



Universidad de La Laguna
Departamento de Obstetricia y Ginecología, Pediatría,
Medicina Preventiva y Salud Pública,
Toxicología y Medicina Legal y Forense



Doña. María Begoña Sánchez Gómez

TESIS DOCTORAL

COMPETENCIAS DE ENFERMERAS ESPECIALISTAS

EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

ANÁLISIS PARA SU DESARROLLO ACTUAL Y FUTURO 2015

DIRECTORES DE TESIS

Dra Doña María Mercedes Novo Muñoz

Dr Don José Ángel Rodríguez Gómez

Dr Don Antonio Sierra López

DOÑA MARÍA MERCEDES NOVO MUÑOZ PROFESORA DE ENFERMERÍA
DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA DE LA UNIVERSI-
DAD DE LA LAGUNA

CERTIFICA

Que Dña. María Begoña Sánchez Gómez Ha realizado bajo mi dirección el
trabajo titulado “COMPETENCIAS DE ENFERMERAS ESPECIALISTAS EN
ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA. ANÁLISIS PARA SU DESARRO-
LLO ACTUAL Y FUTURO”.

Dicho trabajo reúne las condiciones necesarias para optar al grado de Doctor.

Y para que así conste se expide el presente certificado.

La Laguna a 20 de octubre de 2015

Fdo: Prof Dra Mercedes Novo Muñoz

DON JOSE ANGEL RODRIGUEZ GOMEZ PROFESOR DE ENFERMERÍA
DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA DE LA UNIVERSI-
DAD DE LA LAGUNA

CERTIFICA

Que Dña. María Begoña Sánchez Gómez Ha realizado bajo mi dirección el
trabajo titulado “COMPETENCIAS DE ENFERMERAS ESPECIALISTAS EN
ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA. ANÁLISIS PARA SU DESARRO-
LLO ACTUAL Y FUTURO”.

Dicho trabajo reúne las condiciones necesarias para optar al grado de Doctor.

Y para que así conste se expide el presente certificado.

La Laguna a 20 de octubre de 2015

Fdo: Prof Dr. José Ángel Rodríguez Gómez

DON ANTONIO SIERRA LÓPEZ, CATEDRÁTICO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

CERTIFICA

Que Dña. María Begoña Sánchez Gómez Ha realizado bajo mi dirección el trabajo titulado "COMPETENCIAS DE ENFERMERAS ESPECIALISTAS EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA. ANÁLISIS PARA SU DESARROLLO ACTUAL Y FUTURO".

Dicho trabajo reúne las condiciones necesarias para optar al grado de Doctor.

Y para que así conste se expide el presente certificado.

La Laguna a 20 de octubre de 2015

Fdo: Prof Dr. Antonio Sierra López

Agradecimientos:

A Gonzalo, por acompañarme en las oleadas de la vida. Nunca nadie tuvo un hombro tan firme, tan apasionado, tan alegre, tan vivo, en el que apoyarse.

A mi hijo, Germán, por darme cada día, vida con su alegría.

A mi niña, Isa, porque lo es para lo bueno y para lo malo.

A mis padres y mis hermanos por estar en mi corazón, por creer que todo es posible.

A mis sobrinos por saber que estoy, por animarme y mimarme.

A Toñi, M^a Jesús, Isa, Noelia, Pako, Paco, Lucía, Raúl... por seguir mis pasos como los suyos.

A Diego (d.e.p.) amigo, con la misma camiseta.

A los Drs: Novo, Rodríguez y Sierra. Por su apoyo y dedicación en la elaboración de este manuscrito, más allá de la responsabilidad de la dirección.

A Vinita y Armando, por la revisión exhaustiva de la metodología.

A Pepe, por creer en mí y en este proyecto.

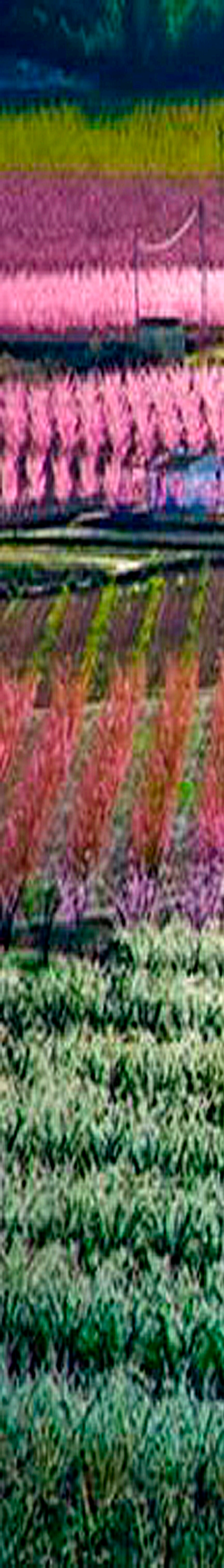
A mis compañeros de la Escuela, pendientes de mis logros, por acompañarme en la construcción.

A mis compañeros de promoción. Por saber que llegaría este momento antes incluso que yo.

INDICE

1	Resumen	11
2	Introducción, antecedentes y estado actual del tema	16
2.1	Introducción	16
2.2	Antecedentes	9
2.3	El desarrollo de las competencias enfermeras en España	29
2.4	Estado actual del tema	38
2.5	Justificación	45
3	Hipótesis de trabajo	48
4	Objetivos del estudio	51
4.1	Generales	51
4.2	Específicos	51
5	Material y métodos	52
5.1	Descripción de la intervención formativa	54
5.2	Población de estudio	57
5.3	Criterios de inclusión	57
5.4	Criterios de exclusión	57
5.5	Metodología para el objetivo 1: Averiguar la distribución de competencias más apropiada para el diseño de la formación de la especialidad EFyC adaptado a los dos años de formación de la especialidad	57
5.6	Metodología para el objetivo 2: Identificar la autopercepción que, sobre las competencias de EFyC, tienen las enfermeras de AP	63
5.7	Metodología para el objetivo 3: Averiguar las necesidades de formación de las enfermeras de AP de la GAPTF para crear un banco de necesidades que oriente la formación actual y futura	65
5.8	Metodología para el objetivo 4: Relacionar la información de perfil con la autopercepción de las competencias, para identificar las necesidades de formación por perfil profesional	65

5.9	<u>Limitaciones del estudio</u>	66
6	<u>Resultados y análisis de datos</u>	67
6.1	<u>Descripción</u>	68
6.2	<u>Correlaciones de los módulos</u>	71
6.3	<u>Resultados para el objetivo 1: Averiguar la distribución de competencias más apropiada para el diseño de la formación de la especialidad EFyC adaptado a los dos años de formación de la especialidad</u>	73
6.4	<u>Resultados para el objetivo 2: Identificar la autopercepción que, sobre las competencias de EFyC tienen las enfermeras de AP</u>	105
6.5	<u>Resultados para el objetivo 3: Averiguar las necesidades de formación de las enfermeras de AP de la GAPTF para crear un banco de necesidades que oriente la formación actual y futura</u>	140
6.6	<u>Resultados para el objetivo 4: Relacionar la información obtenida del perfil profesional con la autopercepción de las competencias, para identificar las necesidades de formación por perfil profesional</u>	150
7	<u>Discusión</u>	188
7.1	<u>El análisis cualitativo</u>	190
7.2	<u>El análisis cuantitativo</u>	194
8	<u>Conclusiones</u>	202
9	<u>Bibliografía</u>	205
10	<u>Anexos</u>	227
10.1	<u>Anexo 1: Formulario de competencias</u>	228
10.3	<u>Anexo 2: Temario y contenido de la intervención formativa corporativa</u>	250
10.4	<u>Anexo 3: Instructivo para completar el formulario de competencias</u>	255
10.5	<u>Anexo 4: Listado de Centros de Salud, Centros periféricos y consultorios locales</u>	257
10.6	<u>Anexo 5: Guión de entrevista para los grupos focales</u>	259



RESUMEN

1 Resumen

Introducción

En una revisión sistemática realizada en agosto de 2013, se destaca que existe gran cantidad de publicaciones relacionadas con determinadas competencias, encontrando numerosos estudios sobre calidad y satisfacción. En cambio, no se han encontrado estudios sobre competencias en prevención primaria en adulto sano. Esta revisión señala y propone la necesidad de enriquecer este tema de reciente implantación en el ámbito de las especialidades de la enfermería.

El origen del trabajo

El punto de partida de esta investigación tiene relación directa con la legislación acerca de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria y su desarrollo competencial en la formación de especialistas. La ley describe las competencias imprescindibles para la obtención del título de especialista y por tanto para superar la prueba de acceso extraordinario a la especialidad.

El programa formativo se publicó, junto con las competencias necesarias para la obtención del título de especialista en EFyC, en la Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio.

En este contexto legal, de aparición de una nueva especialidad, la descripción de sus competencias y la regulación del acceso extraordinario a ella, se sitúa el origen de este trabajo.

Estado actual del tema:

La especialidad de EFyC representa la oportunidad de insertar en el sistema sanitario la enfermería de práctica avanzada (EPA). Esto implica la necesidad de formar nuevos profesionales (el caso de los enfermeros residentes de la especialidad), reciclar a otros (el caso del acceso extraordinario a la especialidad), reorganizar servicios y gestionar los recursos enfermeros en base a competencias identificables y medibles.

Justificación:

El marco normativo revisado y la bibliografía científica están de acuerdo en que el desarrollo de las competencias de las enfermeras, mejora la eficiencia del sistema sanitario. Es decir, si las enfermeras son más competentes en su trabajo, se está mejorando la calidad de la atención sanitaria y la calidad percibida por el usuario.

El desarrollo competencial de las enfermeras de Atención Primaria (AP) en la

GAPTF y la formación de las EIR responde a la línea 5 del plan estratégico de Atención Primaria de Canarias: “Mejora de la eficiencia”.

Esto lleva al planteamiento de algunas preguntas al respecto:

¿Cómo debe distribuirse la formación en competencias para la EIR de EFyC para que se ajuste mejor a las necesidades profesionales a lo largo de los dos años de especialización?

¿Las enfermeras de AP expresan necesidad de formación para autoperibirse como especialistas? ¿Esta necesidad es diferente según el puesto de trabajo?

¿El perfil de las enfermeras que trabajan en AP y no son especialistas, se corresponde con el que se espera tras la realización de la formación como especialista?

Hipótesis de trabajo

- Los residentes de la especialidad de EFyC reciben formación distribuida en función de la complejidad de las competencias.
- Las enfermeras no especialistas, autoperiben la necesidad de formación en competencias de la especialidad, para adaptarse mejor al perfil de especialistas

Objetivos

Objetivos generales:

- Facilitar la formación en competencias de las enfermeras residentes de EFyC.
- Determinar las necesidades de formación en competencias de las enfermeras de atención primaria.

Objetivos específicos

1. Proponer la distribución formativa de las competencias para la formación de la enfermera especialista en EFyC.
2. Identificar la autopercepción que, sobre las competencias de EFyC tienen las enfermeras de AP.
3. Averiguar las necesidades de formación de las enfermeras de AP de la GAPTF para crear un banco de necesidades que oriente la formación actual y futura.
4. Relacionar la información obtenida del perfil profesional con la autopercepción de las competencias, para identificar las necesidades de formación por

perfil profesional.

Material y métodos

Este estudio ha combinado diferentes abordajes metodológicos tanto de carácter cualitativo como cuantitativo, para alcanzar los objetivos propuestos.

Para la metodología cualitativa se utilizaron procedimientos de trabajo con focus group y técnica semicualitativa Delphi. Se utilizaron paneles de expertos multi-profesionales.

El estudio cuantitativo se realizó a través de un estudio descriptivo longitudinal utilizando una estrategia formativa. Por una parte se utilizó el formulario para realizar el Delphi, de aquí se obtuvo la información relativa a la autopercepción de competencias. Por otra parte se consiguió información sobre el perfil de las enfermeras que participaron en el.

Para la descripción de resultados se empleó mediana y rango. Para las relaciones entre la autopercepción y el perfil profesional se han utilizado estadísticos de comparación de medias: Chi cuadrado de Pearson, coeficiente de correlación de Spearman y prueba H de Kruskal-Wallis o U de Mann-Whitney.

Para el análisis de la documentación seleccionada se utilizó la lectura crítica de la literatura mediante las parrillas del programa CASPe. Incluyendo los trabajos con una puntuación mayor a 7. La legislación se incorporó utilizando como criterio su validez legal.

Resultados

Los principales resultados de este trabajo fueron:

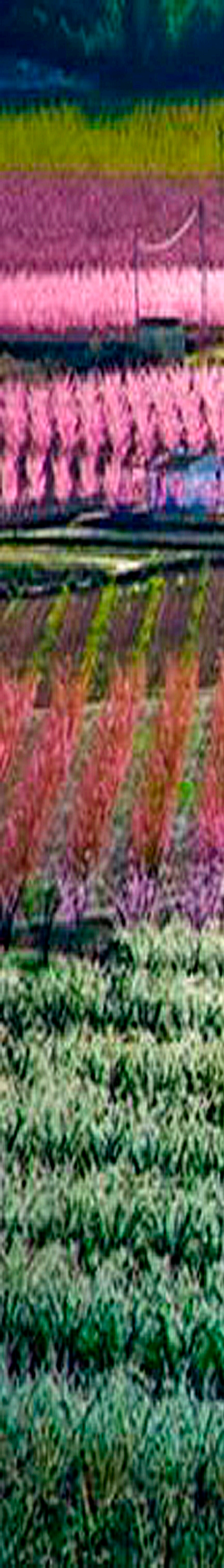
- La distribución de competencias para la formación EIR en primer curso y segundo curso atendiendo a su complejidad y a la madurez profesional de los EIR
- El análisis de autopercepción permite establecer un banco de necesidades de formación general para todas las enfermeras de la GAPTF y específico por perfil profesional

Conclusiones

- Se detectan oportunidades de mejora en el desarrollo de las competencias, relacionadas con la descripción de la normativa. Es notable la ausencia de competencias en relación al trabajo con las cuidadoras. O en atención a urgencias, emergencias y catástrofes la resolución de proble-

mas por parte de la enfermera.

- La combinación de la experiencia profesional con la formación específica en enfermería comunitaria parece la mejor opción para mejorar la auto-percepción de competencias profesionales en EFyC.



INTRODUCCIÓN, ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

2 Introducción, antecedentes y estado actual del tema

2.1 Introducción

A lo largo de los siglos XIX y XX, las enfermeras han sido valoradas en España por su destreza en habilidades y competencias técnicas que podían observarse directamente en su práctica, fundamentalmente dirigidas a contribuir en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad¹. No fue hasta la década de los años setenta del siglo XX que cambia esta tendencia. El cambio se produce como consecuencia de la ordenación de los estudios de Enfermería en la Universidad en el año 1977². Paralelamente a los cambios en el modelo de salud-enfermedad se evidencia la necesidad de enfocar la práctica enfermera de una forma más científica y sustentada en modelos teóricos³.

En la literatura consultada⁴⁻⁶, se observa una importante carencia de análisis sistemáticos sobre cómo aplica la enfermera en la práctica lo aprendido con la teoría. Asimismo ocurre con aquello que va elaborando como resultado de la experiencia que se adquiere con el ejercicio diario de las actividades profesionales. En una revisión sistemática realizada⁷ en agosto de 2013, se destaca que existe gran cantidad de publicaciones relacionadas con determinadas competencias, encontrando numerosos estudios sobre calidad y satisfacción⁸⁻¹¹ en cambio, no se han encontrado estudios sobre competencias en prevención primaria en adulto sano. Tampoco se encuentran artículos que engloben todas las competencias de la especialidad en su conjunto. Esta revisión señala y propone la necesidad de enriquecer este tema de reciente implantación en el ámbito de las especialidades de la enfermería.

Como consecuencia de los cambios en la manera de concebir y abordar el proceso salud-enfermedad y la ordenación de los Estudios de Enfermería en la Universidad en el año 1977², se produce una nueva orientación en los contenidos de la formación enfermera. Se comienza a evidenciar la necesidad de una formación, que capacite para un ejercicio profesional con unos mínimos imprescindibles para ejercer una práctica científica, basada en la adopción de un modelo teórico como referente para los cuidados y en el proceso enfermero como guía metodológica para su aplicación en la práctica¹²

Actualmente, se cuenta con diferentes propuestas para hacer operativa la integración de los contenidos específicamente disciplinares en la formación enfermera global, como la desarrollada por Francisco y Durán¹³ en la que se plantea hacer transversales los fundamentos teóricos y metodológicos de la enfermería en todas las materias del currículum, o la definición de modelos de enseñanza, como la propuesta de Albéniz¹⁴ (1995) con la que tratan de facilitar la integración

de los contenidos de las diferentes materias en un mismo marco explicativo.

La orientación a competencias facilita la resolución de problemas en las actividades diarias, así lo refleja Bolívar: “El enfoque de competencias permite orientar al desarrollo de habilidades complejas, que posibiliten la adaptación a un entorno variable y a aprender a adquirir nuevos conocimientos”¹⁵.

La transformación que está experimentando el mundo universitario, impulsada por las directrices de la Unión Europea para la enseñanza superior ha supuesto, entre otras, la organización de las enseñanzas en función del aprendizaje y la introducción de la educación basada en las competencias del alumno. La definición de las competencias del estudiante es una tarea fundamental, que permite coordinar la formación y determinar la priorización de los objetivos de aprendizaje, tanto en pregrado como en postgrado¹⁶

La elaboración de un programa educativo debe hacerse en base a las competencias finales a obtener o en los resultados finales (outcome-based education en terminología inglesa). La educación basada en los resultados es un instrumento de planificación curricular que pone de manifiesto que el producto que se persigue define el proceso de producción y no a la inversa.¹⁷

Siguiendo el modelo de Harden (1999) hay tres esferas de definición de competencias que son:¹⁸:

- Competencias técnicas: aquello que el investigador ha de ser capaz de hacer
- Competencias intelectuales, emocionales, analíticas y creativas: cómo aborda el investigador su práctica.
- Competencias personales: el investigador como profesional

Aplicado al modelo docente en ciencias de la salud¹⁹, las competencias técnicas incluyen aspectos como habilidades y procedimientos prácticos, habilidades para buscar información, habilidades de comunicación (capacidad para escribir artículos científicos, para expresarse en público), etc.

Las competencias intelectuales, analíticas y creativas comprenden entre otros aspectos, las bases teóricas y conocimientos necesarios para llevar a cabo sus tareas, las actitudes adecuadas y la capacidad para tomar decisiones y razonar, etc.

Finalmente el tercer grupo de competencias, las personales, abarcan los aspectos que se refieren a las funciones del investigador en el sistema universitario o sanitario donde se encuentra y que incluyen el conocimiento del propio sistema

y sus peculiaridades, su propio papel como investigador, como docente y gestor de los recursos disponibles y como miembro de equipos multiprofesionales. Por otra parte, se pueden considerar las competencias de desarrollo personal como la capacidad de autocrítica y autoevaluación, la capacidad de aprender autónomamente, la motivación y la capacidad para identificar sus objetivos profesionales a corto y largo plazo y sus aspiraciones personales.

Es necesario que las enfermeras consoliden y profundicen en el rol autónomo y desarrollen las competencias ²⁰ Teixidor (2006) explica que: “las enfermeras tendrán que ser capaces de dar una respuesta eficiente a los retos de un entorno en constante evolución y de afrontar con competencia las demandas de los ciudadanos y los retos de la profesión. Si el objetivo de las instituciones sanitarias es dar un servicio de calidad, hace falta que los parámetros para evaluar esta calidad contemplen tanto la satisfacción de los ciudadanos y de la administración sanitaria como la de los profesionales implicados”.

En este sentido, para conseguir una visión compartida del rol profesional enfermero, el dominio de las competencias propias y una práctica avanzada de enfermería, que garanticen la excelencia en las intervenciones, hay que trabajar en la profesionalización.

La identidad de la enfermera y el reconocimiento de los ciudadanos tan sólo será posible si se consigue un alto nivel de profesionalidad en los diferentes ámbitos de intervención enfermera. Así pues, es esencial consolidar el desarrollo de las competencias de Enfermería y profundizar en el rol autónomo.

Una forma de desarrollo y consolidación es la gestión por competencias. Ésta, se plantea como una filosofía de gestión integrada de recursos humanos, una estrategia innovadora que incorpora modelos y herramientas novedosas en la gestión de las personas en las organizaciones empresariales.

2.2 Antecedentes

La importancia del desarrollo competencial de las enfermeras y el abordaje en profundidad del rol autónomo son elementos clave en el desarrollo del propio sistema sanitario. La autonomía profesional va ligada de una mayor responsabilidad en la toma de decisiones. Una profesión madura, dentro del sistema, que puede asumir una toma de decisiones informada, basada en la evidencia científica. Ésta, es una gran oportunidad para el diseño de un nuevo sistema sanitario.

En este sentido, los gestores de la mesogestión en general y en las gerencias de salud de atención primaria en particular, son conocedores del potencial de desarrollo ligado al desarrollo competencial de las enfermeras.

2.2.1 El origen del trabajo

La ley ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) viene a establecer las bases para el reconocimiento del desarrollo competencial de las profesiones sanitarias, entre ellas, las de las enfermeras. “Los crecientes espacios competenciales compartidos interprofesionalmente y los muy relevantes espacios específicos de cada profesión” En este sentido, la ley no establece compartimentos estancos cerrados para cada profesión sino que encuentra apropiado que se establezcan en función de pactos, los acuerdos necesarios para el desarrollo competencial que favorezca la protección de la salud del usuario del sistema de salud público o privado y la calidad del sistema ²¹

En este contexto, el punto de partida de esta investigación tiene relación directa con la legislación acerca de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria y su desarrollo competencial en la formación de especialistas Asimismo la ley describe las competencias imprescindibles para la obtención del título de especialista y por tanto para superar la prueba de acceso extraordinario a la especialidad.

Anterior al RD 183/2008 por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada ²², el RD 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería ya establece la convocatoria de la prueba objetiva de acceso extraordinario, en la disposición transitoria segunda²³.

Para adquirir estas competencias a través de la especialidad, la comisión nacional de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) elaboró el primer programa formativo. La comisión está integrada por enfermeros especialistas en EFyC, de toda España. El programa formativo se publicó, junto con las competencias necesarias para la obtención del título de especialista en EFyC, en la Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio.

Esta orden, establece el programa formativo donde, se especifican las competencias que deben adquirir las enfermeras residentes (EIR) a lo largo de los ciclos formativos para la obtención del título de especialista. Este programa y las competencias que conlleva, son la base de la prueba de acceso extraordinario a la especialidad. Prueba que posibilitará que muchos profesionales de enfermería que ejercen en Atención Primaria (AP) puedan presentarse a la prueba objetiva de la competencia.

El acceso extraordinario está regulado por el RD 450/2005, de 22 de abril citada con anterioridad, dónde se establecen los requisitos para el acceso:

- 4 años o más de experiencia en Atención Primaria.

2.- INTRODUCCIÓN ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

- 2 años de experiencia y al menos 180 créditos de formación específica para la especialidad a la que se opta.
- 2 años de experiencia como profesor universitario en el área de conocimiento a la que se opta.

En este contexto legal, de aparición de una nueva especialidad, la descripción de sus competencias y la regulación del acceso extraordinario a ella, se sitúa el origen de este trabajo.

Por otro lado, la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife (GAPTF), cuenta con profesionales enfermeros que cumplen los requisitos para el acceso extraordinario a la especialidad de EFyC. Con el fin de facilitar la preparación del examen de competencia, se propone diseñar una intervención educativa corporativa, gratuita y voluntaria, partiendo del programa formativo de dicha especialidad aprobado y publicado en la Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio ²⁴, por el Ministerio de Sanidad y política social.

Siguiendo la lógica que establece la normativa, y el temario formativo incluido, la intervención educativa corporativa de la GAPTF, se diseña y desarrolla en base a las competencias que se exigen a la especialidad de EFyC en la Orden SAS/1729/2010 para la obtención del título de especialista.

El desarrollo competencial de las enfermeras de Atención Primaria (AP) en la GAPTF y la formación de las EIR responde a la línea 5 del plan estratégico de Atención Primaria ²⁵ de Canarias: “Mejora de la eficiencia”.

En lo que respecta a la formación, busca específicamente cubrir las necesidades de las enfermeras de AP, con relación a la Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio en tres aspectos:

- Favorecer el aprendizaje general en las competencias a las enfermeras de AP, para mejorar la eficiencia del sistema sanitario.
- Identificar que necesidades específicas tienen los diferentes grupos de enfermeras para planificar su formación conforme a sus necesidades formativas.
- Ofrecer ayuda para superar el examen de acceso extraordinario de la especialidad EFyC en formación para aquellas enfermeras que cumplen los criterios y que quieran beneficiarse de la formación ofertada de forma gratuita y voluntaria. A partir de este aspecto y aprovechando la plataforma virtual en la que se desarrolla la parte en línea de la formación, se detectan las necesidades formativas de las enfermeras. Información que es utilizada tanto para la formación ad-hoc como para la programación futura de la GAPTF

En cuanto a la formación de las EIR de EFyC, la adaptación del programa formativo a la realidad del entorno, es un reto y una responsabilidad para todos los implicados en la formación especializada.

Por ello, la definición del itinerario formativo para la consecución de las competencias definidas en la normativa y la adaptación de éstas a los dos cursos EIR suponen dos elementos estratégicos que se suman a la formación de las enfermera.

El desarrollo competencial es necesario en un sistema sanitario en cambio y en búsqueda de la eficiencia. Así pues, detectar las necesidades formativas de las enfermeras de AP de la GAPTF para alcanzar el nivel de excelencia en el desarrollo competencial establecido para el estudio de la especialidad es otro de los puntos claves de esta tesis.

2.2.2 Conceptualización de competencia.

En la planificación de esta tesis, se parte de una definición de competencias que facilite el desarrollo adecuado y coherente del trabajo. Así, se toma la definición de competencia como “habilidad, destreza o capacidad”²⁶ Esta definición, resume otras como: “Pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado”²⁷ o “la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean”²⁸

La definición elegida, ayuda a conseguir un enfoque conceptual más amplio descentrando el punto de atención de los conceptos de: conocimiento, habilidad y aptitud definidos por Durand²⁹. Este enfoque, es necesario para que la reflexión, se base en la experiencia y no exclusivamente en la teoría aprendida.

Siguiendo este enfoque y, siendo la percepción individual de la enfermera de Atención Primaria (AP) sobre el desarrollo de las competencias en su práctica habitual, uno de los focos de atención de este trabajo, la autopercepción, debe centrarse en el conjunto de la competencia, englobando los elementos necesarios para su desarrollo. Esta visión se inspira en el trabajo de Le Boterf³⁰ quién postuló que “estos conocimientos, habilidades y actitudes integradas en las competencias son, en realidad, recursos de competencias, y son fundamentales para el desarrollo de las mismas y, como consecuencia, los tres aspectos deben ser trabajados en conjunto para la creación del conocimiento y mejora del desempeño profesional”.

Por tanto: “habilidad, destreza o capacidad”²⁶ como definición de competencia sugiere el conjunto de aspectos definidos por Durand sin necesidad de su uso de

forma encasillada y relacional.

2.2.3 Las competencias en la formación universitaria

La formación académica en enfermería en España y en toda Europa, ha sufrido un profundo cambio, como resultado del análisis de los estudios de enfermería en la Universidad española y la reflexión y discusión sobre nuevas necesidades formativas, debido a los cambios sociales, profesionales y legislativos ocurridos en los últimos años, que han incidido de forma directa en las competencias y perfiles profesionales. Como consecuencia es preciso converger estos estudios a los parámetros que marca el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) que definen las declaraciones de Sorbona (1998), Bolonia (1999), las reuniones de Salamanca (2001) y Barcelona (2002) y los comunicados de Praga (2001) y Berlín (2003)³¹.

En la adaptación de las enseñanzas universitarias en España, han intervenido un gran número de universidades cuyo esfuerzo se refleja en el libro blanco de la Enfermería en el que se refleja el análisis de los estudios correspondientes o afines en Europa, las características de la titulación europea, estudios de inserción laboral de los titulados durante el último quinquenio, y perfiles y competencias profesionales, entre otros aspectos ³².

En este sentido, la legislación española recoge en la Orden CIN, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero ³², las competencias necesarias para la obtención del título de Enfermero y por ende las competencias necesarias para el desempeño profesional.

Desde la Organización Mundial de la Salud, recientemente se ha publicado el documento de Orientaciones estratégicas para el fortalecimiento de la enfermería y los servicios de partería 2011-2015 ³³(SDNM). Este documento, que cuenta con el soporte de numerosas organizaciones internacionales, entre ellas el Consejo Internacional de Enfermería ³⁴ (CIE), presenta las orientaciones estratégicas recientemente actualizadas, complementando y aprovechando el documento 2002-2008. Busca proporcionar a los legisladores, profesionales y otras partes interesadas a todos los niveles, un marco flexible para mejorar la capacidad de las enfermeras y matronas para contribuir a: la cobertura universal, centrar la atención sanitaria en las personas, mejorar las políticas que afectan a su práctica y las condiciones de trabajo, y la ampliación de los sistemas nacionales de salud para cumplir con los objetivos y metas globales. Y para esto, se considera importante incluir, en el desarrollo de los planes nacionales, inversiones para la ampliación de competencias basadas en programas de educación / formación para satisfacer la escasez de mano de obra y la adaptación del servicio a las

nuevas necesidades.

Específicamente, para la formación de grado en Enfermería, las competencias se establecen en el libro blanco, en dos grupos diferenciados:

Competencias específicas: aquellas que le confieren a la formación el carácter del título. Están relacionadas directamente con la ocupación. En el conjunto, son aquellas competencias que son propias y definen a la profesión. Están constituidas por el contenido teórico-práctico de la profesión.

Competencias transversales o genéricas ³⁵ si bien se podrían agrupar en categorías instrumentales, personales y sistémicas, todas ellas hacen referencia a la formación de cualquier universitario en sentido genérico. Por tanto, todas ellas deben ser adquiridas por los universitarios independientemente de los estudios que cursen.

Tanto las competencias específicas como las generales o transversales permiten desplegar los conocimientos y ponerlos en práctica ³⁶.

2.2.4 La definición de la competencia como autorización legal para hacer algo.

El diccionario de la Real Academia Española de la Lengua habla en una de las acepciones de competencia como: “incumbencia” y ésta como “obligación y cargo de hacer algo”.

También se encuentra en la web “Responsabilidad u obligación que compete o corresponde a una persona que ocupa un cargo o a una institución. Autorización legal para intervenir en un asunto: Atribución” (<http://es.thefreedictionary.com/competencia>).

Es decir, competencia desde el punto de vista de la legalidad para hacer una cosa se refiere a la titularidad de una determinada potestad que sobre una materia posee un órgano administrativo. Se trata, pues, de una circunstancia subjetiva del órgano, de manera que cuando éste sea titular de los intereses y potestades públicas, será competente. Por tanto y según Santamaría “no se tiene competencia si no que se es competente”³⁷

Siguiendo este hilo conductor, la potestad es un derecho, un poder y un deber porque autoriza a quien la tiene, le confiere autoridad y quien la tiene está obligado a ejercerla y no se puede rechazar.

Según la Ley de enjuiciamiento civil se diferencian tres tipos de competencias: la objetiva, la funcional y la territorial ³⁸.

La primera, se corresponde con todos los asuntos civiles que por disposición legal expresa no se hallen atribuidos a otros tribunales

La segunda va fundamentada o se justifica, de conformidad a la normativa o reglamentos, en base a ellos se pueden ejercer unas funciones u otras, o también más o menos funciones. Por tanto las competencias vienen establecidas.

La tercera vertiente de gran importancia, es la que se produce o no en función del territorio y, no sólo se extiende a nivel por ejemplo de comunidad autónoma. Esto es, pueden venir conferidas unas facultades de actuación a los enfermeros en Cataluña y no en Andalucía o viceversa. También se produce incluso a nivel de centro hospitalario o de centro de atención primaria. Con facultades atribuidas por la Gerencia de cada centro mediante circulares internas, e incluso prácticas, usos o rutinas asentadas habitualmente con el paso del tiempo. Por ejemplo la práctica en relación a un protocolo de administración de medicación.

El código civil español en su artículo primero establece que “Las fuentes del ordenamiento jurídico español son la ley, la costumbre y los principios generales del derecho” “La jurisprudencia complementará el ordenamiento jurídico con la doctrina que, de modo reiterado, establezca el Tribunal Supremo al interpretar y aplicar la ley, la costumbre y los principios generales del derecho.”³⁹, Por lo tanto, las costumbres, siempre que no contradigan la ley forman parte del ordenamiento jurídico español. En este sentido, las competencias desarrolladas por enfermeras, que no son contrarias a la ley y que se vienen desempeñando por costumbre están amparadas en el ordenamiento jurídico español y como consecuencia autorizadas legalmente.

A esto hay que sumarle el hecho de que el código civil recoge en su artículo 1.6 que la enfermera es una autoridad sanitaria en el desempeño de sus funciones. Por tanto y dentro del ordenamiento jurídico su autoridad debe ser respetada y considerada por usuarios y profesionales.

2.2.5. ¿Competencia o función?

Para hablar de las competencias de las enfermeras, es necesario hacer una consideración en el sentido en que las funciones han sido consideradas como sinónimos de competencias hasta el inicio de la gestión por objetivos. En España, algunas organizaciones sanitarias iniciaron sus procesos de planificación estratégica, incluyendo la gestión por objetivos, en los inicios de los años ochenta⁴⁰.

A partir de la gestión por objetivos, el enfoque empresarial se adopta en la sanidad y se inicia así un periodo en el que se comparten objetivos asistenciales y de gestión entre diferentes profesionales, obligando a una gestión clínica com-

partida para conseguir alcanzar los objetivos y los incentivos económicos ligados a ellos.

Al incorporar la gestión por objetivos y después la gestión por procesos, los conceptos sufren una reordenación para adaptarse a la corriente de mejora continua de la calidad y aparece el término de gestión por competencias. La gestión de competencias, que a inicios de la década de 1970 acuñara McClelland en 1973⁴¹, y a finales de la década de 1990 Goleman enfatizara con su libro Inteligencia emocional, es de importancia trascendental. La respuesta a la pregunta ¿Qué formación debe poseer la persona para desempeñar con éxito este puesto? sigue siendo universal en cualquier proceso de selección de personal⁴²

David McClelland, en 1973 manifiesta que por sí solos, los expedientes académicos y los test de inteligencia no eran capaces de predecir con fiabilidad la adecuación de las personas a los puestos de trabajo y por tanto a la consecución del éxito profesional. Como consecuencia de tales conclusiones acuñó el término “competency/competencies”⁴³.

Con anterioridad a esto, en la legislación se habla de funciones y en la formación se habla de actividades y funciones. Con este paso, se enlazan las funciones a las competencias. Bien porque la normativa lo delimita, o bien porque territorialmente se especifique, las competencias son aquellas para las que la enfermera es competente.

En el desarrollo legislativo posterior al Estatuto de personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social⁴⁴, aprobado por Orden de 26 de abril de 1973, se refleja este cambio nominativo de función a competencia, como se verá más adelante.

Peña López, explica que una persona es competente, cuando es capaz de desempeñar una función productiva de manera eficiente, logrando los resultados esperados en el marco de los procesos organizacionales⁴⁵.

Una función es la tarea que corresponde realizar a una institución o entidad o a sus órganos o personas²⁷ Por tanto, el desempeño de una función es la realización de una tarea por quien, persona física o jurídica, la tiene encomendada.

Luego, el desempeño de una función es competencia del profesional a quién corresponda. Es decir, competencia y función están reguladas y se alimentan entre sí.

García CM, define la relación entre función y competencia, como una dependencia de las funciones respecto de las competencias. Así diferencia como elementos de competencia: atributos personales, desempeño de funciones y/o tareas

profesionales y condición de realización ⁴⁶.

- “Atributos personales”
 - Conocimiento (proposicional y tácito)
 - Habilidades cognitivas
 - Habilidades prácticas
 - Motivación
 - Valores
 - Actitudes
 - Esquemas de percepción
- Desempeño de funciones y/o tareas profesionales
 - Descripción de las funciones y tareas profesionales que los sujetos deben de desempeñar y en las que aplican sus atributos personales
- Condición de realización
 - Se refiere a los criterios bajo los cuales la actuación profesional se va a considerar adecuada, eficaz”

Como se ha visto, se evoluciona a lo largo del tiempo desde la enunciación de funciones como elemento central de la profesión, desde el punto de vista de la legalidad, hasta el momento actual, englobando las funciones dentro de las competencias. Se adopta un punto de vista más amplio, abriendo camino a la diversidad competencial territorial y a un mayor abanico de competencias enfermeras.

En este trabajo se toman unas y otras como referencias para cada uno de los momentos estudiados. Es decir, se consideran las funciones anteriores de las enfermeras y las competencias actuales.

2.3 El desarrollo de las competencias enfermeras en España

2.3.1 La legislación en las competencias clínicas

El concepto de competencia de la legislación es el concepto de competencia profesional. Se ha pasado de delimitar funciones a incluir las funciones en el concepto de competencia. En este apartado se enuncia “competencia”, para ex-

presar “función” como término utilizado en la legislación más antigua y “competencia” como sustantivo que empieza a utilizarse en la legislación más actual.

En este apartado, se revisa la legislación más relevante en el desarrollo de las competencias clínicas de las enfermeras desde el año 1960.

Es en este año, cuando se publica el Decreto 2319/1960 de 17 de noviembre ⁴⁷ del Ministerio de la Gobernación sobre el ejercicio profesional de Ayudantes Técnicos Sanitarios, Practicantes, Matronas y Enfermeras, que reconoce un mayor nivel científico y técnico con los planes de estudio y la experiencia profesional adquirida. Los elementos fundamentales de este decreto son que: Establece competencias básicas de desempeño profesional para los Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS), equipara las competencias de ATS para Practicantes y Enfermeras y autoriza el trabajo libre profesional con la supervisión o indicación de un médico y estando inscritos en el colegio profesional correspondiente.

En el año 1973 se enuncia otra norma importante en el desarrollo profesional de las enfermeras: el estatuto de personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social ⁴⁴, aprobado por Orden de 26 de abril.

Se puede comprobar cómo el marco legislativo de la orden de 26 de abril de 1973 enmarca las funciones de los Diplomados en Enfermería, Ayudantes Técnicos Sanitarios, Practicantes y enfermeras dentro, fundamentalmente, del ámbito de la colaboración con el médico, en la exploración, la preparación del material, la facilitación de información sobre el paciente, etc. También se delimitan áreas dónde se enuncian funciones muy específicas de responsabilidad enfermera de cuidado del entorno, la esfera psicosocial, los registros y la custodia de la historia clínica del paciente.

En el año 2001, el Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre ⁴⁸ por el que se aprueban los estatutos generales de la organización colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de ordenación de la actividad profesional de Enfermería. Da un paso adelante en la definición de las competencias enfermeras enmarcándolas a partir de la misión de la Enfermería en la sociedad. Así, los cuidados enfermeros derivan de la misión de “prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo”.

En el año 2003, la Ley ²¹ 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, considera por vez primera la competencia profesional de la enfermera y no es específica en lo que respecta a las funciones a desarrollar, sino que deja la puerta abierta al desarrollo competencial en función del desarrollo profesional. Además, incluye los cuidados enfermeros en la responsabilidad

de las enfermeras, elemento muy importante en esta ley, ya que hasta su publicación, los cuidados enfermeros no aparecían como tales en la legislación, sino que se trataba de funciones dispersas.

También en el año 2003, aparece la ley 55/2003 de 16 de diciembre, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud ⁴⁹, que sufre cuatro modificaciones en los años 2007, 2010, 2011 y 2013. La última redacción, está vigente desde el 26 de julio de 2013.

Es importante en esta ley la ordenación del personal estatuario en lo que se refiere a la competencia de cada Comunidad Autónoma para la enumeración de las categorías profesionales y sus competencias, la supresión o creación de categorías profesionales y la aprobación por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de un catálogo homogéneo donde se establecerán las equivalencias de las categorías profesionales de los servicios de salud. Dejando así la puerta abierta a la creación de categorías profesionales y de sus competencias a cada Comunidad Autónoma, en función de las necesidades territoriales. Esto produce, un amplio abanico de competencias para toda España y al mismo tiempo aumenta la variabilidad, pudiendo ser un elemento tanto de oportunidad como de discriminación profesional. Para el paciente puede ser un elemento de inequidad por ejemplo en el acceso al sistema sanitario o en la atención especializada de enfermería.

Se observa en el texto de la ley 55/2003 y en su redacción de 26 de julio de 2013 que la definición de funciones derogada de la orden de 26 de abril de 1973, por delegación en las Comunidades Autónomas (CCAA), queda pendiente de la evolución de cada una. En tanto no se definan categorías y funciones, seguirá en vigor, para las CCAA que no lo normalicen, la orden de 26 de abril de 1973.

Este desarrollo, no está siendo homogéneo en lo que se refiere a la Enfermería en general y específicamente a la enfermera especialista en EFyC. Como ejemplo tenemos a la Comunidad Autónoma de Valencia dónde se ha creado la categoría de enfermera especialista en EFyC y de Asturias dónde no se ha creado, sin embargo el desarrollo normativo ha comenzado con la posibilidad de contabilizar la especialidad de cara al baremo para oposiciones y para la lista de empleo. Estas son cuestiones aisladas que dan una idea de la desigualdad que se está produciendo en el conjunto de España y la inequidad para los usuarios del sistema.

Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios especifica que ⁵⁰

- “Los enfermeros, de forma autónoma, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación”.
- “El Gobierno regulará la indicación, uso y autorización de dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica por los enfermeros, en el marco de los principios de la atención integral de salud y para la continuidad asistencial, mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, de elaboración conjunta, acordados con las organizaciones colegiales de médicos y enfermeros y validados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.”
- Esta nueva competencia será reconocida: “El Ministerio de Sanidad y Política Social con la participación de las organizaciones colegiales, referidas anteriormente, acreditará con efectos en todo el Estado, a los enfermeros para las actuaciones previstas en este artículo.” (77.1 de la ley 29/2006 modificado en la ley 28/2009)

La Ley 16/2003 de Cohesión y calidad del sistema de salud ²⁸, establece en el art 42 que el consejo interterritorial junto con las CCAA, establecerán el organismo u organismos encargados de la evaluación de la competencia profesional que habrá de ser independiente a la gestión de los centros. En la actualidad, la evaluación de la competencia profesional en materia de sanidad está ligada a la adquisición de un determinado nivel de carrera profesional y por tanto a una remuneración económica adicional. Aunque, la legislación a este respecto no está clara y corresponde más a normativas internas de los servicios de salud en los casos en que se desarrollan. La realidad de los servicios es que esta parte del desarrollo profesional, ligada a la evaluación y acreditación de competencias está comenzando en España, posiblemente porque su desarrollo se ve unido a la remuneración económica.

Para completar este apartado, ha sido necesaria una consulta específica a los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud (tanto atención primaria como atención especializada), sobre la legislación en competencias o funciones, y sobre el desarrollo profesional a partir de las competencias.

En sus respuestas, el desarrollo en las CCAA es irregular. Mientras que en algunas comunidades ya existía una legislación específica como en Canarias y Castilla y León, en otras, la legislación toma forma de estrategias de abordaje de gestión por competencias profesionales, como la Comunidad de Madrid o la Junta de Andalucía. En la Comunidad autónoma de Valencia y en el Principado de Asturias, como ya se ha mencionado, surge una legislación de reciente crea-

ción, haciéndose eco de la Ley 55/2003⁴⁹. En comunidades como Andalucía⁵¹, Asturias⁵², Cataluña⁵³ y el País Vasco⁵⁴, el desarrollo de las competencias tiene un soporte propio a partir de acreditación y/o protocolos de práctica avanzada. En otras como Murcia o Baleares no existe una legislación propia sino que se utiliza la legislación nacional, es decir, la orden de 26 de abril de 1973⁴⁴.

En Canarias, el Decreto 117/1997, de 26 de junio por el que se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento de las Zonas Básicas de Salud en la Comunidad Autónoma de Canarias (B.O.C. 95, de 25.7.1997) define las funciones del personal de Enfermería en su artículo 19, donde se especifica que son funciones de Enfermería: “Dispensar cuidados directos, favorecer la atención personalizada, la aplicación de los medios diagnósticos y terapéuticos; actividades de promoción, prevención, rehabilitación y reinserción social establecidas en los Programas de Salud y Carteras de Servicio; potenciar y dispensar los cuidados propios de la atención domiciliaria, controles de salud, educación para la salud, educación maternal, fomento de la salud mental, atención a la salud comunitaria, encuestas epidemiológicas, evaluación inmunizaciones, investigación de brotes epidemiológicos; en general, en todo cuanto suponga la promoción del autocuidado. Por otra parte, participar en actividades de: formación pregraduada, postgraduada, continuada; de investigación, de planificación, organización y desarrollo de programas sanitarios; de evaluación de la calidad; de satisfacción de la población; elaboración de guías y protocolos diagnósticos y terapéuticos; seguimiento de objetivos, participación ciudadana; realizar funciones administrativas y de gestión que se deriven de su actividad; y cualesquiera otras de análoga naturaleza acorde con su capacitación y titulación”⁵⁵,

Como se observa en este decreto, se habla de las competencias enfermeras de forma amplia, comenzando por los cuidados directos a la población.

En Castilla y León⁵⁶, la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del estatuto jurídico del personal estatutario del servicio de salud de Castilla y León, el desarrollo de las funciones de la enfermera, se amplía a la asignación reglamentaria relacionada con el desarrollo de la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería y aquellas que vengán determinadas por una más eficiente gestión. Así, la legislación de Castilla y León contempla la eficiencia en la gestión como elemento para la incorporación de nuevas funciones y por ende la incorporación de nuevas competencias profesionales.

En el caso de la Comunidad Valenciana, la creación de la categoría profesional de la enfermera especialista en atención familiar y comunitaria pone de manifiesto la importancia de las competencias que desarrolla la especialista en su ámbito de trabajo y así las recoge de acuerdo, específicamente, con el programa

formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

En el caso del Principado de Asturias, el pacto sobre contratación de personal temporal del servicio de salud del Principado de Asturias, se modifica en julio de 2013 ⁵² para dar prioridad a la contratación de las enfermeras especialistas.

La normativa en materia de competencias profesionales en España es diversa y desigual lo que justifica un marco jurídico que permita que la equidad en la atención al usuario y la calidad en la asistencia no se vean comprometidas por un desarrollo desigual. Cabe mencionar la ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias En ella se reconoce como profesiones sanitarias aquellas que están reconocidas como titulaciones en la ordenación de enseñanzas universitarias y entre otras regulaciones, establece de forma genérica las competencias profesionales en el marco general de España. Así, establece en su artículo 7 que: “corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades” ²¹. Este amplio marco competencial incluye a todas las CCAA permitiendo un desarrollo independiente para cada una de ellas. Una vez más, las características del desarrollo de cada Comunidad Autónoma, pueden hacer que se produzcan desigualdades en materia de salud y desarrollos profesionales diferentes.

Se puede observar en este apartado, como la evolución del desarrollo normativo pasa de establecer el ámbito de actuación de la enfermera dependiente de la actuación médica, a que la enfermera “dirija, evalúe y preste cuidados” de forma autónoma en el marco del equipo de salud.

2.3.2 La legislación en las competencias formativas

En el marco del estudio de la profesiones sanitarias en España, son muchos los cambios de planes de estudio que se han llevado a cabo y abundante la legislación al respecto. Las enfermeras, no han sido una excepción y desde que se establece la regulación del título de Enfermera en 1927 ⁵⁷, se han modificado los planes de estudio para adaptarlos a los nuevos roles profesionales.

La puesta en marcha de los estudios de Ayudante Técnico Sanitario (ATS), en la década de los cincuenta, supuso profundas modificaciones en la profesión, no sólo por el cambio de denominación y de plan de estudios sino de orientación en la formación de estos profesionales. El nuevo nombre de la titulación, ponía de manifiesto su carácter eminentemente técnico y hospitalario ⁵⁸. El hospital era el campo de actuación en que tenía que desarrollar su actividad (Fernández et al, 2000).

En cuanto al cambio que se produjo, de denominación de Enfermera a ATS, cabe destacar que en la Primera Asamblea Nacional de Enfermeras de 1959, se aprobó solicitar al Ministerio de Educación Nacional, la continuidad del universalmente conocido nombre de enfermera, en lugar del nuevamente creado de ayudante técnico sanitario, que ni en España ni en el extranjero se sabía lo que quería decir (Bernabeu y Gascón, 1999; Hernández, 1996).

En la actualidad, La Orden CIN/2134/2008 ³², de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero, establece las competencias que un estudiante debe adquirir para la obtención del título de enfermero y el plan de estudio para la obtención de éstas.

En líneas generales estas competencias pretenden asegurar que ³²:

- “La enfermera en España presta una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables.”
- “Planifica y presta cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto; conoce y aplica los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería; comprende el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural. Además, diseña sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas; basa las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles. También comprende, sin prejuicios, a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional.”
- “Promueve y respeta el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud –enfermedad.”
- “Fomenta estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas.”
- “Protege la salud y el bienestar de las personas, familia o grupos atendidos, garantizando su seguridad.”

- “Establece una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud.”
- “Conoce el código ético y deontológico de la enfermería española, comprendiendo las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.”
- “Conoce los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria y utiliza adecuadamente los recursos disponibles.”
- “Establece mecanismos de evaluación, considerando los aspectos científico-técnicos y los de calidad.”
- “Trabaja con el equipo de profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales.”
- “Conoce los sistemas de información sanitaria.”
- “Realiza los cuidados de enfermería basándose en la atención integral de salud, que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial.”
- “Conoce las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente y familia, en la aplicación de cuidados paliativos que contribuyan a aliviar la situación de enfermos avanzados y terminales.”

En definitiva, la evolución de los estudios de enfermería, ha adaptado el currículo profesional a las demandas sociales posibilitando cambios en el desempeño profesional para incorporar un nuevo marco competencial acorde a las necesidades de la población.

