

Percepción de los profesionales de la salud sobre la enfermera especialista en familia y comunidad: un abordaje cualitativo

Paloma Moliner Alvarez-Rayon¹; Alba Díaz Luque²; Laura Calvo García³

¹ Centro de Salud de Villaviciosa, Área Sanitaria V. Asturias; España

² Centro de Salud de Laviada, Área Sanitaria V. Asturias; España

³ Centro de Salud de Puerta la Villa, Área Sanitaria V. Asturias; España

Contacto:

Manuscrito recibido: 02/02/2022

Manuscrito aceptado: 17/06/2022

Cómo citar este documento

Moliner Alvarez-Rayon P, Díaz Luque A, Calvo García L. Perception of health professionals about the family and community nurse specialist: a qualitative approach (Percepción de los profesionales de la salud sobre la enfermera especialista en familia y comunidad: un abordaje cualitativo). RqR Quantitative and Qualitative Research, Enfermería Comunitaria. 2022 Aug; 10 (3): 52-68.

Original

Resumen

Objetivo: conocer la percepción de los profesionales sanitarios sobre la enfermera especialista familiar y comunitaria (EFyC).

Método: investigación cualitativa con metodología fenomenológica. La técnica de recogida de datos ha sido la entrevista individual semi estructurada. La muestra fue intencionada y razonada según la representatividad de la variabilidad de los discursos. Se realizó un análisis temático descriptivo-interpretativo de los datos realizando una categorización mixta y validado mediante la triangulación de investigadores.

Resultados: Se entrevistó a un total de 10 profesionales sanitarios. Desde el Decreto de 1984 de Estructuras básicas de salud, la Atención Primaria y más en concreto, la enfermería, han experimentado un gran

cambio, destacando una mayor visibilización y autonomía de la profesión. Posteriormente, con la creación e implantación de la EFyC, se objetivó una mayor formación y aumento de las competencias. También pudo observarse la existencia de barreras en la organización del sistema sanitario que impiden que la EFyC pueda desarrollar todas las funciones para las que está capacitada. Finalmente, como propuestas de mejora se incluye la elección libre de enfermera o la creación de la categoría de EFyC.

Conclusiones: se considera prioritario implementar políticas sanitarias que establezcan nuevos modelos de gestión que garanticen la excelencia en los cuidados a través de la incorporación de especialistas que logren adaptarse a las nuevas necesidades de la sociedad.

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud, Historia de la Enfermería, Enfermería en Salud Comunitaria, Percepción.

Perception of health professionals about the family and community nurse specialist: a qualitative approach

Abstract:

Objective: to know the perception of health professionals about the Family and Community Nurse Specialist (EFyC).

Method: qualitative research with phenomenological methodology. The data collection technique has been the semi-structured individual interview. The sample was intentional and reasoned according to the representativeness of the variability of the speeches. A descriptive-interpretative thematic analysis of the data was carried out, carrying out a mixed categorization and validated by triangulation of researchers.

Results: A total of 10 healthcare professionals were interviewed. Since the 1984 decree on Basic Health Structures, primary care and more specifically, nursing, have

undergone a great change, highlighting a greater visibility and autonomy of the profession. Subsequently, with the creation and implementation of the EFyC, greater training and increased skills were observed. It was also possible to observe the existence of barriers in the organization of the health system that prevent the EFyC from carrying out all the functions for which it is trained. Finally, proposals for improvement include the free choice of a nurse or the creation of the EFyC category.

Conclusions: it is considered a priority to implement health policies that establish new management models that guarantee excellence in care through the incorporation of specialists who can adapt to the new needs of society

Keywords:

Primary Health Care, History of Nursing, Community Health Nursing, Perception.

Introducción

Historia de la Atención Primaria

Las primeras referencias sobre Atención Primaria de Salud (AP) se remontan a la Conferencia Internacional de Alma-Ata en 1978 (1,2). Sin embargo, en España, no fue hasta el establecimiento del Real Decreto 138/1984 (3) cuando se implementa el «nuevo modelo de Atención Primaria» (1), estableciéndose como objetivos fundamentales la educación sanitaria, la prevención y la promoción de la salud (3,4).

No obstante, los avances en el desarrollo de la autonomía de la AP comenzaron a declinar, evidenciándose indefinición del rol profesional (4,6).

A consecuencia de la necesidad de unificar criterios y funciones de actuación del colectivo enfermero se publica en 1990 la circular 5/90 sobre organización de las actividades de enfermería en los Equipos de Atención Primaria (EAP) (7), donde se pretendía potenciar la prevención y promoción de la salud. Sin embargo, la falta de implementación y desarrollo limitó el crecimiento de la enfermería comunitaria y la oferta de cuidados a la comunidad (8).

Historia de la Enfermería Familiar y Comunitaria

La enfermería comunitaria en España cuenta con una limitada trayectoria histórica que ha limitado su implementación y desarrollo en AP. En 1987 se contempla la creación de la especialidad de Enfermería en Salud Comunitaria y en 1998 se constituye la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (1).

En 2005 con el RD 450/2005 sobre especialidades de enfermería se recoge la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (1).

Sin embargo, no es hasta 2010 con la Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio cuando se aprueba el programa formativo

de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) y un año después, se comienza el desarrollo de la formación a través de una prueba de acceso (9).

La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria

Los principales objetivos de la especialidad enfermera son, mejorar la accesibilidad y seguridad de la ciudadanía; aumentar la calidad de los cuidados; potenciar el desarrollo profesional y contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario (10-13).

No obstante, en la actualidad, se aprecia como la sociedad y el propio sistema sanitario otorga escaso valor a los cuidados, frente al prestigio de intervenciones del ámbito hospitalario, que unido a la falta de reconocimiento social da lugar a una devaluación de su actividad en el sistema sanitario (4). Por otra parte, el aumento de la inestabilidad laboral y la presión asistencial además de una baja inclusión de especialistas en EFyC al sistema sanitario, entre otras causas, impide el desarrollo de las competencias adquiridas en la especialidad y la puesta en marcha de actividades comunitarias (14,15).

A pesar de la dificultad de acceso a la formación especializada, se ha experimentado una mayor autonomía en experiencia y desarrollo tanto en la práctica clínica, como a nivel de formación, capacidad de investigación, liderazgo, sentido ético y moral y trabajo en equipo (6,16).

