

Enfermería de práctica avanzada y fronteras competenciales de las profesiones sanitarias españolas

Pablo Meseguer Gancedo¹

Recibido: 1-7-2021/ Aceptado: 22-10-2021

Resumen. El avance en el desarrollo profesional de la enfermería española, el aumento de su nivel formativo, las disputas por delimitar los espacios competenciales de los distintos profesionales de la salud y los procesos organizacionales encaminados a la disminución de los costes sanitarios constituyen el contexto en el que se ha popularizado en España el término enfermería de práctica avanzada. Un término empleado para dar cuenta de tareas y desarrollos profesionales heterogéneos que coinciden en precisar de una formación y una experiencia más amplias que las de las enfermeras generalistas y que la profesión enfermera está utilizando como herramienta simbólica desde la que proyectar sus aspiraciones y desarrollar sus estrategias de ampliación de sus fronteras competenciales.

Palabras clave: enfermería de práctica avanzada, fronteras competenciales, formación enfermera, profesiones sanitarias.

[en] Advanced practice nursing and jurisdictional borders of Spanish health professions

Abstract. Progress in the professional development of Spanish nursing, an increase in its level of training, disputes over defining the jurisdictions of different health professionals and organisational processes aimed at reducing healthcare costs constitute the context in which the term advanced practice nursing has become popular in Spain. A term used to account for heterogeneous professional tasks and developments that coincide in requiring more extensive training and experience than those of general nurses, and which the nursing profession is using as a symbolic tool to project its aspirations and to develop strategies for expanding its jurisdictional borders.

Keywords: advanced practice nursing, jurisdictional borders, nurse training, health professions.

Sumario: 1. Introducción. 2. De Ayudantes Técnicos Sanitarios a profesionales de los cuidados. 3. Las disputas interprofesionales en el marco de la *Ley de ordenación de las profesiones sanitarias*. 4. La enfermería de práctica avanzada en España y su contexto. 5. Conclusiones. 6. Bibliografía.

Cómo citar: Meseguer Gancedo, P. (2022). Enfermería de práctica avanzada y fronteras competenciales de las profesiones sanitarias españolas. *Sociología del Trabajo*, 100, 117-129.

1. Introducción

Las disputas interprofesionales por delimitar las tareas que cada profesión ha de desempeñar se han revelado como un fructífero punto de observación desde el que analizar la evolución de las profesiones. Así, en *El sistema de las profesiones*, una de las obras de referencia de la sociología de las profesiones, se señala:

Las profesiones [...] constituyen un sistema interdependiente. En este sistema cada profesión tiene sus actividades bajo varias formas de jurisdicción. Algunas tienen un control total, otras un control subordinado a otro grupo. Las fronteras jurisdiccionales están en disputa permanente, tanto al nivel de las prácticas locales como al de los derechos nacionales. La historia de las disputas jurisdiccionales es la historia real, determinante de las profesiones (Abbott, 1988: 2).

¹ Universidad Complutense de Madrid. Email: pmesegue@ucm.es

En este artículo se aborda la forma en la que la enfermería de práctica avanzada está poniendo en cuestión las fronteras competenciales (o jurisdiccionales, según la terminología de Abbott) de esta profesión en España. Con el objetivo de analizar las diferentes dimensiones que se entrecruzan en el uso que a este concepto se le está dando, el artículo analiza cómo el avance en el desarrollo profesional de la enfermería española, el aumento de su nivel formativo, las disputas por delimitar los espacios competenciales de los distintos profesionales de la salud y los procesos organizacionales encaminados a la disminución de los costes sanitarios constituyen el contexto desde el que se está empleando el término enfermería de práctica avanzada. De este modo, el abordaje de estas dimensiones pretende analizar cómo las aspiraciones de ampliación de las fronteras competenciales de la enfermería española han de confrontarse con la pertinaz utilización de la fuerza de trabajo enfermera como factor productivo extremadamente flexible pero también con aquellas prácticas gerenciales que buscan disminuir los costes sanitarios asociando cada función productiva a aquella profesión que, contando con las competencias necesarias, esté ligada a un volumen salarial menor. Para ello comenzaremos analizando el proceso, iniciado a finales de la década de 1970, que fue ampliando la autonomía competencial de la enfermería española y la fue desligando de la figura auxiliar de la actividad médica de la que provenía. A continuación nos centraremos en cómo la *Ley de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS)*² de 2003 supuso el reconocimiento jurídico de los cuidados de enfermería como el espacio competencial bajo exclusiva responsabilidad enfermera y en la forma en la que esta ley delimita las tareas que corresponde desarrollar a los diferentes profesionales de la salud. Una vez revisado este marco legislativo, abordaremos el contexto en el que se está desplegando la enfermería de práctica avanzada en España, una denominación utilizada para dar cuenta de tareas y desarrollos profesionales heterogéneos que coinciden en precisar de una formación y una experiencia más amplias que las de las enfermeras³ generalistas.

Para desarrollar el recorrido propuesto se ha empleado un material empírico que combina entrevistas en profundidad a profesionales de la salud y fuentes secundarias de corte jurídico y documental (fundamentalmente libros, revistas, comunicados y blogs de miembros y colectivos de la enfermería española)⁴. Su análisis se ha acometido desde la perspectiva teórica de la sociología de las profesiones, a algunas de cuyas principales herramientas conceptuales se ha recurrido para la elaboración de las conclusiones del artículo.

2. De Ayudantes Técnicos Sanitarios a profesionales de los cuidados

También en el caso de la enfermería española las disputas por delimitar sus fronteras competenciales constituyen un fructífero punto de observación a la hora de interpretar su evolución. De hecho, el origen en 1986 del SATSE⁵, sindicato hegemónico en la profesión y que en la actualidad constituye uno de sus principales actores colectivos, se produjo precisamente como consecuencia de un conflicto competencial surgido por el relevo de los Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) que trabajaban en los servicios centrales hospitalarios por técnicos especialistas. El nacimiento de este sindicato había estado precedido por una década de intensas transformaciones en la sanidad española en general y en la profesión enfermera en particular, cuyo punto de arranque suele situarse en la creación en 1977 de la titulación de Diplomado Universitario en Enfermería (DUE). La formación de DUE sustituía a la de ATS, vigente desde 1953, cuando se habían unificado los estudios de enfermeras, matronas y practicantes. El tránsito hacia la educación universitaria no implicó exclusivamente una ampliación del tiempo y los contenidos formativos previos al ejercicio profesional de las enfermeras, sino que también permitió que éstas asumieran su propia formación. Hasta ese momento la formación de los ATS había correspondido a un colectivo médico afanado en instruir a un personal de enfermería subordinado y encargado de llevar cabo labores auxiliares de la práctica médica. La entrada de la enfermería en la universidad supuso un espacio de socialización en una nueva concepción de la profesión que, buscando desligarse de la figura subalterna a la autoridad médica vigente hasta entonces, impulsó los cuidados de enfermería como el espacio competencial autónomo desde el que habría de reconstruirse la actividad enfermera. Este proceso se apoyó simbólicamente en la elaboración de una separación conceptual entre los términos curar y cuidar, identificando a la enfermería con el primero y conceptualizando a la medicina como la profesionalización de las funciones de curar (Infante, 2003).

Esta reconceptualización de la enfermería como la profesión sanitaria del cuidado y su distanciamiento frente a la figura auxiliar de la medicina que habían supuesto los ATS no implicó en absoluto que las enfermeras dejaran de asumir funciones directamente vinculadas con la curación de enfermedades. En este sentido, con la elaboración de la separación conceptual entre curar y cuidar como términos mutuamente excluyentes lo determinante habría sido dotar simbólicamente a la profesión de un área de actuación autónoma para, desde la relativa indeterminación de su con-

² En este artículo las citas literales a la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias aparecerán referenciadas como (BOE: 2003).

³ En este artículo, ante la disyuntiva de utilizar la convención gramatical del genérico masculino *enfermeros* o la convención social que usa el femenino *enfermeras* como genérico, se ha optado por la segunda opción. En las referencias a los miembros de la enfermería utilizando denominaciones oficiales o legislativas se ha respetado el género empleado por dichas denominaciones.

⁴ Parte del material empírico empleado fue producido durante la elaboración de la tesis doctoral *Cuidar profesionalmente. Una aproximación a la profesión enfermera en España*, presentada en 2017 en la Universidad Complutense de Madrid y codirigida por Carlos Prieto Rodríguez y Elena Casado Aparicio.

