



CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS

DIRECTRICES SOBRE LA AUTORIDAD PARA PRESCRIBIR DE LAS ENFERMERAS

2021



Reservados todos los derechos, en particular la traducción a otras lenguas. Queda prohibida la reproducción de cualquier parte de esta publicación por medios impresos, fotoestáticos o de cualquier otro tipo, ni su almacenamiento en un sistema de recuperación o su transmisión de cualquier forma o su venta sin el consentimiento expreso por escrito del Consejo Internacional de Enfermeras. Sin embargo, es posible reproducir fragmentos breves (menos de 300 palabras) sin autorización, con la condición de citar la fuente.

Copyright © 2021 – por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)
3, place Jean-Marteau - 1201 Ginebra (Suiza)

Copyright de todas las fotos: Consejo Internacional de Enfermeras

ISBN: 978-92-95099-93-7

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS

**DIRECTRICES SOBRE
LA AUTORIDAD PARA PRESCRIBIR
DE LAS ENFERMERAS**

2021

AUTORES

Autor principal

David Stewart, RN, BN, MHN

Director Asociado (consultor), Políticas de Enfermería y Salud
Consejo Internacional de Enfermeras

Coautores

Madrean Schober, PhD, MSN, ANP, FAANP

Presidenta, Schober Global Healthcare Consulting
Consultores Internacionales de Salud
Nueva York, NY, EE.UU.

Lisa Nissen, BPharm, PhD

AdvPracPharm, FPS, FHKAPh, FSHP
Directora de la Facultad de Ciencias Clínicas
Universidad Tecnológica de Queensland, Australia

Elissa Ladd, PhD, FNP-BC

Profesora, Escuela de Enfermería
Directora, Programa de Equidad en Salud Global e Innovaciones
EE.UU.

Kimberley Lamarche, CD, NP, DNP

Directora del Programa de Enfermeras de Atención Directa/Profesora Asociada
Universidad Athabasca, Canadá

Marie-Lyne Bournival, BSc, PG Dip (Health Sc), MN

Enfermera de Atención Directa, Comité Ejecutivo de Nueva Zelanda y Panel de Evaluación
de Enfermeras de Atención Directa del Consejo de Enfermería de Nueva Zelanda

Dra. Deborah Gray, DNP, ANP-BC, FNP-C, FAANP

Directora del Programa de Grado Asociado, Programas MSN/DNP
Profesora Asociada Clínica
Facultad de Enfermería de la Universidad de Old Dominion
Fulbright Scholar EE.UU., África Subsahariana
Representante del Estado de Virginia, Asociación Americana de Enfermeras de Atención Directa,
EE.UU.

Sonia Sevilla, PhD

Enfermera Consultora, Proyecto Clínico Área Enfermería Hospital Clínico, Barcelona, España

Marieke Kroezen, PhD

Investigadora, NIVEL,
Instituto de Países Bajos para la Investigación de Servicios de Salud, Utrecht, Países Bajos

Frances Wong, Profesora, RN PhD FAAN FHKAN (Formación e Investigación)

Decana Asociada, Facultad de Ciencias Sociosanitarias
Profesora, Escuela de Enfermería
Universidad Politécnica de Hong Kong
Hung Hom, Hong Kong
China SAR

AGRADECIMIENTOS

El CIE desea dar las gracias a las siguientes personas por su revisión preliminar de estas directrices:

- Fariba Al Darazi, anterior Directora Regional de Enfermería, OMS, Oficina Regional del Mediterráneo Oriental, Baréin
- Heather Henry-McGrath, Presidenta, Asociación de Enfermeras de Atención Directa de Jamaica, Internacional
- Embajadora - Asociación Americana de Enfermeras de Atención Directa
- Mabedi Kgositau, Embajadora Internacional - Asociación Americana de Enfermeras de Atención Directa, Universidad de Botsuana, Botsuana
- Pilar Espinoza, Directora, Postgrado, Investigación y Relaciones Internacionales de la Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud de la Universidad San Sebastián, Chile
- Karen Koh, Enfermera de Práctica Avanzada, Hospital Universitario Nacional, Junta de Enfermería de Singapur, Singapur
- Jaap Kappert, Asesora Política, Asociación Holandesa de Enfermeras de Atención Directa, Países Bajos
- Desiree van den Hurk, Enfermera de Atención Directa, Países Bajos
- Jenny Carryer, Profesora, Universidad Massey, Nueva Zelanda
- Sylvia Cassiani, Asesora Regional de Enfermería, Organización Panamericana para la Salud
- Bongji Sibanda, Docente Principal de Práctica Clínica Avanzada, NHS, Reino Unido
- Denise Bryant-Lukosius, Profesora, Universidad McMaster, Centro Canadiense para la Investigación de la Enfermería de Atención Directa, Canadá
- Anna Suuturla, Directora de Asuntos Internacionales, Asociación de Enfermeras de Finlandia, Finlandia
- Martin Duignan, Facilitador Clínico en el Trinity College de Dublín, Irlanda
- Karen Brennan, ex Presidenta, Asociación Irlandesa de Enfermeras de Atención Directa, Irlanda
- Jeroen Peters, Director de Programa, Universidad Nimigen, Países Bajos
- Michal Boyd, Enfermera de Atención Directa/Profesora, Universidad de Auckland, Nueva Zelanda
- Vanessa Maderal, Profesora Adjunta, Universidad de Filipinas, Filipinas
- Zhou Wentao, Director, Programa de Máster en Enfermería, Universidad Nacional de Singapur, Singapur
- Nelouise Geyer, Directora General, Asociación de Educación en Enfermería, Pretoria, Sudáfrica
- Katrina Maclaine, Profesora Asociada, Universidad South Bank de Londres, Reino Unido
- Melanie Rogers, Presidenta, Red del CIE de Enfermeras de Atención Directa/Práctica Avanzada, Reino Unido
- Josette Roussel, Directora de Servicios Clínicos en Hôpital Montfort, Canadá
- Daniela Lehwaldt, Vicepresidenta, Red del CIE de Enfermeras de Atención Directa/Enfermería de Práctica Avanzada, Irlanda/Alemania
- Andrew Scanlon, Profesor Sénior, Universidad de Melbourne, Australia

ÍNDICE

GLOSARIO DE TÉRMINOS	6
PRÓLOGO	8
FINALIDAD DE LAS DIRECTRICES DEL CIE SOBRE LA AUTORIDAD PARA PRESCRIBIR DE LAS ENFERMERAS	9
CAPÍTULO UNO: INTRODUCCIÓN	10
1.1 Antecedentes	10
1.2 Prescripción de enfermería: lo que nos dice la evidencia.....	11
CAPÍTULO DOS: MODELOS DE PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA.....	12
2.1 Diferencias entre los modelos de prescripción (Adaptado de Nissen et al. 2010).....	14
2.2 ¿Qué pueden prescribir las enfermeras?.....	15
2.3 Consideraciones adicionales	15
2.4 Inmunización.....	17
CAPÍTULO TRES: ARGUMENTARIO PARA LA ACCIÓN	18
3.1 Cobertura sanitaria universal	18
3.2 Seguridad de la medicación	18
CAPÍTULO CUATRO: APOYO ORGANIZATIVO Y DE EQUIPO PARA UNA PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA SEGURA.....	20
4.1 Sistemas de apoyo a la decisión.....	20
4.2 Gobernanza, políticas y procedimientos clínicos	20
4.3 Apoyo de los pares y relaciones con equipos interprofesionales.....	21
CAPÍTULO CINCO: MARCO PARA DESARROLLAR UNA PRESCRIPCIÓN SEGURA Y COMPETENTE PARA LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA.....	22
CAPÍTULO SEIS: MOTIVACIÓN PARA QUE LAS ENFERMERAS OBTENGAN LA AUTORIDAD PARA PRESCRIBIR	28
CAPÍTULO SIETE: ELEMENTOS CRÍTICOS QUE SOSTIENEN EL DESARROLLO Y LA POTENCIACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA	29
7.1 Directrices clínicas: un estándar profesional	29
CAPÍTULO OCHO: CONCLUSIÓN	30
POSICIÓN DEL CIE SOBRE LA AUTORIDAD PARA PRESCRIBIR DE LAS ENFERMERAS.....	30
APÉNDICES.....	31
Apéndice 1: cómo diferenciar entre la prescripción dependiente/suplementaria y la prescripción independiente.....	31
Apéndice 2: Prescripción de enfermería: panorama regulatorio global.....	32
Apéndice 3: Marco estratégico del reto de la seguridad global del paciente	39
REFERENCIAS.....	40

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Competencia

La competencia describe un estado de aptitud de una persona para realizar actividades y tareas de conformidad con un estándar predefinido, lo cual implica poseer las competencias requeridas para ello. Competencia es lo que un trabajador sanitario *puede* hacer mientras que desempeño es lo que *hace* efectivamente. Son muchos los factores que contribuyen al desempeño de un trabajador sanitario en un determinado momento o entorno. Algunos de ellos están asociados a factores personales como acontecimientos de vida y otros son contextuales como el apoyo, supervisión, carga de trabajo y fácil acceso a recursos. La competencia es, por tanto, multidimensional y dinámica. Cambia con el tiempo, la experiencia y el entorno (Gebbie 2008).

Competencias

Las competencias son acciones observables durante el ejercicio profesional de cada uno. Con otras palabras, las competencias son habilidades y conocimientos aplicados que permiten desempeñar el trabajo (Gebbie 2008).

Acreditación

“Acreditación es un término aplicado a procesos utilizados para determinar que una persona, programa, institución o producto ha cumplido determinados estándares establecidos por un agente (gubernamental o no gubernamental) y se considera que está cualificado para realizar esta tarea. Los estándares pueden ser mínimos y obligatorios o estar por encima del mínimo y ser voluntarios. Los términos licencia, registro, acreditación, aprobación, certificación, reconocimiento o aprobación se pueden utilizar para describir distintos procesos de acreditación, pero esta terminología no se aplica de forma consistente en los distintos entornos y países. Las credenciales son marcas o “sellos” de calidad y éxito que comunican a los empleadores, pagadores y consumidores qué esperar de una enfermera, especialista, curso o programa de estudio, institución de educación superior, hospital o servicio de salud, o producto, tecnología o dispositivo sanitario “acreditados”. Las credenciales se pueden renovar periódicamente como medio para garantizar la calidad continuada y pueden retirarse cuando se dejan de cumplir los estándares de competencia o los comportamientos previstos”. (CIE 2006).

Fármaco (Medicina, Medicamento)

Un fármaco es cualquier sustancia o producto farmacéutico para uso humano o veterinario destinado a modificar o explorar sistemas fisiológicos o estados patológicos en beneficio del receptor. En estas directrices, los términos medicamento, medicina y fármaco se utilizan indistintamente (Organización Mundial de la Salud 2009).

Prescribir

Proceso en evolución que implica los pasos de recopilación de información, toma de decisiones clínicas, comunicación y evaluación y que desemboca en la puesta en marcha, continuación o cese de una medicación (adaptado de NPS MedicineWise 2021). Prescribir es un proceso complejo que requiere una profunda comprensión de la farmacología clínica y la enfermedad, juicio clínico para sopesar los riesgos y beneficios de un tratamiento y atención al detalle, todo ello en un entorno impredecible (Abuzour, Lewis & Tully 2018). Prescribir se diferencia claramente del suministro de medicación o su administración a pacientes.

Prescripción

Una prescripción es la indicación o instrucción de un profesional sanitario cualificado de expedir y administrar una medicina, tratamiento o cuidados a sus pacientes (OMS 2009). Si bien en ocasiones una prescripción se puede expedir inicialmente como orden verbal, para cumplir con los requisitos legislativos y regulatorios, a esta acción normalmente seguirá una instrucción escrita con la firma del prescriptor (que puede ser manuscrita o en formato electrónico). El término “prescripción” tiene una implicación legal y supone que el prescriptor asume responsabilidad por la atención clínica de ese paciente. En estas directrices, el término prescripción se referirá a la orden escrita de una medicina o producto terapéutico (ya sea manuscrita o electrónica) teniendo en cuenta que en algunas ocasiones esta acción se puede manifestar como orden verbal en primera instancia (Nissen, Lynne & Bettenay, 2015).

Autoridad para prescribir

El término autoridad para prescribir se refiere al nivel o amplitud con que un profesional sanitario puede prescribir legalmente. Dependiendo de las disposiciones legislativas con arreglo a las cuales está ejerciendo el profesional, su autoridad para prescribir puede ser amplia o limitada (Nissen, Lynne & Bettenay 2015).

Ámbito de práctica

“El ámbito de práctica no está limitado a tareas, funciones o responsabilidades específicas sino que incluye la prestación de cuidados directos y la evaluación de su impacto, abogando por los pacientes y la salud, supervisando y delegando en otros, liderando, gestionando, enseñando, realizando investigación y diseñando políticas de salud para los sistemas sanitarios. Asimismo, como el ámbito de la práctica es dinámico y responde a las necesidades de salud, así como al desarrollo del conocimiento y los avances tecnológicos, hace falta una revisión periódica para garantizar que sigue siendo coherente con las necesidades sanitarias actuales y sostiene mejores resultados de salud” (CIE 2013).

Estándares

“Los estándares son declaraciones fidedignas a través de las cuales la profesión de enfermería describe las responsabilidades respecto a las cuales han de rendir cuentas sus profesionales. Los estándares reflejan los valores y prioridades de la profesión, además de proporcionar orientación para la práctica de la enfermería profesional junto con un marco para su evaluación. También definen la rendición de cuentas de la profesión de enfermería ante la ciudadanía y los resultados de los que son responsables las enfermeras” (Asociación Americana de Enfermeras 2010).

PRÓLOGO

La prescripción de enfermería existe desde hace más de 50 años en algunas regiones del mundo. Esta importante publicación pondrá de relieve la diversidad existente en la autoridad para prescribir de las enfermeras en todo el mundo. Un marco que integre los componentes centrales de los prescriptores seguros y competentes ha de tener en cuenta una formación adecuada, autoridad regulatoria alineada y desarrollo profesional continuo para mantener la competencia. Los modelos de prescripción de enfermería informados por la evidencia se entrelazarán con el apoyo requerido por parte de las organizaciones y los equipos.

La orientación sobre la prescripción de enfermería pretende sostener a las enfermeras, equipos, asociaciones, organizaciones, docentes, reguladores y gobiernos en todo el mundo. Las naciones y regiones pueden valorar las necesidades de sus poblaciones equilibrando al mismo tiempo la capacidad de las enfermeras. La motivación para planificar, implementar, sostener y monitorizar resultados específicos requiere una atenta estrategia.

Políticas de personal sanitario que sostiene a las enfermeras que trabajan aplicando su nivel de formación y habilidades mejora la satisfacción laboral y puede promover las estrategias de reclutamiento y retención. Sin embargo, es fundamental respetar la experiencia profesional, conocimientos, habilidades, juicio, toma de decisiones, autonomía, rendición de cuentas y elección de las enfermeras. Hay que apreciar y respetar el ámbito de práctica tanto profesional como individual de las enfermeras.

Las competencias del modelo de prescripción de enfermería se pueden adaptar a las necesidades del país, dar respuesta a la centralidad de las personas desde la óptica de comunidades culturalmente sensibles y potenciar el acceso a mediaciones adecuadas y servicios de salud de calidad. Las enfermeras pueden responder al reto de la seguridad global del paciente centrándose en áreas de acción clave, en particular, la participación del paciente, la polifarmacia y las transiciones en los cuidados.

Como Enfermera Jefe y Enfermera de Atención Directa que prescribe, aprecio las repercusiones significativas que la prescripción de enfermería tiene en el sistema de cara a mejorar el acceso oportuno a cuidados de calidad en todo el ciclo vital. La prescripción de enfermería se dirige a la salud preventiva, reduce dolencias y enfermedades, además de responder a las emergencias de salud pública. Las enfermeras ofrecen experiencia, conocimiento, indagación crítica, planificación de los cuidados y evidencia de prescripción diseñados para mejorar la salud, aprovechando al mismo tiempo su capacidad de liderazgo y prestación de servicios clínicos.