2.4 Estado actual del tema

Aunque el tema de las competencias profesionales forma parte del discurso habitual en formación pre y post-grado, gestión etc., no son muchos los trabajos que profundizan en ellas. Realmente se encuentran pocos trabajos recientes en la búsqueda en base de datos (PubMed, SciELO, Embase, Cochrane, IBECS) dónde se seleccionan trabajos publicados que respondan a las palabras clave de búsqueda (MeSH-DeCS) cuyo contenido se ajuste a las necesidades del proyecto sin filtros adicionales como el año de publicación. En la tabla 1 se muestran los descriptores utilizados en la búsqueda bibliográfica inicial.

Tabla 1: Descriptores de ciencias de la salud (DeCS) y medical subject headings (MeSH) utilizados en la búsqueda bibliográfica inicial de la tesis.

DeCS	MeSH
Rol de la Enfermera	Nurse's Role
Comunidad	Community Health Nursing
Enfermera de Familia	Family Nursing
	Nursing Practice
	Advanced Practice
	Nursing
	Holistic Nursing
	Public Health Nursing
	Transcultural Nursing
	School Nursing
Especialización	Specialization
Especialista	Nurse Clinicians
Atención Primaria	Primary Nursing
Rol de la enfermera	Primary Health Care
Enfermera	Nurse's Role
Educación Basada en Competencias	Competency-Based Education
Desarrollo	Program Development

Aun así, se puede encontrar en la bibliografía trabajos sobre competencias profesionales⁵⁹⁻⁶⁷ de diversa índole en los que se describen competencias: en la formación de especialistas sanitarios, en la gestión clínica, transversales, técnicas, interpersonales y de diversa nominalidad⁶⁸⁻⁷².

Una revisión sistemática sobre las competencias de las enfermeras especialistas en EFyC⁷ arroja datos sobre la necesidad de investigar sobre el conjunto de las competencias. Por otra parte, el artículo concluye, entre otras cosas, que la especialidad de EFyC representa la oportunidad de insertar en el sistema sanitario la enfermería de práctica avanzada. Esto implica la necesidad de formar nuevos profesionales (el caso de los enfermeros residentes de la especialidad), reciclar a otros (el caso del acceso extraordinario a la especialidad), reorganizar servicios y gestionar los recursos enfermeros en base a competencias identificables y medibles.

La autopercepción (cómo perciben las enfermeras su nivel formativo y su adecuación a la demanda social en esta área de especialización enfermera), que

tienen los profesionales de enfermería de AP, son un recurso necesario para determinar cuáles son las competencias que ellas entienden, deben potenciar o adquirir, para una mejor adaptación al perfil competencial que se pide a un especialista en esta área. Del mismo modo, las competencias determinadas por los comités de especialidades, deben servir como modelo para diseñar este perfil académico de futuro.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía puso en marcha la gestión por procesos asistenciales, en el año 2001 ^{73, 74}. En la descripción de los procesos asistenciales, se incluyen las competencias que cada profesional debe tener respecto al proceso concreto y qué competencias espera el usuario del profesional que le atiende. También se han desarrollado mapas de competencias para la acreditación de profesionales por la Agencia de Calidad de Andalucía. Con ellos, se pretenden certificar los diferentes niveles de carrera profesional, integrando así mismo diferentes niveles de competencias.

La Fundación IAVANTE¹, edita en 2002, "Gestión por competencias" ⁷⁵, un libro que describe la gestión de las personas desde la perspectiva del capital profesional, del capital intelectual y desde el capital emocional; describiendo los procesos de incorporación de profesionales, evaluación y desarrollo profesional y finalmente comunicación interna y relaciones profesionales respectivamente.

Dentro del Plan de mejora de la Atención Primaria de la comunidad de Madrid ⁷⁶, la Comisión Científico-Técnica del Plan de Mejora analizó la situación actual de la enfermería en AP, estableciendo cinco líneas de trabajo estratégicas que obedecen a la agrupación de los factores que influyen en el papel de enfermería actualmente, siendo una de ellas las competencias y su relación con las funciones y la oferta de servicios de las enfermeras.

Por otra parte, una iniciativa del Ministerio de Sanidad que merece la pena tener en cuenta para esta investigación es el proyecto Séneca ⁷⁷ para la seguridad del paciente en el que se definen las competencias enfermeras necesarias para los estándares de calidad en la atención sanitaria. O dicho de otra forma, la eficiencia del sistema sanitario mediante el desarrollo profesional de las enfermeras, en este caso hospitalarias.

Además, en España se desarrollan diversas experiencias en la gestión de competencias en Enfermería. El Hospital Príncipe de Asturias, de Alcalá de Henares

1 Organismo dependiente de la Fundación, Progreso y Salud de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. Que tiene como misión facilitar y promover el desarrollo y entrenamiento integral de profesionales sanitarios a través de las más innovadoras metodologías de aprendizaje, así como liderar el desarrollo e innovación en nuevas tecnologías de aplicación en el sistema sanitario, especialmente aquellas basadas en las TIC's

⁷⁸, ha iniciado en 2010 un proyecto piloto de Gestión por Competencias en el ámbito enfermero. Ser competente profesionalmente consiste en demostrar un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes en torno a cada una de las competencias a evaluar que, junto con un código de buenas prácticas, permitan desarrollar adecuadamente las responsabilidades asignadas.

USP Hospitales ⁷⁹ lleva a cabo un modelo de gestión por competencias, por el cual cada profesional sabe lo que se espera de él y a la organización le permite incentivar y reconocer su labor.

Otro de los elementos de desarrollo competencial de las enfermeras es la introducción de la figura de la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA). Siguiendo esta línea se puede citar a Ramírez ⁸⁰ “La enfermería de práctica avanzada (EPA) se caracteriza por ofrecer un nivel avanzado de práctica enfermera, que maximiza la utilización de competencias especializadas y de conocimiento enfermero a fin de responder a las necesidades de los clientes en el dominio de la salud. Esta práctica avanzada es ya un hecho en países como Estados Unidos y Canadá.”

Esta definición, que la autora reproduce de la Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC) ⁸¹ recoge los aspectos que se desarrollan de la EPA en aquellos países que cuentan con esta figura. Las características de su formación son: nivel avanzado, reconocimiento oficial de los programas de formación, y sistema oficial de autorización, registro, certificación y acreditación.

La naturaleza de la práctica profesional de la EPA es: integración de la investigación, la formación, el ejercicio profesional y la gestión, alto grado de autonomía profesional y práctica independiente, gestión de casos, capacidades avanzadas de evaluación de la salud, capacidades de adopción de decisiones y capacidades de explicación de diagnósticos. Competencias clínicas avanzadas reconocidas: prestación de servicios de consultoría a los dispensadores de salud, planificación, ejecución y evaluación de programas, y reconocido como puerta de entrada a los clientes/pacientes ⁸².

En España, Cristina Oroviogicoechea ⁸³ manifiesta al respecto que las principales funciones que desarrolla esta nueva figura profesional son “el apoyo en el cuidado diario del paciente y la incorporación de la evidencia científica a la práctica. Esto se traduce en el desarrollo de guías y protocolos actualizados que den respuesta a las nuevas necesidades de los pacientes, a su complejidad y a los avances en el diagnóstico y tratamiento, que también tienen implicaciones para la enfermería. Por tanto, su trabajo se orienta en tres direcciones: el cuidado del paciente, el desarrollo de la práctica y el desarrollo de los profesionales”. “Como consecuencia, aporta calidad asistencial y seguridad para el paciente, porque

trabaja directamente en el cuidado del paciente. También conlleva innovación y desarrollo en la práctica, así como en la formación de los profesionales”. Con esta justificación, se ha introducido esta figura en el trabajo cotidiano en la Clínica Universitaria de Navarra.

La figura más extendida de EPA en España es la enfermera gestora de casos: País Vasco, Andalucía, Aragón, Canarias, Cataluña, Madrid, Región de Murcia y Comunidad Valenciana cuentan con esta figura. Si bien, el nivel de desarrollo que se está alcanzado no llega al deseable. Se podría decir, que el nivel de entrenamiento no es el esperable para su rol. Es responsabilidad de los servicios de salud, determinar las competencias de la EPA en relación con el desempeño esperado y hacerlo unificado para todo el Sistema Nacional de Salud”⁸⁴.

La fundadora del primer programa de formación en enfermería de práctica avanzada en los Estados Unidos de América, Loretta Ford, dijo, que “la función de la enfermera asistencial, ya sea hospitalaria como comunitaria, es una de las más examinadas en la historia”⁸⁵. Esto justificaría que a pesar de las publicaciones que evidencian la efectividad de su implantación, esta, haya sido irregular.

Desde el final de los años setenta, se habían publicado más de 1.000 artículos sobre este tema, demostrando la eficacia de las EPA en el sistema de salud americano. A través del mundo entero, los logros de las enfermeras de práctica avanzada son numerosos y remarcables. Sin embargo, llegado el tiempo de tomar decisiones en el ámbito de las políticas de salud y de las transformaciones del sistema, se deja de lado la participación de las enfermeras. La ambigüedad sobre la esencia de la enfermería de práctica avanzada y las poco desarrolladas habilidades políticas de las enfermeras pueden ser dos de los factores contribuyentes⁸⁶.

Las enfermeras implicadas con la EPA, tienen una responsabilidad ineludible con el avance de la disciplina: el desarrollo y la consolidación del liderazgo profesional, la adquisición de poder colectivo y la búsqueda de la cohesión dentro de la profesión son aspectos en desarrollo en el marco competencial actual. La discusión sobre títulos, roles y competencias debe producirse en el nivel más elevado de la toma de decisiones y las enfermeras deben formar parte de ella. Es el momento de mostrar los resultados de las EPA en términos de eficiencia para los sistemas sanitarios, en el que las enfermeras, ya juegan un papel inquestionable. Caminando hacia el beneficio de una sociedad más saludable y de un sistema más eficiente de salud⁸⁷.

Según la posición oficial del Consejo Internacional de Enfermeras⁸² la EPA, es una enfermera especialista, que ha adquirido la base de conocimientos de ex-

perto, 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 ⁸⁷.

Muchos países están tratando de mejorar la asistencia médica revisando los roles de profesionales de la salud ⁸⁸, incluyendo a las enfermeras. Desarrollar roles nuevos y más avanzados para las enfermeras podría mejorar el acceso al servicio sanitario y disminuir el efecto del acceso limitado a los profesionales médicos. También podría contener costos realizando tareas que resultan más caras si las hace un médico. Se ha estudiado el desarrollo de la EPA en 12 países (Australia, Bélgica, Canadá, Chipre, República Checa, Finlandia, Francia, Irlanda, Japón, Polonia, Reino Unido y Estados Unidos), enfocando la atención en el trabajo en la atención primaria. También se ha hecho una revisión del impacto del cuidado de los enfermos y el costo. El desarrollo de nuevos roles de cuidados, varía en gran medida.

Los Estados Unidos y Canadá instauraron a los “nurse practitioners” hacia la mitad de los años 60. El Reino Unido y Finlandia también tienen una larga experiencia en el uso de diferentes formas de colaboración entre médicos y enfermeras. Aunque el desarrollo en Australia e Irlanda sea más reciente, estos dos países han desarrollado una gran actividad estableciendo un programa de enseñanza superior para EPA en los últimos años. En otros países, el reconocimiento formal de EPA es reciente, si bien, su práctica de forma extraoficial ya existe en realidad y comenzó antes de este reconocimiento.

Las evaluaciones muestran que la EPA puede mejorar el acceso a los servicios sanitarios y reducir tiempos de espera ⁸⁹. Además, puede dar la misma calidad de la atención que los médicos para determinados pacientes, incluyendo enfermedades menores y seguimiento de procesos rutinarios. En la mayoría de evaluaciones se encuentra una tasa alta de satisfacción del paciente, principalmente porque las enfermeras tienden a pasar más tiempo con ellos, y proveen información y asesoramiento. Algunas evaluaciones han intentado estimar el impacto de los cuidados de práctica avanzada. Cuando los nuevos roles implican sustitución de tareas, el costo disminuye o se mantiene igual. Los ahorros en los sueldos de enfermeras (a diferencia de los médicos) pueden compensarse con consultas más largas y, a veces, por más pruebas diagnósticas. Cuando los nuevos roles implican tareas suplementarias, en algunos estudios se encuentra que el impacto sobre el costo ha aumentado ⁹⁰.

La eficacia de las EPA es objeto de estudio. El Instituto Joanna Briggs (JBI) recomienda en un informe de evidencia clínica enfermera (Best Practice) el empleo

de EPA en equipos de AP y en residencias de ancianos, para reducir el uso de urgencias, la tasa de hospitalización y el uso de cuidados intensivos en la población anciana con un grado de recomendación A (GR-A). El empleo de la EPA como miembro del equipo médico para mejorar el acceso a la evaluación y el tratamiento necesarios con grado de recomendación B (GR-B) ⁹¹:

Las competencias de las enfermeras especialistas en EFyC que aquí se estudian, pueden considerarse de EPA atendiendo a las descripciones que se han expuesto en este apartado ^{81- 83, 85, 86}. Además, se inscriben en el marco de los principios de interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria que consagra la Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) ²².

Las competencias, de forma genérica, son una parte muy importante en la planificación sanitaria. En este sentido, la LOPS ²¹, establece en su artículo 10 que “las organizaciones sanitarias ejercerán funciones de gestión clínica y que tales funciones podrán ser desempeñadas en función de criterios que acrediten los conocimientos necesarios y la adecuada capacitación”. Paralelamente, las exigencias a los profesionales sanitarios acerca de la acreditación, carrera profesional y evaluación del desempeño ⁹², deben ir de la mano de la evolución en este sentido del sector sanitario. Sobre todo, si se tiene en cuenta que, hasta ahora, la enfermera de AP se desarrolla, gestiona y evalúa con instrumentos y herramientas que no se corresponden con el desarrollo de competencias que marca la Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio ²⁴, en la que el Ministerio de Sanidad y política social, aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC).

2.5 Justificación

La evaluación del desempeño forma parte de la evaluación administrativa. Responde a las expectativas de la administración respecto a un plan de acción determinado. Dicho de otra manera, los resultados en consecución de objetivos y desarrollo de competencias deben responder a una planificación previa. Según Ceballos ⁹³ “la evaluación del desempeño, en su complejidad, precisa de dos pilares fundamentales: la evaluación de los objetivos y la evaluación de las competencias profesionales”.

El marco normativo revisado y la bibliografía científica están de acuerdo en que el desarrollo de las competencias de las enfermeras, mejora la eficiencia del sistema sanitario ⁹⁴⁻⁹⁷. Es decir, si las enfermeras son más competentes en su trabajo, se está mejorando la calidad de la atención sanitaria y la mejora de la calidad percibida por el usuario.

El estudio de las competencias a desarrollar por las enfermeras se determina como fundamental en las diferentes organizaciones por diferentes cuestiones complementarias: de una parte, la mejora de la calidad de la atención al ciudadano adaptando el nuevo papel de la Enfermería a las nuevas necesidades de dependencia, asistencia personalizada, toma de decisiones informada y acompañada; por otra parte, la creciente demanda de asumir responsabilidades que reclaman los servicios sanitarios de las enfermeras.

Así pues, saber cuáles son las deficiencias formativas de las enfermeras de AP se convierte en una cuestión estratégica. Sorprende que, desde 2010 en que se desarrolla la normativa específica del desarrollo competencial, el Sistema Nacional de Salud (SNS) no haya elaborado ningún programa formativo específico para subsanar esta deficiencia.

Para las nuevas especialidades de Enfermería se está siguiendo la tendencia de formación basada en objetivos y formación basada en problemas, por esto, el plan formativo para las enfermeras internas residentes (EIR) de Atención Familiar y Comunitaria, está basado en las competencias profesionales que las enfermeras deben desarrollar en su trabajo diario. Estas, están extraídas del trabajo de las enfermeras en el conjunto de las comunidades autónomas, de forma que se recogen todas las funciones, intervenciones, actividades; que en la práctica diaria llevan a cabo las enfermeras en el territorio nacional. El planteamiento de integración de todo el territorio nacional, pretende agrupar todas las competencias de las que se pueda beneficiar el ciudadano.

Acorde con este nivel de calidad exigido²², la programación docente de las EIR de EFyC tiene que afianzar el desarrollo competencial acorde a las competencias exigidas y a la madurez profesional de los residentes. En este contexto, el consenso de expertos se convierte en una herramienta muy útil y eficaz para discernir la progresión formativa de las EIR, en base a su propia experiencia profesional.

La ley 33/2011 General de Salud Pública⁹⁸ refuerza la orden SAS/1729/2010 en lo concerniente a las actuaciones en salud pública (Título II, capítulos I a IX); la planificación y coordinación de la salud pública (Título III) y el personal profesional y la investigación en salud pública (Título IV, Capítulo I y II). Las actuaciones e intervenciones necesarias para el desarrollo de la ley concuerdan con la formación de las enfermeras especialistas en EFyC. Por todo ello, la especialista en EFyC está preparada para formar parte activa del equipo multiprofesional en el despliegue de la salud pública.

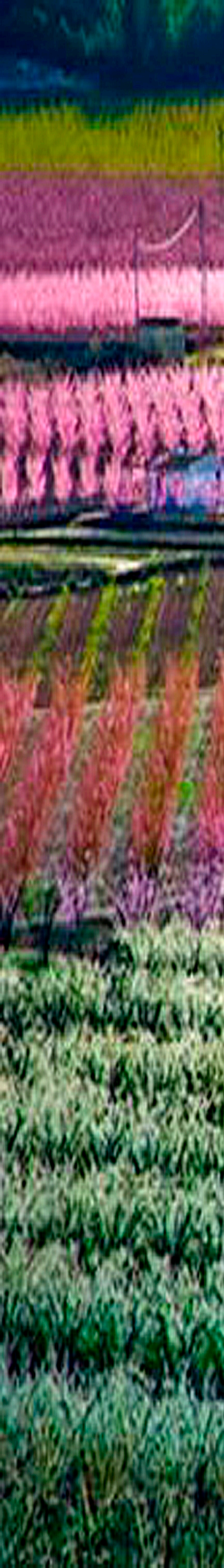
La escasa bibliografía encontrada, que estudia a fondo el desarrollo de las com-

petencias y concretamente la autopercepción de las competencias, hace necesario este estudio, que permitirá entender el contexto en atención primaria. El punto de partida para la mejora es la situación inicial.

Como se ha descrito, la especialización es una oportunidad de desarrollo para el sector sanitario, para las enfermeras en general y en este caso en particular. El reto que se plantea, es la formación de quienes vienen desempeñando competencias sin ser especialistas, para superar la prueba de la competencia y específicamente, formar en aquellas competencias para las que se percibe menor capacidad de desarrollo.

Esto lleva al planteamiento de algunas preguntas al respecto:

- ¿Cómo debe distribuirse la formación en competencias para la EIR de EFyC para que se ajuste mejor a las necesidades profesionales a lo largo de los dos años de especialización?
- ¿Las enfermeras de AP expresan necesidad de formación para autopercebirse como especialistas? ¿Esta necesidad es diferente según el puesto de trabajo?
- ¿El perfil de las enfermeras que trabajan en AP y no son especialistas, se corresponde con el que se espera tras la realización de la formación como especialista?

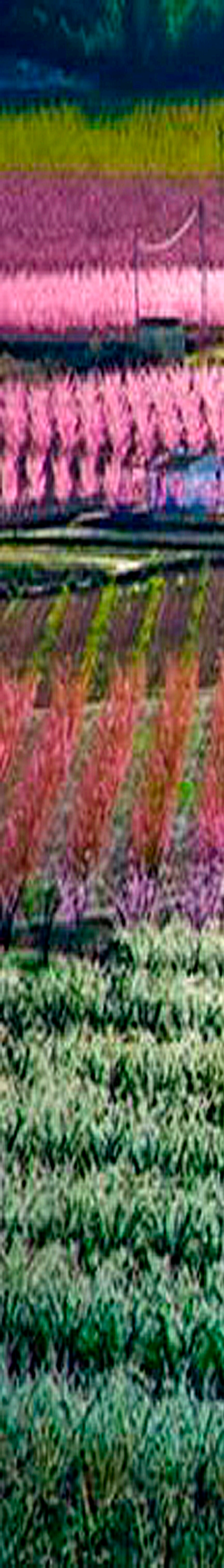


HIPÓTESIS DEL TRABAJO

3 Hipótesis de trabajo

En esta investigación se planteó como hipótesis de trabajo:

- Los residentes de la especialidad de EFyC reciben formación distribuida en función de la complejidad de las competencias.
- Las enfermeras no especialistas, autoperceben la necesidad de formación en competencias de la especialidad, para adaptarse mejor al perfil de especialistas.



OBJETIVOS DEL ESTUDIO

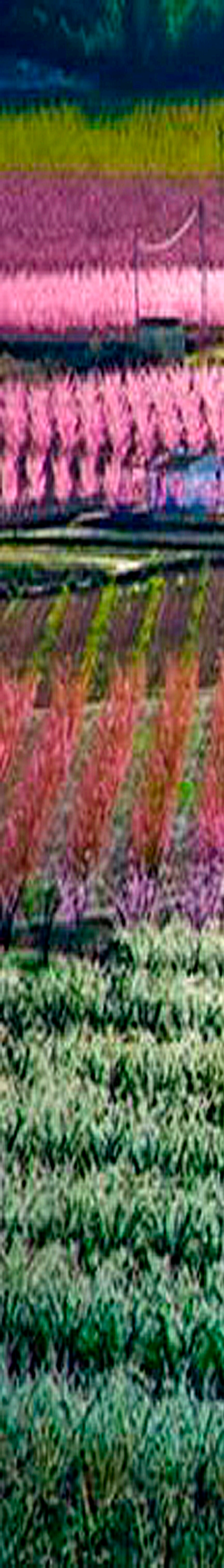
4 Objetivos del estudio

4.1 Generales

- Facilitar la formación en competencias de las enfermeras residentes de EFyC
- Determinar las necesidades de formación en competencias de las enfermeras de atención primaria.

4.2 Específicos

1. Proponer la distribución formativa de las competencias para la formación de la enfermera especialista en EFyC.
2. Identificar la autopercepción que, sobre las competencias de EFyC tienen las enfermeras de AP
3. Averiguar las necesidades de formación de las enfermeras de AP de la GAPTF para crear un banco de necesidades que oriente la formación actual y futura
4. Relacionar la información obtenida del perfil profesional con la autopercepción de las competencias, para identificar las necesidades de formación por perfil profesional.



MATERIAL Y MÉTODOS

5 Material y métodos

Este estudio ha combinado diferentes abordajes metodológicos tanto de carácter cualitativo como cuantitativo, para alcanzar los objetivos propuestos.

Para la metodología cualitativa se utilizaron procedimientos de trabajo con focus group y técnica semicualitativa Delphi. Se utilizaron paneles de expertos multi-profesionales ⁹⁹

Los grupos focales se formaron de forma heterogénea para conseguir un debate contrastado que aportase diferentes punto de vista. El debate de los grupos focales se estructuró, como se describe más adelante, siendo el centro de la atención la reflexión sobre las competencias de la especialidad de EFyC de la orden SAS/1729/2010 ²⁵. La información se recogió mediante transcripción de las discusiones de los expertos, el análisis que se realizó se basó en la agrupación temática de ideas debatidas, y saturación de la información ¹⁰⁰.

La encuesta Delphi, se plantea como continuidad del trabajo de los grupos focales. Aunque presentaba dificultades concretar el número adecuado de panelistas para participar en ella, en estudios realizados por investigadores de la Rand Corporation señalan que “si bien parece necesario un mínimo de siete expertos habida cuenta que el error disminuye notablemente por cada experto añadido hasta llegar a los siete expertos, no es aconsejable recurrir a más de 30 expertos, pues la mejora es muy pequeña y normalmente el incremento en coste y trabajo de investigación no compensa la mejora” ¹⁰¹,. En este estudio se invitó a participar a los 50 profesionales que intervinieron en los paneles de expertos, esperando una participación voluntaria de un número no mayor de 30 expertos. Se utiliza un formulario basado en competencias enfermeras elaborado a partir de la orden SAS/1729/2010 ²⁴ y adaptado para la investigación a partir de los resultados de los grupos focales (Anexo 1).

El estudio cuantitativo se realizó a través de un estudio descriptivo longitudinal utilizando una estrategia formativa (referenciada en “el origen del trabajo”) que permitió recoger la información necesaria de los profesionales de enfermería. Por una parte se utilizó el formulario mencionado para realizar el Delphi, de aquí se obtuvo la información relativa a la autopercepción de competencias. Por otra parte se consiguió información sobre el perfil de las enfermeras que participaron en el estudio a través de las variables: Género (mujer, hombre), centro de salud (centro de salud, consultorio local, zona centro, zona sur, zona norte), realización de EpS (adultos, pediatría, adolescencia) tipo de consulta (adultos, pediatría) responsabilidad (Subdirector, responsable docente, tutor EyFC, ECE), Titulación (ATS, DUE) Año de diplomatura, Grupo de acceso a la especialidad (4 años de experiencia profesional, 2 años de experiencia profesional y 160 crédi-

tos de formación específica, 2 años de experiencia como profesor en Escuelas Universitarias de Enfermería en la asignatura de Enfermería Comunitaria) otra titulación, otra especialidad, otra formación.

Para la descripción de resultados se empleó mediana y rango. Para las relaciones entre la autopercepción y el perfil profesional se han utilizado estadísticos de comparación de medias: Chi cuadrado de Pearson, coeficiente de correlación de Spearman y prueba H de Kruskal-Wallis o U de Mann-Whitney.

Para el análisis de la documentación seleccionada se utilizó la lectura crítica de la literatura mediante las parrillas del programa CASPe¹⁰². Incluyendo los trabajos con una puntuación mayor a 7. La legislación se incorporó utilizando como criterio su validez legal.

5.1 Descripción de la intervención formativa

La intervención educativa corporativa organizada fue semipresencial. Se compuso de:

- Cursos en línea basados en las competencias que necesita desarrollar la EFyC. El curso incluía: temario específico para cada módulo de competencias y pruebas de evaluación y entrenamiento para el examen, basados en el modelo de examen publicado por el Ministerio.
- Como apoyo a los cursos se realizaron seminarios presenciales para explicar la metodología de trabajo, el contenido de cada módulo, el objetivo de la formación y de los formularios y se ayuda a solucionar dudas.
- También se pusieron a disposición de los profesionales los correos electrónicos de un facilitador de la formación en plataforma web y tres formadores enfermeros, la finalidad era mantener canales abiertos para aclarar las dudas de la formación entre los seminarios presenciales

La actividad docente fue gratuita, voluntaria y acreditada por la Comisión Canaria de Acreditación de la formación continuada.

Se realizó, un total de 14 módulos formativos: 1 módulo de formación general de manejo de herramientas informáticas y 13 módulos de formación específica sobre los que se realizaba la intervención de autopercepción de competencias. Cada uno de ellos se componía de bibliografía seleccionada específicamente para este fin, normativa de aplicación cuando la había, páginas web de referencia, análisis de autopercepción de competencias, test de conocimientos, ejercicios reflexivos y mapas de ideas.

Los módulos fueron los siguientes:

-
- Competencias en metodología y práctica avanzada
 - Competencias en la atención a la infancia
 - Competencias en la atención en la adolescencia
 - Competencias en la atención a la salud general en la etapa adulta
 - Competencias en la atención a la salud sexual, reproductiva y de género
 - Competencias en la atención a las personas ancianas
 - Competencias en la atención a las familias
 - Competencias en la atención ante urgencias, emergencias y catástrofes
 - Competencias en la atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario
 - Competencias en salud pública y comunitaria
 - Competencias docentes
 - Competencias en la gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario
 - Competencias en investigación

El contenido de los módulos de formación específica se describe en el anexo 2.

La autopercepción de competencias tenía la doble finalidad de facilitar, al docente, la evolución de su propia formación y la detección de carencias formativas o de desarrollo, de las competencias enfermeras que se establecen en la normativa para la especialista en EFyC.

Como paso previo a la realización del curso, se pidió a los profesionales que completaran el formulario dónde se incluía la totalidad de las competencias (Anexo 1). El objetivo de este formulario era conocer las necesidades formativas específicas de los profesionales enfermeros de la GAPTF para poder diseñar una estrategia formativa eficiente.

El formulario se creó a partir de las competencias de EFyC publicadas en la orden SAS/1729/2010, de 17 de junio ²⁴, en la que el Ministerio de Sanidad y política social, aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC). Sufrió un proceso de desdoblamiento de competencias en función de los resultados de los grupos focales y finalmente se estructuró en 568 ítems a partir de los 13 módulos de formación específica. Cada ítem pudo recibir una puntuación entre 1 y 10 dependiendo de la autoper-

cepción del profesional respecto de esa competencia.

Junto al formulario, en el mismo archivo, se incluyó un instructivo (Anexo 3) donde se especificaba la finalidad del mismo, las instrucciones para su cumplimentación y la dirección de correo electrónico para resolver dudas y para el envío del formulario contestado.

El responsable de la plataforma de formación realizó seminarios en los centros de salud, centros periféricos y consultorios de toda la GAPTF para dar soporte a la formación en línea, explicar el objetivo, el procedimiento y solucionar dudas al respecto. Los centros se relacionan en el Anexo 4

5.2 Población de estudio

La población de estudio la formaron los Enfermeros de AP que desarrollaban sus competencias en la GAPTF. Se calculó el tamaño muestral ¹⁰³ para los estadísticos necesarios, encontrando que para una población de 548 enfermeras, nivel de confianza del 95% y precisión de ± 3 puntos, asumiendo un 15% de pérdida muestral, era necesaria una muestra de 105 enfermeras. La muestra obtenida para el estudio la conformaron un total de 192 enfermeras.

5.3 Criterios de inclusión

Enfermeras de la GAPTF, matriculadas en la intervención formativa corporativa gratuita y voluntaria.

5.4 Criterios de exclusión

Enfermeras que no deseen participar en el estudio, que no completan el formulario en su totalidad o de quienes que no se dispone de información de perfil profesional.

5.5 Metodología para el objetivo 1: Averiguar la distribución de competencias más apropiada para el diseño de la formación de la especialidad EFyC adaptado a los dos años de formación de la especialidad.

Para este objetivo se utilizaron grupos focales ¹⁰⁴, técnica utilizada ¹⁰⁵ para hacer investigación relacionada con la salud, la familia, la educación, la conducta sexual y otros tópicos sociales. Esta técnica es útil para obtener rápidamente información sobre una población concreta y un tema determinado ¹⁰⁶

Los grupos focales se formaron con 50 personas integradas por 44 profesionales enfermeros y 7 médicos, de los cuales: 5 eran tutores EIR y 30 responsables docentes EIR y 2 tutores Médico Interno Residente (MIR) y 7 responsables docentes MIR. Del total del grupo, 32 tenían experiencia docente en grado o postgrado

y 17 tenían experiencia en la formación de especialistas, bien en MIR, bien en EIR en otra especialidad.

Se dividió el grupo en 7 subgrupos para distribuir a los participantes de forma heterogénea atendiendo a su profesión, lugar de trabajo y responsabilidad en la formación. Se buscó como criterio de homogeneidad que todos los participantes fuesen profesionales sanitarios y estuviesen relacionados con la formación de los EIR. Como criterio de heterogeneidad intragrupo se buscó la diversidad en la responsabilidad profesional de cada uno de los integrantes. Así, en cada grupo, había enfermeras y médicos, tutores y no tutores, profesionales con experiencia docente y otros no, responsables docentes y no, personas con experiencia en la docencia en general y otros que no. En la tabla 2 se describen los participantes en los grupos focales.

Participante	Profesión	Tutor	Responsable docente	Experiencia docente	Experiencia en la formación de especialistas	Grupo
*P1	Enfermera		Si			1
P2	Enfermera		Si			1
P3	Enfermera		Si			1
P4	Enfermera					1
P5	Enfermera		Si	Si		1
P6	Enfermero	Si		Si	Si	1
P7	Enfermero		Si	Si		1
P8	Médico		Si	Si	Si	1
P9	Enfermera		Si	Si		2
P10	Enfermera		Si	Si		2
P11	Enfermera		Si			2
P12	Enfermero		Si	Si		2
P13	Enfermero		Si			2
P14	Enfermero	Si		Si		2
P15	Médica		Si	Si	Si	2
P16	Enfermera		Si	Si		3
P17	Enfermera		Si			3
P18	Enfermera		Si			3
P19	Enfermera			Si	Si	3
P20	Enfermera		Si			3
P21	Enfermero		Si	Si	Si	3
P22	Médico	Si	Si		Si	3
P23	Enfermera		Si			4
P24	Enfermera		Si	Si		4
P25	Enfermero	Si		Si	Si	4
P26	Enfermero		Si			4
P27	Enfermero		Si			4
P28	Enfermero		Si	Si	Si	4
P29	Médica		Si			4

P30	Enfermera			Si		5
P31	Enfermero		Si	Si	Si	5
P32	Enfermero		Si	Si	Si	5
P33	Enfermero					5
P34	Enfermero		Si	Si		5
P35	Enfermero		Si	Si	Si	5
P36	Médica	Si	Si	Si	Si	5
P37	Enfermera			Si		6
P38	Enfermera		Si		Si	6
P39	Enfermera		Si	Si		6
P40	Enfermera		Si	Si	Si	6
P41	Enfermero	Si		Si		6
P42	Enfermero		Si	Si		6
P43	Médica		Si	Si	Si	6
P44	Enfermera	Si				7
P45	Enfermera		Si			7
P46	Enfermera		Si	Si		7
P47	Enfermero			Si		7
P48	Enfermero			Si		7
P49	Enfermero			Si	Si	7
P50	Enfermera				Si	
P51	Médico		Si	Si	Si	7

*P: Participante

Se desarrolló un seminario acreditado para la formación ¹⁰⁷ en un Hotel de la ciudad de La Laguna, con el objeto de realizarlo en un lugar neutral para los profesionales que facilitase la conversación, la reflexión y el debate.

Se presentó la reunión realizando una introducción de 30 minutos de duración sobre los fundamentos de los estudios de la especialidad de EFyC, a través de los antecedentes de la especialidad, el desarrollo de la Enfermería en España, la legislación de aplicación y que lo fue, en la historia de la Enfermería en España. También se aclaró el papel de los tutores, lo que se esperaba de ellos, las competencias, contenidos y desarrollo de la especialidad, la legislación y la organización de la Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria (UDAFyC) y subsidiariamente de las subunidades docentes. Se pretendía con esto que los profesionales conocieran el contenido de la orden, la trayectoria histórica de la Enfermería en AP, los antecedentes de la atención comunitaria y la organización de la UDAFyC.

Este seminario se consideró la “semilla” para la discusión.

A continuación del seminario se entregó a cada asistente un dossier con la totalidad de las competencias que prevé la legislación, e instrucciones para la realización de los grupos focales, realizándose el seminario y los grupos focales (consecutivos) en el mismo día.

Para iniciar la reflexión y la discusión, en el dossier, en las instrucciones, se plantearon algunas preguntas sobre las competencias de la especialidad de EFyC. Con ellas, se pretendía realizar una reflexión sobre: la realidad, las actividades del trabajo de la enfermera de AP por una parte, y por otra sobre la proyección que la especialidad, puede dar al trabajo y la responsabilidad de la enfermera especialista para el desarrollo de su rol. También sirvieron como punto de partida para identificar, inicialmente, las áreas temáticas principales.

Las preguntas que sirvieron como guión para la entrevista con los grupos focales se describen en el anexo 5.

La idea fundamental en el desarrollo de las discusiones en los grupos fue la necesidad de diferenciar, en las competencias, cuales creían que se podían realizar en el 1er curso (EIR1) y cuales en 2º curso (EIR2).

El responsable de la formación EFyC dinamizó la reunión y las discusiones en los grupos para obtener la máxima información. Las discusiones se reflejaban por escrito por un portavoz del grupo. El portavoz era un miembro del grupo focal elegido entre los componentes del grupo. Los grupos focales tuvieron una duración de entre 90 y 135 minutos dependiendo del debate interno. Al finalizar los debates, se hizo una puesta en común con las conclusiones de cada grupo. Los datos de las conclusiones de los grupos se analizaron cualitativamente mediante el análisis de la temática encontrada.

La técnica de grupo focal fue utilizada como medio y como complemento a la técnica Delphi.

Siguiendo con el objetivo, en el proceso de desarrollo de las discusiones y para profundizar en la necesidad de diferenciar qué competencias se deben realizar en el EIR 1 y cuales en el EIR 2, se planteó la técnica semicualitativa Delphi.

Se invitó a participar a las 50 personas que asistieron al seminario y a la sesión de grupos focales, pidiéndoles que indicaran su correo electrónico si deseaban participar en las 3 rondas Delphi. Esto se hizo para darle continuidad a las conclusiones de los grupos focales, aprovechando la visión de futuro y el compromiso profesional de los asistentes con la generación de conocimiento y adaptación de la normativa a la práctica. En la primera ronda participaron 24 profesionales que se describen en la tabla 3

Tabla 3 Composición del panel de expertos Delphi.

Participante	Profesión	Tutor	Responsable docente	Experiencia docente	Experiencia en la formación de especialistas
P1	Enfermera		Si		
P5	Enfermero		Si	Si	
P6	Enfermero	Si		Si	Si
P7	Enfermera			Si	Si
P14	Enfermera	Si			
P21	Enfermero		Si	Si	Si
P22	Médico	Si			Si
P23	Enfermera		Si		
P25	Enfermera	Si		Si	
P26	Enfermera		Si		
P28	Enfermero		Si	Si	Si
P31	Enfermero		Si	Si	Si
P32	Enfermera		Si	Si	Si
P33	Enfermera				
P34	Enfermera		Si	Si	
P37	Enfermera			Si	
P38	Enfermera		Si		Si
P40	Enfermero		Si	Si	Si
P41	Enfermero	Si		Si	
P42	Enfermera		Si	Si	
P43	Médica		Si	Si	Si
P44	Enfermero	Si			
P45	Enfermera		Si		
P50	Enfermero				Si

*P: participante

A partir del trabajo de los grupos focales, se desagruparon las competencias enumeradas en la orden SAS/1729/2010²⁴, de 17 de junio, para facilitar el análisis. Las competencias que se describen en este marco legal preestablecido son las que se utilizan como marco teórico.

En el análisis de los grupos focales, se identificó la necesidad de definir las competencias de forma secuencial. Inicialmente había 246 competencias, al desglosarlas se preparó un formulario con 568 ítems, de los cuales 442 fueron las competencias desglosadas. (Anexo 1) La pregunta a los miembros del panel fue: ¿Qué competencias deberían estudiarse en el primer curso EIR y cuales en el segundo curso EIR?

Para el análisis de los resultados del Delphi¹⁰⁸ se emplearon medidas de tendencia central y dispersión: media, mediana, moda, mínimo, máximo, desviación típica y cuartiles. Los cuartiles, ayudaron a valorar el grado de dispersión de las

respuestas, obteniendo los porcentajes de respuesta, los cuartiles y percentiles. Ello permitió tener una visión de conjunto de los resultados obtenidos en cada una de las preguntas, aunque luego sólo se utilizó como valor para la segunda y tercera vuelta la media o la mediana.

La media y la mediana indicaron la tendencia central de la distribución o conjunto de respuesta de expertos, al igual que la moda. El máximo y el mínimo mostraron las respuestas extremas. La desviación señaló el grado de dispersión en las respuestas (si más o menos los expertos se hallaban en torno a las cifras de la media o no).

Con la 2ª vuelta se remitió y se hizo partícipe de la información obtenida a todos los panelistas para consolidar y refrendar los resultados obtenidos en la consulta inicial ya que, es habitual que los resultados iniciales sufran mínimas variaciones respecto a las rondas sucesivas.

Para el lanzamiento de la segunda ronda:

- Se seleccionó la media o la mediana de las respuestas a las preguntas de la primera ronda, en función del tipo de distribución (normal o no) de las respuestas. Aunque habitualmente, si las desviaciones típicas no son excesivas se utiliza la media.
- Se solicita a los expertos que indiquen su acuerdo o desacuerdo con dicha media.
- Se pide a los expertos que no se hallan de acuerdo con la media que argumenten sus razones ¿Esta Ud. de acuerdo con la media obtenida para cada competencia? Si/no
- En caso de que no se halle de acuerdo, ¿Cuál es el nuevo valor que propone? Si lo juzga necesario, ¿podría justificar dicha respuesta?
- Se calcula la nueva media o mediana (a los expertos que se muestren de acuerdo se les fija el valor anterior).

Para la tercera vuelta se realiza el mismo procedimiento, obteniendo los resultados definitivos.

5.6 Metodología para el objetivo 2: Identificar la autopercepción que, sobre las competencias de EFyC, tienen las enfermeras de AP

Las competencias de EFyC reguladas en la orden SAS/1729/2010 ²⁴, de 17 de junio, se utilizan como patrón oro para la autopercepción de competencias de las enfermeras de AP de la GAPTF.

Las enfermeras, participaron de forma voluntaria en el curso de formación acreditada y gratuita de la GAPTF para facilitar el aprendizaje de cara al examen extraordinario de la especialidad EFyC, la autopercepción de competencias se planteó al inicio de la formación como punto de partida.

Cada participante valoró antes de la actividad formativa su percepción de su capacidad sobre un grupo de competencias. Para ello, se utilizó una escala Likert 1-10, siendo el 1 la peor percepción y el 10 la mejor percepción de capacidad para la realización de una determinada competencia por parte del profesional. Las escalas Likert pueden ser utilizadas en salud para medir percepción y auto-percepción ¹⁰⁹. Se pretende hacer una medición indirecta por medio de la escala, que permita transformar en información la opinión o afirmación que sobre su propia capacidad, tiene cada profesional. El uso de la técnica Likert, permite a la enfermera expresar su valoración sobre cada competencia. La técnica Likert se usa con frecuencia en investigación para medir diferencias individuales respecto a la valoración o la importancia de una cuestión concreta. La variación de las respuestas, se producirá debido a diferencias individuales de los sujetos. Su uso, no supone una distribución uniforme, sino la posición individual sobre el objeto estudiado ¹¹⁰. En el caso de este estudio, se utiliza como una escala específica y simétrica para cada uno de los ítems.

A los participantes se les entrega un instructivo (Anexo 3) con las indicaciones necesarias para su cumplimentación y la información adicional de la aplicación práctica de los resultados obtenidos agrupados por perfil profesional.

El formulario se envió por correo electrónico y los resultados se procesaron con ayuda del programa estadístico para entorno Windows SSPS 21.0.

Para el análisis de los datos se utilizó la mediana, calculando el promedio para los casos con respuesta. Los resultados obtenidos se clasificaron en puntos de corte que sirvieron además para el objetivo 3. Los puntos de corte se establecieron en 5, 7 y 9.

5.7 Metodología para el objetivo 3: Averiguar las necesidades de formación de las enfermeras de AP de la GAPTF para crear un banco de necesidades que oriente la formación actual y futura.

En referencia al punto de corte se realizó el banco de necesidades de formación de las enfermeras de la gerencia de AP de GAPTF. Así se diferenciaron de la puntuación general aquellos aspectos que debían ser abordados.

De manera que:

- Punto de corte 5: requerirá de intervenciones formativas para alcanzar el

“aprobado” en la percepción de ese grupo de competencias.

- Punto de corte 7: es más exigente que el punto de corte 5, se indica para obtener una percepción de “notable” con la ayuda de la formación.
- Punto de corte 9: es la calificación más exigente de todas. Se indica para llevar al logro de la excelencia.

5.8 Metodología para el objetivo 4: Relacionar la información de perfil con la autopercepción de las competencias, para identificar las necesidades de formación por perfil profesional.

Para la descripción de resultados se empleó mediana y rango. Para las relaciones entre la autopercepción y el perfil profesional se han utilizado estadísticos de comparación de medias: Chi cuadrado de Pearson, coeficiente de correlación de Spearman y prueba H de Kruskal-Wallis o U de Mann-Whitney.

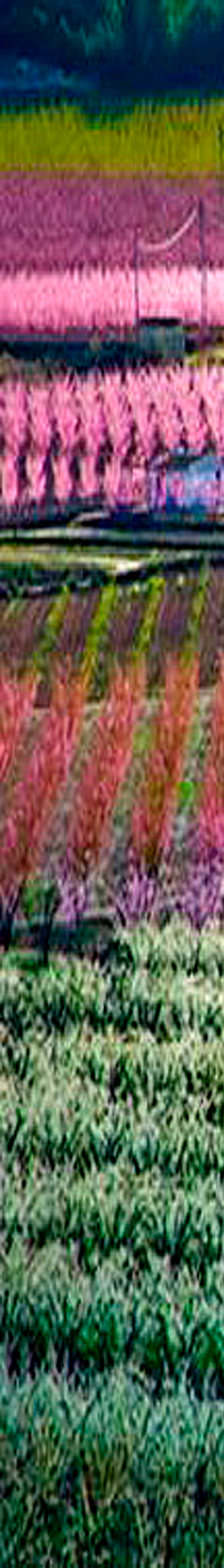
Los aspectos a estudiar fueron: género, puesto de trabajo, realización o no de educación para la salud grupal, año de finalización de estudios, otra formación universitaria, estudios de Diplomado Universitario en Enfermería (DUE) o de Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.) y la vía de acceso extraordinario a la especialidad. Estos datos se recogieron mediante llamada telefónica, cumplimentando un formulario para cada persona.

Complementando el objetivo anterior, se definieron los puntos de corte para cada perfil profesional, identificado éste mediante el puesto de trabajo. Así, se identificaron las necesidades de formación específicas para: Enfermeras Comunitarias de Enlace, Subdirectores de los centros, tutores y responsables docentes de EFyC, enfermeras en consulta de adultos y enfermeras en consulta de pediatría.

5.9 Limitaciones del estudio

La población estudiada comprendía una parte de las enfermeras de la isla de Tenerife, puesto que la participación era voluntaria. Sin embargo, la representatividad está garantizada por la muestra alcanzada en el estudio. Por lo tanto la validez interna del estudio también lo está en función de la representatividad.

La trasposición de los resultados a poblaciones diferentes de la estudiada, debe estar condicionada por la similitud o diferencia con la población de estudio. Investigaciones posteriores con idéntica metodología y similar instrumento darán la medida de la validez externa del resultado.



RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

6. Resultados y análisis de datos

6.1 Descripción

Previo a la descripción de los resultados por objetivos se describe la muestra con la que se estudiaron las competencias de EFyC en la GAPTF en la tabla 4.

El número de participantes fue de 192 de los cuales 148 son mujeres y 44 son hombres. La muestra que supone el 35% de la población total de enfermeros de la GAPTF. La población total es de 548 enfermeros.

Se calculó el porcentaje de mujeres y hombres para comprobar su acercamiento a la representación en la población total. Este porcentaje fue de 77 y 23 respectivamente. En la población de la GAPTF el porcentaje representado es de 71.53 y 28.47 respectivamente.

El grupo de tutores EFyC y las Enfermeras Comunitaria de Enlace (ECE) estaban presentes el 100% y 87% respectivamente. Los profesionales que realizaban consulta de adultos y pediatría, 38% y 21% respectivamente. Los profesionales que realizaban educación para la salud (EpS) de pediatría con 82%, el 78% de subdirectores, el 70% de responsables docentes y el 67% de profesionales que realizaban EpS de adolescentes y 39% de quienes realizaban EpS de adultos.

Los datos de profesionales que realizan EpS se extrajeron del programa “aulas de salud” dónde se registraron la totalidad de profesionales y las actividades que se realizaron.

Tabla 4: Perfil de la muestra

	POBLACION	MUESTRA	%
Consulta de adultos	429	164	38
Consulta de pediatría	119	26	22
Ambas consultas	7	7	100
EpS adultos	254	98	39
EpS adolescente	48	32	67
EpS pediatría	49	40	82
Subdirectores	32	25	78
ECE	15	13	87
Tutores EFyC	5	5	100
Responsables docentes	65	42	64

Tras el concurso de traslados del Servicio Canario de Salud el número de profesionales en los grupos de tutores cambia. Uno de los tutores sale del grupo al necesitar trasladarse a otro centro que no está acreditado como centro docente, pasando el grupo inicial de 6 a 5 en el momento del análisis.

La muestra se distribuye de la siguiente manera:

Distribuidos en Centro de salud 65.6%, consultorio local 14.2%, eventuales sin adscripción a un centro concreto 19.1%, otros organismos 1.1%.

Los centros asistenciales a su vez se subdividen en centros del centro (Santa Cruz y su área metropolitana) 32.8%, centros del sur (a partir de Santa Cruz hasta Arona) 23%, centros del norte (desde La Laguna hasta Icod) 23%. A los profesionales eventuales no se les asigna centro 20.2% así como a los profesionales en otros organismos 1.1%

EpS grupal: el 48.9% realiza EpS para adultos, 26.6% para pediatría, 15.8% para adolescentes.

Responsabilidades en la gestión de la asistencia: el 7% son subdirectores (N=25), 22% son responsables docentes de EFyC (N=42), 2.6% tutores EFyC (N=5), 7% ECE (N=13).

Tipo de consulta: el 2.7% no pasan ningún tipo de consulta (N=5), 85.4% pasa consulta de adultos (N=164), 11% pasa consulta de pediatría (N=21), 3.6% pasa consulta de adultos y de pediatría (N=7).

Sobre la titulación original de Enfermería, aunque todos son DUE, se les pidió identificar si la titulación original era ATS o DUE. El 97% son DUE (N=186), el 3.1% son ATS convalidados a DUE (N=6).

En 1985 finalizaron los estudios de ATS en toda España, y se homogeneizó la titulación de DUE. Hasta ese momento había centros en los que se podía estudiar ATS, se elige ese año para diferenciar la formación. Antes de 1985 17% (N=33), en 1985 o posterior 83% (N=159). Los profesionales estudiaron entre 1972 y 2008, (Moda 1998, Mediana 1994).