⁵ Las siglas SATSE corresponden a Sindicato de Ayudantes Técnicos Sanitarios de España. En 1989 se modificó dicho nombre por el de Sindicato de Enfermería pero se mantuvo SATSE como acrónimo.

tenido, propiciar espacios de desarrollo profesional no subordinados a la ciencia médica y que pudieran ejercerse sin contacto rutinario ni dependencia con respecto a las actuaciones de los facultativos. Esta aspiración confluyó con el interés de quienes, desde el ámbito político, estaban reformando el sistema sanitario y buscaban desarticular el poder que durante el franquismo habían tenido las élites médicas en lo relativo a la política sanitaria y la organización de las actividades del conjunto de trabajadores de la salud. La apuesta de los nuevos gobiernos democráticos por ampliar la cobertura sanitaria al conjunto de la población, materializada en la *Ley General de Sanidad* de 1986, reclamaba procesos de racionalización productiva y de control del gasto en los que fuera la propia Administración Sanitaria la que fijara los criterios organizativos del trabajo del conjunto de los profesionales de la salud, dejando así de depender de las formas tradicionales que, hasta entonces, habían estado en manos de la jerarquía médica. Así, al tiempo que la cobertura sanitaria del Sistema Nacional de Salud fue extendiéndose al conjunto de la población residente en España, también fueron imponiéndose nuevas formas de gestión pública que colocaron el control del gasto como uno de los principales vectores de transformación del sector sanitario, lo que implicó una creciente eventualidad en el empleo de los profesionales de la salud y una progresiva flexibilidad organizativa de sus actividades. Si bien este contexto no suprimió la todavía importante influencia que el colectivo médico sigue teniendo en las dinámicas organizativas del sector, sí favoreció que el trabajo enfermero fuera paulatinamente dejando de organizarse como un apéndice del de los médicos, que aparecieran tareas enfermeras desligadas de las labores médicas, que se creara la Dirección de Enfermería (que en los organigramas sanitarios se situó al mismo nivel que la Dirección Médica) y que se fueran ampliando las funciones enfermeras, tanto en el ámbito asistencial como en la investigación, la docencia y la gestión.

3. Las disputas interprofesionales en el marco de la *Ley de ordenación de las profesiones sanitarias*

El desarrollo de la enfermería como profesión del cuidado desvinculada de la posición subordinada a los médicos que representaban los ATS se ha ido construyendo desde planos muy diversos, como son la reorganización de sus tareas en torno a procesos de atención de enfermería, la configuración de sus conocimientos bajo la forma de ciencia enfermera, la formalización de estos saberes en procesos de trabajo normalizados, la evaluación de la eficacia y la eficiencia de los mismos por medio de herramientas de análisis de costes y de resultados en salud, etc. En el plano jurídico, el reconocimiento del espacio competencial propio de las enfermeras se ha desplegado por medio de diferentes normativas, entre las que resulta especialmente relevante la *LOPS* de 2003.

En esta ley la enfermería, al igual que la medicina y otras ocupaciones, es situada dentro del grupo de las profesiones sanitarias tituladas, correspondiéndole facultativamente “la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades” (BOE, 2003: 41.446). Este reconocimiento legislativo de la enfermería como profesión sanitaria y facultativa había sido uno de los tradicionales anhelos de sus órganos de representación. De hecho, sólo unos meses después de la aprobación de la *LOPS*, la Organización Colegial de Enfermería⁶, al transformar en revista su periódico *Enfermería Actualidad*, aprovechó para modificar su título por el de *Enfermería Facultativa*. Considerar a la enfermería profesión facultativa no sólo supone la sanción legal a la existencia de un espacio competencial bajo responsabilidad exclusiva de las enfermeras, sino que también implica delimitar la profesión desde su autonomía con respecto a la medicina. En palabras del presidente del Colegio de Enfermeros de Badajoz, el aval legal de la *LOPS* al carácter facultativo de la enfermería supuso, en lo que al plano jurídico se refiere, un punto de inflexión “por dos motivos: uno, porque la Profesión de Enfermero no es una actividad sujeta a indicación y supervisión del Médico, como la calificaba la anterior regulación; y dos, porque goza de plena autonomía técnica y científica, así como la de dirigir los cuidados de enfermería” (Tardío, 2013).

El proceso a través del cual la enfermería ha alcanzado su reconocimiento legal como profesión facultativa en los términos que lo hace la *LOPS* ha estado plagado de múltiples fricciones con la profesión médica. Por lo general, antes y después de la aprobación de la *LOPS*, la Organización Médica Colegial ha mostrado una actitud poco colaborativa, cuando no directamente beligerante, en relación al desarrollo profesional de la enfermería. Una beligerancia que se observa en la hostilidad que expresan ciertos médicos ante algunas de las aspiraciones de las enfermeras, tal como describe, de nuevo, el presidente del Colegio de Enfermeros de Badajoz al hilo de una carta al director de un periódico extremeño remitida por un médico:

Fíjense lo que escribe un médico en el Diario Hoy. Lo titula así: “Para los enfermeros LLORONES: Pero ¿qué les pasa a los enfermeros llorones? [...] Todo el mundo quiere asumir COMPETENCIAS DEL MÉDICO, EXCLUSIVAS, los enfermeros [...] parecen ahora súper dioses y la realidad es que NO LO SON, simplemente son DUEOS o ENFERMEROS. Los enfermeros quieren QUITAR a los médicos del 112 de las UMEs 7, total si con sus diagnósticos de enfermería ellos pueden salvar vidas... [...]. Ahora los enfermeritos quieren RECETAR, NOOOOO. ESO ES DEL MÉDICO, vete a la facultad y estudia medicina. [...] Es una especie de invasión de competencias la que quieren los enfermeros cuando muchos Profesionales de Enfermería hacen su trabajo estupidamente y

⁶ La Organización Colegial de Enfermería está formada por los diferentes Colegios profesionales provinciales y por el Consejo General de Enfermería (CGE), que es la organización estatal que los agrupa.

⁷ Siglas correspondientes a Unidad Móvil de Emergencia.

luego los RADICALES de la enfermería que les gusta “jugar a los médicos” quieren más y más y más... Cualquier enfermero que quiera ser médico, que estudie medicina, todos los años se convocan plazas y si no, por favor, QUE NO JODA PORQUE ESTOY HARTO DE LO MISMO. Vaya usted a cualquier Centro de Salud y dígame al enfermo que hoy no lo ve un médico, que lo va a ver un enfermero que saben mucho [...]. Yo cuando voy al MÉDICO, quiero que me atienda UN MÉDICO y no un enfermero que ahora están como locos buscando competencias porque a ellos se les ha agotado el pastelito tan cómodo de saco sangre, pilló una vía, no me molestes para nada más... A CURRAR COÑO y a DEJAR DE MOLESTAR A LOS MÉDICOS que bastantes problemas tienen como para que ahora les deis la coña”.

Todo lo anterior es literal, no hemos quitado ni añadido nada, ni una sola coma. Después, obviamente, tuvo la respuesta oportuna, que versó en los siguientes términos. [...] En cuanto a los seis años en que se estructura el plan de estudio de la titulación [...] en Medicina, debemos saber que eso es pura, simple y llana voluntad del Gobierno de turno [...]. ¿Y por qué el “Gobierno” lo hace así?: pues muy sencillo, porque obedece fielmente lo que las instituciones médicas quieren, igual que redactaron la Ley del Medicamento: ¡porque lo hicieron los médicos! [...]. Se refiere el citado señor médico que nos acusa de ser “llorones” a la prescripción, cuando debería estarse calladito al respecto, ya que, como decimos, la redacción de la Ley del Medicamento es obra personal de ese “grupito” de presión que ha conseguido una redacción que, constitucionalmente, no se sostiene. Pero como este País funciona así, el grupito ha conseguido esa redacción (Tardío, 2008).

Las quejas manifestadas por el presidente del Colegio de Enfermeros de Badajoz ante la todavía importante influencia del colectivo médico en los procesos de delimitación de los espacios competenciales de las profesiones sanitarias en absoluto implican que la enfermería actúe de forma diametralmente opuesta cuando son otras ocupaciones las que cuestionan sus propias fronteras competenciales. De hecho, la profesión enfermera actúa de forma muy similar con respecto a las auxiliares de enfermería⁸. Por ejemplo, la Mesa de la Profesión Enfermera se expresaba de esta forma en relación a una propuesta legislativa de remodelación del plan de estudios de las auxiliares de enfermería:

La Mesa de la Profesión Enfermera, compuesta por el Consejo General de Enfermería y el sindicato SATSE, ha mostrado su rechazo al Real Decreto que regula el Título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y sus enseñanzas mínimas. De este modo, ha presentado alegaciones por considerar que una regulación “precipitada” podría vulnerar el “contenido esencial” de la profesión de enfermero. Considera la entidad que esta norma no sólo provocaría un conflicto laboral en la sanidad pública, sino que tendría repercusiones sobre la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente. Según la Mesa de la Profesión Enfermera, la enfermera puede delegar de manera puntual ciertos actos de los cuidados de enfermería, de menor calado, en los Técnicos Auxiliares de Enfermería, pero la enfermera siempre tiene que ser la que ostente la responsabilidad de dichos actos, ya que son de su competencia. En las reclamaciones presentadas se alerta de que hay aspectos en la norma que invaden competencias de los enfermeros o que, en todo caso, es necesario que se aclaren. En la competencia general del auxiliar se ha eliminado [...] la referencia “bajo la dependencia del diplomado de Enfermería” [...]. Se utiliza también [...] el término “responsable del plan de cuidados” cuando el enfermero es el único responsable legal de este plan (CGE, 2015).