A través de la prescripción de enfermería se avanza en las Directrices Estratégicas Globales para la Enfermería y la Partería de la OMS 2021-2025. Las figuras de prescripción de enfermería se centran en los pilares de las políticas de la práctica a través de la formación, liderazgo y prestación de servicios, sosteniendo mejores resultados de salud para la población en distintos entornos de práctica.

El CIE recomienda un llamamiento mundial a la acción para realizar evaluaciones nacionales y regionales con el fin de sacar partido a la prescripción de enfermería como posible medida para potenciar el acceso a la continuidad de los cuidados, cobertura sanitaria universal y seguridad del paciente, además de para cubrir la brecha de inmunización y atención primaria experimentada a nivel internacional como consecuencia del efecto COVID. La prescripción de enfermería requiere lograr compromisos que empoderen, y sostener al mismo tiempo una rápida eliminación de barreras para obtener el mayor éxito posible.

Michelle Acorn,
Enfermera Jefe del CIE
DNP, NP PHC/Adult, CGNC, FCAN

FINALIDAD DE LAS DIRECTRICES DEL CIE SOBRE LA AUTORIDAD PARA PRESCRIBIR DE LAS ENFERMERAS

La finalidad de estas directrices es facilitar una comprensión común de la prescripción de enfermería como fuente de información para quienes formulan las políticas, así como para docentes, reguladores, planificadores de la sanidad, enfermeras y otros profesionales sanitarios. El documento reconoce la diversidad que define la prescripción de enfermería hoy en día describiendo la práctica actual y los modelos de prescripción de enfermería a nivel global. El énfasis en este documento de orientación se encuentra en los principios comunes y las mejores prácticas a medida que la autoridad para prescribir de las enfermeras se convierte en un componente cada vez más importante de su ámbito de práctica y las contribuciones de su rol para sostener la salud.

En todo el mundo, la práctica de la enfermería se ha vuelto más compleja puesto que las enfermeras están desempeñando funciones y niveles de práctica innovadores y ampliados. La autoridad para prescribir es una de las características de este avance en la profesión de enfermería. Los factores que impulsan la prescripción de enfermería dependen del contexto y las necesidades de cada país. Como resultado, el planteamiento para definir e implementar la prescripción de enfermería difiere entre países y regiones. Las diferencias entre países reflejan a su vez diferencias en los sistemas de salud, la madurez de la enfermería en el sistema y la autoridad gubernamental que tiene influencia sobre la toma de decisiones y las políticas.

La autoridad para prescribir de las enfermeras es un proceso continuado. Los planteamientos para la implementación y el desarrollo de la prescripción de enfermería requieren un fuerte liderazgo y acciones proactivas para promover este servicio esencial para la prestación de atención de salud a nivel internacional.



CAPÍTULO UNO

INTRODUCCIÓN

La autoridad para prescribir de las enfermeras y los profesionales sanitarios afines ha ido adquiriendo auge en numerosos países en todo el mundo. Buena parte de este impulso se debe a la respuesta al cambio de panorama en las exigencias sanitarias y a las dudas en relación con el acceso a los cuidados, la evolución de los sistemas sanitarios y los profesionales que prestan cuidados. Es importante destacar que las funciones y responsabilidades de todos los profesionales sanitarios evolucionan como respuesta a las exigencias y necesidades de las personas y las comunidades. La autoridad para prescribir es un ejemplo positivo y eficaz de este tipo de cambio.

Hay una serie de profesionales sanitarios (por ejemplo enfermeras, parteras, optometristas, podólogos, dietistas, farmacéuticos, paramédicos, fisioterapeutas, radiógrafos y otros) que tienen autoridad para prescribir.¹ Estas profesiones, junto con su formación y desarrollo profesional, acreditación y modelos de prescripción, a menudo difieren en los países y entre países. Aunque la estandarización al respecto sea limitada, las finalidades específicas de la autorización para prescribir de los profesionales sanitarios en general guardan relación con:

- Potenciar el acceso a tratamiento por parte del paciente
- Mejorar los resultados del paciente sin comprometer su seguridad
- Utilizar el potencial óptimo de habilidades, conocimiento y experiencia de los profesionales de la salud con el fin de prestar episodios completos de cuidados (Cope, Abuzour & Tully 2016; Maier 2019)
- Protección jurídica que apoye al prescriptor y a otros con responsabilidades delegadas

Teniendo presentes estas finalidades, es necesario ofrecer orientación sobre la prescripción de enfermería para proteger a la ciudadanía, promover los servicios sanitarios y sostener a la profesión a medida que madura en esta área. Las directrices del CIE pretenden promover un nivel de coherencia y apoyar a los países que están diseñando un marco para la práctica clínica en relación con la autoridad para prescribir de las enfermeras.

1.1 Antecedentes

El papel y la función de las enfermeras están evolucionando y cambiando en todo el mundo. La práctica de la enfermería se ha vuelto más compleja y variada a medida que las enfermeras se han hecho cada vez más visibles convirtiéndose en un componente central de los equipos multidisciplinares con su propio cuerpo de doctrina, conocimiento y experiencia en la gestión de los cuidados al paciente. Las enfermeras están desarrollando avances a la vanguardia en la prestación de servicios sanitarios, y la autoridad para prescribir es un ejemplo de ello en la profesión de enfermería.

El incentivo para la prescripción de enfermería depende del contexto de cada país y la cultura sanitaria en la que se desarrolla esta posibilidad.

En consecuencia, el planteamiento para definir e implementar la prescripción de enfermería sigue un patrón característico en los diferentes países. Esta cuestión va más allá de la enfermería para abarcar la colaboración y las alianzas con otros profesionales sanitarios así como con representantes de organismos gubernamentales y grupos de defensa del consumidor.

El presente documento de orientación examina las tendencias y cuestiones pertinentes para introducir, implementar y apoyar la prescripción de enfermería. Se basa en una revisión de revisiones sistemáticas de la literatura, literatura gris sin publicar, búsquedas en internet y consultas a informadores clave en materia de prescripción de enfermería.

¹ Si bien estas profesiones pueden tener autoridad para prescribir, sus privilegios no son idénticos.

1.2 Prescripción de enfermería: lo que nos dice la evidencia

Prescribir lleva varias décadas formando parte de la práctica de enfermería de determinadas enfermeras en algunos países. El nivel de formación y acreditación para la prescripción de enfermería varía entre jurisdicciones y va desde el de las enfermeras generalistas con preparación de diploma hasta el de las enfermeras de práctica avanzada con títulos de máster o doctorado. Existen modelos diferentes y variados de autoridad para prescribir

de las enfermeras, que se analizarán con más detalle en las siguientes secciones de estas directrices.

La sección a continuación ofrece un análisis de síntesis disponibles basadas en una revisión de la literatura, que se ha llevado a cabo para describir y definir patrones de autoridad para prescribir de las enfermeras.

Resumen de la revisión de la literatura

1. Las enfermeras que ejercen con niveles de autonomía de prescripción diferentes pero elevados en toda una serie de entornos tienen la capacidad de prescribir con seguridad y son igual de eficaces que otros prescriptores (Clark et al. 2011; Latter & Courtenay 2004; Weeks et al. 2016b).
2. La incapacidad de las enfermeras para prescribir provoca fragmentación en la prestación de cuidados y repercute negativamente en la calidad general de la atención de salud (Casey et al. 2020; Creedon et al. 2015; Mathibe, Hendricks & Bergh 2015).
3. La autoridad de prescripción de las enfermeras puede mejorar la prestación de servicios sanitarios eficaces y eficientes y facilitar la dispensación de cuidados más integrados para el paciente, así como mayor satisfacción profesional, y mejorar la calidad general del servicio de salud (Hanrahan & Williams 2017; Oficina del Director del Servicio de Enfermería y Partería 2020; Park, Han & Pittman 2020; Phillips 2020; Watson 2020).
4. La práctica de la prescripción por parte de las enfermeras se divide en tres categorías distintas: prescripción independiente, prescripción suplementaria y prescripción mediante un acuerdo de prescripción estructurado (o protocolo). El ajuste de medicaciones o tratamientos previamente prescritos en un rango predeterminado no se ha considerado prescripción con arreglo a ninguna de estas tres categorías. Las jurisdicciones han de ser claras en relación con la categoría de prescripción objeto de consideración para proporcionar la debida formación y apoyo para la práctica. Además, tiene que haber coherencia en la definición de cada una de las prácticas de prescripción (Cooper et al. 2008; HealthWorkforceAustralia 2013; Kroezen et al. 2011a; Weeks et al. 2016a).
5. La variabilidad en la preparación para la práctica de prescripción es preocupante al igual que lo es la falta de claridad que rodea la diferenciación entre los requisitos para la prescripción independiente y la suplementaria. La mayoría de los estudios que examinan la prescripción de enfermería se han realizado en países donde la capacidad de prescribir se produce en el nivel general del registro, lo cual sugiere que la prescripción de enfermería tiene lugar sobre todo en el nivel posbásico y que es en este nivel donde hacen falta mejoras en la formación (Kroezen et al. 2011a; Mboweni & Makhado 2019; McIntosh et al. 2016).
6. Muchas jurisdicciones tienen el requisito de un periodo predeterminado de experiencia clínica antes de poner en marcha la práctica de la prescripción. Una formación y conocimientos clínicos sólidos son fundamentales para una práctica de prescripción eficaz, independientemente del nivel de la enfermera (Abuzour, Lewis & Tully 2018; McIntosh et al. 2016).
7. La prescripción de enfermería se está convirtiendo progresivamente en una función importante en el ejercicio de la profesión, además de mejorar la satisfacción laboral y el autoempoderamiento (Casey et al. 2011; Ling et al. 2017; Mabelane et al. 2016; Nutall 2018).

CAPÍTULO DOS

MODELOS DE PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

En el ámbito internacional se ha producido un aumento constante en el número de profesionales sanitarios fuera de la profesión médica que poseen autoridad para prescribir. Como ejemplos cabe citar a las enfermeras, parteras, paramédicos, optometristas, farmacéuticos, dentistas, fisioterapeutas, podólogos y radiógrafos. El apoyo al desarrollo de estas profesiones para prescribir ha mejorado el acceso a servicios sanitarios de calidad, seguros y asequibles.

El origen de la prescripción de enfermería regulada comenzó en los Estados Unidos de América (EE.UU.) a principios de los años setenta y ahora se ha extendido a países en todas las regiones de la OMS (Weeks et al. 2016a). Aunque los modelos de autoridad para prescribir difieren en todo el mundo, hay una serie de componentes centrales que permiten agruparlos en las siguientes categorías amplias.

1. Prescripción independiente

Los prescriptores independientes legalmente autorizados y cualificados son responsables de la valoración clínica de un paciente, así como del establecimiento de un diagnóstico y las decisiones sobre la idoneidad de una medicación, tratamiento o aparato, en particular la

expedición de una prescripción. Dependiendo del contexto del país, es posible prescribir a partir de un formulario limitado o abierto. La prescripción independiente también se denomina inicial, autónoma, sustitutiva o abierta (Abuzour, Lewis & Tully 2018; Kroezen et al. 2011a).

2. Prescripción suplementaria (dependiente²)

Alianza voluntaria entre un prescriptor independiente y un prescriptor suplementario. El prescriptor independiente realiza la evaluación y diagnóstico iniciales; el prescriptor suplementario prescribe a partir de un formulario abierto o limitado y consulta al prescriptor

independiente antes de expedir la prescripción. La prescripción suplementaria también se denomina dependiente, colaborativa, semiautónoma o complementaria (Abuzour, Lewis & Tully 2019; Kroezen et al. 2011a; Latter & Courtenay 2004).

3. Prescripción mediante un acuerdo de prescripción estructurado (protocolo)

Está diseñada para un grupo específico de pacientes que padecen una enfermedad en particular. Únicamente se proporciona medicación según los términos de un protocolo predeterminado. La prescripción a través de un acuerdo de prescripción estructurado no se considera prescripción independiente sino que se puede considerar una forma de prescripción suplementaria (Abuzour, Lewis & Tully et al. 2018; Kroezen et al. 2011a; Gielen et al. 2014). Basada en Directivas para Grupos de Pacientes

(DGP) con el fin de ser un tipo de prescripción aparte, existen suficientes puntos en común entre el uso de un planteamiento guiado por un protocolo y la prescripción suplementaria como para poder considerarse un subgrupo de esa categoría. Latter y Courtenay (2004), por ejemplo, definen la prescripción suplementaria como prescripción en función de un plan de gestión clínica que ha sido aprobado por un prescriptor independiente y hace referencia a la necesidad de protocolos para esta práctica.

² Aunque el modelo sea dependiente, el prescriptor sigue siendo independientemente responsable y estando sujeto a rendición de cuentas en relación con las decisiones que toma en el modelo y la relación de prescripción.

4. Prescripción para administrar

Los profesionales sanitarios pueden tener autoridad delegada de conformidad con un protocolo y condiciones previamente aprobadas para la administración inmediata de medicación (Crown 1999), lo cual a menudo se utiliza en el ámbito de una respuesta de emergencia a un problema de salud inmediato que provoca un daño potencial al paciente (Nissen et al. 2010). Este modelo se utiliza sobre todo en situaciones de emergencia, como por ejemplo en el

uso de medicinas en carros de emergencia/ para accidentes en situaciones que amenazan la vida como un paro cardíaco, anafilaxia, insuficiencia respiratoria y otras. Este es el modelo que utilizan a menudo quienes responden en primer lugar para tomar una decisión emergente con arreglo a un protocolo clínico y seguidamente administrar un medicamento. El segundo modelo más utilizado es el de las enfermeras en programas de vacunación.

5. Prescripción del tiempo y la dosis

En esta descripción, los profesionales sanitarios únicamente están autorizados a alterar el tiempo y/o la dosis de una medicación en particular. Aunque se haga referencia al mismo

como prescripción en algunos contextos, en este documento de orientación la administración del tiempo y la dosis no se considera prescripción (Kroezen et al. 2011b).

Información suplementaria

- Tal y como se ha descrito anteriormente, la prescripción de enfermería es un término amplio que se utiliza para describir una serie de modelos. Aunque cada uno ellos cuenta con una buena base de evidencia, es importante que los países los comprendan y delimiten claramente en relación con la práctica en su territorio.
- A menudo se debaten ampliamente las fronteras profesionales y la aceptación de los modelos durante la fase de puesta en marcha e implementación de la prescripción de enfermería. Es importante utilizar la terminología de forma consistente para reducir la confusión e incrementar la claridad.
- Al considerar estos modelos, es importante destacar que no son jerárquicos sino que reflejan el nivel de “toma de decisiones” y “rendición de cuentas” de la enfermera prescriptora (Nissen et al. 2010).
- Puede ser necesario adaptar los modelos a los contextos específicos de los países y pueden evolucionar con el paso del tiempo.

