

COMPETENCIAS DE ENFERMERAS ESPECIALISTAS EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA. ANÁLISIS PARA SU DESARROLLO ACTUAL Y FUTURO.

María Begoña Sánchez Gómez* ⁽¹⁾, María Mercedes Novo Muñoz ⁽²⁾, José Ángel Rodríguez Gómez ⁽²⁾, Antonio Sierra López ⁽³⁾, Armando Aguirre Jaime, Gonzalo Duarte Clímments ⁽¹⁾

(1) Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

(2) Facultad de Enfermería de la Universidad de La Laguna.

(3) Facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna

(4) Colegio de Enfermeros de Santa Cruz de Tenerife.

ene

revista de enfermería

Sánchez Gómez, M. (2019). **COMPETENCIAS DE ENFERMERAS ESPECIALISTAS EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA. ANÁLISIS PARA SU DESARROLLO ACTUAL Y FUTURO.** *Ene* 13(3). Consultado de www.ene-enfermeria.org

FICHA DE TESIS

TÍTULO: COMPETENCIAS DE ENFERMERAS ESPECIALISTAS EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA. ANÁLISIS PARA SU DESARROLLO ACTUAL Y FUTURO

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

DEPARTAMENTO: OBSTETRICIA, GINECOLOGÍA, PEDIATRÍA, MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA, TOXICOLOGÍA, MEDICINA LEGAL Y FORENSE Y PARASITOLOGÍA

FECHA DE LECTURA: 11/02/2016

PROGRAMA DE DOCTORADO: PROGRAMA OFICIAL DE DOCTORADO CIENCIAS MÉDICAS

* CORRESPONDENCIA: BEGONASANCHEZ@GMAIL.COM

Resumen

Introducción: El estudio de las competencias es fundamental en las organizaciones para planificar eficientemente la formación en base a las oportunidades de mejora formativas. Con ello se consigue la adaptación del nuevo papel de la enfermera a las nuevas necesidades: dependencia, asistencia personalizada, toma de decisiones informada; la creciente demanda de asumir responsabilidades; y la mayor autonomía profesional, ligada a una mayor responsabilidad en la toma de decisiones.

La autopercepción sobre el desempeño de las competencias legisladas es un recurso para determinar cuáles son las que se deben potenciar o adquirir, para una mejor adaptación al perfil de un especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Por ello, el objetivo de este estudio es identificar las necesidades de formación de las enfermeras de atención primaria para adaptar su perfil a la orden SAS/1729/2010.

Metodología: Estudio de corte mixto cuali-cuantitativo. La metodología cualitativa se realiza con grupos focales y técnica semicualitativa Delphi. La metodología cuantitativa se desarrolla con un estudio descriptivo transversal de autopercepción de competencias. Ambas metodologías se realizan tomando como base las

competencias publicadas en la orden SAS/1729/2010.

Resultados: Se establecieron áreas temáticas para el estudio de las competencias y se diferenciaron las competencias para estudiar en los dos años de la especialidad. Se estableció un banco de necesidades de formación general y específico por perfil profesional.

Discusión: Se identifican competencias que necesitan formación: salud pública y comunitaria, atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo sociosanitario e investigación. Otras que tienen una alta autopercepción: clínica y metodología avanzada, atención al adulto, atención al anciano y atención a urgencias, emergencias y catástrofes. En general, suspenden las competencias relacionadas con la planificación, dirección, diseño, desarrollo, contacto con los medios de comunicación y la calidad.

Palabras Clave: competencia clínica, educación basada competencias, competencia profesional, enfermeras de familia, enfermeras de salud comunitaria.

Abstract**COMPETENCES OF SPECIALIST NURSES IN FAMILY AND COMMUNITY NURSING. ANALYSIS FOR YOUR CURRENT AND FUTURE DEVELOPMENT.**

Introduction The study of competencies is essential in organizations to effectively plan training based on educational improvement opportunities. With this, the new role of the nurse is adapted to the new needs: dependency, personalized assistance, informed decision making; the growing demand to assume responsibilities; and the greater professional autonomy, linked to a greater responsibility in decision making.

The self-perception on the performance of legislated competences is a resource to determine which ones should be promoted or acquired, for a better adaptation to the profile of a specialist in Family and Community Nursing. Therefore, the aim of this study is to identify the training needs of primary care nurses to adapt their profile to law SAS / 1729/2010.

Methodology: Mixed qualitative-quantitative cut study. The qualitative methodology is performed with focus groups and Delphi semi-qualitative technique. The quantitative methodology is developed with a cross-sectional descriptive study of self-perception of competencies. Both methodologies are based on the competencies published in law SAS/1729/2010.