Las actuaciones de los órganos de representación de la enfermería española con vistas a evitar que cambios en la profesión de auxiliar de enfermería puedan, en los términos expresados en la cita precedente, «vulnerar el “contenido esencial” de la profesión de enfermero» no se restringen al espacio formativo, sino que se extienden a otros muchos planos de la realidad social en los que ambas profesiones toman forma. Sirva como muestra la respuesta que dio el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana ante la creación de la figura de Coordinador de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en un hospital alicantino:

El Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) quiere denunciar la ambigüedad y la ilegalidad que supone la creación de la figura de coordinador en el colectivo de técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería (TCAE), anteriormente llamados auxiliares de Enfermería, en el Hospital Universitario Virgen de la Salud de Elda. Una medida que obedece más a una cesión política que a una adecuada gestión operativa que lo único que hace es fraccionar de manera innecesaria, no ajustada a la legalidad vigente, la Dirección de Enfermería que es la encargada de coordinar a todo este personal. [...] Los técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería dependen orgánica y funcionalmente de la Dirección de Enfermería, algo que debemos recordar a la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública y en ningún caso estamos dispuestos a que se cuestione, aspecto este que podría dar lugar a interposición de acciones administrativas y/o judiciales [...]. Otro de los aspectos que llama la atención [...] es que, si bien a Enfermería se le ha puesto todo tipo de trabas a la hora de ocupar algún cargo de gestión dentro del staff de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, se cree ahora, con toda ligereza, la

⁸ En la LOPS las auxiliares de enfermería (Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, según su denominación oficial actual) aparecen categorizadas no como profesión sanitaria, sino como parte de los profesionales del área sanitaria de formación profesional. Con respecto a ellos, la LOPS indica que “ejercerán su actividad profesional sanitaria de acuerdo con las normas reguladoras de la formación profesional [...], en el marco del respeto a la competencia profesional, responsabilidad y autonomía propias de las profesiones sanitarias” (BOE, 2003: 41.444).

figura de un coordinador para los técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería que no tiene razón de ser, máxime cuando ese puesto no está creado legalmente [...]. Para el CECOVA la medida es un brindis al sol que está al margen de la legalidad vigente y que induce a los TCAE a cometer posibles delitos de intrusismo profesional y al enfrentamiento entre colectivos. Por último, queremos destacar que no tenemos nada en contra de los técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería, pero tienen que asumir las competencias que les confieren su titulación y formación; no estamos en contra de su desarrollo profesional pero deben hacerlo sin asumir competencias ni roles que son propias de las enfermeras profesionales. Es necesario trabajar en equipo pero teniendo en cuenta que la legislación vigente otorga a estos colectivos distintos niveles de responsabilidad en función de su titulación y que es preciso observar en aras de una atención sin fisuras y de calidad (CECOVA, 2016).

Las dos citas precedentes ilustran cómo, en los discursos y las prácticas de los órganos colegiales y sindicales de la enfermería española, la posición adoptada ante las aspiraciones de desarrollo profesional de las auxiliares es muy similar a la que critican al dar cuenta de las barreras que despliega la profesión médica ante las enfermeras. La forma de narrarlo es, por el contrario, diferente. Así, cuando la legislación niega aspiraciones competenciales a la profesión enfermera, la razón esgrimida es que *«obedece fielmente a lo que las instituciones médicas quieren»*, mientras que cuando las enfermeras tratan de impedir la creación de una figura de coordinación entre las auxiliares, lo hacen *«teniendo en cuenta que la legislación vigente otorga a estos colectivos distintos niveles de responsabilidad en función de su titulación y que es preciso observar en aras de una atención sin fisuras y de calidad»*. No es éste, sin embargo, el punto de vista expresado por representantes sindicales de las auxiliares, quienes también consideran que la capacidad de influencia de la profesión enfermera sobre los legisladores es una variable a considerar a la hora de interpretar la normativa que les afecta:

Nuestro objetivo es el nivel 3. Para que me entiendas, el nivel 3 es lo que hay en la clasificación del Ministerio [de Educación]. De ahí nos han metido y nos han sacado como han querido, pero a lo que vamos es que lo que la auxiliar quiere, lo que pedimos nosotros como sindicato es formación profesional de grado superior [...]. Eso afectaría a las nuevas auxiliares, pero también a nosotras, también a las que estamos trabajando. Porque todo cambiaría, sería otra categoría, otro sueldo, pero sería para todos, no sólo para las nuevas [...]. No llega, y no sé si llegará algún día, la enfermería no quiere y la enfermería siempre ha tenido más amigos en donde se deciden estas cosas [...]. Tendríamos que mirar todos por el servicio, mejor que cada uno por su categoría, pero con estas cosas al final todos barremos para lo nuestro, y ahí la auxiliar siempre pierde [Auxiliar de enfermería del servicio de Aparato Digestivo de un hospital público de Castilla y León. 51 años. Delegada sindical de Comisiones Obreras].

Ante estas recurrentes disputas fruto de las aspiraciones de desarrollo profesional y de desempeñar funciones que otros grupos profesionales consideran como propias, no son pocas las voces que reclaman una delimitación más nítida de los espacios competenciales de las profesiones sanitarias españolas. Así, en un artículo sobre las fuentes legislativas que afectan a la enfermería, cuando el autor, enfermero y también licenciado en Derecho, evalúa la *LOPS*, señala que se trata de:

Una norma a mi juicio ambigua, pues [dice que] “corresponde a los Diplomados universitarios en enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería”. [...] Pero, ¿cuáles son esos cuidados de enfermería?, no los define la norma, creando así una inseguridad jurídica que habrá de suplir con la costumbre, que si se acredita es fuente de derecho (Castelló, 2007: 27).

Frente a estas demandas cabría señalar que definir de forma cerrada el contenido de los cuidados de enfermería (o de las funciones a desempeñar por cualquier ocupación) sólo sería posible si estas tareas resultaran inmutables y si las competencias adquiridas por los diferentes colectivos profesionales no estuvieran sujetas a modificaciones a lo largo del tiempo. En este sentido, el sector sanitario no supone una excepción a la maleabilidad constitutiva de la forma en la que se desarrollan el conjunto de las ocupaciones de nuestros días, en la medida en que el contenido de las actividades que deben desempeñarse, así como las características de los trabajadores que se ocupan de llevarlas a cabo, no están ni pueden estar definidos de una vez por todas en espacios laborales y productivos dinámicos. De hecho, la consustancial variabilidad de las actividades sanitarias y la imposibilidad de fijar estrictamente los colectivos encargados de implementar unas u otras funciones está reconocida en la propia *LOPS* cuando señala que:

Existe la necesidad de resolver, con pactos interprofesionales previos a cualquier normativa reguladora, la cuestión de los ámbitos competenciales de las profesiones sanitarias manteniendo la voluntad de reconocer simultáneamente los crecientes espacios competenciales compartidos interprofesionalmente y los muy relevantes espacios específicos de cada profesión. Por ello en esta ley no se ha pretendido determinar las competencias de unas y otras profesiones de una forma cerrada y concreta sino que establece las bases para que se produzcan estos pactos entre profesiones, y que las praxis cotidianas de los profesionales en organizaciones crecientemente multidisciplinarias evolucionen de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente (BOE, 2003: 41.443).

Como hemos visto, la delimitación de los mapas competenciales en el sector sanitario y, en concreto, en lo que a enfermeras, médicos y auxiliares de enfermería se refiere, está lejos de desarrollarse «*de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente*». No obstante, pese a beligerantes fricciones como las que hemos relatado, las relaciones interprofesionales en la sanidad española, en lo que a la delimitación de las funciones a desempeñar por cada profesión se refiere, están también plagadas de acuerdos, negociaciones, cesiones y colaboraciones a los que la propia *LOPS* insta cuando establece que “el equipo de profesionales es la unidad básica en la que se estructuran de forma unitaria o multiprofesional e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales” (ibíd.: 41.447), siendo posible “la delegación de actuaciones, siempre y cuando estén previamente establecidas dentro del equipo las condiciones conforme a las cuales dicha delegación o distribución de actuaciones pueda producirse” (ibíd.).

