



ORIGINAL

Impacto de la formación y aspectos legales en la aplicación de la gestión enfermera de la demanda por parte de las enfermeras de atención primaria de Cataluña



María Ángeles Vara-Ortiz^{a,b,*} y Núria Fabrellas Padrés^a

^a Escola d'Infermeria, Universitat de Barcelona, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^b Centro de Atención Primaria Barri Llatí, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España

Recibido el 22 de agosto de 2022; aceptado el 28 de septiembre de 2022

PALABRAS CLAVE

Gestión enfermera de la demanda;
Formación;
Atención primaria;
Legalidad

Resumen

Objetivo: Conocer la experiencia de las enfermeras de atención primaria en la aplicación de la gestión enfermera de la demanda (GED).

Diseño: Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Emplazamiento: Atención primaria de Cataluña.

Participantes: Enfermeras de atención primaria de Cataluña. Se estimó una muestra de 394 participantes alcanzando 405. La obtención de datos fue desde octubre de 2021 hasta enero de 2022.

Mediciones principales: Se realizó un cuestionario *ad hoc*, el cual exploraba aspectos referentes a la experiencia de aplicación de la GED: definición y manejo del programa, formación y aspectos legales del programa.

Resultados: Las enfermeras entienden la GED como un triaje. Además, consideran que la implantación de la prescripción enfermera no mejora la aplicación de la GED. Manifiestan una falta de formación especialmente las enfermeras más noveles. La formación ideal en GED, consideran, debería incluir fisiopatología y supuestos prácticos. Siete de cada 10 enfermeras desconocen el marco legal que ampara la GED y les provoca inseguridad no conocerlo. Seis de cada 10 han dejado de ser resolutivas por miedo a las repercusiones legales. Las enfermeras que sí conocen el marco legal son las que han dejado de resolver en menor proporción.

Conclusiones: Se constata la necesidad de formación general en la GED y en los aspectos legales que dan cobertura al programa especialmente en las enfermeras más jóvenes y con menos experiencia en atención primaria. De esta manera se mejorará la aplicación y aceptación del rol autónomo enfermero en la gestión de enfermedades agudas leves.

© 2022 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: avara.mn.ics@gencat.cat (M.Á. Vara-Ortiz).

KEYWORDS

Nurse demand management;
Training;
Primary care;
Legality

Impact of training and legal aspects on the application of nurse demand management by primary care nurses in Catalonia

Abstract

Objective: To evaluate the experience of primary care nurses in the application of nurse demand management (NDM).

Design: Observational, cross-sectional descriptive study.

Location: Primary care in Catalonia.

Participants: Nurses in the field of primary care in Catalonia. A sample of 394 responses was estimated and 405 were finally obtained. Data collection was from October 2021 to January 2022.

Main measurements: An *ad hoc* questionnaire was developed which explored aspects related to the experience of applying NDM: definition and management of the program, training, and legal concerns of the program.

Results: Nurses understand NDM as triage. In addition, they consider that the implementation of nurse prescription would not improve the application of NDM. They express a lack of training, especially among the younger nurses. They consider that the ideal training in NDM, should include physiopathology and practical cases. Seven out of ten nurses are unaware of the legal framework that protects NDM and feel insecure about not knowing it. Six out of ten nurses have stopped being resolute due to fear of legal repercussions. Nurses who are aware of the legal framework are those who have stopped resolving in the lowest proportion.

Conclusions: There is a need for general training in NDM and in the legal aspects that cover the program, especially for younger nurses with less experience in primary care. This will improve the application and acceptance of the autonomous nursing role in the management of acute minor illnesses.