Results: Thematic areas were established for the study of the competences and competences were differentiated to study in both specialty years. A bank of general and specific training needs was established by professional profile.

Discussion: Competencies that need training are identified: public and community health, attention to health in situations of fragility or socio-health risk and research. Others that have a high self-perception: Clinic and advanced methodology, attention to the adult, attention to the elderly and attention to emergencies, emergencies and catastrophes. In general, they suspend the competences related to planning, direction, design, development, contact with the media and quality.

Keywords: Clinical Competence, Competency-Based Education, Professional Competence, Nurses, Community Health, Family Nurse Practitioners.

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^{1,2}. 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, es una gran oportunidad para el diseño de un nuevo sistema sanitario^{3,4}.

En este sentido, la ley de ordenación de las profesiones sanitarias¹, 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.

Las competencias de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) están recogidas La Orden SAS/1729/20105, de 17 de junio. El programa formativo y las competencias son la base de la prueba de acceso extraordinario a la especialidad.

ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Los trabajos sobre competencias profesionales revisados 6-13 de diversa índole refieren competencias: en la formación de especialistas sanitarios, en la gestión clínica, transversales, técnicas, interpersonales y de diversa nominalidad^{14,20}.

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.

La autopercepción que tienen las enfermeras de Atención Primaria (AP) sobre su desempeño de las competencias legisladas son recursos para determinar cuáles, deben potenciar o adquirir, para una mejor adaptación al perfil que se pide a un especialista EFyC.

JUSTIFICACIÓN

Los resultados en consecución de objetivos y desarrollo de competencias deben responder a una planificación previa²¹. El marco normativo y la bibliografía científica^{3,4,22-24} están de acuerdo en que, el desarrollo de las competencias enfermeras, mejora la eficiencia del sistema sanitario.

El estudio de las competencias es fundamental en las organizaciones para planificar eficientemente la formación en base a las oportunidades de mejora formativas. Con ello se consigue la adaptación del nuevo papel de la enfermera a las nuevas necesidades: dependencia, asistencia personalizada, toma de decisiones informada; la creciente demanda de asumir responsabilidades; y la mayor autonomía profesional, ligada a una mayor responsabilidad en la toma de decisiones²⁵.

Sorprende que, desde 2010 en que se desarrolla la normativa específica del desarrollo competencial, y siendo esta una cuestión estratégica en el Sistema Nacional de Salud (SNS), no se haya elaborado ningún programa formativo específico para subsanar esta deficiencia.

Esto lleva al planteamiento de algunas preguntas al respecto:

- ¿Cómo debe distribuirse la formación en competencias para la EIR de EFyC?

- ¿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?

OBJETIVOS

Proponer la distribución formativa de las competencias para la formación de la enfermera especialista en EFyC.

Identificar la autopercepción que, sobre las competencias de EFyC tienen las enfermeras de AP.

Averiguar las necesidades de formación de las enfermeras de AP de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife (GAPTF) para crear un banco de necesidades que oriente la formación actual y futura.

Relacionar la información obtenida del perfil profesional con la autopercepción de las competencias, para identificar las necesidades de formación por perfil profesional.

MATERIAL Y MÉTODO

Población de estudio

Enfermeras de AP que desarrollaban sus competencias en la GAPTF. Se calculó el tamaño muestral (26) para los estadísticos necesarios. 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 fue de 192 enfermeras.

Criterios de inclusión

Enfermeras de la GAPTF, matriculadas en una intervención formativa corporativa gratuita y voluntaria para facilitar el acceso a la prueba objetiva de la competencia para la especialidad de EFyC.

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.

Análisis de la documentación

Se utilizó la herramienta de lectura crítica CASPe para la literatura científica, incluyendo los trabajos con una puntuación mayor a 7. La legislación se

incorporó utilizando como criterio su validez legal.

Metodología cualitativa

- Grupos focales (27,28)

Se formaron 7 grupos (29) con 50 expertos multiprofesionales se distribuyó 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 intra-grupo se buscó la diversidad en la responsabilidad profesional de cada uno de los integrantes. Las preguntas para el focus group se describen en la [tabla 1](#). Todos los grupos trabajaron simultáneamente. La información se recogió mediante transcripción de conclusiones.

- Técnica semicualitativa Delphi³⁰

A partir de las conclusiones de los grupos focales, se utilizó como marco teórico las competencias de la orden SAS/1729/2010² desagrupadas para facilitar el análisis. La pregunta a los miembros del panel fue: ¿Qué competencias deberían estudiarse en el primer

curso EIR y cuales en el segundo curso EIR? Se invitó a participar a las 50 personas que participaron a los grupos focales, participando 24.