A tenor de la aspereza que, como hemos visto, manifiestan algunos de los conflictos interprofesionales en los que está inmersa la enfermería, resulta pertinente considerar, como hace la propia *LOPS*, que una de las más relevantes características de la sanidad española de los últimos años sea la existencia de «*crecientes espacios competenciales compartidos interprofesionalmente*» que son, al mismo tiempo, objeto de disputa por ser delimitados como «*muy relevantes espacios específicos de cada profesión*». De este modo, la inestabilidad constitutiva del vínculo que une a las diferentes categorías profesionales con unas u otras funciones productivas, así como las disputas existentes entre estas profesiones por ser empleadas en un sistema sanitario crecientemente competitivo, contribuyen a explicar el distinto posicionamiento de la profesión enfermera cuando es la medicina la que trata de impedir un desarrollo profesional enfermero que busca asumir mayores espacios competenciales, en contraposición a cuando son otras las profesiones que pretenden llevar a cabo un proceso equivalente que podría amenazar el espacio de empleabilidad de las enfermeras. Lo que, en términos concretos, se traduce en que el presidente del Colegio de Enfermeros de Badajoz pueda enfrentarse, como vimos, a la virulencia que ciertos médicos expresan ante el desarrollo competencial de la enfermería y sostenga que “en el mundo real la frontera entre «lo médico» y «lo enfermero» no existe, porque se trata de una frontera imaginaria que atenaza a muchos médicos y, lo que es peor, a muchas enfermeras” (Tardío, 2012a), sin que ello resulte un impedimento para que sea él mismo el que reafirme la frontera que legislativamente separa a las enfermeras de las auxiliares de enfermería y los técnicos sanitarios, enfatizando que:

Tanto los Técnicos Especialistas como las Auxiliares de Enfermería no tienen campo competencial propio. Su actividad se limita a lo que le indique la Enfermera. [...] Una Auxiliar “de” Enfermería, a la que se le ha exigido título de formación profesional de primer grado, no tiene –ni puede tener– atribuido campo competencial, porque su trabajo depende exclusivamente de la Profesión Sanitaria, titulada, regulada y colegiada de Enfermero, que es la única responsable de los cuidados –de todos los cuidados– que se presten a una persona hospitalizada. No hay más interpretación; es literal. La Auxiliar de Enfermería no puede verter esa expresión: “tú a lo tuyo y yo a lo mío”, por la sencilla razón de que la única Profesión responsable de lo que sucede en una unidad hospitalaria es la Enfermera; en ningún caso puede responder la Auxiliar de Enfermería, por la sencilla razón de que es eso, “auxiliar” de la Profesión Enfermero, que le indicará lo que tenga por conveniente, sin que por ello deje de ser la responsable de lo que pudiera sucederle al paciente ingresado” (Tardío, 2012b).

4. La enfermería de práctica avanzada en España y su contexto

Apuntábamos anteriormente que la imposible delimitación estricta en una norma como la *LOPS* de las funciones a desempeñar por cada una de las profesiones sanitarias se explica, en primer lugar, por la incesante transformación que acontece en las tareas que éstas desempeñan. Transformaciones originadas por las innovaciones farmacológicas, el desarrollo de nuevas tecnologías sanitarias, los procesos de reorganización productiva, las dinámicas de transformación, racionalización y normalización de las labores asistenciales, etc. El segundo de los motivos que explica la imposible delimitación estricta de funciones a la que apuntábamos se encuentra en que también las competencias de los distintos colectivos profesionales implicados están sujetas a múltiples mutaciones, que tienen en el espacio formativo uno de sus principales focos. En relación a este último aspecto, la enfermería española se ha visto atravesada durante los últimos años por dos relevantes cambios: la sustitución de la diplomatura de tres años por un grado de cuatro (en 2013 se tituló la primera promoción de enfermeras graduadas) y el reimpulso vivido por las especialidades enfermeras al amparo de los *Reales Decretos 450/2005 y 639/2014*.

Ya desde la misma creación del título de DUE y a lo largo de toda la década de 1980, tanto desde los órganos colegiales como desde las Escuelas de Enfermería habían surgido voces que manifestaban su voluntad de que la diplomatura de tres años constituyera sólo un paso intermedio que en el futuro habría de ser complementado con un segundo ciclo universitario o sustituido por una licenciatura. La diplomatura, al no igualar el tiempo de formación de las enfermeras con el de otros profesionales de la salud, seguía situando a la enfermería en el segundo escalafón de la jerarquía de las profesiones sanitarias. En lo que a la vida laboral de los docentes se refiere, el techo académico de los DUE quedaba situado en la figura de Profesor Titular de Escuela Universitaria. Por su parte, para acceder al doctorado era preciso cursar un segundo ciclo u otra licenciatura ajenos a la profesión, resultando por tanto imposible obtener el título de Doctor en Enfermería.

No es, sin embargo, hasta mediados de la década de 1990 cuando empezaron a intensificarse las presiones hacia las autoridades gubernamentales y a desplegarse estrategias colectivas desde distintos sectores de la profesión para ampliar los estudios enfermeros más allá del primer ciclo universitario. Estrategias que se materializaron en la puesta en funcionamiento de títulos propios de segundo ciclo por parte de varias universidades españolas y en la creación de una red interuniversitaria⁹ que en el año 2000 firmó un convenio con el Centro de Enseñanza Superior holandés Hogeschool Zeeland, lo que abrió una vía para obtener el título de *Bachelor of Nursing* por la institución holandesa, equivalente a la española licenciatura. Una fórmula que, además, permitió acceder desde España a los programas de doctorado como titulados extranjeros y, a través de ellos, doctorarse en Enfermería.

Si los títulos propios y los convenios con una universidad europea fueron la fórmula con la que algunas enfermeras formadas en España empezaron a licenciarse y doctorarse en su propia disciplina, también ha sido desde Europa desde donde han llegado los cambios que han transformado el título de DUE en un Grado Universitario en Enfermería (GUE), esta vez por la vía de la armonización de los sistemas universitarios auspiciada por el Espacio Europeo de Educación Superior, que ha eliminado la distinción entre licenciaturas y diplomaturas al sustituirlas por los grados. De este modo, las universidades españolas pusieron en funcionamiento sus títulos de GUE entre los cursos 2008-2009 y 2010-2011, adecuando dicha formación a la fórmula, generalizada para casi la totalidad de los estudios universitarios españoles, de 240 créditos repartidos en cuatro cursos académicos. Se satisfacía así el antiguo objetivo de ciertos segmentos de la profesión, básicamente del ámbito docente, consistente en equiparar académicamente a la enfermería con el resto de titulaciones universitarias. Una equiparación que, no obstante, no se ha producido con todas ellas y, en especial, con el grado de Medicina, cuya formación se ha establecido en 360 créditos repartidos en seis cursos académicos.

En lo que a las especialidades de enfermería se refiere, en 2005 el *Real Decreto 450/2005* (que años más tarde se reformularía sin afectar a su estructura básica a través del *Real Decreto 639/2014*) ha supuesto un reimpulso a la formación de enfermeras especialistas, la cual había estado prácticamente ausente durante casi dos décadas. En 1987 el *Real Decreto 992/1987* supuso el fin de las especialidades cursadas por los ATS, que se habían prolongado durante la década que ya llevaba vigente la titulación de DUE. La nueva normativa diseñó siete especialidades enfermeras, que quedaron pendientes de un desarrollo posterior que tardó en llegar y que, además, sólo lo hizo para las especialidades de Enfermería Obstétrica Ginecológica (Matrona) y de Enfermería de Salud Mental. De hecho, hubo que esperar a que el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas condenara a España por no contar con una formación específica de matrona para que esa especialidad volviera a ponerse en funcionamiento en 1994¹⁰. Cuatro años después echó también a andar la especialidad de Salud Mental. En cuanto a las otras cinco especialidades diseñadas en 1987 (Enfermería Pediátrica, Enfermería de Cuidados Especiales, Enfermería de Salud Comunitaria, Enfermería Geriátrica y Gerencia y Administración de Enfermería), ni siquiera llegaron a aprobarse sus programas formativos. Este escaso desarrollo de las especialidades diseñadas en 1987 corrió en paralelo a una creciente eventualidad del empleo enfermero¹¹. Ambos elementos favorecieron que la rotación entre servicios también aumentara, principalmente pero no de forma exclusiva entre las enfermeras con contratos eventuales.

Tras dieciocho años en vigor, la norma de 1987 quedó derogado con la aprobación en 2005 del *Real Decreto 450/2005*, en el que han desaparecido dos de las siete especialidades previstas en 1987 (Enfermería de Cuidados Especiales y Gerencia y Administración de Enfermería) y se han mantenido las otras cinco: Enfermería Obstétrica Ginecológica (Matrona), Enfermería de Salud Mental, Enfermería Pediátrica, Enfermería Geriátrica y Enfermería de Salud Comunitaria, que ha pasado a denominarse Enfermería Familiar y Comunitaria. Se han incluido, además, otras dos especialidades que no existían en la anterior normativa: Enfermería del Trabajo y Enfermería de Cuidados Médico Quirúrgicos.