2.1 Diferencias entre los modelos de prescripción (adaptado de Nissen et al. 2010)

	PRESCRIPCIÓN PARA ADMINISTRAR	PROTOCOLO	SUPLEMENTARIA/DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
Restricciones para prescribir	Prescripción únicamente para la administración inmediata	Prescripción a partir de un protocolo o formulario limitado	Prescripción tras una derivación o acuerdo colaborativo con un prescriptor independiente	Diagnóstico independiente de la enfermedad (en lugar de los síntomas)
	Formulario o lista consensuada muy limitados de medicinas de emergencia	Prescripción tras la realización de un diagnóstico. Un prescriptor en función de protocolos tiene capacidad para iniciar, alterar o cambiar la medicación o producto terapéutico de conformidad con el protocolo establecido	Una vez se ha establecido el diagnóstico o se ha preparado un plan de tratamiento para un paciente en concreto, la responsabilidad de la gestión clínica puede transferirse del profesional clínico que realiza la valoración (un prescriptor independiente) a otro profesional sanitario. El prescriptor dependiente no es responsable de la valoración inicial o el diagnóstico, responsabilidad que recae sobre el profesional clínico que ha realizado la valoración	Realización del diagnóstico inicial y la decisión de tratar. El acto de prescribir para un paciente que se presenta por primera vez en un episodio de cuidados.
	Prescripción en función de un protocolo para un estado clínico emergente	Terapia limitada a un formulario o selección según un protocolo	Se ha tomado la decisión inicial del diagnóstico y el tratamiento	La terapia se selecciona en función del ámbito de práctica definido
	Selección de la terapia según un protocolo	Formulario limitado previamente aprobado	Prescripción según el plan específico de gestión del paciente o acuerdo colaborativo	Prescripción/gestión de una terapia en curso sin protocolo definido
		Continuación, interrupción y puesta en marcha de una terapia según un protocolo previamente aprobado	Formulario limitado al ámbito de práctica o acuerdo colaborativo	Formulario basado en el ámbito de práctica
	Incrementando el nivel de habilidades, toma de decisiones y rendición de cuentas			
Ejemplo de requisitos de formación	<ul style="list-style-type: none"> • Título de pregrado 	<ul style="list-style-type: none"> • Título de pregrado 	<ul style="list-style-type: none"> • Título de pregrado • +/- Estudios de posgrado 	<ul style="list-style-type: none"> • Título de pregrado • Título de máster o doctorado
Ejemplo de requisitos de registro	<ul style="list-style-type: none"> • Profesional de la salud regulado 	<ul style="list-style-type: none"> • Profesional de la salud regulado • Acreditado 	<ul style="list-style-type: none"> • Profesional de la salud regulado • Acreditado 	<ul style="list-style-type: none"> • Profesional de la salud regulado • Acreditado
Ejemplo de competencias	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de señales y síntomas en los cuidados agudos • Recopilación de la historia • Seguimiento del protocolo • Administración del medicamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de señales y síntomas • Recopilación de la historia • Seguimiento de los protocolos • Administración del medicamento • Requisitos básicos para la autoridad para prescribir (siguiendo el protocolo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión del conocimiento del estado del paciente según el plan de cuidados • Competencias de prescripción plenas en colaboración con un prescriptor independiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades diagnósticas pertinentes para el ámbito de práctica y/o área de práctica especializada • Solicitud de pruebas diagnósticas • Competencias de prescripción plenas

2.2 ¿Qué pueden prescribir las enfermeras?

Lo que las enfermeras pueden prescribir varía en todo el mundo puesto que depende de diferencias en la autoridad y reglamentación en cada jurisdicción. El ámbito de autoridad para prescribir se rige por distintos niveles de legislación en los países, además de por cualquier acuerdo de prescripción adicional de un hospital/centro de salud. Las enfermeras únicamente pueden prescribir en sus áreas de competencia y de conformidad con las directrices pertinentes. Considerando lo anterior, entre las áreas comunes de prescripción se encuentran las siguientes:

- Medicaciones
- Terapias y tratamientos

- Equipamiento médico duradero
- Aparatos y determinados apósitos
- Alimentos designados para fines terapéuticos específicos
- Electrolitos³

Cuando las medicinas adecuadas para la enfermedad de un paciente no se encuentran en un formulario o protocolo, la enfermera prescriptora puede tener la capacidad de recomendar medicinas y productos terapéuticos de venta libre en el ámbito del plan de gestión.

2.3 Consideraciones adicionales

Acuerdos colaborativos

A menudo se utilizan acuerdos colaborativos cuando existen requisitos de supervisión de la prescripción de enfermería. Los acuerdos colaborativos ofrecen una descripción por escrito de la relación profesional entre la enfermera prescriptora y un prescriptor colaborador independiente (muy a menudo, un médico). El documento de colaboración define parámetros en función de los cuales la enfermera puede llevar a cabo una prescripción delegada. La finalidad central de este acuerdo es posicionar al prescriptor independiente en una función de supervisión respecto al prescriptor dependiente (Hanson & Cahill, 2019).

Un acuerdo de colaboración puede ser tan simple como un acuerdo escrito de una página que define los patrones de consulta y derivación o un protocolo más específico para funciones establecidas de conformidad con los requisitos regulatorios, legales y de acreditación del país donde la enfermera tiene autoridad para prescribir. Lo ideal es que los acuerdos colaborativos estén plasmados por escrito de la forma más amplia posible para acomodar variaciones en la prescripción de enfermería y cambios en las políticas. A medida que ha evolucionado la autoridad para prescribir de las enfermeras, en algunos entornos se han reemplazado protocolos específicos por directrices basadas en la evidencia en el ámbito de un acuerdo colaborativo para permitir una práctica clínica más flexible. Sin embargo, cabe destacar que

la especificidad de un acuerdo colaborativo a menudo se basa en la confianza y el respeto entre la enfermera prescriptora colaboradora y el colega supervisor (Hanson & Cahill 2019; Nuttall 2018).

Algunos países y jurisdicciones están intentando eliminar los acuerdos colaborativos. Entre las razones más citadas para ello se encuentran retrasos y procesos de aprobación para el acuerdo de práctica colaborativa; acuerdos de gobernanza confusos y onerosos cuando se pueden alcanzar acuerdos más simples; y que disuaden a las enfermeras de desarrollar la autoridad para prescribir en el ámbito de su práctica (Junta de Enfermería y Partería de Irlanda 2019)

Gestión clínica y monitorización en función del estado clínico (estudios diagnósticos puestos en marcha por la enfermera)

La introducción de la prescripción de enfermería a menudo ha contemplado autorizaciones adicionales que sostienen la mejor práctica en materia de prescripción.⁴ Estos permisos abarcan áreas como la capacidad de solicitar pruebas y procedimientos diagnósticos y otros exámenes. Estos elementos para la toma de decisiones clínicas permiten que la enfermera prescriptora comprenda mejor las necesidades clínicas de una persona y pueda explorar posibles diagnósticos apoyando así una valoración completa del paciente.

³ En algunos países, las enfermeras también pueden prescribir transfusiones y productos sanguíneos.

⁴ Estas autorizaciones son cada vez más comunes en la enfermería y fueron introducidas por las enfermeras de práctica avanzada en primer lugar.

Formularios

Muchos países, sistemas de salud y hospitales han establecido comités para supervisar el diseño de formularios que establecen políticas en relación con medicamentos y productos terapéuticos. La repercusión de estos comités se produce en cada prescriptor, dispensador y paciente.

La finalidad original de los formularios era determinar y designar medicamentos y productos terapéuticos elegidos para guiar una prescripción más racional. Se pueden utilizar para valorar, enseñar y guiar la prescripción hacia las decisiones más adecuadas para proporcionar terapias eficaces, seguras y rentables. También pueden mitigar los riesgos que plantean los conflictos de intereses en los que el prescriptor puede verse influenciado por la industria (Noblet et al. 2017; Schiff et al. 2012).

La percepción es que los formularios ofrecen muchos beneficios como la definición de los límites de la práctica pero a menudo hay ejemplos negativos sobre su uso e implementación. Entre las dudas al respecto se encuentra su enfoque hacia la contención de costes; la creación de obstáculos y complicaciones innecesarios para los prescriptores y los pacientes; y el establecimiento de barreras a la prescripción de enfermería (Noblet et al. 2017; Schiff et al. 2012).

Para los países que sostienen y desarrollan la prescripción de enfermería, es importante que los formularios optimicen el papel de la enfermera prescriptora en lugar de crear fronteras artificiales que repercuten en los cuidados que esta presta a las personas y las comunidades, lo cual se puede hacer garantizando políticas locales y orientación claras sobre la prescripción en función de la mejor evidencia disponible. También es importante que las enfermeras líderes participen en los comités que diseñan formularios.

Prescripción inapropiada y deprescripción

Según O'Connor, Gallagher & O'Mahony (2012), la prescripción inapropiada abarca los siguientes ámbitos:

- Prescripción errónea: prescripción que implica una dosis, frecuencia, modalidad de administración o duración del tratamiento incorrectos. Además, la prescripción errónea abarca el uso de medicaciones

que es probable que provoquen interacciones medicamento-medicamento o medicamento-enfermedad clínicamente significativas.

- Sobreprescripción: prescripción de medicaciones para las cuales no existe ninguna indicación clínica clara.
- Infraprescripción: omisión de medicaciones potencialmente beneficiosas que están indicadas clínicamente para el tratamiento y la prevención de una enfermedad.

La prescripción inapropiada es un fenómeno global que provoca más eventos adversos relacionados con los medicamentos, una menor calidad de vida, mayores costes sanitarios y rehospitalizaciones (Gallagher et al. 2011).⁵ Es uno de los principales factores que impulsa la deprescripción.

La deprescripción se ha definido como “*el proceso sistemático de identificar e interrumpir medicamentos en los casos en los que los daños existentes o potenciales superan los beneficios existentes o potenciales en el contexto de los objetivos de los cuidados, el nivel actual de funcionamiento, la esperanza de vida, los valores y las preferencias del paciente*” (Scott et al. 2015). Según esta descripción, la deprescripción es un proceso de toma de decisiones complejas en el que se sopesan los riesgos y beneficios en función de las necesidades de salud de la persona, las preferencias del paciente y su calidad de vida. Tanto la detención como el comienzo de las medicinas forman parte del proceso de prescripción.

Las principales razones de la deprescripción son el cese de la medicación a causa de un evento adverso, fallo terapéutico y/o porque los futuros beneficios de la medicación han dejado de superar su potencial de provocar daños (Naughton & Hayes 2017). Se trata de una consideración importante para todas las enfermeras pero en particular para aquellas con autoridad para prescribir puesto que afectará a sus prácticas de prescripción.

Se espera que las enfermeras prescriptoras puedan demostrar una comprensión que vaya más allá de la de las enfermeras generalistas en áreas de la farmacología, así como la capacidad de reconocer los efectos de las medicinas, alergias, sensibilidad a los medicamentos, efectos secundarios,

⁵ En varios hospitales de Europa, un estudio ha concluido que se han prescrito medicinas inapropiadas a entre el 35 y el 77% de los pacientes.

contraindicaciones, incompatibilidades, reacciones adversas a los medicamentos, errores de prescripción y polifarmacia (Wright et al. 2019). Cada uno de los elementos de

la preparación para obtener la autoridad para prescribir coloca a la enfermera en una buena posición para deprescribir cuando sea apropiado y requerido.⁶

2.4 Inmunización

La finalidad de los programas y campañas de inmunización es controlar las enfermedades prevenibles mediante vacunas entre personas y grupos que se consideran susceptibles ante la enfermedad. Las enfermeras juegan en todo el mundo un papel fundamental como profesionales sanitarios en las campañas de inmunización si bien su función estratégica y la autoridad con la que ejercen esta función varía significativamente a nivel global. En Estados Unidos, la prestación de servicios de inmunización se considera una práctica médica y bajo el control exclusivo de un médico incluso para las enfermeras de práctica avanzada (Stewart, Lindley & Cox 2016). En Australia, las enfermeras están capacitadas legalmente para prescribir y administrar vacunas de forma independiente en la mayoría (pero no en todas) de las jurisdicciones. En Reino Unido, las inmunizaciones a niños forman parte de las atribuciones de la enfermera generalista. En Irlanda, forman parte de las atribuciones de la enfermera generalista, la enfermera de salud pública, la enfermera generalista comunitaria registrada y la enfermera generalista registrada. Las clínicas de inmunización de salud para viajar en Irlanda y Reino Unido las gestionan sobre todo enfermeras y, más recientemente, farmacéuticos. Cuando los médicos prescriben vacunas, estas generalmente se limitan a la inmunización de adultos, frente al neumococo y el tétanos por ejemplo, cuando surge la oportunidad durante una consulta. En España, las enfermeras pueden prescribir de forma independiente vacunas con arreglo a campañas de vacunación y al programa de vacunación aprobado por las autoridades sanitarias.

En el África Subsahariana los médicos normalmente no participan en la prestación de servicios de inmunización. La formación en inmunización forma parte de las competencias centrales de la enfermería evaluadas previamente al registro ya sea a nivel de diploma o

licenciatura. Las enfermeras no tienen que ser prescriptoras pero han de realizar cursos de inmunización. En Nigeria, los servicios rutinarios de inmunización en atención primaria los prestan enfermeras, parteras y algunas categorías de trabajadores sanitarios de la comunidad (Brown, Oluwatosin & Ogundeji 2017).

Un problema que surge a la luz de la variabilidad en relación con quién realiza la inmunización es la limitación que imponen a las enfermeras las amplias restricciones al respecto y que contribuyen a la falta de acceso oportuno a las vacunas necesarias. Una solución a este dilema es la implementación de programas de órdenes permanentes (POP) para la práctica de la inmunización con el fin de incrementar la adopción de las vacunas (Stewart, Lindley & Cox 2016). Los POP requieren una base legal que autorice la delegación de los servicios de inmunización prestados por un amplio abanico de profesionales sanitarios (incluidas las enfermeras) y administrados a amplias poblaciones de pacientes en diferentes entornos. En el caso de entornos clínicos con restricciones en los que los proveedores no pueden prestar servicios de vacunación preventiva, la implementación de POP influye positivamente en quiénes pueden administrar vacunas, así como en las vacunas permisibles, los pacientes elegibles y el nivel de supervisión requerido. En consecuencia, la ampliación de la autorización de conformidad con POP podría incrementar la capacidad de prestar servicios recomendados y eliminar barreras que obstaculizan los programas de inmunización. Según este sistema, las enfermeras pueden valorar la necesidad de una vacuna, determinar las contraindicaciones o precauciones y administrar vacunas sin una orden escrita del médico o la enfermera de atención directa, lo cual puede ser una forma eficaz de incrementar las tasas de inmunización.

⁶ Todas las enfermeras desempeñan un papel importante en la gestión de las medicinas y deben tener una voz influyente en el equipo de atención de salud en relación con la deprescripción. Además de estas responsabilidades, se recomienda que las enfermeras prescriptoras jueguen un papel más activo en la gestión de la medicación.

CAPÍTULO TRES

ARGUMENTARIO PARA LA ACCIÓN

En todas las regiones del mundo se ha adoptado la autoridad para prescribir de las enfermeras y los profesionales sanitarios afines. Entre las razones citadas con mayor frecuencia se encuentran:

- Mejor acceso y continuidad a asesoramiento y servicios sanitarios
- Escasez de médicos, en particular en áreas rurales y alejadas
- Mejor eficiencia del sistema sanitario ya que las enfermeras pueden llevar a cabo episodios de cuidados completos y reducir el número de encuentros con distintos profesionales de la salud
- Mayor capacidad del sistema sanitario de satisfacer la demanda y las nuevas formas de trabajar
- Empoderamiento del personal sanitario para trabajar en función de su nivel de cualificación y formación (es decir, mayor autonomía de la enfermera y por tanto mayor satisfacción laboral)
- Mayor elección para el paciente y alfabetización en salud con el acceso a medicinas y servicios
- Mayor capacidad para los cuidados centrados en el paciente/continuidad de los cuidados
- Menor riesgo para otros profesionales de la salud a los que puede que se solicite que prescriban para pacientes a los que no han visto
- Mejora de los cuidados al paciente sin comprometer la calidad del servicio propuesto
- Mejora de la protección jurídica para la prescripción de enfermería

(Crown 1999; Delamaire & Lafortune 2010; Maier 2019; NHS Wales 2017; Nissen, Lynne & Bettenay 2015)

3.1 Cobertura sanitaria universal

El acceso a medicinas de calidad aceptables, disponibles y asequibles forma parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS 3.8) (Naciones Unidas 2016). El mal acceso a medicinas de calidad y las medicinas⁷ "falsas" en todo el mundo a menudo impide el progreso hacia la cobertura sanitaria universal y se reconoce como un reto multidimensional que requiere numerosas

políticas y estrategias exhaustivas. Una estrategia central y factor positivo para superar algunos de los problemas es la autoridad de las enfermeras para prescribir con seguridad. Se trata de una solución basada en la evidencia que ha demostrado mejorar el acceso a servicios sanitarios de calidad, seguros y asequibles (OMS 2019).