Metodología cuantitativa

Estudio descriptivo longitudinal. Para obtener la información de la auto-percepción de competencias, se utilizó el formulario usado para realizar el Delphi.

VARIABLES DE PERFIL PROFESIONAL: 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, o de Ayudante Técnico Sanitario, y la vía de acceso extraordinario a la especialidad.

Cada participante valoró antes de la actividad formativa su percepción de su capacidad sobre las competencias. Para ello, se utilizó una escala Likert³¹ 1-10, siendo el 1 la peor percepción y el 10 la mejor percepción. Para el análisis de los datos se utilizó la mediana, calculando el promedio para los casos con respuesta. Los resultados se clasificaron en puntos de corte que se establecieron en 5, 7 y 9.

De manera que:

Punto de corte 5: requerirá intervenciones formativas para alcanzar el

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

Punto de corte 7: requerirá intervenciones formativas para alcanzar el “notable” con la ayuda de la formación.

Punto de corte 9: requerirá intervenciones formativas para alcanzar la excelencia.

Se especificaron puntos de corte para cada puesto de trabajo.

Para la descripción de resultados se empleó mediana y rango. Para las relaciones entre la auto-percepción 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.

Limitaciones del estudio

La representatividad está garantizada por la muestra alcanzada en el estudio. La validez interna del estudio también lo está, en función de la representatividad.

La trasposición de los resultados a poblaciones diferentes debe estar condicionada por la similitud o diferencia con la población de estudio.

RESULTADOS

El perfil de la muestra se describe en la tabla 2.

Las siguientes áreas temáticas para el estudio de las competencias EFyC surgen del análisis cualitativo:

- Competencias que pueden ampliarse: Urgencias, emergencias y catástrofes, calidad de vida en todas las etapas del desarrollo
- Competencias que son consideradas como demasiado amplias: Atención a la salud sexual, reproductiva y de género.
- Competencias por desarrollar: entrevista motivacional, canales de comunicación y herramientas de comunicación, comunicación persuasiva, autoconcepto y autoestima, seguridad del paciente, violencia de género.
- Planificación de la formación: diseño formativo evolutivo. La participación comunitaria y la intervención familiar deberían diferenciarse como parte de la atención propia de la especialidad. Deben ser transversales e incluirse en otras competencias: lo relacionado con calidad, investigación, evidencia clínica, 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.

- Gestión del conocimiento: precisión diagnóstica y evaluación de las terapias no farmacológicas. Se pone de manifiesto la necesidad de diferenciar las actividades individuales, de las actividades colectivas, diferenciándose la formación de los EIR y de los MIR por temas de interés, realizando actividades en conjunto e individuales para cada grupo residente. Además, se considera fundamental la evaluación continua de la adquisición de competencias.

- Particularidades de la formación: se consideraron que las competencias relacionadas con el afrontamiento, duelo y en general la esfera psicosocial deberían tratarse en un bloque específico y diferenciando por etapas de desarrollo. El trabajo en equipo garantiza la correcta atención sanitaria al paciente, la familia y la comunidad y es una de las bases de la atención primaria de salud. La atención general en la etapa adulta debería ser estudiada a lo largo de los dos años de formación EIR. Implantar los resultados de la evidencia en la práctica clínica, en la toma de decisiones informada y conjunta con el paciente.

- Competencias que deberían estudiarse en el 1er curso (EIR1) de la especialidad y competencias que deberían estudiarse en el 2º curso (EIR2).

En función de la complejidad para cada curso académico:

- **EIR1** conceptos relacionados con: adquisición de conocimientos, valoración y reconocimiento de situaciones críticas o de crisis vitales. Atención ante urgencias, emergencias y catástrofes; proceso de atención de Enfermería, confidencialidad, seguridad del paciente, manejo de fármacos y productos sanitarios, autonomía personal y parental e identificación de situaciones de riesgo en la atención a la infancia. autonomía personal, prevención de riesgos y hábitos saludables en la etapa adulta. 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. Violencia de género, sin incluir la intervención. identificación de riesgos dentro de la familia por desarraigo o aislamiento. Valoración en salud pública y sanitaria. Valoración docente. 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 en la gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario. Identificación de necesidades de investigación.

