

Necesidad de legislación para la regulación de enfermería de práctica avanzada en Colombia

Luz Estella Varela L.¹

Resumen

Este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre la necesidad de regulación de la enfermería de práctica avanzada en Colombia.

Materiales y métodos

Revisión de la literatura publicada por el Consejo Internacional de enfermería CIE, la legislación colombiana para enfermería y algunas revistas de la disciplina que se refieren a la enfermería de práctica avanzada EPA.

Resultados

Se presentan algunos aspectos sobre la trayectoria histórica de los programas de doctorado de enfermería, la legislación y algunos ejemplos de lo que podría ser EPA en Colombia, además de las necesidades para la regulación de la misma, sin crear rivalidades con otros profesionales, sino mejorando la oportunidad de la atención para las personas.

Conclusiones

Para la implementación de la EPA en Colombia se requiere el compromiso decidido de los actores comprometidos para su regulación, esto puede generar impacto en la disminución de la morbi-mortalidad de los colombianos, además de ampliar el prestigio y visibilidad de las enfermeras y su reconocimiento salarial.

Palabras claves: *enfermería, enfermería de práctica avanzada (Fuente: DeCs Bireme).*

¹ Enfermera especialista en cuidado al adulto en estado crítico de salud, Magíster en Salud colectivo, docente Facultad de Enfermería de la U. de A., estudiante de doctorado en enfermería de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: luzvarlon@gmail.com

Need for legislation to regulate advanced nursing practice in Colombia

Summary

This article aims to reflect on the need for regulation of the advanced practice of Nursing in Colombia.

Materials and methods

Review of literature published by the International Council of Nursing CIE, the Colombian legislation for nursing and some journals of the discipline that refer to advanced practice nursing EPA.

Results

Some aspects of the historical trajectory of doctoral programs in nursing are presented, as well as the legislation and some examples of what EPA could be in Colombia. Also, the need for the regulation is presented without creating rivalries with other professionals, but by improving the chances of care for people.

Conclusions

For the implementation of the EPA in Colombia, a strong commitment from the actors involved in its regulation is required. This can generate an impact in reducing morbidity and mortality of Colombians, in addition to expanding the prestige and visibility of nurses and their salary recognition.

Keywords: *Nursing, Advanced Practice Nursing. (Source: DeCs Bireme).*

Introducción

Este artículo pretende exponer algunas reflexiones sobre las posibilidades y desafíos de la enfermería de práctica avanzada EPA en Colombia, a partir de los retos que hay que enfrentar para lograrlo, las modificaciones de la legislación para enfermería, los compromisos que deben asumir las escuelas y facultades del país, el Ministerio de Educación Nacional y las enfermeras, así como la necesidad de favorecer en las instituciones la apertura a esta nueva categoría de formación, sin crear rivalidad con los profesionales de la medicina, sino haciendo un reconocimiento de las ventajas que trae la EPA para los pacientes en términos de oportunidad y para el sistema de salud en términos de menor costo. El artículo expone algunos ejemplos de áreas en las que se hace necesaria la enfermería de práctica avanzada y menciona la importancia del reconocimiento salarial diferencial para estas enfermeras.

Sobre la historia y el contexto colombiano

La enfermería de práctica avanzada EPA es un concepto que para autores como Galao “inició en Estados Unidos en los años 60 ante la carencia de médicos” (1), el concepto se ha ido refinando al igual que las modalidades de EPA. De acuerdo con la definición de Hernández, la enfermería de práctica avanzada es “cualquier nuevo desarrollo aplicado por enfermeras que permita ensanchar los dominios profesionales de la enfermería y ayude a mejorar su visibilidad, prestigio, influencia política, niveles de renta o autonomía laboral” (2).

A partir de esta definición, es importante concretar que es, cualquier nuevo desarrollo, debido a que la evolución del cuidado de enfermería es, a modo de ver

de la autora, muy dinámico; esto se plantea desde la perspectiva de las modificaciones que la enfermería basada en evidencia ha traído al que hacer de enfermería en los últimos veinte años en términos de la utilización de guías, protocolos y estándares para el cuidado de las personas tanto a nivel clínico como comunitario; aunque algunos autores plantean que el desarrollo de la enfermería parece lento no solo en Colombia sino también en Europa si se compara con otros países como expone Galao (1).