La vía ordinaria para acceder al título de Enfermero Especialista es el concurso oposición, que da acceso a un contrato formativo de dos años como Enfermero Interno Residente (EIR). El decreto ha habilitado igualmente una vía extraordinaria para que, durante un periodo determinado ligado al momento en el que se han ido aprobando los programas formativos de cada una de las especialidades, también pueda obtenerse el título de Enfermero Especialista superando una prueba objetiva y acreditando un determinado tiempo de ejercicio profesional en las actividades propias de la especialidad. La formación vía EIR de seis de las siete especialidades aprobadas en 2005 lleva ya algunos años en funcionamiento¹². La excepción es la especialidad de Enfermería de Cuidados Médico Quirúrgicos, que todavía no se ha desarrollado y es la que daría pie a que las enfermeras que trabajan en el ámbito hospitalario (que es el que ocupa al grueso de la enfermería en España) pudieran contar con una formación y un reconocimiento de su puesto de trabajo como enfermeras especialistas. No obstante, la creación de la categoría profesional de enfermera especialista y su vinculación al puesto de trabajo (esto es, la obligatoriedad de que los puestos de trabajo asociados

⁹ Esta red interuniversitaria estaba formada por seis universidades públicas (las de Huelva, Almería, Lleida, Zaragoza, Rovira i Virgili y Autónoma de Madrid) y una privada (la Internacional de Cataluña).

¹⁰ La normativa europea obliga a que el puesto de trabajo de matrona sea cubierto por personal específicamente formado a tal efecto, pudiendo ser dicha formación bien una especialidad enfermera, bien un título independiente.

¹¹ Los estudios comparativos de la situación del empleo enfermero elaborados por Hernández Yáñez (2014) muestran que las enfermeras desempleadas en algún momento del año sobre el total de enfermeras en activo en España pasaron del 23% al 34% entre 1998 y 2014.

¹² Las especialidades de Matrona y Enfermería de Salud Mental no han interrumpido la convocatoria de plazas de EIR desde la década de 1990, Enfermería del Trabajo empezó a hacerlo el curso 2009-2010 y Enfermería Geriátrica, Enfermería Pediátrica y Enfermería Familiar y Comunitaria se le sumaron en el 2010-2011.

a cada una de las especialidades sean cubiertos por enfermeras especialistas), en lo que a la sanidad pública se refiere, depende de cada una de los Servicios de Salud Autonómicos y, a este respecto, su desarrollo está siendo lento y muy desigual. De hecho, a día de hoy la de Matrona es la única especialidad enfermera con vinculación a su puesto de trabajo plenamente implantada en todo el territorio nacional. Una especialidad cuyo desarrollo, como ya hemos señalado, está asociado al mandato imperativo de una directiva comunitaria europea.

Es en este marco de aumento del tiempo y los contenidos formativos de la enfermería española, inducido por la puesta en marcha del título de GUE y el reimpulso vivido por las especialidades enfermeras desde 2005, en el que el término de enfermería de práctica avanzada se ha popularizado en España. Un término que tiene como figura paradigmática la *nurse practitioner* estadounidense, que nació en aquel país cuando en la década de 1960 y ante una escasez de médicos en zonas rurales (donde a estos no les resultaba económicamente atractivo asentarse), algunas enfermeras experimentadas empezaron a asumir funciones tradicionalmente médicas (Pearson y Peels, 2002).

Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) la enfermería de práctica avanzada ha de interpretarse atendiendo a un contexto en el que las funciones enfermeras se están redefiniendo en todo el mundo, por lo que, desde la intención de identificar sus desarrollos presentes y futuros, propone la siguiente definición:

La enfermera de práctica avanzada es una enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimiento de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado, cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer. Como nivel de entrada se recomienda un título de nivel medio universitario (CIE, 2008).

El CIE propone también las siguientes características para definir la enfermería de práctica avanzada en lo relativo a su formación, la naturaleza de su práctica profesional y los mecanismos que regulan esta última.

Características de la enfermería de práctica avanzada según el Consejo Internacional de Enfermería

FORMACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Formación a nivel avanzado. • Reconocimiento oficial de los programas de formación con los que se prepara a las enfermeras de práctica avanzada acreditados o aprobados. • Sistema oficial de autorización, registro, certificación y acreditación.
NATURALEZA DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL
<ul style="list-style-type: none"> • En ella se integran la investigación, la formación, el ejercicio profesional y la gestión. • Alto grado de autonomía profesional y práctica independiente. • Gestión de casos/casos propios. • Capacidades avanzadas de evaluación de la salud, capacidades de adopción de decisiones y capacidades de explicación de diagnósticos. • Competencias clínicas avanzadas reconocidas. • Prestación de servicios de consultoría a los dispensadores de salud. • Planifica, ejecuta y evalúa los programas. • Reconocida como primer punto de contacto para los pacientes.
MECANISMOS REGULATORIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a diagnosticar. • Autoridad para recetar medicamentos. • Autoridad para recetar tratamientos. • Autoridad para remitir pacientes a otros profesionales. • Autoridad para admitir pacientes en los hospitales • Legislación que confiere y protege el título de “Enfermera de práctica avanzada”. • Legislación u otra forma de mecanismo reglamentario específico para las enfermeras de práctica avanzada. • Títulos oficialmente reconocidos para las enfermeras que desempeñan funciones de práctica profesional avanzada.

Fuente: Elaboración propia a partir de CIE (2008).

Los rasgos que plantea el CIE sirven tanto para describir la realidad existente en países en los que la enfermería de práctica avanzada está reconocida en tanto que categoría profesional como para identificar, proponer e impulsar desarrollos futuros en aquellos otros en los que, como en España, dicho reconocimiento no se ha producido. Así, aunque se ha señalado que “la idea de que en España existe una figura a la que se la puede considerar como enfermera de práctica avanzada [...] no es compartida por todos” (Carrera y Lázaro, 2011), durante las dos últimas décadas dicho término se está empleando para dar cuenta de desarrollos profesionales diferentes, cuyo nexos común es que reclaman una formación y una experiencia superiores a las de las enfermeras generalistas, al tiempo que suponen una forma híbrida entre las tradicionales atribuciones médicas y enfermeras (Alarcón, 2011; Galao, 2009; Hernández Yáñez, 2011; Appleby y Camacho-Bejarano, 2014).

Durante los últimos años esa hibridación de la práctica enfermera con funciones tradicionalmente médicas ha tenido como campo de disputa más visible la frontera competencial que supone la facultad de prescribir y recetar fármacos y productos sanitarios. El debate en torno a la prescripción enfermera apareció con fuerza en la sanidad española en 2005, cuando se anunció una nueva legislación sobre los medicamentos. El año siguiente, con la intención de influir sobre quienes debían redactar y aprobar la futura ley, el CGE realizó una encuesta con la que demostró que en la práctica diaria de la enfermería española había 170 procesos cotidianos en los que se prescribían más de 200 fármacos (CGE, 2006). Sin embargo, en la *Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios* no se abordó esta cuestión. Hubo que esperar tres años más para que en la *Ley 28/2009*, que modifica la norma de 2006, la prescripción enfermera fuera objeto de regulación. Esta ley sumó a los podólogos al restringido colectivo de profesionales habilitados para recetar autónomamente fármacos de uso humano sujetos a prescripción médica, en el que hasta entonces sólo se encontraban médicos y odontólogos. En el caso de las enfermeras, la ley afirmó su competencia para indicar, usar y autorizar la dispensación de productos sanitarios y de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica. En cuanto a estos últimos, la norma instaba al Gobierno a establecer una fórmula de acreditación para que las enfermeras pudieran prescribir algunos de ellos, aplicando para ello protocolos acordados entre las autoridades y las organizaciones colegiales de médicos y enfermeras.