3.2 Seguridad de la medicación

La OMS (2017) denuncia que las prácticas de medicación inseguras y los errores de medicación son la causa principal de "lesiones y daños evitables en la atención de salud en todo el mundo". Se calcula que el coste anual asociado a los errores de medicación asciende

a 42 mil millones de dólares estadounidenses cada año (Donaldson et al. 2017), lo cual significa que existe la necesidad real de mejorar la seguridad y la calidad de estas prácticas para proteger a los proveedores de salud, las personas y la comunidad.

⁷ Medicaciones auténticas respecto a las de impostores/falsificadas que no se han sometido a medidas de control de calidad.

Como respuesta a estos retos, la OMS ha diseñado el “Marco Estratégico del Reto de la Salud Global del Paciente” (véase Apéndice 2), que establece los siguientes cuatro ámbitos para reducir los daños relacionados con la medicación:

- Los pacientes y el público
- Profesionales sanitarios
- Medicinas y sistemas
- Prácticas de medicación

El marco establece un planteamiento holístico a la seguridad de la medicación, que es un concepto importante de la enfermería tanto en general como específicamente al implementar y sostener la prescripción de enfermería. Vista en este contexto, la prescripción segura no es solo responsabilidad de la enfermera prescriptora, sino que requiere un planteamiento y coordinación organizativos adicionales para garantizar la seguridad.



CAPÍTULO CUATRO

APOYO ORGANIZATIVO Y DE EQUIPO PARA UNA PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA SEGURA

La seguridad de la prescripción no es solo responsabilidad de una persona puesto que requiere un enfoque sistémico que contemple un equipo y organización que la apoyen. La siguiente sección se centra en los elementos que pueden contribuir a la calidad, seguridad y eficacia de la prescripción de enfermería.

4.1 Sistemas de apoyo a la decisión

Los sistemas informáticos de apoyo a las decisiones clínicas pueden ayudar a las enfermeras en su práctica. Existen numerosas opciones en relación con estos tipos de sistemas pero sus funciones principales abarcan el diagnóstico, gestión de la enfermedad, prescripciones, controles de medicamentos, alertas, recordatorios, directrices, conjuntos de datos del paciente, documentación y flujo de pacientes.

Entre los beneficios de estos sistemas se encuentran:

- Reducción de la incidencia de los errores de medicación/prescripción y los eventos adversos
- Adherencia a las directrices clínicas, seguimiento y recordatorios de tratamiento
- Mantenimiento de determinada información medicinal actualizada y basada en la evidencia
- Reducción de costes y mejora de la eficiencia
- Mejor documentación y otras funciones administrativas
- Mejor comunicación entre los profesionales de la salud, lo cual potencia el flujo de trabajo (Sutton et al. 2020)

4.2 Gobernanza, políticas y procedimientos clínicos

Un uso seguro y eficaz de las medicinas y, en particular de la prescripción, requiere gobernanza, liderazgo y compromiso de toda la organización para sostener un uso seguro y eficaz de las mismas. Entre los elementos clave que sostienen la prescripción de enfermería se encuentran:

- Sistemas para monitorizar, revisar y mejorar la prescripción y la gestión de la medicación
 - Establecimiento de procesos para que las enfermeras prescriptoras faciliten sus comentarios y observaciones con el fin de sostener cambios a la práctica (en caso necesario), así como investigación y/o participación en actividades de mejora
 - Establecimiento de procesos para que las enfermeras prescriptoras se asocien a los consumidores (Flottorp et al. 2010)
- Es importante que haya políticas y procedimientos de gobernanza clínica implantados previamente a la formación de las enfermeras prescriptoras. Los planteamientos estandarizados respecto a las políticas garantizan la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente, así como las líneas de autoridad y responsabilidad. Estas deben cubrir una serie de elementos como el ámbito de práctica, parámetros, fronteras, mecanismos de apoyo, financiación y desarrollo profesional continuo. Todo ello debe estar documentado claramente y ser de fácil acceso para el personal en la organización (Noblet et al. 2017).

4.3 Apoyo de los pares y relaciones con equipos interprofesionales

Las relaciones interprofesionales son un componente esencial de la calidad y la seguridad de la prescripción de enfermería. En particular, es importante que las enfermeras prescriptoras tengan una relación colaborativa con los médicos, las enfermeras prescriptoras independientes y/o los farmacéuticos. Además de para la supervisión clínica, también es útil para debatir casos difíciles, compartir conocimientos, colaboración en la práctica, contribuir a evitar malentendidos o disputas y generar confianza profesional y seguridad (Brodie, Donaldson & Watt 2014; Graham-Clarke et al. 2018; Hindi et al. 2019; Stenner & Courtenay 2008).

Una barrera importante para la prescripción de enfermería en numerosos lugares del mundo se deriva de las creencias y comportamientos de los médicos. Buena parte de esta negatividad proviene de la falta de comprensión de las funciones y responsabilidades de la enfermera prescriptora, lo cual provoca que los médicos tengan miedo a perder poder y/o control. La evidencia apunta a que los médicos a menudo están confundidos sobre el grado de autonomía, responsabilidad y rendición de cuentas de las enfermeras prescriptoras (Noblet et al. 2017), lo cual a su vez ha desembocado en una falta de apoyo por parte de la profesión médica.

A la inversa, cuando los médicos comprenden las funciones y responsabilidades de las enfermeras prescriptoras y han participado activamente en el diseño de la política correspondiente, la transición y la implementación

son mejores. En estas circunstancias, los médicos señalan que los beneficios de estos modelos son extremadamente útiles para mejorar el acceso a los cuidados, la adherencia a los planes de tratamiento clínico y la continuidad de los cuidados (Noblet et al. 2018; Tatar 2015).

En algunas circunstancias, los pacientes con necesidades sanitarias complejas acuden a un abanico de profesionales de la salud como consultores, psicólogos, farmacéuticos y otros. Con un equipo tan amplio es fundamental establecer y compartir un plan de tratamiento claro. Un eje importante de este equipo multidisciplinar está formado por los farmacéuticos, que son una fuente valiosa de información sobre medicaciones, interacciones farmacológicas, además de una medida de control de calidad para garantizar la precisión de las prescripciones (Graham-Clarke et al. 2018).

El apoyo de pares como otras enfermeras prescriptoras tiene una importancia fundamental. Trabajar colaborativamente o consultar a otras enfermeras es una fuente esencial para recabar información, detectar problemas, así como para animar y mejorar la confianza. La evidencia ha demostrado que cuando las enfermeras prescriptoras han trabajado juntas, el conocimiento de enfermería ha mejorado y las decisiones de prescripción se han tomado en un marco temporal más rápido (Jones & Cameron 2017); Muzigaba et al. 2017; Stenner & Courtenay 2008).

CAPÍTULO CINCO

MARCO PARA DESARROLLAR UNA PRESCRIPCIÓN SEGURA Y COMPETENTE PARA LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

Prescribir es un proceso complejo que requiere la aplicación de juicio sólido, así como de conocimientos, habilidades y actitudes específicos de una única persona en un determinado momento en el tiempo. Esta complejidad aumenta por el creciente número de medicinas a disposición del prescriptor y porque muchas personas reciben varias medicinas junto con una serie de tratamientos y terapias (incluidas las medicinas tradicionales) (NPS MedicineWise 2021).

El siguiente marco es una guía destinada a sostener la autoridad para prescribir de las enfermeras de forma segura y competente. Contempla cinco componentes centrales y los requisitos relacionados con cada uno de ellos pueden variar en función de las necesidades del modelo de prescripción de enfermería seleccionado. Se recomienda que, en el ámbito de la implementación de un marco como este, se diseñe un programa educativo con capacidad para valorar, en función de un estándar establecido, el desempeño de la enfermera que pretende obtener la autoridad para prescribir.

1. Realización de un programa de formación acreditado

El profesional de la salud que pretende obtener la autoridad para prescribir debe completar un programa de formación acreditado que sea coherente con su ámbito de práctica y demuestre el nivel de competencia requerido. La formación debe estar acreditada por la junta de enfermería o consejo de acreditación nacional correspondiente. La acreditación garantiza

que el curso ofrece el contenido apropiado, así como que el currículum cumple o supera los estándares diseñados por expertos en el campo con el fin de proteger a la profesión de enfermería y a la ciudadanía.



Componentes centrales del programa de formación

El programa o curso de formación depende de los requisitos del país y del modelo de prescripción que se esté considerando, y requerirá elementos tanto teóricos como prácticos supervisados por un prescriptor autorizado.

Para obtener los conocimientos, habilidades y comportamientos necesarios se recomienda que el currículum educativo esté diseñado para el nivel apropiado de autoridad para prescribir y cuente con elementos en las áreas de competencia descritas a continuación. Se pueden utilizar las competencias como marco del programa educativo, donde se subdividen en subcompetencias, o conocimientos/habilidades/actitudes y objetivos del aprendizaje con actividades en aula y laboratorio diseñadas para ser plenamente competentes (CIE 2019). Cabe destacar que se trata de requisitos mínimos de alto nivel en los que no se han tenido en cuenta las necesidades específicas del estado, territorio o país en cuestión.

Área de competencia 1: centralidad de las personas en los cuidados

En el ámbito de la autoridad para prescribir, es fundamental que las enfermeras adopten un planteamiento centrado en la persona respecto a los cuidados, lo cual implica que la enfermera adopta deliberadamente las perspectivas de las personas, familias y comunidades y las ve como participantes y como beneficiarias de la atención de salud. La enfermera ha de ser capaz de obtener la información necesaria y desarrollar un plan de cuidados compatible con las necesidades de una persona que está preparada y tiene voluntad y capacidad de actuar (OMS 2007). Esta competencia abarca los conocimientos, habilidades y comportamientos requeridos para realizar una alianza terapéutica, efectuar una valoración completa de las medicinas y generar y explorar posibles diagnósticos.

Es crucial que la enfermera disponga de formación reglada y preparación en fisiopatología (y principios farmacológicos) en relación con los sistemas fisiológicos que se ven afectados por la prescripción. También es clave un cierto grado de evaluación diagnóstica y razonamiento. Es cierto que hace falta algún tipo de competencia en todos los niveles, pero la preparación requerida para esta competencia depende mucho del nivel de autonomía de prescripción así como del nivel de práctica

clínica. Para las enfermeras que ejercen de forma independiente, se requieren competencias avanzadas en: recopilación de la historia, valoración clínica, interpretación de pruebas clínicas, razonamiento diagnóstico, toma de decisiones clínicas y planificación y monitorización completas de las necesidades del paciente abarcando todas las opciones/consideraciones de tratamiento farmacológico y no farmacológico que corresponda.

Competencias

- Colocar a las personas en el centro de toda la práctica
- Promover la acción individual y comunitaria
- Proporcionar cuidados culturalmente sensibles, respetuosos y compasivos
- Incorporar un planteamiento sistémico a la salud
- Demostrar habilidades en términos de razonamiento clínico y toma de decisiones

Área de competencia 2: práctica basada en la evidencia e informada

Esta competencia se centra en la capacidad de identificar y debatir tratamientos adecuados, seguros, eficaces y basados en la evidencia, lo cual incluye la capacidad de determinar las medicinas más adecuadas, además de otras alternativas de tratamientos no farmacológicos y la posibilidad de que prescribir no sea en el mejor interés del paciente.

Competencias

- Determinar el tratamiento más apropiado para el paciente con arreglo a las necesidades de la persona
- Evitar el uso excesivo o erróneo de recursos
- Mantener actualizados los conocimientos de los protocolos o algoritmos de prescripción de conformidad con el sistema sanitario en el que está ejerciendo el profesional de la salud

Área de competencia 3: comunicación y colaboración

Una comunicación y colaboración eficaces son esenciales en la práctica de cualquier enfermera prescriptora. La comunicación y colaboración eficaces son clave para la práctica de las enfermeras prescriptoras, que en todos los niveles habrán requerido formación para ser competentes en estas áreas con los pacientes

y sus familias, así como con otros proveedores sanitarios. Las habilidades que fomentan una comunicación y relaciones terapéuticas claras son fundamentales para que las enfermeras prescriptoras realicen diagnósticos y tratamientos precisos para los pacientes desde las primeras fases de la recopilación de información hasta la planificación de tratamientos farmacológicos y de otra índole, así como en materia de educación al paciente. Las enfermeras prescriptoras también han de comunicarse claramente con quienes dispensan, suministran o administran medicaciones, además de poder colaborar eficazmente en la toma de decisiones con otros profesionales de la salud y familiares que participen en el cuidado al paciente. Esta área competencial incluye la capacidad de documentar adecuadamente la información y almacenarla y protegerla con la debida seguridad.

Competencias

- Adaptar la comunicación al/a los objetivo(s), urgencia y delicadeza de la interacción
- Escuchar activa y atentamente
- Trasladar información con determinación
- Gestionar el intercambio de información, en particular la participación del paciente en la toma de decisiones
- Participar en la práctica colaborativa
- Construir y mantener alianzas de confianza

Área de competencia 4: principios farmacológicos esenciales

Las enfermeras prescriptoras deben recibir preparación sobre los principios esenciales de la farmacología que sean adecuados a su nivel de prescripción y tengan en cuenta las poblaciones y áreas de especialización en las que van a prescribir. Estos principios farmacológicos esenciales incluyen competencia en principios básicos de farmacología como farmacocinética, farmacodinamia y farmacoterapia con el fin de abordar también las indicaciones, efectos adversos, interacciones y contraindicaciones para todas las clases de medicaciones prescritas. La competencia en la selección y la prescripción apropiadas y racionales de fármacos, así como la monitorización y la reevaluación, también formarán parte de esta formación y preparación esenciales. Otra competencia farmacológica fundamental es la preparación en materia de documentación y medición para poder trasladar información precisa, clara y completa tanto en forma escrita como en forma electrónica. Por último,

las enfermeras prescriptoras en todos los niveles deben estar preparadas para mantener su competencia en estos principios farmacológicos esenciales a lo largo del reconocimiento y utilización de recursos farmacológicos apropiados para la prescripción y su preparación mediante la formación continua requerida.

Competencias

- Ha demostrado conocimientos de anatomía y fisiología humanas
- Aplicar conocimientos sobre las acciones farmacológicas en intervenciones seleccionadas (en particular, interacciones farmacológicas potenciales)
- Mantener los conocimientos actualizados sobre agentes farmacológicos en función de la práctica
- Preparar prescripciones de conformidad con las leyes y políticas farmacéuticas locales

Área de competencia 5: monitorización y revisión de la respuesta de la persona al tratamiento

Esta competencia se centra en la necesidad de monitorizar y revisar la respuesta de la persona al tratamiento. Incluye la habilidad de obtener e interpretar información para revisar la eficacia del plan de tratamiento y/o enfoques alternativos al tratamiento. La enfermera prescriptora ha de poder comunicarse eficazmente en este sentido con el paciente y otros profesionales sanitarios. Además, esta área se centra en la monitorización de efectos no deseados del plan de tratamiento, así como en la detección y notificación de reacciones farmacológicas adversas y en la habilidad de adaptar un plan de gestión en función de las necesidades del paciente y su respuesta al tratamiento.

Competencias

- Monitorizar de forma continuada la respuesta de la persona a los agentes farmacológicos
- Compartir información con colegas implicados en la prestación de cuidados
- Demostrar un compromiso con la mejora continuada de la calidad en los protocolos de tratamiento
- Empoderar una práctica centrada en la persona e informada por la evidencia
- Notificar sospechas de reacciones adversas (farmacovigilancia)

Área de competencia 6: ejercicio de forma profesional

A toda enfermera prescriptora en cualquier nivel de ejercicio le corresponde tener una comprensión fundamental de su ámbito de práctica. La formación y preparación de las enfermeras prescriptoras, independientemente de su nivel de autoridad para prescribir, deben permitir su competencia en cada una de las áreas mencionadas anteriormente. Además de estas habilidades, las enfermeras también han de demostrar los distintos elementos de la profesionalidad, en particular las siguientes competencias:

Competencias

- Ejercer de conformidad con la legislación, los reglamentos y el ámbito de práctica pertinentes
- Adherir a políticas y procedimientos
- Asumir la responsabilidad de sus propias decisiones y sus consecuencias
- Ejercer con arreglo al código deontológico y los estándares profesionales y éticos

- Demostrar un compromiso con el aprendizaje a lo largo de la vida y la práctica reflexiva

(Adaptado del Consejo de Enfermería y Partería Británico 2018).