La vía de acceso al examen extraordinario: opción de acceso por más de 4 años de experiencia en atención primaria 75.5 % (N=145), opción de acceso por 2 años de experiencia en atención primaria y 40 créditos de formación específica 23 % (N=44), opción de acceso por profesor de escuela universitaria de la asignatura de enfermería comunitaria al menos 2 años 0% (N=0).

Otra titulación académica: otra diplomatura 4.6 % (N=9), otra licenciatura 4 % (N=8), máster 10.4 % (N=20), doctorado 1 % (N=2), ninguna otra titulación académica 79.6 % (N=153).

Se explora otro grupo de formación, relacionada con las especialidades de Enfermería, encontrando: Enfermería Comunitaria 2.6% (N=1), Enfermería del Trabajo 5.2% (N=10), Enfermería Médico-Quirúrgica 2.6% (N=1), Enfermería de Análisis Clínicos 1.5% (N=3), Enfermería Obstétrico-ginecológica 2.6% (N=1), Enfermería de pediatría y puericultura 2.2% (N=5), Enfermería Psiquiátrica 2.6%

(N=5) y por último el 86% (N= 166) no tienen ninguna otra especialidad de Enfermería.

En estos dos últimos grupos encontramos profesionales con más de una titulación académica, o con títulos de expertos universitarios, para explorar esta formación se identifican a profesionales con otra especialidad 9.3% (N=18), profesionales con otra licenciatura 5.2% (N=10), profesionales con el título de experto en Enfermería Comunitaria 6% (N=11) y profesionales con otros títulos de expertos universitarios 22.4% (N=41). 6.2 Correlaciones de los módulos

El análisis de las correlaciones de los módulos, orientaron sobre la consistencia de las competencias entre ellas. Se presentan en la tabla 5

Tabla 5 Correlaciones entre los módulos de competencias*

		M02	M03	M04	M05	M06	M07	M08	M09	M10	M11	M12	M13	M14
M02	Coefficiente de correlación	1,000												
	Sig. (bilateral)	.												
	N	184												
M03	Coefficiente de correlación	,428	1,000											
	Sig. (bilateral)	,000	.											
	N	183	183											
M04	Coefficiente de correlación	,562	,713	1,000										
	Sig. (bilateral)	,000	,000	.										
	N	184	183	184										
M05	Coefficiente de correlación	,641	,430	,626	1,000									
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	.									
	N	184	183	184	184									
M06	Coefficiente de correlación	,622	,651	,772	,682	1,000								
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	.								
	N	183	182	183	183	183								
M07	Coefficiente de correlación	,576	,281	,423	,723	,630	1,000							
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	.							
	N	184	183	184	184	183	184							
M08	Coefficiente de correlación	,594	,527	,579	,643	,692	,730	1,000						
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.						
	N	184	183	184	184	183	184	184						
M09	Coefficiente de correlación	,540	,334	,495	,541	,506	,442	,513	1,000					
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.					
	N	183	182	183	183	182	183	183	183					
M10	Coefficiente de correlación	,463	,509	,520	,503	,643	,542	,699	,389	1,000				
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.				
	N	184	183	184	184	183	184	184	183	184				
M11	Coefficiente de correlación	,532	,526	,570	,543	,644	,491	,638	,393	,798	1,000			
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.			
	N	183	182	183	183	182	183	183	182	183	183			
M12	Coefficiente de correlación	,536	,356	,471	,574	,504	,553	,531	,386	,458	,563	1,000		
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.		
	N	183	182	183	183	182	183	183	182	183	183	183		
M13	Coefficiente de correlación	,686	,427	,540	,629	,565	,535	,635	,547	,595	,697	,673	1,000	
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	
	N	183	182	183	183	182	183	183	182	183	183	183	183	
M14	Coefficiente de correlación	,581	,487	,533	,471	,545	,452	,595	,385	,642	,763	,589	,683	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.
	N	182	181	182	182	181	182	182	181	182	182	182	182	182

*Coeficiente de correlación Rho de Spearman

El análisis de correlaciones bivariadas de Spearman entre áreas de competencias cualitativas, siempre fue significativa y con un sentido positivo. Para su análisis, se pueden clasificar en un grupo de correlaciones altas superiores a 0.7 en el que se encuentran los pares:

- M11 Salud pública y comunitaria con M10 Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario: 0.798 (p<0.001)

- M06 Salud de género, sexual y reproductiva con M04 Atención al adolescente: 0.772 ($p < 0.001$)
- M14 Competencias en investigación con M11 Salud pública y comunitaria: 0.763 ($p < 0.001$)
- M08 Atención a la familia con M07 Atención al anciano: 0.730 ($p < 0.001$)
- M07 Atención al anciano con M05 Atención al adulto: 0.723 ($p < 0.001$)
- M04 Atención al adolescente con M03 Atención a la infancia: 0.713 ($p < 0.001$)

Un grupo de correlaciones bajas, entre 0 y 0.4 en el que se encuentran los pares:

- M07 Atención al anciano con M03 atención a la infancia: 0.281 ($p < 0.001$)
- M09 Atención de urgencias, emergencias y catástrofes con M03 atención a la infancia: 0.334 ($p < 0.001$)
- M12 Competencias docentes con M03 atención a la infancia: 0.356 ($p < 0.001$)
- M10 Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario con M09 atención a urgencias, emergencias y catástrofes: 0.368 ($p < 0.001$)
- M11 Salud pública y comunitaria con M09 atención a urgencias, emergencias y catástrofes: 0.393 ($p < 0.001$)
- M12 Competencias docentes con M09 atención a urgencias, emergencias y catástrofes: 0.386 ($p < 0.001$)
- M14 Competencias en investigación con M09 atención a urgencias, emergencias y catástrofes: 0.385 ($p < 0.001$)

Un grupo de correlaciones medias entre 0.4 y 0.69 que corresponden al resto, no existiendo ninguna inversa.

Estas tres áreas de interrelación son consistentes con la experiencia profesional de AP. Es decir, tiene lógica que las enfermeras que atienden a los adultos mayores sean competentes en la atención a la familia y al adulto. De la misma manera que parece lógico que profesionales competentes en la atención al adolescente, lo sean en atención al niño y en salud sexual, reproductiva y de género. Al igual que es consistente pensar que la salud pública y comunitaria, la investigación y el riesgo sociosanitario, vayan de la mano. En este caso las correlaciones parecen consistentes con la realidad en el sentido de que el crecimiento competen-

cial crece con la experiencia.

6.3 Resultados para el objetivo 1: Averiguar la distribución de competencias más apropiada para el diseño de la formación de la especialidad EFyC adaptado a los dos años de formación de la especialidad.

6.3.1 Resultados de los grupos focales

El debate y las conclusiones de los grupos focales, se agruparon en las siguientes áreas temáticas que surgen del análisis de los datos cualitativos:

- Competencias que pueden ampliarse
- Competencias que son consideradas como demasiado amplias
- Competencias a desarrollar
- Planificación de la formación
- Gestión del conocimiento
- Particularidades de la formación
- Competencias que deberían estudiarse en el 1er curso de la especialidad y competencias que deberían estudiarse en el 2º curso

Para facilitar la citación se expresó EIR 1 como la enfermera que cursa el primer curso de la residencia de la especialidad y EIR 2 como la enfermera que cursa el segundo curso de la especialidad.

6.3.1.1 Competencias que pueden ampliarse

En esta área se agruparon por las opiniones de los expertos relativas a la actividad de las enfermeras de AP en el momento del análisis, actividad que debe ampliarse y actividad que se realiza y no está representada en la normativa.

Los grupos coinciden en la escasa presencia de competencias relacionadas con la asistencia en urgencias y emergencias. Llama la atención que, realizándose guardias en urgencias, de forma programada en los centros de AP, este grupo de competencias no desarrolle la resolución de problemas por parte de la enfermera.

En algunos casos se detectaron carencias en los aspectos psicosociales.

Habitualmente, se echó en falta la definición del trabajo con los cuidadores de pacientes, ya que las intervenciones con este grupo poblacional son muy variadas y de gran repercusión en la salud del individuo y la familia.

Uno de los grupos llamó la atención sobre la evaluación de calidad de vida de los pacientes y / o usuarios, en el sentido en que las competencias sólo se refieren a la calidad de vida del paciente adulto y no se incluyen otras etapas del desarrollo.

- “Que las competencias que se relacionan con urgencias, emergencias y catástrofes creemos que son insuficientes y no abarcan problemas y situaciones de resolución enfermera.” Grupo (G) 6
- “Faltan competencias que definan el trabajo con los cuidadores principales. Es mucho el trabajo y la responsabilidad con ellos y no se ve reflejado en las competencias” G6
- ¿Por qué la evaluación de la calidad de vida se pone solo en la Etapa adulta? G2

6.3.1.2 Competencias demasiado amplias

En esta área temática, se recogieron las reflexiones respecto a los aspectos que se pensaron que podrían ser más concretos, atendiendo a la realidad que se desarrolla.

La opinión general respecto al grupo de competencias de atención a la salud sexual y reproductiva, fue que para los dos años de especialidad, son excesivas, porque la totalidad de las competencias a adquirir son muchas. Se manifestaba la preocupación sobre la necesidad de abarcar otras competencias también y que esta área abarque una mayor parcela del tiempo dedicado a la especialidad, existiendo una especialidad enfermera dedicada a esta área específica de atención.

- “Las competencias relacionadas con la salud sexual y de género son demasiado amplias” G1
- “Quizás el tiempo que debe emplearse en cada grupo [de competencias] deba definirse de alguna manera para evitar que la formación sea muy completa en algunos grupos [de competencias] y en otros no lo sea tanto”. G4
- “Atención a la salud sexual, reproductiva y de género: realizamos una segregación de competencias con el fin de proveer de asignación en los dos años. El primer año, Aspectos de promoción de la salud sexual, climaterio y métodos anticonceptivos. El segundo año Abordaje del embarazo, parto y añadimos atención al puerperio. Aun así parece excesivo existiendo una especialidad enfermera que atiende esta área” G6

6.3.1.3 Competencias a desarrollar

Esta área temática incluye los aspectos que se pensó que la normativa no recogía y aquellos que se opinó que debían ser ampliados en el desarrollo de la formación EIR.

Habitualmente, los grupos debatieron sobre los conceptos relacionados con la comunicación como: entrevista motivacional, canales de comunicación y herramientas de comunicación, se consideraron elementos a desarrollar. Estos elementos se consideraron la base para abordar los problemas de afrontamiento y autoestima.

En otros casos, las herramientas de comunicación fueron consideradas fundamentales para el cambio de hábitos en los pacientes, por esto se opinó que debía complementarse la formación de los EIR con entrevista clínica y motivacional y herramientas de la comunicación.

En algunos casos, se consideró que el respeto a la autonomía del paciente en la toma de decisiones informadas, debería complementar a la comunicación persuasiva.

No todos los grupos debatieron sobre los conceptos de seguridad del paciente y de seguridad en la práctica profesional de la enfermera. Cuando lo hicieron, se consideró que son elementos que deberían tenerse en cuenta en la formación complementaria de los EIR. Estos conceptos mejorarían la calidad de la práctica clínica diaria y los resultados en salud en los pacientes.

En otros casos, la implicación en la violencia de género preocupaba por la dificultad en el enfoque adecuado del problema y se propuso que la formación en este sentido debía planificarse de forma secuencial.

- “Añadir en metodología y clínica avanzadas:
 - Entrevista clínica y motivacional
 - Identificar las herramientas de la comunicación: empatía, canales, comunicación.” G6
- “Formación específica por trabajar autoconcepto, autoestima. Además para ello es necesario trabajar la comunicación” G2
- “Ampliar los conceptos de seguridad incluyendo los propios de la práctica profesional de la enfermera.” G1
- “La seguridad del paciente y la seguridad del profesional. Esto es importante para mejorar la calidad” G2

- “La violencia de género debe ser una parte importante para tratarla en la formación EIR. Debe haber una buena formación de base para poder identificar y atender los casos” G3

6.3.1.4 Planificación de la formación

Dentro de esta área temática, se incluyó la discusión sobre los pormenores de la planificación, del itinerario formativo.

Algunos grupos diferenciaron competencias que deben ser transversales e incluirse en otras competencias como por ejemplo: lo relacionado con calidad, investigación, evidencia clínica, formación específica para trabajar autoconcepto, autoestima y en general la escala psicosocial; la adquisición de habilidades con los sistemas de registro, los sistemas de información y los modelos organizativos. Esto aseguraba la base de la calidad asistencial de la especialidad.

En general, la participación comunitaria y la intervención familiar se identificaron como necesidades formativas que deberían diferenciarse como parte de la atención propia de la especialidad. Se echó de menos una diferenciación más específica. Se les consideró transversales para que formaran parte del aprendizaje desde el inicio del itinerario formativo y fuesen evolucionando al tiempo que la madurez profesional del EIR.

Habitualmente, la discusión generada insistió en el diseño formativo evolutivo que abarcara diferentes competencias simultáneas.

- “Habría que trabajar en la economía de actos versus intervenciones enfermeras, para conseguir [alcanzar] las competencias de manera que creemos que son transversales como las que se deseen adquirir en la competencia clínica y de metodología avanzada” G1
- “Como competencias transversales encontramos también todo lo relacionado con sistemas de registro, sistema de información, modelos organizativos, etc., que se encuentra en la competencia de gestión de cuidados”G7
- “Diferenciar la atención individual a los EIR de la atención colectiva, ambas son necesarias.” G1
- “Existen conocimientos básicos que deben estar basados [las decisiones] en la evidencia científica, esto debe formar parte de las competencias transversales.”G2
- “Las intervenciones enfermeras de la esfera psicosocial debería ser transversales. Las herramientas son muy necesarias para el cuidado [del paciente]” G6

6.3.1.5 Gestión del conocimiento

En esta área temática, se incluyeron las discusiones acerca de la optimización de los recursos con arreglo a los conocimientos necesarios para desarrollar las competencias.

La mayoría de los grupos, debatieron acerca de la necesidad de diferenciar las actividades individuales, de las actividades colectivas, para conseguir optimizar la organización, personalizando la formación en los puntos detectados para los EIR, diferenciándose de los MIR y para cada EIR, en función de las necesidades detectadas. Así se podría realizar la atención colectiva por temas de interés o por grupos de interés y la atención individualizada adecuando la formación a las necesidades individuales.

Se considera necesaria la evaluación de la precisión diagnóstica y la evaluación de las terapias no farmacológicas, ya que en los estudios de grado no se forma tanto en estos conceptos. Además, existe una necesidad creciente en lo que concierne a este apartado. El desarrollo legislativo, en torno a la prescripción enfermera se ha puesto en marcha en algunas comunidades autónomas y es esperable que se extienda en esta comunidad.

En general, la evaluación continua de la adquisición de competencias, es un elemento en el que todos los grupos están de acuerdo.

- “Atención individual a los EIR, adecuación de la formación a sus necesidades.” G1
- “Medicina y Enfermería son dos cosas distintas. Es evidente que tenemos un nexo de unión pero la formación debería ser diferenciada en su mayoría”. G2
- “Evalúa la precisión del diagnóstico enfermero: Se evaluaría en los dos años, estableciendo los objetivos o requerimientos mínimos en el primer año y totales en el segundo” G7
- “Se necesita tiempo para conocer y utilizar las terapias no farmacológicas y en los estudios del grado no se forma tanto en estos temas.” G6
- “Palabra clave: Evaluar” G1
- “La evaluación y autoevaluación debería ser continua a lo largo de los dos años de formación especializada” G3

6.3.1.6 Particularidades de la formación.

Éste área temática, recogió las reflexiones que hicieron los grupos que tenían

especificidad propia y que se agruparon desde un solo epígrafe.

Específicamente, en general, se consideraron que las competencias relacionadas con el afrontamiento, duelo y en general la esfera psicosocial deberían tratarse en un bloque específico y diferenciando entre grupos etarios (adulto, adolescente...). De esta forma, se podría aprovechar mejor la formación, sería más efectiva, ya que es más difícil el abordaje, y no es infrecuente encontrar estos problemas de salud en la consulta de Enfermería.

El trabajo en equipo fue un pilar fundamental para los expertos de los grupos focales ya que garantiza la correcta atención sanitaria al paciente, la familia y la comunidad y es una de las bases de la atención primaria de salud.

En otros casos, la atención general en la etapa adulta debería ser estudiada a lo largo de los dos años de formación EIR, ya que comprende la mayor parte de la atención comunitaria.

Algunos grupos, debatieron sobre la necesidad de implantar los resultados de la evidencia en la práctica clínica, en la toma de decisiones informada y conjunta con el paciente.

- “Las competencias relacionadas con el afrontamiento deberían trabajarse en un bloque específico y diferenciando entre grupos etarios [adulto, adolescente]” G2
- “El trabajo en equipo multiprofesional es fundamental para la enfermera especialista, deberían adquirirse competencias específicas de forma transversal” G1
- “Atención a la salud general etapa adulto. La atención en la etapa adulta debe estudiarse en los dos años ya que comprende la mayor parte de la atención comunitaria.”G5
- “Aplicación de los conocimientos científicos a la toma de decisiones.” G4

6.3.1.7 Competencias que deberían estudiarse en el 1er curso de la especialidad y competencias que deberían estudiarse en el 2º curso

En esta área temática se recogieron las ideas debatidas en torno a la organización concreta del itinerario formativo.

La mayoría de los grupos opinaron que en el EIR1 se estudiarían aquellos conceptos relacionados con: conocer, planificar, identificar, y conceptos relacionados con: reconocer, realizar, liderar, diseñar deben ser estudiados en EIR2. Puesto que las competencias tienen varias partes, éstas deberían desglosarse en los

dos años de especialidad.

En general, los grupos informaron sobre la formación acerca de afrontamiento, duelo, en general la esfera psicosocial, que debería ser estudiada en el EIR2 como la formación relacionada con los cuidados paliativos, las redes de autoayuda, los recursos sociosanitarios, el abordaje del embarazo, el parto y el puerperio.

En otros casos, en el EIR1 la formación sobre la violencia de género se consideró necesaria, sin incluir la intervención. Determinados aspectos de la salud sexual, como la identidad, deberían estudiarse en EIR 2 cuando se tenga capacidad para intervenir, y no sólo para explorar.

En otros grupos, se cree necesario abordar los problemas individuales en el primer curso de la formación dejando para el segundo año los problemas de la familia y la comunidad, cuando se piensa que el EIR está más preparado intelectualmente para ello.

La idea general es que habría que desglosar las competencias para poder diferenciarlas, pues la mayoría pueden ser transversales, aunque diferenciando las actividades en función de la complejidad para cada curso académico.

- “En aquellas competencias que empleen conoce y realice, “conoce” en EIR 1 y “realice” EIR 2. Los afrontamientos y lo que tiene que ver con las esferas psico-social debe estar en EIR 2. Toda la planificación en EIR 1 y el liderazgo en EIR 2” G1
- “Cuidados paliativos, duelo, las redes de autoayuda, los recursos sociosanitarios, etc. Hay que tener un cierto rodaje para entender cómo funciona. Mejor en 2º”. G6
- “Debido a la organización de las consultas, a la peculiaridad de su sistema organizativo, las competencias del primer año se deben ceñir a la esfera individual, dejando para el segundo año la esfera familiar y comunitaria” G6
- “Determinadas competencias creemos, que le se han de trabajar desde el primer año y finalizar el segundo. Conoce 1º año y realiza 2º año.” G2
- “Analiza o Interviene sólo [para atención] individual en 1er año. Familiar y Comunitaria en 2º año. Atención al parto de urgencia extrahospitalario y puerperio en 2º año” G3
- “Identificar y actúa en situaciones conflictivas: No queda claro a que situaciones conflictivas se refiere. Pensamos que se refiera al trabajo en equipo o la familia. La parte de identificación en el primer año y actuar en el segundo año.” G7

- “Favorecer la aceptación de condición [orientación] sexual adolescente en 2º. No solo hay que saber explorar, también dar respuesta.” G3.

6.3.2 Resultados del Delphi

De los 50 asistentes al seminario y a la sesión de los grupos focales, 49 facilitaron su correo electrónico para participar en el Delphi.

Al formulario enviado por correo electrónico respondieron 23 panelistas en la 1ª ronda (21 enfermeras y 2 médicos), a quienes se les volvió a enviar el formulario para la 2ª ronda contestando de nuevo los 23, y finalmente en la 3ª y última ronda participaron 21 de los 23 profesionales iniciales.

Los resultados se presentaron en forma de tabla. En las Tablas 6 a 16 se describieron los resultados finales obtenidos en el Delphi. En ellas se diferencian aquellas competencias que los expertos pensaron que eran más apropiadas para su estudio y desarrollo en el primer curso o en el segundo curso EIR de EFyC.

Los bloques de competencias que establece el decreto SAS/1729/2010, se definieron claramente: “Atención ante urgencias, emergencias y catástrofes” para EIR 1 (Tabla 17) y “La atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario” para EIR 2 (Tabla 18). En el resto de bloques se determinaron competencias para ambos cursos académicos, quedando para EIR 1, 220 competencias y para EIR 2, 222 competencias en total.

En general para EIR 1 se determinaron las competencias que tienen que ver con la adquisición de conocimientos, valoración y reconocimiento de situaciones críticas o de crisis vitales, y para EIR 2 aquellas que tienen que ver con aspectos psicosociales, de calidad y de afrontamiento, coincidiendo con las conclusiones de los grupos focales.

Para el módulo de competencias de “Clínica y metodología avanzada” aquellas que tienen que ver con el proceso de atención de Enfermería, la confidencialidad, seguridad del paciente, manejo de fármacos y productos sanitarios se definieron en EIR 1. La cirugía menor, las creencias de usuario sobre su salud, el manejo de situaciones en el domicilio y fases más avanzadas de conocimiento, de herramientas de la calidad, en el EIR 2

Para el módulo de “La atención en la infancia”, las competencias relacionadas con la autonomía personal y parental, la identificación de situaciones de riesgo, se situaron en el EIR 1, mientras que las competencias de evaluación de programas o educación para la salud, en el EIR 2.

En cuanto a la “atención a la adolescencia”, las competencias de identificación

de problemas, fomento del autocuidado y la autorresponsabilidad, detección de conductas de riesgo, se situaron en el EIR 1 y aquellas relacionadas con la Educación para la salud, diseño y evaluación de programas, o afrontamiento de problemas se encuentran en el EIR 2.

En “La atención a la salud general en la etapa adulta”, la descripción es similar a las anteriores. Para EIR 1 las competencias de autonomía personal, prevención de riesgos y hábitos saludables. Para EIR 2, aquellas que tienen que ver con la ejecución y control de programas de salud tanto individuales como a la comunidad.

En “La atención a la salud sexual, reproductiva y de género”, se consideraron para su estudio en EIR 1 las competencias de relación de sexo y salud, métodos anticonceptivos, autocuidado en el embarazo, captación de la embarazada, identificación de factores de riesgo, autoestima, hábitos de vida saludable. Para EIR 2, como en otros módulos, se consideraron las competencias de afrontamiento de situaciones de la vida ya sean fisiológicas, patológicas o de violencia de género.

Para “La atención a las familias”, las competencias a alcanzar por los EIR 1 comprendieron aquellas de: valoración, identificación de riesgos dentro de la familia por desarraigo, aislamiento, violencia de género etc. Mientras que las competencias de intervención, afrontamiento de problemas y el uso de metodología de análisis, se creyeron necesarias en el EIR 2.

En atención a la “urgencia, emergencias y catástrofes”, se alcanzó consenso para estudiar el grupo total de competencias para EIR 1. Igual consenso se consiguió para la atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario, para estudiar el grupo de total de competencias en el EIR 2.

Las competencias en “salud pública y comunitaria”, y dentro de estas: la investigación, el liderazgo de programas, las redes de vigilancia, la inspección y registro sanitario, las redes y el voluntariado social, quedaron definidas para EIR 2, mientras que la valoración se estableció en el EIR 1.

En las competencias “docentes”, los aspectos de valoración docente se consideraron necesarios en el EIR 1, mientras que las competencias de ejecución se consideraron necesarias en el EIR 2.

En las “Competencias de gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario”, para el EIR 1 se consideró adecuada la utilización de la evidencia científica, trabajo en equipo, gestión por procesos, manejo de sistemas de registro y de información, seguridad del paciente, optimización de recursos y conocimientos de calidad, mientras que para EIR 2, se identificaron como competen-

cias a alcanzar: el liderazgo del equipo de trabajo, la identificación de carencias en los sistemas de información, favorecer la integralidad y continuidad de los cuidados, la aplicación de los conceptos y herramientas de la calidad.

En el grupo específico de “Competencias en investigación”, la identificación de necesidades de investigación se consideró importante para EIR 1, mientras que la investigación la innovación y la trasmisión de los conocimientos producto de la investigación se consideraron para EIR 2.

Tabla-6. Competencias a adquirir por las Enfermeras Residentes de Enfermería de Familia y Comunitaria en primer y segundo curso de la formación EIR.		
Competencias en Clínica y metodología avanzada	EIR1	EIR2
Utiliza los modelos conceptuales enfermeros como guía del proceso de atención en la práctica clínica.	X	
Obtiene con precisión los datos objetivos y subjetivos relevantes en la valoración del estado o situación de salud.		
A) datos objetivos	X	
B) datos subjetivos	X	
Organiza, sintetiza, analiza e interpreta los datos de las diversas fuentes para emitir juicios sobre los problemas de salud/diagnósticos enfermeros.		
A) organiza	X	
B) sintetiza	X	
C) analiza	X	
D) interpreta	X	
Evalúa la precisión del diagnóstico enfermero en los cuidados familiares y comunitarios y los resultados del tratamiento enfermero.		
A) Evalúa la precisión del diagnóstico enfermero en los cuidados familiares		X
B) Evalúa la precisión del diagnóstico enfermero en los cuidados comunitarios		X
C) Evalúa los resultados del tratamiento enfermero		X
Conoce y realiza las intervenciones enfermeras relacionadas con las enfermedades crónicas más prevalentes basadas en evidencias actuales, con especial atención a las que se desarrollan en el domicilio de los pacientes que lo precisan.		
A) conoce	X	
B) realiza	X	
Conoce y realiza las intervenciones de enfermería en las situaciones de dependencia y fragilidad, con especial atención a las que se desarrollan en el domicilio de los pacientes que lo precisan.		
A) conoce	X	
B) realiza		X

Conoce la normativa relativa al uso, indicación y autorización de fármacos y productos sanitarios.	X	
Conoce los fármacos y productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería que se desarrollan en el ámbito de la especialidad para conseguir su eficaz y eficiente gestión y utilización.		
A) fármacos	X	
B) productos sanitarios	X	
Realiza el procedimiento de razonamiento clínico preciso para realizar las prescripciones.		X
Conoce y utiliza como parte del tratamiento enfermero las medidas terapéuticas no farmacológicas como dieta, técnicas de relajación o ejercicio físico en las alteraciones de salud más frecuentes en el ámbito de la especialidad.		
A) conoce	X	
B) realiza	X	
Analiza los conocimientos y creencias de los individuos, sobre los fármacos, las medidas terapéuticas no farmacológicas y los productos sanitarios.		
A) fármacos	X	
B) medidas terapéuticas no farmacológicas	X	
C) productos sanitarios	X	
Analiza los conocimientos y creencias de las familias sobre los fármacos, las medidas terapéuticas no farmacológicas y los productos sanitarios.		
A) fármacos	X	
B) medidas terapéuticas no farmacológicas	X	
C) productos sanitarios	X	
Analiza los conocimientos y creencias de la comunidad sobre los fármacos, las medidas terapéuticas no farmacológicas y los productos sanitarios.		
A) fármacos		X
B) medidas terapéuticas no farmacológicas		X
C) productos sanitarios		X
Implanta, coordina y ejecuta programas de cirugía menor y otras técnicas diagnósticas y terapéuticas, con seguridad para el paciente tanto técnica y legal.		
A) implanta		X
B) coordina		X
C) ejecuta		X
Promueve la participación plena de los pacientes en el proceso de toma de decisiones sobre su salud.	X	
Identifica y actúa en situaciones conflictivas.		
A) identifica	X	
B) actúa		X

Detecta situaciones de conflicto ético o legal en la práctica de la atención familiar y comunitaria y es capaz de aplicar los principios de la bioética o la legalidad vigente.	X	
Conoce y aplica los conceptos y la normativa de confidencialidad, secreto profesional, consentimiento informado, autonomía del paciente y uso racional de recursos en el ámbito familiar y comunitario.		
A) confidencialidad y secreto profesional	X	
B) consentimiento informado	X	
C) autonomía del paciente	X	
Reconoce la diversidad y multiculturalidad.	X	
Maneja la comunicación persuasiva.		X
Conoce y activa los canales de derivación necesarios		
A) conoce	X	
B) activa	X	
Utiliza taxonomías de lenguaje enfermero.	X	
Identifica y usa las nuevas herramientas tecnológicas aplicables en la atención y comunicación.		
A) identifica	X	
B) usa	X	
Maneja los conceptos básicos relacionados con la seguridad del paciente.	X	
Diseña y utiliza sistemas de notificación de efectos adversos de fármacos y otros productos sanitarios.		
A) diseña		X
B) utiliza		X
Elabora sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originaron errores y prevenirlos.		X
Lidera, en su ámbito de trabajo, la difusión y adquisición de una cultura de seguridad de los pacientes.		X
Conoce y aplica la metodología Análisis Modal de Fallos y Errores (AMFE) para el análisis de problemas de seguridad.		
A) conoce		X
B) aplica		X

Tabla-7. Competencias a adquirir por las Enfermeras Residentes de Enfermería de Familia y Comunitaria en primer y segundo curso de la formación EIR.		
Competencias en La atención en la infancia	EIR1	EIR2
Detecta precozmente las situaciones de anormalidad en el desarrollo y la salud infantil.	X	
Implementa programas en los que se fomenten hábitos y conductas saludables en la escuela y en la comunidad, identificando y coordinando a los diferentes agentes de salud.		
A) identificando	X	
B) coordinando		X
Facilita y fomenta la autonomía por parte de los padres en el cuidado de sus hijos.	X	
Contribuye a un desarrollo sexual adecuado en los niños.	X	
Potencia la autorresponsabilidad de los niños en su salud individual y en la grupal y ambiental		
A) individual	X	
B) grupal	X	
C) ambiental	X	
Trabaja en equipo con el sistema educativo y con otros profesionales y especialistas.	X	
Previene, detecta e interviene en situaciones de malos tratos y marginación infantil.	X	
A) previene	X	
B) detecta	X	
C) interviene		X
Previene los accidentes infantiles y sus posibles secuelas, junto con las familias y la escuela.		
A) familias	X	
B) escuelas	X	
Diseña, dirige, ejecuta y evalúa los programas de salud relacionados: Salud Infantil, Salud Escolar, otros.		
A) diseña		X
B) dirige		X
C) ejecuta		X
D) evalúa		X
Presta cuidados en el ámbito familiar y comunitario de manera coordinada con otros miembros del equipo.		
A) familia	X	
B) comunidad	X	
Promueve los procesos adaptativos necesarios tanto del entorno como de las personas, en caso de enfermedad o discapacidad.		
A) entorno		X
B) personas		X
Facilita la adaptación del entorno familiar para la continuidad de los cuidados en el hogar.	X	

Tabla·8. Competencias a adquirir por las Enfermeras Residentes de Enfermería de Familia y Comunitaria en primer y segundo curso de la formación EIR.		
Competencias en La atención en la adolescencia	EIR1	EIR2
Identifica problemas de salud relacionados con en el desarrollo psicoafectivo, biológico y social de los adolescentes.		
A) psicoafectivo	X	
B) biológico	X	
C) social	X	
Fomenta el autocuidado, la autoestima, las habilidades sociales y la vida saludables en general (actividad física, alimentación, salud afectivo-sexual, relaciones interpersonales...).		
A) autoestima	X	
B) habilidades sociales	X	
C) vida saludable	X	
Promueve conductas responsables respecto a las actividades que entrañan riesgo.	X	
Detecta precozmente conductas de riesgo para la salud relacionadas con las alteraciones de la alimentación, autolesiones...	X	
Dirige, colabora o participa en programas de EpS dirigidos a adolescentes.		
A) dirige		X
B) colabora		X
C) participa		X
Fomenta el afrontamiento familiar eficaz frente a situaciones de riesgo (embarazo, drogadicción, violencia, etc.)		X
Trabaja con adolescentes con problemas de salud con especial atención a: Trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal, conductas antisociales, violencia y maltrato, drogodependencias y adicciones, entre otros.		
A) trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal		X
B) conductas antisociales		X
C) violencia y maltrato		X
D) drogodependencia y adicciones		X
Ayuda y apoya al adolescente en la toma de decisiones sobre los problemas de salud.	X	
Fomenta el afrontamiento familiar eficaz frente a situaciones de enfermedad.	X	
Contribuye al fomento de la salud afectivo-sexual	X	
Favorece la aceptación de la condición sexual del adolescente.		X
Capacita para el uso de metodologías de resolución de problemas, toma de decisiones y de habilidades sociales		
A) resolución de problemas		X
B) toma de decisiones		X
C) habilidades sociales		X

Detecta precozmente problemas de identidad relacionados con el género.		X
Contribuye a la adopción de conductas reproductivas saludables.	X	
Colabora con los padres en el abordaje de problemas relacionados con la adolescencia, su negociación y la resolución de problemas y conflictos.		
A) abordaje		X
B) negociación		X
C) resolución		X

Tabla-9. Competencias a adquirir por las Enfermeras Residentes de Enfermería de Familia y Comunitaria en primer y segundo curso de la formación EIR.

Competencias en La atención a la salud general en la etapa adulta.	EIR1	EIR2
Asesora en la toma de decisiones responsables sobre la salud.	X	
Fomenta la autonomía personal y previene la dependencia.		
A) fomento de autonomía	X	
B) prevención de dependencia	X	
Fomenta la salud mental.	X	
Asesora en el uso de medidas de protección contra accidentes.	X	
Previene las complicaciones derivadas de una situación de salud alterada.	X	
Fomenta el afrontamiento efectivo de las situaciones de salud alterada.	X	
Evalúa la calidad de vida de las personas atendiendo a las esferas biológicas, psicológicas y sociales.	X	
Identifica la existencia de factores de riesgo para la salud, con especial atención a los estilos de vida saludables y de los problemas específicos de salud prevalentes en la comunidad.		
A) estilos de vida saludable	X	
B) problemas de salud de la comunidad	X	
Identifica, valora y controla la evolución de los problemas crónicos de salud y de los problemas específicos de salud prevalentes en la comunidad.		
A) identifica	X	
B) valora		X
C) controla		X
Identifica, valora y controla la evolución de los problemas específicos de salud prevalentes en la comunidad.		
A) identifica		X
B) valora		X
C) controla		X
Fomenta los autocuidados y estilos de vida saludables tanto individual como grupalmente o en entornos comunitarios.		

A) individual	X	
B) grupal	X	
C) comunidad	X	
Identifica e interviene ante signos y síntomas de violencia de género, laboral etc.		
A) identifica		X
B) interviene		X
Mobiliza los recursos necesarios para el abordaje de problemas de salud, con especial atención en los problemas de discapacidad o dependencia en el medio familiar.		X
Conoce la metodología de la atención domiciliaria en el campo de la enfermería familiar y comunitaria.	X	

Tabla·10. Competencias a adquirir por las Enfermeras Residentes de Enfermería de Familia y Comunitaria en primer y segundo curso de la formación EIR.

Competencias en La atención a la salud sexual, reproductiva y de género.	EIR1	EIR2
Relaciona sexo y género con los procesos de salud en hombres y mujeres.	X	
Fomenta la salud sexual.	X	
Integra en los cuidados especializados de enfermería, la sexualidad y la convivencia íntima de la pareja, como aspectos que intervienen en la salud.	X	
A) sexualidad		X
B) convivencia		X
Informa, asesora y hace partícipes a las personas y a las parejas sobre las conductas afectivo-sexuales placenteras y saludables.		
A) informa		X
B) asesora		X
C) hace partícipes		X
Capacita a las personas para la elección informada y uso responsable de métodos anticonceptivos.		
A) elección informada		X
B) uso responsable		X
Valora y realiza seguimiento de métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia.		
A) valora	X	
B) realiza	X	
Desarrolla programas de educación y consejo para la salud sexual y reproductiva.	X	
Asesora ante la demanda de interrupción voluntaria del embarazo (IVE).		X

Aborda la influencia de las enfermedades crónicas más frecuentes y sus tratamientos en la respuesta sexual.	X	
Detecta precozmente dificultades en la percepción en la identidad de género y asesora o deriva a otros profesionales según fuese preciso.		
A) detecta precozmente		X
B) asesora a otros profesionales		X
C) deriva a otros profesionales		X
Detecta precozmente disfunciones sexuales en personas y parejas, y asesora o deriva a otros profesionales según fuese preciso.		
A) detecta precozmente		X
B) asesora a otros profesionales		X
C) deriva a otros profesionales		X
Conoce y utiliza los recursos existentes para afrontar las necesidades relativas a la sexualidad y a la reproducción de poblaciones de características especiales como discapacitados, personas en riesgo de exclusión social, etc.		
A) conoce		X
B) utiliza		X
Potencia el autocuidado de la embarazada.	X	
Identifica factores de riesgo social en el embarazo.	X	
Capta precozmente a la embarazada y contribuye a su seguimiento sanitario.		
A) captación precoz	X	
B) seguimiento sanitario	X	
Asesora para el afrontamiento efectivo del embarazo y la adecuación del entorno.		
A) afrontamiento	X	
B) adecuación del entorno	X	
Colabora a adecuar el entorno familiar, domiciliario y comunitario para potenciar la lactancia materna.		
A) familiar		X
B) domiciliario		X
C) comunitario		X
Colabora en la adecuada recuperación y adecuación del entorno familiar, tras el parto.		
A) recuperación		X
B) adecuación		X
Colabora en la adecuada recuperación y adecuación del entorno, domiciliario tras el parto.		
A) recuperación		X
B) adecuación		X
Colabora en la adecuada recuperación y adecuación del entorno comunitario tras el parto.		

A) recuperación		X
B) adecuación		X
Presta asistencia al parto de emergencia en el ámbito extrahospitalario.		X
Refuerza la autoestima y autoconocimiento de las personas en edad climatérica.		
A) autoestima	X	
B) autoconocimiento	X	
Fomenta el conocimiento, afrontamiento y autocuidado ante los cambios físicos más frecuentes en la etapa climatérica.		
A) conocimiento	X	
B) afrontamiento		X
C) autocuidados	X	
Fomenta el conocimiento, afrontamiento y autocuidado ante los cambios emocionales más frecuentes en la etapa climatérica.		
A) conocimiento	X	
B) afrontamiento		X
C) autocuidados		X
Fomenta el conocimiento, afrontamiento y autocuidado ante los cambios sociales más frecuentes en la etapa climatérica.		
A) conocimiento		X
B) afrontamiento		X
C) autocuidados		X
Fomenta la adaptación de las relaciones sexuales para que sean placenteras y seguras.		X
Planifica y participa en programas para promover la salud de las mujeres y hombres en fase climatérica.		
A) planifica		X
B) participa	X	
Difunde los programas de detección de cáncer genital masculino y femenino, y de mama e implementa las actuaciones propias del ámbito comunitario.		
A) difunde	X	
B) implementa acciones		X
Difunde los programas de detección de cáncer de mama masculino y femenino, e implementa las actuaciones propias del ámbito comunitario.		
A) difunde	X	
B) implementa acciones		X
Conciencia a los hombres y mujeres para la aceptación de las pruebas diagnósticas de cáncer genital y de mama y realiza las habituales en el ámbito de la especialidad.		
A) conciencia	X	
B) realiza		X

Potencia hábitos de vida saludable preventivos del cáncer de mama y genital.	X	
Colabora en la educación de hombres y mujeres en el respeto y la convivencia entre géneros.	X	
Previene y detecta precozmente situaciones de riesgo de violencia de género.		
A) previene	X	
B) detecta	X	
Atiende a las víctimas de la violencia de género.	X	
Reconoce el malestar de las mujeres como respuesta a los condicionantes sociales de género.	X	
Analiza las respuestas de afrontamiento, características de cada género, ante los condicionantes de la vida cotidiana y los problemas de salud.		X
Atiende en el primer nivel de atención, el malestar bio-psico-social de las mujeres y de los hombres con un abordaje integral que incluya condicionantes de género y subjetividad.		
A) condicionantes de género	X	
B) condicionantes de subjetividad		X

Tabla-11. Competencias a adquirir por las Enfermeras Residentes de Enfermería de Familia y Comunitaria en primer y segundo curso de la formación EIR.		
Competencias en La atención a las personas ancianas	EIR1	EIR2
Estimula la autonomía de los mayores en el desempeño de las actividades de la vida cotidiana en su entorno familiar y comunitario.	X	
A) familiar	X	
B) comunitario	X	
Fomenta la salud física, psicológica, social, cultural, ambiental, sexual y espiritual de las personas mayores con la mayor autonomía posible.		
A) física	X	
B) psicológica	X	
C) social	X	
D) cultural	X	
E) ambiental	X	
F) sexual	X	
G) espiritual	X	
Promueve la atención domiciliaria como ámbito preferencial de los cuidados a los mayores dependientes o con problemas graves de salud.	X	
Estimula la creación y mantenimiento de redes y grupos de autoayuda.		

	A) creación		X
	B) mantenimiento		X
Identifica e interviene de modo precoz en casos de maltrato al mayor.			
	A) identifica	X	
	B) interviene		X
Previene accidentes y caídas cuidando de la seguridad de sus entornos, especialmente los domiciliarios.		X	
Fomenta y potencia la movilidad y el equilibrio a través del ejercicio físico.		X	
Previene complicaciones en los ancianos asociadas a movilidad restringida en el hogar.		X	
Previene complicaciones a los ancianos derivadas de sus alteraciones de salud y de las pautas terapéuticas.			
	A) alteraciones de salud	X	
	B) pautas terapéuticas	X	
Valora las capacidades para el desempeño autónomo.		X	
Ayuda en la adaptación a los cambios de rol debidos a la edad y apoya a las personas ancianas ante la pérdida de su pareja y de otros seres queridos.			X
Detecta precozmente el deterioro cognitivo, funcional, físico y relacional de la persona mayor.		X	
Presta cuidados especializados para compensar las dependencias y limitaciones funcionales.			
	A) cognitivo		X
	B) funcional		X
	C) físico		X
	D) relacional		X
Presta cuidados especializados para compensar las dependencias y limitaciones funcionales.			X
Reconoce signos críticos indicadores de mal pronóstico.		X	
Identifica a las personas cuidadoras como sujetos principales de cuidados.		X	
Apoya a las personas cuidadoras en la toma de decisiones con respecto al cuidado.		X	
Colabora para que las personas cuidadoras impartan cuidados de calidad, previniendo las repercusiones negativas sobre su salud.		X	
Conoce y usa de modo eficiente los recursos socio-sanitarios de apoyo a la familia.			
	A) conoce	X	
	B) usa		X
Conoce y usa de modo eficiente los recursos socio-sanitarios de apoyo al paciente			
	A) conoce	X	

	B) usa		X
Conoce y aconseja materiales e instrumentos de ayuda y adaptación necesarios para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana			
	A) conoce	X	
	B) aconseja	X	
Cuida y acompaña a la persona en el final de vida.			
	A) cuida	X	
	B) acompaña		X
Atiende al duelo de la persona previniendo y abordando reacciones de duelo disfuncional.			
	A) prevenir		X
	B) abordar		X
Atiende al duelo de la familia previniendo y abordando reacciones de duelo disfuncional			
	A) prevenir		X
	B) abordar		X
Planifica, implementa y coordina conjuntamente con otros profesionales y especialistas programas de cuidados paliativos.			
	A) planifica		X
	B) implementa		X
	C) coordina		X

Tabla-12. Competencias a adquirir por las Enfermeras Residentes de Enfermería de Familia y Comunitaria en primer y segundo curso de la formación EIR.		
Competencias en La atención a las familias	EIR1	EIR2
Utiliza una metodología de análisis adecuada al trabajo con familias, usando estrategias sistémicas para formular hipótesis, intervenir y evaluar		
A) formular hipótesis		X
B) intervenir		X
C) evaluar		X
Comprende el alcance de las dinámicas familiares en el proceso de salud y enfermedad de sus miembros.	X	
Comprende el alcance de fenómenos tales como: la sobre protección y la dependencia de miembros de la familia afectados de problemas de salud.	X	
A) sobreprotección	X	
B) dependencia	X	
Comprende y analiza las relaciones de poder en la familia, los roles, los sistemas de comunicación y analiza su relación con la existencia y el manejo de problemas de salud.		

	A) comprende	X	
	B) analiza		X
Comprende el aislamiento de las personas enfermas y de sus familias e interviene para amortiguar los efectos.			
	A) comprende	X	
	B) interviene	X	
Considera la atención al paciente en su contexto familiar.			
Conoce y valora las necesidades de salud de las familias en sus diferentes etapas de desarrollo.			
	A) conoce	X	
	B) valora	X	
Identifica las diferentes etapas del desarrollo de las familias y ayuda a su afrontamiento efectivo.			
	A) identifica	X	
	B) ayuda a su desarrollo efectivo		X
Capacita a las familias en la toma de decisiones.			
Capacita y apoya a la familia en el afrontamiento de crisis o situaciones problemáticas como enfermedad o muerte de un miembro, llegada de un nuevo componente, separaciones parentales, etc.)			
	A) capacita		X
	B) apoya		X
Detecta los problemas psicosociales y a las familias en riesgo, y brinda asesoramiento familiar anticipatorio.			
	A) detecta		X
	B) brinda asesoramiento		X
Desarrolla el rol de la familia como promotora de salud.			
Valora la vivienda como contexto de salud y reconoce la importancia que tiene en la salud familiar.			
	A) valora	X	
	B) reconoce	X	
Facilita el acceso a los recursos de adaptación de la familia en los procesos de salud-enfermedad y en las situaciones de crisis.			
Conoce y fomenta los sistemas y redes de ayuda familiares.			
	A) conoce		X
	B) fomenta		X
Maneja la dinámica grupal para la gestión de conflictos intrafamiliares en contextos de salud-enfermedad.			
Detecta e interviene de forma precoz en situaciones de riesgo y/o violencia doméstica.			
	A) detecta		X
	B) interviene		X
Identifica las situaciones de riesgo y crisis familiar y elabora planes de intervención.			

A) identifica situaciones de riesgo	X	
B) elabora planes de intervención		X

Tabla-13. Competencias a adquirir por las Enfermeras Residentes de Enfermería de Familia y Comunitaria en primer y segundo curso de la formación EIR.		
Competencias en salud pública y comunitaria	EIR1	EIR2
Investiga, analiza e interpreta las respuestas de la comunidad ante los problemas de salud-enfermedad, teniendo en cuenta, entre otros, la perspectiva de género.		
A) investiga		X
B) analiza		X
C) interpreta		X
Colabora con la comunidad en la detección de los factores que afectan a su salud.	X	
Realiza investigaciones relacionadas con la promoción de la salud.		X
Identifica necesidades de educación para la salud (EpS) en la comunidad.	X	
Planifica, desarrolla, y evalúa programas de EpS con la comunidad.		
A) planifica		X
B) desarrolla		X
C) evalúa		X
Lidera y realizar programas intersectoriales de intervención sociosanitaria en prevención, promoción y EpS.		
A) lidera		X
B) realiza		X
Identifica y utiliza los conceptos de economía en la gestión de programas de promoción de la salud.		
A) identifica		X
B) utiliza		X
Diseña y evalúa materiales informativos y educativos.		
A) diseña		X
B) evalúa		X
Implica a los medios de comunicación en la EpS.		X
Maneja los sistemas de información epidemiológica y sociocultural.		
A) epidemiológica	X	
B) sociocultural	X	
Desarrolla y gestiona redes de vigilancia de epidemiología de los cuidados.		
A) desarrolla		X
B) gestiona		X

Identifica precozmente situaciones de riesgo para la salud y activa los mecanismos de alarma correspondientes.		
A) identifica	X	
B) activa	X	
Elabora informes sobre problemas de salud, emergentes o relevantes.		X
Colabora en la gestión de actividades de inspección y registro sanitario de alimentos, establecimientos públicos y medio ambiente.		
A) alimentos		X
B) establecimientos públicos		X
C) medioambiente		X
Identifica y valora los recursos comunitarios para cubrir las necesidades de salud.		
A) identifica	X	
B) valora	X	
Impulsa la participación comunitaria.	X	
Fomenta y coordina redes sociales, grupos de autoayuda, organizaciones no gubernamentales, voluntariado social y otros recursos.		
A) grupos de autoayuda		X
B) ONG		X
C) voluntariado social		X
D) otros		X
Coordina redes sociales, grupos de autoayuda, organizaciones no gubernamentales (ONG), voluntariado social y otros recursos.		
A) grupos de autoayuda		X
B) ONG		X
C) voluntariado social		X
D) otros		X
Gestiona la planificación de cuidados y la cobertura de demandas y necesidades en la comunidad con otros sectores comunitarios públicos y/o privados.		X
Reconoce y favorece la relación entre el medio ambiente y la salud.		
A) reconoce	X	
B) favorece	X	
Colabora en la identificación y prevención de focos de riesgo medioambientales radicados en la comunidad.	X	
Identifica y colabora en la gestión de los procesos que se llevan a cabo en un laboratorio de salud pública.		
A) identifica		X
B) colabora		X

Participa en el diseño y desarrollo de los programas de salud de los entornos laborales de la comunidad a través de la colaboración con los comités de seguridad y salud en el trabajo y/o con otros profesionales de salud de la comunidad.		
A) diseño		X
B) desarrollo		X
Utiliza e interpreta los datos del sistema de información, seguimiento y control de accidentes y enfermedades profesionales.		
A) utiliza		X
B) interpreta		X

Tabla 14. Competencias a adquirir por las Enfermeras Residentes de Enfermería de Familia y Comunitaria en primer y segundo curso de la formación EIR.