© 2022 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Como consecuencia de un reordenamiento en el ámbito de la atención primaria (AP) del sistema sanitario catalán, y con el objetivo de hacer el sistema sanitario más sostenible y derivar la demanda a aquel profesional que podría dar mejor respuesta dentro de su ámbito competencial, se creó la gestión enfermera de la demanda (GED)¹. Este programa permite a la enfermera atender a personas con problemas de salud agudos leves, y resolver completamente la demanda sin la intervención de un médico. Esta atención está guiada por unos protocolos basados en la evidencia científica, y estos están consensuados por los expertos, los cuales, llevan explícitos los motivos de consulta, los criterios de inclusión y exclusión, las preguntas clave para hacer una correcta anamnesis y exploración, el tratamiento farmacológico o no farmacológico y los consejos de salud. Por lo tanto, el rol de la enfermera en atención primaria ha evolucionado, y actualmente es mucho más avanzado que en épocas anteriores, viéndose extendido su ámbito competencial². Esta práctica ya está afianzada en otros países. Ya en 2002, Horrocks et al.³ evidenciaron en su revisión sistemática que la sustitución de enfermeras por médicos era eficiente y eficaz sin demostrar diferencias en los resultados en salud del usuario. En España, diversas CC. AA. han implantado el liderazgo de las enfermeras en usuarios con enfermedades agudas leves^{4,5}. Aun así, pese al impulso que se le ha dado

al programa, existen ciertas limitaciones a nivel legal que aun interfieren en la resolución autónoma por parte de la enfermera⁶.

La GED ha sido evaluada en términos de satisfacción⁷ y resolución⁸⁻¹¹. No se han encontrado trabajos que hayan estudiado la percepción de las enfermeras al aplicar la GED.

El objetivo principal de este estudio es conocer la experiencia de las enfermeras al aplicar la GED en Cataluña.

Material y métodos**Diseño y ámbito de estudio**

Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se recogieron de datos de octubre de 2021 a enero de 2022. El estudio incluyó enfermeras que trabajaban en AP de toda Cataluña, siendo una población de 5.027 enfermeras en este ámbito.

Participantes

La población de estudio fueron todas las enfermeras de AP. Los criterios de inclusión fueron enfermeras que trabajasen en centros de AP y tuvieran correo electrónico activo. No se establecieron criterios de exclusión. Se les solicitó la participación voluntaria en el estudio.

Tamaño muestral

Se realizó un muestreo no probabilístico consecutivo. El tamaño de la muestra se calculó partiendo del tamaño poblacional de 5.027 enfermeras, con una variabilidad máxima del 50% ($p = 50$) y un nivel de confianza del 95% (error $\alpha = 5\%$) y una precisión del 5%. El tamaño muestral estimado fue de 394 individuos.

Variables y fuentes de datos

El instrumento de medida utilizado fue un cuestionario autoadministrado realizado *ad hoc*. Para confeccionarlo se realizó una revisión de la literatura buscando cuestionarios validados que midieran este fenómeno, no encontrando resultados. Se consultó con expertos para identificar los temas y subtemas relacionados con la experiencia de aplicación de la GED. Finalmente, este cuestionario constó de 2 partes, la primera con 8 preguntas de características sociodemográficas y una segunda parte con preguntas relacionadas con la experiencia de aplicación de la GED. Las variables de estudio estaban relacionadas con la definición y el manejo del programa, la formación y la legalidad. El cuestionario incluyó preguntas de respuestas dicotómicas y algunas de múltiple respuesta.

Se realizó una prueba piloto con 25 profesionales. Se hicieron las correcciones pertinentes y se preparó el cuestionario final.

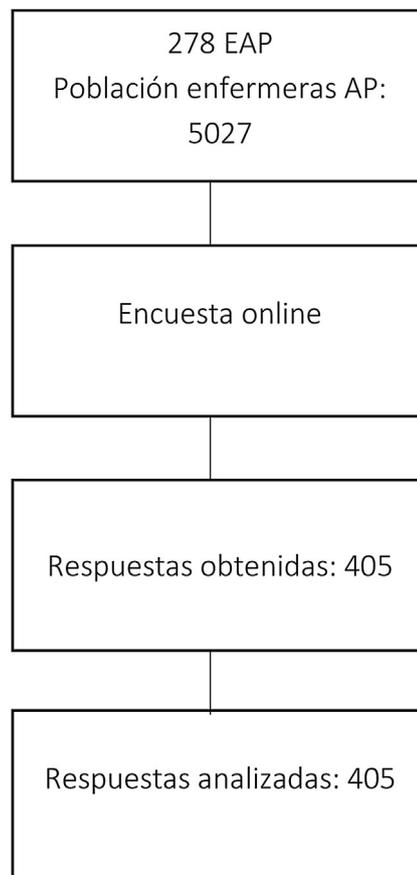
El cuestionario, previos permisos pertinentes, se difundió vía correo electrónico, junto con una explicación del proyecto asegurando la confidencialidad y el anonimato. Todas las participantes debieron aceptar el consentimiento informado.