Estas áreas de competencia y sus componentes representan las piedras angulares de la formación y la preparación requeridas a las enfermeras prescriptoras. Cabe destacar que están interrelacionadas y que son interdependientes. Quienes desarrollen la figura de la enfermera prescriptora, deben considerar incorporar en cierta medida todas las áreas, y se deben delinear más requisitos en función del nivel de autonomía para prescribir de la enfermera prescriptora y las poblaciones específicas o áreas de especialización en las que vaya a ejercer y prescribir. Para la protección tanto de la enfermera prescriptora como del paciente, es necesario establecer y cumplir un estándar de formación y requisitos formativos mínimos para prescribir. Además, se deben ofrecer programas formativos y mecanismos con el fin de proporcionar el debido acceso para el cumplimiento de estas necesidades, incluyendo no solo formación reglada para prescribir sino también formación continua.

2. Reconocimiento de la competencia para prescribir por parte de la autoridad reguladora correspondiente

1. Las autoridades reguladoras juegan un papel esencial en el desarrollo, establecimiento, implementación y regulación de las figuras de enfermería. Una función central de estos organismos es la protección del público asegurándose de que únicamente las enfermeras con el debido nivel de formación, cualificación, competencia y práctica ética reciben la acreditación correspondiente. En el caso de la prescripción de enfermería, la autoridad reguladora tiene dos funciones principales: establecer los estándares competenciales para prescribir, y reconocer la adquisición de la competencia por parte del profesional de la salud para

prescribir medicinas con arreglo a su ámbito de práctica (Scanlon et al. 2020).

Para sostener la prescripción de enfermería, es importante que la autoridad reguladora sea capaz de identificar a las enfermeras autorizadas para prescribir. De este modo, se garantizará:

- La validación de la competencia del empleado por parte de los empleadores
- La validación continua de la calidad de los cuidados prestados
- Investigación y desarrollo en relación con la autoridad para prescribir de las enfermeras

3. Autorización para prescribir

La autorización para prescribir está permitida por la legislación pertinente, reglamentos asociados y estándares profesionales en los países, estados, regiones o territorios, así como por las políticas y procedimientos de los proveedores de servicios de salud en los que

trabaja la enfermera. Estos instrumentos afectarán a las medicinas que las enfermeras están autorizadas a prescribir y por tanto es fundamental que estas los comprendan y se rijan por ellos en su ejercicio profesional.

4. Autoridad para prescribir en el ámbito de práctica

Una enfermera autorizada para prescribir lo hace dentro de su ámbito de práctica. El ámbito de práctica de la enfermería se define dentro de un marco legislativo y regulatorio y describe las competencias (conocimientos, habilidades, actitudes y juicio), la rendición de cuentas a nivel profesional y las responsabilidades de la enfermera prescriptora. Ofrece la base para el establecimiento de un estándar de práctica de la enfermería, formación de enfermería y funciones y responsabilidades de enfermería. Además, comunica a los ciudadanos las características de quienes están cualificados para prestar servicios especiales de enfermería. Un ámbito de práctica claramente definido comunica a todos los grupos de interés las competencias y la rendición de cuentas de la enfermera (CIE 2013).

La prescripción de enfermería se ha ido incorporando gradualmente a las definiciones y descripciones del ámbito de práctica en evolución de la profesión (Ladd & Hoyt 2016; Schoer 2017). La autoridad para prescribir está asociada sobre todo al creciente auge de la enfermería de práctica avanzada (EPA) y los ámbitos de práctica pertinentes para las figuras de EPA/niveles avanzados de enfermería. Sin embargo, la prescripción de enfermería no es un fenómeno nuevo puesto que la prescripción de fármacos y productos terapéuticos por parte de las enfermeras es una función cada vez más alineada con la enfermería tanto avanzada como generalista. Sin embargo, la autoridad para prescribir de las enfermeras no está estandarizada a nivel global.

Las variaciones en el ámbito de práctica para la prescripción de enfermería son atribuibles a los siguientes factores:

- La formación, conocimientos y experiencia de la persona
- El entorno clínico en que se produce la prescripción de enfermería
- La demanda o necesidad de que las enfermeras prescriban
- El ámbito de práctica de enfermería definido en el país, p. ej. EPA, enfermera generalista, enfermera especializada
- Apoyo o restricciones legislativas
- Competencias requeridas o especificadas
- Población receptora de la práctica de la enfermería: mujeres, niños, personas mayores, cuidados paliativos o personas con discapacidad
- Desarrollo de la figura: el nivel de prescripción puede estar relacionado con la capacidad de la enfermera de realizar evaluaciones y diagnósticos diferenciales
- Asociación con el/los modelo(s) definido(s) de prescripción de enfermería en el país
- Flexibilidad y amplitud del ámbito de práctica de la enfermería: el apoyo o la oposición varían en función de la localización geográfica
- Diferencias en la estructura e infraestructura de los sistemas sanitarios

Ámbito de práctica de la profesión respecto al de la persona, (adaptado de la Sociedad Farmacéutica de Australia 2016)



5. Desarrollo profesional continuo para mantener y potenciar la competencia para prescribir

El desarrollo profesional continuo (DPC) está reconocido como medio para mantener al día los conocimientos y habilidades que influyen en la competencia para prescribir con el fin de garantizar atención de salud de calidad y seguridad del paciente. Además, un estudio realizado por Weglicki et al. (2015) llegó a la conclusión de que la ansiedad personal menoscaba la seguridad de las enfermeras para prescribir cuando la autoridad para hacerlo ya formaba parte de su ámbito de práctica y, por tanto, el acceso a DPC sirve para apoyar a las enfermeras prescriptoras mientras adquieren seguridad e incrementan su experiencia clínica.

El mantenimiento de la competencia profesional para la práctica de la enfermería así como para la enfermera prescriptora es un proceso continuado. En algunos países, es obligatorio demostrar DPC para mantener la licencia y la acreditación. Los requisitos y plazos para la verificación de la competencia normalmente los determinan organismos o autoridades de acreditación. Se cree que este tipo de evaluación y reevaluación garantiza la credibilidad

y legitimidad de las enfermeras, en particular las enfermeras prescriptoras (Hanson & Cahill 2019; Hanson & Hamric 2003; Schober 2019).

Existe todo un abanico para lograr el desarrollo profesional continuo como por ejemplo:

- Aprendizaje electrónico
- Revistas profesionales
- Foros de prescripción
- Estudio individual, por ejemplo cursos o módulos
- Aprendizaje basado en el trabajo
- Jornadas de estudio de DPC reglado
- Conjuntos de aprendizaje en acción

Los medios para obtener DPC deben ser en función del estilo y las habilidades de aprendizaje de cada enfermera prescriptora. Además, la accesibilidad a opciones de aprendizaje debe ser en función de los requisitos en los que se basa su competencia.



CAPÍTULO SEIS

MOTIVACIÓN PARA QUE LAS ENFERMERAS OBTENGAN LA AUTORIDAD PARA PRESCRIBIR

La autoridad para la prescripción de enfermería puede ser un requisito en un país o depender de la motivación de la enfermera para obtenerla. Las conclusiones de estudios de Zimmerman et al. (Zimmerman 2020) apuntan a que entre los beneficios percibidos por la enfermería para considerar la prescripción se encuentran:

- Mayor autonomía profesional
- Mayor estatus profesional
- Mayor remuneración
- Mayor satisfacción laboral

Entre las preocupaciones detectadas por los participantes del estudio se encontraban:

- Mayor responsabilidad legal
- Menor tiempo para el cuidado del paciente
- Ninguna remuneración adicional
- Mayor carga de trabajo
- Preparación inadecuada
- Conflictos en el equipo terapéutico
- Falta de apoyo sustancial organizativo y colegiado

Un país que pretenda sostener la prescripción de enfermería y a las enfermeras prescriptoras debe tener en cuenta los beneficios y las preocupaciones al diseñar estrategias y un marco para guiar una iniciativa de este tipo.



CAPÍTULO SIETE

ELEMENTOS CRÍTICOS QUE SOSTIENEN EL DESARROLLO Y LA POTENCIACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

7.1 Directrices clínicas: un estándar profesional

La prescripción de enfermería bajo los auspicios de un estándar profesional garantiza que la enfermera ejerce legalmente, con seguridad y eficacia (Schober 2017). Entre las directrices clínicas sugeridas se encuentran las siguientes:

- Licencia/autorización/registro como prescriptor por parte de una autoridad gubernamental
- Autoridades no gubernamentales como organismos profesionales de enfermería que proporcionen estándares y orientación profesional
- Ámbito de la prescripción de enfermería definido
- Rendición de cuentas sobre todas las decisiones de prescripción adoptadas en el marco de un nivel consensuado de experiencia y competencia
- Evaluación - capacidad para realizar una valoración completa del estado de salud, incluida la historia de medicación
- Comunicación con otros profesionales sanitarios y consentimiento del paciente
- Mantenimiento de registros precisos
- Prescripción basada en la evidencia/ informada por la evidencia
- Desarrollo profesional continuo para mantenerse al día en relación con el conocimiento necesario para prescribir y mantener la competencia
- Monitorización y revisión de los resultados del paciente

Todas ellas están recomendadas pero se reconoce que en algunos países puede no existir una autorización formal o mecanismos regulatorios a pesar de la práctica activa de la prescripción de enfermería. En estas circunstancias, y mirando hacia el futuro de la profesión, las recomendaciones del CIE se pueden ver como una aspiración y por tanto alinearse con estrategias de implementación que cumplan con un estándar profesional y ámbito de práctica para la prescripción de enfermería.

Las directrices de práctica clínica están determinadas por el país y el contexto en que ejerce la enfermera. Entre los requisitos definidos se encuentra la capacidad de:

- Realizar un examen físico y un historial
- Valorar el estado de salud de un paciente utilizando juicio clínico
- Valorar la indicación terapéutica para tratamiento: medicinas, productos terapéuticos
- Valorar posibles contraindicaciones/riesgo de interacción adversa de la medicación
- Proporcionar educación en salud al paciente
- Monitorizar al paciente en relación con los efectos secundarios y la respuesta a los planes de gestión

CAPÍTULO OCHO

CONCLUSIÓN

El debate sobre la prescripción de enfermería se ha centrado en la idoneidad de la autoridad para prescribir de las enfermeras. A menudo, está relacionado con el debate más general sobre la enfermería de práctica avanzada (EPA) si bien la literatura confirma que la prescripción de enfermería ha ido creciendo gradualmente, está aumentando y existe independientemente de las figuras de EPA. La prescripción de enfermería es un aspecto de los avances de la práctica de la profesión. La cuestión clave que señala Ball (CIE 2009) no es “si las enfermeras pueden prescribir” en un país, sino “hasta qué punto está establecida la prescripción de enfermería”. El nivel, amplitud, ámbito y prevalencia de la prescripción de enfermería varían de país a país e incluso dentro de los países.

Este documento de orientación ofrece elementos clave a considerar en el proceso para lograr y sostener la prescripción de enfermería. Se debe tener en cuenta lo siguiente:

- ¿Hacen falta servicios sanitarios que contemplen la prescripción de enfermería?
- ¿Qué reglamentos y legislación se necesitan para sostener esta práctica?
- ¿Existen organizaciones profesionales identificables que sostengan la prescripción de enfermería?
- ¿Existe un marco o modelo para las enfermeras que tienen autoridad para prescribir?

POSICIÓN DEL CIE SOBRE LA AUTORIDAD PARA PRESCRIBIR DE LAS ENFERMERAS

La autoridad para prescribir de las enfermeras puede jugar un papel importante de cara a mejorar los resultados de salud potenciando la prestación eficaz y eficiente de servicios sanitarios. Las enfermeras con autoridad para prescribir pueden facilitar la prestación de una atención al paciente más integrada mejorando así la calidad general de los servicios de salud. Además, las enfermeras con autoridad para prescribir adquieren una mayor sensación de satisfacción profesional.

Prescribir es un proceso complejo. La realización de las mejoras mencionadas anteriormente requiere, según proceda y sea aplicable, un entorno regulatorio y político que apoye, así como estructuras de gobernanza, cultura organizativa, formación y desarrollo profesional adecuados. Las “Directrices del CIE sobre la autoridad para prescribir de las enfermeras” pretenden sostener la implementación y desarrollo continuado de la prescripción de enfermería para proteger tanto al paciente como al profesional sanitario y salvaguardar el sistema de salud.

La prescripción de enfermería depende del contexto de cada país y la cultura sanitaria en que se desarrolla. En consecuencia, el planteamiento para definir e implementar la prescripción de enfermería sigue un patrón característico en los diferentes países.

Hay varios modelos de prescripción de enfermería, que en general se diferencian por los niveles de competencias de las enfermeras, así como por la profundidad de la toma de decisiones y la rendición de cuentas. La autoridad para prescribir debe verse como un continuo. A medida que aumenta la independencia y rendición de cuentas de la autoridad para prescribir de las enfermeras, también aumentarán los requisitos de mayores niveles de formación, desarrollo profesional continuo y mecanismos regulatorios para comprobar que se ha alcanzado un nivel competencial de base.

El CIE, por tanto, insta a los gobiernos a asegurarse de la existencia de niveles adecuados de formación y regulación de la profesión para realizar el trabajo preliminar con vistas a la expansión de la prescripción de enfermería en todo el mundo.

APÉNDICES

Apéndice 1: cómo diferenciar entre la prescripción dependiente/suplementaria y la prescripción independiente

(Adaptado de Stewart et al. 2017)

ÁREA	PRESCRIPCIÓN SUPLEMENTARIA/DEPENDIENTE	PRESCRIPCIÓN INDEPENDIENTE
Condiciones clínicas gestionadas	Cualquiera, dentro de su competencia clínica.	Cualquiera, dentro de su competencia clínica.
Responsabilidades diagnósticas	Un prescriptor independiente ha de diagnosticar la enfermedad antes de empoderar a un prescriptor suplementario autorizado para comenzar.	El prescriptor independiente puede valorar y gestionar pacientes con enfermedades diagnosticadas y sin diagnosticar.
Necesidad de un plan de gestión clínica	Tiene que haber un “plan de gestión clínica” o protocolo específico del paciente, escrito o electrónico, antes de que la prescripción suplementaria pueda comenzar.	No hace falta ningún plan de cuidados preestablecido. El prescriptor independiente diseña un plan de gestión.
Necesidad de un acuerdo formal	El “plan de gestión clínica” ha de consensuarse con el prescriptor independiente y el paciente antes de poder comenzar la prescripción suplementaria. A menudo se denomina acuerdo colaborativo.	No hace falta ningún acuerdo formal.
Medicamentos prescritos	Cualquiera, dentro de su ámbito de práctica y bajo acuerdo de supervisión y consulta.	Cualquiera, dentro de su ámbito de práctica.

Apéndice 2: Prescripción de enfermería: panorama regulatorio global

El aumento de la supervisión regulatoria de la prescripción de enfermería ha evolucionado rápidamente en todo el mundo a lo largo de las últimas décadas. Durante los años ochenta y noventa del s. XX, la prescripción de enfermería se aceleró con la expansión del ámbito de práctica de la enfermera de atención directa en EE.UU. y la necesidad de codificar prácticas clínicas que sostuvieran la prescripción de medicinas. En Reino Unido, la prescripción de enfermería por parte de enfermeras de nivel posbásico se autorizó mediante la Ley de Productos Medicinales para la Prescripción de Enfermeras de 1992 (Real Colegio de Enfermería Británico 2014). La llegada del s. XXI trajo consigo una mayor expansión de la prescripción de enfermería en Canadá y en Europa mientras que Australia y Nueva Zelanda recibieron aprobación oficial de los gobiernos tanto regionales (provinciales o estatales) como nacionales. Esta tendencia también se ha extendido por África con la llegada de la terapia antirretroviral de bajo coste para el tratamiento del VIH/SIDA (Zuber et al. 2014). En España, la prescripción de enfermería se ha incorporado a la legislación mediante una Ley de 2009.