Competencias docentes	EIR1	EIR2
Determina el nivel de conocimientos del grupo al que va dirigida la formación.	X	
Determina la motivación de las personas hacia el aprendizaje	X	
Determina la capacidad de aprendizaje de las personas, evaluando el ritmo de aprendizaje y las aptitudes para comprender y retener en función de su nivel de educación y su edad.		
A) ritmo de aprendizaje	X	
B) aptitudes	X	
Conoce y aplica los incentivos del aprendizaje.		
A) conoce	X	
B) aplica		X
Formula objetivos pedagógicos relacionados con las necesidades de formación.		X
Identifica las competencias necesarias que han de adquirirse	X	
Elabora y planifica una estrategia de formación.		
A) elabora	X	
B) planifica		X
Selecciona y utiliza los medios de apoyo y el material complementario más adecuado para el fin del programa.		
A) selecciona	X	
B) utiliza	X	
Transmite con efectividad los contenidos determinados.	X	
Evalúa el impacto del programa formativo.	X	
Elabora textos y folletos para la información y divulgación.		X
Conoce los diferentes medios de divulgación.	X	
Considera la perspectiva de género y el lenguaje no sexista en la elaboración de materiales informativos.	X	
Determina el nivel de conocimientos del grupo al que va dirigida la formación.	X	

Tabla·15. Competencias a adquirir por las Enfermeras Residentes de Enfermería de Familia y Comunitaria en primer y segundo curso de la formación EIR.		
Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario	EIR1	EIR2
Aplica las herramientas básicas de gestión por procesos a la gestión clínica.	X	
Aplica la Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia Científica (ASBE) como instrumento para la gestión clínica.	X	
Aplica los modelos de gestión orientados al paciente.	X	
Utiliza en la práctica clínica los distintos instrumentos de evaluación.	X	
Trabaja en equipo, en los diferentes ámbitos de trabajo.	X	
Lidera, coordina y dinamiza la actividad del equipo.		
A) lidera		X
B) coordina		X
C) dinamiza		X
Dirige adecuadamente cualquier tipo de grupo de trabajo.		X
Resuelve y gestiona adecuadamente los conflictos que surjan en el equipo o grupo de trabajo.		X
Conoce y describe la estructura del sistema sanitario.	X	
Conoce los diferentes modelos de organización de los equipos de AP.	X	
Maneja los diferentes modelos de gestión y organización de la actividad en la consulta, en el domicilio, en la comunidad y en la actividad urgente.		
A) consulta	X	
B) domicilio	X	
C) comunidad		X
D) actividad urgente	X	
Maneja adecuadamente las herramientas que facilitan la continuidad de cuidados.	X	
Conoce las características de los Sistemas de Información Sanitaria.	X	
Maneja los distintos sistemas de registro que se utilizan en Atención Primaria y conoce su utilidad práctica.	X	
A) maneja	X	
B) conoce su utilidad	X	
Maneja e interpreta los indicadores de actividad más habituales en Atención Primaria.		
A) maneja	X	
B) interpreta	X	
Conoce el Sistema de Información de Atención Primaria.	X	
Maneja eficientemente los programas y aplicaciones informáticas utilizadas en Atención Primaria.	X	

Conoce las bases teóricas y la metodología de la historia clínica electrónica.		
A) bases teóricas	X	
B) metodología	X	
Identifica carencias y hace propuestas para el desarrollo de los programas informáticos de la documentación enfermera.		
A) identifica carencias		X
B) propuestas de desarrollo		X
Aplica los principios de las llamadas 5s en todos los ámbitos donde sea necesario para garantizar la seguridad de los pacientes.	X	
Asegura la integralidad, integración y globalidad de los cuidados, minimizando la fragmentación de la atención.		
A) integralidad		X
B) integración		X
C) globalidad		X
Asegura la continuidad y coherencia de la labor de los distintos profesionales y establecimientos del Sistema Nacional de Salud.		X
Agiliza las intervenciones de los profesionales que integran el sistema de asistencia sanitaria y el sistema de asistencia social.		X
Optimiza y racionaliza el consumo y utilización de servicios y recursos.		
A) optimiza	X	
B) racionaliza	X	
Evita duplicidades o carencias de servicios o prestaciones.		
A) duplicidades	X	
B) carencias	X	
Gestiona la asistencia sanitaria integral en los pacientes de alta complejidad.		X
Conoce el concepto de calidad, de mejora continua de la calidad, y los distintos componentes que la integran.		
A) calidad	X	
B) mejora continua de la calidad	X	
C) componentes	X	
Conoce y aplica los pasos del ciclo de mejora de la calidad.		
A) conoce		X
B) aplica		X
Conoce y emplea los distintos instrumentos que se utilizan en cada fase del ciclo.		
A) conoce		X
B) emplea		X
Conoce y maneja las herramientas de medición de la calidad percibida.		

A) conoce		X
B) maneja		X
Maneja los conceptos básicos sobre la monitorización de la calidad.		X
Participa en el diseño y elaboración de una guía de práctica clínica.		X
Conoce el Modelo Europeo de Excelencia.		X

Tabla-16. Competencias a adquirir por las Enfermeras Residentes de Enfermería de Familia y Comunitaria en primer y segundo curso de la formación EIR.

Competencias en investigación	EIR1	EIR2
Entender y aplicar los conceptos centrales del método científico incluyendo la formulación de hipótesis, los errores estadísticos, e cálculo de los tamaños de muestras y los métodos estadísticos ligados al contraste de hipótesis.		
A) entiende		X
B) aplica		X
Fundamenta su práctica clínica cotidiana en bases científicas.	X	
Busca y selecciona documentación clínica específica de su especialidad.		
A) busca	X	
B) selecciona	X	
Lee e interpreta críticamente, con una visión aplicativa, la documentación científica.	X	
Elabora procedimientos, protocolos y guías de práctica clínica.		
A) procedimientos		X
B) protocolos		X
C) GPC		X
Aplica los principios éticos de la investigación científica.	X	
Diseño, desarrollo y elaboración de proyectos de investigación, especialmente los que estén vinculados con la especialidad.		
A) diseña		X
B) elabora		X
C) desarrolla		X
Identifica necesidades de investigación desde su práctica clínica.	X	
Innova en el campo de la definición de diagnósticos, intervenciones y resultados en enfermería familiar y comunitaria, especialmente en la atención a enfermos crónicos y dependientes, y a individuos y comunidades en situaciones de fragilidad o riesgo para su salud.		
A) enfermos crónicos y dependientes		X
B) individuos en situación de fragilidad o riesgo		X

C) comunidades en situación de fragilidad o riesgo		X
Innova en el campo de la definición de intervenciones en enfermería familiar y comunitaria, especialmente en la atención a enfermos crónicos y dependientes, y a individuos y comunidades en situaciones de fragilidad o riesgo para su salud.		
A) enfermos crónicos y dependientes		X
B) individuos en situación de fragilidad o riesgo		X
C) comunidades en situación de fragilidad o riesgo		X
Innova en el campo de la definición de resultados en enfermería familiar y comunitaria, especialmente en la atención a enfermos crónicos y dependientes, y a individuos y comunidades en situaciones de fragilidad o riesgo para su salud.		
A) enfermos crónicos y dependientes		X
B) individuos en situación de fragilidad o riesgo		X
C) comunidades en situación de fragilidad o riesgo		X
Escribe trabajos científicos propios de su especialidad.		X
Expone y defiende eficazmente trabajos científicos propios de su especialidad.		X
Transmite a los ciudadanos o a la población, de forma adaptada e inteligible, los hallazgos del conocimiento científico.		X

Tabla 17. Competencias a adquirir por las Enfermeras Residentes de Enfermería de Familia y Comunitaria en primer y segundo curso de la formación EIR.

Competencias en La atención ante urgencias, emergencias y catástrofes	EIR1	EIR2
Maneja eficazmente los recursos de soporte vital y las técnicas de atención en la urgencia en el ámbito comunitario.		
A) recursos de soporte vital	X	
B) atención urgente	X	
Garantiza la seguridad del paciente y el entorno para prevenir posibles complicaciones derivadas de la situación de urgencias en el ámbito comunitario.		
A) paciente	X	
B) entorno	X	
Atiende a la familia y entorno en las situaciones de urgencia.		
A) familia	X	
B) entorno	X	
Identifica los recursos disponibles ante situaciones de emergencia, su organización y responsabilidades.		
A) identifica	X	
B) organiza	X	
C) responsabilidad	X	
Colabora en los dispositivos de actuación ante emergencias y catástrofes.	X	

Tabla 18. Competencias a adquirir por las Enfermeras Residentes de Enfermería de Familia y Comunitaria en primer y segundo curso de la formación EIR.		
Competencias en La atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario	EIR1	EIR2
Identifica necesidades específicas de los grupos minoritarios, excluidos o de riesgo en el ámbito comunitario.		X
Colabora en la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de programas de atención a grupos minoritarios, excluidos o de riesgo, en el ámbito comunitario (individual y grupal).		
A) planificación		X
B) coordinación		X
C) ejecución		X
D) evaluación		X
Colabora en la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de programas de atención a grupos minoritarios, excluidos o de riesgo, en el ámbito (grupal).		
A) planificación		X
B) coordinación		X
C) ejecución		X
D) evaluación		X
Previene y detecta situaciones de exclusión socio-sanitaria, fragilidad y aislamiento social.		
A) previene		X
B) detecta		X
Potencia el desarrollo de redes sociales		X
Colabora en la gestión de la salud de grupos excluidos socialmente.		X
Trabaja con grupos interculturales.		X

6.4 Resultados para el objetivo 2: Identificar la autopercepción que, sobre las competencias de EFyC tienen las enfermeras de AP

Los resultados en este apartado arrojan información sobre cómo se ven las enfermeras a ellas mismas, con respecto a las competencias que marca la normativa.

En primer lugar se presentan las puntuaciones de toda la muestra para los módulos (Tabla 19). En las puntuaciones totales de los módulos se eligió la Mediana.

Los módulos para los que se obtiene una mayor puntuación (>7) fueron clínica y metodología avanzada; atención al adulto; atención al anciano y urgencias, emergencias y catástrofes. Lo que guarda una estrecha relación con la actividad de las enfermeras de AP. Los módulos que por el contrario tuvieron una menor

puntuación fueron los de salud pública y comunitaria; investigación y atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario.

Tabla 19: Puntuaciones de autopercepción por módulos.	
Módulos	Puntuación
M02 Clínica y metodología avanzada	7
M03 Atención a la infancia	6
M04 Atención al adolescente	6
M05 Atención al adulto	7
M06 Salud de género, sexual y reproductiva	6
M07 Atención al anciano	7
M08 Atención a la familia	6
M09 Atención de urgencias, emergencias y catástrofes	7
M10 Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario	5
M11 Salud pública y comunitaria	4
M12 Docentes	6
M13 Gestión de cuidados	6
M14 Investigación	4

El análisis permite acercarse a los grupos por heterogeneidad en la puntuación, facilita la ordenación de los resultados para el conjunto de los objetivos y las acciones a implantar tendrían objetivos por grupos de puntuación, además de por grupos de competencias.

La autopercepción para las competencias en clínica y metodología avanzadas, están expuestas en la tabla 20, la puntuación para la mayoría de las competencias se situó en 7, obteniendo un Notable. Llamó la atención en este módulo la variación de la muestra con n=191 en la mayoría de las competencias a n=184 para la competencia “Conoce la normativa relativa al uso, indicación y autorización de fármacos y productos sanitarios”.

Los datos destacables fueron:

Con 9

- “Conoce y aplica los conceptos y la normativa de confidencialidad, secre-

to profesional, consentimiento informado, autonomía del paciente y uso racional de recursos en el ámbito familiar y comunitario. A) Confidencialidad y secreto profesional”;

Con 8

- “Conoce y aplica los conceptos y la normativa de confidencialidad, secreto profesional, consentimiento informado, autonomía del paciente y uso racional de recursos en el ámbito familiar y comunitario. B) Consentimiento informado”
- “Conoce y aplica los conceptos y la normativa de confidencialidad, secreto profesional, consentimiento informado, autonomía del paciente y uso racional de recursos en el ámbito familiar y comunitario. C) Autonomía del paciente”.
- “Reconoce la diversidad y multiculturalidad”
- “Maneja los conceptos básicos relacionados con la seguridad del paciente”

Tabla 20: Puntuaciones del formulario		
M02 Competencias en clínica y metodología avanzadas	n	P*
Utiliza los modelos conceptuales enfermeros como guía del proceso de atención en la práctica clínica.	190	6
Obtiene con precisión los datos objetivos y subjetivos relevantes en la valoración del estado o situación de salud.	191	7
Organiza, sintetiza, analiza e interpreta los datos de las diversas fuentes para emitir juicios sobre los problemas de salud/diagnósticos enfermeros. A) organiza	190	7
Organiza, sintetiza, analiza e interpreta los datos de las diversas fuentes para emitir juicios sobre los problemas de salud/diagnósticos enfermeros. B) sintetiza	190	7
Organiza, sintetiza, analiza e interpreta los datos de las diversas fuentes para emitir juicios sobre los problemas de salud/diagnósticos enfermeros. C) analiza	191	7
Organiza, sintetiza, analiza e interpreta los datos de las diversas fuentes para emitir juicios sobre los problemas de salud/diagnósticos enfermeros. D) interpreta	190	7
Evalúa la precisión del diagnóstico enfermero en los cuidados familiares y comunitarios y los resultados del tratamiento enfermero. A) evalúa la precisión del diagnóstico enfermero en los cuidados familiares	190	6

Evalúa la precisión del diagnóstico enfermero en los cuidados familiares y comunitarios y los resultados del tratamiento enfermero. B) evalúa la precisión del diagnóstico enfermero en los cuidados comunitarios	190	6
Evalúa la precisión del diagnóstico enfermero en los cuidados familiares y comunitarios y los resultados del tratamiento enfermero. C) evalúa los resultados del tratamiento enfermero	189	7
Conoce y realiza las intervenciones enfermeras relacionadas con las enfermedades crónicas más prevalentes basadas en evidencias actuales, con especial atención a las que se desarrollan en el domicilio de los pacientes que lo precisan. A) conoce	187	7
Conoce y realiza las intervenciones enfermeras relacionadas con las enfermedades crónicas más prevalentes basadas en evidencias actuales, con especial atención a las que se desarrollan en el domicilio de los pacientes que lo precisan. B) realiza	187	7
Conoce y realiza las intervenciones de enfermería en las situaciones de dependencia y fragilidad, con especial atención a las que se desarrollan en el domicilio de los pacientes que lo precisan. A) conoce	190	7
Conoce y realiza las intervenciones de enfermería en las situaciones de dependencia y fragilidad, con especial atención a las que se desarrollan en el domicilio de los pacientes que lo precisan. B) realiza	191	7
Conoce la normativa relativa al uso, indicación y autorización de fármacos y productos sanitarios.	184	7
Conoce los fármacos y productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería que se desarrollan en el ámbito de la especialidad para conseguir su eficaz y eficiente gestión y utilización. a) fármacos	190	7
Conoce los fármacos y productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería que se desarrollan en el ámbito de la especialidad para conseguir su eficaz y eficiente gestión y utilización. B) productos sanitarios	191	7
Realiza el procedimiento de razonamiento clínico preciso para realizar las prescripciones.	188	7
Conoce y utiliza como parte del tratamiento enfermero las medidas terapéuticas no farmacológicas como dieta, técnicas de relajación o ejercicio físico en las alteraciones de salud más frecuentes en el ámbito de la especialidad. A) conoce	190	8
Conoce y utiliza como parte del tratamiento enfermero las medidas terapéuticas no farmacológicas como dieta, técnicas de relajación o ejercicio físico en las alteraciones de salud más frecuentes en el ámbito de la especialidad. B) realiza	191	8
Analiza los conocimientos y creencias de los individuos, sobre los fármacos, las medidas terapéuticas no farmacológicas y los productos sanitarios. A) fármacos	189	7

Analiza los conocimientos y creencias de los individuos, sobre los fármacos, las medidas terapéuticas no farmacológicas y los productos sanitarios. B) medidas terapéuticas no farmacológicas	190	7
Analiza los conocimientos y creencias de los individuos, sobre los fármacos, las medidas terapéuticas no farmacológicas y los productos sanitarios. C) productos sanitarios	189	7
Analiza los conocimientos y creencias de las familias sobre los fármacos, las medidas terapéuticas no farmacológicas y los productos sanitarios. A) fármacos	191	7
Analiza los conocimientos y creencias de las familias sobre los fármacos, las medidas terapéuticas no farmacológicas y los productos sanitarios. B) medidas terapéuticas no farmacológicas	191	7
Analiza los conocimientos y creencias de las familias sobre los fármacos, las medidas terapéuticas no farmacológicas y los productos sanitarios. C) productos sanitarios	188	7
Analiza los conocimientos y creencias de la comunidad sobre los fármacos, las medidas terapéuticas no farmacológicas y los productos sanitarios. A) fármacos	189	6
Analiza los conocimientos y creencias de la comunidad sobre los fármacos, las medidas terapéuticas no farmacológicas y los productos sanitarios. B) medidas terapéuticas no farmacológicas	189	6
Analiza los conocimientos y creencias de la comunidad sobre los fármacos, las medidas terapéuticas no farmacológicas y los productos sanitarios. C) productos sanitarios	189	6
Implanta, coordina y ejecuta programas de cirugía menor y otras técnicas diagnósticas y terapéuticas, con seguridad para el paciente tanto técnica y legal. A) implanta	189	5
Implanta, coordina y ejecuta programas de cirugía menor y otras técnicas diagnósticas y terapéuticas, con seguridad para el paciente tanto técnica y legal. B) coordina	189	5
Implanta, coordina y ejecuta programas de cirugía menor y otras técnicas diagnósticas y terapéuticas, con seguridad para el paciente tanto técnica y legal. C) ejecuta	190	6
Promueve la participación plena de los pacientes en el proceso de toma de decisiones sobre su salud.	188	8
Identifica y actúa en situaciones conflictivas. A) identifica	190	7
Identifica y actúa en situaciones conflictivas. B) actúa	189	7
Detecta situaciones de conflicto ético o legal en la práctica de la atención familiar y comunitaria y es capaz de aplicar los principios de la bioética o la legalidad vigente.	189	6
Conoce y aplica los conceptos y la normativa de confidencialidad, secreto profesional, consentimiento informado, autonomía del paciente y uso racional de recursos en el ámbito familiar y comunitario. A) confidencialidad y secreto profesional	189	9
Conoce y aplica los conceptos y la normativa de confidencialidad, secreto profesional, consentimiento informado, autonomía del paciente y uso racional de recursos en el ámbito familiar y comunitario. B) consentimiento informado	190	8

Conoce y aplica los conceptos y la normativa de confidencialidad, secreto profesional, consentimiento informado, autonomía del paciente y uso racional de recursos en el ámbito familiar y comunitario. C) autonomía del paciente	189	8
Reconoce la diversidad y multiculturalidad.	189	8
Maneja la comunicación persuasiva.	187	7
Conoce y activa los canales de derivación necesarios. A) conoce	190	7
Conoce y activa los canales de derivación necesarios. B) activa	190	7
Utiliza taxonomías de lenguaje enfermero.	185	7
Identifica y usa las nuevas herramientas tecnológicas aplicables en la atención y comunicación. A) identifica	190	7
Identifica y usa las nuevas herramientas tecnológicas aplicables en la atención y comunicación. B) usa	191	7
Maneja los conceptos básicos relacionados con la seguridad del paciente.	188	8
Diseña y utiliza sistemas de notificación de efectos adversos de fármacos y otros productos sanitarios. A) diseña	190	4
Diseña y utiliza sistemas de notificación de efectos adversos de fármacos y otros productos sanitarios. B) utiliza	191	6
Elabora sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originaron errores y prevenirlos.	190	5
Lidera, en su ámbito de trabajo, la difusión y adquisición de una cultura de seguridad de los pacientes.	190	6
Conoce y aplica la metodología Análisis Modal de Fallos y Errores (AMFE) para el análisis de problemas de seguridad. A) conoce	190	3
Conoce y aplica la metodología Análisis Modal de Fallos y Errores (AMFE) para el análisis de problemas de seguridad. B) aplica	189	3

*P: mediana de puntuación

La autopercepción en las competencias de la atención a la infancia, se expresan en la tabla 21. Se diferenciaron con claridad aquellas que obtuvieron una puntuación 3 de aquellas que llegan al notable. Aunque la mayoría de las competencias alcanzan una puntuación de 6.

Puntuación 7

- “Facilita la adaptación del entorno familiar para la continuidad de los cuidados en el hogar”
- “Promueve los procesos adaptativos necesarios tanto del entorno como de las personas, en caso de enfermedad o discapacidad. B) Personas”
- “Previene los accidentes infantiles y sus posibles secuelas, junto con las familias y la escuela. A) Familias”

Tabla 21: Puntuaciones del formulario		
	n	P*
M03 Competencias en atención a la infancia		
Detecta precozmente las situaciones de anormalidad en el desarrollo y la salud infantil.	188	6,5
Implementa programas en los que se fomenten hábitos y conductas saludables en la escuela y en la comunidad, identificando y coordinando a los diferentes agentes de salud. A) identificando	191	6
Implementa programas en los que se fomenten hábitos y conductas saludables en la escuela y en la comunidad, identificando y coordinando a los diferentes agentes de salud. B) coordinando	189	5
Facilita y fomenta la autonomía por parte de los padres en el cuidado de sus hijos.	191	7
Contribuye a un desarrollo sexual adecuado en los niños.	191	6
Potencia la autorresponsabilidad de los niños en su salud individual y en la grupal y ambiental. A) individual	191	7
Potencia la autorresponsabilidad de los niños en su salud individual y en la grupal y ambiental. B) grupal	191	6
Potencia la autorresponsabilidad de los niños en su salud individual y en la grupal y ambiental. C) ambiental	191	6
Trabaja en equipo con el sistema educativo y con otros profesionales y especialistas.	191	6
Previene, detecta e interviene en situaciones de malos tratos y marginación infantil. A) previene	191	6
Previene, detecta e interviene en situaciones de malos tratos y marginación infantil. B) detecta	191	6
Previene, detecta e interviene en situaciones de malos tratos y marginación infantil. C) interviene	190	6
Previene los accidentes infantiles y sus posibles secuelas, junto con las familias y la escuela. A) familias	190	7
Previene los accidentes infantiles y sus posibles secuelas, junto con las familias y la escuela. B) escuelas	189	5
Diseña, dirige, ejecuta y evalúa los programas de salud relacionados: Salud Infantil, Salud Escolar, otros. A) diseña	189	3
Diseña, dirige, ejecuta y evalúa los programas de salud relacionados: Salud Infantil, Salud Escolar, otros. B) dirige	189	3
Diseña, dirige, ejecuta y evalúa los programas de salud relacionados: Salud Infantil, Salud Escolar, otros. C) ejecuta	191	5
Diseña, dirige, ejecuta y evalúa los programas de salud relacionados: Salud Infantil, Salud Escolar, otros. D) evalúa	191	4
Presta cuidados en el ámbito familiar y comunitario de manera coordinada con otros miembros del equipo. a) familia	191	7
Presta cuidados en el ámbito familiar y comunitario de manera coordinada con otros miembros del equipo. B) comunidad	190	6
Promueve los procesos adaptativos necesarios tanto del entorno como de las personas, en caso de enfermedad o discapacidad. A) entorno	190	6

Promueve los procesos adaptativos necesarios tanto del entorno como de las personas, en caso de enfermedad o discapacidad. B) personas	190	7
Facilita la adaptación del entorno familiar para la continuidad de los cuidados en el hogar.	188	7

*P: mediana de puntuación

La autopercepción para las competencias en atención a la adolescencia, se describen en la tabla 22. La puntuación obtuvo el aprobado o más en todas, excepto en “Dirige, colabora o participa en programas de EpS dirigidos a adolescentes. A) Dirige” con 3, y aparecieron diferencias en los subapartados de todas las competencias.

Puntuación 8

- “Fomenta el autocuidado, la autoestima, las habilidades sociales y la vida saludables en general (actividad física, alimentación, salud afectivo-sexual, relaciones interpersonales...).C) Vida saludable”

Puntuación 7

- Identifica problemas de salud relacionados con en el desarrollo psicoafectivo, biológico y social de los adolescentes. B) Biológico
- Fomenta el autocuidado, la autoestima, las habilidades sociales y la vida saludables en general (actividad física, alimentación, salud afectivo-sexual, relaciones interpersonales...).A) Autoestima
- Fomenta el autocuidado, la autoestima, las habilidades sociales y la vida saludables en general (actividad física, alimentación, salud afectivo-sexual, relaciones interpersonales...).B) Habilidades sociales
- Promueve conductas responsables respecto a las actividades que entrañan riesgo.
- Detecta precozmente conductas de riesgo para la salud relacionadas con las alteraciones de la alimentación, autolesiones...
- Ayuda y apoya al adolescente en la toma de decisiones sobre los problemas de salud.
- Fomenta el afrontamiento familiar eficaz frente a situaciones de enfermedad.

Tabla 22: Puntuaciones del formulario		
M04 Competencias en atención a la adolescencia	n	P*
Identifica problemas de salud relacionados con en el desarrollo psicoafectivo, biológico y social de los adolescentes. A) psicoafectivo	190	6
Identifica problemas de salud relacionados con en el desarrollo psicoafectivo, biológico y social de los adolescentes. B) biológico	189	7
Identifica problemas de salud relacionados con en el desarrollo psicoafectivo, biológico y social de los adolescentes. C) social	189	6
Fomenta el autocuidado, la autoestima, las habilidades sociales y la vida saludables en general (actividad física, alimentación, salud afectivo-sexual, relaciones interpersonales...).A) autoestima	192	7
Fomenta el autocuidado, la autoestima, las habilidades sociales y la vida saludables en general (actividad física, alimentación, salud afectivo-sexual, relaciones interpersonales...).B) habilidades sociales	192	7
Fomenta el autocuidado, la autoestima, las habilidades sociales y la vida saludables en general (actividad física, alimentación, salud afectivo-sexual, relaciones interpersonales...).C) vida saludable	192	8
Promueve conductas responsables respecto a las actividades que entrañan riesgo.	191	7
Detecta precozmente conductas de riesgo para la salud relacionadas con las alteraciones de la alimentación, autolesiones...	192	7
Dirige, colabora o participa en programas de EpS dirigidos a adolescentes. A) dirige	188	3
Dirige, colabora o participa en programas de EpS dirigidos a adolescentes. B) colabora	190	5
Dirige, colabora o participa en programas de EpS dirigidos a adolescentes. C) participa	189	5
Fomenta el afrontamiento familiar eficaz frente a situaciones de riesgo (embarazo, drogadicción, violencia, etc.)	191	6
Trabaja con adolescentes con problemas de salud con especial atención a: Trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal, conductas antisociales, violencia y maltrato, drogodependencias y adicciones, entre otros. A) trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal	192	5
Trabaja con adolescentes con problemas de salud con especial atención a: Trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal, conductas antisociales, violencia y maltrato, drogodependencias y adicciones, entre otros. B) conductas antisociales	192	5
Trabaja con adolescentes con problemas de salud con especial atención a: Trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal, conductas antisociales, violencia y maltrato, drogodependencias y adicciones, entre otros. C) violencia y maltrato	190	5

Trabaja con adolescentes con problemas de salud con especial atención a: Trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal, conductas antisociales, violencia y maltrato, drogodependencias y adicciones, entre otros. D) drogodependencias y adicciones	192	5
Ayuda y apoya al adolescente en la toma de decisiones sobre los problemas de salud.	192	7
Fomenta el afrontamiento familiar eficaz frente a situaciones de enfermedad.	192	7
Contribuye al fomento de la salud afectivo-sexual	192	6
Favorece la aceptación de la condición sexual del adolescente.	191	6
Capacita para el uso de metodologías de resolución de problemas, toma de decisiones y de habilidades sociales. A) resolución de problemas	192	6
Capacita para el uso de metodologías de resolución de problemas, toma de decisiones y de habilidades sociales. B) toma de decisiones	191	6
Capacita para el uso de metodologías de resolución de problemas, toma de decisiones y de habilidades sociales. C) habilidades sociales	191	6
Detecta precozmente problemas de identidad relacionados con el género.	192	5
Contribuye a la adopción de conductas reproductivas saludables.	190	7
Colabora con los padres en el abordaje de problemas relacionados con la adolescencia, su negociación y la resolución de problemas y conflictos. A) abordaje	192	6
Colabora con los padres en el abordaje de problemas relacionados con la adolescencia, su negociación y la resolución de problemas y conflictos. B) negociación	191	6
Colabora con los padres en el abordaje de problemas relacionados con la adolescencia, su negociación y la resolución de problemas y conflictos. C) resolución	191	6

*P: mediana de puntuación

La autopercepción de las competencias en la atención al adulto, alcanzó una puntuación por encima de 6, aunque la mayoría obtuvieron 8 y con una muestra que en ningún caso fue inferior a n=191, lo que expresa que las enfermeras se perciben con una puntuación mayor, para este grupo de competencias. Se exponen en la Tabla 23

Puntuación 8

- “Asesora en la toma de decisiones responsables sobre la salud.”
- “Fomenta la autonomía personal y previene la dependencia. A) Fomento de autonomía”
- “Fomenta la autonomía personal y previene la dependencia. B) Preven-

ción de dependencia”

- “Fomenta la salud mental.”
- “Asesora en el uso de medidas de protección contra accidentes.”
- “Previene las complicaciones derivadas de una situación de salud alterada.”
- “Fomenta el afrontamiento efectivo de las situaciones de salud alterada.”
- “Evalúa la calidad de vida de las personas atendiendo a las esferas biológicas, psicológicas y sociales. “
- “Identifica la existencia de factores de riesgo para la salud, con especial atención a los estilos de vida saludables y de los problemas específicos de salud prevalentes en la comunidad. A) Estilos de vida saludable”
- “Identifica, valora y controla la evolución de los problemas crónicos de salud. A) Identifica”
- “Identifica, valora y controla la evolución de los problemas crónicos de salud. B) Valora”
- “Fomenta los autocuidados y estilos de vida saludables tanto individual como grupalmente o en entornos comunitarios. A) Individual”
- “Conoce la metodología de la atención domiciliaria en el campo de la enfermería familiar y comunitaria”

Tabla 23 Puntuaciones del formulario.		
M05 Competencias en atención al adulto	n	*P
Asesora en la toma de decisiones responsables sobre la salud.	191	8
Fomenta la autonomía personal y previene la dependencia. A) fomento de autonomía	192	8
Fomenta la autonomía personal y previene la dependencia. B) prevención de dependencia	191	8
Fomenta la salud mental.	192	8
Asesora en el uso de medidas de protección contra accidentes.	192	8
Previene las complicaciones derivadas de una situación de salud alterada.	192	8
Fomenta el afrontamiento efectivo de las situaciones de salud alterada.	192	8
Evalúa la calidad de vida de las personas atendiendo a las esferas biológicas, psicológicas y sociales.	192	8

Identifica la existencia de factores de riesgo para la salud, con especial atención a los estilos de vida saludables y de los problemas específicos de salud prevalentes en la comunidad. A) estilos de vida saludable	192	8
Identifica la existencia de factores de riesgo para la salud, con especial atención a los estilos de vida saludables y de los problemas específicos de salud prevalentes en la comunidad. B) problemas de salud de la comunidad	191	7
Identifica, valora y controla la evolución de los problemas crónicos de salud. a) identifica	192	8
Identifica, valora y controla la evolución de los problemas crónicos de salud. B) valora	192	8
Identifica, valora y controla la evolución de los problemas crónicos de salud. C) controla	192	7,5
Identifica, valora y controla la evolución de los problemas específicos de salud prevalentes en la comunidad. A) identifica	191	7
Identifica, valora y controla la evolución de los problemas específicos de salud prevalentes en la comunidad. B) valora	191	6
Identifica, valora y controla la evolución de los problemas específicos de salud prevalentes en la comunidad. C) controla	191	6
Fomenta los autocuidados y estilos de vida saludables tanto individual como grupalmente o en entornos comunitarios. A) individual	191	8
Fomenta los autocuidados y estilos de vida saludables tanto individual como grupalmente o en entornos comunitarios. B) grupal	191	7
Fomenta los autocuidados y estilos de vida saludables tanto individual como grupalmente o en entornos comunitarios. C) comunidad	191	6
Identifica e interviene ante signos y síntomas de violencia de género, laboral etc. A) identifica	192	7
Identifica e interviene ante signos y síntomas de violencia de género, laboral etc. B) interviene	192	7
Mobiliza los recursos necesarios para el abordaje de problemas de salud, con especial atención en los problemas de discapacidad o dependencia en el medio familiar.	192	7
Conoce la metodología de la atención domiciliaria en el campo de la enfermería familiar y comunitaria.	191	8

*P: mediana de puntuación

En las competencias de salud sexual, reproductiva y de género, la mayor percepción se obtuvo con una puntuación de 7 (Tabla 24).

Puntuación 7

- “Relaciona sexo y género con los procesos de salud en hombres y mujeres.”
- “Fomenta la salud sexual.”

- “Capacita a las personas para la elección informada y uso responsable de métodos anticonceptivos. A) Elección informada”
- “Capacita a las personas para la elección informada y uso responsable de métodos anticonceptivos. B) Uso responsable”
- “Potencia el autocuidado de la embarazada.”
- “Identifica factores de riesgo social en el embarazo. “
- “Capta precozmente a la embarazada y contribuye a su seguimiento sanitario. B) Seguimiento sanitario”
- “Colabora a adecuar el entorno familiar, domiciliario y comunitario para potenciar la lactancia materna. A) Familiar”

Tabla 24: Puntuaciones del formulario.		
M06 Competencias en atención a la salud sexual, reproductiva y de género	n	*P
Relaciona sexo y género con los procesos de salud en hombres y mujeres.	190	7
Fomenta la salud sexual.	191	7
Integra en los cuidados especializados de enfermería, la sexualidad y la convivencia íntima de la pareja, como aspectos que intervinen en la salud. A) sexualidad	191	6
Integra en los cuidados especializados de enfermería, la sexualidad y la convivencia íntima de la pareja, como aspectos que intervinen en la salud. B) convivencia	189	6
Informa, asesora y hace partícipes a las personas y a las parejas sobre las conductas afectivo-sexuales placenteras y saludables. A) informa	192	6
Informa, asesora y hace partícipes a las personas y a las parejas sobre las conductas afectivo-sexuales placenteras y saludables. B) asesora	192	5
Informa, asesora y hace partícipes a las personas y a las parejas sobre las conductas afectivo-sexuales placenteras y saludables. C) hace partícipes	191	5
Capacita a las personas para la elección informada y uso responsable de métodos anticonceptivos. A) elección informada	191	7
Capacita a las personas para la elección informada y uso responsable de métodos anticonceptivos. B) uso responsable	191	7
Valora y realiza seguimiento de métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia. A) valora	191	6
Valora y realiza seguimiento de métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia. B) realiza	191	5

Desarrolla programas de educación y consejo para la salud sexual y reproductiva.	188	4
Asesora ante la demanda de IVE.	189	5
Aborda la influencia de las enfermedades crónicas más frecuentes y sus tratamientos en la respuesta sexual.	191	6
Detecta precozmente dificultades en la percepción en la identidad de género y asesora o deriva a otros profesionales según fuese preciso. A) detecta precozmente	192	5
Detecta precozmente dificultades en la percepción en la identidad de género y asesora o deriva a otros profesionales según fuese preciso. B) asesora a otros profesionales	191	4
Detecta precozmente dificultades en la percepción en la identidad de género y asesora o deriva a otros profesionales según fuese preciso. C) deriva a otros profesionales	192	6
Detecta precozmente disfunciones sexuales en personas y parejas, y asesora o deriva a otros profesionales según fuese preciso. A) detecta precozmente	191	5
Detecta precozmente disfunciones sexuales en personas y parejas, y asesora o deriva a otros profesionales según fuese preciso. B) asesora a otros profesionales	190	4
Detecta precozmente disfunciones sexuales en personas y parejas, y asesora o deriva a otros profesionales según fuese preciso. C) deriva a otros profesionales	191	6
Conoce y utiliza los recursos existentes para afrontar las necesidades relativas a la sexualidad y a la reproducción de poblaciones de características especiales como discapacitados, personas en riesgo de exclusión social, etc. A) conoce	191	5
Conoce y utiliza los recursos existentes para afrontar las necesidades relativas a la sexualidad y a la reproducción de poblaciones de características especiales como discapacitados, personas en riesgo de exclusión social, etc. B) utiliza	190	4
Potencia el autocuidado de la embarazada.	191	7
Identifica factores de riesgo social en el embarazo.	189	7
Capta precozmente a la embarazada y contribuye a su seguimiento sanitario. A) captación precoz	192	6
Capta precozmente a la embarazada y contribuye a su seguimiento sanitario. B) seguimiento sanitario	192	7
Asesora para el afrontamiento efectivo del embarazo y la adecuación del entorno. A) afrontamiento	188	6
Asesora para el afrontamiento efectivo del embarazo y la adecuación del entorno. B) adecuación del entorno	188	6
Colabora a adecuar el entorno familiar, domiciliario y comunitario para potenciar la lactancia materna. A) familiar	191	7
Colabora a adecuar el entorno familiar, domiciliario y comunitario para potenciar la lactancia materna. B) domiciliario	191	6
Colabora a adecuar el entorno familiar, domiciliario y comunitario para potenciar la lactancia materna. C) comunitario	191	6

Colabora en la adecuada recuperación y adecuación del entorno familiar, tras el parto. A) recuperación	190	6
Colabora en la adecuada recuperación y adecuación del entorno familiar, tras el parto. B) adecuación	190	6
Colabora en la adecuada recuperación y adecuación del entorno domiciliario tras el parto. A) recuperación	190	6
Colabora en la adecuada recuperación y adecuación del entorno domiciliario tras el parto. B) adecuación	190	5
Colabora en la adecuada recuperación y adecuación del entorno comunitario tras el parto. A) recuperación	190	5
Colabora en la adecuada recuperación y adecuación del entorno comunitario tras el parto. B) adecuación	190	5
Presta asistencia al parto de emergencia en el ámbito extrahospitalario.	189	4
Refuerza la autoestima y autoconocimiento de las personas en edad climatérica. A) autoestima	191	7
Refuerza la autoestima y autoconocimiento de las personas en edad climatérica. B) autoconocimiento	191	7
Fomenta el conocimiento, afrontamiento y autocuidado ante los cambios físicos más frecuentes en la etapa climatérica. A) conocimiento	190	7
Fomenta el conocimiento, afrontamiento y autocuidado ante los cambios físicos más frecuentes en la etapa climatérica. B) afrontamiento	190	7
Fomenta el conocimiento, afrontamiento y autocuidado ante los cambios físicos más frecuentes en la etapa climatérica. C) autocuidados	189	7
Fomenta el conocimiento, afrontamiento y autocuidado ante los cambios emocionales más frecuentes en la etapa climatérica. A) conocimiento	190	7
Fomenta el conocimiento, afrontamiento y autocuidado ante los cambios emocionales más frecuentes en la etapa climatérica. B) afrontamiento	190	7
Fomenta el conocimiento, afrontamiento y autocuidado ante los cambios emocionales más frecuentes en la etapa climatérica. C) autocuidado	190	7
Fomenta el conocimiento, afrontamiento y autocuidado ante los cambios sociales más frecuentes en la etapa climatérica. A) conocimiento	190	6
Fomenta el conocimiento, afrontamiento y autocuidado ante los cambios sociales más frecuentes en la etapa climatérica. B) afrontamiento	189	6
Fomenta el conocimiento, afrontamiento y autocuidado ante los cambios sociales más frecuentes en la etapa climatérica. C) autocuidado	190	6
Fomenta la adaptación de las relaciones sexuales para que sean placenteras y seguras.	189	6

Planifica y participa en programas para promover la salud de las mujeres y hombres en fase climatérica. A) planifica	189	3
Planifica y participa en programas para promover la salud de las mujeres y hombres en fase climatérica. B) participa	189	4
Difunde los programas de detección de cáncer genital masculino y femenino, e implementa las actuaciones propias del ámbito comunitario. A) difunde	189	6
Difunde los programas de detección de cáncer genital masculino y femenino, e implementa las actuaciones propias del ámbito comunitario. B) implementa acciones	189	5
Difunde los programas de detección de cáncer de mama masculino y femenino, e implementa las actuaciones propias del ámbito comunitario. A) difunde	190	6
Difunde los programas de detección de cáncer de mama masculino y femenino, e implementa las actuaciones propias del ámbito comunitario. B) implementa acciones	190	5
Conciencia a los hombres y mujeres para la aceptación de las pruebas diagnósticas de cáncer genital y de mama y realiza las habituales en el ámbito de la especialidad. A) conciencia	188	7
Conciencia a los hombres y mujeres para la aceptación de las pruebas diagnósticas de cáncer genital y de mama y realiza las habituales en el ámbito de la especialidad. B) realiza	188	5
Potencia hábitos de vida saludable preventivos del cáncer de mama y genital.	191	7
Colabora en la educación de hombres y mujeres en el respeto y la convivencia entre géneros.	190	7
Previene y detecta precozmente situaciones de riesgo de violencia de género. A) previene	191	6
Previene y detecta precozmente situaciones de riesgo de violencia de género. B) detecta	191	6
Atiende a las víctimas de la violencia de género.	191	7
Reconoce el malestar de las mujeres como respuesta a los condicionantes sociales de género.	190	7
Analiza las respuestas de afrontamiento, características de cada género, ante los condicionantes de la vida cotidiana y los problemas de salud.	190	6
Atiende en el primer nivel de atención, el malestar bio-psico-social de las mujeres y de los hombres con un abordaje integral que incluya condicionantes de género y subjetividad. A) condicionantes de género	191	6
Atiende en el primer nivel de atención, el malestar bio-psico-social de las mujeres y de los hombres con un abordaje integral que incluya condicionantes de género y subjetividad. B) condicionantes de subjetividad	191	5

*P: mediana de puntuación

La autopercepción respecto a las competencias en atención a las personas an-

cianas, obtuvo una puntuación máxima de 8 y mínima de 5. Se describe en la Tabla 25.

Puntuación 8

- “Estimula la autonomía de los mayores en el desempeño de las actividades de la vida cotidiana en su entorno familiar y comunitario. A) Familiar”
- “Fomenta la salud física, psicológica, social, cultural, ambiental, sexual y espiritual de las personas mayores con la mayor autonomía posible. A) Física”
- “Fomenta la salud física, psicológica, social, cultural, ambiental, sexual y espiritual de las personas mayores con la mayor autonomía posible. B) Psicológica”
- “Promueve la atención domiciliaria como ámbito preferencial de los cuidados a los mayores dependientes o con problemas graves de salud.”
- “Fomenta y potencia la movilidad y el equilibrio a través del ejercicio físico”
- “Valora las capacidades para el desempeño autónomo.”
- “Apoya a las personas ancianas ante la pérdida de su pareja y de otros seres queridos”
- “Detecta precozmente el deterioro cognitivo, funcional, físico y relacional de la persona mayor. A) Cognitivo”
- “Detecta precozmente el deterioro cognitivo, funcional, físico y relacional de la persona mayor. B) Funcional”
- “Detecta precozmente el deterioro cognitivo, funcional, físico y relacional de la persona mayor. C) Físico”
- “Identifica a las personas cuidadoras como sujetos principales de cuidados.”
- “Apoya a las personas cuidadoras en la toma de decisiones con respecto al cuidado”
- “Colabora para que las personas cuidadoras impartan cuidados de calidad, previniendo las repercusiones negativas sobre su salud.”
- “Cuida y acompaña a la persona en el final de vida. A) Cuida”

Tabla 25: Puntuaciones del formulario.		
M07 Competencias en atención a las personas ancianas	n	*P
Estimula la autonomía de los mayores en el desempeño de las actividades de la vida cotidiana en su entorno familiar y comunitario. A) familiar	191	8
Estimula la autonomía de los mayores en el desempeño de las actividades de la vida cotidiana en su entorno familiar y comunitario. B) comunitario	191	7
Fomenta la salud física, psicológica, social, cultural, ambiental, sexual y espiritual de las personas mayores con la mayor autonomía posible. A) física	192	8
Fomenta la salud física, psicológica, social, cultural, ambiental, sexual y espiritual de las personas mayores con la mayor autonomía posible. B) psicológica	192	8
Fomenta la salud física, psicológica, social, cultural, ambiental, sexual y espiritual de las personas mayores con la mayor autonomía posible. C) social	192	7
Fomenta la salud física, psicológica, social, cultural, ambiental, sexual y espiritual de las personas mayores con la mayor autonomía posible. D) cultural	191	7
Fomenta la salud física, psicológica, social, cultural, ambiental, sexual y espiritual de las personas mayores con la mayor autonomía posible. E) ambiental	192	7
Fomenta la salud física, psicológica, social, cultural, ambiental, sexual y espiritual de las personas mayores con la mayor autonomía posible. F) sexual	191	6
Fomenta la salud física, psicológica, social, cultural, ambiental, sexual y espiritual de las personas mayores con la mayor autonomía posible. G) espiritual	192	6
Promueve la atención domiciliaria como ámbito preferencial de los cuidados a los mayores dependientes o con problemas graves de salud.	191	8
Estimula la creación y mantenimiento de redes y grupos de autoayuda. A) creación	191	5
Estimula la creación y mantenimiento de redes y grupos de autoayuda. B) mantenimiento	190	5
Identifica e interviene de modo precoz en casos de maltrato al mayor. A) identifica	192	7
Identifica e interviene de modo precoz en casos de maltrato al mayor. B) interviene	192	7
Previene accidentes y caídas cuidando de la seguridad de sus entornos, especialmente los domiciliarios.	192	7
Fomenta y potencia la movilidad y el equilibrio a través del ejercicio físico.	192	8

Previene complicaciones en los ancianos asociadas a movilidad restringida en el hogar.	192	7
Previene complicaciones a los ancianos derivadas de sus alteraciones de salud y de las pautas terapéuticas. A) alteraciones de salud.	192	7,5
Previene complicaciones a los ancianos derivadas de sus alteraciones de salud y de las pautas terapéuticas. B) pautas terapéuticas.	192	7
Valora las capacidades para el desempeño autónomo.	191	8
Ayuda en la adaptación a los cambios de rol debidos a la edad.	192	7
Apoya a las personas ancianas ante la pérdida de su pareja y de otros seres queridos.	192	8
Detecta precozmente el deterioro cognitivo, funcional, físico y relacional de la persona mayor. A) cognitivo	192	8
Detecta precozmente el deterioro cognitivo, funcional, físico y relacional de la persona mayor. B) funcional	192	8
Detecta precozmente el deterioro cognitivo, funcional, físico y relacional de la persona mayor. C) físico	192	8
Detecta precozmente el deterioro cognitivo, funcional, físico y relacional de la persona mayor. D) relacional	192	7
Presta cuidados especializados para compensar las dependencias y limitaciones funcionales.	189	7
Reconoce signos críticos indicadores de mal pronóstico.	190	7
Identifica a las personas cuidadoras como sujetos principales de cuidados.	191	8
Apoya a las personas cuidadoras en la toma de decisiones con respecto al cuidado.	189	8
Colabora para que las personas cuidadoras impartan cuidados de calidad, previniendo las repercusiones negativas sobre su salud.	190	8
Conoce y usa de modo eficiente los recursos socio-sanitarios de apoyo a la familia. A) conoce	190	7
Conoce y usa de modo eficiente los recursos socio-sanitarios de apoyo a la familia. B) usa	189	7
Conoce y usa de modo eficiente los recursos socio-sanitarios de apoyo al paciente. A) conoce	191	7
Conoce y usa de modo eficiente los recursos socio-sanitarios de apoyo al paciente. B) usa	191	7
Conoce y aconseja materiales e instrumentos de ayuda y adaptación necesarios para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana. A) conoce	191	7
Conoce y aconseja materiales e instrumentos de ayuda y adaptación necesarios para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana. B) aconseja	191	7
Cuida y acompaña a la persona en el final de vida. A) cuida	191	8
Cuida y acompaña a la persona en el final de vida. B) acompaña	190	7
Atiende al duelo de la persona previniendo y abordando reacciones de duelo disfuncional. A) previene	190	7

Atiende al duelo de la persona previniendo y abordando reacciones de duelo disfuncional. B) aborda	190	7
Atiende al duelo de la familia previniendo y abordando reacciones de duelo disfuncional. A) prevenir	191	7
Atiende al duelo de la familia previniendo y abordando reacciones de duelo disfuncional. B) abordar	191	7
Planifica, implementa y coordina conjuntamente con otros profesionales y especialistas programas de cuidados paliativos. A) planifica	191	5
Planifica, implementa y coordina conjuntamente con otros profesionales y especialistas programas de cuidados paliativos. B) implementa	191	6
Planifica, implementa y coordina conjuntamente con otros profesionales y especialistas programas de cuidados paliativos. C) coordina	191	5

*P: mediana de puntuación

La autopercepción en las competencias en atención a la familia, se detalla en la Tabla 26. Para este grupo de competencias se obtuvo una puntuación máxima de 7 y mínima de 5. En este módulo se observa como muchas competencias y sus subapartados, se agrupan en la misma puntuación, lo que indica la homogeneidad en la percepción y en el abordaje.