El sentido de *desarrollo lento* de la enfermería quizás sea consecuente con el tardío inicio de los programas de doctorado en enfermería en nuestro país, los cuales llegan en el año 2002 cuando se aprueba el primer programa en la Universidad Nacional de Colombia y posteriormente en el año 2010 el de la facultad de enfermería de la Universidad de Antioquia, en este sentido el desarrollo de la disciplina en el país se podría considerar lento si se tienen en cuenta como expone Castrillón, que los programas de doctorado en enfermería en el mundo existen desde hace cinco décadas, comenzaron en Estados Unidos a finales de los años setenta, en Brasil iniciaron en 1981 en la Universidad de Sao Paulo, en Canadá en 1996 y en el resto de América Latina se iniciaron a finales del siglo XX y comienzos del XXI (3).

Y tienen importancia los desarrollos de los programas de posgrado en enfermería y en especial de doctorado en el país, porque en estos egresados está la responsabilidad de la producción de nuevo conocimiento en enfermería y el énfasis en el cuidado de enfermería que Castrillón llama “el retorno a los orígenes del proyecto Nightingale, el que re-valora la relación cuidador-persona cuidada que surge en el ámbito académico e investigativo de Norteamérica y que impacta la enfermería latinoamericana, favoreciendo

la construcción de un nuevo discurso y renovando las prácticas cuidantes fundamentadas en teoría, investigación, reflexión ética y crítica epistemológica, nutrida con las experiencias aprendidas en la práctica pedagógica, investigativa y de servicio” (3).

De este cuidado de enfermería es del que puede surgir la enfermería de práctica avanzada, teniendo en cuenta las posibilidades de las enfermeras para favorecer en las personas el aprendizaje de prácticas cuidantes, la incorporación de estilos de vida saludable, la comprensión de los cuidados en condiciones de cronicidad entre otras cosas, esto, con base en algunas de las características de enfermería como son entre otras, la interacción humana y la comunicación, elementos fundamentales del cuidado como plantean Ramírez y Müggenburg (4) y la competencia cultural que de acuerdo con Díaz tiene que ver con “conocer, interpretar y comprender la cosmovisión del otro y la propia” (5).

Durante la hospitalización, una característica que destaco exclusiva de la enfermería, es la de estar permanentemente, sin perder la continuidad, a la cabecera del paciente, lo que favorece la posibilidad única de conocer la situación física, psicológica, cultural, espiritual y social de los pacientes que otros profesionales no logran por su corta estancia. Esta condición es digna de revalorizar como cualidad para el fortalecimiento del que hacer disciplinar, pues las enfermeras gozan de la oportunidad de conocer de primera mano las necesidades(6), los cambios y las inquietudes de los pacientes y sus familias.

Además del cuidado que ofrecen las enfermeras, es importante tener presente el contexto en el que se da y la legislación que las ampara. En términos del contexto, en Colombia el sistema de salud está

estructurado por niveles de atención de acuerdo con la complejidad, esto es, en el nivel uno de complejidad se cuenta con los requisitos mínimos de recursos locativos, técnicos y humanos, definidos por la resolución 2003 de 2014 de habilitación (7) para la atención de baja complejidad, ésta misma resolución define los requisitos mínimos en los demás niveles de atención segundo, tercero y cuarto nivel de complejidad como el más alto, lo que hace que las prácticas que para un tercer nivel serían parte de las responsabilidades de las enfermeras, en un primer nivel, se podrían reconocer como una práctica avanzada.