En general, la expansión regulatoria de la autoridad para prescribir de las enfermeras se ha basado en la necesidad de mitigar las exigencias asociadas a la escasez de trabajadores sanitarios y, en otros casos, simplemente en un movimiento para mejorar la eficiencia financiera y organizativa del sistema de prestación de atención de salud.

La literatura sobre las disposiciones regulatorias de la prescripción de enfermería ha crecido en los últimos años si bien se ha centrado ampliamente en los países de renta alta. Este apéndice tiene la finalidad de proporcionar una lista más amplia de datos globales actuales sobre las disposiciones estatutarias y regulatorias establecidas para autorizar la prescripción de enfermería considerando las regiones del mundo establecidas por la OMS.

1) Las Américas

a. América del Norte

En EE.UU., la autoridad estatutaria de la prescripción de enfermería tiene una larga historia, en particular en el caso de las enfermeras de atención directa. En la actualidad, los 50 estados y el Distrito de Columbia permiten algún nivel de prescripción independiente por parte de las enfermeras de práctica avanzada (enfermeras de atención directa, enfermeras clínicas especialistas y enfermeras parteras) si bien es cierto que existe variabilidad entre estados en relación con el ámbito de la práctica y la supervisión médica (Asociación Americana de Enfermeras n.d.). Canadá también ofrece una amplia autoridad de prescripción a las enfermeras de atención directa, que se autoriza a nivel federal (Asociación de Enfermeras de Canadá 2015; Colegio de Enfermeras de Ontario 2020; Gobierno de Canadá 2012). Además, dos provincias de Canadá, Alberta y Ontario, han aprobado leyes que permiten la prescripción de enfermería en el nivel posbásico (enfermera registrada) (Colegio y Asociación de Enfermeras Registradas de Alberta 2019). Las disposiciones canadienses para las enfermeras de atención directa se establecieron como reglamentos federales basados en estatutos existentes. La prescripción posbásica en Alberta y Ontario se plasmó en forma de estatutos de nivel provincial y en la actualidad se encuentran en el proceso de implementación.

b. América Latina/Caribe

En América Latina, las enfermeras que tienen autoridad para prescribir medicaciones ejercen sobre todo a nivel posbásico. Brasil, Colombia y México permiten que las enfermeras prescriban principalmente en atención primaria y en el ámbito de la salud pública (Hernández et al. 2015; Martiniano et al. 2015; Secretaría de Gobernación 2017). Las enfermeras prescriptoras en el Caribe trabajan en el nivel de práctica avanzada, sobre todo como enfermeras de atención directa familiar, y la mayoría goza de autoridad para prescribir la mayor parte de las medicaciones que se utilizan en atención primaria (Ministerio de Salud 2012b). En Belice, únicamente pueden prescribir las enfermeras de atención directa psiquiátrica y esa autoridad se limita a los fármacos psicotrópicos. Sin embargo, las enfermeras de atención directa en Jamaica, el lugar con el mayor programa

formativo para enfermeras de atención directa en el Caribe (Universidad de las Indias Occidentales), aún no pueden prescribir medicaciones legalmente.

2) África

Se ha determinado que diez países de África tienen algún tipo de autoridad regulatoria o estatutaria para la prescripción de enfermería que en su mayoría permite la prescripción a nivel posbásico. Existe un fenómeno que se ha desarrollado en las últimas dos décadas – Terapia Antirretroviral Iniciada y Gestionada por Enfermeras (NIMART por sus siglas en inglés) – que se ha adoptado ampliamente en países con una elevada carga de enfermedad de VIH y SIDA. Este planteamiento ha sostenido a las enfermeras de nivel posbásico para gestionar pacientes de VIH, en especial en áreas con escasez de trabajadores sanitarios (Zuber et al. 2014). En general, la mayoría de las enfermeras autorizadas a prescribir fármacos legalmente en África pueden hacerlo en el nivel posbásico. Solo dos países - Botsuana y Sudáfrica - reconocen a las enfermeras de práctica avanzada como prescriptoras legales (Dumas & Cariou 2014; Monyatsi et al. 2011; Consejo de Enfermería de Sudáfrica 2012a).

3) Europa

La prescripción por parte de las enfermeras se desarrolló hace aproximadamente 30 años en Reino Unido y seguidamente se ha establecido legalmente en 14 países más en el continente y en Israel. La mayoría de esta prescripción la llevan a cabo enfermeras en el nivel posbásico. Cada vez más países han admitido o están desarrollando la figura de la EPA con autoridad para prescribir (Maier 2019). En general, la amplitud y el ámbito de la prescripción tienen distintos grados de limitación. Solo tres países/regiones de Europa Occidental han concedido autoridad de prescripción casi plena basada en un enfoque clínico: Irlanda, Países Bajos y Reino Unido (Maier 2019). En España, la autoridad para prescribir de las enfermeras lleva desde 2008 incorporada en el plan de estudios universitarios de pregrado. La normativa para la puesta en vigor de este proceso se ultimó en 2009. Los estudiantes que han alcanzado las competencias y se han graduado tras cursar un programa de formación de pregrado pueden prescribir una vez contratados como enfermeras.

En Islandia la batalla por los derechos de las enfermeras para prescribir contracepción hormonal ha durado más de dos décadas. En diciembre de 2018, el Parlamento de Islandia cambió las leyes farmacéuticas y las leyes sobre la Dirección de Salud para incluir a las enfermeras y las parteras entre los profesionales sanitarios autorizados a prescribir contracepción hormonal. En enero de 2021, entró en vigor la reglamentación sobre los derechos de prescripción de las enfermeras y las parteras en el país. La Facultad de Enfermería de la Universidad de Islandia comenzó a ofrecer cursos en enero de 2020 a estudiantes de nivel de máster en enfermería de atención primaria, así como a enfermeras graduadas, estudiantes de partería y parteras graduadas.

4) Sudeste asiático

Tailandia tiene algún nivel de prescripción de enfermería desde hace dos décadas. En 2002, el gobierno del país promovió a las enfermeras de atención directa como profesionales estratégicos, en particular en clínicas comunitarias. Su autoridad para prescribir medicamentos a través de un formulario ha contribuido a ampliar su ámbito de práctica (Hanucharumkul 2007; OMS 2016). El Consejo de Enfermería de India ha establecido recientemente la figura de la enfermera de atención directa en cuidados críticos que permite prescribir en entornos de cuidados agudos a través de un protocolo (Consejo de Enfermería de India 2016). India también ha autorizado recientemente un proveedor de salud de nivel medio que está integrado en la figura de la enfermería comunitaria. Este puesto también cuenta con autoridad para prescribir tratamientos mediante protocolo (Consejo de Enfermería de India 2018).

5) Pacífico Occidental

En la región del Pacífico Occidental se ha producido un movimiento sustancial y rápido en relación con la prescripción de enfermería. Tanto Australia como Nueva Zelanda han establecido reglamentos que permiten que las enfermeras de nivel posbásico prescriban, además de las enfermeras de atención directa. Australia requiere un acuerdo de prescripción estructurado

en forma de órdenes permanentes o protocolos. La prescripción independiente comenzó en el año 2000 en el contexto de la enfermera de atención directa (Federación Australiana de Enfermería y Partería 2018). Nueva Zelanda permitió inicialmente que las enfermeras de nivel posbásico prescribieran en el área clínica de la diabetes que, sin embargo, se expandió para incluir un amplio espectro de medicinas sobre la base de reglamentos promulgados en 2016 (Departamento de Enfermería del Distrito de Salud Central n.d.; Consejo de Enfermería de Nueva Zelanda n.d.).

Otros países de renta alta en la región, como Singapur y Corea del Sur permiten la prescripción de enfermería solo en el nivel de práctica avanzada (Liew 2018; Universidad Oita de Enfermería y Servicios de Salud 2016; Schober & Green 2018). Vietnam, una economía emergente, también permite la prescripción de enfermería para la figura recién desarrollada de la enfermera de atención directa (The Voice of Vietnam Online 2016). Tonga y Papúa Nueva Guinea, países de renta baja y con recursos limitados ambos, permiten que las enfermeras de nivel posbásico puedan prescribir medicinas (Gregorio 2017; Matangi Tonga 2014).

Las enfermeras están obteniendo cada vez más la autoridad para prescribir medicaciones, la cual se les concede por estatuto nacional o regional y mediante otros organismos gubernamentales (por ejemplo, ministerios de salud). Este ámbito de práctica creciente refleja la evolución continuada del ejercicio de la enfermería, sobre todo como respuesta a las necesidades de mejorar la eficiencia o mitigar la escasez de médicos a nivel nacional.

Esta revisión ha identificado a 44 países en cinco regiones de la OMS con leyes o reglamentos formales que permiten que las enfermeras prescriban (Figura 1). De estos 44 países, el 70% (31 países) permite formalmente la prescripción de enfermería en el nivel posbásico, la cual se define como prescripción por parte de enfermeras que han finalizado su formación básica de enfermería, ya sea a nivel de diploma o de licenciatura. El treinta por ciento (13 países) permite la prescripción por parte de enfermeras en el nivel de práctica avanzada exclusivamente. El veinticinco por ciento del total autoriza la prescripción de enfermería tanto a nivel posbásico como avanzado (Figura 1).

El nivel de prescripción de enfermería que predomina en todo el mundo es el posbásico. Al considerar la causa potencial de esta tendencia, es importante tener en cuenta la categoría económica de cada país. Según la clasificación económica del Banco Mundial (Banco Mundial, 2019), los datos indican que el 38% de los países de renta baja a media autoriza la prescripción en el nivel posbásico respecto al 31% de los de renta alta (Figura 2), lo cual apunta a que la diferencia relativa a los niveles de renta nacional no es significativa y sugiere que el enfoque de la prescripción de enfermería, incluso en entornos dispares, es el mismo, es decir, inyectar eficiencias clave en sistemas que tienen dificultades para resolver las limitaciones del sistema sanitario central. Sin embargo, la diferencia entre la prescripción de enfermería autorizada a nivel de práctica avanzada es mayor entre los países de renta baja a media y los de renta alta. Los países de renta alta autorizan la prescripción de enfermería a nivel de práctica avanzada a mayor ritmo que los de renta baja (34% y 18% respectivamente) (Figura 2), lo cual podría deberse a la infraestructura educativa y del sistema de salud (en particular, los marcos regulatorios de alta calidad) en los países de renta baja que no son capaces de apoyar ampliamente la formación de enfermería a nivel de práctica avanzada o título de máster.

Las conclusiones de esta revisión amplían significativamente la literatura existente poniendo de manifiesto que la autoridad estatutaria para la prescripción de enfermería no solo está creciendo en los países de renta alta, sino también en los países de renta baja a media. En particular, destaca la expansión de la prescripción de enfermería en África. Diez naciones africanas tienen reglamentos formales que permiten la prescripción de enfermería. Seis de ellos autorizan la prescripción focalizada por parte de enfermeras de nivel posbásico: cinco permiten la prescripción de medicaciones antirretrovirales y uno permite la prescripción para cuidados paliativos. La prescripción de enfermería en el contexto del VIH/SIDA se califica Terapia Antirretroviral Iniciada y Gestionada por Enfermeras (NIMART por sus siglas en inglés), una iniciativa global innovadora

que ha sido ampliamente reconocida por incrementar el acceso a tratamiento para el VIH y mejorar la equidad de los servicios de salud en el África subsahariana (Holmes et al. 2012; Zuber et al. 2014). Se ha notado que NIMART, que representa el proceso de “compartición de tareas” o “desplazamiento de tareas” de los médicos hacia enfermeras debidamente formadas en entornos con escasez de personal sanitario, ofrece resultados clínicos comparables a la atención médica en términos de calidad de los cuidados y mejores resultados en relación con la retención del cliente y una menor pérdida hasta el seguimiento (Iwu & Holzemer 2014; Kredo et al. 2014). También es importante destacar que otras naciones de renta baja a media, como Tailandia, India, Tonga y Papúa Nueva Guinea, han adoptado reglamentos que permiten la prescripción de enfermería, también para abordar carencias similares de personal, en especial en entornos comunitarios y rurales (OMS 2016).

En contraste con las exigencias de la atención de salud en naciones de renta baja a media, las naciones de renta alta también han ampliado rápidamente sus reglamentos sobre la prescripción de enfermería. En la región europea, la prescripción de enfermería y los reglamentos asociados se han ampliado considerablemente en la última década (Maier 2019). Es cierto que hay numerosos motivos para la implementación de la prescripción de enfermería pero uno de los principales impulsores parece ser que los países están buscando modelos innovadores de prestación de atención de salud para combatir la creciente carga de enfermedades crónicas y atender a una población que está envejeciendo.

Conclusión

La aprobación regulatoria varía considerablemente entre regiones y países pero está claro que la prescripción por parte de las enfermeras es un fenómeno creciente. Y, lo que es más importante aún, tal y como pone de manifiesto esta revisión, no se limita únicamente a las naciones de renta alta. La autoridad gubernamental para que las enfermeras prescriban ha crecido considerablemente en los países de renta baja a media con modelos que se basan ampliamente en la enfermería generalista. Considerando todos los países objeto de este análisis, el modelo predominante es la prescripción por parte de enfermeras de nivel posbásico. La investigación en el futuro debe investigar la formación y las cualificaciones basadas en la competencia de las enfermeras prescriptoras. Además, estos modelos de prestación de servicios justifican una mayor investigación de los resultados de los pacientes en materia de calidad y satisfacción, así como en términos de rentabilidad.

FIGURA 1: PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA POR ESTATUTO/REGLAMENTO/CATEGORÍA ECONÓMICA					
	Estatuto/ reglamento	Amplia	Focalizada	Nivel	Categoría Banco Mundial
LAS AMÉRICAS: AMÉRICA DEL NORTE					
EE.UU. (NCSL Política sobre el ámbito de la práctica 2019)	X	X		EPA	RA
Canadá (Asociación de Enfermeras de Canadá 2015; Gobierno de Canadá 2012)	X	X		Posbásico, EPA	RA
LAS AMÉRICAS: SUDAMÉRICA/CARIBE					
Montserrat (Ministerio de Salud Monserrat 2012)	X	X		EPA	RBM
Belice (OPS, OMS, Ministerio de Salud Belice 2009)	X		X Solo psicotrópicos	Posbásico Enfermera de Atención Directa	RBM
Brasil (Martiniano et al. 2015)	X	X		Posbásico	RBM

FIGURA 1: PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA POR ESTATUTO/REGLAMENTO/CATEGORÍA ECONÓMICA					
	Estatuto/ reglamento	Amplia	Focalizada	Nivel	Categoría Banco Mundial
LAS AMÉRICAS: SUDAMÉRICA/CARIBE					
Columbia (Zamora, Londono & Palacios 2010)	X	X		Posbásico	RBM
México (Secretaría de Gobernación 2017)	X*	X		Posbásico	RBM
Sta. Lucía (Ministerio de Salud Sta. Lucía 2012)	X	X		EPA	RBM
Dominica (Mancomunidad de Dominica 2014)	X	X		EPA	RBM
ÁFRICA					
Ghana (Ministerio de Salud de Ghana 2004)	X	X		Posbásico, EPA	RBM
Kenia (Consejo de Enfermería de Kenia 2019)	X	X		Posbásico	RBM
Sudáfrica (Consejo de Enfermería de Sudáfrica 2012b)	X	X		Posbásico, EPA	RBM
Botsuana (Duma et al. 2014)	X	X		Posbásico, EPA	RBM
Zambia (Zuber et al. 2014)	X		X (VIH)	Posbásico	RBM
Namibia (Zuber et al. 2014)	X		X (VIH)	Posbásico	RBM
Zimbabue (Zuber et al. 2014)	X		X (VIH)	Posbásico	RBM
Esuatini (Zuber et al. 2014)	X		X (VIH)	Posbásico	RBM
Tanzania (Consejo de Enfermería y Partería de Tanzania 2014)	X	X	X (VIH)	Posbásico	RBM
Camerún (Ngoasong & Groves 2015)	X	X	Posbásico		RBM
Uganda (Downing et al. 2017)	X		X (Cuidados paliativos)	Posbásico	RBM
EUROPA					
Estonia (Habicht 2017; Maier 2019)	X	X		Posbásico	RA
Finlandia (Maier 2019; Merasto 2014)	X	X		Posbásico, EPA	RA
Islandia	X		X	Posgrado	RA
Irlanda (Junta de Enfermería y Partería de Irlanda 2017; Director de la Oficina de Servicios de Enfermería: Irlanda 2008)	X	X		Posbásico, EPA	RA