Puntuación 7

- “Comprende el alcance de las dinámicas familiares en el proceso de salud y enfermedad de sus miembros.”
- “Comprende el alcance de fenómenos tales como: la sobreprotección y la dependencia de miembros de la familia afectados de problemas de salud. A) Sobreprotección”
- “Comprende el alcance de fenómenos tales como: la sobreprotección y la dependencia de miembros de la familia afectados de problemas de salud. B) Dependencia”
- “Comprende y analiza las relaciones de poder en la familia, los roles, los sistemas de comunicación y analiza su relación con la existencia y el manejo de problemas de salud. A) Comprende”
- “Comprende el aislamiento de las personas enfermas y de sus familias e interviene para amortiguar los efectos. A) Comprende”
- “Comprende el aislamiento de las personas enfermas y de sus familias e interviene para amortiguar los efectos. B) Interviene”
- “Conoce y valora las necesidades de salud de las familias en sus diferen-

tes etapas de desarrollo. A) Conoce”

- “Conoce y valora las necesidades de salud de las familias en sus diferentes etapas de desarrollo. B) Valora”
- “Identifica las diferentes etapas del desarrollo de las familias y ayuda a su afrontamiento efectivo. A) Identifica”
- “Capacita a las familias en la toma de decisiones.”
- “Capacita y apoya a la familia en el afrontamiento de crisis o situaciones problemáticas como enfermedad o muerte de un miembro, llegada de un nuevo componente, separaciones parentales, etc.) A) Capacita”
- “Capacita y apoya a la familia en el afrontamiento de crisis o situaciones problemáticas como enfermedad o muerte de un miembro, llegada de un nuevo componente, separaciones parentales, etc.) B) apoya”
- “Detecta los problemas psicosociales y a las familias en riesgo, y brinda asesoramiento familiar anticipatorio. A) Detecta”
- “Detecta los problemas psicosociales y a las familias en riesgo, y brinda asesoramiento familiar anticipatorio. B) Brinda asesoramiento”
- “Desarrolla el rol de la familia como promotora de salud”
- “Valora la vivienda como contexto de salud y reconoce la importancia que tiene en la salud familiar. A) Valora”
- “Valora la vivienda como contexto de salud y reconoce la importancia que tiene en la salud familiar. B) Reconoce”
- “Facilita el acceso a los recursos de adaptación de la familia en los procesos de salud-enfermedad y en las situaciones de crisis.”

Tabla 26: Puntuaciones del formulario.		
	n	*P
M08 Competencias en atención a la familia		
Utiliza una metodología de análisis adecuada al trabajo con familias, usando estrategias sistémicas para formular hipótesis, intervenir y evaluar. A) formular hipótesis	190	5
Utiliza una metodología de análisis adecuada al trabajo con familias, usando estrategias sistémicas para formular hipótesis, intervenir y evaluar. B) intervenir	190	5
Utiliza una metodología de análisis adecuada al trabajo con familias, usando estrategias sistémicas para formular hipótesis, intervenir y evaluar. C) evaluar	190	5
Comprende el alcance de las dinámicas familiares en el proceso de salud y enfermedad de sus miembros.	188	7

Comprende el alcance de fenómenos tales como: la sobreprotección y la dependencia de miembros de la familia afectados de problemas de salud. A) sobreprotección	191	7
Comprende el alcance de fenómenos tales como: la sobreprotección y la dependencia de miembros de la familia afectados de problemas de salud. B) dependencia	191	7
Comprende y analiza las relaciones de poder en la familia, los roles, los sistemas de comunicación y analiza su relación con la existencia y el manejo de problemas de salud. A) comprende	191	7
Comprende y analiza las relaciones de poder en la familia, los roles, los sistemas de comunicación y analiza su relación con la existencia y el manejo de problemas de salud. B) analiza	191	6
Comprende el aislamiento de las personas enfermas y de sus familias e interviene para amortiguar los efectos. A) comprende	191	7
Comprende el aislamiento de las personas enfermas y de sus familias e interviene para amortiguar los efectos. B) interviene	191	7
Considera la atención al paciente en su contexto familiar.	189	8
Conoce y valora las necesidades de salud de las familias en sus diferentes etapas de desarrollo. A) conoce	191	7
Conoce y valora las necesidades de salud de las familias en sus diferentes etapas de desarrollo. B) valora	191	7
Identifica las diferentes etapas del desarrollo de las familias y ayuda a su afrontamiento efectivo. A) identifica	191	7
Identifica las diferentes etapas del desarrollo de las familias y ayuda a su afrontamiento efectivo. B) ayuda a su desarrollo efectivo	191	6
Capacita a las familias en la toma de decisiones.	184	7
Capacita y apoya a la familia en el afrontamiento de crisis o situaciones problemáticas como enfermedad o muerte de un miembro, llegada de un nuevo componente, separaciones parentales, etc.) A) capacita	191	7
Capacita y apoya a la familia en el afrontamiento de crisis o situaciones problemáticas como enfermedad o muerte de un miembro, llegada de un nuevo componente, separaciones parentales, etc.) B) apoya	189	7
Detecta los problemas psicosociales y a las familias en riesgo, y brinda asesoramiento familiar anticipatorio. A) detecta	191	7
Detecta los problemas psicosociales y a las familias en riesgo, y brinda asesoramiento familiar anticipatorio. B) brinda asesoramiento	191	7
Desarrolla el rol de la familia como promotora de salud.	187	7
Valora la vivienda como contexto de salud y reconoce la importancia que tiene en la salud familiar. A) valora	192	7
Valora la vivienda como contexto de salud y reconoce la importancia que tiene en la salud familiar. B) reconoce	191	7
Facilita el acceso a los recursos de adaptación de la familia en los procesos de salud-enfermedad y en las situaciones de crisis.	189	7

Conoce y fomenta los sistemas y redes de ayuda familiares. A) conoce	192	6
Conoce y fomenta los sistemas y redes de ayuda familiares. B) fomenta	192	6
Maneja la dinámica grupal para la gestión de conflictos intrafamiliares en contextos de salud-enfermedad.	188	5
Detecta e interviene de forma precoz en situaciones de riesgo y/o violencia doméstica. A) detecta	192	6
Detecta e interviene de forma precoz en situaciones de riesgo y/o violencia doméstica. B) interviene	192	6
Identifica las situaciones de riesgo y crisis familiar y elabora planes de intervención. A) identifica situaciones de riesgo	192	6
Identifica las situaciones de riesgo y crisis familiar y elabora planes de intervención. B) elabora planes de intervención	192	6

*P: mediana de puntuación

La autopercepción para las competencias de atención a urgencias, emergencias y catástrofes, está expresada en la Tabla 27. Obtuvieron una puntuación máxima de 8 y una puntuación mínima de 7.

Puntuación 8

- “Maneja eficazmente los recursos de soporte vital y las técnicas de atención en la urgencia en el ámbito comunitario. A) Recursos de soporte vital”
- “Maneja eficazmente los recursos de soporte vital y las técnicas de atención en la urgencia en el ámbito comunitario. B) Atención urgente”
- “Garantiza la seguridad del paciente y el entorno para prevenir posibles complicaciones derivadas de la situación de urgencias en el ámbito comunitario. A) Paciente”
- “Atiende a la familia y entorno en las situaciones de urgencia. A) Familia”
- “Identifica los recursos disponibles ante situaciones de emergencia, su organización y responsabilidades. A) Identifica”
- “Identifica los recursos disponibles ante situaciones de emergencia, su organización y responsabilidades. B) Organiza”
- “Identifica los recursos disponibles ante situaciones de emergencia, su organización y responsabilidades. C) Responsabilidades”

Tabla 27: Puntuaciones del formulario.		
M09 Competencias en la atención ante urgencias, emergencias y catástrofes	n	*P
Maneja eficazmente los recursos de soporte vital y las técnicas de atención en la urgencia en el ámbito comunitario. A) recursos de soporte vital	191	8
Maneja eficazmente los recursos de soporte vital y las técnicas de atención en la urgencia en el ámbito comunitario. B) atención urgente	191	8
Garantiza la seguridad del paciente y el entorno para prevenir posibles complicaciones derivadas de la situación de urgencias en el ámbito comunitario. A) paciente	191	8
Garantiza la seguridad del paciente y el entorno para prevenir posibles complicaciones derivadas de la situación de urgencias en el ámbito comunitario. B) entorno	191	7
Atiende a la familia y entorno en las situaciones de urgencia. A) familia	191	8
Atiende a la familia y entorno en las situaciones de urgencia. B) entorno	190	7
Identifica los recursos disponibles ante situaciones de emergencia, su organización y responsabilidades. A) identifica	191	8
Identifica los recursos disponibles ante situaciones de emergencia, su organización y responsabilidades. B) organiza	191	8
Identifica los recursos disponibles ante situaciones de emergencia, su organización y responsabilidades. C) responsabilidades	189	8

*P: mediana de puntuación

La autopercepción en las competencias de Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario, se describen en la tabla 28. Se encontraron puntuaciones que oscilan entre 7 y 4. Destacaron las puntuaciones bajas para las competencias en el trabajo con grupos minoritarios, excluidos o de riesgo.

Puntuación 7

- “Colabora en los dispositivos de actuación ante emergencias y catástrofes.”

Tabla 28: Puntuaciones del formulario. M10 Competencias en Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario	n	*P
Colabora en los dispositivos de actuación ante emergencias y catástrofes.	189	7
Identifica necesidades específicas de los grupos minoritarios, excluidos o de riesgo en el ámbito comunitario.	191	6
Colabora en la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de programas de atención a grupos minoritarios, excluidos o de riesgo, en el ámbito comunitario (individual). A) planificación	190	4,5
Colabora en la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de programas de atención a grupos minoritarios, excluidos o de riesgo, en el ámbito comunitario (individual). B) coordinación	191	4
Colabora en la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de programas de atención a grupos minoritarios, excluidos o de riesgo, en el ámbito comunitario (individual). C) ejecución	191	5
Colabora en la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de programas de atención a grupos minoritarios, excluidos o de riesgo, en el ámbito comunitario (individual). D) evaluación	187	5
Colabora en la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de programas de atención a grupos minoritarios, excluidos o de riesgo, en el ámbito (grupal). A) planificación	191	4
Colabora en la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de programas de atención a grupos minoritarios, excluidos o de riesgo, en el ámbito (grupal). B) coordinación	189	4
Colabora en la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de programas de atención a grupos minoritarios, excluidos o de riesgo, en el ámbito (grupal). C) ejecución	191	5
Colabora en la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de programas de atención a grupos minoritarios, excluidos o de riesgo, en el ámbito (grupal). D) evaluación	191	4
Previene y detecta situaciones de exclusión socio-sanitaria, fragilidad y aislamiento social. A) previene	191	6
Previene y detecta situaciones de exclusión socio-sanitaria, fragilidad y aislamiento social. B) detecta	192	6
Potencia el desarrollo de redes sociales	192	5
Colabora en la gestión de la salud de grupos excluidos socialmente.	191	5

*P: mediana de puntuación

La autopercepción de las competencias de salud pública y comunitaria descritas en la tabla 29, obtuvo una puntuación máxima de 6 y mínima de 1.

Puntuación 6

- “Reconoce y favorece la relación entre el medio ambiente y la salud. A) Reconoce”
- “Reconoce y favorece la relación entre el medio ambiente y la salud. B) Favorece”

Tabla 29: Puntuaciones del formulario. M11 Competencias en salud pública y comunitaria	n	*P
Trabaja con grupos interculturales.	191	4
Investiga, analiza e interpreta las respuestas de la comunidad ante los problemas de salud-enfermedad, teniendo en cuenta, entre otros, la perspectiva de género. A) investiga	190	4
Investiga, analiza e interpreta las respuestas de la comunidad ante los problemas de salud-enfermedad, teniendo en cuenta, entre otros, la perspectiva de género. B) analiza	190	4
Investiga, analiza e interpreta las respuestas de la comunidad ante los problemas de salud-enfermedad, teniendo en cuenta, entre otros, la perspectiva de género. C) interpreta	188	4
Colabora con la comunidad en la detección de los factores que afectan a su salud.	189	6
Realiza investigaciones relacionadas con la promoción de la salud.	187	5
Identifica necesidades de EpS en la comunidad.	191	6
Planifica, desarrolla, y evalúa programas de EpS con la comunidad. A) planifica	190	5
Planifica, desarrolla, y evalúa programas de EpS con la comunidad. B) desarrolla	189	5
Planifica, desarrolla, y evalúa programas de EpS con la comunidad. C) evalúa	189	5
Lidera y realizar programas intersectoriales de intervención socio-sanitaria en prevención, promoción y EpS. A) lidera	190	3
Lidera y realizar programas intersectoriales de intervención socio-sanitaria en prevención, promoción y EpS. B) realiza	190	5
Identifica y utiliza los conceptos de economía en la gestión de programas de promoción de la salud. A) identifica	190	5
Identifica y utiliza los conceptos de economía en la gestión de programas de promoción de la salud. B) utiliza	189	4
Diseña y evalúa materiales informativos y educativos. A) diseña	190	4
Diseña y evalúa materiales informativos y educativos. B) evalúa	190	5
Implica a los medios de comunicación en la EpS.	185	3
Maneja los sistemas de información epidemiológica y sociocultural. A) epidemiológica	189	5
Maneja los sistemas de información epidemiológica y sociocultural. B) sociocultural	189	5
Desarrolla y gestiona redes de vigilancia de epidemiología de los cuidados. A) desarrolla	188	3
Desarrolla y gestiona redes de vigilancia de epidemiología de los cuidados. B) gestiona	187	3
Identifica precozmente situaciones de riesgo para la salud y activa los mecanismos de alarma correspondientes. A) identifica	190	6

Identifica precozmente situaciones de riesgo para la salud y activa los mecanismos de alarma correspondientes. B) activa	189	6
Elabora informes sobre problemas de salud, emergentes o relevantes.	183	5
Colabora en la gestión de actividades de inspección y registro sanitario de alimentos, establecimientos públicos y medio ambiente. A) alimentos	189	1
Colabora en la gestión de actividades de inspección y registro sanitario de alimentos, establecimientos públicos y medio ambiente. B) establecimientos públicos	188	1
Colabora en la gestión de actividades de inspección y registro sanitario de alimentos, establecimientos públicos y medio ambiente. C) medioambiente	189	1
Identifica y valora los recursos comunitarios para cubrir las necesidades de salud. A) identifica	190	5
Identifica y valora los recursos comunitarios para cubrir las necesidades de salud. B) valora	189	5
Impulsa la participación comunitaria.	185	6
Fomenta redes sociales, grupos de autoayuda, organizaciones no gubernamentales (ONG), voluntariado social y otros recursos. A) grupos de autoayuda	188	5
Fomenta redes sociales, grupos de autoayuda, organizaciones no gubernamentales (ONG), voluntariado social y otros recursos. B) ONG	189	4
Fomenta redes sociales, grupos de autoayuda, organizaciones no gubernamentales (ONG), voluntariado social y otros recursos. C) voluntariado social	190	5
Fomenta redes sociales, grupos de autoayuda, organizaciones no gubernamentales (ONG), voluntariado social y otros recursos. D) otros recursos	186	4
Coordina redes sociales, grupos de autoayuda, organizaciones no gubernamentales (ONG), voluntariado social y otros recursos. A) grupos de autoayuda	189	2
Coordina redes sociales, grupos de autoayuda, organizaciones no gubernamentales (ONG), voluntariado social y otros recursos. B) ONG	189	1
Coordina redes sociales, grupos de autoayuda, organizaciones no gubernamentales (ONG), voluntariado social y otros recursos. C) voluntariado social	188	1
Coordina redes sociales, grupos de autoayuda, organizaciones no gubernamentales (ONG), voluntariado social y otros recursos. D) otros recursos	186	1
Gestiona la planificación de cuidados y la cobertura de demandas y necesidades en la comunidad con otros sectores comunitarios públicos y/o privados.	186	3,5
Reconoce y favorece la relación entre el medio ambiente y la salud. A) reconoce	189	7

Reconoce y favorece la relación entre el medio ambiente y la salud. B) favorece	190	7
Colabora en la identificación y prevención de focos de riesgo medioambientales radicados en la comunidad.	189	5
Identifica y colabora en la gestión de los procesos que se llevan a cabo en un laboratorio de salud pública. A) identifica	189	2
Identifica y colabora en la gestión de los procesos que se llevan a cabo en un laboratorio de salud pública. B) colabora	190	2
Participa en el diseño y desarrollo de los programas de salud de los entornos laborales de la comunidad a través de la colaboración con los comités de seguridad y salud en el trabajo y/o con otros profesionales de salud de la comunidad. A) diseño	190	1
Participa en el diseño y desarrollo de los programas de salud de los entornos laborales de la comunidad a través de la colaboración con los comités de seguridad y salud en el trabajo y/o con otros profesionales de salud de la comunidad. B) desarrollo	190	2
Utiliza e interpreta los datos del sistema de información, seguimiento y control de accidentes y enfermedades profesionales. A) utiliza	188	4
Utiliza e interpreta los datos del sistema de información, seguimiento y control de accidentes y enfermedades profesionales. B) interpreta	190	4

*P: mediana de puntuación

Respecto a la autopercepción de las competencias docentes, la mayor parte de las competencias tuvieron una puntuación de 7 (Tabla 30)

Puntuación 7

- “Determina el nivel de conocimientos del grupo al que va dirigida la formación.”
- “Determina la motivación de las personas hacia el aprendizaje”
- “Determina la capacidad de aprendizaje de las personas, evaluando el ritmo de aprendizaje y las aptitudes para comprender y retener en función de su nivel de educación y su edad. A) Ritmo de aprendizaje”
- “Determina la capacidad de aprendizaje de las personas, evaluando el ritmo de aprendizaje y las aptitudes para comprender y retener en función de su nivel de educación y su edad. B) Aptitudes”
- “Elabora y planifica una estrategia de formación. B) Planifica”
- “Selecciona y utiliza los medios de apoyo y el material complementario más adecuado para el fin del programa. A) Selecciona”

- “Selecciona y utiliza los medios de apoyo y el material complementario más adecuado para el fin del programa. B) Utiliza”
- “Transmite con efectividad los contenidos determinados.”
- “Evalúa el impacto del programa formativo.”
- “Conoce los diferentes medios de divulgación.”
- “Considera la perspectiva de género y el lenguaje no sexista en la elaboración de materiales informativos.”

Tabla 30: Puntuaciones del formulario.	n	*P
M12 Competencias docentes		
Determina el nivel de conocimientos del grupo al que va dirigida la formación.	190	7
Determina la motivación de las personas hacia el aprendizaje	190	7
Determina la capacidad de aprendizaje de las personas, evaluando el ritmo de aprendizaje y las aptitudes para comprender y retener en función de su nivel de educación y su edad. A) ritmo de aprendizaje	190	7
Determina la capacidad de aprendizaje de las personas, evaluando el ritmo de aprendizaje y las aptitudes para comprender y retener en función de su nivel de educación y su edad. B) aptitudes	190	7
Conoce y aplica los incentivos del aprendizaje. A) conoce	191	6
Conoce y aplica los incentivos del aprendizaje. B) aplica	189	6
Formula objetivos pedagógicos relacionados con las necesidades de formación.	190	6
Identifica las competencias necesarias que han de adquirirse	190	6
Elabora y planifica una estrategia de formación. A) elabora	190	6
Elabora y planifica una estrategia de formación. B) planifica	189	7
Selecciona y utiliza los medios de apoyo y el material complementario más adecuado para el fin del programa. A) selecciona	190	7

Selecciona y utiliza los medios de apoyo y el material complementario más adecuado para el fin del programa. B) utiliza	189	7
Transmite con efectividad los contenidos determinados.	190	7
Evalúa el impacto del programa formativo.	190	7
Elabora textos y folletos para la información y divulgación.	187	5
Conoce los diferentes medios de divulgación.	191	7
Considera la perspectiva de género y el lenguaje no sexista en la elaboración de materiales informativos.	190	7

*P: mediana de puntuación

La autopercepción de las competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario, en su mayoría obtuvieron un notable y sólo suspendió “Participa en el diseño y elaboración de una guía de práctica clínica” con 3. Están reflejadas en la tabla 31.

Puntuación 8

- “Maneja los distintos sistemas de registro que se utilizan en Atención Primaria y conoce su utilidad práctica. A) Maneja”
- “Maneja los distintos sistemas de registro que se utilizan en Atención Primaria y conoce su utilidad práctica. B) Conoce su utilidad”
- “Maneja eficientemente los programas y aplicaciones informáticas utilizadas en Atención Primaria.”

Tabla 31: Puntuaciones del formulario. M13 Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario	n	*P
Aplica las herramientas básicas de gestión por procesos a la gestión clínica.	189	6
Aplica la Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia Científica (ASBE) como instrumento para la gestión clínica.	191	6
Aplica los modelos de gestión orientados al paciente.	191	6
Utiliza en la práctica clínica los distintos instrumentos de evaluación.	191	6
Trabaja en equipo, en los diferentes ámbitos de trabajo.	189	8
Lidera, coordina y dinamiza la actividad del equipo. A) lidera	189	5
Lidera, coordina y dinamiza la actividad del equipo. B) coordina	189	6
Lidera, coordina y dinamiza la actividad del equipo. C) dinamiza	188	6

Dirige adecuadamente cualquier tipo de grupo de trabajo.	190	6
Resuelve y gestiona adecuadamente los conflictos que surjan en el equipo o grupo de trabajo.	191	6
Conoce y describe la estructura del sistema sanitario.	191	7
Conoce los diferentes modelos de organización de los equipos de AP.	190	7
Maneja los diferentes modelos de gestión y organización de la actividad en la consulta, en el domicilio, en la comunidad y en la actividad urgente. A) consulta	191	7
Maneja los diferentes modelos de gestión y organización de la actividad en la consulta, en el domicilio, en la comunidad y en la actividad urgente. B) domicilio	191	7
Maneja los diferentes modelos de gestión y organización de la actividad en la consulta, en el domicilio, en la comunidad y en la actividad urgente. C) comunidad	189	6
Maneja los diferentes modelos de gestión y organización de la actividad en la consulta, en el domicilio, en la comunidad y en la actividad urgente. D) actividad urgente	188	7
Maneja adecuadamente las herramientas que facilitan la continuidad de cuidados.	191	7
Conoce las características de los Sistemas de Información Sanitaria.	191	7
Maneja los distintos sistemas de registro que se utilizan en Atención Primaria y conoce su utilidad práctica. A) maneja	190	8
Maneja los distintos sistemas de registro que se utilizan en Atención Primaria y conoce su utilidad práctica. B) conoce su utilidad	190	8
Maneja e interpreta los indicadores de actividad más habituales en Atención Primaria. A) maneja	191	7
Maneja e interpreta los indicadores de actividad más habituales en Atención Primaria. B) interpreta	191	7
Conoce el Sistema de Información de Atención Primaria.	189	7
Maneja eficientemente los programas y aplicaciones informáticas utilizadas en Atención Primaria.	189	8
Conoce las bases teóricas y la metodología de la historia clínica electrónica. A) bases teóricas	190	7
Conoce las bases teóricas y la metodología de la historia clínica electrónica. B) metodología	191	7
Identifica carencias y hace propuestas para el desarrollo de los programas informáticos de la documentación enfermera. A) identifica carencias	191	7
Identifica carencias y hace propuestas para el desarrollo de los programas informáticos de la documentación enfermera. B) hace propuestas de desarrollo	188	6
Aplica los principios de las llamadas 5s en todos los ámbitos donde sea necesario para garantizar la seguridad de los pacientes.	184	5
Asegura la integralidad, integración y globalidad de los cuidados, minimizando la fragmentación de la atención. A) integralidad	188	7

Asegura la integralidad, integración y globalidad de los cuidados, minimizando la fragmentación de la atención. B) integración	188	7
Asegura la integralidad, integración y globalidad de los cuidados, minimizando la fragmentación de la atención. C) globalidad	187	7
Asegura la continuidad y coherencia de la labor de los distintos profesionales y establecimientos del Sistema Nacional de Salud.	188	7
Agiliza las intervenciones de los profesionales que integran el sistema de asistencia sanitaria y el sistema de asistencia social.	190	7
Optimiza y racionaliza el consumo y utilización de servicios y recursos. A) optimiza	190	7
Evita duplicidades o carencias de servicios o prestaciones. A) duplicidades	189	7
Evita duplicidades o carencias de servicios o prestaciones. B) carencias	188	7
Gestiona la asistencia sanitaria integral en los pacientes de alta complejidad.	188	7
Conoce el concepto de calidad, de mejora continua de la calidad, y los distintos componentes que la integran. A) calidad	190	7
Conoce el concepto de calidad, de mejora continua de la calidad, y los distintos componentes que la integran. B) mejora continua de la calidad	189	7
Conoce el concepto de calidad, de mejora continua de la calidad, y los distintos componentes que la integran. C) componentes	188	6
Conoce y aplica los pasos del ciclo de mejora de la calidad. A) conoce	191	6
Conoce y aplica los pasos del ciclo de mejora de la calidad. B) aplica	191	6
Conoce y emplea los distintos instrumentos que se utilizan en cada fase del ciclo. A) conoce	190	5
Conoce y emplea los distintos instrumentos que se utilizan en cada fase del ciclo. B) emplea	188	5
Conoce y maneja las herramientas de medición de la calidad percibida. A) conoce	191	5
Conoce y maneja las herramientas de medición de la calidad percibida. B) maneja	190	5
Maneja los conceptos básicos sobre la monitorización de la calidad.	191	5
Participa en el diseño y elaboración de una guía de práctica clínica.	189	3
Conoce el Modelo Europeo de Excelencia.	190	5

*P: mediana de puntuación

Por último en este apartado, la autopercepción de las competencias en investigación, se describen en la tabla 32. En este grupo de competencias las enfermeras se percibieron por debajo de 5 para la mayoría de competencias.

Puntuación 7

- “Busca y selecciona documentación clínica específica de su especialidad.
A) Busca”
- “Busca y selecciona documentación clínica específica de su especialidad.
B) Selecciona”

Tabla 32: Puntuaciones del formulario. M14 Competencias en investigación	n	*p
Entender y aplicar los conceptos centrales del método científico incluyendo la formulación de hipótesis, los errores estadísticos, e cálculo de los tamaños de muestras y los métodos estadísticos ligados al contraste de hipótesis. A) entiende	189	5
Entender y aplicar los conceptos centrales del método científico incluyendo la formulación de hipótesis, los errores estadísticos, e cálculo de los tamaños de muestras y los métodos estadísticos ligados al contraste de hipótesis. B) aplica	187	5
Fundamenta su práctica clínica cotidiana en bases científicas.	189	6
Busca y selecciona documentación clínica específica de su especialidad. A) busca	188	7
Busca y selecciona documentación clínica específica de su especialidad. B) selecciona	185	7
Lee e interpreta críticamente, con una visión aplicativa, la documentación científica.	186	6
Elabora procedimientos, protocolos y guías de práctica clínica (GPC). A) procedimientos	187	4
Elabora procedimientos, protocolos y guías de práctica clínica (GPC). B) protocolos	186	4
Elabora procedimientos, protocolos y guías de práctica clínica (GPC). C) GPC	187	4
Aplica los principios éticos de la investigación científica.	184	6
Diseño, desarrollo y elaboración de proyectos de investigación, especialmente los que estén vinculados con la especialidad. A) diseña	189	3
Diseño, desarrollo y elaboración de proyectos de investigación, especialmente los que estén vinculados con la especialidad. B) elabora	189	3
Diseño, desarrollo y elaboración de proyectos de investigación, especialmente los que estén vinculados con la especialidad. C) desarrolla	187	3
Identifica necesidades de investigación desde su práctica clínica.	189	6

Innova en el campo de la definición de diagnósticos, en enfermería familiar y comunitaria, especialmente en la atención a enfermos crónicos y dependientes, y a individuos y comunidades en situaciones de fragilidad o riesgo para su salud. A) enfermos crónicos o dependientes	185	4
Innova en el campo de la definición de diagnósticos, en enfermería familiar y comunitaria, especialmente en la atención a enfermos crónicos y dependientes, y a individuos y comunidades en situaciones de fragilidad o riesgo para su salud. B) individuos en situaciones de fragilidad o riesgo para su salud	185	4
Innova en el campo de la definición de diagnósticos, en enfermería familiar y comunitaria, especialmente en la atención a enfermos crónicos y dependientes, y a individuos y comunidades en situaciones de fragilidad o riesgo para su salud. C) comunidades en situaciones de fragilidad o riesgo para su salud	185	4
Innova en el campo de la definición de intervenciones en enfermería familiar y comunitaria, especialmente en la atención a enfermos crónicos y dependientes, y a individuos y comunidades en situaciones de fragilidad o riesgo para su salud. A) enfermos crónicos o dependientes	187	4
Innova en el campo de la definición de intervenciones en enfermería familiar y comunitaria, especialmente en la atención a enfermos crónicos y dependientes, y a individuos y comunidades en situaciones de fragilidad o riesgo para su salud. B) individuos en situaciones de fragilidad o riesgo para su salud	185	4
Innova en el campo de la definición de intervenciones en enfermería familiar y comunitaria, especialmente en la atención a enfermos crónicos y dependientes, y a individuos y comunidades en situaciones de fragilidad o riesgo para su salud. C) comunidades en situaciones de fragilidad o riesgo para su salud	183	4
Innova en el campo de la definición de resultados en enfermería familiar y comunitaria, especialmente en la atención a enfermos crónicos y dependientes, y a individuos y comunidades en situaciones de fragilidad o riesgo para su salud. A) enfermos crónicos o dependientes	186	4
Innova en el campo de la definición de resultados en enfermería familiar y comunitaria, especialmente en la atención a enfermos crónicos y dependientes, y a individuos y comunidades en situaciones de fragilidad o riesgo para su salud. B) individuos en situaciones de fragilidad o riesgo para su salud	185	4

Innova en el campo de la definición de resultados en enfermería familiar y comunitaria, especialmente en la atención a enfermos crónicos y dependientes, y a individuos y comunidades en situaciones de fragilidad o riesgo para su salud. C) comunidades en situaciones de fragilidad o riesgo para su salud	183	4
Escribe trabajos científicos propios de su especialidad.	187	2
Expone y defiende eficazmente trabajos científicos propios de su especialidad.	188	2
Transmite a los ciudadanos o a la población, de forma adaptada e inteligible, los hallazgos del conocimiento científico.	186	5

*P: mediana de puntuación

6.5 Resultados para el objetivo 3: Averiguar las necesidades de formación de las enfermeras de AP de la GAPTF para crear un banco de necesidades que oriente la formación actual y futura.

Se adoptó la escala Likert 1-10 para la valoración de la puntuación, para conseguir una traslación fácilmente entendible en nuestro medio. Como se explicó en la metodología, se consideraron los puntos de corte (pc) 5, 7 y 9.

Para este apartado, en el que se estudiaron los módulos con sus puntos de corte, se extrajo el banco de necesidades de formación de las enfermeras de la GAPTF. Si bien en los resultados para el objetivo 4 se definieron las necesidades por grupos específicos.

Así, se presentan las principales necesidades de formación de las enfermeras por módulos, atendiendo al porcentaje hasta el punto de corte. Entonces, se puede expresar que el porcentaje de enfermeras que precisan formación para autopercebirse como especialistas EFyC, especificando por módulos es:

- Por debajo de aprobado (5 puntos)
 - 59,7% M011 Salud Pública y Comunitaria
 - 55.3% M014 Investigación
 - 46.4% M010 Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario
 - 27,7% M03 Atención a la infancia
 - 27.7% M06 Salud de género sexual y reproductiva
 - 18.8% M04 Atención al adolescente

- o 18.8% M12 Docentes
- o 16.8% M13 Gestión de cuidados
- o 14.1% M08 Atención a la familia
- o 5.7% M07 Atención al anciano
- o 3.1% M09 Atención de urgencias, emergencias y catástrofes
- o 3% M02 Clínica y metodología avanzadas

El resumen del total de los módulos se presenta en la tabla 33. Y en las tablas 34 a 46 se presentan los porcentajes para cada puntuación y los porcentajes para los puntos de corte.

Tabla 33 Puntos de corte y distribución por módulos para determinar las necesidades de formación			
Módulos	% percepción <5	% percepción <7	% percepción <9
M02 Clínica y metodología avanzada	3	47.4	95.8
M03 Atención a la infancia	27.7	66.5	94.2
M04 Atención al adolescente	18.8	65.1	94.3
M05 Atención al adulto	1.6	24.5	90.6
M06 Salud de género, sexual y reproductiva	27.7	67.5	96.9
M07 Atención al anciano	5.7	31.8	91.1
M08 Atención a la familia	14.1	50.5	94.8
M09 Atención de urgencias, emergencias y catástrofes	3.1	24.6	77.0
M10 Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario	46.4	79.7	96.9
M11 Salud pública y comunitaria	59.7	88.5	98.4
M12 Docentes	18.8	49.7	92.7
M13 Gestión de cuidados	16.8	56.5	94.8
M14 Investigación	55.3	81.6	97.9

Se eligió el punto de corte 7 por considerarse la nota intermedia entre el aprobado y la excelencia y se expresó en la tabla 34.

Se observa en la tabla como hay resultados que alcanzan significación estadística para: atención a la infancia en las enfermeras que pasan consulta de adultos; atención a adolescente para los hombres y para quienes trabajan como ECE; atención al anciano en quienes no pasan consulta de adultos; atención en urgencias y emergencias en las ECE y en aquellos que se diplomaron antes de 1985; salud pública y comunitaria en quienes no son subdirectores y finalmente en las competencias docentes en quienes no realizan EpS de adultos.

Tabla 34. Significación estadística para punto de corte 7

	Género. Hombres	Educación para la Salud Adultos	Sub director	ECE	Consulta Adultos	Año Finalización estudios antes de 1985
M03 Atención a la infancia					0,006	
M04 Atención al adolescente	0,018			0,018		
M07 Atención al anciano					0,011	
M09 Atención de urgencias, emergencias y catástrofes				0,004		0,011
M11 Salud pública y comunitaria			0,031			
M12 Docentes		0,019				

Autopercepción por debajo del punto de corte 7

Autopercepción por encima del punto de corte 7

6.5.1 M02 Competencias en clínica y metodología avanzadas

Tabla 35. Distribución de las puntuaciones. M02 Clínica y metodología avanzadas										
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Porcentaje	0,0	0,0	0,5	2,6	14,6	29,7	31,3	17,2	3,1	1,0
Mediana = 7										
Punto de corte 5	3,10%					96,90%				
Punto de corte 7	47,40%						52,60%			
Punto de corte 9	95,80%									4,20%

6.5.2 M03 Competencias en atención a la infancia

Tabla 36. Distribución de las puntuaciones. M03 Atención a la infancia										
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Porcentaje	2,6	6,3	8,9	9,9	18,3	20,4	17,8	9,9	4,2	1,6
Mediana= 6										
Punto de corte 5	27,75%				72,25%					
Punto de corte 7	66,50%						33,50%			
Punto de corte 9	94,20%									5,80%

6.5.3 M04 Competencias para atención en la adolescencia

Tabla 37. Distribución de las puntuaciones. M04 Atención a la adolescencia										
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Porcentaje	1,0	4,7	5,7	7,3	25,5	20,8	17,7	11,5	3,6	2,1
Mediana=6										
Punto de corte 5	18,80%				81,20%					
Punto de corte 7	65,10%						34,90%			
Punto de corte 9	94,30%									5,70%

6.5.4 M05 Competencias en atención a la salud general en la etapa adulta

Tabla 38. Distribución de las puntuaciones. M05 Atención en la etapa adulta										
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Porcentaje	0,0	0,0	1,0	,5	6,8	16,1	33,9	32,3	7,3	2,1
Mediana=7										
Punto de corte 5	1,60%					98,40%				
Punto de corte 7	24,50%						75,50%			
Punto de corte 9	90,60%								9,40%	

6.5.5 M06 Competencias en atención a la salud sexual, reproductiva y de género.

Tabla 39. Distribución de las puntuaciones. M06 Atención sexual, reproductiva y de género										
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Porcentaje	0,5	5,2	6,8	15,2	16,8	23,0	20,9	8,4	1,6	1,6
Mediana=6										
Punto de corte 5	27,70%					72,30%				
Punto de corte 7	67,50%						32,50%			
Punto de corte 9	96,90%								3,10%	

6.5.6 M07 Competencias en atención a las personas ancianas

Tabla 40. Distribución de las puntuaciones. M07 Atención a las personas ancianas										
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Porcentaje	0,5	0,00	1,6	3,6	8,3	17,7	34,9	24,5	5,7	3,1
Mediana=7										
Punto de corte 5	5,70%					94,30%				
Punto de corte 7	31,80%						68,20%			
Punto de corte 9	91,10%								8,90%	

6.5.7 M08 Competencias en atención a las familias

Tabla 41. Distribución de las puntuaciones. M08 Atención a las familias										
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Porcentaje	0,0	2,6	3,1	8,3	15,1	21,4	28,6	15,6	3,1	2,1
Mediana=6										
Punto de corte 5	14,10%					85,90%				
Punto de corte 7	50,50%						49,50%			
Punto de corte 9	94,80%									5,20%

6.5.8. M09 Competencias en atención a urgencias, emergencias y catástrofes.

Tabla 42. Distribución de las puntuaciones. M09 Atención a urgencias, emergencias y catástrofes										
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Porcentaje	0,5	1,0	0,0	1,6	8,4	13,1	20,9	31,4	17,3	5,8
Mediana=8										
Punto de corte 5	3,10%				96,90%					
Punto de corte 7	24,60%						75,40%			
Punto de corte 9	77,00%								23,00%	

6.5.9 M10 Competencias en salud pública y comunitaria

Tabla 43. Distribución de las puntuaciones. M10 Competencias en Salud Pública y Comunitaria										
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Porcentaje	5,2	12,0	15,6	13,5	18,8	14,6	11,5	5,7	1,6	1,6
Mediana=5										
Punto de corte 5	46,40%				53,60%					
Punto de corte 7	79,70%						20,30%			
Punto de corte 9	96,90%									3,10%

6.5.10 M11 Competencias en atención a la salud en situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario

Tabla 44. Distribución de las puntuaciones. M11 atención en situaciones de fragilidad y riesgo sociosanitario										
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Porcentaje	3,7	16,8	21,5	17,8	15,2	13,6	6,8	3,1	1,6	0,0
Mediana=4										
Punto de corte 5	59,70%					40,30%				
Punto de corte 7	88,50%						11,50%			
Punto de corte 9	98,40%									1,60%

6.5.11 M12 Competencias docentes

Tabla 45. Distribución de las puntuaciones. M12 Competencias docentes										
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Porcentaje	3,7	3,7	4,7	6,8	11,5	19,4	23,6	19,4	6,3	1,0
Mediana=7										
Punto de corte 5	18,80%				81,20%					
Punto de corte 7	49,70%						50,30%			
Punto de corte 9	92,70%									7,30%

6.5.12 M13 Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario

Tabla 46. Distribución de las puntuaciones. M13 Gestión de cuidados y servicios en el ámbito comunitario										
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Porcentaje	0,0	0,0	3,7	13,1	16,2	23,6	26,7	11,5	4,7	,5
Mediana=6										
Punto de corte 5	16,80%				83,20%					
Punto de corte 7	56,50%						43,50%			
Punto de corte 9	94,80%									5,20%

6.5.13 M14 Competencias en investigación

Tabla 47. Distribución de las puntuaciones. M14 Investigación										
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Porcentaje	2,6	15,8	17,9	18,9	11,6	14,7	11,1	5,3	2,1	,0
Mediana=4										
Punto de corte 5	55,30%					44,70%				
Punto de corte 7	81,60%							18,40%		
Punto de corte 9	97,90%									2,10%

6.5.14 Banco de necesidades de formación según los puntos de corte.

Las 3 áreas prioritarias para la formación, que consigan que las enfermeras se autoperciban por encima de 5, o aprobado, que formarían las necesidades inmediatas del banco de necesidades de formación fueron:

1. Competencias en salud pública y comunitaria
2. Competencias en investigación
3. Competencias en Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario

Las áreas prioritarias para la formación que consigan que las enfermeras se autoperciban por encima de 7, o notable, que serían las siguientes en prioridad en el banco de necesidades fueron, además de las mencionadas:

1. Competencias en salud de género, sexual y reproductiva
2. Competencias en atención al adolescente
3. Competencias en atención a la infancia

Por último, las áreas para la formación, que consigan que las enfermeras se autoperciban por encima de 9, o excelentes, fueron, además de las mencionadas

1. Competencias en gestión de cuidados
2. Competencias en clínica y metodología avanzada
3. Competencias en atención a la familia

Por lo tanto, las áreas mejor posicionadas son:

1. Competencias en atención a urgencias, emergencias y catástrofes
2. Competencias en atención al adulto
3. Competencias en atención al anciano
4. Competencias docentes

6.6 Resultados para el objetivo 4: Relacionar la información obtenida del perfil profesional con la autopercepción de las competencias, para identificar las necesidades de formación por perfil profesional.

En este apartado se obtuvieron las puntuaciones necesarias para identificar las

necesidades de formación por perfil profesional.

En las tablas 49 a 65, se detallan las puntuaciones obtenidas, para las variables: género, centro de salud tipo 1 (centro de salud o consultorio local), centro de salud tipo 2 (centro, sur o norte), Educación para la salud (EpS) de pediatría, adolescente y adulto; subdirector, tutores y responsables docentes EIR de EFyC; ECE, según la consulta atendida (adultos, pediatría o ambas); por año de diplomatura (antes de 1985 o después de 1984), por grupo de acceso al examen extraordinario de la especialidad (sin grupo de acceso, con 4 años de experiencia profesional en AP, con 2 años de experiencia profesional en AP y 40 créditos de formación específica, profesor de enfermería comunitaria en escuela de enfermería); titulación académica; otra especialidad de enfermería; otra titulación académica. Junto a las puntuaciones se expresan la significación estadística y la puntuación de la muestra para facilitar la lectura.

En las tablas 66 a 78, se detallaron los puntos de corte para los perfiles profesionales: subdirectores, tutores y responsables docentes EIR de EFyC, ECE y tipo consulta atendida. Los puntos de corte, que se utilizaron para construir el banco de necesidades de formación por perfil profesional que se obtuvo, como último resultado.

6.6.1 Correlaciones entre variables que describen los perfiles profesionales

Las correlaciones entre elementos que conforman el perfil profesional se muestran en la tabla 48

		Género	Centro de salud / Consultorio Local	Centro del norte, sur o centro	EpS Adultos grupal	EpS Pediatría grupal	EpS Adolescencia grupal	Subdirector	Tutory Responsable	ECE	Consulta adultos	Consulta niños
Género	Coefficiente de correlación	1,000										
	Sig. (bilateral)	.										
	N	184										
Centro de salud / Consultorio Local	Coefficiente de correlación	-.027	1,000							>0.4 <0.7		
	Sig. (bilateral)	.716	.							>0 hasta 0.39		
	N	184	184							<0		
Centro del norte, sur o centro	Coefficiente de correlación	-.077	.583	1,000								
	Sig. (bilateral)	.302	.000	.						significación		
	N	184	184	184								
EpS Adultos grupal	Coefficiente de correlación	-.013	-.117	-.124	1,000							
	Sig. (bilateral)	.858	.115	.084	.							
	N	184	184	184	184							
EpS Pediatría grupal	Coefficiente de correlación	.037	-.181	-.184	.345	1,000						
	Sig. (bilateral)	.618	.014	.012	.000	.						
	N	184	184	184	184	184						
EpS Adolescencia grupal	Coefficiente de correlación	.037	-.127	-.129	.263	.516	1,000					
	Sig. (bilateral)	.616	.085	.081	.000	.000	.					
	N	184	184	184	184	184	184					
Subdirector	Coefficiente de correlación	.085	-.181	-.038	.083	.063	.120	1,000				
	Sig. (bilateral)	.251	.014	.610	.394	.399	.106	.				
	N	184	184	184	184	184	184	184				
Tutory Responsable	Coefficiente de correlación	.112	-.038	.072	.128	.016	.255	.090	1,000			
	Sig. (bilateral)	.130	.613	.330	.084	.830	.000	.225	.			
	N	184	184	184	184	184	184	184	184			
ECE	Coefficiente de correlación	.044	-.195	-.129	.239	.122	.230	-.015	.148	1,000		
	Sig. (bilateral)	.550	.008	.080	.001	.100	.002	.843	.244	.		
	N	184	184	184	184	184	184	184	184	184		
Consulta adultos	Coefficiente de correlación	.019	-.089	-.141	.140	-.070	-.062	-.163	.053	.040	1,000	
	Sig. (bilateral)	.785	.228	.057	.059	.347	.403	.027	.472	.589	.	
	N	184	184	184	184	184	184	184	184	184	184	
Consulta niños	Coefficiente de correlación	-.001	.070	.154	-.078	.093	.173	.122	-.077	-.032	-.795	1,000
	Sig. (bilateral)	.991	.344	.037	.295	.209	.019	.100	.299	.684	.000	.
	N	184	184	184	184	184	184	184	184	184	184	184

Tabla 48 Correlaciones entre los componentes de los perfiles profesionales*.

*Coeficiente de correlación Rho de Spearman

La tabla muestra que sólo el 29% de las correlaciones posibles son significativas. No aparecen correlaciones directas ≥ 0.7 .

Se observan correlaciones directas de fuerza media ($>0,4$ y <0.7) entre los pares:

- Centro del norte, sur o centro y centro de salud o consultorio local: 0.583 ($p < 0.001$)
- EpS pediatría grupal y EpS adultos grupal: 0.345 ($p < 0.001$)
- EpS adolescencia grupal y EpS pediatría grupal: 0.516 ($p < 0.001$)

Se observan correlaciones significativas bajas (>0 y <0.4) entre los pares:

- EpS Adolescencia Grupal y EpS adultos grupal: 0.263 ($p < 0.001$)
- Tutor y responsable docente y EpS Adolescencia grupal: 0.255 ($p < 0.001$)
- ECE y EpS Adultos grupal: 0.239 ($p = 0.001$)
- ECE y EpS Adolescencia grupal: 0.230 ($p = 0.002$)
- ECE y Tutor y responsable docente: 0.148 ($p = 0.044$)
- Consulta niños y centro del norte, sur o centro: 0.154 ($p = 0.037$)
- Consulta niños y EpS Adolescencia grupal: 0.173 ($p = 0.019$)

Se observan correlaciones significativas inversas para los pares:

- EpS Pediatría Grupal y Centro de salud / consultorio local: -0.181 ($p = 0.014$)
- EpS pediatría grupal y centro del norte, sur o centro: -0.184 ($p = 0.012$)
- Subdirector y centro de salud/ consultorio local: -0.181 ($p = 0.014$)
- ECE y Centro de salud/ consultorio local: -0.195 ($p = 0.008$)
- Consulta Adultos y subdirector: -0.163 ($p = 0.027$)
- Consulta niños y consulta adultos: -0.795 ($p < 0.001$)

6.6.2 Puntuaciones por género

Tabla 49 puntuaciones por género*			
Competencias	Mujer	Hombre	p
M02 Clínica y metodología avanzada	7(3-10)	7(4-9)	0.269
M03 Atención a la infancia	6(1-10)	5(2-10)	0.603
M04 Atención al adolescente	6(2-10)	5(1-10)	0.188
M05 Atención al adulto	7(3-10)	7(5-10)	0.564
M06 Salud de género, sexual y reproductiva	6(2-10)	5(1-10)	0.492
M07 Atención al anciano	7(3-10)	7(1-10)	0.460
M08 Atención a la familia	6(2-10)	6(2-10)	0.406
M09 Atención de urgencias, emergencias y catástrofes	7(1-10)	7(2-10)	0.356
M10 Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario	5(1-10)	5(1-10)	0.062
M11 Salud pública y comunitaria	4(1-9)	4(1-8)	0.220
M12 Docentes	6(1-10)	7(1-9)	0.058
M13 Gestión de cuidados	6(3-10)	6(3-9)	0.247
M14 Investigación	4(1-9)	5(1-8)	0.316

*Mediana (rango); p significación estadística.

En esta tabla destaca que la ausencia de diferencias entre género.

6.6.3 Puntuaciones por centro de salud tipo 1

Tabla 50 puntuaciones por Centro de salud / Consultorio Local*					
Competencias	Centro de Salud	Consultorio local	Eventual	Otros Organismos	p
M02 Clínica y metodología avanzada	7 (3-9)	6 (4-10)	7 (5-8)	6 (5-7)	0.541
M03 Atención a la infancia	5 (1-10)	6 (1-10)	6 (2-9)	6 (5-6)	0.357
M04 Atención al adolescente	6 (1-10)	6 (2-10)	6 (3-9)	6 (5-6)	0.513
M05 Atención al adulto	7 (3-10)	7 (3-10)	7 (5-9)	7 (6-7)	0.837
M06 Salud de género, sexual y reproductiva	5 (1-9)	6 (2-10)	6 (3-8)	4 (4)	0.572
M07 Atención al anciano	7 (3-10)	7 (3-10)	7 (1-9)	7 (6-7)	0.945
M08 Atención a la familia	6 (2-10)	6 (2-10)	7 (4-9)	6 (6-7)	0.722
M09 Atención de urgencias, emergencias y catástrofes	7 (1-10)	8 (5-10)	8 (5-10)	6 (5-7)	0.198
M10 Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario	5 (1-10)	4 (1-10)	5 (2-8)	5 (4-5)	0.603
M11 Salud pública y comunitaria	4 (1-9)	4 (1-9)	4 (2-7)	4 (3-5)	0.759
M12 Docentes	6 (1-9)	6 (1-10)	6 (1-9)	8 (8)	0.250
M13 Gestión de cuidados	6 (3-10)	6 (3-9)	6 (4-9)	7 (7)	0.494
M14 Investigación	4 (1-9)	4 (2-9)	5 (2-9)	7 (5-8)	0.020

*Mediana (rango); p significación estadística.

En esta tabla, se observa la inexistencia de diferencias significativas excepto para las competencias de investigación en las que los profesionales que trabajan en otros organismos se autopercebieron con una puntuación superior al resto.

