

PAPEL DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA EN LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.

MANUEL LÓPEZ MORALES

Profesor Asociado Universidad de Granada. Adjunct Professor University of Ottawa.
Vocal de la Junta directiva de la Federación de Asociaciones de Enfermería Co-
munitaria y Atención Primaria (FAECAP).

FRANCISCO CEGRI LOMBARDO

Enfermero. CAP Sant Martí. Instituto Catalán de la Salud. Barcelona.
Vicepresidente de FAECAP.

SUMARIO

1. ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.
2. NECESIDADES DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.
3. LA CUIDADORA FAMILIAR.
4. COORDINACIÓN Y CONTINUIDAD.
5. ENFERMERÍA COMUNITARIA.
6. ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA.
7. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Atención Sociosanitaria; Enfermería Familiar y Comunitaria.

RESUMEN

La evolución social y demográfica de nuestra sociedad nos empuja a un escenario en el que las necesidades de atención sociosanitaria serán preponderantes en nuestro sistema de cuidados. La atención domiciliar se configura como el mejor entorno donde prestar estos cuidados. Pero los cuidadores familiares que ahora sostienen la principal carga de trabajo no estarán disponibles en los términos actuales.

Se precisan figuras profesionales, de altas capacidades clínicas, que manejen la metodología de gestión de casos y con reconocimiento institucional, para garantizar la calidad de la atención y prevenir las múltiples complicaciones de los procesos crónicos.

Entre las respuestas más exitosas que se han generado en países de nuestro entorno se encuentra el desarrollo de la enfermera de práctica avanzada, figura que tiene su traslación en el marco español con la enfermera especialista en Salud Familiar y Comunitaria. El desarrollo de esta figura es una de las mejores estrategias posibles para afrontar las necesidades de cuidados sociosanitarios en nuestro país.

KEYWORDS

Public Health Care; Family and Community Nursing.

ABSTRACT

The social and demographic evolution of our society forces us towards a scenario in which public health care needs will be preponderant in our care system. Home care has been shaped as the best environment to provide this care. But family caregivers now bear the main workload; they will not be available under current terms. Professional figures are needed with substantial clinical capabilities that can handle case management methodology and with institutional recognition. To ensure care quality and prevent numerous complications in chronic processes.

Among the most successful responses generated in countries around us is the development of the advanced practice nurse; a figure that has its equivalent in the Spanish framework with nurses specialising in Family and Community Health. The development of this figure is one of the best strategies possible to meet public health care needs in our country.

1. ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.

La Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud define la atención sociosanitaria como el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y facilitar su reinserción social.

Asimismo establece que en el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada Comunidad Autónoma determine y en cualquier caso comprenderá: los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

Son innegables las ventajas de la integración sociosanitaria. Hay muchas iniciativas a nivel internacional. En España, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en situación de Dependencia supone un avance hacia la prestación conjunta de servicios sanitarios y sociales.

La visión hospitalocéntrica está siempre amenazando la visión globalizadora de la Atención Primaria de Salud (APS). Téngase como ejemplo las palabras del Gerente del Hospital Universitario de Getafe, D. Miguel Ángel Andrés, en el recién celebrado II Encuentro de Directivos de Salud de Madrid (8-9 junio 2017), buscando “hueco” para la hospitalización domiciliaria: “Hay que ver hasta qué nivel de cuidados de las en-

fermedades crónicas complejas tiene que ocuparse la Atención Primaria” y dónde debería empezar a ofrecerse asistencia de tipo hospitalario a domicilio” (Andrés, 2017).

2. NECESIDADES DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.

Las personas que precisan atención sociosanitaria constituyen una población heterogénea, con una proporción importante de personas ancianas. La esperanza de vida al nacer alcanzó en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) los 80.5 años, situándose a la cabeza Japón, España y Suiza con 82 años. Se espera para 2050 que el 40% de la población española tenga más de 65 años y el 15% más de 80 años (OECD, 2015).

Una vez alcanzados los 65 años, la media de años de vida en condiciones saludables es de 9.5 años, tanto para hombres como para mujeres. Esto significa que muchos de los años adicionales de vida, y particularmente aquellos que las mujeres viven más que los hombres, serán vividos con algún tipo de limitación o discapacidad (OECD, 2015).

