas abiertas y/o semiestructuradas que servirán de guía para la investigadora. Durante las intervenciones se utilizará una grabadora de audio, que permitirá la posterior transcripción del contenido para su análisis. Estas intervenciones tendrán una duración aproximada de una hora y se realizarán, a priori, fuera del horario laboral de los participantes.

En caso de la no saturación de los datos, se podría continuar con el reclutamiento para realizar más entrevistas.

Previamente al inicio del estudio, se pilotarán las preguntas planteadas con profesionales conocidos por la investigadora que cumplan los criterios de inclusión pero que precisamente por su cercanía con la investigadora no son pertinentes de participar en el estudio. El pilotaje de las preguntas permitirá realizar las modificaciones necesarias para obtener la información de los participantes que sea útil para dar respuesta a los objetivos planteados.

7.3 Análisis y rigor

Los datos obtenidos provienen del diario de campo de la investigadora y de las entrevistas realizadas. En primer lugar se procederá a la transcripción de las entrevistas, así como de las observaciones recogidas y las anotaciones del diario de campo. Este proceso de análisis se inicia al mismo tiempo que las técnicas de recogidas de datos, y se tratará de un proceso circular, ya que puede ser necesario volver a la fase inicial tras llegar a la

última sino se ha producido la saturación de los datos y se precisan más para aclarar conceptos o profundizar en temas emergentes.

A continuación, se procederá a un análisis inductivo en tres fases, como el descrito por Taylos y Bogdan (29);

- Fase de descubrimiento: Corresponde a la lectura en profundidad de los datos obtenidos, es decir, la inmersión en los datos por parte del equipo investigador. Se buscarán los temas emergentes, se desarrollarán conceptos y proposiciones teóricas y se elaborarán tipologías.
- Fase de codificación: Se continuará con la reunión y el análisis del discurso, que incluye el análisis del uso del lenguaje, la comunicación de las creencias y las interacciones, así como interpretaciones, ideas, conceptos... En esta fase se desarrollan las categorías de codificación y se procederá a clasificar los datos en base a esas categorías. Se refinará el análisis.
- Fase de relativización de los datos: Se procederá a la interpretación del análisis teniendo en cuenta la influencia de la investigadora en el contexto en el que fueron obtenidos los datos. En esta fase se incluye la autorreflexión de la investigadora, los datos solicitados o no solicitados, los datos indirectos o directos.

En cuanto al cumplimiento de los criterios de rigor de la investigación cualitativa (29);

- Credibilidad: Para observar que la interpretación de los investigadores sea la correcta, se utilizará el marco referencial y las teorías en las que se basa la investigación, así como la solicitud del consenso entre los participantes e investigadores implicados para corregir posibles problemas en la interpretación de los datos.
- Transferencia: Para evitar las dificultades de comparación, se utilizarán estrategias como el uso de muestreo teórico, recogida de abundantes datos descriptivos y descripciones minuciosas.
- Dependencia: Dado que las situaciones son irrepetibles y los datos no serán nunca exactamente los mismos aunque interactúen las mismas personas, se utilizarán técnicas como la inclusión de uno o varios investigadores externos con el fin de comprobar si generan temas similares con los mismos datos.

- Confirmabilidad: Para evitar los posibles prejuicios por parte de la investigadora, se incluye la reflexividad y posicionamiento de la investigadora dentro del protocolo de investigación y la triangulación de investigadores.

8. Consideraciones finales

8.1 Consideraciones éticas

Se solicitará la evaluación de este proyecto por el Comité de Ética en la Investigación de las Islas Baleares (CEI-IB), y la conformidad y aprobación de las comisiones de investigación de las gerencias implicadas.

La confidencialidad de los datos para la protección de la identidad será manejada según la ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Únicamente, la investigadora principal y los miembros del equipo de investigación tendrán acceso a los datos en que puedan identificar a un participante (directa o indirectamente). Cuando los resultados de la investigación sean publicados o se discutan en conferencias científicas, no se incluirá información que pueda revelar la identidad del participante. Toda divulgación de la información obtenida se realizará con fines científicos y/o pedagógicos.

8.2 Implicaciones para la práctica

La finalidad de este estudio es profundizar en los modelos actuales de EPA desarrollados en Baleares y valorar las opciones existentes junto con los líderes con capacidad de influir en la regulación de esta figura. Este puede ser un punto inicial para consensuar y desarrollar futuros protocolos que permitan explotar por completo el potencial de esta figura, así como garantizar el acceso equitativo de las enfermeras que deseen acceder a estos puestos.