6.6.4 Puntuaciones por centro de salud tipo 2

Tabla 51 puntuaciones por centro del norte, sur o centro*						
Competencias	Centro	Sur	Norte	Eventual	Otros organismos	p
M02 Clínica y metodología avanzada	6 (4-9)	7 (4-9)	7 (3-10)	7 (4-8)	6 (5-7)	0.746
M03 Atención a la infancia	5 (1-8)	6 (1-10)	5 (1-10)	6 (2-9)	6 (5-6)	0.280
M04 Atención al adolescente	6 (2-9)	6 (2-10)	6 (1-10)	6 (3-9)	6 (5-6)	0.551
M05 Atención al adulto	7 (5-10)	7 (3-10)	7 (3-10)	7 (5-9)	7 (6-7)	0.565
M06 Salud de género, sexual y reproductiva	5 (2-9)	6 (2-10)	5 (1-10)	6 (3-8)	4 (4)	0.462
M07 Atención al anciano	7 (5-10)	7 (3-10)	7 (3-10)	7 (1-9)	7 (6-7)	0.937
M08 Atención a la familia	6 (2-9)	6 (2-10)	6 (2-10)	7 (4-9)	6 (5-7)	0.731
M09 Atención de urgencias, emergencias y catástrofes	7 (4-10)	8 (5-10)	7 (2-10)	8 (5-10)	6 (5-7)	0.182
M10 Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario	5 (2-10)	5 (1-10)	4 (1-10)	5 (2-8)	5 (4-5)	0.775
M11 Salud pública y comunitaria	4 (1-10)	4 (1-8)	4 (1-9)	4 (2-7)	4 (3-5)	0.961
M12 Docentes	6 (1-9)	6 (1-9)	6 (1-10)	6 (1-9)	8 (8)	0.736
M13 Gestión de cuidados	6 (3-10)	6 (3-9)	6 (3-9)	6 (4-9)	7 (7)	0.883
M14 Investigación	4 (1-9)	4 (2-8)	4 (1-9)	5 (2-9)	7 (5-8)	0.069

*Mediana (rango); p significación estadística.

En esta tabla los aspectos a destacar son la ausencia de diferencias y la homogeneidad de las puntuaciones. Las competencias mejor valoradas fueron: atención al anciano y atención al adulto.

6.6.5 Puntuaciones para Educación para la Salud Grupal

Competencias	EpS Pe- diatría	No Eps Pedia- tria	p
M02 Clínica y metodología avanzada	6 (4-9)	7 (3-10)	0.314
M03 Atención a la infancia	6 (1-10)	6 (1-10)	0.911
M04 Atención al adolescente	6 (2-10)	6 (2-10)	0.729
M05 Atención al adulto	7 (3-10)	7 (3-10)	0.763
M06 Salud de género, sexual y reproductiva	5 (2-10)	6 (1-10)	0.396
M07 Atención al anciano	7 (4-10)	7 (1-10)	0.319
M08 Atención a la familia	6 (2-10)	6 (2-10)	0.795
M09 Atención de urgencias, emergencias y ca- tástrofes	8 (1-10)	8 (2-10)	0.640
M10 Atención a la salud ante situaciones de fra- gilidad o riesgo socio-sanitario	4 (1-10)	5 (1-10)	0.520
M11 Salud pública y comunitaria	4 (1-8)	4 (1-9)	0.666
M12 Docentes	6 (1-9)	6.5 (1- 10)	0.587
M13 Gestión de cuidados	6 (3-10)	6 (3-9)	0.617
M14 Investigación	4 (1-9)	4 (1-9)	0.509

*Mediana (rango); p significación estadística.

En esta tabla se observa la inexistencia de diferencias significativas de autopercepción entre las enfermeras que realizan EpS grupal de pediatría y el resto.

Competencias	EpS Ado- lescente	No Eps Adolescente	p
M02 Clínica y metodología avanzada	7 (5-9)	7 (3-10)	0.827
M03 Atención a la infancia	7 (2-10)	6 (1-10)	0.082
M04 Atención al adolescente	6 (2-10)	6 (1-10)	0.289
M05 Atención al adulto	7 (5-10)	7 (3-10)	0.489
M06 Salud de género, sexual y reproductiva	5 (3-10)	6 (1-10)	0.427
M07 Atención al anciano	7 (4-10)	7 (1-10)	0.504
M08 Atención a la familia	7 (3-10)	6 (2-10)	0.228
M09 Atención de urgencias, emergencias y catástrofes	8 (1-10)	8 (2-10)	0.559
M10 Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario	5 (1-10)	5 (1-10)	0.309
M11 Salud pública y comunitaria	4 (1-8)	4 (1-9)	0.252
M12 Docentes	7 (1-9)	6 (1-10)	0.462
M13 Gestión de cuidados	7 (4-9)	6 (3-10)	0.122

M14 Investigación	4 (1-8)	4 (1-9)	0.911
-------------------	---------	---------	-------

*Mediana (rango); p significación estadística.

De nuevo, en esta tabla se observa la inexistencia de diferencias en la auto-percepción de competencias entre las enfermeras que realizan EpS grupal de adolescentes y el resto de enfermeras.

Competencias	EpS Adultos	No EpS Adultos	p
M02 Clínica y metodología avanzada	7 (4-9)	7 (3-10)	0.887
M03 Atención a la infancia	5 (1-10)	6 (1-10)	0.598
M04 Atención al adolescente	6 (2-10)	6 (1-10)	0.901
M05 Atención al adulto	7 (3-10)	7 (3-10)	0.236
M06 Salud de género, sexual y reproductiva	6 (2-10)	6 (1-10)	0.454
M07 Atención al anciano	7 (4-10)	7 (1-10)	0.019
M08 Atención a la familia	6.5 (2-10)	6 (2-10)	0.234
M09 Atención de urgencias, emergencias y catástrofes	8 (1-10)	8 (2-10)	0.353
M10 Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario	5 (1-10)	5 (1-10)	0.276
M11 Salud pública y comunitaria	4 (1-9)	3 (1-9)	0.264
M12 Docentes	7 (1-9)	6 (1-10)	0.057
M13 Gestión de cuidados	6 (3-10)	6 (3-9)	0.076
M14 Investigación	4 (1-9)	4 (1-9)	0.416

*Mediana (rango); p significación estadística.

En esta tabla destaca la existencia de diferencias estadísticamente significativas para atención al anciano.

6.6.6. Puntuaciones de subdirectores de centros

Competencias	Subdirectores	No subdirectores	p
M02 Clínica y metodología avanzada	7 (5-9)	7 (3-10)	0.371
M03 Atención a la infancia	6.5 (3-10)	6 (1-10)	0.094
M04 Atención al adolescente	6 (3-10)	6 (1-10)	0.591
M05 Atención al adulto	7 (6-8)	7 (3-10)	0.747
M06 Salud de género, sexual y reproductiva	6 (2-8)	6 (1-10)	0.996
M07 Atención al anciano	7 (4-8)	7 (1-10)	0.663
M08 Atención a la familia	7 (4-9)	6 (2-10)	0.957

M09 Atención de urgencias, emergencias y catástrofes	8 (5-10)	8 (1-10)	0.909
M10 Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario	5 (1-10)	5 (1-10)	0.756
M11 Salud pública y comunitaria	5 (2-8)	4 (1-9)	0.117
M12 Docentes	7 (2-9)	6 (1-10)	0.493
M13 Gestión de cuidados	7 (4-9)	6 (3-10)	0.072
M14 Investigación	4 (1-8)	4 (1-9)	0.473

*Mediana (rango); p significación estadística.

En esta tabla destaca la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre los subdirectores y quienes no lo son.

6.6.7 Puntuaciones para Tutores y responsables docentes de EIR en EFyC

Tabla 56 puntuaciones de tutor y responsable docente*			
Competencias	Tutor y responsable docente	No tutor y responsable docente	p
M02 Clínica y metodología avanzada	7 (4-9)	6 (3-10)	0.365
M03 Atención a la infancia	6 (2-10)	6 (1-10)	0.838
M04 Atención al adolescente	6 (1-10)	6 (2-10)	0.518
M05 Atención al adulto	7 (5-10)	7 (3-10)	0.363
M06 Salud de género, sexual y reproductiva	6 (1-10)	6 (2-10)	0.356
M07 Atención al anciano	7 (5-10)	7 (1-10)	0.085
M08 Atención a la familia	6 (3-10)	6 (2-10)	0.387
M09 Atención de urgencias, emergencias y catástrofes	8 (4-10)	7 (1-10)	0.329
M10 Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario	5 (1-10)	5 (1-10)	0.736
M11 Salud pública y comunitaria	4 (1-9)	4 (1-9)	0.334
M12 Docentes	8 (5-9)	6 (1-10)	0.029
M13 Gestión de cuidados	8 (6-7)	6 (3-10)	0.346
M14 Investigación	4 (1-9)	4 (1-9)	0.220

*Mediana (rango); p significación estadística.

En esta tabla, se comprueba la presencia de diferencias estadísticamente significativas en la autopercepción de las competencias docentes entre los tutores y responsables docentes y quienes no lo son.

6.6.8 Puntuaciones de Enfermeras Comunitarias de Enlace

Competencias	ECE	No ECE	p
M02 Clínica y metodología avanzada	6 (5-8)	7 (3-10)	0.550
M03 Atención a la infancia	5 (2-8)	6 (1-10)	0.227
M04 Atención al adolescente	5 (1-7)	6 (1-10)	0.003
M05 Atención al adulto	8 (6-9)	7 (3-10)	0.192
M06 Salud de género, sexual y reproductiva	5 (1-8)	6 (2-10)	0.208
M07 Atención al anciano	9 (6-10)	7 (1-10)	<0.001
M08 Atención a la familia	7 (4-10)	6 (2-10)	0.036
M09 Atención de urgencias, emergencias y catástrofes	8 (1-10)	8 (2-10)	0.056
M10 Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario	6 (2-9)	5 (1-10)	0.066
M11 Salud pública y comunitaria	4 (2-8)	4 (1-9)	0.883
M12 Docentes	7 (3-9)	6 (1-10)	0.407
M13 Gestión de cuidados	6 (4-8)	6 (3-10)	0.728
M14 Investigación	4 (1-8)	4 (1-9)	0.581

*Mediana (rango); p significación estadística.

En esta tabla se observa cómo hay diferencias estadísticamente significativas en la autopercepción de competencias de atención al adolescente, atención al anciano y atención a la familia.

6.6.9 Puntuaciones según el tipo de consulta atendida

Competencias	Consulta adultos	No Consulta Adultos	p
M02 Clínica y metodología avanzada	7 (3-10)	7 (5-8)	0.676
M03 Atención a la infancia	5.50 (1-10)	7 (4-9)	0.001
M04 Atención al adolescente	6 (1-10)	6 (3-9)	0.082
M05 Atención al adulto	7 (3-10)	7 (5-8)	0.367
M06 Salud de género, sexual y reproductiva	6 (1-10)	6 (2-8)	0.479
M07 Atención al anciano	7 (3-10)	6 (1-8)	<0.001
M08 Atención a la familia	6 (2-10)	6 (3-8)	0.501
M09 Atención de urgencias, emergencias y catástrofes	8 (1-10)	7 (5-9)	0.186
M10 Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario	5 (1-10)	5 (1-8)	0.630
M11 Salud pública y comunitaria	4 (1-9)	5 (1-7)	0.938
M12 Docentes	6 (1-10)	6 (1-9)	0.216
M13 Gestión de cuidados	6 (3-10)	7 (4-9)	0.667
M14 Investigación	4 (1-9)	4 (2-8)	0.632

*Mediana (rango); p significación estadística.

En esta tabla, para atención en la consulta de adultos, existen diferencias estadísticamente significativas para atención a la infancia y atención al anciano.

Tabla 59 puntuaciones según el tipo de consulta atendida: pediatría*			
Competencias	Consulta Pediatría	No consul- ta Pedia- tría	p
M02 Clínica y metodología avanzada	7 (5-8)	6 (3-10)	0.575
M03 Atención a la infancia	7 (4-10)	5 (1-10)	<0.001
M04 Atención al adolescente	7 (3-10)	6 (1-10)	0.017
M05 Atención al adulto	7 (5-9)	7 (3-10)	0.792
M06 Salud de género, sexual y reproduc- tiva	6 (2-8)	6 (1-10)	0.832
M07 Atención al anciano	7 (1-9)	7 (3-10)	0.001
M08 Atención a la familia	6 (3-9)	6 (2-10)	0.927
M09 Atención de urgencias, emergencias y catástrofes	8 (5-10)	8 (1-10)	0.848
M10 Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario	5 (1-10)	5 (1-10)	0.668
M11 Salud pública y comunitaria	5 (1-8)	4 (1-9)	0.475
M12 Docentes	7 (1-9)	6 (1-10)	0.423
M13 Gestión de cuidados	7 (4-9)	6 (3-10)	0.270
M14 Investigación	5 (2-8)	4 (1-9)	0.507

*Mediana (rango); p significación estadística.

En esta tabla se observa que para la atención en consulta de pediatría, existen diferencias estadísticamente significativas para atención a la infancia, atención al adolescente y atención al anciano.

Tabla 60 puntuaciones según el tipo de consulta atendida*					
Competencias	Pedia- tría	Adultos	Ambas consul- tas	Sin con- sulta	p
M02 Clínica y metodología avanzada	7 (5-8)	7 (3-10)	7 (7-9)	6 (5-7)	0.393
M03 Atención a la infancia	7 (4-10)	5.50 (1-10)	7 (7-10)	6 (4-8)	<0.001
M04 Atención al adolescente	7 (3-10)	6 (1-10)	7 (7-10)	6 (5-8)	0.045
M05 Atención al adulto	7 (5-9)	7 (3-10)	8 (8-9)	7 (6-8)	0.297
M06 Salud de género, sexual y reproductiva	6 (2-8)	6 (1-10)	7 (7-8)	5 (4-7)	0.327
M07 Atención al anciano	7 (1-9)	7 (3-10)	8 (8-9)	7 (5-8)	<0.001
M08 Atención a la familia	6 (3-9)	6 (2-10)	9 (7-8)	7 (5-7)	0.125
M09 Atención de urgencias, emergencias y catástrofes	8 (5-10)	8 (1-10)	8 (8)	7 (5-8)	0.246
M10 Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario	5 (1-10)	5 (1-10)	8 (7-9)	6 (1-7)	0.037
M11 Salud pública y comunitaria	5 (1-8)	4 (1-9)	7 (8-10)	5 (2-6)	0.050
M12 Docentes	7 (1-9)	6 (1-10)	7 (6-10)	7 (3-8)	0.423
M13 Gestión de cuidados	7 (4-9)	6 (3-10)	8 (7-8)	7 (4-7)	0.293
M14 Investigación	5 (2-8)	4 (1-9)	7 (6-8)	3 (2-8)	0.145

*Mediana (rango); p significación estadística.

En esta tabla se observaron diferencias estadísticamente significativas para la atención a la infancia, atención al adolescente, atención al anciano, atención a la salud en situaciones de fragilidad o riesgo sociosanitario y salud pública y comunitaria.

6.6.10 Puntuaciones por año de diplomatura

Competencias	Antes de 1985	Después de 1984	p
M02 Clínica y metodología avanzada	7(4-8)	7 (3-10)	0.286
M03 Atención a la infancia	5(1-9)	6 (1-10)	0.210
M04 Atención al adolescente	6(2-10)	6 (1-10)	0.775
M05 Atención al adulto	7(5-10)	7 (3-10)	0.289
M06 Salud de género, sexual y reproductiva	6(2-10)	6 (1-10)	0.730
M07 Atención al anciano	8(3-10)	7 (1-10)	0.039
M08 Atención a la familia	7(2-10)	6 (2-10)	0.191
M09 Atención de urgencias, emergencias y catástrofes	8(1-10)	8 (2-10)	0.188
M10 Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario	5(1-9)	5 (1-10)	0.968
M11 Salud pública y comunitaria	4(1-8)	4 (1-9)	0.910
M12 Docentes	7(2-9)	6 (1-10)	0.174
M13 Gestión de cuidados	7(3-9)	6 (3-10)	0.429
M14 Investigación	4(1-8)	4 (1-9)	0.227

*Mediana (rango); p significación estadística.

En esta tabla se observaron diferencias estadísticamente significativas en atención al anciano.

6.6.11 Puntuaciones por grupo de acceso al examen extraordinario de la especialidad EFyC

Competencias	Sin grupo de acceso	4 años de experiencia profesional en AP	2 años de experiencia profesional en AP + 40 créditos de formación específica	p
M02 Clínica y metodología avanzada	6 (5-7)	7 (4-10)	6 (3-9)	0.164
M03 Atención a la infancia	4 (2-6)	6 (1-10)	6 (1-9)	0.400
M04 Atención al adolescente	5 (6-7)	6 (1-10)	6 (2-9)	0.132
M05 Atención al adulto	6 (4-7)	7 (4-10)	7 (3-9)	0.043
M06 Salud de género, sexual y reproductiva	4(4)	6 (1-10)	6 (2-9)	0.266

M07 Atención al anciano	7(4-8)	7 (1-10)	7 (3-9)	0.124
M08 Atención a la familia	6(4-6)	7 (2-10)	6 (2-9)	0.305
M09 Atención de urgencias, emergencias y catástrofes	5 (4-6)	8 (1-10)	8 (4-10)	0.014
M10 Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario	4 (1-6)	5 (1-9)	4 (1-9)	0.144
M11 Salud pública y comunitaria	2 (2-3)	4 (1-10)	4 (1-9)	0.079
M12 Docentes	5 (2-6)	7 (3-10)	6 (1-9)	0.012
M13 Gestión de cuidados	5 (4-6)	6 (1-9)	6 (3-9)	0.017
M14 Investigación	2 (1-3)	4 (1-9)	5 (1-9)	0.037

*Mediana (rango); p significación estadística.

Hay que mencionar que no hay ningún caso del supuesto de acceso extraordinario a la especialidad de profesores de enfermería comunitaria con más de dos años de experiencia, por lo que no se presentaron en la tabla.

En esta tabla se observan diferencias estadísticamente significativas en atención al adulto, atención de urgencias, emergencias y catástrofes, competencias docentes, competencias en gestión de cuidados y en investigación.

6.6.12 Puntuaciones por tipo de titulación académica

Competencias	Ninguna otra titulación académica	Otra diplomatura	Licenciatura	Máster	p
M02 Clínica y metodología avanzada	7 (3-10)	7 (6-8)	7 (6-8)	6 (4-9)	0.448
M03 Atención a la infancia	6 (1-10)	7 (1-9)	5 (2-9)	6 (1-9)	0.885
M04 Atención al adolescente	6 (1-10)	7 (3-10)	6 (4-8)	5 (2-9)	0.507
M05 Atención al adulto	7 (3-10)	8 (5-10)	7 (5-8)	7 (5-10)	0.847
M06 Salud de género, sexual y reproductiva	6 (1-10)	5 (3-10)	5 (4-8)	5 (2-9)	0.951
M07 Atención al anciano	7 (3-10)	7 (1-10)	7 (6-8)	7 (4-10)	0.571

6.- RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

M08 Atención a la familia	7 (2-10)	6 (5-10)	6 (4-7)	7 (2-9)	0.710
M09 Atención de urgencias, emergencias y catástrofes	8 (1-10)	8 (5-10)	7 (4-10)	8 (6-10)	0.312
M10 Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario	5 (1-10)	5 (2-8)	4 (2-7)	4 (1-9)	0.984
M11 Salud pública y comunitaria	4 (1-9)	4 (2-7)	5 (2-6)	4 (1-8)	0.909
M12 Docentes	6 (1-10)	7 (5-9)	7 (6-8)	6 (1-6)	0.307
M13 Gestión de cuidados	6 (3-9)	7 (5-9)	6 (4-8)	7 (3-10)	0.260
M14 Investigación	4 (1-9)	5 (3-8)	6 (3-8)	4 (1-9)	0.163

* *Mediana (rango); p significación estadística.

En esta tabla no se observaron diferencias estadísticamente significativas, por tipo de titulación académica.

6.6.13 Puntuaciones por especialidad de Enfermería

Tabla 64 Puntuaciones según otra especialidad de Enfermería*									
Competencias	Ninguna otra especialidad	Enfermería Comunitaria	Enfermería del Trabajo	Enfermería Médico Quirúrgica	Enfermería de Análisis Clínicos	Matrona	Enfermería de Pediatría y Puericultura	Enfermería Psiquiátrica	p
M02 Clínica y metodología avanzada	7 (3-10)	6 (6)	7 (5-10)	8 (8)	8 (7-8)	5 (5)	7 (4-8)	7 (5-8)	0.540
M03 Atención a la infancia	6 (1-10)	6 (6)	5 (1-10)	7 (7)	6 (5-7)	7 (7)	7 (3-9)	7 (3-9)	0.840
M04 Atención al adolescente	6 (1-10)	5 (5)	6 (3-10)	7 (7)	7 (7)	8 (8)	7 (3-9)	6 (5-10)	0.673
M05 Atención al adulto	7 (3-10)	5 (5)	8 (6-10)	7 (7)	8 (7-8)	7 (7)	8 (5-8)	8 (6-10)	0.502
M06 Salud de género, sexual y reproductiva	6 (1-10)	5 (5)	6 (3-10)	7 (7)	7 (7)	6 (6)	6 (2-8)	5 (5-10)	0.911
M07 Atención al anciano	7 (1-10)	5 (5)	7 (4-10)	7 (7)	8 (7-8)	5 (5)	7 (3-8)	8 (7-10)	0.436
M08 Atención a la familia	6 (2-10)	5 (5)	7 (4-10)	7 (7)	7(6-8)	5 (5)	6 (2-8)	7 (4-10)	0.902
M09 Atención de urgencias, emergencias y catástrofes	8 (1-10)	5 (5)	8 (5-10)	8 (8)	8 (7-8)	8 (8)	8 (2-9)	6 (5-10)	0.795
M10 Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario	5(1-10)	5 (5)	5 (1-10)	6 (6)	7 (3-7)	1 (1)	6 (2-8)	5 (2-7)	0.719
M11 Salud pública y comunitaria	4 (1-9)	5 (5)	4 (2-9)	6 (6)	6 (3-6)	5 (5)	6 (2-7)	4 (3-6)	0.909
M12 Docentes	6 (1-10)	5 (5)	7 (3-10)	8 (8)	7 (6-8)	5 (5)	7 (2-8)	7 (6-7)	0.757
M13 Gestión de cuidados	6 (3-10)	5 (5)	7 (3-9)	7 (7)	6 (6-8)	6 (6)	7 (3-8)	7 (4-8)	0.975
M14 Investigación	4 (1-9)	5 (5)	4 (2-8)	6 (6)	5 (4-8)	3 (3)	7 (2-7)	4 (3-6)	0.806

*Mediana (rango); p significación estadística.

En esta tabla no se observaron diferencias estadísticamente significativas, por puntuaciones según otra especialidad de enfermería.

6.6.14 Puntuaciones por otra titulación académica

Tabla 65 Puntuaciones por otra titulación académica*						
Competencias	Ninguna otra	Otra especialidad	Otra Licenciatura	Experto en Enfermería Comunitaria	Otro experto universitario	p
M02 Clínica y metodología avanzada	6 (4-10)	7 (4-10)	7 (3-8)	7 (5-9)	7 (5-7)	0.216
M03 Atención a la infancia	6 (1-10)	7 (1-10)	6 (2-9)	5 (1-8)	6 (1-10)	0.799
M04 Atención al adolescente	6 (2-10)	7 (3-10)	7 (3-9)	6 (4-9)	6 (1-10)	0.356
M05 Atención al adulto	7 (3-10)	7 (6-10)	7 (3-9)	8 (5-9)	8 (6-10)	0.016
M06 Salud de género, sexual y reproductiva	6 (2-10)	6 (3-10)	6 (2-7)	5 (3-8)	6 (1-10)	0.751
M07 Atención al anciano	7 (3-10)	7 (4-10)	7 (1-8)	7 (5-8)	7 (4-10)	0.037
M08 Atención a la familia	6 (2-10)	6 (3-10)	7 (3-7)	6 (2-8)	7 (2-10)	0.833
M09 Atención de urgencias, emergencias y catástrofes	7 (2-10)	8 (4-10)	8 (5-10)	8 (6-9)	8 (1-10)	0.744
M10 Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario	5 (1-10)	4 (1-10)	4 (1-8)	5 (2-7)	5 (1-10)	0.972
M11 Salud pública y comunitaria	4 (1-9)	4 (1-9)	5 (1-6)	4 (3-7)	5 (1-8)	0.513
M12 Docentes	6 (1-10)	7 (1-10)	7 (3-9)	7 (1-8)	7 (1-9)	0.560
M13 Gestión de cuidados	6 (3-9)	6 (3-10)	7 (3-9)	6 (4-8)	7 (3-9)	0.268
M14 Investigación	4 (1-9)	4 (1-9)	5 (2-8)	5 (2-7)	5 (2-8)	0.306

*Mediana (rango); p significación estadística. En esta tabla puede observarse que se

produjeron diferencias estadísticamente significativas en el caso de las competencias de atención al adulto y de atención al anciano.

6.6.15 Puntos de corte por perfil profesional

En las tablas 66 a 78 se describen los porcentajes para cada punto de corte por perfil profesional y por módulo.

Tabla 66 puntuaciones por perfil profesional										
M02 Competencias en clínica y metodología avanzadas n(%)										
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Subdirector										
Punto de corte 5	1 (4)				24(96)					
Punto de corte 7	8 (32)						17 (68)			
Punto de corte 9	24 (96)								1 (4)	
Tutor y responsable docente										
Punto de corte 5	1(2,1)				46(97,9)					
Punto de corte 7	17(36,2)						30(63,8)			
Punto de corte 9	45(95,7)								2(4,3)	
ECE										
Punto de corte 5	0(0)				13(100)					
Punto de corte 7	7(58,3)						6(41,7)			
Punto de corte 9	13(100)								0(0)	
Consulta de adultos										
Punto de corte 5	6(3,7)				158(96,3)					
Punto de corte 7	81(49,4)						83(50,6)			
Punto de corte 9	156(95,1)								8(4,9)	
Consulta de pediatría										
Punto de corte 5	0(0)				21(100)					
Punto de corte 7	7(33,3)						14(66,7)			
Punto de corte 9	20(95,2)								1(4,8)	

Tabla 67 puntuaciones por perfil profesional										
M03 Competencias en atención a la infancia n(%)										
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Subdirector										
Punto de corte 5	3 (12,5)				21 (87,5)					
Punto de corte 7	13(54,2)						11 (45,8)			
Punto de corte 9	21(87,5)								3(12,5)	
Tutor y responsable docente										
Punto de corte 5	12(25,5)				35(74,5)					
Punto de corte 7	31(66)						16(34)			
Punto de corte 9	43(91,5)								4(8,5)	
ECE										
Punto de corte 5	6(46,2)				7(53,8)					
Punto de corte 7	8(61,5)						5(38,5)			
Punto de corte 9	13(100)								0(0)	
Consulta de adultos										
Punto de corte 5	51(31,3)				112(68,7)					
Punto de corte 7	114(69,9)						49(30,1)			
Punto de corte 9	156(95,7)								7(4,3)	
Consulta de pediatría										
Punto de corte 5	1(4,8)				20(95,2)					
Punto de corte 7	7(33,3)						14(66,7)			
Punto de corte 9	17(81)								4(19)	

Tabla 68 puntuaciones por perfil profesional										
M04 Competencias en atención a la adolescencia n(%)										
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Subdirector										
Punto de corte 5	5(20)				20(80)					
Punto de corte 7	17(68)						8(32)			
Punto de corte 9	21(84)								4(16)	
Tutor y responsable docente										
Punto de corte 5	7(14,9)				40(85,1)					
Punto de corte 7	30(63,8)						17(36,2)			
Punto de corte 9	43(91,5)								4(8,5)	
ECE										
Punto de corte 5	6(46,2)				7(53,8)					
Punto de corte 7	10(76,9)						3(23,1)			
Punto de corte 9	13(100)								0(0)	
Consulta de adultos										
Punto de corte 5	33(20,1)				131(79,9)					
Punto de corte 7	109(66,5)						55(33,5)			
Punto de corte 9	156(95,1)								8(4,9)	
Consulta de pediatría										
Punto de corte 5	3(14,3)				18(85,7)					
Punto de corte 7	9(42,9)						12(57,1)			
Punto de corte 9	18(85,7)								3(14,3)	

Tabla 69 puntuaciones por perfil profesional											
M05 Competencias en atención a la salud general en la etapa adulta n(%)											
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Subdirector											
Punto de corte 5	0(0)				25(100)						
Punto de corte 7	8(32)						17(68)				
Punto de corte 9	24(96)									1(4)	
Tutor y responsable docente											
Punto de corte 5	0(0)				47(100)						
Punto de corte 7	11(23,4)						36(76,6)				
Punto de corte 9	42(89,4)									5(10,6)	
ECE											
Punto de corte 5	0(0)				13(100)						
Punto de corte 7	3(23,1)						10(76,9)				
Punto de corte 9	10(76,9)									3(23,1)	
Consulta de adultos											
Punto de corte 5	3(1,8)				161(98,2)						
Punto de corte 7	38(23,2)						126(76,8)				
Punto de corte 9	147(89,6)									17(10,4)	
Consulta de pediatría											
Punto de corte 5	0(0)				21(100)						
Punto de corte 7	5(23,8)						16(76,2)				
Punto de corte 9	20(95,2)									1(4,8)	

Tabla 70 puntuaciones por perfil profesional											
M06 Competencias en atención a la salud sexual, reproductiva y de género											
n(%)											
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Subdirector											
Punto de corte 5	9(36)				16(64)						
Punto de corte 7	16(64)						9(36)				
Punto de corte 9	25(100)									0(0)	
Tutor y responsable docente											
Punto de corte 5	12(26,1)				34(76,9)						
Punto de corte 7	26(56,5)						20(43,5)				
Punto de corte 9	44(95,7)									2(4,3)	
ECE											
Punto de corte 5	6(46,2)				7(53,8)						
Punto de corte 7	9(69,2)						4(30,8)				
Punto de corte 9	13(100)									0(0)	
Consulta de adultos											
Punto de corte 5	44(27)				119(73)						
Punto de corte 7	108(66,3)						55(33,7)				
Punto de corte 9	157(96,3)									6(3,7)	
Consulta de pediatría											
Punto de corte 5	5(23,8)				16(76,2)						
Punto de corte 7	14(66,7)						7(33,3)				
Punto de corte 9	21(100)									0(0)	

Tabla 71 puntuaciones por perfil profesional											
M07 Competencias en atención a las personas ancianas n(%)											
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Subdirector											
Punto de corte 5	3(12)					22(88)					
Punto de corte 7	8(32)						17(68)				
Punto de corte 9	24(96)									1(4)	
Tutor y responsable docente											
Punto de corte 5	0(0)					47(100)					
Punto de corte 7	11(23,4)						36(76,6)				
Punto de corte 9	42(89,4)									5(10,6)	
ECE											
Punto de corte 5	0(0)					13(100)					
Punto de corte 7	1(7,7)						12(92,3)				
Punto de corte 9	6(46,2)									7(53,8)	
Consulta de adultos											
Punto de corte 5	6(3,7)					158(96,3)					
Punto de corte 7	49(29,9)						115(70,1)				
Punto de corte 9	148(90,2)									16(9,8)	
Consulta de pediatría											
Punto de corte 5	5(23,8)					16(76,2)					
Punto de corte 7	10(47,6)						11(52,4)				
Punto de corte 9	20(95,2)									1(4,8)	

Tabla 72 puntuaciones por perfil profesional										
M08 Competencias en Atención a las familias n(%)										
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Subdirector										
Punto de corte 5	4(16)				21(84)					
Punto de corte 7	10(40)						15(60)			
Punto de corte 9	24(96)								1(4)	
Tutor y responsable docente										
Punto de corte 5	5(10,6)				42(89,4)					
Punto de corte 7	23(48,9)						24(51,1)			
Punto de corte 9	44(93,6)								3(6,4)	
ECE										
Punto de corte 5	1(7,7)				12(92,3)					
Punto de corte 7	3(23,1)						10(76,9)			
Punto de corte 9	11(84,6)								2(15,4)	
Consulta de adultos										
Punto de corte 5	24(14,6)				140(85,4)					
Punto de corte 7	84(51,2)						80(48,8)			
Punto de corte 9	154(93,9)								10(6,1)	
Consulta de pediatría										
Punto de corte 5	3(14,3)				18(85,7)					
Punto de corte 7	11(52,4)						10(47,6)			
Punto de corte 9	19(90,5)								2(9,5)	

Tabla 73 puntuaciones por perfil profesional										
M09 Competencias en atención a urgencias, emergencias y catástrofes n(%)										
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Subdirector										
Punto de corte 5	1(4)				24(96)					
Punto de corte 7	6(24)					19(76)				
Punto de corte 9	20(80)								5(20)	
Tutor y responsable docente										
Punto de corte 5	2(4,3)			44(95,7)						
Punto de corte 7	10(21,7)						36(78,3)			
Punto de corte 9	32(69,6)								14(30,4)	
ECE										
Punto de corte 5	3(23,1)				10(76,9)					
Punto de corte 7	5(38,5)					8(61,5)				
Punto de corte 9	11(84,6)								2(15,4)	
Consulta de adultos										
Punto de corte 5	6(3,7)				157(96,3)					
Punto de corte 7	40(24,5)					123(75,5)				
Punto de corte 9	124(76,1)								39(23,9)	
Consulta de pediatría										
Punto de corte 5	0(0)				21(100)					
Punto de corte 7	5(23,8)					16(76,2)				
Punto de corte 9	19(90,5)								2(9,5)	

Tabla 74 puntuaciones por perfil profesional										
M10 Competencias en atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario. n(%)										
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Subdirector										
Punto de corte 5	11(44)				14(56)					
Punto de corte 7	19(66)						6(24)			
Punto de corte 9	24(96)								1(4)	
Tutor y responsable docente										
Punto de corte 5	21(44,7)				26(53,3)					
Punto de corte 7	39(83)						8(17)			
Punto de corte 9	44(93,6)								3(6,4)	
ECE										
Punto de corte 5	4(38,8)				9(69,2)					
Punto de corte 7	8(61,5)						5(38,5)			
Punto de corte 9	11(84,6)								2(15,4)	
Consulta de adultos										
Punto de corte 5	76(46,3)				88(53,7)					
Punto de corte 7	131(79,9)						33(20,1)			
Punto de corte 9	158(96,3)								6(3,7)	
Consulta de pediatría										
Punto de corte 5	10(47,6)				11(52,4)					
Punto de corte 7	16(76,2)						5(23,8)			
Punto de corte 9	20(95,2)								1(4,8)	

Tabla 75 puntuaciones por perfil profesional										
M11Competencias en Salud Pública y comunitaria n(%)										
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Subdirector										
Punto de corte 5	10(40)					15(60)				
Punto de corte 7	20(80)						5(20)			
Punto de corte 9	25(100)									0(0)
Tutor y responsable docente										
Punto de corte 5	25(53,2)					22(46,8)				
Punto de corte 7	43(91,5)						4(8,5)			
Punto de corte 9	47(100)									0(0)
ECE										
Punto de corte 5	7(53,8)					6(46,2)				
Punto de corte 7	11(84,6)						2(15,4)			
Punto de corte 9	13(100)									0(0)
Consulta de adultos										
Punto de corte 5	101(62)					62(38)				
Punto de corte 7	144(88,3)						19(11,7)			
Punto de corte 9	160(98,2)									3(1,8)
Consulta de pediatría										
Punto de corte 5	10(47,6)					11(52,4)				
Punto de corte 7	18(85,7)						3(14,3)			
Punto de corte 9	21(100)									0(0)

Tabla 76 puntuaciones por perfil profesional										
M12 Competencias docentes n(%)										
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Subdirector										
Punto de corte 5	4(16)				21(84)					
Punto de corte 7	9(36)					16(64)				
Punto de corte 9	23(92)								2(8)	
Tutor y responsable docente										
Punto de corte 5	5(10,6)				42(89,4)					
Punto de corte 7	17(36,2)					30(63,8)				
Punto de corte 9	43(91,5)								4(8,5)	
ECE										
Punto de corte 5	2(15,4)				11(84,6)					
Punto de corte 7	5(38,5)					8(61,5)				
Punto de corte 9	12(92,3)								1(7,7)	
Consulta de adultos										
Punto de corte 5	30(18,4)				133(81,6)					
Punto de corte 7	83(50,9)					80(49,1)				
Punto de corte 9	151(92,6)								12(7,4)	
Consulta de pediatría										
Punto de corte 5	5(23,8)				16(76,2)					
Punto de corte 7	10(47,6)					11(52,4)				
Punto de corte 9	20(95,2)								1(4,8)	

Tabla 77 puntuaciones por perfil profesional											
M13 Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario n(%)											
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Subdirector											
Punto de corte 5	2(8)				23(92)						
Punto de corte 7	8(32)						17(68)				
Punto de corte 9	24(96)									1(4)	
Tutor y responsable docente											
Punto de corte 5	5(10,6)				42(89,4)						
Punto de corte 7	21(44,7)						26(55,3)				
Punto de corte 9	46(97,9)									1(2,1)	
ECE											
Punto de corte 5	2(15,4)				11(84,6)						
Punto de corte 7	7(53,8)						6(46,2)				
Punto de corte 9	13(100)									0(0)	
Consulta de adultos											
Punto de corte 5	29(17,8)				134(82,2)						
Punto de corte 7	97(59,5)						66(40,5)				
Punto de corte 9	154(90,5)									9(5,5)	
Consulta de pediatría											
Punto de corte 5	2(9,5)				19(90,5)						
Punto de corte 7	9(42,9)						12(57,1)				
Punto de corte 9	20(95,2)									1(4,8)	

Tabla 78 puntuaciones por perfil profesional										
M14 Competencias en Investigación n(%)										
Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Subdirector										
Punto de corte 5	16(64)				9(36)					
Punto de corte 7	18(72)						7(28)			
Punto de corte 9	25(100)								0(0)	
Tutor y responsable docente										
Punto de corte 5	23(48,9)				24(51,1)					
Punto de corte 7	33(70,2)						14(29,8)			
Punto de corte 9	47(100)								0(0)	
ECE										
Punto de corte 5	7(53,8)				6(46,2)					
Punto de corte 7	11(84,6)						2(15,4)			
Punto de corte 9	13(100)								0(0)	
Consulta de adultos										
Punto de corte 5	91(56,2)				71(43,8)					
Punto de corte 7	134(82,7)						28(17,3)			
Punto de corte 9	158(97,5)								4(2,5)	
Consulta de pediatría										
Punto de corte 5	10(47,6)				11(52,4)					
Punto de corte 7	17(81)						4(19)			
Punto de corte 9	21(100)								0(0)	

6.6.16 Banco de necesidades de formación por perfil profesional

Subdirector

Para alcanzar aprobado (≥ 5 puntos) sería necesaria la formación en:

1. Competencias en investigación
2. Competencias en atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo sociosanitario
3. Competencias en salud pública y comunitaria

Para alcanzar notable (≥ 7 puntos). Además de las mencionadas:

1. Competencias en atención a la adolescencia
2. Competencias en salud sexual, reproductiva y de género
3. Competencias en atención a las familias

Para alcanzar excelente (≥ 9 puntos). Además de las mencionadas:

1. Competencias en atención general en la etapa adulta
2. Competencias en atención a las personas ancianas
3. Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario

El grupo de competencias con mayor porcentaje de subdirectores con puntuación igual o mayor que 9 fue Atención a urgencias emergencias y catástrofes.

Tutor y responsable docente

Para alcanzar aprobado (≥ 5 puntos) sería necesaria la formación en:

1. Competencias en salud pública y comunitaria
2. Competencias en investigación
3. Competencias en atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo sociosanitario

Para alcanzar notable (≥ 7 puntos). Además de las mencionadas:

1. Competencias en atención a la infancia
2. Competencias en atención a la adolescencia
3. Competencias en salud sexual, reproductiva y de género

Para alcanzar excelente (≥ 9 puntos). Además de las mencionadas:

1. Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario.
2. Competencias en atención a las familias
3. Competencias el clínica y metodología avanzadas

El grupo de competencias con mayor porcentaje de tutores y responsables docentes EFyC con puntuación igual o mayor que 9 fue Atención a urgencias emergencias y catástrofes.

Este grupo de profesionales tuvo un mayor porcentaje de puntuaciones por debajo de los puntos de corte 5, 7 y 9. Por tanto su formación debería ser prioritaria. Teniendo en cuenta el desarrollo competencial de la especialista EFyC la formación de tutores y responsables docentes EFyC debería ser una decisión estratégica.

ECE

Para alcanzar aprobado (≥ 5 puntos) sería necesaria la formación en:

1. Competencias en investigación
2. Competencias en salud pública y comunitaria
3. Competencias en atención a la infancia, Competencias en atención a la adolescencia, Competencias en salud sexual reproductiva y de género

Para alcanzar notable (≥ 7 puntos). Además de las mencionadas:

1. Competencias en atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario.
2. Competencias en clínica y metodología avanzadas
3. Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario

Para alcanzar excelente (≥ 9 puntos). Además de las mencionadas:

1. Competencias docentes
2. Competencias en atención a urgencias, emergencias y catástrofes
3. Competencias en atención a las familias

El grupo de competencias con mayor porcentaje de ECE que tuvo una puntuación más alta es el de competencias en atención a las personas ancianas.

Enfermeros en consulta de adultos

Para alcanzar 5 como aprobado sería necesaria la formación en:

1. Competencias en salud pública y comunitaria.
2. Competencias en investigación.
3. Competencias en atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo sociosanitario.

Para alcanzar 7 como notable. Además de las mencionadas:

1. Competencias en atención a la infancia.
2. Competencias en atención a la adolescencia.
3. Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y

comunitario.

Para alcanzar 9 como excelencia. Además de las mencionadas:

1. Competencias en salud sexual, reproductiva y de género.
2. Competencias en atención a las familias.
3. Competencias docentes.

Las competencias mejor puntuadas por los enfermeros en consulta de adultos fue el grupo de competencias en atención a urgencias, emergencias y catástrofes.

Enfermeros en consulta de pediatría

Para alcanzar aprobado (≥ 5 puntos) sería necesaria la formación en:

1. Competencias en atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo sociosanitario.
2. Competencias en salud pública y comunitaria.
3. Competencias en investigación.

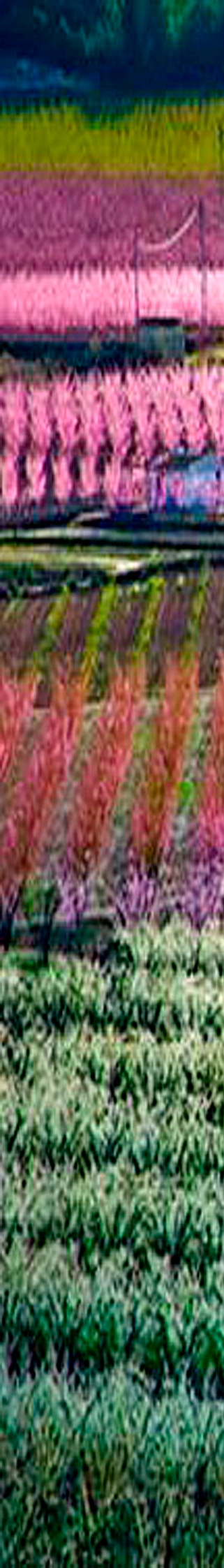
Para alcanzar notable (≥ 7 puntos). Además de las mencionadas:

1. Competencias en salud sexual, reproductiva y de género.
2. Competencias en atención a las familias.
3. Competencias en atención a las personas ancianas, Competencias docentes.

Para alcanzar excelente (≥ 9 puntos). Además de las mencionadas:

1. Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario
2. Competencias en atención a urgencias, emergencias y catástrofes.
3. Competencias en atención a la salud general en la etapa adulta.

Las competencias mejor puntuadas fueron el grupo de competencias en atención a la infancia.



DISCUSIÓN

7 Discusión

En esta investigación, los resultados principales fueron:

- Se distribuyeron las competencias para el estudio de la especialidad de EFyC en función de los 2 años EIR, atendiendo a la complejidad y a la madurez profesional de los EIR.
- La autopercepción de la capacidad de desempeño de las competencias EFyC por parte de las enfermeras de AP de la GAPTF, describieron sus necesidades de formación.

La trasposición de los resultados de este trabajo es posible en la medida en que las poblaciones tengan características similares a la muestra estudiada. En España, la similitud entre poblaciones enfermeras, debería producir resultados similares. Investigaciones posteriores con idéntica metodología y similar instrumento, darán la medida de la validez externa del resultado. Esto, no afecta a los resultados de la validez interna que está asegurada en función de la representatividad.

El marco conceptual de oportunidades de mejora basado en competencias, tiene como marco de referencia el desempeño de los trabajadores excelentes. La formación que se diseña para las enfermeras con un desempeño básico o medio, es altamente productiva para pasar al siguiente nivel de desempeño. El uso de un modelo de competencias, ayuda a las personas a entender las carencias y las necesidades del conjunto ¹¹¹. En parte está justificado, en la motivación para el desempeño descrita por McClelland ¹¹², quien defendió que ésta, parte de la participación y de la pertenencia al grupo. En este caso, es posible identificar el grupo, la pertenencia y el modelo de competencias. Siendo la formación y el desarrollo en competencias un elemento aglutinador y motivador.

Las correlaciones entre las diferentes áreas de competencias son directas y alcanzan la significación estadística, en el 100% de los casos. Esto indica una estructura única de competencias relacionadas en el mismo sentido.

Por otra parte, las correlaciones más fuertes muestran una relación entre la salud pública, las situaciones de riesgo sociosanitario y la investigación. La atención al anciano con la atención a la familia y con la atención al adulto. Y por otra la atención al adolescente con la salud sexual, de género y reproductiva y con la atención a la infancia.

7.1 El análisis cualitativo

Los resultados que ofrece el trabajo con investigación cualitativa enriquecen la

visión y la percepción que, a partir de las competencias que marca la legislación, debe desarrollar la enfermera especialista en EFyC.

La bondad de utilizar los métodos cualitativos aporta flexibilidad para adaptar la metodología a los hallazgos de la investigación. La técnica de focus group permite que aparezcan cuestiones que, de otra forma, no pueden conocerse. El hecho de trabajar con preguntas abiertas, favorece la expresión de las posiciones, opiniones y conceptos, en contraposición al uso de cuestionarios cerrados en los que se contesta a lo que pregunta el encuestador. En este caso, ha permitido encontrar información acerca del trabajo actual de las enfermeras de AP en la GAPTF. Según los participantes, este se desarrolla en mayor extensión o más concretamente que lo definido por la legislación, como ejemplifica el caso del trabajo con los cuidadores de los pacientes dependientes, confinados o institucionalizados.

En este estudio, la previsión inicial de trabajo era un día con grupos focales. Se esperaba obtener información suficiente en las discusiones de los grupos para conseguir estructurar los resultados. Sin embargo, las conclusiones de los grupos permitieron ampliar la metodología de trabajo, enriqueciendo los resultados. Se detectó la necesidad de desplegar y separar los conceptos dentro de las competencias EFyC para definir el itinerario formativo, y concretar los resultados detectados en el focus group. Como consecuencia, se decidió ampliar la metodología para trabajar con la técnica semicualitativa Delphi.

Con esta técnica, se consigue alcanzar un consenso entre expertos, concretando la información y diseñando un itinerario formativo acorde a la madurez profesional de los residentes. Siempre desde el consenso de expertos. Las competencias así tratadas pueden convertirse en un mapa de competencias ¹¹³ para la formación de los residentes. La técnica semicualitativa Delphi, permite llegar a un consenso y en el caso de las competencias, se utiliza con asiduidad para la elaboración de mapas enfocados a la evaluación, a la gestión, a la formación y a la acreditación.

Cabe destacar los resultados de los focus group respecto a las diferencias encontradas sobre las competencias que marca la normativa y las competencias que se realizan en la práctica. En un principio, se plantearon tres preguntas para los grupos que, en el desarrollo en la discusión, produjeron cinco áreas temáticas al realizar el análisis.

La normativa es de reciente incorporación (2010) y no se han descrito los puestos de trabajo para las enfermeras especialistas EFyC. De hecho las primeras promociones no están trabajando como especialistas como se describió en el apartado “el estado actual del tema”, por lo que el camino no ha hecho más que

empezar. Estas diferencias son áreas de mejora de la práctica enfermera. Un reto para el sistema sanitario centrado en la salud y para las propias enfermeras.

En la selección de competencias parece que no todas valen, y menos cuando se trata de encuadrar la legislación profesional. En este sentido, pueden determinarse las competencias necesarias a través del análisis del trabajo, observando cómo hace su trabajo una enfermera de alto rendimiento, a través de la observación y entrevista de incidentes críticos y la forma de resolución, y a través de la definición previa de un perfil profesional ¹¹⁴. Es el caso de la orden SAS 1729/2010 de 17 de junio, como ya se dijo en la introducción, está elaborada por especialistas en EFyC que conocen la profesión y el desarrollo en España. Como se verá más adelante, esta idea se refuerza con los resultados obtenidos en el estudio de las correlaciones de las competencias, dónde se observa la coherencia interna del bloque total de las competencias estudiadas.

En el caso de las competencias que se determinan como que “pueden ampliarse”, se refleja el desarrollo incipiente, por ejemplo, de los equipos de coordinación avanzada en el caso de urgencias, emergencias y catástrofes, la escasa y desigual repercusión de la EPA en nuestro país, en función de la comunidad autónoma ¹¹⁵. O el caso de las ECE en la gestión de los cuidadores o los aspectos psicosociales.

Aquellas competencias que están definidas siguiendo una estrategia de máximos, como es el caso de las competencias en salud sexual, reproductiva y de género, se reproducen las experiencias de áreas geográficas que, carecen de enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología o dónde el área de dispersión es muy amplia para disponer de todos los servicios de forma inmediata. En estas áreas geográficas, es dónde la enfermera comunitaria, ejerce estas competencias con frecuencia.

En las competencias a desarrollar, se reproduce la experiencia de los grupos focales respecto a los tutores y responsables docentes. En tanto que se consideran necesarias herramientas de comunicación persuasiva, autonomía del paciente, seguridad del paciente y de violencia de género. Además coincide, por otra parte, con la necesidad de su desarrollo, como sucede con algunas estrategias puestas en marcha por el Ministerio de Sanidad como SiNAPS ¹¹⁶ para la seguridad del paciente o la estrategia para la erradicación de la violencia de género ¹¹⁷.