Análisis estadístico

Se realizó un primer abordaje mediante estadística descriptiva. La variable cuantitativa (edad) se expresó mediante media y desviación estándar (DE). Las variables categóricas como el género, los estudios cursados, el ámbito, el lugar de trabajo y el año de finalización de los estudios y años trabajados en AP que se categorizaron a intervalos predefinidos, fueron expresadas mediante tablas de frecuencia y porcentajes. Las variables cualitativas (definición y manejo del programa, formación, legalidad) se resumieron utilizando un recuento de valores válidos y el porcentaje asociado. En una posterior aproximación, se utilizó la estadística inferencial. Para analizar la asociación entre variables cualitativas (categóricas) se utilizó la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) y la prueba *U* de Mann-Whitney para muestras independientes (*U*).

El intervalo de confianza establecido fue del 95%, asumiendo un error α del 5% en todas las mediciones.

El análisis se realizó con el programa informático *R*.



Esquema general del estudio. Estudio observacional descriptivo transversal mediante encuesta autoadministrada de opinión. No se produjeron pérdidas. EAP: equipo de atención primaria. AP: atención primaria.

Resultados

Un total de 405 enfermeras completaron el cuestionario, 11 participantes más que la muestra estimada. De las 405 participantes, el 91,1% fueron mujeres, con una media de edad de 45 años (DE = 11 años) y un rango de 23-65. El 21% de las enfermeras terminaron sus estudios hace menos de 10 años, y casi un 45% de las enfermeras tenían menos de 10 años de experiencia en AP. La mayoría (52,2%) eran diplomadas, el ámbito de trabajo más numeroso fue el centro de atención primaria (92,6%) y un 79% de enfermeras trabajaba con adultos. La [tabla 1](#) muestra las características sociodemográficas de la muestra.

Tabla 1 Características sociodemográficas de la muestra

	Número	Porcentaje	IC 95%
<i>Edad</i>			
20-35	97	24,0	20,05-28,33
36-45	107	26,5	22,36-30,92
46-55	127	31,1	27,03-36,03
56-65	75	18,5	15,03-22,59
<i>Género</i>			
Femenino	369	91,1	87,93-93,51
Masculino	35	8,6	6,27-11,78
No binario	1	0,2	0,04-1,38
<i>Año finalización de estudios</i>			
< 5 años	32	7,9	5,65-10,94
5-10 años	53	13,1	10,14-16,72
10-20 años	95	23,5	19,59-27,82
> 20 años	225	55,6	50,68-60,32
<i>Años de experiencia en AP</i>			
< 5 años	122	30,1	25,85-34,76
5-10 años	60	14,8	11,68-18,60
10-20 años	114	28,1	23,98-32,71
> 20 años	109	26,9	22,82-31,43
<i>Estudios cursados</i>			
ATS	7	1,7	0,83-3,52
Diplomatura	213	52,6	47,72-57,40
Grado	52	12,8	9,92-16,45
Posgrado/máster	101	24,9	20,97-29,37
Especialidad enfermería	26	6,4	4,41-9,24
Doctorado	6	1,5	0,68-3,19
<i>Lugar de trabajo</i>			
Centro de AP	375	92,6	89,62-94,76
Centro de urgencias de AP (CUAP)	26	6,4	4,41-9,24
Otros	4	1	0,38-2,51
<i>Ámbito de trabajo</i>			
Adultos	320	79	74,78-82,69
Pediatría	51	12,6	9,70-16,17
Gestión de casos	9	2,2	1,17-4,16
Gestión	22	5,4	3,61-8,08
Otros	3	0,7	0,25-2,15