La regularización y normativización de la EPA es necesaria para, en primer lugar, definir claramente las competencias de la EPA y su campo de acción como rol autónomo, que permita articular a las EPAs con otros roles enfermeros y disciplinas. Además, se debe favorecer la creación de una formación reglada que las capacite y un consenso a nivel nacional que evite las posibles diferencias existentes entre las distintas EPAs del territorio español.

8.3 Limitaciones potenciales

Una de las limitaciones del estudio es en primer lugar la inexperiencia de la investigadora principal, por lo que para llevarlo a cabo se contará con otros investigadores con recorrido profesional en el área de la investigación cualitativa.

Además, existen limitaciones derivadas de las técnicas empleadas en la obtención de los datos. En las entrevistas, los participantes pueden sentirse influenciados por la investigadora, además de depender de la pericia de esta durante la entrevista. Se realizarán entrenamientos en técnicas de la entrevistas así como en comunicación para disminuir esta posible limitación.

En cuanto a los participantes, la escasez de EPAs en alguno de los perfiles puede suponer un hándicap ya que depende de la voluntariedad de las personas para participar. Al igual que la dificultad en el acceso a los líderes formales o en suscitar interés para su participación. Para ello, se realizará una presentación del proyecto así como cartas informativas.

Por otro lado, debido al auge actual del fenómeno, puede producirse el sesgo de deseabilidad social, produciendo que los participantes adapten su discurso a aquello que saben que el investigador quiere oír.

9. Transferencia y difusión

La difusión se plantea para tres interlocutores distintos; las gerencias de los profesionales implicados y el IB-Salut, los propios participantes y la comunidad científica.

En el caso de los primeros, se realizarán informes con la síntesis de los resultados que se presentarán a las direcciones de enfermería y líderes formales.

En el caso de los participantes, se planteará la creación de un documento audiovisual que combine imágenes cotidianas del entorno sanitario y verbatines surgidos en las entrevistas, en modo de voz en *off* e inclusive puede añadirse una entrevista a los investigadores del estudio donde expliquen brevemente los resultados y su posible impacto . Se utilizarán las redes sociales para su difusión y el correo electrónico de las personas que han participado.

Para la comunidad científica se presentarán los resultados mediante comunicaciones breves o tipo póster en congresos o jornadas del ámbito de la gestión enfermera y mediante la redacción de un artículo para presentar a las revistas científicas de elección.

10. Cronograma

Se presenta una propuesta del cronograma de la ejecución del estudio en la siguiente tabla.

Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10
Presentación CEI-IB									
	Presentación IB-Salut y Gerencias								
		Reclutamiento participantes							
			Inicio entrevistas						
			Recogida datos						
			Análisis						
								Informes, feedback y difusión →	

11. Palabras clave

Enfermera de práctica avanzada, desarrollo profesional, competencias, liderazgo

12. Bibliografía

1. Goodman C, Morales Asensio JM, de la Torre-Aboki J. La contribución de la enfermera de Práctica Avanzada como respuesta a las necesidades cambiantes de salud de la población. *Metas de enferm.* 2013;16(9):20–5.
2. IMSERSO. Informe 2018: las Personas mayores en España. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. 2021;545.
3. Abellán García A, Aceituno Nieto P, Pérez Díaz J, Ramiro Fariñas D, Ayala García A PRR. Un perfil de las personas mayores en España 2019. *Envejecimiento en red [Internet].* 2019;22:38. Available from:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

4. Viña-García-Bericua M, Román-Medina I. The role of the geriatric nurse specialist as a key response in the care of the elderly, chronicity, complex chronicity and its consequences on dependence. *Enferm Clin*. 2019;29(6):381–4.
5. Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora MI, Company-Sancho MC, Balboa-Blanco E, Font-Oliver MA, Román-Medina Isabel I. Enfermería de Práctica Avanzada y gestión de casos: elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad compleja en España. *Enferm Clin*. 2019;29(2):99–106.
6. de Pedro-Gómez JE. De la práctica basada en la evidencia a la práctica avanzada en enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2015;23(2):62–5.
7. Lafuente-Robles N, Fernández-Salazar S, Rodríguez-Gómez S, Casado-Mora MI, Morales-Asencio JM, Ramos-Morcillo AJ. Competential development of nurses in the public health system of Andalucía. *Enferm Clin [Internet]*. 2019;29(2):83–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.12.013>
8. Mariscal Crespo MI. La Enfermería sin límites y los límites de la Enfermería. *Enferm Clin [Internet]*. 2012;22(3):115–7. Available from: www.elsevier.es/enfermeriaclinica%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.04.003
9. San Martín-Rodríguez L. Advanced practice in nursing and new organisational healthcare models. *Enferm Clin [Internet]*. 2016;26(3):155–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.04.007>
10. Ramírez García P, Hernández Vián Ó, de Ormijana Hernández AS, Reguera Alonso AI, Teresa Meneses Jiménez M. Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. *Enferm Clin*. 2002;12(6):286–9.
11. Sastre-Fullana P, de Pedro-Gómez JE, Bennasar-Veny M, Serrano-Gallardo P, Morales-Asencio JM. Competency frameworks for advanced practice nursing: A literature review. *Int Nurs Rev*. 2014;61(4):534–42.
12. Bahouth MN, Ackerman M, Ellis EF, Fuchs J, Mccomiskey C, Stewart ES, et al. Centralized resources for nurse practitioners: Common early experiences among leaders of six large health systems. *J Am Acad Nurse Pract*. 2013;25(4):203–12.