La regulación ha quedado establecida finalmente en el *Real Decreto 954/2015* y su posterior modificación a través del *Real Decreto 1302/2018 por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros*. Así, las enfermeras han sido habilitadas para prescribir en tres tipos de supuestos. En primer lugar, en aquellos medicamentos y productos sanitarios no sujetos a receta médica, las enfermeras pueden prescribir de forma autónoma atendiendo a criterios de responsabilidad profesional. También pueden hacerlo en el caso de fármacos y productos sanitarios sujetos a prescripción médica que no requieran de un diagnóstico médico por tratarse de actuaciones propias de las enfermeras como la dispensación de vacunas, insulinas, oxitocinas, calmantes, etc. Finalmente, en aquellos medicamentos sujetos a prescripción y diagnóstico médico, las enfermeras quedan habilitadas para prescribir siempre que hayan sido acreditadas para ello y se hayan desarrollado previamente, mediante el acuerdo entre las autoridades y los profesionales, los protocolos y guías clínicas para cada medicamento en cuestión. Estos últimos requisitos han sido fuertemente cuestionados por parte del colectivo enfermero en base a que la acreditación previa que se reclama parece obviar que, en los planes de estudio de las enfermeras, las asignaturas sobre farmacología han estado presentes desde hace años. Por otro lado, en cuanto a los protocolos a desarrollar para cada medicamento sujeto a diagnóstico médico que podrían prescribir las enfermeras, se ha señalado que “lo cierto es que los requisitos para acreditar y validar una guía clínica son tan extenuantes que suponen de facto un obstáculo insalvable para que realmente una enfermera pueda indicar medicamentos sujetos a prescripción médica” (Antequera, 2015).

La puesta en funcionamiento de la prescripción enfermera se ha desarrollado tomando como punto de partida el plano de la regulación normativa, en el que el colectivo médico mantiene un fuerte peso, al seguir siendo el interlocutor prioritario de los poderes públicos cuando ha de legislarse en torno a la distribución competencial de las profesiones sanitarias. Sin embargo, en España el principal nivel en el que estos espacios competenciales se están poniendo en cuestión y están abriéndose vías de desarrollo profesional con perfiles propios de la enfermería de práctica avanzada no es tanto el de las regulaciones jurídicas de corte general sino, más bien, el de las prácticas locales (Hernández Yáñez, 2012). Unas prácticas locales que resultan relevantes en lo que a los movimientos de las fronteras competenciales de las profesiones sanitarias se refiere precisamente por las negociaciones y pactos interprofesionales a los que, como hemos visto, insta la *LOPS* permitiendo el desplazamiento de funciones dentro de los equipos asistenciales en los que participan diversas profesiones. Negociaciones como las que narra una de las matronas de un servicio de Ginecología y Obstetricia de un hospital madrileño cuando propusieron asumir la función de dar el alta hospitalaria a las mujeres atendidas por ellas:

La planta está cubierta 24 horas por enfermeras y auxiliares y nosotras [las matronas] pasamos a ver a las mujeres a las que les hemos atendido un parto nosotras. Es decir, partos normales los atendemos nosotras y las vamos a ver hasta que se van de alta. Tuvimos la iniciativa de dar el alta a estas mujeres, porque vienen de parto, las ingresamos nosotras, llevamos nosotras la dilatación, hacemos nosotras el parto, hacemos la primera valoración del puerperio. [...] Una vez que dan a luz, las dos primeras horas de puerperio están en el paritorio con nosotras y luego ya pasan a planta. Nuestra iniciativa fue pasar a ver a estas mujeres todos los días y darles nosotras el alta, puesto que todo el proceso inicial lo llevábamos nosotras. No veían un médico, no veían un especialista, un ginecólogo. Y nos parecía absurdo que en el último momento tuviera que llegar un ginecólogo a darle un papel. [...] Nosotras teníamos miedo a la resistencia que nos pudiéramos encontrar por parte de los médicos, pues porque de alguna manera estábamos asumiendo una competencia que hasta ese momento la habían estado haciendo ellos. No sabíamos si jurídicamente la podíamos asumir, pero el gabinete jurídico del hospital nos dijo que era nuestra competencia. Desde el momento en que nosotras la asumíamos nadie delegaba ninguna función en nosotras, sino que la estábamos asumiendo nosotras. [...] Dijeron que teníamos vía libre. Y nos daba miedo tanto la respuesta por parte de los médicos, a no querer ceder ese espacio, y también nos daba miedo la respuesta de algunas compañeras nuestras, matronas, a no querer asumir esas competencias, o esa responsabilidad, que durante mucho tiempo no hemos estado haciendo. Y nos encontramos con que quien nos frenó los pies fue enfermería, enfermería de

planta. [...] Enfermeras generalistas, pues porque decían que nosotras allí no pintábamos nada. Consideraban que nosotras estábamos haciendo lo que ellas ya hacían. [...] Estas enfermeras, y consiguientemente las auxiliares que trabajan 24 horas con ellas, se negaron a que nosotras pasáramos por planta. Y lo que alegaban es que para eso ya pasaba el ginecólogo y que para lo demás estaban ellas. Y bueno, ante este posicionamiento el jefe de servicio se echó atrás. [...] Los lazos que unían a la enfermería de planta y los médicos tenían un trato bastante más estrecho con ellos del que curiosamente pudiéramos tener nosotras. [...] Por la relación que ellas tenían con ellos, enfermería de planta con ginecología, pues ellas se quejaron y el jefe de servicio se echó para atrás y esta iniciativa pues se ha quedado un poco boicoteada. [...] Ha quedado boicoteada, pero nosotras seguimos yendo a la planta, que esto es algo que no hacíamos antes. Vamos a la planta a ver a las mujeres a las que les hemos atendido el parto. Bueno, antes lo hacíamos de una forma un poco así más por iniciativa propia y ahora está bastante más sistematizado: todos los días, todas las mañanas pasa una matrona por la planta. Otra cosa es que nuestro informe tenga validez, pero pasamos y no queremos dejar de pasar. O sea, no hemos conseguido todo lo que queríamos, pero hemos conseguido parte, con mucho malestar y con mucha pelea [Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrica Ginecológica (Matrona) del servicio de Ginecología y Obstetricia de un hospital público de gestión privada de la Comunidad de Madrid. 40 años].

Veámos anteriormente cómo en la sanidad española la delimitación de las fronteras competenciales genera significativos celos y posicionamientos confrontados entre las diferentes profesiones. También hemos observado cómo tras dos décadas en las que las especialidades enfermeras estuvieron prácticamente ausentes (con la excepción de las matronas y, en menor medida, de las enfermeras especialistas en el campo de la salud mental), desde 2005 éstas están atravesando un periodo de lento resurgimiento. Un resurgimiento que, al igual que acontece con los desarrollos profesionales propios de la denominada enfermería de práctica avanzada, está propiciando dinámicas de segmentación en el interior de la profesión enfermera. De este modo, en los procesos de redefinición de los espacios competenciales de la enfermería, los conflictos interprofesionales se están viendo crecientemente acompañados por tensiones dentro de la propia profesión como el que ilustra el caso de la cita precedente, en el que fueron las enfermeras generalistas las que limitaron la ampliación de funciones propia de la enfermería de práctica avanzada a la que aspiraban sus compañeras especialistas.

5. Conclusiones

Espacios y fronteras competenciales son los términos habitualmente empleados en la actualidad por los profesionales de la salud en España para referirse a lo que la sociología de las profesiones tradicionalmente ha denominado jurisdicciones y fronteras jurisdiccionales. Desde este campo de estudio sociológico la enfermería ha sido considerada, al menos hasta la década de 1970, como uno de los exponentes paradigmáticos de las semiprofesiones, esto es, de aquellas ocupaciones que contaban con algunos de los rasgos con los que la disciplina había definido a las profesiones consolidadas (amplia autonomía en el desarrollo de su propio trabajo, monopolio sobre el ejercicio de un ámbito de actuación productiva, actividad laboral sustentada en conocimientos teóricos, fuerte peso de las organizaciones corporativas en la regulación de su labor profesional, alto prestigio social, etc.), pero que no habían logrado alcanzar sus aspiraciones de plena profesionalización (Etzioni, 1969).

En el caso de la enfermería, estas aspiraciones frustradas habrían tenido como causa principal su importante dependencia funcional con respecto a los médicos. Sin embargo, a partir de la década de 1970 empezó a generalizarse a nivel mundial una reconfiguración de la profesión enfermera que buscaba sustituir la figura auxiliar de la autoridad médica vigente hasta entonces por un perfil profesional dotado de mayor autonomía. En este proceso resultó crucial lo que Acker (1991) denomina el imaginario necesario del cuidado, esto es, la construcción simbólica de un área de actividad propia desde la que proyectar las transformaciones concretas que habrían de desplegarse en los diferentes planos en los que toma forma la enfermería. En el caso español este imaginario necesario se desarrolló a través de la elaboración de una separación conceptual entre los términos cuidar y curar en tanto que mutuamente excluyentes y la identificación de la enfermería con el primero de ellos. Una separación conceptual que no implicó que la enfermería renunciara a las tareas vinculadas a la curación de enfermedades, sino que sirvió para que tanto éstas como el resto de funciones enfermeras comenzaran a pensarse, proyectarse y ejecutarse no como subordinadas y delegadas por los médicos, sino como las propias de una profesión dotada de autonomía funcional y conocimientos exclusivos desde los que delimitar su jurisdicción (Meseguer, 2021).