Es mucho más probable que las personas con edades avanzadas demanden servicios de cuidados sociales y sanitarios. Hay margen para mejorar los cuidados en Atención Primaria para esta población que presenta con frecuencia más de una enfermedad crónica. Un 1,3% de las personas entre 60 y 64 años tiene demencia. El porcentaje sube al 45% en aquellos que superan los 90 años (OECD, 2015).

La proporción de personas que reciben cuidados sociosanitarios en los países de la OCDE está en 2,3% sobre la población total. En España es de 1,6 % (OECD, 2015). Estos servicios sociosanitarios están fragmentados y son responsabilidad de diferentes administraciones.

De acuerdo a los datos ofrecidos por la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD, 2008), el 8,5% de la población española mayor de 6 años tiene alguna discapacidad que limita su actividad. El 6,7% de la población tiene dificultades para realizar actividades básicas para la vida diaria (ABVD) y el 3,4% precisa de ayuda completa para cubrir alguna de esas actividades (Abellán-Hervás, López Fernández, Santi-Cano, Deudero-Sánchez, & Picardo-García, 2016).

Hasta el 40% de las personas con pluripatología presentan tres o más enfermedades crónicas, el 94% están polimedicados, el 34% presentan dependencia para la realización de las actividades básicas para la vida diaria con un resultado del índice de Barthel (valoración funcional) inferior a 60 (dependencia severa) y el 37% presentan deterioro cognitivo. Además, evidencian la importancia del cuidador principal: más del 60% necesitan ayuda de un cuidador, y el 40% de éstos presentan signos de sobrecarga (Rico Blázquez, Sánchez Gómez, & Fuentelsaz Gallego, 2014).

La complejidad de la cronicidad incide en la pérdida de calidad de vida, la espiral de contactos con los servicios de salud, fragmentados y descoordinados, las múltiples situaciones en las que no saben qué hacer.

La complejidad tiene carácter acumulativo: los factores sociales se entremezclan con los clínicos, acumulándose de forma longitudinal en el tiempo y con retroalimentación sinérgica entre éstos (Morilla Herrera, Morales Asencio, Kaknani, & García Mayor, 2016). Estamos ante una población especialmente vulnerable por numerosas razones: medicalización de la vida, comorbilidad, envejecimiento, enfermedades mentales, dependencia, tránsitos frecuentes entre atención primaria y atención hospitalaria, y agotamiento del entorno sociofamiliar (Abellán-Hervás, López Fernández, Santi-Cano, Deudero-Sánchez, & Picardo-García, 2016).

El uso de guías de práctica clínica (GPC) para el abordaje de pacientes con comorbilidad y pluripatología presenta limitaciones. Por un lado, se centran en el manejo de un único problema de salud, ya que suelen estar basadas en ensayos clínicos que sistemáticamente excluyen a pacientes pluripatológicos. Por otro lado, el cumplimiento de la suma de recomendaciones de más de una GPC en un paciente supone una carga de acciones de autocuidado que puede ser inviable para el paciente y su familia (Rico Blázquez, Sánchez Gómez, & Fuentelsaz Gallego, 2014).

La carga de morbilidad no solo depende del componente salud, sino también de factores socioeconómicos, culturales, ambientales y de la propia perspectiva de la persona a la hora de asumir su autocuidado, como el conjunto de acciones aprendidas e intencionadas que los individuos realizan para sí mismos con el objeto de regular aquellos factores que afectan a su

desarrollo y funcionamiento, en beneficio de su vida, salud y bienestar (Rico Blázquez, Sánchez Gómez, & Fuentelsaz Gallego, 2014).

3. LA CUIDADORA FAMILIAR.

La mayor parte del tiempo de cuidado se realiza en el domicilio, por las mujeres más cercanas al paciente y sin el apoyo del sistema sanitario (Rico Blázquez, Sánchez Gómez, & Fuentelsaz Gallego, 2014) (Pinzón Pulido, y otros, 2016).

España es, de entre los países de la OCDE, uno de los países que presenta una mayor intensidad de cuidados familiares, junto con Eslovenia e Israel. La intensidad de cuidado está directamente asociado con el abandono del empleo, incremento de la tasa de pobreza y aumento de la prevalencia de problemas de salud mental (OECD, 2015).