AP: atención primaria; ATS: asistente técnico sanitario; IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

Concepto y aplicación de la gestión enfermera de la demanda

La amplia mayoría de enfermeras aplicaba la GED a diario (91,1%) y más de la mitad consideraba la GED como un triaje (67,7%). Para analizar el perfil de las participantes que sí que consideraron la GED como un triaje, se analizó con la variable independiente: años de experiencia en AP. Resultó que la percepción de la GED como un tipo de triaje se daba en mayor proporción cuando las participantes tenían menor experiencia laboral en AP; menos de 5 años: 74,6%; entre 5 y 10 años: 63,3%; entre 10 y 20 años: 71,9% y más de 20 años: 57,8%; ($U=20.426$, valor de $p=0,01$).

Además, al estudiar si la formación realizada clarificaba el concepto de la GED, se observó que las enfermeras sin formación (75,1%) sí consideraban la GED como un triaje, mientras que las que tenían formación (61,6%), no lo consideraban así. Por lo tanto, se aplicó la prueba

de χ^2 resultando que la proporción de enfermeras que consideraban que la GED era una forma de triaje fue significativamente menor entre las enfermeras que habían recibido formación ($\chi^2=8,3756$; valor de $p=0,002$).

En cuanto a la prescripción enfermera se quiso averiguar si creían que su implantación mejoraría la aplicación de la GED. La mayoría consideró que no (56,5%).

Asimismo, se presentaron unas afirmaciones y las participantes indicaron con cuál estaban más de acuerdo. El 55,1% apuntó que cuando el usuario se visitaba en AP siempre esperaba una prescripción farmacológica. Además, alrededor de la mitad de las enfermeras encuestadas (49,9%) creyeron que prescribían menos que el médico. Un 30,9% de las participantes opinó que la enfermera explicaba mejor el tratamiento de lo que lo haría un médico y, por último, un 22,7% de las enfermeras creían que difería la prescripción ofrecida por un médico o por una enfermera para cuando un usuario consultaba por un mismo problema de salud.

Tabla 2 Formación de GED recibida por las enfermeras

	Número	Porcentaje	IC 95%
<i>Formación recibida en GED</i>			
Sí	224	55,3	50,43-60,07
No	181	44,7	39,92-49,56
<i>Utilidad de la formación; n = 224</i>			
Sí	161	71,9	65,65-77,35
No	63	28,1	22,64-34,34
<i>Duración de la formación; n = 224</i>			
Menos de 4 h	63	28,1	22,64-34,34
Entre 4 y 8 h	85	32,9	31,84-44,45
Más de 8 h	76	33,9	28,04-40,35

GED: gestión enfermera de la demanda; IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

Tabla 3 Dependencia entre la utilidad de la formación en GED y la duración de ésta

	Utilidad de la formación		
	Número	Porcentaje	IC 95%
<i>Duración de la formación</i>			
Menos de 4 h	63	44,4	32,84-56,68
Entre 4 y 8 h	85	78,8	68,99-86,16
Más de 8 h	76	86,8	77,44-92,69

U: 2.877; valor de $p < 0,001$

GED: gestión enfermera de la demanda; IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

Tabla 4 Dependencia entre la recepción de formación en GED y los años trabajados

	Recepción de formación		
	Número	Porcentaje	IC 95%
<i>Años trabajando en AP</i>			
Menos de 5 años	122	28,7	21,41-37,27
Entre 5 y 10 años	60	43,3	31,57-55,90
Entre 10 y 20 años	114	67,5	58,50-75,44
Más de 20 años	109	78,9	70,32-85,51

U: 10.999; valor de $p < 0,001$

AP: atención primaria; GED: gestión enfermera de la demanda; IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

Formación

Un 55,3% de las participantes habían hecho formación en GED. De las que se habían formado ($n = 224$) al 72% le resultó de utilidad esta formación. Asimismo, se preguntó acerca de la duración de la formación. Un 28,1% de la formación realizada en GED fue de menos de 4 h, y un 33,9% de más de 8 h (tabla 2).