Hemos visto que esta jurisdicción enfermera quedó sancionada en 2003 en la legislación española a través de la *LOPS*, que vino a corroborar normativamente las intensas transformaciones que se habían ido sucediendo en la actividad asistencial, la docencia, la investigación y la gestión enfermeras desde que en 1977 la formación universitaria sustituyó a la de ATS. Es precisamente a partir del momento en el que la *LOPS* corrobora legislativamente que el imaginario necesario del cuidado se ha concretizado en las múltiples realidades en las que la enfermería española actúa cuando empieza a desplegarse un nuevo término, el de enfermería de práctica avanzada, desde el que proyectar algunas de las aspiraciones de cambio de la enfermería española actual. Ya indicábamos anteriormente que en España el término no remite a realidades claramente delimitadas sino que, más bien, se está utilizando para dar cuenta de

tareas y desarrollos profesionales heterogéneos que ya existen o hacia los que se aspira y que coinciden en precisar de una formación y una experiencia más amplias que las de las enfermeras generalistas. Es, en este sentido, en el que cabría considerar a la enfermería de práctica avanzada como un nuevo imaginario necesario que la enfermería española está usando como herramienta simbólica con la que proyectar sus aspiraciones y desarrollar sus estrategias de ampliación de sus fronteras jurisdiccionales.

Recurriendo a la terminología clásica de la sociología de las profesiones podría señalarse que si el imaginario del cuidado sirvió como herramienta simbólica en la construcción de la *jurisdicción* propia de la enfermería, el imaginario de la enfermería de práctica avanzada estaría siendo empleada en las estrategias de *usurpación* de tareas propias de la profesión médica por parte de la enfermería. No obstante, en el momento actual la usurpación de funciones médicas resulta difícilmente entendible como una mera traslación de tareas desde la medicina hacia la enfermería, pues en dicha traslación las propias tareas se están viendo ellas mismas transformadas. Los cambios acontecidos en la enfermería española durante las últimas décadas la han desligado de la figura auxiliar que caracterizaba a los ATS para ir desarrollando una profesión con un corpus de conocimientos propio como es la ciencia enfermera nutrido de prácticas de investigación y de innovaciones asistenciales. De este modo, cuando la enfermería asume tareas que venían desarrollando los médicos, las incorpora a esas dinámicas de reflexión, investigación e innovación, adaptándolas así a su propia práctica profesional.

Si las transformaciones que acompañaron al despliegue del imaginario del cuidado y que desligaron a la enfermería de la posición auxiliar de la medicina que había caracterizado a los ATS se vieron favorecidas por el interés de quienes, desde el ámbito político y administrativo, estaban tratando de desarticular el importante poder que la jerarquía médica había tenido durante el franquismo a la hora de organizar el trabajo del conjunto de los profesionales de la salud (sin que esto haya supuesto que los médicos hayan dejado de ser el interlocutor preferente de los poderes públicos a la hora de delimitar los mapas competenciales de las profesiones sanitarias), también en la actualidad nos encontramos con posiciones ambivalentes desde los espacios de decisión política y de gestión. Una ambivalencia que se manifiesta en la contraposición de los discursos y prácticas gerenciales que enfatizan la necesidad de emplear la actividad enfermera de forma flexible y aquellos otros que ponen el acento en el ahorro de costes que supone la ampliación de las funciones enfermeras.

Para el primero de estos posicionamientos gerenciales, la remodelación de las fronteras competenciales de las profesiones sanitarias en la línea de ampliar las funciones atribuibles a las enfermeras podría poner en peligro el funcionamiento ordinario del sector sanitario, que se sustenta en gran medida en la fuerte rotación y eventualidad del trabajo y el empleo enfermero. Algo que contribuye a explicar la inconclusa implantación de las especialidades enfermeras. Así, según Hernández Yáñez la comparación de la regulación de las especialidades de 1987 y la de 2005 muestra un sustancial cambio de modelo:

La regulación de 1987 asumía claramente la necesidad y existencia de la enfermera de cuidados generales y también la necesidad de enfermeras especializadas en áreas muy concretas y bien delimitadas del trabajo profesional. Un porcentaje indeterminado de enfermeras se especializarían en las diferentes áreas, pero la mayor parte de las enfermeras de base hospitalaria que no trabajaran en las áreas materno-infantil, psiquiátrica y sociosanitaria, así como casi todas las del primer nivel en puestos asistenciales, permanecerían como enfermeras de cuidados generales. [...] Sin embargo, la regulación de 2005 asume una filosofía totalmente contraria y claramente inspirada en las troncalidades de las especialidades médicas. Evidentemente no se trata de exigir una especialidad para entrar en el mercado laboral, como sucede con la profesión médica dentro de la Unión Europea, pero sí de desarrollar un catálogo de especialidades que pudiera acoger potencialmente a todas las enfermeras, sea cual sea su nivel asistencial, su área de desempeño asistencial o su puesto de trabajo” (Hernández Yáñez, 2010: 57).

La clave de este potencial desarrollo generalizado de los puestos de enfermera especialista al amparo de la regulación de 2005 se encuentra en la especialidad de Cuidados Médico Quirúrgicos. A diferencia de las otras seis especialidades, que cuentan con un nicho laboral bastante delimitado, dada la indefinición de la denominación Enfermería de Cuidados Médico Quirúrgicos, esta especialidad “podría acoger a todas las enfermeras de asistencia especializada que trabajen fuera de las otras áreas de especialización contempladas específicamente en el decreto” (ibíd.).

Un área de especialización tan amplia reclamaría subdividirse en áreas de capacitación específica más concretas, tal como prevé la propia *LOPS*. De hecho, en el proceso de negociación que antecedió al *Real Decreto 450/2005*, desde la Federación de Sociedades Científicas de Enfermería llegaron a proponerse 24 áreas de capacitación diferentes dentro de una especialidad cuya denominación original era la de Enfermería Clínica Avanzada¹³ (Curto, 2004). Según el director de la revista *Enfermería Nefrológica*, abordar un catálogo potencialmente tan amplio de áreas de capacitación implicaría reconocer que:

¹³ Las áreas de capacitación propuestas fueron: Análisis clínicos; Anestesia, reanimación y terapia del dolor; Cardiovascular; Cirugía vascular; Cuidados a grandes quemados; Cuidados a lesionados medulares; Cuidados intensivos; Cuidados paliativos; Deporte; Digestiva; Educación para la salud; Endocrinología; Holística y naturista; Nefrología; Neurología; Oncología; Otorrinolaringología y terapia cervico-facial; Pediatría (antes de que esta área de capacitación fuera propuesta como una especialidad en sí misma, tal como recogió finalmente el *Real Decreto 450/2005*); Perfusionista; Quirúrgica, Radiología, Traumatología y ortopedia; Urgencias y emergencias y Urología.

La atención especializada absorbe cerca del 70% del empleo de enfermería en el Sistema Nacional de Salud español, y por tanto transformar un sistema de enfermeras generalistas (“enfermeras para todo”) en un sistema de enfermeras especialistas acarrearía todo un cambio de cultura profesional que supondría además de reconocimiento retributivo, estatus y un planteamiento bastante más complejo para los responsables de la gestión de recursos humanos de los hospitales, consejerías de salud, etc.” (Crespo, 2013: 5-6).

Ante este potencial cambio asociado al pleno desarrollo de las especialidades enfermeras, al poco de ser aprobadas en 2005 el discurso gerencial se expresaba de la siguiente forma en *Gaceta Sanitaria*, la revista de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria:

Recientemente se aprobó la puesta en marcha de las nuevas especialidades de enfermería. [...] Este tipo de medidas se justifican cuando los costes de la segmentación y de la rigidez laboral se compensan con los beneficios de un trabajo más cualificado. [...] Nos preguntamos si las especialidades de enfermería tienen más de satisfacción de necesidades de calidad asistencial, o de satisfacción y mejora de expectativas profesionales. Sin duda, tendrá un coste para el sistema. [...] En este sentido, manifestamos preocupación por las especialidades de enfermería, es un nuevo factor de riesgo de agravamiento de las rigideces y restricciones del mercado de trabajo y potencial fuente de ineficiencias” (González López y Barber, 2006: 107-109).

La creación de puestos de trabajo de enfermera especialista supone, necesariamente, generar ciertos límites en la utilización de la fuerza de trabajo enfermera. Un colectivo que se está empleando en la sanidad española como factor productivo altamente flexible, con altas tasas de eventualidad en el empleo y una importante rotación entre puestos de trabajo. En esta forma de emplear a las enfermeras radica, probablemente, la lenta reaparición que están teniendo las especialidades enfermeras desde su aprobación en 2005 y, en especial, que la de Cuidados Médico Quirúrgicos todavía no se haya implantado.