En los países de la OCDE, 2013, el 14,7% de la población mayor de 50 años presta cuidados a algún familiar. En España, el 13,5%. Esta fuerza de cuidado familiar se verá mermada en los años venideros debido a la disminución del tamaño de las familias, el incremento de la movilidad geográfica y el aumento de la proporción de mujeres que ingresan en el mercado laboral. En el futuro inmediato habrá menos personas disponibles para ofrecer cuidados. Ello tendrá dos consecuencias: aquellos que sí lo hagan tendrán que hacerlo más intensamente; y por otra parte, habrá una mayor demanda de cuidados institucionales sociosanitarios (OECD, 2015).

La persona y su entorno familiar tienen una capacidad finita para satisfacer las necesidades de autocuidado. Cuando esa capacidad es excedida por la carga de trabajo, se disminuye su adherencia al plan terapéutico y la gestión de su autocuidado se vuelve ineficiente (Rico Blázquez, Sánchez Gómez, & Fuentelsaz Gallego, 2014).

Conciliar la propia vida familiar y personal (incluido el desarrollo personal, la formación, el ocio y el descanso) también entraña complejidad. En esta situación las horas de atención que precisa la persona cuidada son un factor fundamental a considerar. Cuanto más intenso es el cuidado, menor posibilidad tiene el cuidador de llevar a cabo otras actividades (Morilla Herrera, Morales Asencio, Kaknani, & García Mayor, 2016). El cuidado familiar es un acontecimiento vital estresante, llegando incluso a presentar niveles mayores de estrés en los cuidadores que en los propios enfermos (Rico Blázquez, Sánchez Gómez, & Fuentelsaz Gallego, 2014).

La Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud elaborada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, especifica, en relación a las intervenciones con las personas cuidadoras, que no deben limitarse al desarrollo de actividades de adiestramiento sobre los cuidados de la persona dependiente, sino que han de incluir aspectos relacionados con la atención al propio cuidador, abordando sus problemas y previniendo situaciones patológicas y el riesgo de claudicación (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2012).

Los principales diagnósticos enfermeros registrados para con estos pacientes son: la gestión ineficaz de la propia salud, los conocimientos deficientes, el afrontamiento ineficaz, la baja autoestima situacional y las situaciones de déficit de autocuidado. Entre los familiares, los más frecuentemente diagnosticados son: el cansancio en el desempeño del rol de cuidador y el afrontamiento familiar comprometido (Rico Blázquez, Sánchez Gómez, & Fuentelsaz Gallego, 2014).

4. COORDINACIÓN Y CONTINUIDAD.

Hay una serie de recomendaciones que sistemáticamente se reiteran en todas las estrategias de mejora de la atención a la cronicidad y a los pacientes mayores: la coordinación entre niveles, los cuidados compartidos, la potenciación del papel de enfermería, la integración sociosanitaria, la AP como referente en el discurrir asistencial de los pacientes, etc. Pero ese consenso no deja de ser más que teórico. En la práctica real hay poca experiencia (Corrales-Nevado & Palomo-Cobos, 2014) (Molina Fernández, González Riera, Montero Bancalero, & Gómez Salgado, 2016).

La continuidad asistencial es una característica fundamental de la Atención Primaria de Salud que está intrínsecamente relacionada con la satisfacción y la calidad de vida de los pacientes y se traduce en la reducción de reingresos hospitalarios. La gestión compartida de casos se plantea como la metodología que articula el abordaje conjunto e integral sociosanitario (Corrales Nevado, Alonso Babarro, & Rodríguez Lozano, 2012).

La coordinación de servicios sociales y sanitarios debe contribuir especialmente a: la prevención y atención de condiciones de salud que pueden deteriorar la situación social; la prevención y atención de las condiciones sociales que pueden deteriorar la salud; la prevención y atención de las situaciones de dependencia y fragilidad, así como la potenciación de las capacidades personales y sociales para alcanzar el bienestar y afrontar la vida cotidiana, con independencia de la edad o la discapacidad (Pinzón Pulido, y otros, 2016) (Molina Fernández, González Riera, Montero Bancalero, & Gómez Salgado, 2016).

Las distintas culturas profesionales, la falta de objetivos comunes, la falta de presupuestos conjuntos y las diferencias respecto a la financiación de la atención sanitaria y los servicios sociales son barreras para la coordinación efectiva. Barreras que pueden superarse si se realiza formación cruzada, se definen las competencias profesionales, se trabaja con instrumentos de valoración y sistemas de información comunes, y enfocados siempre hacia la persona como centro de la atención. Los profesionales han de ser interdisciplinarios y de base comunitaria (APS y servicios sociales comunitarios) (Pinzón Pulido, y otros, 2016) (Molina Fernández, González Riera, Montero Bancalero, & Gómez Salgado, 2016).