Percepción de la enfermera de Atención Primaria

En el pasado, la actividad asistencial de enfermería estaba relegada a actividades totalmente dependientes de otros profesionales, como la medicina (16,17). A pesar de todo, ha evolucionado en las últimas décadas mediante la adquisición de múltiples competencias independientes e interdependientes, siendo considerados incluso,

como los profesionales sanitarios mejor valorados (13,16,18).

Por otra parte, en 2018 el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la OMS y la Uk All Party Parliamentary Group on Global Health crearon y lanzaron la campaña "Nursing now" con el fin de hacer frente a las dificultades que sufre el personal de enfermería en la actualidad (19).

Objetivos

Objetivo general:

Conocer la percepción de los profesionales sanitarios sobre la enfermera especialista familiar y comunitaria.

Objetivos específicos:

- Describir la evolución de la enfermería de AP desde la creación de los centros de salud hasta el día de hoy.
- Explorar diferentes competencias de la especialidad EFyC.
- Identificar el papel de la EFyC dentro del sistema sanitario.

Método

El objetivo del presente trabajo es mostrar la percepción que tienen los participantes (profesionales sanitarios de diferentes categorías) sobre la enfermera especialista familiar y comunitaria. Se decidió enfocar el estudio desde el paradigma comprensivo-naturalista-interpretativo (20). Para plantear nuestra hipótesis utilizamos el acrónimo SPICE (20) (guía para búsqueda estudios cualitativos).

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes fuentes de información como bases de datos (Pubmed, Cinahl, Scielo, Cuiden) y un repositorio (Dialnet). Se han utilizado los siguientes descriptores de la salud (DeCs) para la búsqueda: Atención Primaria de Salud, Historia de la enfermería,

Enfermería en Salud Comunitaria y Percepción. También se realizó una búsqueda en inglés (Mesh): Primary Health Care; History of nursing, Community Health Nursing, perception. La búsqueda bibliográfica se desarrolló a lo largo de todo el estudio, añadiendo aquella nueva evidencia pertinente.

Tipo de estudio

Se ha realizado un estudio cualitativo con metodología fenomenológica en la que los participantes explican qué significa para ellos la Atención Primaria y en particular la EFyC a través de su experiencia vivida. El diseño del estudio ha sido descriptivo en la que el grado de participación en la investigación de los entrevistados ha sido simplemente como informantes, mientras que los investigadores han adoptado una actitud ETIC, tratando de comprender el objeto de estudio «desde fuera».

Técnica de recogida de datos

La técnica de recogida de datos ha sido la entrevista en profundidad individual semiestructurada, hasta llegar a la saturación de datos. La realización de las entrevistas se adaptó a las circunstancias temporales y de espacio del entrevistado.

Selección de sujetos del estudio

El diseño muestral ha sido intencionado y razonado. Se escogieron a los participantes según la representatividad de la variabilidad de los discursos.

El tipo de muestreo que se ha utilizado es de tipo teórico con estrategia de muestreo mixta. Se caracteriza por la variabilidad, buscando una muestra heterogénea y representativa de informantes.

La estrategia de muestreo ha sido por criterio estableciéndose unos perfiles concretos en el diseño muestral que representa las diferentes versiones del discurso; estratificado

al estar la muestra dividida en subgrupos; y por último, por conveniencia, para facilitar el acceso a las personas entrevistadas.

Captación de la muestra

Se han invitado a participar en el presente estudio a 18 profesionales sanitarios durante el periodo de mayo a diciembre de 2020. Los participantes del estudio fueron personal facultativo y de enfermería de Atención Primaria, gerencia del área V, Consejería de salud del Principado de Asturias, médicos residentes internos del área V, así como profesionales que trabajan en docencia universitaria y de postgrado.

La invitación para participar en el estudio se realizó mediante correo electrónico. Si no se obtenía respuesta, se mandaban hasta 2 correos electrónicos más y en caso de no obtener respuesta se descartaba la participación.

Todas las entrevistas se han realizado de forma presencial. La duración de las entrevistas fue desde 20 a 60 minutos y fueron grabadas en audio para su posterior transcripción.

Antes de empezar la entrevista se les informaba sobre las características del estudio, se cumplimentaba un documento sobre variables sociodemográficas y, por último, se explicaba y firmaban el consentimiento informado.

Finalmente, de las 18 personas seleccionadas, aceptaron a participar en el estudio 10 profesionales (Tabla 1. Participantes del estudio).

Análisis de los datos:

En la transcripción de las entrevistas se prestó especial atención a la comunicación no verbal, como risas, pausas y gestos,

Tabla 1. Participantes del estudio

Participante 01 (P01)	Enfermero generalista con puesto de docente en la Universidad de Oviedo con gran implicación en la formación del personal de enfermería en el Principado de Asturias, así como en la investigación.
Participante 02 (P02)	Enfermera especialista familiar y comunitaria de las primeras promociones de la Unidad Docente Multidisciplinar Familiar y Comunitaria de Asturias, que puede proporcionar una evolución de la misma.
Participante 03 (P03)	Enfermero generalista con puesto de dirección en Consejería de Salud, con amplia trayectoria en puestos de gestión en atención primaria.
Participante 04 (P04)	Enfermera generalista con gran trayectoria en Atención Primaria, desde los inicios de su creación, personal pionera de la atención primaria con una visión de la evolución muy amplia.
Participante 05 (P05)	Facultativo especialista en medicina familiar y comunitaria con una amplia trayectoria en atención primaria, desde los inicios de esta, personal pionero con una visión de la evolución muy amplia. También desarrolló puesto de gestión en etapas previas.
Participante 06 (P06)	Enfermero generalista con amplia experiencia en puestos de gestión en Atención Especializada. Actualmente ocupa su desarrollo profesional en el colegio de enfermería de Asturias.
Participante 07 (P07)	Enfermera generalista con gran trayectoria en atención primaria, desde los inicios de creación de ésta. Últimos años laborales dedicados a docencia de residentes de enfermería familiar y comunitaria.
Participante 08 (P08)	Médica interna residente de cuarto curso con una visión renovada sobre la atención primaria y la relación con la enfermería.
Participante 09 (P09)	Facultativo especialista en medicina familiar y comunitaria disponiendo de amplios conocimientos en atención primaria donde desarrolló la mayor parte de su trayectoria profesional. Ahora se encuentra en la Consejería de Salud.
Participante 10 (P10)	Facultativa especialista en medicina familiar y comunitaria en puesto de docencia de familiar y comunitaria disponiendo de amplios conocimientos en atención primaria

Fuente: Elaboración propia

incluyendo lo transmitido tanto por el entrevistador como por el entrevistado.