Sobre la gestión de conocimiento, se considera necesario atender a las demandas crecientes tanto legislativas como de los usuarios. La precisión diagnóstica es una preocupación para las enfermeras porque la planificación de cuidados depende de ello. La adquisición de competencias en la prescripción debe ser un

logro institucional, ya que el desarrollo legislativo marcará los próximos años en este sentido. Las preocupaciones desde el punto de vista de la macro gestión que se derivan de este desarrollo, tienen que ver con un enfoque ligado a la seguridad del paciente coherente con el nuevo rol y también a un enfoque pater-nalista de la actividad enfermera ¹¹⁸.

En las particularidades de la formación, se agruparon aspectos muy específicos que surgen del trabajo cotidiano, como el trabajo en equipo ¹¹⁹⁻¹²². Se reconoce que existe la necesidad de trabajar en un equipo multiprofesional en AP, resulta concordante con lo encontrado en la literatura científica al respecto ¹²³.

En la planificación de la formación, se definieron las áreas transversales para los EIR, como Calidad, investigación, evidencia clínica, participación comunitaria e intervención familiar. Este apartado temático se mezcla con los aspectos definidos en las competencias que deben estudiarse en el 1er curso EIR y en el 2º curso EIR. Ello es debido a la complejidad y amplitud de las competencias que se abordan. Esta complejidad, produjo que se utilizara la metodología Delphi para completar esta parte del análisis.

Los resultados obtenidos en el Delphi muestran una distribución de competencias atendiendo a criterios de madurez profesional. Claramente se ve representado en dos bloques de competencias: atención a urgencias, emergencias y catástrofes, que íntegramente se considera que deben ser estudiadas en el primer año EIR, mientras que atención a la salud ante situaciones de riesgo socio-sanitario, se considera que debe estudiarse en el segundo año, cuando se piensa que el EIR de la especialidad de EFyC está más preparado profesionalmente para abordarlas con éxito.

Otros ejemplos se producen dentro de los grupos de competencias, como en las competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito comunitario, donde el “trabajo en equipo” formaba parte de la formación EIR1, o el “manejo de los diferentes modelos de gestión y organización de la actividad en la consulta, en el domicilio y en la actividad urgente”, se consideraba como formación en EIR1 y esta competencia, enfocada al trabajo en la comunidad en EIR2.

La experiencia del grupo de panelistas Delphi, ha aportado una visión del conjunto coherente con la madurez profesional de los EIR y con la implicación en la formación EIR de los profesionales participantes.

No se ha pretendido, con el análisis Delphi, establecer niveles de competencias ¹²⁴, sino facilitar la formación a los tutores y responsables docentes y el aprendizaje a las enfermeras EIR de EFyC. Aunque, por otra parte, sienta las bases para su desarrollo.

Diferentes autores, describen limitaciones al trabajo con la técnica semicualitativa Delphi ¹²⁵. Por una parte la heterogeneidad en la interpretación de las preguntas abiertas o cerradas por parte de los panelistas. Por otra parte la dificultad en la interpretación de las respuestas por parte de los investigadores. En este estudio, se realizó una sola pregunta para obtener los resultados. Esta se construyó a partir de las conclusiones de los grupos focales. Es decir; se limitan las respuestas al ser una única pregunta disminuyendo también las dificultades en la interpretación de los panelistas y simplificando el análisis a la investigadora.

7.2 El análisis cuantitativo

Los resultados obtenidos ofrecieron una información muy valiosa sobre cómo se ven las enfermeras con respecto a las competencias que marca la normativa. Los datos encontrados hablan de competencias que necesitan formación: Salud pública y comunitaria, Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario e Investigación. Otras competencias que tienen una alta autopercepción: Clínica y metodología avanzada, atención al adulto, atención al anciano y atención a urgencias, emergencias y catástrofes, son los grupos de competencias que obtienen una mayor puntuación.

En el primer caso, existen competencias de salud pública y comunitaria que se recogen en la legislación y que tradicionalmente, realizan otros profesionales en la GAPTF como, “Colaborar en la gestión de actividades de inspección y registro sanitario de alimentos, establecimientos públicos y medio ambiente”. Por otra parte, la heterogeneidad de las puntuaciones y la baja puntuación general del módulo, se relacionan con el propio desempeño de la enfermera en el momento actual, la progresiva implantación de la normativa tanto de la orden SAS/1729/2010, como de la ley general de salud pública y por tanto, el reflejo en la percepción de las competencias.

En el segundo caso, la Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario es una competencia que se realiza por una parte de las enfermeras, en especial ECE, lo que justifica también que la percepción general sea menor. Sobre las competencias en investigación, la homogeneidad en la baja puntuación, expresa la deficiencia en este sentido y la necesidad de seguir trabajando y abordando investigaciones ajustadas a las particularidades del desempeño.

En resumen, aparecen oportunidades de mejora en la gestión clínica de los cuidados y en la planificación estratégica de la formación para el desarrollo de las competencias enfermeras en la GAPTF.

Puesto que la legislación ofrece la posibilidad del cambio en el desarrollo com-

petencial, cabría esperar que la gestión sanitaria asumiera este papel conductor. Y cabría esperar que las enfermeras se convirtieran en motores del cambio ¹²⁶. Para esto, es necesario el desarrollo de la inteligencia social enfermera ¹²⁷.

En general, independientemente al módulo al que pertenezcan, suspenden las competencias relacionadas con la planificación, dirección, diseño, desarrollo, contacto con los medios de comunicación y calidad. Fundamentalmente porque no se desarrollan en el trabajo cotidiano como tal, en algunos casos porque la planificación, dirección y diseño, se hacen de forma centralizada en la macro o en la meso gestión. En otros casos por propias deficiencias organizativas de la gestión clínica.

En cuanto al banco de necesidades de formación, son las carencias identificadas las que señalan la necesidad de formación. Se consideraron prioritarios los módulos de competencias con mayor porcentaje de puntuaciones por debajo de aprobado por marcar el aprobado la nota mínima para su desarrollo. A estos módulos siguen los que están por debajo del notable y en último lugar en prioridad aquellos por debajo de la nota excelente.

Se obtiene una correlación escasa entre los componentes del perfil profesional. Son especialmente llamativas las correlaciones inversas halladas entre los perfiles. Estas dos cuestiones, parecen apoyar la existencia de 4 perfiles profesionales básicos en la enfermería de AP de la GAPTF: Enfermería de adultos, Enfermería de pediatría, ECE y Subdirectores. Con autopercepción de competencias diferentes entre sí. De hecho, esto es coherente con el análisis diferenciado de la autopercepción de competencias por perfiles profesionales.

También es interesante señalar las correlaciones directas que se establecen entre la competencia de EpS grupal en sus diferentes vertientes; adultos, pediatría y adolescencia. Esto parece indicar que una competencia transversal, cuando se adquiere, es independiente del perfil profesional.

Existen diferencias con el módulo de atención a la infancia, respecto de quienes prestan atención en consulta de adultos, explicable por la experiencia profesional, ya que quienes prestan atención en consulta de adultos, no lo hacen en pediatría. También existen diferencias en relación a la atención al adolescente respecto al género masculino del profesional, posiblemente por la experiencia vital de estos: esta misma competencia de atención al adolescente, también tiene diferencias en el caso de las ECE, posiblemente porque en su experiencia profesional no es probable que traten con adolescentes.

Las diferencias respecto al módulo de atención al anciano, tienen relación con quienes no pasan la consulta de adultos, porque no presentan la experiencia

profesional de forma específica.

El módulo de atención en urgencias, emergencias y catástrofes presenta diferencias con las ECE, posiblemente porque no realizan atención continuada, guardias o atención urgente de forma habitual, y este mismo motivo es probable también para quienes terminaron la formación antes de 1985, ya que a partir de los 55 años se está exento de la obligación de hacer guardias.

En el módulo de salud pública y comunitaria, las diferencias se establecen para quienes no son subdirectores. Es decir; la percepción de desempeño de este grupo de competencias es peor para el grupo de enfermeras que no son subdirectores. La explicación posible para esta diferencia vendría dada por el desempeño profesional de los subdirectores, quienes sí realizan en mayor medida que el resto, competencias de este módulo.

Por último, existen diferencias para quienes no realizan EpS de adultos, con relación a las competencias docentes, posiblemente porque proporcionalmente la EpS de adultos se realiza en mayor medida en la GAPTF, que para el resto de perfiles profesionales.

En estudio de las medias por perfil profesional, no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres.

Las enfermeras que trabajan en centro de salud, independientemente del tipo (centro de salud / consultorio local, centro, norte o sur, o eventuales), se percibieron con una puntuación menor del aprobado para las competencias de investigación. Frente a las que trabajan en otros organismos cuya puntuación alcanza el notable. Hecho explicable por el desarrollo del trabajo posiblemente con investigaciones diferentes en función del organismo.

Los centros de salud tipo 2 fueron muy homogéneos en cuanto a su autopercepción de competencias, Las puntuaciones máximas obtenidas por: clínica y metodología avanzadas, atención al anciano, atención al adulto y atención a urgencias, emergencias y catástrofes reflejan en gran medida la experiencia diaria y la experiencia acumulada por estos profesionales. Por el contrario, las bajas puntuaciones en investigación, y salud pública revelan la inexperiencia en éstas áreas.

En cuanto a la EpS grupal de pediatría, no se observaron diferencias entre quienes realizan EpS grupal de pediatría y el resto. Las puntuaciones mínimas se obtuvieron para investigación, salud pública y comunitaria, y atención a la salud ante situaciones de riesgo socio-sanitario. La máxima puntuación se obtuvo para Atención a urgencias, emergencias y catástrofes.

En cuanto a la EpS grupal de adolescentes, no se observaron diferencias entre quienes realizan EpS grupal de adolescentes y el resto. Las puntuaciones mínimas se obtuvieron para investigación, salud pública y comunitaria. La máxima puntuación se obtuvo para atención a urgencias, emergencias y catástrofes.

En EpS grupal de adultos, se observaron diferencias para atención al anciano entre quienes la realizan y el resto de las enfermeras. Mostrando una mayor homogeneidad en la autopercepción por quienes realizan EpS grupal de adultos.

La autopercepción de las competencias docentes entre los tutores y responsables docentes y quienes no lo son indicando mayor percepción y homogeneidad en el grupo de tutores, lo que produjo las diferencias.

La autopercepción de las ECE presentó diferencias para atención al adolescente, atención al anciano y atención a la familia, respecto al resto de enfermeras indicando que hay una mayor homogeneidad en las ECE.

En cuanto a la atención en la consulta de adultos, se observaron diferencias para atención a la infancia y atención al anciano. De nuevo los resultados parecen coherentes con la práctica habitual de las enfermeras. En atención a la infancia, la puntuación fue menor que el resto de las enfermeras. En atención al anciano, la puntuación fue mayor que el resto de las enfermeras. Se obtienen las menores puntuaciones para investigación y para salud pública y comunitaria y la mayor puntuación para Atención de urgencias, emergencias y catástrofes.

La atención en consulta de pediatría halló diferencias para atención a la infancia, atención al adolescente y atención al anciano. La puntuación obtenida en los dos primeros casos fue mayor en las enfermeras de consulta de pediatría que en el resto, mientras que en el tercer caso la puntuación fue igual y el rango es más amplio para la consulta de pediatría. Aspecto coherente con la práctica profesional, ya que en la consulta de pediatría no se tiene contacto con la atención a las personas ancianas. Las puntuaciones más bajas se obtuvieron para investigación, salud pública y comunitaria y atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario. La mayor puntuación se obtuvo para atención de urgencias, emergencias y catástrofes.

En las puntuaciones según el tipo de consulta atendida, se encontraron diferencias para la atención a la infancia, atención al adolescente, atención al anciano, atención a la salud en situaciones de fragilidad o riesgo sociosanitario y salud pública y comunitaria. Las puntuaciones obtenidas son mayores y más homogéneas para la variable de “ambas consultas”.

En las puntuaciones según el año de diplomatura se produjeron diferencias en atención al anciano. La mayor puntuación y más homogénea, la obtuvo el grupo

de enfermeras cuyo año de diplomatura es anterior a 1985. Esto podría justificarse desde la experiencia profesional, ya que una mayor experiencia profesional llevaría a una formación más amplia en este sentido.

En las puntuaciones por grupo de acceso al examen extraordinario de EFyC, se observaron diferencias en atención al adulto, atención de urgencias, emergencias y catástrofes, competencias docentes, competencias en gestión de cuidados y en investigación. La autopercepción fue menor en el caso de las enfermeras que no tenían acceso extraordinario al título de especialista. Este aspecto está en concordancia con la formación que se produce con la experiencia profesional.

En cuanto a la autopercepción de puntuaciones por tipo de titulación académica, no se observaron diferencias para ningún módulo, lo que indica que disponer o no de una titulación académica diferente al título de enfermera no produce diferencias en la autopercepción de las competencias EFyC.

Como en el caso anterior, la autopercepción de puntuaciones por otra especialidad de enfermería, no se observaron diferencias para ningún módulo, lo que indica que disponer o no de una especialidad de enfermería no produce diferencias en la autopercepción de las competencias EFyC. En el caso de la especialidad de enfermería comunitaria, es necesario decir que la especialidad a la que se hace referencia, es anterior al decreto de especialidades y por tanto, aunque en vigor, no compartió el plan de estudios de las competencias que se estudiaron en esta investigación.

En el caso de la autopercepción de competencias por otra titulación académica, se observaron diferencias en el caso de las competencias de atención al adulto y de atención al anciano. En ambos casos en relación a la titulación de experto en enfermería comunitaria.

El banco de necesidades de formación por perfil profesional permitió identificar las necesidades específicas para cada grupo de profesionales. Esto favorece la planificación de la estrategia de formación en función de los resultados deseados que pueden programarse: aprobado, notable o excelente. Además, supone la optimización de recursos en función del desarrollo competencial programado para cada grupo.

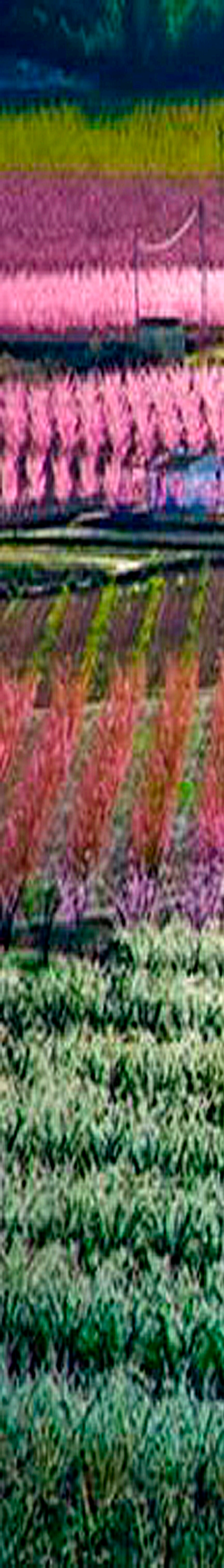
En una reciente revisión de la bibliografía ¹²⁸, se realizó un análisis de las competencias de las enfermeras en 29 países de todos el mundo, incluido España, encontrando 17 competencias que son comunes a los roles de la EPA: Investigación, liderazgo clínico y profesional, monitorización y entrenamiento profesional, colaboración y relación interprofesional, experto en juicio clínico, práctica legal y ética, educación y formación, gestión de la calidad y seguridad, consultoría,

gestión de cuidados, práctica basada en la evidencia, autonomía profesional, promoción de la salud, comunicación, competencias culturales, abogacía y gestión del cambio. Esto pretende identificar un mapa de competencias internacional de la EPA a partir de una revisión de la literatura.

No debe olvidarse que las competencias profesionales son evolutivas, caducas y contexto dependientes ¹²⁹. Se hace necesario enfocar un contexto de cambio y evolución en la profesión enfermera, en el que se contemplen la posibilidad de influir en el cambio sanitario y social. Cambio desde la perspectiva de ¹³⁰: la participación política en las decisiones estratégicas sobre la planificación sanitaria, las decisiones sobre su rol, la evaluación de su desempeño; la defensa de la salud y de los derechos de los usuarios; el desarrollo de competencias más allá de los roles tradicionales, en derecho, colegios, salud pública; la comunicación de las injusticias en el mundo sanitario, sus preocupaciones y las ventajas del desarrollo de competencias hacia la EPA.

En este sentido, es necesario avanzar tanto en los niveles de competencias mencionados en esta discusión, como en la elaboración de mapas de competencias por perfil profesional. A partir de este análisis, es posible la definición del perfil profesional en base a las competencias, en la mayoría de los perfiles profesionales utilizados para el estudio. Es posible la construcción de un mapa de competencias para cada perfil, que puede ser utilizado para la evaluación del desempeño profesional, la definición de puestos de trabajo, la planificación estratégica de los recursos humanos, la acreditación de la carrera profesional, la planificación estratégica de la formación, el diseño de los puestos de trabajo, etc. Y con ello mejorar el desempeño organizacional ¹³¹. La mejora de la eficiencia de la atención enfermera conlleva una mejora en el coste-efectividad ^{123,132, 133} de los servicios.

Es necesario seguir investigando en el desarrollo de las competencias profesionales enfermeras. Específicamente en aquellas que competen a las especialistas de EFyC. Ello llevará a una mejor definición de las áreas de trabajo y la mejora del desempeño profesional en AP. Por otra parte, la reproducción de trabajos con muestra y metodología similar es esperable que pueda hacerse y que afiance los resultados encontrados. Es posible que investigaciones como esta definan estratégicamente las áreas de mejora en el desarrollo de competencias, lo que llevará a una mejora en el coste-efectividad del servicio ofrecido por las enfermeras.

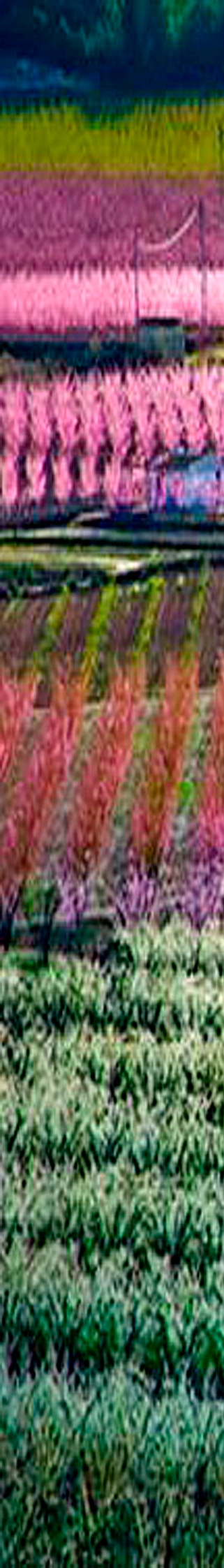


CONCLUSIONES

8 Conclusiones

1. Se detectan oportunidades de mejora en el desarrollo de las competencias, relacionadas con la descripción de la normativa. Es notable la ausencia de competencias en relación al trabajo con las cuidadoras. O en atención a urgencias, emergencias y catástrofes la resolución de problemas por parte de la enfermera.
2. En función de la madurez profesional esperada, es necesario planificar la formación EIR atendiendo a la transversalidad de determinadas competencias que sirvan de hilo conductor: calidad, evidencia clínica, aspectos psicosociales, registros, sistemas de información, modelos organizativos, participación comunitaria e intervención familiar.
3. Se planificó el itinerario formativo atendiendo al desarrollo progresivo de las competencias, diferenciando aspectos relacionados con resultados de planificación, dirección, diseño para el 2º año EIR y los resultados relacionados con la identificación y ejecución en primer año EIR. Se consideran relevantes para la formación, comunicación persuasiva, afrontamiento y autoestima
4. Se consideró necesario diferenciar la formación EIR de la formación MIR, ya que se trata de disciplinas distintas con una base común.
5. Las áreas mejor autopercebidas fueron: Clínica y metodología avanzada, atención al adulto, atención al anciano y atención a urgencias, emergencias y catástrofes. Las peor autopercebidas fueron: Atención a la salud en situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario, salud pública y comunitaria e investigación.
6. Los aspectos con una clara oportunidad de mejora están relacionados con: la gestión de la calidad, la relación con los medios de comunicación, el diseño, dirección y gestión de programas y la gestión de recursos sociales. Aquellos que tienen una mayor autopercepción están relacionados con: el seguimiento y control de enfermedades crónicas, la atención domiciliaria, la autonomía y el autocuidado y tecnologías de la información y comunicación relacionadas con la gestión clínica de los cuidados.
7. Se diferenciaron 4 perfiles profesionales: ECE, Subdirector, enfermera de atención a adultos, enfermera de atención a pediatría.
8. Se observó con claridad como la experiencia profesional marca la percepción de la competencia sobre uno u otro aspecto. Los profesionales más versátiles son aquellos que se autoperciben con mayor puntuación.

9. La formación específica en enfermería comunitaria es un elemento diferenciador en la autopercepción. Lo que avala la necesidad de formación específica para percibirse como competente respecto a la normativa.
10. Los puntos de corte trabajados permiten priorizar la formación en función del nivel de competencia programado. En función de la estrategia formativa podrá planificarse la formación para el total de las enfermeras de la GAPTF en las áreas de: atención sociosanitaria, salud pública y comunitaria o investigación.
11. Por otra parte la planificación estratégica para la formación para los perfiles profesionales definidos permitirá optimizar recursos y obtener una mayor eficiencia en la formación.
12. La combinación de la experiencia profesional con la formación específica en enfermería comunitaria, parece la mejor opción para mejorar la autopercepción de competencias profesionales en EFyC.



BIBLIOGRAFÍA

9 Bibliografía

1. Andréu Ertivi A. La técnica en Enfermería, ¿un fin o un medio? Rol de Enfermería, Marzo 1990, 13(139): 58-60 Rol de Enfermería, marzo 1990, 13 (139): 58-60.
2. Ministerio de Educación y Ciencia. Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. BOE núm 200 de 22 de agosto. Consultado el 23/05/2014. Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/1977/08/22/pdfs/A18716-18717.pdf>.
3. Franciso del Rey JC. De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional. Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá. Departamento de Psicopedagogía y Educación Física 2008. Consultado el 15/05/2015. Disponible en: http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/2700/Tesis_De%20la%20pr%C3%A1ctica%20a%20la%20teor%C3%ADa.pdf?sequence=1
4. Archibald, M.M, Clark AM. Twitter and nursing research: how diffusion of innovation theory can help uptake. (Ed) Journal Avanced Nursing Informing pratice and policy wordwide through research and scholarship. Enero 2014. Consultado el 22/05/2014. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1111/jan.12343/>
5. Baldwin KM, Lyon BL, Clark AP, Fulton J, Davidson S, Dayhoff N. Developing clinical nurse specialist practice competencies Clin Nurse Spec. 2007 Nov-Dec; 21 (6):297-303. Consultado el 15/05/2015. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?db=pubmed&cmd=Link&LinkName=PubMed_PubMed&from_uid=19395891
6. Maylor M. Differentiating between a consultant nurse and a clinical nurse. Br J Nurs. 2005 Apr 28-May 11; 14(8):463-8. Consultado el 06/06/2015. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15924030>
7. Pérez-Vico-Díaz de Rada L, Sánchez-Gómez MB, Duarte-Clíments G, Brito-Brito R, Rufino-Delgado T. Competencias enfermeras de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria: una revisión sistemática. ENE. Revista de Enfermería. Ago. 2013; 7(3). Consultada el 22/05/2014. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/277>
8. De la Fuente Rodríguez A, Fernández Lerones MJ, Hoyos Valencia Y, León Rodríguez C, Zuloaga Mendiole C, Ruiz Garrido M. Servicio de urgencias

- de atención primaria. Estudio de calidad percibida y satisfacción de los usuarios de la zona básica de salud Altamira. Rev Calid Asist 24(3):109-114, may.2009. Consultado el 06/06/2015. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13138448&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=256&ty=5&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256v24n03a13138448pdf001.pdf
9. De Haro Fernández F, Martínez López MB. Instrumentalizar la comunicación en la relación enfermera-paciente como aval de calidad / Study of nurse-patient communication as a guarantee of quality Rev. Calid. Asist; 17(8):613-618, nov. 2002. Consultado el 22/05/2014. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/revista/5949/V/17>
10. Anguera Guinovart E, Martínez Bateman F. Estudio multicéntrico sobre la calidad asistencial percibida por los pacientes en programa de hemodiálisis de Tarragona. Rev Soc Esp Enferm Nefrol vol.14 no.3 Madrid jul.-set. 2011. Consultado el 23/05/2014. Disponible en <http://revistaseden.org/imprimir.aspx?idArticulo=4424170093099092098424170>
11. Pérez-Vico Díaz de Rada L; Sánchez Gómez MB; Duarte Clíments G; González Suárez M; de Armas Felipe JM. Dime qué estudias y te diré cómo eres. Competencias de Enfermería Familiar y Comunitaria. Una revisión sistemática. Rev Paraninfo Digital, 2013; 19. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n19/109d.php>> Consultado el 06/06/2015.
12. Arroyo MP. y Mompar, MP. La reforma de las escuelas de enfermería. En: Ortega F. y Lamata F. La década de la reforma sanitaria Madrid: Exlibris Ediciones, S.L.1998
13. Francisco, C. y Durán, M. Los Fundamentos de Enfermería en el currículum básico. Metas de Enfermería, 1999. 18: 41- 46. Consultado el 22/05/2014. Disponible en: <http://alfama.sim.ucm.es/wwwisis2/wwwisis.exe/%5Bin=enflink.in%5D/?mfn=055828&campo=v620&occ=2>
14. Albéniz C, Antón MV, Pérez JM, Ramasco M. La Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Un proyecto en marcha. Madrid: Comunidad de Madrid. 1995
15. Bolívar Ruano MR. Integrar las competencias transversales en el currículum. Rev Educ@rnos Julio 2012. Consultado el 07/08/2013. Disponible en <http://www.revistaeducarnos.com>

16. Falcó Pegueroles, A. La nueva formación de profesionales: sobre la competencia profesional y la competencia del estudiante de enfermería. *Educ. méd.*, Mar 2004, 7 (1): 42-45. Consultado el 23/05/2014. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132004000100007&script=sci_arttext
17. Palés J. Gual A. Recursos educativos en Ciencias de la Salud. *Educ. méd.*, Mar 2004, 7, suppl. 1: 04-09. Consultado el 22/05/2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132004000200002&script=sci_arttext
18. Harden, R.M., Crosby, J.R.; Davis, M.H. and Friedman M. From competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes. *Medical Teacher*, 1999. 21 (6): 546-552. Consultado el 23/05/2014. Disponible en: <http://www.bumc.bu.edu/facdev-medicine/files/2010/06/OBE-3-circle.pdf>
19. The Scottish Dean's Medical Curriculum Group. The Scottish Doctor-learning outcomes for the medical undergraduated in Scotland: a foundation for competent and reflective practitioners. *Medical Teacher*, 24 (2): 126-143.
20. Teixidor Freixa M. La Europa de la salud. Un nuevo espacio para las enfermeras. *Metas de Enfermería*, 2006, 9(6): 61-66. Consultado el 23/05/2014. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2080959>
21. Presidencia del Gobierno. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm 280 de 22 de noviembre. Consultado el 19/01/2015. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
22. Ministerio de Presidencia del Gobierno de España. RD 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE núm 45 de 21 de febrero. Consultado el 12/03/2013. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2008/02/21/pdfs/A10020-10035.pdf>
23. Ministerio de Presidencia del Gobierno de España. RD 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. BOE 108 de 6 de mayo. Consultado el 23/05/2014. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2005/05/06/pdfs/A15480-15486.pdf>.

24. Ministerio de Sanidad y Política Social. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. BOE 157 de 29 de junio de 2010. Consultado el 23/05/2014. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/06/29/pdfs/BOE-A-2010-10364.pdf>
25. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Plan Estratégico de Atención Primaria: La calidad como motor de cambio. Santa Cruz de Tenerife 2006. Consultado el: 23/05/2014. Disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=12006299-6481-11e2-94c1-27ad239a50d5&idCarpeta=1c2ee4b1-a745-11dd-b574-dd4e320f085c>
26. Sánchez-Gómez MB, Duarte-Clímets G, Aguirre-Jaime A, Sierra-López A, Arias-Rodríguez Á, Armas-Felipe JM. Análisis cualitativo de las competencias para la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Construyendo el camino hacia la enfermería clínica avanzada. ENE, Revista de Enfermería ago 2012; 6(2):39-70. Consultado el 23/09/2012. Disponible en: ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/download/18/16
27. Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua. 23ª ed. Madrid 2014. Versión electrónica. Consultado el 23/11/2014. Disponible en: www.rae.es/recursos/diccionarios/drae
28. Jefatura del estado. Ley 16/2003 de 18 de mayo de Cohesión y Calidad del SNS. BOE nº 128 de 29 de mayo de 2003. Consultado el 23/09/2012. Disponible en <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-10715>
29. Durand T. Forms of incompetence. En: Sanchez R, Aimé H (Ed). Theory Development for Competence-Based Management, volume 6(A) En: Advances in applied Business Strategy, Foster L, (Ed). Greenwich, CT: JAI Press 2000. Consultado el 23/09/2012. Disponible en: www.cmi-strategies.com/wp-content/uploads/2012/05/Thomas-Durand-2000-Forms-of-Incompetence.pdf
30. Le Boterf G. Construire la Competence Collective de Lémtreprise. Gestion, 1997; 22 (3).
31. Bernués Vázquez L, Peya Gascons M (coord.) Informe de la Comisión de Evaluación del diseño del Título de Grado en Enfermería. Battaner Arias E, Sánchez Pozo A, García Román A, Rodríguez Sánchez F (comisión) Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acredita-

- ción. Libro blanco. Proyecto de la titulación de Enfermería. Madrid jun 2004. junio 2004. Consultado el 23/09/2012. Disponible en https://www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=56fb9094-e5b8-4d3a-ace5-d7905d85e4c4&groupId=479763
32. Ministerio de Ciencia e Innovación. Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. BOE 174 de 19 de julio. Consultado el 11/06/2014. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-12388>
33. World Health Organization. Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services 2011–2015. WHO 2011. Consultado el 11/06/2014. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/news/whats-new-archives/who-nursing-and-midwifery-strategic-directions-2011-15-1311.html>
34. Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Servicios de Enfermería. Orientaciones estratégicas, para el periodo 2002-2008. CIE 2002. Consultado el: 11/06/2014. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/>
35. Orts-Cortés MI (Coord). Comparación e integración de guías docentes. Ferrer Diego R, Gil González DM, R.M. Martínez Espinosa RM, J. Moncho Vasallo J, R. M. Pérez Cañaveras RM, Richart Martínez M, A. SanJuan Quiles A. Vicerrectorado de Calidad y Armonización Europea. Instituto de Ciencias de la Educación. Universidad de Alicante. Memorias curso 2006/2007. Alicante 2008. Consultado el 25/10/2014. Disponible en: ua.es/dspace/bitstream/10045/13865/1/IsabelOrs07.pdf
36. García García MJ. Evaluación de competencias transversales. Universidad Europea de Madrid, abril 2009. Consultado el 11/06/2014. Disponible en: www.fib.upc.edu/eees/.../EvaluacionCompetenciasTransversales.PDF
37. Santamaría Pastor JA. Principios de Derecho Administrativo General, vol 1. Norma Editorial 1ª ed. 2005
38. Jefatura del estado. Ley 1/2000 de 7 de enero de enjuiciamiento civil. BOE núm. 7 de 8 de enero. Consultada el 15/01/2015. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2000/01/08/pdfs/A00575-00728.pdf>
39. Ministerio de Gracia y Justicia. Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. BOE núm. 206, de 25 de julio de 1889. Última modificación: 14 de noviembre de 2012. Consultado el 19/01/2015.

- Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1889-4763>
40. Moreu-Orobig F, Vilana-González J Aplicaciones del modelo de dirección estratégica al sector salud. Rev Adm Sanit. 2008;6(2):333-7. Consultado el 11/06/2014. Disponible en: https://researchgate.net/publication/28225708_Aplicaciones_del_modelo_de_direccin_estratgica_al_sector_salud
 41. McClelland, D.C. "Testing for Competence rather than for Intelligence", in American Psychologist, January 1973. Citado en: Cuesta Santos A. Gestión de competencias. Un futuro prometedor. En: Nuevos conocimientos. Nueva empresa 2004. Consultado el 11/06/2014. Disponible en: www.bibliociencias.cu/gsd/collect/newemp/index/assoc/...dir/doc.doc
 42. Cuesta Santos A. Gestión de competencias. Un futuro prometedor. En: Nuevos conocimientos. Nueva empresa 2004. Consultado el 11/06/2014. Disponible en: www.bibliociencias.cu/gsd/collect/newemp/index/assoc/...dir/doc.doc
 43. Hernando A. De dónde viene eso de las competencias I. En: Creemos en la Educación. Escuelas católicas 2009. Consultado el 11/06/2014. Disponible en: <http://blogs.periodistadigital.com/escuelas-catolicas.php/2009/07/10/p241610>
 44. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Orden de 26 de abril de 1973 por la que se aprueba el estatuto marco del personal sanitario no facultativo de la Seguridad Social. BOE num 102 de 28 de abril y BOE num 103 de 30 de abril Consultado el 23/05/2014. Disponible en <http://www.elgotero.com/ArchivosPDF/EstatutodelPersonalSanitarionoFacultativodelInstitucionesSanitariasdeLaSeguridadSocial.pdf>
 45. Peña López MR. Modelo de gestión humana por competencias laborales. SENA 2008. Bogotá. Consultado el 01/04/2014. Disponible en: <http://biblioteca.sena.edu.co/>
 46. García CM. Definición de competencias genéricas y específicas de las titulaciones. Departamento de didáctica y organización escolar. Universidad de Deusto. En: Formación del profesorado universitario para la incorporación del aprendizaje en red en el EEES. Ministerio de Educación y Ciencia 2005. Consultado el 01/04/2014. Disponible en: <http://tecnologiaedu.us.es/mec2005/html/cursos/apio/pdf/Def-competes-gener-especi.pdf>.

47. Ministerio de la Gobernación. Decreto 2319/1960 de 17 de noviembre de 1960 sobre el ejercicio profesional de Ayudantes Técnicos Sanitarios, Practicantes, Matronas y Enfermeras. BOE num 302. Consultado el 23/05/2012. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1960/12/17/pdfs/A17308-17308.pdf>
48. Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre por el que se aprueban los estatutos generales de la organización colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de ordenación de la actividad profesional de Enfermería. BOE núm. 269. Consultado el 09/07/2014. Disponible en www.boe.es/boe/dias/2001/11/09/pdfs/A40986-40999.pdf
49. Jefatura del Estado. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE. num 301, de 17 de diciembre.
50. Jefatura del estado. Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE num 315 de 31 de diciembre. Consultada el 27/01/2015. Disponible en http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-21161
51. Escuela Andaluza de Salud Pública. Acreditación de la práctica avanzada. Escuela Andaluza de Salud Pública 2014. Consultado el: 01/02/2015. Disponible en: <http://www.easp.es/virtual/docencia/mod/page/view.php?id=43333>
52. Consejería de Salud del Principado de Asturias. Resolución de 18 de junio de 2014, de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias, por la que se modifica el pacto sobre contratación de personal temporal y sobre promoción interna temporal del personal del Servicio de Salud del Principado de Asturias. BOPA núm 144 de 23 de junio. Consultado el 01/02/2015. Disponible en: <https://sedemovil.asturias.es/bopa/2014/06/23/2014-11040.pdf>
53. Carrera López M, Lázaro Otero M. Enfermería de Práctica Avanzada. Números científica Fundación de Enfermería de Cantabria. 2011 1(5). Consultado el 01/02/2015. Disponible en: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/2/16>
54. Osakidetza, Servicio vasco de salud. Proyecto estratégico 8: Competencias avanzadas en Enfermería. Informe global. Osakidetza 2012. Consultado el 01/02/2015. Disponible en: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/>

r85-prehome/es/

55. Consejería de Presidencia. Decreto 117/1997, de 26 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento de las Zonas Básicas de Salud en la Comunidad Autónoma de Canarias. BOC núm. 95, de 25 de julio. Consultado el 01/02/2015. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/libroazul/pdf/21856.pdf>
56. Junta de Castilla y León. Ley 2/2007, de 7 de marzo, del estatuto jurídico del personal estatutario del servicio de salud de Castilla y León. BOCyL núm. 52 de 14-3-2007, (suplemento) BOE núm. 80 de 3 de abril. Consultado el 01/02/2015. Disponible en: http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.saludcastillayleon.es%2Fsanidad%2Fcm%2Fsanidad%2Fimages%3Flocale%3Des_ES%26textOnly%3Dfalse%26idMmedia%3D47814&ei=ZJpyVZGQJMGgUs71gVA&usg=AFQjCNEu-xvIIPC1ME3HINmhXvAhzxHWjA&bvm=bv.95039771,d.d24
57. Álvarez Nebreda CC. Código enfermero español siglo XX: compendio Legislativo Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2002.
58. Miró Bonet M. ¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976). Tesis doctoral. Universitat de les Illes Balears. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Palma de Mallorca 2008. Consultado el 25/10/2014. Disponible en: ibdigital.uib.es/greenstone/collect/tesisUIB/.../TDX-0729109-131301.pdf
59. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010. Consultado el: 01/04/2014. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>.
60. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Vicerrectorado de Calidad e Innovación Docente. Propuesta del mapa de competencias genéricas de la UNED. 2010. Consultado el 01/04/2014. Disponible en: portal.uned.es/pls/portal/docs/page/uned_main/launiversidad/vicerrectorados/investigacion/presentaciondepropuestasdemasteres/hoy5competenciasgenericasuned.pdf.
61. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Modelo de Gestión por competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Consejería de Salud

2006. Consultado el 01/04/2014. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_5_p_2_organizacion_de_la_investigacion/modelo_gestion/modelo_de_gestion.pdf
62. Guo KI. A study of the skills and roles of senior-level health care managers. *Health Care Manag (Frederick)*. 2003 Apr-Jun; 22(2):152-8. Consultado el 01/04/2014. Disponible en: <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.12.0b/ovidweb.cgi>
63. Grohmann MZ, Battistella LF, Baratto JS. Competencias del gestor hospitalario: estudio en un hospital público brasileño. *Enfermería Global* 2012 11(26):191-208. Consultado el 23/05/2014. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000200013&script=sci_abstract&lng=enandothers
64. Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G, Wilson RF, Fountain L, Steinwachs DM, Heindel L, Weiner JP. Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nursing Economic\$*/September-October 2011, 29 (5): 1-22. Consultado el 20/05/2014. Disponible en: <https://www.nursingeconomics.net/ce/2013/article3001021.pdf>
65. Benavides FG, Moya C, Segura A, de la Puente ML, Porta M, Amela C. Las competencias profesionales en Salud Pública. *Gac Sanit*. 2006; 20 (3):239-43. Consultado el 20/05/2014. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/las-competencias-profesionales-salud-publica/articulo/S0213911106714935/>
66. Rodríguez D, et al. Identificación de las competencias actuales y futuras de los profesionales de la salud pública. *Gac Sanit*. 2013; 27(5):388–397. Consultado el 20/05/2014. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv27n5/original1.pdf>
67. Furukawa PO, Cunha IC, Kowal O. Profile and competencies of nurse managers at accredited hospitals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011 Feb; 19(1): 106-114. Consultado el 15/04/2014. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100015
68. Bitran M, Mena B, Riquelme A, Padilla O, Sánchez I, Moreno R. Desarrollo y validación de un instrumento en Español para evaluar el desempeño de docentes clínicos a través de las percepciones de sus estudiantes. *Revista médica de Chile*. junio de 2010; 138 (6): 685-93. Consultado el 15/04/2014. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n6/art04.pdf>

69. Halbert RJ, Bokor A, Castrence-Nazareno R, Parkinson MD, Lewis CE. Competencies for population-based clinical managers. A survey of managed care medical directors. *Am J Prev Med.* julio de 1998; 15 (1): 65-70. Consultado el: 15/4/2014. Disponible en: <http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797%2898%2900020-8/pdf>
70. Krejci JW, Malin S. Impact of leadership development on competencies. *Nurs Econ.* octubre de 1997; 15 (5):235-41. Consultado el: 15/04/2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9362865>
71. Gianino MM, Siliquini R, Russo R, Renga G. Which competences and what managerial training for the health professions. *J Prev Med Hyg.* junio de 2006; 47 (2): 74-9. Consultado el 15/04/2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17066907>
72. Ministerio de Sanidad y Política Social. Programas formativos en ciencias de la salud. Consultado el 15/04/2014. Disponible en: <http://www.msps.es/profesionales/formacion/guiaFormacion.htm>.
73. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y políticas sociales. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados. Sevilla 2009. Consultado el: 15/04/2014. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/guia_diseno_mejora_procesos?perfil=org
74. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Secretaría General de Calidad y Eficiencia Gestión por competencias. Documento de trabajo. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2002.
75. Miralles González L. Gestión por competencias. Fundación IAVANTE Granada 2002.
76. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de mejora de la Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009. Papel de la Enfermería en Atención Primaria. Madrid 2009. Consultado el: 17/04/2014. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1159882062121&pageid=1161098538577&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenerico
77. Ministerio de Sanidad y política Social. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. proyecto SENECA: informe técnico 2008. Madrid 2009. Ministerio de Sanidad y Polí-

- tica Social. Secretaría General técnica. Centro de publicaciones. Madrid, 2009. Consultado el 17/04/2014. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>
78. Hospital Príncipe de Asturias. Evaluación por competencias en el Hospital Príncipe de Asturias. Noticias médicas. Consultado el 16/06/2011. Disponible en: <http://www.noticiasmedicas.es/medicina/noticias/1506/1/Evaluacion-por-competencias-enfermeras-en-el-Hospital-Principe-de-Asturias/Page1.html>
79. Grupo USP Hospitales. Gestión por competencias. USP Hospitales. Consultado el: 16/06/2011. Disponible en : <http://www.usphospitales.com/web/usp/profesionales-grupo-usp>
80. Ramírez García, P. Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. *Enferm. Clin.* 2002; 12 (06):286-9. Consultado el 16/04/2014. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/enfermeria-clinica-35/enfermeria-practica-avanzada-historia-definicion-13040316-articulo->
81. Association des Infirmières et Infirmiers du Canada. Canadian Nurses association. La pratique infirmière avancée. Cadre National. Ottawa: AIIIC, 2000. Consultado el 16/04/2014. Disponible en: <http://www.aiinb.nb.ca/PDF/practice/ANPNationalFrameworkFR.pdf>
82. Consejo Internacional de Enfermeras: Definición y características de las funciones de enfermera de atención directa/enfermera de práctica avanzada [documento de posición oficial], junio de 2002. Consultado el 09/07/2012. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/1b_FSenfermera_atencion_directa_practica_avanzada-Sp.pdf
83. Clínica Universitaria de Navarra. Incorporación de la evidencia científica a la práctica, calidad asistencial y seguridad del paciente, principales aportaciones de la enfermera clínica avanzada 12 marzo 2012. Consultado el 08/08/13. Disponible en <http://www.cun.es/la-clinica/noticia/incorporacion-la-evidencia-cientifica-la-practica-calidad-asistencial-seguridad-paciente-principales>
84. Sánchez-Martín CI. Chronicdiseases and complexity: new roles in nursing. *Advancedpractice nurses and chronicpatient.* *EnfermClin.* 2014 Jan-Feb; 24(1):79-89. Consultado el 12/07/2015. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24468495>

-
85. Watson J. Advanced nursing practice and what might be. *Nurs & Health Care: Perspect on Community* 1995; 16: 78-83. Consultado el 08/08/2014. Disponible en: <http://watsoncaringscience.org/jean-live/publications/>
86. Gouleta C, Lauzonb S, Ricarda N. Enfermería de práctica avanzada: un tesoro oculto. *Enfermería Clínica* 2003; 13 (1):48-52. Consultado el: 08/08/2014. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/257500469_Enfermera_de_prctica_avanzada_un_tesoro_oculto
87. Galao Malo R. Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. *Index de Enfermería (edición digital)* 2009; 18(4). Consultado el 09/07/2012. Disponible en <http://www.index-f.com/indexenfermeria/v18n4/7090.php>
88. Delamaire M, Lafortune G “Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries”, *OECD Health Working Papers*, No. 54, OECD Publishing 2010. Consultado el 09/07/2012. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>
89. Gerrish K, McDonnell A, Nolan M, Guillaume L, Kirshbaum M, Tod A. The role of advanced practice nurses in knowledge brokering as a means of promoting evidence-based practice among clinical nurses. *J Adv Nurs*. 2011 Sep; 67 (9): 2004-14. Consultado el 09/07/2012. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2011.05642.x/pdf>
90. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Consultado el 02/01/2015. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
91. JBI. Eficacia de las enfermeras de práctica avanzada (EPA) en centros de atención a personas mayores. *Best Practice* 2010. 14 (19): 1-4. Consultado el 01/02/2015. Disponible en: <http://es.connect.jbiconnectplus.org/Search.aspx>
92. Jefatura del Estado Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *BOE* núm 98 de 24 de abril. Consultado el 09/07/2012. Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>.
93. Ceballos Atienza R. Avances en la gestión para el área administrativa:

evaluación para el administrativo. Formación Alcalá 2012

94. Álvarez Pérez R, Velasco Ballesteros S. La consulta de predialisis de enfermería: logros y oportunidades de mejora. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*, Set 2007; 10 (3): 6-11. Consultado el: 25/10/2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752007000300002&lng=es&nrm=iso
95. Esteve M, Serra-Prat M, Zaldívar C, Verdaguerc A, Berenguerd J. Evaluación del impacto de una trayectoria clínica sobre el ictus isquémico. *Gac Sanit*, Jun 2004; 18 (3): 197-204. Consultado el: 25/10/2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000300007&lng=es&nrm=iso
96. Duarte Clíments G, Izquierdo Mora MD. Análisis de la situación y líneas de desarrollo en enfermería de atención Primaria. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio de Atención Primaria, planificación y evaluación. Tenerife 2000. Consultado el: 25/10/2014. Disponible en: www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0099.pdf
97. Azevedo-Pacheco Cardoso B., De Azavedo Pacheco C.M., Fernandes de Souza R. La construcción del sitio en internet para la mejora continua en enfermería: una contribución a la educación permanente. *Enferm. glob.*, Jun 2010; (19): 0-0. Consultado el: 25/10/2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200027&lng=en&nrm=iso&tlng=en
98. Jefatura del Estado, Ley 33/2011 de 4 de octubre General de Salud Pública. BOE núm. 240 de 5 de octubre. Consultado el: 25/10/2014. Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-15623
99. Berra de Unamuno A, Marín León I, Álvarez Gil R, Consenso en Medicina. Metodología de expertos. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada 1996
100. Hamui-Sulton A, Varela-Ruiz M. La técnica de grupos focales. *Investigación educ. medica* 2013; 2(5): 55-60. Consultado el 11/06/2015. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343resumen-la-tecnica-grupos-focales-90219695>
101. Dalkey NC, Brown B, Cochran S, "The Delphi Method, III: Use of self rating to improve group estimates". *Technological Forecasting and Social Change* vol 1, 1970, pp. 283-91. Citado en: Landeta J. El método Delphi. Una Técnica de previsión para la incertidumbre. Ariel. Barcelona

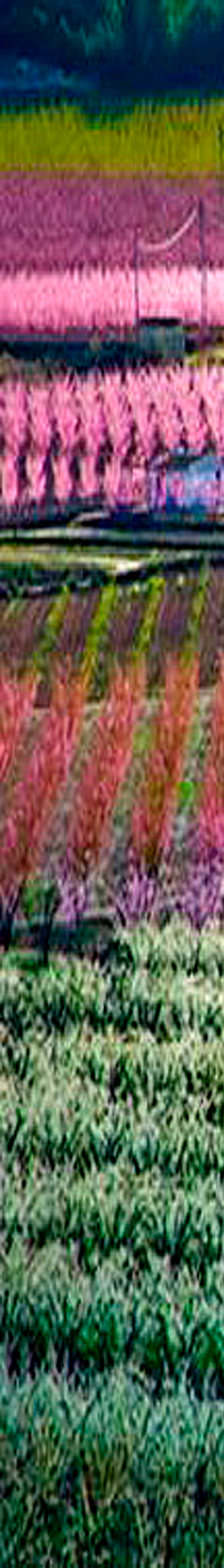
- 1999
102. CASPe. Parrillas para la lectura crítica. Consultado el 14/03/2013. Disponible en: <http://redcaspe.org/drupal/?q=node/29>
103. López Calviño P, Pita Fernández S, Pértega Díaz S, Seoane Pilla-do T. Calculadora de tamaño muestral Unidad de epidemiología clínica y bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Fisterra. Consultado el 07/07/2013. Disponible en <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp#media>
104. Calderón Gómez C, Fernández de Sanmamed Santos MJ. Investigación cualitativa en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badía J (Dir) Atención Primaria. Principios organización y métodos en Medicina de Familia. Elsevier Barcelona 2014.
105. Martínez López JM La técnica de grupos focales: ¿en qué consiste; cómo se aplica; para qué sirve? Consultado el 06/06/2012. Disponible en <http://investigacionparalacreacion.espacioblog.com/post/2007/03/30/latecnica-grupos-focales-aen-consistecomose-aplica->
106. Llewellyn G, Hindmarsh G. Parents with Intellectual Disability in a Population Context. *Curr Dev Disord Rep.* 2015; 2(2):119-126. Consultado el 06/06/2015. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25938007>
107. Duarte Clíments G. Seminario sobre tutorizar a residentes. Competencias básicas. Acreditado por la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias. Nº expediente 05000608-50A. Documento de trabajo. Servicio Canario de Salud. Las Palmas de Gran Canaria, 2012
108. Astigarraga E. El método Delphi. Facultad de CC.EE. y Empresariales. Este. Universidad de Deusto. San Sebastián 2008. Consultado el 06/06/2012. Disponible en: www.cgee.org.br/atividades/redirKori/859
109. Chew BH, Yasin MM, Cheong AT, Rashid MR, Hamzah Z, Ismail M, Ali N, Bashah B, Mohd-Salleh N. A nationwide postal survey on the perception of Malaysian public healthcare providers on family medicine specialists' (PERMFAMS) clinical performance, professional attitudes and research visibility. *Springerplus.* 2015 May 6; 4: 213. Consultado el 12/07/2015. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25992310>
110. Barbero García MI, La Técnica de Likert para la medida de las ac-