En España, las iniciativas de coordinación o de integración sociosanitaria relacionadas con la provisión de servicios han sido desarrolladas en su mayoría por el sector privado sin ánimo de lucro (Pinzón Pulido, y otros, 2016). En 2013, la media del gasto público en servicios sociosanitarios de

los países de la OCDE era del 1.7 del PIB. En España sólo alcanzaba el 0.7% (OECD, 2015).

Se hace necesario potenciar en España las políticas sociosanitarias para que caminen en la dirección más adecuada, centrandó la atención verdaderamente en las personas y tomando decisiones que fomenten la normalización de modelos de coordinación, que se continúen hacia la integración y la garantía de la continuidad de los cuidados para responder de manera efectiva a las necesidades reales de las personas en situación de cronicidad compleja (Morilla Herrera, Morales Asencio, Kaknani, & García Mayor, 2016).

5. ENFERMERÍA COMUNITARIA.

La fragilidad de las personas que presentan pluripatología o comorbilidad asociada hacen que este colectivo sea de especial interés para las enfermeras comunitarias, que son las profesionales que aportan la visión integral y holística necesaria para no atomizar la atención sociosanitaria que se les presta (Corrales-Nevado & Palomo-Cobos, 2014).

La gama de servicios clínico-asistenciales de la enfermería de atención primaria podría ser muy amplia, pero su agenda en el ámbito de los cuidados domiciliarios sigue ligada a la demanda, siendo la atención a pacientes con úlceras por presión el problema de salud que más visitas de enfermería genera. Para transformar esta situación y satisfacer las demandas ciudadanas de cuidados, se precisa una enfermería que sea altamente profesionalizada, polivalente

y comprometida (Corrales-Nevado & Palomo-Cobos, 2014) (Corrales Nevado, Alonso Babarro, & Rodríguez Lozano, 2012).

Las enfermeras comunitarias juegan un rol importante en los cuidados de este grupo de población, especialmente en los cuidados domiciliarios (Corrales Nevado, Alonso Babarro, & Rodríguez Lozano, 2012). Pero difícilmente se puede mantener al paciente en domicilio si no se desarrollan modelos de organización en red para ofertar una atención domiciliaria de calidad (Contel Segura, 2002).

En la atención domiciliaria lo importante es la intensidad, porque la intensidad implica continuidad, una cualidad determinante, ya se trate de un paciente crónico o un paciente al final de su vida. La continuidad permite a las enfermeras identificar precozmente los riesgos de complicaciones, intervención preventiva que es clave para la calidad de los cuidados (Corrales-Nevado & Palomo-Cobos, 2014).

Se están ensayando numerosas experiencias que refuerzan el rol enfermero. Como por ejemplo el papel de la enfermera en la nueva estrategia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) para integrar redes de servicios sanitarios y sociales que den respuesta a las necesidades de la atención a los pacientes crónicos desde una perspectiva sociosanitaria, antropológica y humanística (Carretero-Alcántara, Gomes-Górriz, Borrás-López, Rodríguez-Balo, & Seara-Aguilar, 2014). El objetivo es potenciar las actuaciones de las enfermeras en la atención a los procesos crónicos, orientando su responsabilidad, en especial

en el rol de educadores/entrenadores en autocuidados, en el rol de gestores de casos en pacientes con condiciones de especial complejidad y en el rol de profesionales de enlace para mejorar la transición entre ámbitos y unidades de atención.

La enfermera podrá constituirse como el eslabón entre las necesidades y los recursos de atención, poniendo en marcha las capacidades del sistema, en tiempo y forma, para lo que debe: identificar, valorar, gestionar y proveer una atención continua y longitudinal; ser referente del paciente con relación a su salud; ser la coordinadora de los recursos asistenciales (Carretero-Alcántara, Gomes-Górriz, Borrás-López, Rodríguez-Balo, & Seara-Aguilar, 2014).