Tras ello, el equipo investigador se dispuso a realizar un análisis temático descriptivo- interpretativo de los datos obtenidos en las entrevistas.

Dada la gran cantidad de datos obtenidos en torno a la entrevistas, se decidió realizar la segmentación y codificación del texto en unidades de análisis. Las investigadoras realizaron un primer análisis en el que cada una analizó 3 entrevistas diferentes en

la que se crearon unas categorías simples y generales que respondieran a los objetivos planteados. Durante este proceso de análisis surgieron nuevas categorías fuera de los objetivos planteados que se incluyeron por consenso del equipo investigador (Categorización Mixta). De esta manera se recuperaron fragmentos del discurso que compartían un código común para la creación del sistema de categorías y códigos: 4 categorías y 19 códigos junto a la descripción establecida por consenso de las investigadoras (Tabla 2. Cuadro de análisis)

Tabla 2. Cuadro de análisis

Categoría	Descriptor	Código	Definición completa
Atención Primaria	AP	Historia	Comentarios acerca de la evolución y el desarrollo de Atención Primaria a partir del año 1984
		Visibilización	Término con el que se relaciona el reconocimiento de la profesión enfermera tras su incorporación a los centros de salud
		Cambios	Experiencias sobre los cambios que supuso en la atención sanitaria la reforma de Atención Primaria en el año 1984
Enfermera Especialista Familiar y Comunitaria	EFyC	Formación especializada	Comentarios de los participantes acerca de la formación de la especialidad EFyC
		Liderazgo	Percepción acerca del liderazgo que ejercen las EFyC
		Trabajo en equipo	Percepción acerca de la capacidad de la EFyC para trabajar en equipo
		Percepción	Opiniones acerca de la figura y el propio significado de la EFyC
		Enfermeras especialistas vs enfermeras generalistas	Comparaciones entre los perfiles profesionales de EFyC con la enfermera generalista que desarrolla su actividad en Atención Primaria
Competencias	C	Prescripción enfermera	Opiniones acerca de la capacidad de la EFyC sobre la prescripción de medicamentos
		Cirugía menor	Opiniones acerca de la capacidad de la EFyC sobre la realización de cirugía menor
		Actividades comunitarias	Percepción acerca de las intervenciones comunitarias que realizan las EFyC
		Atención domiciliaria	Comentarios acerca de actividad domiciliaria que realiza la EFyC durante su jornada laboral
		Paciente crónico	Percepción sobre el manejo de la EFyC en el manejo del paciente crónico
		Gestión	Percepción acerca de la capacidad de gestión que tienen las EFyC
		Investigación científica	Comentarios sobre la realización de investigación científica por parte de la EFyC
Organización Sanitaria	OR	Categoría profesional	Percepción acerca del reconocimiento que realiza el sistema sanitario o incluso las propias personas entrevistadas sobre la categoría profesional de EFyC
		Protocolización vs voluntariedad	Percepción acerca de la voluntariedad de las enfermeras a la hora de realizar ciertas competencias en contra de la creencia que debería estar todo proceso protocolizado
		Barreras	Dificultades que impiden el desarrollo y avance de la EFyC
		Aspectos de mejora	Cuestiones o actividades que tiene que considerar el sistema sanitario para la mejora de la AP y del papel de la EFyC

Fuente: Elaboración propia

Tras ello, el equipo investigador realizó un segundo análisis individualizado de cada una de las entrevistas, produciéndose una recategorización y recodificación de las entrevistas ya analizadas mediante el consenso.

Para asegurar la fiabilidad y validez del proceso, se ha realizado la triangulación del proceso de análisis por parte de las tres investigadoras. La finalización de la recogida de datos se decidió debido a la saturación del discurso.

El estudio fue presentado y aprobado por el Comité de Ética del Principado de Asturias.

Resultados

ATENCIÓN PRIMARIA

(Tabla 3. Atención Primaria)

LOS PRIMEROS AÑOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Todos los participantes afirman el gran avance que supuso la Reforma de 1984 para el Sistema Sanitario tanto a nivel estructural y organizativo como de funciones, reconociendo a Asturias como una de las regiones pioneras en el avance de la AP.

No obstante, a pesar de la profesionalización de la enfermería y del cambio que supuso la Reforma de 1984, se refleja posteriormente un cierto estancamiento.

¿QUIÉN ES Y QUÉ HACE LA ENFERMERA? LA VISIBILIZACIÓN DE LA PROFESIÓN

La incorporación de la enfermería en los centros de salud para la mayoría de los entrevistados supuso una visibilización de la profesión tanto en consulta como en la comunidad. A nivel estructural suscitó que la enfermería contase con su propia consulta y su propio cupo de pacientes.

LA TRANSFORMACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

Se puede apreciar que la reforma del 84 promovió una serie de cambios en la atención sanitaria. Las experiencias que se recogen detallan un cambio en la atención que pasó de estar centrada en la enfermedad a incluir el concepto de salud y de comunidad.

Con relación a las competencias se establecieron nuevas funciones enfocadas hacia la promoción de la salud, que relatan como algo totalmente desconocido.

Tabla 3. Atención Primaria

Categoría	Descriptor	Código	Unidad de análisis
Atención Primaria	AP	Historia	«hablar de promoción, de prevención, de la equidad del acceso a todo el mundo a atención primaria, de salud pública, de orientar a lo comunitario se dieron todas las bases fundamentales» (P07). «Si que hubo una primera fase de mucho cambio y luego, a lo mejor, tal vez, estancamos» (P03)
		Visibilización	«a nadie se le ocurriría pensar en una enfermera en la calle, en la comunidad. En aquel momento, pues bueno, de repente las enfermeras empezamos a tener visibilidad» (P01).
		Cambios	«cambió radicalmente lo que era el concepto de la atención centrada en la enfermedad nada más y empezó a verse lo que era la atención centrada en la comunidad» (P05). «a partir de ahí fue cuando hubo vida más allá del hospital y pudimos desarrollar un campo de competencias propio (...) resultaron bastantes competencias que hasta en ese momento que no teníamos» (P03)

Fuente: Elaboración propia

ENFERMERA ESPECIALISTA FAMILIAR Y COMUNITARIA

(Tabla 4. Enfermera Especialista Familiar y Comunitaria).