Además, se analizó si la duración de la formación era o no relevante en la utilidad de la formación. Los resultados mostraron que, a mayor duración de la formación, más utilidad tenía (tabla 3).

Relacionando también los años de profesión y la formación en GED se visibilizó que el porcentaje de enfermeras formadas crecía con los años de experiencia en AP (tabla 4).

Se quiso averiguar qué aspectos debería contemplarse en una formación ideal en GED. Las respuestas fueron:

exploración física (91,4%), supuestos prácticos (78,5%), farmacología (77,8%), fisiopatología (72,3%) y aspectos legales (66,9%).

Por último, se quiso saber quién creían que debería impartir la formación. El resultado fue que un 78,4% opinó que debería ser impartida por la empresa, un 54,6% los colegios profesionales, un 48,6% la universidad y un 25,4% las sociedades científicas. La diferencia en la distribución respecto a una distribución aleatoria fue significativa ($\chi^2 = 98,66$; valor de $p < 0,001$).

Aspectos legales

Al observar el conocimiento que las enfermeras tenían sobre el marco legal que amparaba la GED, se evidenció que solo el 28,6% lo conocía.

Tabla 5 Diferencia entre el porcentaje de enfermeras que conocen el marco legal que ampara la GED en función de la edad y de los años trabajados en AP

	Número	Porcentaje	IC 95%
<i>Conoce el marco legal que ampara la GED</i>			
< 40 años	129	9,0	79,60-91,47
≥ 40 años	278	38,0	32,27-43,59
Chi-cuadrado: 434,729; valor de $p < 0,001$			
<i>Años trabajando en AP</i>			
Menos de 5 años	122	5,7	2,80-11,37
Entre 5 y 10 años	60	25,0	15,77-37,23
Entre 10 y 20 años	114	36,0	27,74-45,09
Más de 20 años	109	48,6	48,41-66,64
U: 9.169,5; valor de $p < 0,001$			

AP: atención primaria; GED: gestión enfermera de la demanda; IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

Tabla 6 Diferencia entre la inseguridad provocada por el marco legal en función de su conocimiento, su experiencia en AP y la resolución

	Número	Porcentaje	IC 95%
<i>El marco legal le provoca inseguridad</i>			
No conoce	289	76,1	70,88-80,67
Conoce	116	59,9	41,88-59,78
Chi-cuadrado: 23,484; valor de $p < 0,001$			
<i>Años trabajando en AP</i>			
Menos de 5 años	122	78,7	70,60-85,02
Entre 5 y 10 años	60	71,7	59,23-81,49
Entre 10 y 20 años	114	67,5	58,49-75,44
Más de 20 años	109	57,8	48,41-66,64
U: 21.198; valor de $p < 0,001$			

AP: atención primaria; IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

Al investigar sobre el perfil de las personas concedoras, se vio que la edad y los años trabajados en AP, eran factores relacionados con su conocimiento (tabla 5).

Al 68,9% de las encuestadas, el desconocimiento del marco legal le provocaba inseguridad y un 58,8% dejó de resolver algún caso por miedo a las repercusiones legales.

Además, se quiso analizar si el no conocer el marco legal les provocaba inseguridad. A un 76,1% les provocaba inseguridad no conocerlo. Además, se evidenció que la inseguridad eran variables dependientes del conocimiento del marco legal. De la misma manera se relacionó la inseguridad provocada por el marco legal con los años trabajados, demostrando que, a más años trabajados, menos inseguridad percibían (tabla 6).

Por último, se relacionó la inseguridad que el marco legal producía en relación con la no resolución de los casos de GED por miedo a las repercusiones legales. El porcentaje de enfermeras que habían dejado de resolver un caso por miedo a repercusiones legales era de un 70,6% ($n = 126$) en el grupo de enfermeras a las que el marco legal les provocaba inseguridad y de un 32,5% ($n = 279$) en el grupo que no sentían inseguridad. De esta manera se evidenció que las enfermeras más inseguras, habían dejado de resolver por miedo en mayor proporción ($\chi^2 = 50,356$; valor de $p < 0,001$).