FIGURA 1: PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA POR ESTATUTO/REGLAMENTO/CATEGORÍA ECONÓMICA					
	Estatuto/ reglamento	Amplia	Focalizada	Nivel	Categoría Banco Mundial
EUROPA					
Países Bajos (Maier 2019; Kroezen et al. 2011a)	X	X		Posbásico, EPA	RA
Noruega (Skjeldestad 2012)	X		X (Contracepción)	Posbásico	RA
Polonia (Zarzeka et al. 2017)	X	X		Posbásico (Repetición de la prescripción), Especialista (Máster)	RA
Suecia (Maier 2019)	X	X		Posbásico	RA
Reino Unido (Maier 2019)	X	X		Posbásico, EPA	RA
Francia (Maier 2019)	X**			Posbásico	RA
Chipre (Maier 2019)	X**			EPA	RA
España (Maier 2019)	X			Posbásico	RA
Dinamarca (Maier 2019)	X	X	X (Solo repetición de la prescripción)	Posbásico	RA
Suiza (Maier 2019)				EPA ****	RA
Israel (Schober & Green 2018)	X***		X (Cuidados paliativos, geriátricos, DM, NICU, UCI quirúrgica)	EPA	RA
SUDESTE ASIÁTICO					
Tailandia (Hanucharunkui 2007; OMS 2016)	X	X		EPA	RBM
India (Consejo de Enfermería de India, 2016 y 2018)	X	X		Posbásico, EPA	RBM
PACÍFICO OCCIDENTAL					
Singapur (Liew 2018)	X	X		EPA	RA
Corea del Sur (Schober & Green 2018)	X	X		EPA	RA
Taiwán (ibid)	X	X		EPA	RA
Vietnam (The Voice of Vietnam Online 2016)	X	X		EPA	RBM
Australia (Federación Australiana de Enfermería y Partería 2018)	X	X		Posbásico, EPA	RA

FIGURA 1: PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA POR ESTATUTO/REGLAMENTO/CATEGORÍA ECONÓMICA					
	Estatuto/ reglamento	Amplia	Focalizada	Nivel	Categoría Banco Mundial
PACÍFICO OCCIDENTAL					
Nueva Zelanda (Consejo de Enfermería de Nueva Zelanda n.d.)	X	X		Posbásico, EPA	RA
Tonga (Matangi Tonga Online 2014)	X	X		Posbásico	RBM
Papua New Guinea (Gregorio 2017; Joshua et al. 2014)	X			Posbásico	RBM
<p>* Legislación promulgada, no está claro si se ejerce en la actualidad ** Legislación promulgada, a la espera de implementación *** Solo repetición de la prescripción **** Enfermera especialista con título de máster ***** Ajustar medicaciones, realizar rehidratación intravenosa, limitado al cantón de Vaud RA – País de renta alta según el Banco Mundial RBM– País de renta baja a media según el Banco Mundial</p> <p>Amplio - Para los fines de este documento, amplio se refiere a un abanico completo y extenso de fármacos y productos terapéuticos.</p> <p>Focalizado - Para los fines de este documento, localizado se refiere a las limitaciones de prescribir para una condición clínica específica (p. ej. VIH) o fármacos determinados.</p>					

Figura 2: Nivel de enfermera prescriptora por nivel económico del país

	RENDA BAJA A MEDIA	RENDA ALTA
<i>Enfermera de nivel posbásico</i>	38%	31%
<i>Enfermera de práctica avanzada</i>	18%	34%

Apéndice 3: Marco estratégico del reto de la seguridad global del paciente (OMS 2018).



© World Health Organization 2018. Some rights reserved. This work is available under the CC BY-NC-SA 3.0 IGO licence.

REFERENCIAS

Abuzour, A. S., Lewis, P. J., & Tully, M. P. (2018). Practice makes perfect: A systematic review of the expertise development of pharmacist and nurse independent prescribers in the United Kingdom. *Res Social Adm Pharm*, 14(1), 6-17. doi:10.1016/j.sapharm.2017.02.002

American Nurses Association (n.d.). Scope of Practice [online]. Acceso el 7 de julio de 2021. Obtenido en <https://www.nursingworld.org/practice-policy/scope-of-practice/>

American Nurses Association (2010). Credentialing Definitions [online]. Obtenido en <https://www.nursingworld.org/education-events/faculty-resources/research-grants/styles-credentialing-research-grants/credentialing-definitions/>

Australian Nursing and Midwifery Federation. (2018). Registered nurse and midwife prescribing. ANMF Position Statement. Obtenido en http://www.anmf.org.au/documents/policies/P_Registered_Nurse_and_Midwife_Prescribing.pdf

Banco Mundial. (2019). Data for low and middle income, and high income countries. Obtenido en <https://data.worldbank.org/?locations=XO-XD>

Brodie, L., Donaldson, J., & Watt, S. (2014). Non-medical prescribers and benzodiazepines: A qualitative study. *Nurse Prescribing*, 12(7), 353-359. doi:10.12968/npre.2014.12.7.353

Brown, V. B., Oluwatosin, O. A., & Ogundeji, M. O. (2017). Impact of training intervention on immunization providers knowledge and practice of routine immunization in Ibadan, south-western Nigeria: a primary health care experience. *PAMJ*. doi:10.11604

Canadian Nurses Association. (2015). Framework for the Practice of Registered Nurses in Canada. Obtenido en <https://www.cna-aic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/framework-for-the-practice-of-registered-nurses-in-canada.pdf>

Casey, M., Rohde, D., Higgins, A., Buckley, T., Cashin, A., Fong, J., . . . McHugh, A. (2020). "Providing a complete episode of care": A survey of registered nurse and registered midwife prescribing behaviours and practices. *Journal of Clinical Nursing*, 29(1-2), 152-162. doi:10.1111/jocn.15073

Clark, C. E., Smith, L. F., Taylor, R. S., & Campbell, J. L. (2011). Nurse-led interventions used to improve control of high blood pressure in people with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*, 28(3), 250-261. doi:10.1111/j.1464-5491.2010.03204.x

College and Association of Registered Nurses of Alberta. (2019). Registered nurse prescribing schedule 1 drugs and ordering diagnostic tests. Obtenido en https://nurses.ab.ca/docs/default-source/document-library/standards/registered-nurse-prescribing-schedule-1-drugs-and-ordering-diagnostic-tests-requirements-and-standards.pdf?sfvrsn=67eba52b_14

College of Nurses of Ontario. (2020). Journey to prescribing [en línea]. Obtenido en <https://www.cno.org/en/trending-topics/journey-to-rn-prescribing/>

Commonwealth of Dominica. (2014). 2014 Nurses Act. Obtenido en <https://www.dominicanursingcouncil.dm/index.php/documents>

Consejo Internacional de Enfermeras (2006). *Fact Sheet: Credentialing*.

Consejo Internacional de Enfermeras (2009). Implementing Nurse Prescribing: An Updated Review of Current Practice Internationally. Trends and issues in nursing. Developed by Ball, J. for the International Council of Nurses.

Consejo Internacional de Enfermeras (2013). Declaración de Posición del CIE: ámbito de la práctica de la enfermería. Obtenido en https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/B07_Ambito_practica_enfermeria-Sp.pdf

Consejo Internacional de Enfermeras (2019). *Competencias Centrales para la Enfermería de Catástrofes*. Obtenido en <https://www.icn.ch/publications?page=2>

Cooper, R. J., Anderson, C., Avery, T., Bissell, P., Guillaume, L., Hutchinson, A., . . . Ward, P. (2008). Nurse and pharmacist supplementary prescribing in the UK--a thematic review of the literature. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 85(3), 277-292. doi:10.1016/j.healthpol.2007.07.016

Cope, L. C., Abuzour, A. S., & Tully, M. P. (2016). Nonmedical prescribing: where are we now? *The Adv Drug Saf*, 7(4), 165-172. doi:10.1177/2042098616646726

Creedon, R., Byrne, S., Kennedy, J., & McCarthy, S. (2015). The impact of nurse prescribing on the clinical setting. *British journal of nursing*, 24 17, 878-885.

Crown, J. (1999). Review of prescribing, supply & administration of medicines. Obtenido en https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130105143320/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4077153.pdf

Delamaire, M. L., & Lafortune, G. (2010). *Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries*. Obtenido en https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en

Donaldson, L. J., Kelley, E. T., Dhingra-Kumar, N., Kieny, M. P., & Sheikh, A. (2017). Medication Without Harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge. *Lancet*, 389(10080), 1680-1681. doi:10.1016/S0140-6736(17)31047-4

Downing, J., Kivumbi, G., Nabirye, E., Ojera, A., Namwanga, R., Katusabe, R., . . . Leng, M. (2018). *15 An evaluation of palliative care nurse prescribing: a mixed methods study in uganda* (Vol. 8).

Duma, S., Dippenaar, J., Bhengu, B., Oosthuizen, A., Middleton, L., Phillips, M., . . . Uys, L. (2014). Specialist and Advanced Specialist Nursing and Midwifery Practice. *Trends in Nursing*, 1, 102. doi:10.14804/1-1-28

Dumas, F., & Cariou, A. (2014). [Epidemiology, prognostic data of cardiac arrest in 2014]. *Presse Med*, 43(7-8), 768-774. doi:10.1016/j.lpm.2014.04.009

Flottorp, S., Jamtvedt, G., Gibis, B., & McKee, M. (2010). *Using audit feedback to health professionals to improve the quality and safety of health care*. Obtenido en Ginebra: <https://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/2010/using-audit-and-feedback-to-health-professionals-to-improve-the-quality-and-safety-of-health-care>

Gallagher, P., Lang, P. O., Cherubini, A., Topinkova, E., Cruz-Jentoft, A., Montero Errasquin, B., . . . O'Mahony, D. (2011). Prevalence of potentially inappropriate prescribing in an acutely ill population of older patients admitted to six European hospitals. *Eur J Clin Pharmacol*, 67(11), 1175-1188. doi:10.1007/s00228-011-1061-0

Gebbie, K. (2008). *Competency-To-Curriculum Toolkit*. Obtenido en https://www.phf.org/resources/Tools/Documents/Competency_to_Curriculum_Toolkit08.pdf

Gielen, S. C., Dekker, J., Francke, A. L., Mistiaen, P., & Kroezen, M. (2014). The effects of nurse prescribing: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(7), 1048-1061. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.12.003

Government of Canada. (2012). New classes of practitioners regulations. Obtenido en <http://canadagazette.gc.ca/rp-pr/p2/2012/2012-11-21/html/sor-dors230-eng.html>

Graham-Clarke, E., Rushton, A., Noblet, T., & Marriott, J. (2018). Facilitators and barriers to non-medical prescribing - A systematic review and thematic synthesis. *PLoS One*, 13(4), e0196471. doi:10.1371/journal.pone.0196471

Gregorio, M. A. (2017). A glimpse of the healthcare workforce in Papua New Guinea. Obtenido en https://www.pfizer.com/files/responsibility/global_health/mark_anthony_gregorio.pdf

Habicht, T. (2017). Family nurses given prescription right for a limited number of medicines. Obtenido en <http://www.hspm.org/countries/estonia05112013/livinghit.aspx?Section=5.3%20Primary%20/%20ambulatory%20care&Type=Section#30Familynursesgrantedprescriptionright-foralimitednumberofmedicines>

Hanrahan, B. A., & Williams, A. (2017). Prevention of mother-to-child transmission of HIV guidelines: Nurses' views at four primary healthcare facilities in the Limpopo Province. *South Afr J HIV Med*, 18(1), 690. doi:10.4102/sajhivmed.v18i1.690

Hanson, C. M., & Cahill, M. (2019). Understanding regulatory, legal and credentialing requirements. In M. F. Tracy & E. T. O'Grady (Eds.), *Advanced practice nursing: An integrative approach* (pp. 563-584). St. Louis: Elsevier.

Hanson, C. M., & Hamric, A. B. (2003). Reflections on the continuing evolution of advanced practice nursing. *Nursing Outlook*, 51(5), 203-211.

Hanucharunkul, S. (2007). Nurses in primary care and the nurse practitioner role in Thailand. *Contemp Nurse*, 26(1), 83-93. doi:10.5172/conu.2007.26.1.83

HealthWorkforceAustralia. (2013). *Health professionals prescribing pathway project: Final report*. Adelaide, SA: Health Workforce Australia.

Hernandez, F., Majoul, E., Montes-Palacios, C., Antignac, M., Cherrier, B., Doursounian, L., . . . Hindlet, P. (2015). An Observational Study of the Impact of a Computerized Physician Order Entry System on the Rate of Medication Errors in an Orthopaedic Surgery Unit. *PLoS One*, 10(7), e0134101-e0134101. doi:10.1371/journal.pone.0134101

Hindi, A. M. K., Seston, E. M., Bell, D., Steinke, D., Willis, S., & Schafheutle, E. I. (2019). Independent prescribing in primary care: A survey of patients', prescribers' and colleagues' perceptions and experiences. *Health & Social Care in the Community*, 27(4), e459-e470. doi:10.1111/hsc.12746

Holmes, C. B., Blandford, J. M., Sangrujee, N., Stewart, S. R., DuBois, A., Smith, T. R., . . . Goosby, E. P. (2012). PEPFAR's past and future efforts to cut costs, improve efficiency, and increase the impact of global HIV programs. *Health Aff (Millwood)*, 31(7), 1553-1560. doi:10.1377/hlthaff.2012.0562

Indian Nursing Council. (2016). Nurse practitioner in critical care (post graduate-residency program). Obtenido en https://main.mohfw.gov.in/sites/default/files/57996154451447054846_0.pdf

- Indian Nursing Council. (2018). Integration of mid-level health provider in basic BSc. Nursing and post basic BSc. nursing curriculum. Obtenido en <https://www.indiannursingcouncil.org/uploads/pdf/160017236610805013415f60b14e8c3d7.pdf>
- Iwu, E. N., & Holzemer, W. L. (2014). Task shifting of HIV management from doctors to nurses in Africa: clinical outcomes and evidence on nurse self-efficacy and job satisfaction. *AIDS Care*, 26(1), 42-52. doi:10.1080/09540121.2013.793278
- Jones, M., & Cameron, D. (2017). Evaluating 5 years' NIMART mentoring in South Africa's HIV treatment programme: Successes, challenges and future needs. *South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*, 107(10), 839-842. Obtenido en <http://europepmc.org/abstract/MED/29022525>
- Joshua, I. B., Passmore, P. R., Parsons, R., & Sunderland, V. B. (2014). Appropriateness of prescribing in selected healthcare facilities in Papua New Guinea. *Health Policy Plan*, 29(2), 257-265. doi:10.1093/heapol/czt012
- Kredo, T., Adeniyi, F. B., Bateganya, M., & Pienaar, E. D. (2014). Task shifting from doctors to non-doctors for initiation and maintenance of antiretroviral therapy. *Cochrane Database Syst Rev*(7), CD007331. doi:10.1002/14651858.CD007331.pub3
- Kroezen, M., van Dijk, L., Groenewegen, P. P., & Francke, A. L. (2011a). Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC health services research*, 11, 127. doi:10.1186/1472-6963-11-127
- Kroezen, M., van Dijk, L., Groenewegen, P. P., & Francke, A. L. (2011b). Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res*, 11, 127. doi:10.1186/1472-6963-11-127
- Ladd, E., & Hoyt, A. (2016). Pharmaceutical Industry Interactions With Nonprescribing Clinicians: A Complex Web of Influence. *JAMA Intern Med*, 176(11), 1720-1721. doi:10.1001/jamainternmed.2016.5284
- Latter, S., & Courtenay, M. (2004). Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 26-32. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00839.x
- Liew, I. (2018). First pharmacists, advanced practice nurses certified to prescribe medicines. The Straits Times Singapore. Obtenido en <https://www.straitstimes.com/singapore/first-pharmacists-advanced-practice-nurses-now-certified-to-prescribe-medicines>
- Ling, D.-L., Lyu, C.-M., Liu, H., Xiao, X., & Yu, H.-J. (2017). The necessity and possibility of implementation of nurse prescribing in China: An international perspective. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(1), 72-80. doi:10.1016/j.ijnss.2017.12.011
- Mabelane, T., Marincowitz, G. J. O., Ogunbanjo, G. A., & Govender, I. (2016). Factors affecting the implementation of nurse-initiated antiretroviral treatment in primary health care clinics of Limpopo Province, South Africa. *South African Family Practice*, 58(1), 9-12. doi:10.1080/20786190.2015.1114704
- Maier, C. B. (2019). Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Hum Resour Health*, 17(1), 95. doi:10.1186/s12960-019-0429-6
- Martiniano, C. S., Andrade, P. S. d., Magalhães, F. C., Souza, F. F. d., Clementino, F. d. S., & Uchôa, S. A. d. C. (2015). Legalization of Nurse Prescribing of Medication in Brazil: History, Trends and Challenges. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24, 809-817.