También la Estrategia para el abordaje de la Cronicidad (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2012) propone potenciar la figura de la enfermera, orientando su responsabilidad en especial a los roles de educadora en autocuidados, de gestora de casos en pacientes con condiciones de especial complejidad y de enlace para mejorar la transición entre ámbitos y unidades de atención.

En muchos países están preocupados por una posible escasez de enfermeras dado el incremento previsible de la demanda y la inminente jubilación de las enfermeras de la generación del baby-boom. Para compensarlo se está incrementando la oferta para formar más enfermeras (OECD, 2015).

En España la situación es contradictoria. Por una parte gozamos de una de las tasas más bajas de nuevas enfermeras gra-

duadas por 100.000 habitantes: sólo 19, mientras la media de la OCDE es de 47. Por otra parte, contamos con uno de los ratios más bajos de enfermera/médico: sólo 1,3, mientras que la OCDE es de 2,8. Y en tercer lugar tenemos una importante tasa de desempleo o infraempleo de estas profesionales, empujándoles a la emigración a otros países. En 2014, más de 9.200 enfermeras formadas en España estaban trabajando en otros países de la Unión Europea, la mayoría de ellas (5.600) en el Reino Unido (OECD, 2015).

Para aumentar el agravio, contamos desde hace seis años con un contingente de más de mil trescientas enfermeras especializadas en Salud Familiar y Comunitaria por la Vía Enfermera Interna Residente (EIR), con altos costes para las arcas del Estado, que no encuentran empleo en su ámbito de especialización al no haberse definido su puestos de trabajo.

Las enfermeras comunitarias están perfectamente posicionadas para ofrecer modelos alternativos seguros, eficaces y eficientes para el futuro. La sostenibilidad y credibilidad de estos servicios estarán relacionadas tanto con las competencias clínicas como con el liderazgo efectivo de éstos servicios. El liderazgo enfermero en la dirección de servicios clínicos puede aportar alternativas costo-efectivas frente a los actuales modelos medicalizados y ofrecer respuestas a las futuras demandas de gestión de enfermedades crónicas en Atención Primaria de Salud (Day & Brownie, 2014) (San Martín Rodríguez, 2016).

6. ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA.

Una de las innovaciones que se están desarrollando en muchos países son las figuras de las enfermeras de práctica avanzada (EPA). Se conocen con muchos nombres: Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist, Advanced Practice Nurse, Clinical Nurse Consultant, Nurse Practitioner Midwife, Specialist Nurse Practitioner, etc.

El rol de estas enfermeras incluye la valoración individual, las necesidades de la población y la comunidad, orientándose hacia los determinantes sociales de la salud; integrando servicios a lo largo del proceso; estimulando la colaboración interprofesional e intersectorial y activando a individuos y comunidades a participar en su propio cuidado (Oelke, Besner, & Carter, 2014) (Sánchez Martín, 2014).

La gestión de casos de la enfermera de práctica avanzada con pacientes crónicos ha mostrado resultados favorables en cuanto a promoción de la salud, así como en la reducción de días de estancia y tasas de readmisión hospitalaria (Maijala, Tosavainen, & Turunen, 2015).

La enfermería de práctica avanzada puede mejorar el acceso a los servicios y reducir los tiempos de espera. Existen evaluaciones que encuentran una alta satisfacción de los pacientes, incluso con menores costes. Se requieren cambios legislativos y eliminación de barreras para ampliar su ámbito de ejercicio (Morilla Herrera, Morales Asencio, Kaknani, & García Mayor, 2016) (Sánchez Martín, 2014) (Delamaire & Lafortune, 2010) (Kennedy, Brooks Young, Nicol, Campbell, & Gray Brunton, 2015).

La equivalencia española a la enfermera de práctica avanzada es la figura del especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, antes comentada. El especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria es un profesional de alta cualificación, del que se espera que posea conocimientos altamente especializados; con conciencia crítica de cuestiones de conocimiento enfermero; que muestra destrezas clínicas especializadas para ampliar su práctica profesional y resolver con autonomía problemas en materia de salud; con capacidad para innovar con vistas al desarrollo de nuevos procedimientos para el cuidado de la salud y para gestionar y transformar contextos del cuidado de la salud complejos, imprevisibles y que requieren nuevos planteamientos estratégicos y que asume responsabilidades en lo que respecta a su práctica profesional y a la revisión del rendimiento estratégico de equipos (Corrales-Nevado & Palomo-Cobos, 2014) (Giménez Maroto, 2013) (Sánchez Gómez & Duarte Clíments, 2012).