Un ejemplo para ilustrar podría ser la atención de pacientes con alguno de los llamados, signos de alarma (8) en los sistemas de atención de respuesta rápida (8) implementados a nivel institucional, dichos signos son aquellos que advierten que algo que no va bien en el paciente hospitalizado y ameritan una actuación urgente por parte de la enfermera del servicio, de manera independiente - guiado por protocolo- mientras llega el equipo de respuesta rápida, el cual tiene quince minutos para estar en el servicio, de acuerdo con los postulados de los sistemas de atención de respuesta rápida (8), uno de estos signos es el dolor torácico de reciente aparición, ante lo cual la enfermera, activa el llamado al equipo de respuesta rápida, realiza la canalización de vena si el paciente no cuenta con acceso a su capital venoso, toma muestras de laboratorio (troponina I), toma e interpreta el electrocardiograma buscando signos de enfermedad isquémica del corazón, instala monitoreo no invasivo y oxígeno si el paciente presenta disnea o saturación menos de 94%, lo acomoda en posición semifowler, le suspende la vía oral, le inicia el reposo en cama, le favorece el confort, le informa la situación al paciente, la familia o acompañantes entre otras cosas. Esto lo harían muy probablemente

algunas enfermeras en el tercero y cuarto nivel de atención, no creo que suceda igual en el primero y segundo nivel, si se analiza la actuación de la enfermera, ¿esto será gracias a la formación de pregrado? o ¿a la de posgrado?, o lo hace ¿por entrenamiento en la institución? o ¿por ser una enfermera de práctica avanzada?.

Un ejemplo como estos hace necesaria la claridad sobre las competencias de las enfermeras y la importancia de conocer la legislación que las respalda en su quehacer, que para el caso, es la Ley 266 de 1996 por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones (9) y la Ley 911 de 2004 por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería, se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones (10).

De acuerdo con el nivel de complejidad, pero además, de acuerdo con los protocolos institucionales y las competencias definidas para el cargo - las cuales valga la aclaración tendrán que estar en concordancia con la legislación citada- la enfermera deberá cumplir con sus funciones, pues de realizar alguna acción que la institución considere no autorizada o que por acción u omisión ha incurrido en faltas a la ética o a la deontología contempladas en la Ley 911(10), la podría involucrar en una investigación y llevarla a una sanción por parte de la institución, tal como un llamado de atención o un despido de la misma, y por parte del tribunal de ética de enfermería, si llegara a esta instancia, podría proceder: la amonestación verbal o escrita de carácter privado, la censura escrita de carácter público o la suspensión temporal del ejercicio de la enfermería de acuerdo con el capítulo V sobre sanciones de la Ley 911 de 2004(10).

En este sentido, es claro que la enfermería de práctica avanzada debe tener definido el contexto de actuación y la legislación que la respalde, lo que hoy en el 2016 no está considerado en la regulación Colombiana.

Es importante diferenciar que la enfermera especialista en un área no es una enfermera de práctica avanzada, ésta última, según la definición del Consejo Internacional de enfermería CIE, “es una enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimientos 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” (11), esta definición, es un intento de representar las funciones actuales y las posibles en el mundo entero, de acuerdo con el CIE, este perfil de enfermera, requiere formación avanzada, reconocimiento oficial de los programas de formación con los que se prepara a las enfermeras de práctica avanzada, programas acreditados o aprobados, sistema oficial de autorizaciones, registro, certificación y acreditación (11).

Continúa el CIE, la naturaleza de ésta práctica profesional integra la investigación, la formación, el ejercicio profesional y la gestión, tiene un alto grado de autonomía profesional y desarrolla una práctica independiente, con gestión de casos propios, capacidades avanzadas de evaluación de la salud, capacidades de adopción de decisiones y capacidades de explicación de diagnósticos, competencias clínicas avanzadas reconocidas y prestación de servicios de consultoría a los dispensadores de salud, puede planificar, ejecutar y evaluar los programas y ser reconocida como primer punto de contacto para los usuarios (11).

De acuerdo con los mecanismos reglamentarios específicos de cada país, la enfermera de práctica avanzada tendrá derecho a diagnosticar - quizás refiriéndose a diagnósticos médicos porque diagnosticar con el uso de taxonomías de enfermería de la NANDA (12), hace parte del que hacer de enfermería desde la formación de pregrado-. Tiene autoridad para recetar medicamentos y tratamientos, para remitir pacientes a otros profesionales y para admitir pacientes en los hospitales, la legislación confiere el título de Enfermera de práctica avanzada y dicho título es oficialmente reconocido (11).