Discusión

La GED está ampliamente afianzada en el territorio español, pero existe una heterogeneidad en la interpretación de lo que es la GED⁶. Hay profesionales que entienden y aplican la GED como un triaje, clasificando únicamente la gravedad del caso. Existen modelos de triaje avanzado, que consisten en la aplicación de protocolos donde el profesional que realiza el triaje, inicia acciones diagnósticas o terapéuticas antes que el médico atiende al usuario¹². Este triaje podría asimilarse al concepto de GED, a diferencia que ésta también comprende una resolución total por parte de la enfermera¹³.

En diversos países como en EE. UU., UK o Nueva Zelanda, la atención a pacientes con enfermedades agudas leves por parte de las enfermeras está muy arraigada^{3,14}. En 2005, una revisión Cochrane¹⁵ evidenció que las enfermeras bien formadas podrían ofrecer atención de igual calidad que la que ofrecería un médico. Otro estudio demostró que no existían diferencias entre un diagnóstico emitido entre una enfermera y un médico cuando se trataba de enfermedades agudas leves¹⁶. Una de las revisiones sistemáticas más recientes¹⁷ concluye que la calidad de la atención al paciente proporcionada por las enfermeras en el ámbito de la atención primaria es igual o superior, a la de los médicos.

En cuanto a la prescripción enfermera en España aún queda camino por recorrer con relación a otros países que la tienen más establecida^{18,19}. En España, han habido diversos vaivenes en la legalización de la prescripción enfermera²⁰, hecho que ha provocado reticencias a prescribir por parte de las enfermeras². Cabe destacar que las participantes del presente estudio percibían que los usuarios esperaban siempre una prescripción médica, y que las enfermeras prescribían menos que el médico. En el estudio de Williams et al.²¹ lo corroboran, y otro estudio encontraba que tanto médicos y enfermeras sucumbían a la presión ejercida por el usuario para obtener una prescripción tras la visita²². Cabe decir que, el esfuerzo necesario para que un prescriptor novel seleccione la medicación idónea es notable, ya que se requiere cierta experiencia y formación²³, pudiendo ser esta una de las causas de las reticencias a prescribir.

Las enfermeras sienten que históricamente ha habido poca formación de GED, aunque la que ha habido, refieren, ha sido provechosa. Una revisión sistemática²⁴ evidenció que las enfermeras al asumir más competencias, precisaban más formación, coincidiendo con los resultados del presente estudio. Pero la formación es más necesaria cuando se trata de enfermedades que históricamente habían sido tratadas por un médico y requieren de una exploración física complementaria como una auscultación respiratoria, una exploración neurológica o abdominal. Una buena estrategia sería incluir en el currículo universitario, o bien formación específica en GED, o bien aumentar la formación en exploración física, o la estrategia implementada por algunos países como Canadá o EE. UU. donde aplican la simulación virtual como formación continuada a las enfermeras de primera línea^{25,26}.

Si las enfermeras no tienen presente el marco legal que ampara la GED, esta no será efectiva ni aplicada. Muestra de ello es el porcentaje de enfermeras que no resuelve por miedo y deriva al médico por inseguridad legal. Un estudio similar concluyó que una reducción de la inseguridad jurídica podría maximizar el valor añadido de las enfermeras²⁷. Además, en un estudio holandés quiso evaluar los efectos de la introducción de la plena autoridad legal de la práctica en los procesos liderados por la enfermera, resultando un aumento de la actividad autónoma de la enfermera. Además, los procesos asistenciales se organizaron de forma más eficiente, los servicios fueron realizados por el profesional sanitario más adecuado²⁸.