EL NACIMIENTO DE UNA NUEVA ESPECIALIDAD

La totalidad de entrevistados coinciden en que las especialistas de Familiar y Comunitaria vía EIR presentan una gran formación favoreciendo al desarrollo de la AP.

En referencia al programa formativo se señala que es una formación orientada al trabajo que se desarrollará posteriormente. Por otra parte, se reflejan irregularidades en cuanto al cumplimiento del programa formativo dependiendo de la unidad docente.

Gran parte de los entrevistados coinciden en que la especialidad es una gran oportunidad para el avance de la AP. Incluso se equiparó la evolución de la especialidad de EFyC con la de la categoría de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC).

Tabla 4. Enfermera Especialista Familiar y Comunitaria

Categoría	Descriptor	Código	Unidad de análisis
Enfermera Especialista Familiar y Comunitaria	EFyC	Formación especializada	«la especialidad yo creo que lo que hace convertirlas en algo real, que haya una formación ya concreta para llevar a cabo esas competencias una formación reglada» (P09) «vamos eso es algo clave para el desarrollo de la atención primaria que estaba bastante estancandilla, yo creo que va a ser un avance similar al que supuso la creación de la especialidad de medicina familiar y comunitaria» (P09). «Ahí entraríamos en otro aspecto que hay unidades docentes donde deja mucho que desear porque no desarrollan el programa formativo» (P01)
		Liderazgo	«los líderes no es una profesión son las personas, es decir, por el hecho de tener una especialidad de FYC no me metas a todas en el mismo saco.» (P04) «Las enfermeras comunitarias han liderado... han liderado equipos, han liderado residencias geriátricas, han liderado muchas cosas. Y allí donde lo han liderado han demostrado que lo hacen bien» (P01).
		Trabajo en equipo	«yo creo que de los profesionales en un c.salud que más intenta unir al resto» (P02)
		Percepción	«Pero sobre todo, la enfermera comunitaria es un instrumento, es una herramienta, es un recurso para dar respuesta a las necesidades que tiene la población y mientras no se incluya eso, la AP no va a tomar la importancia que tiene» (P01), «porque además que haya más enfermeras especialistas en un centro, nos potencia entre todas y nos anima a hacer cosas» (P02) «Muchas veces te dicen -no trabajan nada, sacan sangre, hacen 4 paseitos, se va a un domicilio...» (P05)
		Enfermeras especialistas vs enfermeras generalistas	«las que nos formamos fue gracias a las que estaban que no tenían la especialidad, que sí, que nosotras como siguiendo un poco el camino ¿no? que ellas marcaron» (P02). «-Ahí vienen las listas- y se oyen comentarios de todo tipo, ése es el gran problema (...) Se dividía el centro entre las enfermeras viejas, las nuevas, las EIR...y eso pudo generar conflicto» (P05) «Que en eso sí que veo diferencias en un centro pues que hay gente que es especialista o trabajó muchos años en atención primaria y le encanta, pues hay más facilidad para hacer programas comunitarias que en un centro que la gente no piensa así» (P02) «Y sí que es cierto que consumís bastante más evidencia científica que otros perfiles» (P03) «yo sí que vi dificultades en hacer ciertas cosas que igual me cuestionaban, por ejemplo: cirugía menor, eh crioterapia... como que: «porqué eso lo tenía que hacer una enfermera» ¿no?» (P02)

Fuente: Elaboración propia

ENFERMERÍA COMO LÍDER

En referencia a la percepción acerca del liderazgo la gran mayoría de los entrevistados coinciden en que no es una cualidad dependiente de la especialidad, sino de la propia persona. No obstante, se percibe que la EFyC tiene un plus de liderazgo e iniciativa dentro del equipo, que ha estado más visibilizado y presente debido al estado actual de pandemia frente al COVID-19.

LA SINERGIA DE UN TRABAJO EN EQUIPO

Todos los entrevistados coinciden en la importancia de formar parte de un equipo multidisciplinar y trabajar en conjunto independientemente de la categoría profesional. Se destaca a la figura de la enfermería cómo uno de los profesionales que más capacidad de unión y colaboración demuestra en el equipo.

¿CÓMO NOS VEN? PERCEPCIÓN DE LA EFyC

La EFyC es percibida por los profesionales como la oportunidad de futuro de la profesión. Incluso se sugiere que gracias al desarrollo de la especialidad se podrá conseguir que el resto de la enfermería continúe avanzando.

Todos los participantes identifican a los residentes de EFyC como un estímulo para el centro de salud. Además, su formación es valorada como algo adicional que podría beneficiar a la futura forma de trabajar.

Sin embargo, muchos participantes reconocen que la enfermera especialista está invisibilizada para la propia población e infrutilizada por parte del sistema sanitario. Incluso, se puede percibir como una amenaza por otros profesionales.

ENFERMERAS ESPECIALISTAS VS ENFERMERAS NO ESPECIALISTAS

En el ámbito de la AP conviven enfermeras generalistas con una amplia experiencia

laboral en primaria, enfermeras generalistas con una larga trayectoria profesional, pero sin experiencia en Atención Primaria y especialistas. Se pone en valor el gran trabajo realizado por las enfermeras que sin especialidad han fundado y creado la AP desde sus orígenes.

A pesar de que varios participantes reconocen que puede existir conflicto entre estos tres grupos. Del mismo modo se considera que ese conflicto puede influenciar con la realización de ciertas competencias como cirugía menor o actividades comunitarias. Además, algunos participantes perciben un mayor perfil investigador y comunitario en las especialistas.

COMPETENCIAS

(Tabla 5. Competencias).

PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

Todos los participantes coinciden en que la EFyC debería poder utilizar y prescribir todos aquellos fármacos y productos que usa en su actividad profesional habitual. Se refleja el avance que supondría para la ciudadanía y el sistema sanitario la puesta en marcha de la prescripción enfermera.

CIRUGÍA MENOR

Todos los participantes coinciden en que la cirugía menor es una competencia técnica que debería realizarse por el profesional sanitario que esté capacitado independientemente de su categoría profesional.

De hecho, la realización de intervenciones de cirugía menor en AP supondría ventajas a nivel económico y de satisfacción para los pacientes.

ACTIVIDADES COMUNITARIAS: LA PIEDRA ANGULAR

Todos los participantes coinciden en que la actividad comunitaria es uno de los pilares fundamentales de la AP e identifican a la EFyC como referente.