Matangi Tonga Online. (2014). Parliament Committee passed Bill for nurses to prescribe medication. Obtenido en <https://matangitonga.to/2014/03/26/parliament-committee-passed-bill-nurses-prescribe-medication>

Mathibe, M. D., Hendricks, S. J., & Bergh, A. M. (2015). Clinician perceptions and patient experiences of antiretroviral treatment integration in primary health care clinics, Tshwane, South Africa. *Curationis*, 38(1). doi:10.4102/curationis.v38i1.1489

Mboweni, S. H., & Makhado, L. (2019). Impact of NIMART training on HIV management in Ngaka Modiri Molema District, North West province. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 11, 100170. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijans.2019.100170>

McIntosh, T., Stewart, D., Forbes-McKay, K., McCaig, D., & Cunningham, S. (2016). Influences on prescribing decision-making among non-medical prescribers in the United Kingdom: systematic review. *Family practice*, 33(6), 572-579.

Merasto, M. (2014). *Medicinal product prescribing influencing the future: the Finnish experience adopting the Irish approach*. Paper presented at the 2nd Nurse and Midwife Medicinal Product Prescribing Conference. <http://www.hse.ie/eng/about/Who/ONMSD/Practicedevelopment/NursePrescribing/Medicinal%20Product%20Prescribing%20Influencing%20the%20Future%20The%20Finnish%20Experience%20Adopting%20the%20Irish%20Model.pdf>

Midcentral Health Nursing Department (n.d.). Registered nurse prescribing fact sheet. Obtenido en <http://www.midcentralthb.govt.nz/WorkingMDHB/CareerInformation/Nursing/Documents/Registered%20Nurse%20Prescribing%20FAQ.pdf>

Ministry of Health. (2012a). Montserrat – Nurses and Midwives Act. Obtenido en <http://agc.gov.ms/wp-content/uploads/2011/10/Nurses-and-Midwives-Act.pdf>

Ministry of Health. (2012b). St. Lucia pharmaceutical country profile. Obtenido en <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19745en/s19745en.pdf>

Ministry of Health Ghana. (2004). Ghana National Drug Policy. Obtenido en <https://www.moh.gov.gh/wp-content/uploads/2016/02/Ghana-National-Drug-Policy-2nd-edition.pdf>

Ministry of Health, S. L. (2012). St. Lucia pharmaceutical country profile. Obtenido en <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19745en/s19745en.pdf>

Monyatsi, G., Mullan, P. C., Phelps, B. R., Tolle, M. A., Machine, E. M., Gennari, F. F., . . . Anabwani, G. M. (2011). HIV management by nurse prescribers compared with doctors at a paediatric centre in Gaborone, Botswana. *South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*, 102(1), 34-37.

Muzigaba, M., Mngqibisa, R., Ncama, B., Pillay, S., & Nadesan-Reddy, N. (2017). Upskilling nursing students and nurse practitioners to initiate and manage patients on ART: An outcome evaluation of the UKZN NIMART course. *African Journal of Health Professions Education*, 9, 153-158. doi:10.7196/AJHPE.2017.v9i3.879

Naughton, C., & Hayes, N. (2017). Deprescribing in older adults: a new concept for nurses in administering medicines and as prescribers of medicine. *Eur J Hosp Pharm*, 24(1), 47-50. doi:10.1136/ejhpharm-2016-000908

Ngoasong, M., & Groves, W. (2015). Determinants of personal resilience in the workplace: Nurse prescribing in an African work context. *Human Resource Development International*, 19, 1-16. doi:10.1080/13678868.2015.1128677

- NHS Wales. (2017). *Non-Medical prescribing in Wales*. Obtenido en <http://www.awmsg.org/>
- Nissen, L., Kyle, G., Stowasser, D., Lum, E., Jones, A., & McLean, C. (2010). *Non-Medical Prescribing: An exploration of likely nature of, and contingencies for, developing a nationally consistent approach to prescribing by non-medical health professionals*.
- Nissen, L., Lynne, T., & Bettenay, K. (2015). *Optimising registered nurse and midwife prescriptive authority in medicines, poisons and therapeutic goods regulatory mechanisms in Queensland*. Obtenido en Queensland University of Technology.
- Noblet, T., Marriott, J., Graham-Clarke, E., & Rushton, A. (2017). Barriers to and facilitators of independent non-medical prescribing in clinical practice: a mixed-methods systematic review. *J Physiother*, 63(4), 221-234. doi:10.1016/j.jphys.2017.09.001
- NPS MedicineWise. (2021). *Prescribing Competencies Framework: embedding quality use of medicines into practice*. Sydney: Department of Health.
- Nursing and Midwifery Board of Ireland. (2017). Advanced practice nursing standards and requirements. Obtenido en <https://www.nmbi.ie/NMBI/media/NMBI/Advanced-Practice-Nursing-Standards-and-Requirements-2017.pdf?ext=.pdf>
- Nursing and Midwifery Board of Ireland. (2019). *The Practice Standards and Guidelines for Nurses and Midwives with Prescriptive Authority*. Dublin. Obtenido en https://www.nmbi.ie/NMBI/media/NMBI/NMBI-Practice-Standards-Guidelines-02-03-2020_2.pdf?ext=.pdf
- Nursing and Midwifery Council. (2018). Enabling professionalism in nursing and midwifery practice. Obtenido en <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/other-publications/enabling-professionalism.pdf>
- Nursing Council of Kenya. (2019). Scope of practice for entry level nurses and midwives of Kenya.
- Nursing Council of New Zealand (n.d.). Registered nurse prescribing. Obtenido en https://www.nursingcouncil.org.nz/Public/Nursing/Nurse_prescribing/NCNZ/nursing-section/Nurse_Prescribing.aspx
- Nuttall, D. (2018). Nurse prescribing in primary care: a metasynthesis of the literature. *Primary health care research & development*, 19(1), 7-22. doi:10.1017/S1463423617000500
- O'Connor, M. N., Gallagher, P., & O'Mahony, D. (2012). Inappropriate prescribing: criteria, detection and prevention. *Drugs Aging*, 29(6), 437-452. doi:10.2165/11632610-000000000-00000
- Office of the Nursing & Midwifery Service Director. (2020). *Evaluation of the Impact of Implementing a Draft Policy to Develop Advanced Nurse Practitioners (cANPs/RANPs) to Meet Health Service Needs*. Dublin: Department of Health. Obtenido en <https://www.lenus.ie/handle/10147/629382>
- Office on Nursing Services Director: Ireland. (2008). Guiding framework for the implementation of nurse and midwife prescribing in Ireland. Obtenido en http://www.hse.ie/eng/about/Who/ONMSD/Practicedevelopment/NursePrescribing/Guiding_Framework_for_the_Implementation_for_Nurse_and_Midwife_Prescribing_in_Ireland.pdf
- Oita University of Nursing and Health Services. (2016). Development of the First Nurse Practitioner Graduate Program in Japan. Obtenido en http://www.oita-nhs.ac.jp/English/nurse_practitioner_project

Organización Mundial de la Salud. (2007). *People-Centred Health Care: Policy Framework*. Obtenido en: http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/documents/ENG-PCIPolicyFramework.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2009). Glosario. Obtenido en https://www.who.int/medicines/areas/coordination/English_Glossary.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Medicines in Healthcare Delivery: Thailand*. Obtenido en https://www.who.int/docs/default-source/searo/hsd/edm/csa-thailand-situational-assessment-2015.pdf?sfvrsn=5b7590c4_2

Organización Mundial de la Salud. (2017). *WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm*. Obtenido en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255263/1/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?ua=1&ua=1>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *The third WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm*. Obtenido en <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *WHO Medicines, Vaccines and Pharmaceutical Annual Report 2018 - Promoting access to safe, effective, quality and affordable essential medical products for all*. Obtenido en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324765>

Pan American Organization, World Health Organization, & Belize Ministry of Health. (2009). *WHO-AIMS Report on Mental Health System in Belize*. Obtenido en <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/7686>

Park, J., Han, X., & Pittman, P. (2020). Does expanded state scope of practice for nurse practitioners and physician assistants increase primary care utilization in community health centers? *J Am Assoc Nurse Pract*, 32(6), 447-458. doi:10.1097/JXX.000000000000263

Pharmaceutical Society of Australia. (2016). *National competency standards framework for pharmacists in Australia*. Deakin West: Pharmaceutical Society of Australia. Obtenido en <https://www.psa.org.au/wp-content/uploads/2018/06/National-Competency-Standards-Framework-for-Pharmacists-in-Australia-2016-PDF-2mb.pdf>

Phillips, S. J. (2020). 32nd Annual APRN Legislative Update: Improving access to high-quality, safe, and effective healthcare. *The Nurse practitioner*, 45(1), 28-55. doi:10.1097/01.NPR.0000615560.11798.5f

Royal College of Nursing. (2014). *RCN fact sheet. Nurse prescribing in the UK*. London: RCN.

Scanlon, A., Murphy, M., Smolowitz, J., & Lewis, V. (2020). National Nursing Association and Regulatory Authority Websites of Low-Income and Lower-Middle-Income Countries. *Journal of Nursing Regulation*, 11(1), 48-57. doi:10.1016/S2155-8256(20)30061-2

Schiff, G. D., Galanter, W. L., Duhig, J., Koronkowski, M. J., Lodolce, A. E., Pontikes, P., . . . Lambert, B. L. (2012). A prescription for improving drug formulary decision making. *PLoS Med*, 9(5), 1-7. doi:10.1371/journal.pmed.1001220

Schober, M. (2017). *Strategic Planning for Advanced Nursing Practice*.

Schober, M. (2019). An international perspective of advanced nursing practice. In P. McGee & C. Inman (Eds.), *Advanced practice in health care: Dynamic developments in nursing and allied professions* (pp. 19-38). Oxford: Wiley Blackwell.

Schober, M., & Green, A. (2018). Global perspectives on advanced nursing practice. In L. Joel (Ed.), *Advanced Practice Nursing: Essentials for the Role Development* (4 ed.). Philadelphia: Davis Company.

Scope of Practice Policy. (2019). Nurse practitioner overview. Obtenido en <http://scopeofpractice-policy.org/practitioners/nurse-practitioners/>

Scott, I. A., Hilmer, S. N., Reeve, E., Potter, K., Le Couteur, D., Rigby, D., . . . Martin, J. H. (2015). Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med*, *175*(5), 827-834. doi:10.1001/jamainternmed.2015.0324

Secretaría de Gobernación. (2017). Diario oficial de la Federación. Obtenido en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5475523&fecha=08/03/2017

Skjeldestad, F. (2012). Prescription of contraception to young women. Obtenido en <http://tidsskriftet.no/2012/02/originalartikkel/forskrivning-av-prevensjon-til-unge-kvinner>

South African Nursing Council. (2012a). Advanced practice nursing: SANC's position paper/statement. Obtenido en <https://www.sanc.co.za/position-advanced-practice-nursing/>

South African Nursing Council. (2012b). Regulations relating to the keeping, supply, administering, prescribing or dispensing of medicine by registered nurses. Obtenido en https://www.sanc.co.za/wp-content/uploads/2020/06/gg34851gon1044_20111214-Keeping_Medicines.pdf

Stenner, K., & Courtenay, M. (2008). The role of inter-professional relationships and support for nurse prescribing in acute and chronic pain. *J Adv Nurs*, *63*(3), 276-283. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04707.x

Stewart, A. M., Lindley, M. C., & Cox, M. A. (2016). State Law and Standing Orders for Immunization Services. *Am J Prev Med*, *50*(5), e133-e142. doi:10.1016/j.amepre.2015.10.003

Stewart, D., Jebara, T., Cunningham, S., Awaisu, A., Pallivalapila, A., & MacLure, K. (2017). Future perspectives on nonmedical prescribing. *Ther Adv Drug Saf*, *8*(6), 183-197. doi:10.1177/2042098617693546

Sutton, R. T., Pincock, D., Baumgart, D. C., Sadowski, D. C., Fedorak, R. N., & Kroeker, K. I. (2020). An overview of clinical decision support systems: benefits, risks, and strategies for success. *NPJ Digit Med*, *3*, 17. doi:10.1038/s41746-020-0221-y

Tanzania Nursing and Midwifery Council. (2014). Scope of practice of nurses and midwives in Tanzania. Obtenido en <https://careersdocbox.com/Nursing/66364001-Scope-of-practice-for-nurses-and-midwives-in-tanzania.html>

Tatar, O. (2015). *A mixed methods systematic review of the barriers and facilitators of medication regimen adherence in primary care patients with Alzheimer's dementia and related disorders*. McGill University.

The Voice of Vietnam Online. (2016). Nurse practitioners transforming Vietnam healthcare.

United Nations. (2016). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Obtenido en <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>

Watson, C. (2020). Prescription for care. *Journal of Prescribing Practice*, *2*, 398-403. doi:10.12968/jppr.2020.2.7.398

Weeks, G., George, J., Maclure, K., & Stewart, D. (2016a). Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*, 11, CD011227. doi:10.1002/14651858.CD011227.pub2

Weeks, G., George, J., Maclure, K., & Stewart, D. (2016b). Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(11). doi:10.1002/14651858.CD011227.pub2

Weglicki RS, Reynolds J, Rivers PH. Continuing professional development needs of nursing and allied health professionals with responsibility for prescribing. *Nurse Educ Today*. 2015 Jan;35(1):227-31. doi: 10.1016/j.nedt.2014.08.009. Epub 2014 Aug 27. PMID: 25240679.

Wright, D. J., Scott, S., Buck, J., & Bhattacharya, D. (2019). Role of nurses in supporting proactive deprescribing. *Nurs Stand*, 34(3), 44-50. doi:10.7748/ns.2019.e11249

Zamora, L., Londoño, C., & Palacios, M. (2010). Características de la prescripción por Enfermería en la ciudad de Cali, Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28, 163-170.

Zarzeka, A., Panczyk, M., Zmuda-Trzebiatowska, H., Belowska, J., Samolinski, L., Iwanow, L., & Gotlib, J. (2017). Nurse Prescribing. Knowledge and Attitudes of Polish Nurses in the Eve of Extending Their Professional Competences: Cross-Sectional Study. *Acta Pol Pharm*, 74(3), 1031-1038.

Zimmermann, A., Cieplikiewicz, E., Wąż, P., Gaworska-Krzemińska, A., & Olczyk, P. (2020). The Implementation Process of Nurse Prescribing in Poland-A Descriptive Study. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2417. doi:10.3390/ijerph17072417

Zuber, A., McCarthy, C. F., Verani, A. R., Msidi, E., & Johnson, C. (2014). A survey of nurse-initiated and -managed antiretroviral therapy (NIMART) in practice, education, policy, and regulation in east, central, and southern Africa. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 25(6), 520-531. doi:10.1016/j.jana.2014.02.003



Consejo Internacional de Enfermeras

3, Place Jean Marteau

1201 Ginebra, Suiza

+41229080100

icn@icn.ch

www.icn.ch