En conclusión, está demostrada la efectividad de la enfermera cuando aplica la GED. Aun así, se necesita hacer un acompañamiento formativo o bien académico, o de formación continuada, especialmente a las enfermeras más jóvenes y noveles en el ámbito de la AP. Además, sería interesante alinear la legislación a la resolución completa por parte de enfermería, permitiendo liderar la prescripción de los procesos y ejecutando una baja laboral, si fuera el caso. Por último, es importante publicitar este marco legal que ampara la GED para eliminar reticencias e inseguridades. Con todo ello se observarían resultados beneficiosos en la práctica autónoma de enfermería en los procesos agudos leves, en los usuarios y en el sistema sanitario.

Lo conocido sobre el tema

- La GED está implantada en el territorio catalán desde hace algunos años.
- La GED es eficiente y efectiva en términos de resolución.
- La GED implica una expansión competencial del rol autónomo de la enfermera.

Qué aporta este estudio

- La GED al ser un concepto emergente debería clarificarse para evitar confusiones en la práctica.
- Las enfermeras más jóvenes y que menos experiencia tienen en atención primaria son las que tienen menos formación y son las más inseguras resolviendo la demanda del usuario.
- Se precisa aumentar la formación general en GED para aclarar el concepto, para aumentar el conocimiento e informar del marco legal.

Consideraciones éticas

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) del Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP Jordi Gol) con el código: P18/096.

Además, los datos han sido tratados siguiendo la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

Financiación

Este estudio ha sido financiado parcialmente por la «Fundació Infermeria i Societat» en el marco de las Ayudas a la Investigación Enfermera (PR-274/18) del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos a las direcciones institucionales por haber permitido el envío de los cuestionarios a las enfermeras de Cataluña. Además, queremos agradecer a todas las enfermeras que han respondido y aportado, contestando al cuestionario.

Bibliografía

1. Grup de treball de la gestió de la demanda. Gestió de la demanda espontània. Generalitat de Catalunya, editor. Institut Català de la Salut; 2009. p. 1-48.