Tabla 5. Competencias

Categoría	Descriptor	Código	Unidad de análisis
Competencias	C	Prescripción enfermera	«en el ámbito de nuestras competencias nosotros tenemos que poder indicar y prescribir medicamentos y productos sanitarios» (P06) «A la población se le da un servicio, al sistema sanitario se le da una eficiencia, que es muy importante» (P01)
		Cirugía menor	«Me da igual médico que enfermera...» (P05) «Que una cirugía menor la haga, se haga en AP y no en el hospital, y que dentro de AP lo haga una enfermera o un médico es más eficiente, igual seguridad, igual o mayor satisfacción y más económico» (P01).
		Actividad comunitaria	«El trabajo vuestro es comunitario, que además me parece básico y fundamental» (P05). «debería tener mucho más peso, debería estar reconocido (...) Que es algo no palpable, igual tanto la educación» (P02) «Tú puedes hacer actividades comunitarias, pero cuáles, las que a ti te interesan ¿no? Pero a mí lo que tú me vas a contar no me interesa, aunque sabes muchísimo (P07)
		Atención domiciliaria	«La enfermera ahí no llega, pero porque la carga de trabajo asistencial es lo suficientemente grande como para que no pueda» (P06). «realmente ¿vamos a los domicilios programados o son más bien agudos los que vamos?» (P10)
		Paciente crónico	«pero en el 90% del seguimiento de los pacientes crónicos debe recaer sobre la enfermera del centro de salud, sin duda» (P03). «tiene que ver más con los cuidados con la educación para la salud, con la resolución de dudas, con dar más autonomía al paciente... y yo creo que eso es capaz de hacerlo mucho más una enfermería bien formada que medicina» (P09).
		Gestión	«las enfermeras, en cuanto a gestión, yo creo que tenemos poco que demostrar ya, porque siempre que hubo enfermeras en gestión, las cosas se gestionaron bien» (P03) «y no solo los cuidados en enfermería, sino a gestionar los recursos humanos, incluso quien coordine o dirija un centro de salud al completo» (P01). «No creo que deba de ser una enfermera directora del centro de salud. Va a tener un conflicto con el personal médico fijo, solo por niveles profesionales y capacidad y no me parece lo adecuado, y no quiere decir que no sea buena gestora» (P05) «¿Y por qué no llegar a ser coordinadora de un c. salud? ¿por qué tiene que ser siempre un médico? (...) pero para ello hay que asumir los cargos directivos y a veces no se asumen. Ser mujer y compaginar la vida personal con la laboral es muy difícil.» (P04)
		Investigación científica	«Trabajan con rigor, saben lo que hacen, son capaces de rebatir, no porque lo diga yo, sino porque está publicado en tal sitio, se ha aprobado tal cosa...» (P04). «en el debate público, en el debate científico, que cada vez hay más presencia de la enfermería familiar y comunitaria... cuando hay especialistas hay más investigación... hay más desarrollo comunitario... y eso genera más liderazgo y cosas reales...» (P09).

Fuente: Elaboración propia

Varios participantes critican que la actividad está invisibilizada y que se realiza a base de tiempo personal y según la voluntad de la enfermera. Por ello, y para que toda la población tenga acceso a las mismas prestaciones debería estar protocolizada e integrada en la práctica asistencial.

Del mismo modo, varios participantes critican que esas actividades se realizan generalmente por preferencia del profesional obviando las necesidades reales de la población.

ATENCIÓN DOMICILIARIA: INHERENTE A ATENCIÓN PRIMARIA

En cuanto a la atención domiciliaria todos los participantes están de acuerdo en que es una actividad que está supeditada al tiempo de atención en consulta.

Se realiza una crítica acerca de cómo se está realizando esa atención, ya que, se percibe una baja actividad domiciliaria y se desaprueba que la asistencia sea a demanda y no de manera programada para

realizar un seguimiento de las necesidades y cuidados de los pacientes.

PACIENTE CRÓNICO

La mayor parte de los participantes consideran que el manejo del paciente crónico es una competencia fundamental de la EFyC, incluso que debería ser el profesional referente en el cuidado. Aun así, se genera cierta discusión en referencia a quién es el profesional más idóneo para su gestión.

ENFERMERÍA EN LA TOMA DE DECISIONES

Muchos de los participantes afirman que la enfermera especialista está capacitada para ejercer puestos de gestión. Se reconoce a la EFyC como el perfil idóneo para la gestión de cuidados en el ámbito de la AP. En contraposición a estas ideas, varios participantes ponen en duda el papel de la enfermera especialista en este terreno.

Sobre la experiencia de enfermería en puestos de gestión, sobre todo durante esta época de pandemia, los entrevistados reconocen resultados visiblemente positivos.

De hecho, se genera cierta controversia entre los testimonios de los participantes en cuanto a quién debería ser el coordinador del centro de salud y si el género influye en ello.

EN BUSCA DE LA MAYOR EVIDENCIA CIENTÍFICA

Todos los participantes coinciden en afirmar que la EFyC tiene una amplia base formativa en investigación, que supone un rasgo distintivo.

Varios participantes destacan positivamente la presencia y participación de la EFyC en actividades de investigación y sesiones de equipo.

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS CATEGORÍA PROFESIONAL ENFERMERA ESPECIALISTA FAMILIAR Y COMUNITARIA

(Tabla 6. Organización Sanitaria)

LA CATEGORÍA PROFESIONAL, LA GRAN OLVIDADA

La categoría profesional de EFyC no está creada en el Principado de Asturias como así recogen todos los participantes del estudio. Ello conlleva la ausencia de reconocimiento de la especialidad y, por tanto, una invisibilización tanto por parte del sistema sanitario como de la población.

Del mismo modo, se señala que la implantación de la categoría profesional facilitaría la continuidad asistencial y conseguir un perfil más homogéneo.

PROTOCOLIZACIÓN VS VOLUNTARIEDAD

Tras la realización de las entrevistas del estudio se pudo observar que uno de los problemas que refieren los participantes es la voluntariedad del trabajo del personal de enfermería en AP. Las competencias más señaladas fueron las actividades comunitarias y de investigación.

Como solución al problema de voluntariedad los participantes aluden a la protocolización del trabajo.

BARRERAS QUE NOS FRENAN

Con relación a la organización sanitaria, el principal problema percibido fue la percepción de la falta de personal y recursos, seguido de la carga asistencial, muchas veces percibida como innecesaria.