Necesidad de legislación para la EPA en Colombia

Partiendo de estas consideraciones del CIE, de las competencias de las enfermeras colombianas y de las necesidades del sistema de salud, se cuenta con posibilidades para desarrollar EPA por un lado, contando con las organizaciones de facultades de Enfermería como la Asociación colombiana de facultades de enfermería ACOFAEN para responder al compromiso de avalar y asesorar la creación de estos programas, al igual que contar con el compromiso de las facultades y escuelas de enfermería del país para su diseño y solicitud de registro calificado, de acuerdo con las necesidades del contexto, y por otro lado, contar con la gestión del Consejo Técnico Nacional de enfermería que de acuerdo con la Ley 266 tiene importantes funciones frente al gobierno en temas de las políticas y el ejercicio de la enfermería (9).

Sobre la gestión del Consejo Técnico Nacional, sus funciones no se materializan por muchas razones: Entre sus integrantes están el Ministro de salud o su delegado y el Ministro de educación o su delegado que difícilmente responden a esta convocatoria, no cuenta con una sede

ni con suficiente presupuesto para la asistencia de miembros dispersos en el país, la participación de algunos de sus representantes es de carácter voluntaria y se realiza por votación en las asambleas de ACOFAEN y de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, por lo que los resultados de su gestión son muy inferiores al nivel de responsabilidad que la ley les otorga, las cuales se exponen a continuación.

En el capítulo III, artículo 5to de la Ley 266, el Consejo Técnico Nacional de Enfermería se define como “*un organismo de carácter permanente de dirección, consulta y asesoría del Gobierno Nacional, de los entes territoriales y de las organizaciones de enfermería, con relación a las políticas de desarrollo y ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia* (9) y de acuerdo con el artículo 6to tiene las siguientes funciones: 1. Analizar las necesidades de enfermería de la población colombiana y proponer metas y planes de atención de corto, mediano y largo plazo en todos los niveles de atención en salud. 2. Proponer las políticas y disposiciones para la formación, actualización, distribución y empleo del recurso humano de enfermería. 3. Definir criterios para establecer estándares y normas de calidad para brindar cuidado de enfermería. 4. Definir los planes mínimos de dotación de los servicios de salud con relación al personal de enfermería. 5. Elaborar planes proyectivos para la atención de enfermería en concordancia con los cambios socioeconómicos, técnicos, científicos y del sistema de seguridad social en salud. 6. Dar lineamientos para el desarrollo de la investigación en enfermería. 7. Establecer criterios para asegurar condiciones laborales adecuadas, bienestar y seguridad en el ejercicio profesional. 8. Establecer requisitos para ser miembro del Tribunal de Ética de Enfermería, abrir convocatoria, elegir a sus

miembros y presentarlos al Ministerio de Salud para su ratificación 9. Reglamentar los consejos técnicos departamentales. 10. Dar su propio reglamento y organización (9).

En tal sentido, se cuenta con todo el respaldo jurídico para la gestión de políticas frente a la EPA, lo que se hace necesario es la dinamización de este Consejo y el reconocimiento de su importancia a la hora de postular miembros que pueden responder a estas funciones y que cuenten con el respaldo de sus asociaciones ANEC o ACOFAEN para disponer la agenda de trabajo para el estudio, diseño, divulgación y búsqueda de acuerdo de la comunidad de enfermería frente a las propuestas de nuevas categorías de enfermería como la EPA que se presentarán al gobierno.

Si se cuenta con la gestión del Consejo Técnico Nacional de Enfermería, es viable en Colombia la EPA en diversas áreas que se ejemplifican a continuación pues las enfermeras cuentan con muchas de las competencias necesarias y muestran el deseo por cualificarse y en su vocación de servicio, favorecer el bienestar de la salud y la vida de los colombianos.

Algunos ejemplos de áreas posibles de EPA en Colombia, de acuerdo con las necesidades del contexto

Como exponen Atehortúa y otros en su artículo sobre la EPA en Colombia como una oportunidad para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, ésta práctica puede aumentar el acceso a las personas a los sistemas de salud, si se reconoce que en áreas apartadas del país no se cuenta con recurso médico pero si se cuenta con enfermeras, las cuales pueden mejorar los niveles de educación para la salud y reducir los costos de atención (13).