Esta perspectiva gerencial ha de confrontarse con aquella otra que entiende que la ampliación del espacio competencial de las enfermeras constituye una fórmula de reducir los costes sanitarios asociando cada función productiva a aquella profesión que, contando con las competencias necesarias, esté ligada a un volumen salarial menor. Así se expresaba al respecto Marina Geli cuando era Consejera de Sanidad de la Generalitat de Cataluña: “Hemos tomado la decisión de dar el Grado y las Especialidades a las enfermeras, pero ¿para qué?, ¿para que sigan haciendo lo mismo o para que adquieran nuevas competencias? Eso vale mucho dinero” (Geli, en Arroyo, 2009: 276).

Desde este punto de vista, el ahorro de las competencias costosas habría de constituir el eje de las dinámicas de recomposición de la articulación entre los distintos colectivos de profesionales y sus funciones productivas. Sin embargo, esta búsqueda de disminución de los costes sanitarios asociando cada función productiva a aquel colectivo de trabajadores que, contando con las competencias necesarias, esté ligado a un volumen salarial menor, no encuentra su materialización de forma automática en una realidad social en la que dichas asignaciones son el resultado de convenciones, regulaciones profesionales, evaluaciones, mediciones, experimentaciones, confrontaciones, luchas y acuerdos diversos. La preocupación por el ahorro en el gasto sanitario, el aumento del nivel formativo del conjunto de los trabajadores de la salud y la creciente protocolización de muchas tareas son factores que permiten explicar por qué hoy existe un importante cuestionamiento de los mapas competenciales tradicionales, pero el rumbo que tomen las transformaciones parece mantenerse abierto.

Estos conflictos se encuadran en un marco legislativo que parte de la consustancial variabilidad de las actividades sanitarias y de la imposibilidad de fijar estrictamente los colectivos encargados de llevar a cabo unas u otras funciones. Como vimos, la *LOPS* no determina las competencias concretas que le son propias a cada una de las profesiones sanitarias, sino que se limita a establecer las bases para que se produzcan pactos interprofesionales que puedan resolver eventuales conflictos. La continuidad de los servicios sanitarios sin que éstos caigan en un estancamiento improductivo solo es posible si se dota de cierta flexibilidad a las formas de llevar a cabo las tareas (lo que permite transformarlas e innovar otras nuevas) y si se articula algún tipo de maleabilidad en la organización del trabajo de los profesionales que se encargan de unas u otras funciones. Las competencias compartidas por varias profesiones, de las que el término de enfermería de práctica avanzada es un reflejo, evidencian que en la sanidad española actual las posibilidades combinatorias entre puestos de trabajo y tipos de trabajadores se han multiplicado en las últimas décadas. Así, la utilización de las habilidades productivas de unas u otros profesionales por los servicios sociosanitarios que los emplean está permitiendo formas novedosas de articulación entre las funciones sanitarias que hay que cubrir y las características de los profesionales que se ocupan de ellas. Situaciones que son fuente de desacuerdos, confluencias y tensiones que se manifiestan en diferentes planos. De este modo, la propia naturaleza variable del trabajo sanitario está generando que los espacios de tensión, acuerdo y desacuerdo de las enfermeras se multipliquen, no sólo con los médicos, sino también con otras categorías con las que comparten trabajo, como las auxiliares de enfermería o los técnicos sanitarios, e incluso entre un colectivo enfermero crecientemente segmentado.

7. Bibliografía

- Abbott, A. (1988): *The system of professions. An essay on the division of expert labor*, The University of Chicago Press, Chicago y Londres.
- Acker, F. (1991): "La fonction infirmière. L'imaginaire nécessaire", *Sciences Sociales et Santé*, 9 (2), 123-143.
- Alarcón, D. (2011): "Conclusiones de los obstáculos y factores propicios del desarrollo de las Prácticas de Enfermería Avanzada", <http://enfermeriaavanzada.blogspot.com.es/2011/03/conclusiones-de-los-obstaculos-y.html> [consulta 04-07-2021].
- Antequera, C. (2015): "Prescripción enfermera: verdades, mentiras, engaños y realidades", http://enfermerianueva.blogspot.com.es/2015/10/prescripcion-enfermera-verdades_71.html [consulta 04-07-2021].
- Appleby, C. y Camacho-Bejarano, R. (2014): "Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermería de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias", *Enfermería Clínica*. 24 (1), 90-98.
- Arroyo, M. P. (2009): "La titulación de grado en Enfermería y las competencias profesionales", *Revista de Administración Sanitaria*, 7 (2), 275-283.
- BOE (2003): "Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias". *Boletín Oficial del Estado*, 280, 41.442-41.458.
- Carrera, M. y Lázaro, M. (2011): "Enfermería de Práctica Avanzada", *Nuberos Científica*.1(5), <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/2/16> [consulta 04-07-2021].
- Castelló, J. (2007): "Derecho y enfermería", *Enfermería Integral*, 110, 26-27.
- CECOVA (2016): "El CECOVA alerta sobre la ambigüedad y la ilegalidad de crear la figura de coordinador en el colectivo de auxiliares de enfermería", <http://portalecovas.es/noticias/notas-de-prensa/cecova-alerta-ilegalidad-crear-figura-coordinador-en-colectivo-auxiliares-enfermeria> [consulta 04-07-2021].
- CGE (2006): "Marco referencial para la prescripción enfermera", <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0151.pdf> [consulta 04-07-2021].
- CGE (2015): "La Mesa de la Profesión Enfermera rechaza la regulación de los auxiliares de enfermería propuesta por el Gobierno", <http://www.colegioenfermeriacoruna.org/?q=node/1489> [consulta 04-07-2021].
- CIE (2008): "Definición y características de las funciones de la enfermera de atención directa/enfermería de práctica avanzada", https://international.aanp.org/Content/docs/ICN_APNdefinitionwithLogoSP.pdf [consulta: 04-07-2021].
- Crespo, R. (2013): "Enfermero Especialista en Cuidados Médicos Quirúrgicos. El final de una especialidad que nunca existió", *Enfermería Nefrológica*, 16 (1), 5-6.
- Curto, M. (2004): "Enfermería Clínica Avanzada. Un primer paso", *Enfermería Facultativa*, 78, 16-17.
- Etzioni, A. (1969): *The semiprofessions and their organization*, Free Press, Nueva York.
- Galao, M. (2009): "Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento", *Index de Enfermería*, 18 (4), 221-223.
- González López, B. y Barber, P. (2006): "Los recursos humanos y sus desequilibrios mitigables", *Gaceta Sanitaria*, 20 (1), 103-109.
- Hernández Yáñez, J. F. (2010): *La enfermería frente al espejo: mitos y realidades*, Fundación Alternativas, Madrid.
- Hernández Yáñez, J. F. (2011): "¿Qué significa Enfermería de Práctica Avanzada hoy y aquí?", *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 4 (2), 31-33.
- Hernández Yáñez, J. F. (2012): "Sociología de las profesiones sanitarias", http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500642/n6_9_Sociologia_de_las_profesiones_sanitarias.pdf [consulta 04-07-2021].
- Hernández Yáñez, J. F. (2014): "Desempleo enfermero: un apunte metodológico y un panorama general", <http://juherya.blogspot.com.es/2014/07/LABENF146.html> [consulta 04-07-2021].
- Infante, L. M. (2003): "Curar versus cuidar: las consecuencias que la orientación docente de la Diplomatura Universitaria de Enfermería ha provocado en los profesionales españoles", *Tempora*, 6, 123-140.
- Meseguer, P. (2021): "Los cuidados en la configuración de la identidad profesional de la enfermería española", *Política y Sociedad*, 58 (1), e69007. <https://doi.org/10.5209/poso.69007>
- Pearsons, A y Peels, S. (2002): "Advanced practice in nursing: International perspective". *International Journal of Nursing Practice*, 8, S1-S4.
- Tardío, C. (2008): "Fíjense lo que escribe un médico en el *Diario Hoy*", <http://carlostardiocordon.blogspot.com.es/2008/09/ffense-lo-que-escribe-un-mdico-en-el.html> [consulta 04-07-2021].
- Tardío, C. (2012a): "El médico lo decide todo...", <http://carlostardiocordon.blogspot.com.es/2012/01/el-medico-lo-decide-todo.html> [consulta 04-07-2021].
- Tardío, C. (2012b): "Tu a lo tuyo, y yo a lo mío", <http://carlostardiocordon.blogspot.com.es/2012/06/tu-lo-tuyo-y-yo-lo-mio.html> [consulta 04-07-2021].
- Tardío, C. (2013): "Por qué no somos auxiliares en sentido estatutario", <http://carlostardiocordon.blogspot.com.es/2013/07/el-porque-no-somos-auxiliares-en.html> [consulta 04-07-2021].