13. Pol-Castañeda S, Rodríguez-Calero MÁ, Zaforteza-Lallemand C, Villafáfila-Gomila CJ, Blanco-Mavillard I, Ferrer-Cruz F, et al. Moving evidence into practice by advanced practice nurses in hospitalization wards. Protocol for a multicentre quasi-experimental study in three hospitals in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(10):1–14.
14. Rodríguez Calero MÁ, Villafáfila Gomila CJ, Sastre Fullana P. Enfermeras de práctica avanzada y práctica basada en evidencias. Una oportunidad para el cambio. *Enferm Clin*. 2019;29(2):119–24.
15. Jacobs JA, Jones E, Gabella BA, Spring B, Brownson RC. Tools for implementing an evidence-based approach in public health practice. *Prev Chronic Dis*. 2012;9(6):1–9.
16. Madrean Schober. Guidelines on Advanced Nursing Practice [Internet]. 2020. 1–38 p. Available from: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN_Report_EN_WEB.pdf
17. Sastre-Fullana P, de Pedro-Gómez JE, Bennasar-Veny M, Fernández-Domínguez JC, Sesé-Abad AJ, Morales-Asencio JM. Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. *Enferm Clin* [Internet]. 2015;25(5):267–75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.06.007>
18. Sevilla Guerra S, Zabalegui A, Comellas Oliva M, Estrem Cuesta M, Martín-Baranera M, Ferrús Estopà L. Advanced practice nurses: Analysis of their role from a multicentre cross-sectional study. *Int Nurs Rev*. 2022;69(1):30–7.
19. Morales Asencio JM, Hueso Montoro C, de Pedro-Gómez JE, Bennasar-Veny M. 1977-2017: La investigación enfermera en España tras 40 años en la Universidad. *Enferm Clin*. 2017;27(5):314–26.
20. López Vallejo M, Puente Alcaraz J. El proceso de institucionalización de la enfermera gestora de casos en España. Análisis comparativo entre los sistemas autonómicos de salud. *Enferm Clin*. 2019;29(2):107–18.
21. Organización Colegial de Enfermería Consejo General. Resolución nº7/2021. 2021 p. 1–25.
22. Conselleria De Salut. La enfermera gestora de casos: Garantía De Coordinación Y De Continuidad Asistencial [Internet]. 2017. p. 1–57. Available from:

- <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1052/enfermera-gestora-casos-es.pdf>
23. Enfermería de Práctica Avanzada en Andalucía: Desarrollo Competencial y Manuales [Internet]. 2019. Available from: <https://www.picuida.es/enfermeria-de-practica-avanzada-en-andalucia-desarrollo-competencial-y-manuales/>
 24. Projecte IPACAT [Internet]. 2018. Available from: <https://www.uab.cat/web/catedra-de-gestion-direccion-y-administracion-sanitarias/proyecto-ipa-cat22-1345865627965.html>
 25. San Martín-Rodríguez L, Soto-Ruiz N, Escalada-Hernández P. Formación de las enfermeras de práctica avanzada: perspectiva internacional. *Enferm Clin*. 2019;29(2):125–30.
 26. Real Decreto 95/2022. Boletín Oficial del Estado. Boletín Oficial del Estado. 2022;13249:101239–66.
 27. Bover A. Herramientas de reflexividad y posicionalidad para promover la coherencia teórico-metodológica al inicio de una investigación cualitativa. *Enferm Clin* [Internet]. 2013;23(1):33–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.11.007>
 28. Molina-Mula J, Gallo-Estrada J, Perelló-Campaner C. Impact of interprofessional relationships from nurses' perspective on the decision-making capacity of patients in a clinical setting. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(1).
 29. Salgado-Lévano AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico Y retos. *Liberabit*. 2007;13(2006):71–8.