La EPA tendría también posibilidad en áreas de cuidado a personas adultas mayores, dado el envejecimiento poblacional y en otras áreas como el cuidado a personas con discapacidad y enfermedades crónicas en las que la EPA ha demostrado mejorar las condiciones de vida de las personas en otros países (13), las enfermedades neurodegenerativas, el cáncer, el cuidado a personas en estados terminales en servicios especializados para tal fin, teniendo en cuenta que se cuenta con la Ley 1733 Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad que genere alto impacto en la calidad de vida (14). En tal sentido, las oportunidades de práctica avanzada son numerosas, otra de ellas es la EPA en atención primaria en salud APS, en la que enfermería ha sido líder desde su implementación y sería de gran impacto en concordancia con la declaración del sistema de salud orientado a la atención primaria de acuerdo con la Ley 1438 del 2011 (15).

Pasando al ámbito institucional, otras posibilidades de EPA son las enfermeras de triaje, que hoy en varias instituciones lo han implementado con enfermeras altamente capacitadas para este objetivo, pero sin respaldo de ley porque sus diagnósticos presuntivos son diagnósticos médicos, no diagnósticos de enfermería, lo que las estaría poniendo en riesgo en caso de un error diagnóstico con consecuencias fatales para el paciente y para la enfermera en caso de una demanda legal.

El hecho de que se cuenta en las instituciones hospitalarias de cualquier nivel de atención, con recurso de enfermería 24 horas 365 días al año, da a las enfermeras

la posibilidad de ofrecer con oportunidad las condiciones de EPA por ejemplo para el monitoreo invasivo con líneas arteriales de presión, la canalización de catéteres centrales de inserción periférica PIC, que han sido procedimientos médicos que algunas enfermeras desarrollan hoy con la misma competencia y calidad y a menor costo, lo que ha hecho que se genere una tensión entre el personal médico y de enfermería por esta situación, pues los médicos encuentran que se les está invadiendo su campo de conocimiento, pero además se les está afectando su facturación por procedimientos. Esta tensión debe ser atendida para no generar rivalidad entre los profesionales, teniendo definidos los perfiles de las enfermeras de práctica avanzada y promoviendo en las instituciones la apertura a esta modalidad de enfermeras, con base en los beneficios para los pacientes en términos de oportunidad y calidad en el procedimiento y menor costo para el sistema de salud.

Por el conocimiento de las necesidades sobre las condiciones de los pacientes, las enfermeras de práctica avanzada a nivel hospitalario deberían tener potestad para solicitar interconsulta a la nutricionista, a fisioterapia y a psicología, así como se cuenta con la autorización para solicitar al paciente apoyo espiritual de acuerdo con su religión o sus creencias o evaluación por trabajo social para asuntos económicos, sociales o administrativos.

En cuidado intensivo existe un grupo de enfermeras que desarrollan funciones que ensanchan el dominio profesional de la enfermería en tanto que ofrecen cuidado a personas con condiciones complejas de salud como pacientes trasplantados, pacientes en membranas de circulación extracorpórea ECMO, a las que llaman ecmólogas, pacientes en terapias de reemplazo renal con hemofiltro, administran transfusiones

masivas, descienden sondas a nivel post-pilórico para nutrición, entre otras cosas, lo que requiere una formación de práctica avanzada que de hecho, las enfermeras han logrado mediante el estudio independiente, el entrenamiento en otras instituciones con experiencia donde realizan pasantías y la cualificación a nivel de instituciones prestadoras de servicios de salud, pero nada de esto está formalizado en la ley por lo que no tienen un reconocimiento económico diferencial con el de otras enfermeras sin la formación de práctica avanzada, como debería ser.

Estos ejemplos son evidencias de la necesidad en Colombia de EPA, de regulación en la legislación, de apertura a este campo en las instituciones de salud, del compromiso y diligencia por parte de las facultades y escuelas de enfermería y del Ministerio de educación Nacional para otorgar registros calificados a estos programas y por supuesto, de las enfermeras por dar lo mejor en esta maravillosa profesión que está en sus manos.