- titudes. En: Psicometría II. Métodos de elaboración de escalas. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid 1999
111. HayGroup. Las competencias como herramienta para identificar individuos con alto desempeño: Una visión general. La selección de las personas correctas para los roles claves puede conducir a desempeños sobresalientes. Hay Group. Filadelfia 2004
112. McClelland D C. Human Motivation. Cambridge University Press, Cambridge, England, 1999. (obra original de 1987). Citado en: Alles M. Nuevo enfoque. Diccionario de Competencias. La trilogía. Tomo 1: las 60 competencias más utilizadas. Granica. Buenos aires 2009. Consultado el 29/06/2015. Disponible en https://books.google.es/books?id=tZZfAAAAQBAJ&pg=PA253&lpg=PA253&dq=mccllelland+diccionario+de+competencias&source=bl&ots=IFfrhwJ6P1&sig=nw7bmZbNHX_PcACKdHfcML0HLns&hl=es&sa=X&ei=W6eRVYaoMIzZU7-nrKAD&ved=0CEQQ6AEwBg#v=onepage&q=mccllelland%20diccionario%20de%20competencias&f=false
113. Rojas de Mora Figueroa A (coord.) Manual de competencias profesionales. Enfermero/a de atención familiar y comunitaria. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. Sevilla 2015.
114. Cuevas Santos C, Martínez González I, Baltanás Gentil FJ. Conocer las competencias. En: La gestión por competencias en Enfermería. DAE Madrid 2006
115. Goodman C, Morales Asensio JM, de la Torre-Aboki J. La contribución de la enfermera de Práctica Avanzada como respuesta a las necesidades cambiantes de salud de la población. *Metas Enferm* 2013; 16(9):00. Consultado el 07/07/2015. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80515/>
116. Plan de calidad para el sistema nacional de salud. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente. (SiNASP) Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Madrid 2014. Consultado el 07/07/2015. Disponible en: <https://www.sinasp.es/>
117. Servicios Sociales e igualdad. Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Madrid 2013. Consultado el 07/07/2015. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/Estrategia->

Nacional/home.htm

118. Aguirre Gardeñes, E.; Vinagret Abajo, E.; Polémica de una Ley que afecta a la profesión enfermera: opiniones sobre la Ley 29/2006 de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios. *Metas de Enfermería* 2008; 11(4): 25-31. Consultado el 07/07/2015. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2583686>
119. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Salud 21. Salud para Todos en el siglo XXI* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1999
120. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012 Proyecto AP-21 Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007 Consultado el 06/07/2012. Disponible en: http://www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf
121. Duarte G; Sánchez B. El trabajo en Equipo. En: *Nuevos modelos organizativos en la Enfermería quirúrgica del siglo XXI*. Ed. Formación Alcalá S.L 2003. ISBN 84-95658-79-8.
122. March, JC (editor) "Equipos con emoción". Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, 2011
123. Andrade Marqués da Conceição e Neves MM, Pina Queirós PJ, Mendes Gaspar MF, *Enfermería comunitaria y el trabajo en el equipo multidisciplinar*. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria* Vol. 7 - nº 1 enero-junio 2014. Consultado el 07/07/2015. Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/890/RIdEC-v7-n1-enero-junio-2014%20-%20Originales%205%20-%20Enfermer%C3%ADa%20Comunitaria%20y%20el%20trabajo%20en%20equipo%20multidisciplinar.pdf>
124. Irigoin M, Vargas F. *Competencia laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector Salud*. Montevideo: Cinterfor-OPS, 2002: 252. Consultado el 07/07/2015. Disponible en: http://revistacuidandote.eu/fileadmin/volumenes/2011/volumen2/intervenciones__competencias_y_servicios_enfermeros.pdf
125. Varela-Ruiz M, Díaz-Bravo L, García-Durán R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Revista Investigación en Educación Médica*. 01 (02). Abril - Junio 2012. Consultado el 20/07/2015. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-descripcion-usos-del-metodo-delphi-90122899>

126. Kreimer S. How Nurses Can Change Health Care. Nursezone. News & Features. AMN Healthcare 2010. Consultado el 07/07/2015. Disponible en: http://www.nursezone.com/nursing-news-events/more-features/How-Nurses-Can-Change-Health-Care_33410.aspx
127. Sánchez Gómez MB. El dominio de lo invisible y la realidad visible. Paradojas enfermeras. Redacción médica 2015. Consultado el 07/07/2015. Disponible en: <http://www.redaccionmedica.com/opinion/el-dominio-de-lo-invisible-y-la-realidad-visible-cronica-de-paradojas-enfermeras-en-espana-1749>
128. Sastre Fulana P, De Pedro Gómez JE, Bennasar Veny M, Serrano Gallardo P, Morales Asencio JM. Competency Frameworks for advanced practice nursing: a literature review. *International Nursing Review*. December 2014, 61 (4): 534–42. Consultado el: 07/07/2015. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12132>
129. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; 287(2): 226-235. Citado en: Morales Asencio JM. Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España. *Metas de Enferm* jul/ago 2012; 15(6): 26-32. Consultado el 07/07/2015. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80341/>
130. Dyches D. Five Ways for the Advanced Practice Nurse to Influence Change. eHow, General Healthcare Industry 2015. Consultado el 07/07/2015. Disponible en: http://www.ehow.com/list_6814387_five-practice-nurse-influence-change.html
131. Arnold E. Managing human resources for successful strategy execution. *Health Care Manag (Frederick)*. junio de 2010; 29 (2): 166-71. Consultado el 23/05/2014. Disponible en: <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.12.0b/ovidweb.cgi>
132. Houston S, Luquire R. Advanced practice nurse as outcomes manager. *Adv Pract Nurs Q*. 1997; 3 (2): 1-9; quiz 87. Consultado el 23/05/2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9432447>
133. Manion J. Every nurse a leader. *J Perianesth Nurs*. 2014 Aug; 29 (4): 320-3. Consultado el 06/06/2015. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25062577>



ANEXOS

10 Anexos

10.1 Anexo 1: Formulario de competencias

Clínica y metodología avanzada
Utiliza los modelos conceptuales enfermeros como guía del proceso de atención en la práctica clínica.
Obtiene con precisión los datos objetivos y subjetivos relevantes en la valoración del estado o situación de salud.
A) Datos objetivos
B) Datos subjetivos
Organiza, sintetiza, analiza e interpreta los datos de las diversas fuentes para emitir juicios sobre los problemas de salud/diagnósticos enfermeros.
A) Organiza
B) Sintetiza
C) Analiza
D) Interpreta
Evalúa la precisión del diagnóstico enfermero en los cuidados familiares y comunitarios y los resultados del tratamiento enfermero.
A) Evalúa la precisión del diagnóstico enfermero en los cuidados familiares
B) Evalúa la precisión del diagnóstico enfermero en los cuidados comunitarios
C) Evalúa los resultados del tratamiento enfermero
Conoce y realiza las intervenciones enfermeras relacionadas con las enfermedades crónicas más prevalentes basadas en evidencias actuales, con especial atención a las que se desarrollan en el domicilio de los pacientes que lo precisan.
A) Conoce
B) Realiza
Conoce y realiza las intervenciones de enfermería en las situaciones de dependencia y fragilidad, con especial atención a las que se desarrollan en el domicilio de los pacientes que lo precisan.
A) Conoce
B) Realiza
Conoce la normativa relativa al uso, indicación y autorización de fármacos y productos sanitarios.
Conoce los fármacos y productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería que se desarrollan en el ámbito de la especialidad para conseguir su eficaz y eficiente gestión y utilización.
A) Fármacos
B) Productos sanitarios
Realiza el procedimiento de razonamiento clínico preciso para realizar las prescripciones.
Conoce y utiliza como parte del tratamiento enfermero las medidas terapéuticas no farmacológicas como dieta, técnicas de relajación o ejercicio físico en las alteraciones de salud más frecuentes en el ámbito de la especialidad.
A) Conoce

B) Realiza
Analiza los conocimientos y creencias de los individuos, sobre los fármacos, las medidas terapéuticas no farmacológicas y los productos sanitarios.
A) Fármacos
B) Medidas terapéuticas no farmacológicas
C) Productos sanitarios
Analiza los conocimientos y creencias de las familias sobre los fármacos, las medidas terapéuticas no farmacológicas y los productos sanitarios.
A) Fármacos
B) Medidas terapéuticas no farmacológicas
C) Productos sanitarios
Analiza los conocimientos y creencias de la comunidad sobre los fármacos, las medidas terapéuticas no farmacológicas y los productos sanitarios.
A) Fármacos
B) Medidas terapéuticas no farmacológicas
C) Productos sanitarios
Implanta, coordina y ejecuta programas de cirugía menor y otras técnicas diagnósticas y terapéuticas, con seguridad para el paciente tanto técnica y legal.
A) Implanta
B) Coordina
C) Ejecuta
Promueve la participación plena de los pacientes en el proceso de toma de decisiones sobre su salud.
Identifica y actúa en situaciones conflictivas.
A) Identifica
B) Actúa
Detecta situaciones de conflicto ético o legal en la práctica de la atención familiar y comunitaria y es capaz de aplicar los principios de la bioética o la legalidad vigente.
Conoce y aplica los conceptos y la normativa de confidencialidad, secreto profesional, consentimiento informado, autonomía del paciente y uso racional de recursos en el ámbito familiar y comunitario.
A) Confidencialidad y secreto profesional
B) Consentimiento informado
C) Autonomía del paciente
Reconoce la diversidad y multiculturalidad.
Maneja la comunicación persuasiva.
Conoce y activa los canales de derivación necesarios
A) Conoce
B) Activa
Utiliza taxonomías de lenguaje enfermero.
Identifica y usa las nuevas herramientas tecnológicas aplicables en la atención y comunicación.
A) Identifica

B) Usa
Maneja los conceptos básicos relacionados con la seguridad del paciente.
Diseña y utiliza sistemas de notificación de efectos adversos de fármacos y otros productos sanitarios.
A) Diseña
B) Utiliza
Elabora sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originaron errores y prevenirlos.
Lidera, en su ámbito de trabajo, la difusión y adquisición de una cultura de seguridad de los pacientes.
Conoce y aplica la metodología Análisis Modal de Fallos y Errores (AMFE) para el análisis de problemas de seguridad.
A) Conoce
B) Aplica
La atención en la infancia
Detecta precozmente las situaciones de anormalidad en el desarrollo y la salud infantil.
Implementa programas en los que se fomenten hábitos y conductas saludables en la escuela y en la comunidad, identificando y coordinando a los diferentes agentes de salud.
A) Identificando
B) Coordinando
Facilita y fomenta la autonomía por parte de los padres en el cuidado de sus hijos.
Contribuye a un desarrollo sexual adecuado en los niños.
Potencia la autorresponsabilidad de los niños en su salud individual y en la grupal y ambiental
A) Individual
B) Grupal
C) Ambiental
Trabaja en equipo con el sistema educativo y con otros profesionales y especialistas.
Previene, detecta e interviene en situaciones de malos tratos y marginación infantil.
A) Previene
B) Detecta
C) Interviene
Previene los accidentes infantiles y sus posibles secuelas, junto con las familias y la escuela.
A) Familias
B) Escuelas
Diseña, dirige, ejecuta y evalúa los programas de salud relacionados: Salud Infantil, Salud Escolar, otros.
A) Diseña
B) Dirige

C) Ejecuta
D) Evalúa
Presta cuidados en el ámbito familiar y comunitario de manera coordinada con otros miembros del equipo.
A) Familia
B) Comunidad
Promueve los procesos adaptativos necesarios tanto del entorno como de las personas, en caso de enfermedad o discapacidad.
A) Entorno
B) Personas
Facilita la adaptación del entorno familiar para la continuidad de los cuidados en el hogar.
La atención en la adolescencia
Identifica problemas de salud relacionados con en el desarrollo psicoafectivo, biológico y social de los adolescentes.
A) Psicoafectivo
B) Biológico
C) Social
Fomenta el autocuidado, la autoestima, las habilidades sociales y la vida saludables en general (actividad física, alimentación, salud afectivo-sexual, relaciones interpersonales...).
A) Autoestima
B) Habilidades sociales
C) Vida saludable
Promueve conductas responsables respecto a las actividades que entrañan riesgo.
Detecta precozmente conductas de riesgo para la salud relacionadas con las alteraciones de la alimentación, autolesiones...
Dirige, colabora o participa en programas de EpS dirigidos a adolescentes.
A) Dirige
B) Colabora
C) Participa
Fomenta el afrontamiento familiar eficaz frente a situaciones de riesgo (embarazo, drogadicción, violencia, etc.)
Trabaja con adolescentes con problemas de salud con especial atención a: Trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal, conductas antisociales, violencia y maltrato, drogodependencias y adicciones, entre otros.
A) Trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal
B) Conductas antisociales
C) Violencia y maltrato
D) Drogodependencia y adicciones
Ayuda y apoya al adolescente en la toma de decisiones sobre los problemas de salud.
Fomenta el afrontamiento familiar eficaz frente a situaciones de enfermedad.
Contribuye al fomento de la salud afectivo-sexual

Favorece la aceptación de la condición sexual del adolescente.
Capacita para el uso de metodologías de resolución de problemas, toma de decisiones y de habilidades sociales
A) Resolución de problemas
B) Toma de decisiones
C) Habilidades sociales
Detecta precozmente problemas de identidad relacionados con el género.
Contribuye a la adopción de conductas reproductivas saludables.
Colabora con los padres en el abordaje de problemas relacionados con la adolescencia, su negociación y la resolución de problemas y conflictos.
A) Abordaje
B) Negociación
C) Resolución
La atención a la salud general en la etapa adulta.
Asesora en la toma de decisiones responsables sobre la salud.
Fomenta la autonomía personal y previene la dependencia.
A) Fomento de autonomía
B) Prevención de dependencia
Fomenta la salud mental.
Asesora en el uso de medidas de protección contra accidentes.
Previene las complicaciones derivadas de una situación de salud alterada.
Fomenta el afrontamiento efectivo de las situaciones de salud alterada.
Evalúa la calidad de vida de las personas atendiendo a las esferas biológicas, psicológicas y sociales.
Identifica la existencia de factores de riesgo para la salud, con especial atención a los estilos de vida saludables y de los problemas específicos de salud prevalentes en la comunidad.
A) Estilos de vida saludable
B) Problemas de salud de la comunidad
Identifica, valora y controla la evolución de los problemas crónicos de salud y de los problemas específicos de salud prevalentes en la comunidad.
A) Identifica
B) Valora
C) Controla
Identifica, valora y controla la evolución de los problemas específicos de salud prevalentes en la comunidad.
A) Identifica
B) Valora
C) Controla
Fomenta los autocuidados y estilos de vida saludables tanto individual como grupalmente o en entornos comunitarios.
A) Individual
B) Grupal
C) Comunidad

Identifica e interviene ante signos y síntomas de violencia de género, laboral etc.
A) Identifica
B) Interviene
Moviliza los recursos necesarios para el abordaje de problemas de salud, con especial atención en los problemas de discapacidad o dependencia en el medio familiar.
Conoce la metodología de la atención domiciliaria en el campo de la enfermería familiar y comunitaria.
La atención a la salud sexual, reproductiva y de género.
Relaciona sexo y género con los procesos de salud en hombres y mujeres.
Fomenta la salud sexual.
Integra en los cuidados especializados de enfermería, la sexualidad y la convivencia íntima de la pareja, como aspectos que intervienen en la salud.
A) Sexualidad
B) Convivencia
Informa, asesora y hace partícipes a las personas y a las parejas sobre las conductas afectivo-sexuales placenteras y saludables.
A) Informa
B) Asesora
C) Hace partícipes
Capacita a las personas para la elección informada y uso responsable de métodos anticonceptivos.
A) Elección informada
B) Uso responsable
Valora y realiza seguimiento de métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia.
A) Valora
B) Realiza
Desarrolla programas de educación y consejo para la salud sexual y reproductiva.
Asesora ante la demanda de IVE.
Aborda la influencia de las enfermedades crónicas más frecuentes y sus tratamientos en la respuesta sexual.
Detecta precozmente dificultades en la percepción en la identidad de género y asesora o deriva a otros profesionales según fuese preciso.
A) Detecta precozmente
B) Asesora a otros profesionales
C) Deriva a otros profesionales
Detecta precozmente disfunciones sexuales en personas y parejas, y asesora o deriva a otros profesionales según fuese preciso.
A) Detecta precozmente
B) Asesora a otros profesionales
C) Deriva a otros profesionales

Conoce y utiliza los recursos existentes para afrontar las necesidades relativas a la sexualidad y a la reproducción de poblaciones de características especiales como discapacitados, personas en riesgo de exclusión social, etc.
A) Conoce
B) Utiliza
Potencia el autocuidado de la embarazada.
Identifica factores de riesgo social en el embarazo.
Capta precozmente a la embarazada y contribuye a su seguimiento sanitario.
A) Captación precoz
B) Seguimiento sanitario
Asesora para el afrontamiento efectivo del embarazo y la adecuación del entorno.
A) Afrontamiento
B) Adecuación del entorno
Colabora a adecuar el entorno familiar, domiciliario y comunitario para potenciar la lactancia materna.
A) Familiar
B) Domiciliario
C) Comunitario
Colabora en la adecuada recuperación y adecuación del entorno familiar, tras el parto.
A) Recuperación
B) Adecuación
Colabora en la adecuada recuperación y adecuación del entorno, domiciliario tras el parto.
A) Recuperación
B) Adecuación
Colabora en la adecuada recuperación y adecuación del comunitario tras el parto.
A) Recuperación
B) Adecuación
Presta asistencia al parto de emergencia en el ámbito extrahospitalario.
Refuerza la autoestima y autoconocimiento de las personas en edad climatérica.
A) Autoestima
B) Autoconocimiento
Fomenta el conocimiento, afrontamiento y autocuidado ante los cambios físicos más frecuentes en la etapa climatérica.
A) Conocimiento
B) Afrontamiento
C) Autocuidados
Fomenta el conocimiento, afrontamiento y autocuidado ante los cambios emocionales más frecuentes en la etapa climatérica.
A) Conocimiento

B) Afrontamiento
C) Autocuidados
Fomenta el conocimiento, afrontamiento y autocuidado ante los cambios sociales más frecuentes en la etapa climatérica.
A) Conocimiento
B) Afrontamiento
C) Autocuidados
Fomenta la adaptación de las relaciones sexuales para que sean placenteras y seguras.
Planifica y participa en programas para promover la salud de las mujeres y hombres en fase climatérica.
A) Planifica
B) Participa
Difunde los programas de detección de cáncer genital masculino y femenino, y de mama e implementa las actuaciones propias del ámbito comunitario.
A) Difunde
B) Implementa acciones
Difunde los programas de detección de cancer de mama masculino y femenino, e implementa las actuaciones propias del ámbito comunitario.
A) Difunde
B) Implementa acciones
Conciencia a los hombres y mujeres para la aceptación de las pruebas diagnósticas de cáncer genital y de mama y realiza las habituales en el ámbito de la especialidad.
A) Conciencia
B) Realiza
Potencia hábitos de vida saludable preventivos del cáncer de mama y genital.
Colabora en la educación de hombres y mujeres en el respeto y la convivencia entre géneros.
Previene y detecta precozmente situaciones de riesgo de violencia de género.
A) Previene
B) Detecta
Atiende a las víctimas de la violencia de género.
Reconoce el malestar de las mujeres como respuesta a los condicionantes sociales de género.
Analiza las respuestas de afrontamiento, características de cada género, ante los condicionantes de la vida cotidiana y los problemas de salud.
Atiende en el primer nivel de atención, el malestar bio-psico-social de las mujeres y de los hombres con un abordaje integral que incluya condicionantes de género y subjetividad.
A) Condicionantes de género
B) Condicionantes de subjetividad
La atención a las personas ancianas
Estimula la autonomía de los mayores en el desempeño de las actividades de la vida cotidiana en su entorno familiar y comunitario.

A) Familiar
B) Comunitario
Fomenta la salud física, psicológica, social, cultural, ambiental, sexual y espiritual de las personas mayores con la mayor autonomía posible.
A) Física
B) Psicológica
C) Social
D) Cultural
E) Ambiental
F) Sexual
G) Espiritual
Promueve la atención domiciliaria como ámbito preferencial de los cuidados a los mayores dependientes o con problemas graves de salud.
Estimula la creación y mantenimiento de redes y grupos de autoayuda.
A) Creación
B) Mantenimiento
Identifica e interviene de modo precoz en casos de maltrato al mayor.
A) Identifica
B) Interviene
Previene accidentes y caídas cuidando de la seguridad de sus entornos, especialmente los domiciliarios.
Fomenta y potencia la movilidad y el equilibrio a través del ejercicio físico.
Previene complicaciones en los ancianos asociadas a movilidad restringida en el hogar.
Previene complicaciones a los ancianos derivadas de sus alteraciones de salud y de las pautas terapéuticas.
A) Alteraciones de salud
B) Pautas terapéuticas
Valora las capacidades para el desempeño autónomo.
Ayuda en la adaptación a los cambios de rol debidos a la edad y apoya a las personas ancianas ante la pérdida de su pareja y de otros seres queridos.
Detecta precozmente el deterioro cognitivo, funcional, físico y relacional de la persona mayor.
Presta cuidados especializados para compensar las dependencias y limitaciones funcionales.
A) Cognitivo
B) Funcional
C) Físico
D) Relacional
Presta cuidados especializados para compensar las dependencias y limitaciones funcionales.
Reconoce signos críticos indicadores de mal pronóstico.
Identifica a las personas cuidadoras como sujetos principales de cuidados.
Apoya a las personas cuidadoras en la toma de decisiones con respecto al cuidado.

Colabora para que las personas cuidadoras impartan cuidados de calidad, previniendo las repercusiones negativas sobre su salud.
Conoce y usa de modo eficiente los recursos socio-sanitarios de apoyo a la familia.
A) Conoce
B) Usa
Conoce y usa de modo eficiente los recursos socio-sanitarios de apoyo al paciente
A) Conoce
B) Usa
Conoce y aconseja materiales e instrumentos de ayuda y adaptación necesarios para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana
A) Conoce
B) Aconseja
Cuida y acompaña a la persona en el final de vida.
A) Cuida
B) Acompaña
Atiende al duelo de la persona previniendo y abordando reacciones de duelo disfuncional.
A) Prevenir
B) Abordar
Atiende al duelo de la familia previniendo y abordando reacciones de duelo disfuncional
A) Prevenir
B) Abordar
Planifica, implementa y coordina conjuntamente con otros profesionales y especialistas programas de cuidados paliativos.
A) Planifica
B) Implementa
C) Coordina
La atención a las familias
Utiliza una metodología de análisis adecuada al trabajo con familias, usando estrategias sistémicas para formular hipótesis, intervenir y evaluar
A) Formular hipótesis
B) Intervenir
C) Evaluar
Comprende el alcance de las dinámicas familiares en el proceso de salud y enfermedad de sus miembros.
Comprende el alcance de fenómenos tales como: la sobre protección y la dependencia de miembros de la familia afectados de problemas de salud.
A) Sobreprotección
B) Dependencia
Comprende y analiza las relaciones de poder en la familia, los roles, los sistemas de comunicación y analiza su relación con la existencia y el manejo de problemas de salud.

A) Comprende
B) Analiza
Comprende el aislamiento de las personas enfermas y de sus familias e interviene para amortiguar los efectos.
A) Comprende
B) Interviene
Considera la atención al paciente en su contexto familiar.
Conoce y valora las necesidades de salud de las familias en sus diferentes etapas de desarrollo.
A) Conoce
B) Valora
Identifica las diferentes etapas del desarrollo de las familias y ayuda a su afrontamiento efectivo.
A) Identifica
B) Ayuda a su desarrollo efectivo
Capacita a las familias en la toma de decisiones.
Capacita y apoya a la familia en el afrontamiento de crisis o situaciones problemáticas como enfermedad o muerte de un miembro, llegada de un nuevo componente, separaciones parentales, etc.)
A) Capacita
B) apoya
Detecta los problemas psicosociales y a las familias en riesgo, y brinda asesoramiento familiar anticipatorio.
A) Detecta
B) Brinda asesoramiento
Desarrolla el rol de la familia como promotora de salud.
Valora la vivienda como contexto de salud y reconoce la importancia que tiene en la salud familiar.
A) Valora
B) Reconoce
Facilita el acceso a los recursos de adaptación de la familia en los procesos de salud-enfermedad y en las situaciones de crisis.
Conoce y fomenta los sistemas y redes de ayuda familiares.
A) Conoce
B) Fomenta
Maneja la dinámica grupal para la gestión de conflictos intrafamiliares en contextos de salud-enfermedad.
Detecta e interviene de forma precoz en situaciones de riesgo y/o violencia doméstica.
A) Detecta
B) Interviene
Identifica las situaciones de riesgo y crisis familiar y elabora planes de intervención.
A) Identifica situaciones de riesgo

B) Elabora planes de intervención
La atención ante urgencias, emergencias y catástrofes
Maneja eficazmente los recursos de soporte vital y las técnicas de atención en la urgencia en el ámbito comunitario.
A) Recursos de soporte vital
B) Atención urgente
Garantiza la seguridad del paciente y el entorno para prevenir posibles complicaciones derivadas de la situación de urgencias en el ámbito comunitario.
A) Paciente
B) Entorno
Atiende a la familia y entorno en las situaciones de urgencia.
A) Familia
B) Entorno
Identifica los recursos disponibles ante situaciones de emergencia, su organización y responsabilidades.
A) Identifica
B) Organiza
C) Responsabilidad
Colabora en los dispositivos de actuación ante emergencias y catástrofes.
La atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario
Identifica necesidades específicas de los grupos minoritarios, excluidos o de riesgo en el ámbito comunitario.
Colabora en la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de programas de atención a grupos minoritarios, excluidos o de riesgo, en el ámbito comunitario (individual y grupal).
A) Planificación
B) Coordinación
C) Ejecución
D) Evaluación
Colabora en la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de programas de atención a grupos minoritarios, excluidos o de riesgo, en el ámbito (grupal).
A) Planificación
B) Coordinación
C) Ejecución
D) Evaluación
Previene y detecta situaciones de exclusión socio-sanitaria, fragilidad y aislamiento social.
A) Previene
B) Detecta
Potencia el desarrollo de redes sociales
Colabora en la gestión de la salud de grupos excluidos socialmente.
Trabaja con grupos interculturales.

Competencias en salud pública y comunitaria
Investiga, analiza e interpreta las respuestas de la comunidad ante los problemas de salud-enfermedad, teniendo en cuenta, entre otros, la perspectiva de género.
A) Investiga
B) Analiza
C) Interpreta
Colabora con la comunidad en la detección de los factores que afectan a su salud.
Realiza investigaciones relacionadas con la promoción de la salud.
Identifica necesidades de educación para la salud (EpS) en la comunidad.
Planifica, desarrolla, y evalúa programas de EpS con la comunidad.
A) Planifica
B) Desarrolla
C) Evalúa
Lidera y realizar programas intersectoriales de intervención sociosanitaria en prevención, promoción y EpS.
A) Lidera
B) Realiza
Identifica y utiliza los conceptos de economía en la gestión de programas de promoción de la salud.
A) identifica
B) Utiliza
Diseña y evalúa materiales informativos y educativos.
A) Diseña
B) Evalúa
Implica a los medios de comunicación en la EpS.
Maneja los sistemas de información epidemiológica y sociocultural.
A) Epidemiológica
B) Sociocultural
Desarrolla y gestiona redes de vigilancia de epidemiología de los cuidados.
A) Desarrolla
B) Gestiona
Identifica precozmente situaciones de riesgo para la salud y activa los mecanismos de alarma correspondientes.
A) Identifica
B) Activa
Elabora informes sobre problemas de salud, emergentes o relevantes.
Colabora en la gestión de actividades de inspección y registro sanitario de alimentos, establecimientos públicos y medio ambiente.
A) Alimentos
B) Establecimientos públicos
C) Medioambiente

Identifica y valora los recursos comunitarios para cubrir las necesidades de salud.
A) Identifica
B) Valora
Impulsa la participación comunitaria.
Fomenta y coordina redes sociales, grupos de autoayuda, organizaciones no gubernamentales, voluntariado social y otros recursos.
A) Grupos de autoayuda
B) ONG
C) Voluntariado social
D) Otros
Coordina redes sociales, grupos de autoayuda, organizaciones no gubernamentales (ONG), voluntariado social y otros recursos.
A) Grupos de autoayuda
B) ONG
C) Voluntariado social
D) Otros
Gestiona la planificación de cuidados y la cobertura de demandas y necesidades en la comunidad con otros sectores comunitarios públicos y/o privados.
Reconoce y favorece la relación entre el medio ambiente y la salud.
A) Reconoce
B) Favorece
Colabora en la identificación y prevención de focos de riesgo medioambientales radicados en la comunidad.
Identifica y colabora en la gestión de los procesos que se llevan a cabo en un laboratorio de salud pública.
A) Identifica
B) Colabora
Participa en el diseño y desarrollo de los programas de salud de los entornos laborales de la comunidad a través de la colaboración con los comités de seguridad y salud en el trabajo y/o con otros profesionales de salud de la comunidad.
A) Diseño
B) Desarrollo
Utiliza e interpreta los datos del sistema de información, seguimiento y control de accidentes y enfermedades profesionales.
A) Utiliza
B) Interpreta
Competencias docentes
Determina el nivel de conocimientos del grupo al que va dirigida la formación.
Determina la motivación de las personas hacia el aprendizaje
Determina la capacidad de aprendizaje de las personas, evaluando el ritmo de aprendizaje y las aptitudes para comprender y retener en función de su nivel de educación y su edad.

A) Ritmo de aprendizaje
B) Aptitudes
Conoce y aplica los incentivos del aprendizaje.
A) Conoce
B) Aplica
Formula objetivos pedagógicos relacionados con las necesidades de formación.
Identifica las competencias necesarias que han de adquirirse
Elabora y planifica una estrategia de formación.
A) Elabora
B) Planifica
Selecciona y utiliza los medios de apoyo y el material complementario más adecuado para el fin del programa.
A) Selecciona
B) Utiliza
Transmite con efectividad los contenidos determinados.
Evalúa el impacto del programa formativo.
Elabora textos y folletos para la información y divulgación.
Conoce los diferentes medios de divulgación.
Considera la perspectiva de género y el lenguaje no sexista en la elaboración de materiales informativos.
Determina el nivel de conocimientos del grupo al que va dirigida la formación.
Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario
Aplica las herramientas básicas de gestión por procesos a la gestión clínica.
Aplica la Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia Científica (ASBE) como instrumento para la gestión clínica.
Aplica los modelos de gestión orientados al paciente.
Utiliza en la práctica clínica los distintos instrumentos de evaluación.
Trabaja en equipo, en los diferentes ámbitos de trabajo.
Lidera, coordina y dinamiza la actividad del equipo.
A) Lidera
B) Coordina
C) Dinamiza
Dirige adecuadamente cualquier tipo de grupo de trabajo.
Resuelve y gestiona adecuadamente los conflictos que surjan en el equipo o grupo de trabajo.
Conoce y describe la estructura del sistema sanitario.
Conoce los diferentes modelos de organización de los equipos de AP.
Maneja los diferentes modelos de gestión y organización de la actividad en la consulta, en el domicilio, en la comunidad y en la actividad urgente.
A) Consulta
B) Domicilio
C) Comunidad

D) Actividad urgente
Maneja adecuadamente las herramientas que facilitan la continuidad de cuidados.
Conoce las características de los Sistemas de Información Sanitaria.
Maneja los distintos sistemas de registro que se utilizan en Atención Primaria y conoce su utilidad práctica.
A) Maneja
B) Conoce su utilidad
Maneja e interpreta los indicadores de actividad más habituales en Atención Primaria.
A) Maneja
B) Interpreta
Conoce el Sistema de Información de Atención Primaria.
Maneja eficientemente los programas y aplicaciones informáticas utilizadas en Atención Primaria.
Conoce las bases teóricas y la metodología de la historia clínica electrónica.
A) Bases teóricas
B) Metodología
Identifica carencias y hace propuestas para el desarrollo de los programas informáticos de la documentación enfermera.
A) Identifica carencias
B) Propuestas de desarrollo
Aplica los principios de las llamadas 5s en todos los ámbitos donde sea necesario para garantizar la seguridad de los pacientes.
Asegura la integralidad, integración y globalidad de los cuidados, minimizando la fragmentación de la atención.
A) Integralidad
B) Integración
C) Globalidad
Asegura la continuidad y coherencia de la labor de los distintos profesionales y establecimientos del Sistema Nacional de Salud.
Agiliza las intervenciones de los profesionales que integran el sistema de asistencia sanitaria y el sistema de asistencia social.
Optimiza y racionaliza el consumo y utilización de servicios y recursos.
A) Optimiza
B) Racionaliza
Evita duplicidades o carencias de servicios o prestaciones.
A) Duplicidades
B) Carencias
Gestiona la asistencia sanitaria integral en los pacientes de alta complejidad.
Conoce el concepto de calidad, de mejora continua de la calidad, y los distintos componentes que la integran.
A) Calidad
B) Mejora continua de la calidad

C) Componentes
Conoce y aplica los pasos del ciclo de mejora de la calidad.
A) Conoce
B) Aplica
Conoce y emplea los distintos instrumentos que se utilizan en cada fase del ciclo.
A) Conoce
B) Emplea
Conoce y maneja las herramientas de medición de la calidad percibida.
A) Conoce
B) Maneja
Maneja los conceptos básicos sobre la monitorización de la calidad.
Participa en el diseño y elaboración de una guía de práctica clínica.
Conoce el Modelo Europeo de Excelencia.
Competencias en investigación
Entender y aplicar los conceptos centrales del método científico incluyendo la formulación de hipótesis, los errores estadísticos, e cálculo de los tamaños de muestras y los métodos estadísticos ligados al contraste de hipótesis.
A) Entiende
B) Aplica
Fundamenta su práctica clínica cotidiana en bases científicas.
Busca y selecciona documentación clínica específica de su especialidad.
A) Busca
B) Selecciona
Lee e interpreta críticamente, con una visión aplicada, la documentación científica.
Elabora procedimientos, protocolos y guías de práctica clínica.
A) Procedimientos
B) Protocolos
C) GPC
Aplica los principios éticos de la investigación científica.
Diseño, desarrollo y elaboración de proyectos de investigación, especialmente los que estén vinculados con la especialidad.
A) Diseña
B) Elabora
C) Desarrolla
Identifica necesidades de investigación desde su práctica clínica.
Innova en el campo de la definición de diagnósticos, intervenciones y resultados en enfermería familiar y comunitaria, especialmente en la atención a enfermos crónicos y dependientes, y a individuos y comunidades en situaciones de fragilidad o riesgo para su salud.
A) Enfermos crónicos y dependientes
B) Individuos en situación de fragilidad o riesgo
C) Comunidades en situación de fragilidad o riesgo

Innova en el campo de la definición de intervenciones en enfermería familiar y comunitaria, especialmente en la atención a enfermos crónicos y dependientes, y a individuos y comunidades en situaciones de fragilidad o riesgo para su salud.
A) Enfermos crónicos y dependientes
B) Individuos en situación de fragilidad o riesgo
C) Comunidades en situación de fragilidad o riesgo
Innova en el campo de la definición de resultados en enfermería familiar y comunitaria, especialmente en la atención a enfermos crónicos y dependientes, y a individuos y comunidades en situaciones de fragilidad o riesgo para su salud.
A) Enfermos crónicos y dependientes
B) Individuos en situación de fragilidad o riesgo
C) Comunidades en situación de fragilidad o riesgo
Escribe trabajos científicos propios de su especialidad.
Expone y defiende eficazmente trabajos científicos propios de su especialidad.
Transmite a los ciudadanos o a la población, de forma adaptada e inteligible, los hallazgos del conocimiento científico.

10.2 Anexo 2: Temario y contenido de la intervención formativa corporativa

M01 Acceso extraordinario al título de la especialidad: Estructura del examen

M02 Competencias para clínica y metodología avanzada: Enfoque holístico de los problemas de salud. Manejo avanzado de la metodología y taxonomías de lenguaje enfermero en EFyC. Comunicación terapéutica. Empatía. Técnicas avanzadas en EFyC seguras para el paciente y basadas en la evidencia. Técnicas para la ejecución de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas. Uso de fármacos, productos sanitarios y otros abordajes terapéuticos habituales en la EFyC. Diferentes modelos y herramientas de coordinación y continuidad de cuidados entre los distintos niveles de atención sanitaria. Impacto económico eficiente para el sistema sanitario. Responsabilidad con la optimización de los recursos sanitarios.

M03 Competencias para la atención a la infancia: Procesos de desarrollo del niño y herramientas de valoración (escalas, exploración, métodos y sistemas). Dinámicas y adaptaciones familiares en relación al niño y a su estado de salud. Métodos de educación para la salud adaptados al entorno escolar. Programas de vacunación. Abordaje integral la salud del niño en su entorno/unidad sociofamiliar. Respeto con los derechos de los niños. Aplicación de escalas y sistemas de valoración. Técnicas de educación para la salud infantil. Aplicación y adaptación de las pautas de vacunación.

M04 Competencias para atención en la adolescencia: Procesos de desarro-

llo global del adolescente, instrumentos y estrategias de valoración. Educación para la salud del adolescente, con especial atención a la salud sexual y de gestión de riesgos. Dinámicas y adaptaciones familiares en relación al adolescente. Integralidad de la salud de los adolescentes y sus familias. Empatía y relación terapéutica hacia este grupo de edad. Comunicación eficaz con adolescentes. Relación de confianza y ayuda. Negociación. Manejo del Método de Resolución de Problemas.

M05 Competencias para la atención a la salud general en la etapa adulta: Riesgos físicos, químicos, biológicos y sociales relacionados con la alteración de la salud en la persona adulta. Medidas de prevención de los problemas específicos de salud prevalentes en la comunidad. Cuidados especializados y terapéutica específica. Enfoque integral, biopsicosocial, de la salud. Enfoque de riesgo en la valoración e intervención sanitaria. Respeto a las decisiones de la persona. Manejo de las escalas de valoración y test clínicos estandarizados. Habilidades clínicas necesarias para prestar cuidados especializados. Técnicas de reconversión cognitiva y refuerzo conductual. Técnicas de comunicación efectivas. Metodología de atención domiciliaria.

M06 Competencias para la atención a la salud sexual, reproductiva y de género: Salud sexual: educación y asesoramiento. Anticoncepción en el entorno comunitario. Adaptaciones de la mujer y del entorno ante el embarazo y el puerperio. Parto de emergencia extrahospitalario. Técnicas y recursos para la prevención y detección precoz del cáncer genital femenino y masculino, y de mama. Afrontamiento eficaz de los cambios climatéricos. Condicionantes de género en la salud. Problemas de salud en relación con la violencia de género. Visión de la salud desde la perspectiva de género. Concepción holística de la sexualidad. Respeto por las propias decisiones relacionadas con la sexualidad y la reproducción. Empatía con las víctimas de la violencia de género. Educación para la salud. Confianza, confidencialidad y comunicación terapéutica.

M07 Competencias para la atención a las personas ancianas: Factores de riesgo para la salud global del anciano, técnicas y escalas para su valoración. Estrategias de afrontamiento eficaz. Atención al anciano «frágil». Sexualidad y afectividad en la persona anciana. Recursos sociosanitarios de apoyo al cuidado de la persona dependiente y su familia. La atención domiciliaria en el anciano. La cuidadora como receptora de cuidados. El proceso de final de vida en el ámbito comunitario. Gestión de situaciones de duelo. Situaciones de violencia contra las personas ancianas. Respeto a las opciones personales, culturales y religiosas de las personas. Empatía ante las situaciones de pérdida (duelo). Uso de escalas de valoración. Trabajo con grupos. Estimulación física y sensorial.

M08 Competencias para la atención a las familias: La familia, estructura, dinámica, tipos y ciclo vital familiar. Las relaciones de poder en la familia, los roles y las reglas, la expresión de los sentimientos. Las relaciones conyugales. Los conceptos de la estrategia sistémica de intervención familiar. Los instrumentos de atención familiar: genograma, cuestionarios específicos (APGAR familiar, apoyo social, acontecimientos vitales estresantes...). La orientación familiar anticipada. Intervención con familias con crisis prevalentes: duelos, miembros con conductas adictivas, enfermedad mental, en final de vida, llegada de nuevos hijos... La vivienda como espacio de convivencia y condicionante de la salud. La perspectiva familiar en los problemas de salud individual. El rol del cuidador familiar. La violencia intrafamiliar. Dinámica de grupos. Percepción de la familia como gestora de salud. Aceptación y valoración de la capacidad de la familia para la promoción de su salud. Respeto hacia las decisiones de la familia. Negociación. Entrevista con parejas y familias. Manejo de instrumentos de abordaje familiar. Trabajo con grupos. Trabajo con las familias en condiciones de igualdad (el paternariado).

M09 Competencias para la atención ante urgencias, emergencias y catástrofes: Protocolos de actuación urgente. Técnicas de soporte vital avanzado. Movilización y transporte de pacientes en situación de urgencia. Técnicas de priorización de problemas. Liderazgo y capacidad de coordinación. Serenidad en la toma de decisiones. Manejo de situaciones de crisis y estrés. Capacidad de toma de decisiones. Aplicación de las técnicas de soporte vital, movilización y transporte de pacientes.

M10 Competencias para la atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario: Factores de riesgo relacionados con las situaciones de marginación y aislamiento social. Problemas sociosanitarios más frecuentes en este tipo de población. Recursos existentes. Proactiva en la búsqueda de condiciones sociales de riesgo. Empatía, Tolerancia y comprensión de actitudes diferentes. Respeto hacia los otros. Estrategias de abordaje y afrontamiento de situaciones de marginación social. Enfoque de riesgo en la valoración de personas y familias. Expresión y Comunicación en otras lenguas (lenguaje de signos, otros idiomas etc.) Dinamización de grupos y comunidades para fomentar la solidaridad intergrupala.

M11 Competencias en salud pública y comunitaria: Programas de promoción y educación para la salud. Métodos y técnicas de investigación social. Marco jurídico básico y medidas sobre protección y control medioambiental y seguridad alimentaria. Sistemas de información y vigilancia sobre salud y epidemiología. La Gestión de recursos comunitarios. Enfoque multicultural de la salud. Fomento de la participación comunitaria. Respeto al medio ambiente y al desarrollo sos-

tenible. Respeto hacia otras culturas y formas de vida. Reconocimiento de la comunidad como núcleo de acción de los cuidados. Liderazgo de la promoción y vigilancia de la salud en la Comunidad. Desarrollo de estrategias de intervención en la comunidad que fomenten la participación comunitaria. Planificación, diseño e implementación de medidas para la protección y prevención de riesgos para la salud. Comunicación y trabajo con grupos.

M12 Competencias docentes: Planificación educativa. Estrategias educativas. Diseño y evaluación de materiales educativos. Técnicas de evaluación de aprendizaje. Accesibilidad y supresión de barreras para la comunicación. Respeto por las opciones y procesos de aprendizaje individual. Empatía. Escucha activa. Comunicación. Uso de TIC. Auto-aprendizaje auto-dirigido (aprender a aprender).

M13 Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario: Bases metodológicas de la gestión clínica: la gestión por procesos y modelos de gestión. ASBE como instrumento para la gestión clínica: toma de decisiones, variabilidad de la práctica clínica, guías de práctica clínica y evaluación de la práctica. Utilidad de los estudios de eficiencia y coste-efectividad. El liderazgo y su influencia como elemento coordinador y dinamizador de equipos. Estructura y organización del sistema sanitario en todos sus niveles. Modelos de organización de los EAP. Mejora continua de la calidad. Evaluación global y sistemática de la organización. Actitud positiva hacia la evaluación y el conocimiento del error como método de mejora. Reconocimiento del valor del trabajo en equipo. Resolución de conflictos. Interpretación de indicadores de uso más frecuente en Atención Primaria. Uso de los programas informáticos utilizados en AP.

M14 Competencias en investigación: Búsqueda de información relevante. Protocolos, procedimientos y guías de práctica clínica. La ética de la investigación. La lógica del proceso de investigación. Estrategias de investigación cualitativa y cuantitativa. Estadística y análisis de datos cualitativos. Conocimiento de líneas prioritarias de investigación en enfermería familiar y comunitaria. Normas para exposiciones de comunicaciones científicas orales y escritas en los medios más utilizados en enfermería familiar y comunitaria. Actitud reflexiva ante la práctica clínica e inquietud científica. Inquietud por plantearse y dar respuesta a las preguntas surgidas de la práctica. Interés para que el ciudadano reciba los cuidados de enfermería de más alta calidad. Sensibilidad para compartir el conocimiento y que la disciplina enfermera avance. Manejo de las principales fuentes de guías clínicas. Realización de una lectura crítica de publicaciones científicas. Elaboración de preguntas de investigación en el ámbito de su especialidad. Coordinación y trabajo en equipos de investigación. Comunicación para exposición en público. Escritura científica.

15 Competencias en uso de fármacos y productos sanitarios (complementario al tema de Clínica y Metodología Avanzada): Uso de fármacos, productos sanitarios y otros abordajes terapéuticos habituales en la EFyC. Las competencias sobre uso e indicación de fármacos se revisarán en este anexo específico. Las competencias sobre medidas terapéuticas se revisan en cada tema concreto de enfermería clínica.

10.3 Anexo 3: Instructivo para completar el formulario de competencias.

Estimado compañero,

El formulario que presentamos, pretende facilitar la autoevaluación de los conocimientos previos a la formación. Al cumplimentarlo, podrás saber tus áreas de competencias menos consistentes y, de esta manera reforzar tus conocimientos en ellas. Está elaborado en base a las competencias profesionales que debe desarrollar el especialista en EFyC. Lo encuentras en las pestañas de la parte inferior a esta nota identificado como: Mod1, Mod2, Mod3, Mod4, Mod5, Mod6, Mod7, Mod8, Mod9, Mod10, Mod11, Mod12, Mod13, Mod14

Te encontrarás con una serie de preguntas sencillas y otras, compuestas de varios apartados. Por favor, medita bien los conceptos presentados antes de contestar. Para contestar, hazlo sobre la zona sombreada de cada pregunta, al hacerlo, cambiará del color amarillo al azul, indicándote que es la casilla correcta. Si cambia a negro, la respuesta la has introducido en una casilla que no está destinada a responder. Elige para contestar entre: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o 10, para cada una de las preguntas, dónde 1 es la peor y 10 la mejor percepción.

Este archivo (formulario inicial de conocimientos), contiene todos los módulos formativos. Es importante que se complete en su totalidad, es decir; todos los apartados de este archivo antes de comenzar la formación. Gracias por tu paciencia. Recuerda que las pestañas para pasar de un apartado a otro están en la parte inferior de la pantalla. Después de cada módulo, se realizará el formulario específico, es decir; solo el correspondiente al módulo finalizado. De esta forma podrás ver tu evolución en base a las competencias que se piden para el desarrollo de la especialidad.

Recuerda guardar el archivo para su envío posterior a los correos que adjuntamos más abajo. Al guardarlo, cambia el nombre del archivo de “_competencias_001_001” introduciendo tus apellidos sin espacio y la inicial de tu nombre seguido del nombre del archivo. Por ejemplo: Juan Español Español guardará el archivo como EspañolEspañolJ_competencias_001_001

Las direcciones de correo para el envío y consulta de dudas son: begonasanchez@gmail.com; gonzaloduartecliments@gmail.com; curso.efyc@gmail.com

10.4 Anexo 4: Listado de Centros de Salud, Centros periféricos y consultorios locales

Adeje,	San Miguel de Geneto,
Armeñime,	Laguna- Finca España,
Anaga,	Laguna– Mercedes,
San Andrés,	Las Mercedes,
Arico,	La Victoria de Acentejo,
Villa de Arico,	Los Gladiolos– Somosierra,
Arona costa I- Los Cristianos,	Los Realejos,
Vilaflor,	Los Silos,
Arona– Vilaflor,	Ofra– Delicias,
Cabo Blanco,	Ofra– Miramar,
Añaza,	Orotava II– Dehesa,
Barranco Grande– Tincer,	Puerto de la Cruz I- La Vera,
Tincer,	San Juan de la Rambla- La Guancha,
Barrio de la Salud,	San José,
Doctor Guigou,	Orotava I– San Antonio,
Candelaria,	Barroso,
Puerto de la Cruz- Casco Botánico,	Santa Úrsula,
Granadilla,	La Corujera,
San Isidro,	Santiago del Teide,
Guargacho,	Tacoronte,
Guia de Isora,	San Juan Perales,
Alcalá,	Tejina– Tegueste,
Playa de San Juan,	Tegueste,
Güimar,	Valle de Guerra,
Fasnia,	Toscal centro Ruiz de Padrón,
Arafo,	Arona costa II– El Fraile,
Icod de los Vinos,	La Matanza de Acentejo
La Cuesta,	
Taco- San Matías de La Laguna,	
Laguna- San Benito,	
La Esperanza,	

10.5 Anexo 5: Guión de entrevista para los grupos focales

En cuanto a las competencias para la especialidad de EFyC:

¿Creen que representa la actividad actual en Atención Primaria?

¿Hay alguna actividad que no esté representada?

¿Creen que debe ampliarse algún concepto?

¿Piensan que algunas competencias no se está desarrollando?

¿Hay alguna estructura, entendida ésta como proceso, protocolo, entorno físico o recurso económico, que se considere necesaria para el desarrollo de la especialidad?

¿Qué competencias piensan que deben estudiarse en el 1er curso de la especialidad y cuales en el 2º curso?