- **EIR2** Conceptos relacionados con: reconocer, realizar, liderar, intervenir, diseñar. La formación acerca de afrontamiento, duelo, en general la esfera psicosocial, la formación relacionada con los cuidados paliativos, las redes de autoayuda, los recursos sociosanitarios, el abordaje del embarazo, el parto y el puerperio. evaluación de programas o educación para la salud. Intervención en violencia de género. Intervención familiar, afrontamiento de problemas y el uso de metodología de análisis sociofamiliar. atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo sociosanitario. la investigación en salud pública, el liderazgo de programas, las redes de vigilancia, la inspección y registro sanitario, las redes y el voluntariado social. Ejecución de programas docentes. 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 la gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comu-

nitario. Innovación y transmisión de los conocimientos producto de la investigación.

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. Utilizado los puntos de corte, se obtuvo la distribución por módulos para determinar las necesidades generales de formación (Tabla 3)

En la tabla 4 se presenta la significación estadística para el punto de corte 7. Se eligió este punto de corte por ser la nota intermedia entre el aprobado y la excelencia.

Los perfiles profesionales que se identificaron mediante la prueba Rho de Spearman se muestran en la tabla 5.

Sus necesidades de formación fueron:

Subdirector

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

1. Investigación
2. Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo sociosanitario
3. Salud pública y comunitaria

Para alcanzar notable (≥ 7 puntos). Además:

1. Atención a la adolescencia
2. Salud sexual, reproductiva y de género
3. Atención a las familias

Para alcanzar excelente (≥ 9 puntos). Además:

Atención general en la etapa adulta

1. Atención a las personas ancianas
2. Gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario

Las competencias con mayor porcentaje de subdirectores con puntuación ≥ 9 fue Atención a urgencias emergencias y catástrofes.

Tutor y responsable docente

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

1. Salud pública y comunitaria
2. Investigación
3. Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo sociosanitario

Para alcanzar notable (≥ 7 puntos). Además:

1. Atención a la infancia

2. Atención a la adolescencia

3. Salud sexual, reproductiva y de género

Para alcanzar excelente (≥ 9 puntos). Además:

1. Gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario.

2. Atención a las familias

3. Clínica y metodología avanzadas

Las competencias con mayor porcentaje de tutores y responsables docentes EFyC con puntuación ≥ 9 fue Atención a urgencias emergencias y catástrofes.

Tuvieron un mayor porcentaje de puntuaciones por debajo de los puntos de corte 5, 7 y 9. teniendo en cuenta su responsabilidad formativa, su formación debería ser estratégica.

ECE

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

1. Investigación

2. Salud pública y comunitaria

3. Atención a la infancia, atención a la adolescencia, salud sexual reproductiva y de género

Para alcanzar notable (≥ 7 puntos). Además:

1. Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo sociosanitario.

2. Clínica y metodología avanzadas

3. Gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario

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

1. Docentes

2. Atención a urgencias, emergencias y catástrofes

3. Atención a las familias

4. Las competencias con mayor porcentaje de ECE con autopercepción más alta fueron la atención a las personas ancianas.

Enfermeros en consulta de adultos

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

1. Salud pública y comunitaria.

2. Investigación.

3. Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo sociosanitario.

Para alcanzar notable (≥ 7 puntos). Además:

1. Atención a la infancia.
2. Atención a la adolescencia.
3. Gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario.
4. Para alcanzar excelente (≥ 9 puntos). Además de las mencionadas:
5. Salud sexual, reproductiva y de género.
6. Atención a las familias.
7. Docentes.

Las competencias mejor puntuadas por los enfermeros en consulta de adultos fueron la atención a urgencias, emergencias y catástrofes.

Enfermeros en consulta de pediatría

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

1. Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo sociosanitario.
2. Salud pública y comunitaria.
3. Investigación.

Para alcanzar notable (≥ 7 puntos). Además:

1. Salud sexual, reproductiva y de género.
2. Atención a las familias.
3. Atención a las personas ancianas, Competencias docentes.
4. Para alcanzar excelente (≥ 9 puntos). Además de las mencionadas:
5. Gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario
6. Atención a urgencias, emergencias y catástrofes.
7. Atención a la salud general en la etapa adulta.
8. Las competencias mejor puntuadas fueron la atención a la infancia.

DISCUSIÓN

El itinerario formativo acorde a la madurez profesional de los residentes puede convertirse en un mapa de competencias³².

En general, 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. También 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.

Estas carencias, señalan el banco de necesidades de formación. La diferenciación por perfil profesional favorece la planificación de la formación y la optimización de recursos, en función de los resultados deseados.

Las competencias profesionales son evolutivas, caducas y contexto dependientes³³. Por tanto, 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: 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^{1,3,4,34-41}.

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 problemas por parte de la enfermera.

- 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.

- 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.

- 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.