Por otro lado, los participantes refieren que al ser la enfermería de AP un perfil tan heterogéneo supone un perjuicio al no ofrecer la misma cartera de servicios. Además,

Tabla 6. Organización sanitaria

Categoría	Descriptor	Código	Unidad de análisis
Organización Sanitaria	OR	Categoría profesional	«Y nadie sabe dónde estáis, nadie sabe para qué servís, pero yo no hablo de la gente de la calle, hablo del que el sistema sanitario no os está utilizando a las especialistas» (P01) «enfermera de familia que desarrolle su trabajo que se le dé continuidad en los centros, que se saquen plazas, que se cree la categoría que se cree una relación de puestos definidos. Que sea todo más homogéneo, el potencial que se tiene en eso es brutal» (P07)
		Protocolización vs voluntariedad	«-pues a mí el enfermero me hace el pánico- pues a mí no-. Eso es otro gran problema que se llama variabilidad. Y al tener esa variabilidad los descolocas» (P05) «Todo esto tiene que estar protocolizado, programado, con convenios hechos, etc...» (P01) «debería de ser obligatorio para todas las enfermeras que trabajasen en el centro de salud no quedar un poco a voluntad de la enfermera que quiera» (P02)
		Barreras	Puedes tener muchas tareas o muchas actividades en decreto, pero luego eso tiene que estar compensado con una dotación de personal; «Necesitáis medios que es lo que no se os está dando» (P04) «...muchas cosas que se hacen en los centros son suprimibles completamente porque tenemos una cartera de servicios que la teníamos ya hace mucho con unos indicadores que no reflejan para nada nuestro trabajo..»(P07). «...es muy heterogéneo realmente el perfil del profesional de enfermería..» (P07) «yo como ciudadano, desde la perspectiva de equidad, si voy a mi centro de salud y quiero dejar de fumar, tendré que tener las mismas oportunidades o la misma cartera de servicios que en otro centro»(P03) «...va muy lento porque nos encontramos a veces sobre todo en plan corporativista con otros profesionales que no lo ven, que lo ven sobre todo como una amenaza..» (P07) «Las normas no nos permiten acceder a puestos de gestión, no nos permiten prescribir, la autonomía que supuestamente tenemos por formación y por competencias no nos la otorga la norma»(P04)
		Aspectos de mejora	«Tenéis que cambiar, innovar los equipos de organización de los centros de salud. No se puede seguir cómo nosotros lo hemos vivido, hecho» (P04) «Tú no puedes tener a una enfermera o a un médico cada 5 meses cambiándole de sitio, porque ni tiene cupo, ni la gente le conoce ni nada» (P05). «La enfermera también tenemos una carga de trabajo «x», que no podemos estar todo el día y encima haz esto. No, lo que tenemos que decir es -haz esto y dejar de hacer esto otro-» (P03) «queremos cambiar la AP, la atención no, el sistema sanitario en general del enfoque de enfermedad al enfoque de la salud y ahí es fundamental la figura de la enfermera FyC» (P03) «pasa porque haya más enfermeras que lideren, que lideren servicios, unidades, equipos... como sea y luego desde luego llegar a puestos de dirección a puestos que realmente tenga capacidad de decisión, de cambiar cosas..» (P07); «...que se saquen plazas, que se cree la categoría que se cree una relación de puestos definidos» (P07) «y para que la enfermera especialista desarrolle todas sus competencias, el sistema sanitario debe abrirlas; los límites, los horizontes, de lo que es la AP» (P01)

Fuente: Elaboración propia

reconocen como inadecuado que la mayoría de los puestos estén ocupados por enfermeras generalistas y no se implemente a la enfermera comunitaria.

Por otra parte, la no implementación de la enfermera especialista se atribuye en gran medida a la administración, con los perjuicios que ello produce como la falta de autonomía, la falta de puesta en marcha de las competencias del programa

oficial o la posibilidad de que una enfermera generalista desplace en los traslados a una EFyC.

Además, se recrimina la dificultad de la enfermería para acceder a puestos de gestión a pesar de tener la capacidad y las competencias para ello. Se justifica la imposibilidad de acceso a esos puestos debido a una estructura organizativa que sigue jerarquizada.

ASPECTOS DE MEJORA: RETOS DE FUTURO

En gran medida, los participantes verbalizan la necesidad de cambio en la administración para la resolución de problemas en la organización sanitaria. Para ello se plantean diferentes soluciones orientadas a: cambios en los equipos, formas de trabajo y administración, mejora en las condiciones laborales del personal sanitario, cambio del paradigma en AP de la enfermedad a la salud y potenciar e implementar la categoría EFyC.

Discusión

Las enfermeras especialistas adquieren una serie de competencias mediante una formación práctico-clínica dirigida a responder las necesidades de la población orientada hacia la participación comunitaria, promoción y prevención de la salud (21). Los entrevistados refieren que «la **formación especializada** constituye un requisito indispensable para el desarrollo profesional» (22,23). Tras 10 años de la tesis de Vegas Pardavila E (1), la percepción generalizada continúa siendo una valoración positiva de la formación especializada.

La enfermera especialista fomenta el **trabajo en equipo** al estar más accesible e implicada, aunque algunos relatan que desde la pandemia y con el aumento de la carga asistencial el trabajo en red se dificulta, perjudicándose así la atención del paciente crónico (24).

A pesar de **percibirse** una mayor autonomía de la EFyC, los participantes del proyecto coinciden con otros estudios (1,6), en que la enfermería continúa estando muy invisibilizada. Actualmente, Ferrer Arnedo C (25) expresa su preocupación acerca de esta imagen, ya que debido a la crisis por la COVID19 su trabajo se fundamenta en aspectos más técnicos, sustituyendo el cuidado integral. Sin embargo, en nuestro estudio, los participantes califican esta situación como una oportunidad para la EFyC.

En AP se han incorporado profesionales de diversa procedencia y carrera profesional (1,18,23), que, unido a un déficit de conocimientos y habilidades se percibe como una dificultad para el desarrollo e implementación de **intervenciones comunitarias**. No obstante, esta formación no es exigida por el sistema sanitario pudiéndose ocasionar una situación de inequidad en la que no se puede asegurar la calidad en los cuidados (1,23). Los participantes concuerdan con varios estudios (1,15,26) al reconocer que el papel de la EFyC en comunitaria es clave, a pesar de que se percibe que la participación es escasa y debería fomentarse.