2. Hämel K, de Oliveira Toso BRG, Casanova A, Giovanella L. Advanced practice nursing in primary health care in the Spanish national health system. *Cien Saude Colet*. 2020;25:303–14, <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020251.28332019>.
3. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *Br Med J*. 2002;324:819–23, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7341.819>.
4. Román-Baquero J, Redondo-Collado D. Resolución enfermera de los procesos leves autolimitados en atención primaria: estudio descriptivo. *Aten Primaria*. 2022;54:6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102219>.
5. Monsalvo San Macario E, Sarrion Bravo J. Consulta de alta Resolución: desempeñando competencias de la Enfermera Especialista en Familia y Comunidad. *Ene*. 2019;13:(4).
6. Brugués Brugués A, Cubells Asensio I, Flores Mateo G. Implementation of nurse demand management in primary health care service providers in Catalonia. *Aten Primaria*. 2017;49:518–24, <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.012>.
7. Brugués A, Peris A, Pavón F, Mateo E, Gascón J, Mateo F. Evaluation of Nurse Demand Management in Primary Care. *Aten Primaria*. 2016;48:2–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.02.014>.
8. Fabrellas N, Vidal A, Amat G, Lejardi Y, del Puig Deulofeu M, Buendia C. Nurse management of «same day» consultation for patients with minor illnesses: Results of an extended programme in primary care in Catalonia. *J Adv Nurs*. 2011;67:1811–6, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05624.x>.
9. Fabrellas N, Sánchez C, Juvé E, Aurin E, Monserrat D, Casanovas E, et al. A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care. *BMC Fam Pract*. 2013;14:61, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-14-61>.
10. Fabrellas N, Juvé E, Solà M, Aurín E, Berlanga S, Galimany J, et al. A Program of Nurse Management for Unscheduled Consultations of Children With Acute Minor Illnesses in Primary Care. *J Nurs Scholarsh*. 2015;47:529–35, <http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12169>.
11. Iglesias B, Ramos F, Serrano B, Fàbregas M, Sánchez C, García MJ, et al. A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. *J Adv Nurs*. 2013;69:2446–57, <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12120>.
12. Soster CB, Anschau F, Rodrigues NH, Alves da Silva LG, Klafke A. Advanced triage protocols in the emergency department: A systematic review and meta-analysis [Article in Portuguese, English, Spanish]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2022;30:e3511, <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.5479.3511>.
13. Vara Ortiz MÁ, Fabrellas Padrés N. Concept analysis: Nurse demand management. *Aten Primaria*. 2019;51:230–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.10.011>.
14. Carrier J, Adams S. Nurse practitioners as a solution to transformative and sustainable health services in primary health care: A qualitative exploratory study. *Collegian*. 2017;24:525–31, <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2016.12.001>.
15. Laurant MG, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub2>.
16. Pirret AM, Neville SJ, La Grow SJ. Nurse practitioners versus doctors diagnostic reasoning in a complex case presentation to an acute tertiary hospital: A comparative study. *Int J Nurs Stud*. 2015;52:716–26, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.08.009>.
17. Barnett M, Balkissoon C, Sandhu J. The level of quality care nurse practitioners provide compared with their physician colleagues in the primary care setting: A systematic review. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2022;34:457–64, <http://dx.doi.org/10.1097/jjnx.0000000000000660>.
18. Mitchell A, Pearce R. Prescribing practice: An overview of the principles. *Br J Nurs*. 2021;30:1016–22, <http://dx.doi.org/10.1017/cbo9780511841712.004>.
19. Saunders MM. Informing and Supporting the New Clinical Nurse Specialist Prescriber. *Adv Crit Care*. 2021;32:404–14, <http://dx.doi.org/10.4037/aacnacc2021869>.
20. Romero-Collado A, Raurell-Torreda M, Zabaleta-Del-Olmo E, Rascon-Hernan C, Homs-Romero E. Nurse prescribing in Spain: The law and the curriculum. *Nurs Heal Sci*. 2017;19:373–80, <http://dx.doi.org/10.1111/nhs.12355>.
21. Williams SJ, Halls AV, Tonkin-Crine S, Moore MV, Latter SE, Little P, et al. General practitioner and nurse prescriber experiences of prescribing antibiotics for respiratory tract infections in UK primary care out-of-hours services (the UNITE study). *J Antimicrob Chemother*. 2018;73:795–803, <http://dx.doi.org/10.1093/jac/dkx429>.
22. Djerbib A. A qualitative systematic review of the factors that influence prescribing decisions by nurse independent prescribers in primary care. *Prim Heal Care*. 2018;28:25–34, <http://dx.doi.org/10.7748/phc.2018.e1355>.
23. Lim AG, North N, Shaw J. Beginners in prescribing practice: Experiences and perceptions of nurses and doctors. *J Clin Nurs*. 2018;27:1103–12, <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14136>.
24. Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J, et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010412.pub2>, 2019.
25. Cole L, Boss L, Fowler D, Cheatham L. Using Leadership Simulation Scenarios With Graduate Nursing Learners to Support Frontline Nurse Leader Competency Development. *Nurse Lead*. 2021;19:405–10, <http://dx.doi.org/10.1016/J.MNL.2020.08.012>.
26. Rouleau G, Gagnon MP, Côté J, Richard L, Chicoine G, Pelletier J. Virtual patient simulation to improve nurses' relational skills in a continuing education context: A convergent mixed methods study. *BMC Nurs*. 2021;1:1–17, <http://dx.doi.org/10.21203/rs.3.rs-43757/v1>.
27. Lovink MH, van Vught A, Persoon A, Koopmans RTCM, Laurant MGH, Schoonhoven L. Skill mix change between physicians, nurse practitioners, physician assistants, and nurses in nursing homes: A qualitative study. *Nurs Heal Sci*. 2019;21:282–90, <http://dx.doi.org/10.1111/nhs.12601>.
28. De Bruijn-Geraets DP, van Eijk-Hustings YJL, Bessems-Beks MCM, Essers BAB, Dirksen CD, Vrijhoef HJM. National mixed methods evaluation of the effects of removing legal barriers to full practice authority of Dutch nurse practitioners and physician assistants. *BMJ Open*. 2018;8, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019962>.