Conclusiones

La enfermería de práctica avanzada se ha venido desarrollando en el mundo desde 1960 y esto tiene que ver con los cambios en el contexto de la salud-enfermedad, los sistemas de salud y las competencias y disponibilidad de los profesionales. La EPA debe tener definido el contexto de actuación y la legislación para Colombia que la respalde, para lo cual es necesario emprender este proceso con el aval y análisis por parte de los entes comprometidos: el gobierno, las instituciones formadoras de recurso humano y las organizaciones de enfermería, con especial relevancia, el Consejo Técnico Nacional de enfermería quien por disposición de Ley tiene funciones de asesor del Ministerio en estos menesteres, pues la EPA en Colombia

tienen diversos espacios tanto en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como en la asistencia a nivel institucional en los distintos niveles de atención, en el cuidado a personas con condiciones crónicas de salud y cuidado paliativo. Esta regulación podría incrementar el prestigio, la visibilidad y la remuneración de las enfermeras y tiene posibilidades además de impactar en la morbilidad y mortalidad de los colombianos.

Referencias

1. Galao Malo R. Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. *Index de Enfermería* [Internet]. Fundación Index; 2009 [cited 2016 Jun 14];18(4):221–3. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Yáñez JFH. Especialidades y Enfermería de Práctica Avanzada ¿Qué significa Enfermería de Práctica Avanzada hoy y aquí? *Rev Iberoam Enfermería Comunitaria*. 2011;4(2).
3. Castrillón C. Apertura del Doctorado en Enfermería Universidad de Antioquia. El camino recorrido, fundamentos y esperanzas. *Investig y Educ en Enfermería* [Internet]. 2010; Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072010000300018&script=sci_arttext
4. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Univ* [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; 2015;12(3):134–43. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S166570631500038X>
5. Díaz O. Formación en competencias para la comprensión cultural en el cuidado de enfermería. *Rev Colomb enfermería* [Internet]. 2015;10(Abril de 2015):35–44. Available from: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen10/005_articulo-3-Vol10_A10.pdf
6. Cassiani SHDB, Bassalobre-García A, Reveiz L. Acceso universal a la salud y cobertura universal de salud: la identificación de prioridades de investigación en la enfermería en América Latina. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2015;(ahead):0–0. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015005052667&lng=en&nrm=iso&tlng=en
7. Colombia M de salud y protección social de. Ley 2003. 2014;2014(May). Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2003-de-2014.pdf>
8. Raúl Carrillo, Jorge Carrillo L, Carrillo. ¿Hospitales enfermos o pacientes enfermos? Primera parte Equipo de respuesta rápida. *Médica Sur, Mex*. 2007;14(2):47–55.
9. Congreso de la República de Colombia. Ley 266 de 1996 Por la cual se reglamenta la profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. *D Of* 42710. 1996;1996(42):8.
10. República de Colombia. Ley 911 de 2004. In 2004. p. 1–15. Available from: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
11. Consejo internacional de enfermeras. Definición y características de las funciones de la enfermera de atención directa/enfermera de práctica avanzada [Internet]. p. 1–2. Available from: http://international.aanp.org/Content/docs/ICN_APNdefinitionwithLogoSP.pdf
12. NANDA. *Nursing Diagnoses: Definitions & classification 2015-2017*. Edition T, editor. 2015. p. 1-11

13. Gloria Atehortua, Mercy Soto, María López, Lilia Buitrago. La práctica avanzada en enfermería: una oportunidad para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en Colombia. *Rev Cult del Cuid* [Internet]. 2014;11(junio de 2014):60–9. Available from: [http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/pereira/bitstream/handle/123456789/223/6 EPA pp. 60-69.pdf?sequence=1](http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/pereira/bitstream/handle/123456789/223/6_EPA_pp_60-69.pdf?sequence=1)
14. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1733 [Internet]. Colombia; 2014 p. 1–5. Available from: [http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/LEY 1733 DEL 08 DE SEPTIEMBRE DE 2014.pdf](http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/LEY_1733_DEL_08_DE_SEPTIEMBRE_DE_2014.pdf)
15. Congreso de la República. Ley 1438 - Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2011;(4):1–51. Available from: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley143819012011.pdf>