Por otro lado, se reconoce que el resto de los profesionales en AP no realizan mucha atención comunitaria, siendo factores influyentes: la voluntariedad, falta de protocolos y de formación específica, inestabilidad laboral, motivación (14) o incluso la falta de apoyo dentro del propio equipo de salud.

La EFyC se encuentra capacitada para asumir puestos de **gestión** e intervenir en órganos de Salud Pública, pudiendo liderar equipos de AP y estrategias de cuidados. Se refuerza así, la figura de la enfermera gestora como una herramienta para aumentar la eficiencia del sistema sanitario, aunque actualmente debido al RD 571/1990 del 27 de abril, solo se reconoce el papel del director médico como gerente, pero no del director enfermero(17). Además, varios entrevistados identifican que a pesar de ser una profesión femenina la mayoría de los puestos de responsabilidad son ocupados por hombres (1,9,22,25,27).

Dentro de las competencias, la **prescripción enfermera** supondría una mejora de la atención y calidad de cuidados, acceso sanitario y optimización de los recursos (15,28).

Debido al aumento de la esperanza de vida y con ello la cronicidad, la **atención domiciliaria** se constituye como una de las prioridades de las políticas sociosanitarias (8,21,23).

En cuanto a la **cronicidad**, el artículo de Tambo-Lizalde E et al (24) coincide con los entrevistados en que la EFyC tiene el perfil idóneo para liderar el cuidado del paciente crónico dentro del equipo de AP, a través de un enfoque menos paternalista.

El sistema de residencia fomenta un aprendizaje basado en la **evidencia científica** (29). La investigación es una de las competencias que más ha caracterizado a la EFyC, aunque ésta no es una competencia exclusiva de la especialidad.

Pasados más de 37 años tras la reforma de AP y 11 años desde la creación de la especialidad en nuestro país, los participantes del estudio y la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y AP (23), perciben que aún no se ha desarrollado por completo la **especialidad de EFyC**. Además, se critica que el desarrollo temporal de la misma difiere de forma incongruente con a la especialidad de MFyC(10).

Los entrevistados coinciden con otros estudios (13,24) que la EFyC no ocupa puestos específicos para su **categoría**. El número de EFyC es escaso y desigual en los diferentes territorios de España (25), de hecho, en relación con los datos publicados en 2015 por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), la dotación de profesionales de enfermería comunitaria es un 45% inferior a la media europea (21).

La opinión generalizada (1,8) considera que debe ser el **sistema sanitario** el que defina los **puestos de trabajo** y las competencias a desarrollar de la EFyC.

Recientemente, se ha desarrollado la prueba objetiva extraordinaria para el acceso al título de Especialista en EFyC (30) que llevaba paralizada desde el año 2010 (5).

Uno de los problemas que más se comentó durante las entrevistas fue la **voluntariedad** del personal, comentado también

por otros autores (8,23) que proponen como solución la protocolización de los cuidados.

Los entrevistados han identificado diversas **barreras** dentro de la consulta de la EFyC (1,31) como son: la sobrecarga de seguimientos del paciente crónico, un alto número de consultas programadas o la falta de un criterio común teórico en la metodología.

Como **propuestas de mejora** de la organización del sistema sanitario más referenciadas en las entrevistas que se pudieron observar en otros artículos (1,8,21,23-25,31) son: la adecuación de los recursos en AP, reorientación hacia la salud comunitaria, la progresiva incorporación a los centros de salud de la EFyC, una mayor presencia en políticas sanitarias y puestos de gestión, la promulgación de la ley de «Libre Elección de Enfermera», e incluso un aumento de la visibilidad por parte del sistema sanitario.

La presente investigación cuenta con diversos sesgos en los que se incluyen: sesgo de inclusión al ser un muestreo intencional; sesgo de respuesta y del entrevistador al ser las investigadoras las propias entrevistadoras y formar parte del fenómeno a estudio (EIR FyC).

Conclusiones

Finalmente, en una sociedad en la que el cuidado enfermero es cada vez más necesario y demandado, se considera prioritario implementar políticas sanitarias costo-efectivas que establezcan nuevos modelos de gestión y de ordenación de los cuidados para dar respuestas a los nuevos desafíos sociales. Para llevarlo a cabo, se debe impulsar el desarrollo e incorporación de los perfiles de especialistas capaces de adaptarse a las nuevas necesidades de la sociedad y así, alcanzar la excelencia en cuidados.