La oferta de cuidados por parte de enfermeras especialistas en Salud Familiar y Comunitaria en la atención sociosanitaria será uno de los mejores instrumentos para la satisfacción de las necesidades de cuidados de esta población cada vez más numerosa.

7. BIBLIOGRAFÍA.

Abellán-Hervás, M., López Fernández, C., Santi-Cano, M., Deudero-Sánchez, M., & Picardo-García, J. (2016). ¿Quién es el receptor de intervenciones sociosanitarias y cuáles son sus necesidades? *Enfermería Clínica*, 26(1), 49-54.

Andrés, M. (2017). II Encuentro de Directivos de Salud de Madrid. (págs. <https://www.sanitaria2000.com/actividades/el-ii-encuentro-de-directivos-de-la-salud-de-madrid-el-8-y-9-de-junio/>). SanLorenzo del Escorial. Madrid.

Carretero-Alcántara, L., Gomes-Górriz, N., Borrás-López, A., Rodríguez-Balo, A., & Seara-Aguilar, G. (enero-febrero de 2014). Integración clínica en el paciente crónico. *Enfermería Clínica*, 24(1), 35-43.

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (2012). Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid.

Contel Segura, J. (mayo de 2002). La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. *Atención Primaria*, 29(8), 502-506.

Corrales Nevado, D., Alonso Babarro, A., & Rodríguez Lozano, M. (2012). Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26(5), 63-68.

Corrales-Nevado, D., & Palomo-Cobos, L. (2014). La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. *Enfermería Clínica*, 24(1), 51-58.

Day, G., & Brownie, S. (2014). Rising to the Challenge: Nursing Leadership via Nurse-Led Service Provision for Chronic Disease Management and Prevention. *Nursing and Health*, 2(2), 30-34.

Delamaire, M., & Lafortune, G. (2010). Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Health Working. Paris: OECD Publishing.

Giménez Maroto, A. (2013). La Enfermería y la Práctica Avanzada: su desarrollo en España.

Kennedy, C., Brooks Young, P., Nicol, J., Campbell, K., & Gray Brunton, C. (2015). Fluid role boundaries: exploring the contribution of the advanced nurse practitioner to multi-professional palliative care. 24(21), 3296-3305.

Majjala, V., Tossavainen, K., & Turunen, H. (mayo de 2015). Identifying nurse practitioners' required case management competencies in health promotion practice in municipal public primary health care. A two-stage modified Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17), 2554-2561.

Molina Fernández, A., González Riera, J., Montero Bancalero, F., & Gómez Salgado, J. (2016). La complejidad de la coordinación social y sanitaria en las adicciones y el papel de la enfermera. 26(1), 68-75.

Morilla Herrera, J., Morales Asencio, J., Kaknani, S., & García Mayor, S. (2016). Situaciones de cronicidad compleja y coordinación sociosanitaria. *Enfermería Clínica*, 26(1), 55-60.

OECD. (2015). *Health at Glance 2015: OECD Indicators*. OECD Publishing.

Oelke, N., Besner, J., & Carter, R. (2014). The evolving role of nurses in primary care medical settings. *International Journal of Nursing Practice*, 20, 629-635.

Pinzón Pulido, S., Alonso Trujillo, F., Torró García-Morato, C., Raposo Triano, Raposo Triano, M., & Morilla Herrera, J. (2016). Experiencias, modelos y claves para la coordinación e integración de servicios sociales y sanitarios. *Enfermería Clínica*, 26(1), 3-6.

Rico Blázquez, M., Sánchez Gómez, S., & Fuentelsaz Gallego, C. (2014). El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. *Enfermería Clínica*, 24(1), 44-50.

San Martín Rodríguez, L. (2016). Práctica avanzada en Enfermería y nuevos modelos de organización sanitaria. *Enfermería Clínica*, 26(3), 155-157.

Sánchez Gómez, M., & Duarte Clíments, G. (agosto de 2012). Análisis cualitativo de las competencias para la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Construyendo el camino hacia la enfermería clínica avanzada. *ENE. Revista de Enfermería*, 6, 39-70.

Sánchez Martín, I. (2014). Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico*. (ELSEVIER, Ed.) *Enfermería Clínica*, 24(1), 79-89.