Bibliografía

1. Vegas E. Evolución de la Enfermería Familiar y Comunitaria en España: 25 años después de la Reforma de Atención Primaria [tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante;2015.180p.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe de la conferencia internacional sobre la Atención Primaria de salud. Alma-Ata; 1978. Recuperado a partir de: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
3. RD 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.
4. Martínez N, Pérez M, Heras-Mosteiro J, Gutiérrez G, Díaz-Olalla JM, Ruiz-Giménez JL. Encuentros y desencuentros entre salud comunitaria y sistema sanitario español. Informe SESPAS 2018. Gac Sanit [Internet]. 2018;32(1):17-21. Recuperado a partir de: <https://www.gacetasanitaria.org/es-encuentros-desencuentros-entre-salud-comunitaria-articulo-S0213911118301444>
5. Martínez-Riera JR, Carrasco FJ. Enfermería familiar y comunitaria, cronología de una especialidad. Enferm Clin [Internet]. 2019;29(6):352-356. Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-enfermeria-familiar-comunitaria-cronologia-una-S1130862119303699>
6. Galindo A, Escobar MA, Corrales D, Palomo L. Opiniones de enfermeros y médicos de Atención Primaria sobre la organización y las funciones de enfermería. Enferm Clin [Internet]. 2002;12(4):157-165. Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-opiniones-enfermeros-medicos-atencion-primaria-S1130862102737467>
7. Circular de la Dirección General del INSALUD 5/90 de 18 de junio, que regula las actividades del personal de enfermería de los Equipos de Atención Primaria.
8. Miguélez-Chamorro A, Ferrer-Arnedo C. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. Enferm Clin [Internet]. 2014;24(1). Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-enfermera-familiar-comunitaria-referente-S1130862113001915>
9. Orden SAS/1792/2010 de 17 de Junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.
10. Pérez-Vico Díaz de Rada L, Duarte- Climents G, Sánchez-Gómez MB, Gómez-Salgado J. Historia de la enfermería familiar y comunitaria en España: una revisión de la literatura. RqR [Internet]. 2018;6(2):20-33. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6490891>
11. Lafuente-Robles N, Fernández-Salazar S, Rodríguez-Gómez S, Casado-Mora MI, Morales-Asencio JM, Ramos-Morcillo AJ. Desarrollo competencial de las enfermeras en el sistema sanitario público de Andalucía. Enferm Clin [Internet]. 2019;29(2):83-89. Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-desarrollo-competencial-enfermeras-el-sistema-S1130862119300452>
12. Sánchez Gómez MB, Novo Muñoz MM, Rodríguez Gómez JA, Sierra López A, Aguirre Jaime A, Duarte Climents G. Competencias de enfermeras especialistas en enfermería familiar y comunitaria. Análisis para su desarrollo actual y futuro. Rev ENE Enferm [Internet]. 2019 ;13(30). Recuperado a partir de: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/911>
13. Sánchez Gómez MB, Duarte Clímnets G. Enfermería familiar y comunitaria. ¿Qué enseñar? ¿Qué sabemos y hacemos? ¿Qué sabemos y no hacemos?. Un análisis desde la perspectiva del desarrollo de competencias. Rev Rol Enferm [Internet]. 2018;41(7-8): 512-517. Recuperado a partir de: <https://medes.com/publication/137833>
14. Valls Pérez B, Calderón Larrañaga S, March Cerdá JC, Oltra Rodríguez E. Formación en salud comunitaria: retos, amenazas y oportunidades. Informe SESPAS 2018. Gac Sanit [Internet]. 2018;32(S1):82-85. Recuperado a partir de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118301584>
15. Pérez-vico-Díaz de Rada L, Sánchez-Gómez MB, Duarte-Clímnets G, Brito-Brito R, Rufino-Delgado T. Competencias enfermeras de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria: una revisión sistemática. Rev ENE Enferm [Internet]. 2013;7(3). Recuperado a partir de: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/277>
16. Vitolo F. Relación Médico-Enfermera. Esencial para la seguridad de los pacientes. Noble Cía, Seguros [Internet]. 2012;(1):1-11. Recuperado a partir de: <https://studylib.es/doc/4856219/relaci%C3%B3n-m%C3%A9dico-enfermera.---noble-compa%C3%B1%C3%ADa-de-seguros>

17. García Moreno V, Brito Brito PR, Fernández Gutiérrez DA, Reyero Ortega B, Ruiznavarro Menéndez C. ¿Cómo crees que te ven? Imagen de la enfermería percibida por los profesionales y usuarios. *Rev ENE Enferm* [Internet]. 2015; 9(3). Recuperado a partir de: <http://ene.enfermeria.org/ojs>
18. Martín-Fernández J, Ariza-Cardiel G, Rodríguez-Martínez G, Gayo-Milla M, Martínez-Gil M, Alzola-Martín C, et al. Satisfacción con la enfermera en Atención Primaria: herramientas de medida y factores explicativos. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2015; 30(2):86-94. Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-satisfaccion-con-enfermera-atencion-primaria-S1134282X15000147>
19. Cassiani SHB, Lira Neto JCG. Nursing Perspectives and the «Nursing Now» Campaign. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(5):2351-2. Recuperado a partir de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000502351
20. Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014.
21. Pisano González MM, González Pisano AC, Abad Bassols A. Enfermería Familiar y Comunitaria: claves de presente, retos de futuro. *Enferm Clinic* [Internet]. 2019;29(6):365-369. Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-avance-resumen-enfermeria-familiar-comunitaria-claves-presente-S1130862119303833>
22. Sánchez Gómez MB, Duarte Clímments G, Aguirre Jaime A, Sierra López A, Arias Rodríguez A et al. Análisis cualitativo de las competencias para la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Construyendo el camino hacia la enfermería clínica avanzada. *Rev ENE Enferm* [Internet]. 2012;6(2):39-70. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3990788>
23. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria. Justificación de la necesidad de desarrollo de la Especialidad de Enfermería de Salud Comunitaria. Biblioteca Lascasas [Internet]. 2005; 1. Recuperado a partir de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0060.pdf>
24. Tambo-Lizalde E, Febrel Bordaje M, Urpí-Fernandez AM, Abad-Díez JM. La atención sanitaria a pacientes con multimorbilidad. La percepción de los profesionales. *Aten Primaria* [Internet]. 2020;53(1):51-59. Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656720301815>
25. Ferrer Arnedo C. Los pilares irrenunciables de la práctica enfermera en el ámbito comunitario tras la crisis del Covid-19. *Enferm Clinic* [Internet]. 2020;30(4): 233-235. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7329269/>
26. March S, Ripoll J, Jordan Martin M, Zabaleta-del-Olmo E, Benedé Azagra CB, Elizalde Soto L, et al. Factors related to the development of health-promoting community activities in Spanish primary healthcare: two case-control studies. *BMJ Open* [Internet]. 2017; 7(10). Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5640008/#>
27. Romero de San Pío E, Romero de San Pío MJ, González Sánchez S. Enfermería, pieza clave en la protección de salud ante la actual situación de crisis sanitaria mundial: pandemia covid-19. *Rev ENE Enferm* [Internet]. 2020;108. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7616820>
28. Rodríguez Gómez S, Camacho Bejarano R, Lima Serrano M, Padín López S, Gómez Salgado J. Soñar con otros mundos. *Enferm Clinic* [Internet]. 2015; 25(6):291-295. Recuperado a partir de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862115001734?via%3Dihub>
29. Oltra Rodríguez E, Martínez Riera JR, Mármol López MI, Pastor Gallardo FJ, Gras Nieto E, Holgado Fernández A. Reflexiones sobre la competencia investigadora en la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. *Enferm Clinic* [Internet]. 2017 29(6): 386-388. Recuperado a partir de: <https://medes.com/publication/147400>.
30. Resolución de 4 de noviembre de 2021, de la Secretaría General de Universidades, por la que se convoca la prueba objetiva correspondiente al acceso al título de Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. (Boletín Oficial del Estado, número 267, de 8 de noviembre de 2021).
31. Monsalvo San Macario, E, Sarrión Bravo J. Consulta de alta resolución en cuidados: Desempeñando competencias de la enfermera especialista en familia y comunidad. *Rev ENE Enferm* [Internet]. 2019;13(4). Recuperado a partir de: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1093>