- La planificación estratégica para la formación para los perfiles profesionales definidos permitirá optimizar recursos y obtener una mayor eficiencia en la formación

BIBLIOGRAFÍA

1. Duarte G, Izquierdo MD, Reyes JM. Análisis de la situación y líneas de desarrollo de la enfermería de Atención Primaria en Canarias. Servicio Canario de la Salud. Santa Cruz de Tenerife; 2000.
2. Dirección General de Programas Asistenciales Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria. Servicio Canario de la Salud; 2006.
3. Duarte-Clíments G, Sánchez-Gómez, MB. Gestión de casos en Atención Primaria: la Enfermera Comunitaria de Enlace. Atención Comunitaria. Madrid: Enfo Ediciones; 2009.
4. Ross, Curry, N, Goodwin, N. Case management: What it is and how it can best be implemented, [Internet]. The King's Fund Paper; 2011 [citado 12 de diciembre de 2013]. Disponible en: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Case-Management-paper-The-Kings-Fund-Paper-November-2011_0.pdf
5. Hutt R, Rosen R, McCauley J. Case-managing Long-term Conditions: What impact does it have in the treatment of older people? London: The King's Fund; 2004.
6. Case Management Society of America (2008–11). What is a case manager? [Internet]. CMSA website.; [citado 6 de octubre de 2011]. Disponible en: www.cmsa.org/Home/CMSA/WhatisaCaseManager/tabid/224/Default.aspx
7. Casarin SNA, Villa TCS, Gonzáles RIC, de Freitas MC, Caliri MHL, Sasaki CM. Case management: evolution of the concept in the 80's and 90's. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2002;10(4): 472-7.
8. Reimanis CL, Cohen EL, Redman R. Nurse case manager role attributes: fifteen years of evidence-based literature. *Lippincotts Case Manag*. 2001;6(6):230-239; quiz 240-242.
9. Krumholz HM, Currie PM, Riegel B, Phillips CO, Peterson ED, Smith R, et al. A taxonomy for disease management: a scientific statement from the American Heart Association Disease Management Taxonomy Writing Group. *Circulation*. 2006;114(13):1432-45.
10. Pérez, RM, López, SR, Lacida, M, Rodríguez, S. La Enfermera Comunitaria de Enlace en el Servicio Andaluz de Salud. *Enferm Comun* [Internet]. 2005;1(1).
11. Duarte-Clíments, G, Izquierdo-Mora, M.D, Pérez-Díaz, G, Aguirre-Jaime, A. La enfermera comunitaria de enlace, una propuesta para la mejora de la atención domiciliaria: fundamento, modelo y evaluación de impacto. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*. 2008;1(1).
12. Contel-Segura JC, Gené-Badía J, Peya-Gascons M. Atención domiciliaria: organización y práctica. Springer; 1999.
13. Fundación SAR. Calidad y dependencia. Grados de dependencia y necesidad de servicios. [Internet]. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.; 2007. Disponible en: <http://www.imsersodependencia.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=52409>
14. Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]*. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.cochrane-handbook.org.
15. Urrútia, Gerard, y Xavier Bonfill. «Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis». *Medicina Clínica* 135, n.o 11 (octubre de 2010): 507-11. doi:10.1016/j.medcli.2010.01.015.
16. Arksey, H. and O'Malley, L. (2005) Scoping studies: towards a methodological framework, *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 1, 19-32.
17. Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework». Accedido 11 de diciembre de 2015. <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/13/48>.
18. Levac, Danielle, Heather Colquhoun, y Kelly K O'Brien. «Scoping studies: advancing the methodology». *Implementation Science : IS* 5 (20 de septiembre de 2010): 69. doi: 10.1186/1748-5908-5-69.
19. Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Recuperado a partir de: <http://goo.gl/kSw3ux>
20. Welch, Vivian, Mark Petticrew, Peter Tugwell, David Moher, Jennifer O'Neill, Elizabeth Waters, y Howard White. «PRISMA-Equity 2012 Extension: reporting guidelines for systematic reviews with a focus on health equity». *Revista Panamericana de Salud Pública* 34, n.o 1 (julio de 2013): 60-67.
21. Critical Appraisal Skill Programme Español vCASPe. 2015. <http://www.redcaspe.org/>.
22. Gough D, Thomas J, Oliver S. Clarifying differences between review designs and methods. *Syst Rev* 2012;1:28

23. Gough D . Meta-narrative and realist reviews: guidance, rules, publication standards and quality appraisal. *BMC Med* 2013;11:22
24. Daudt HML, Van Mossel C, Scott SJ . Enhancing the scoping study methodology: A large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Med Res Methodol* 2013;13:48.
25. Doughty C. Effective models of mental health service provision and workforce configuration in the primary care setting. Christchurch: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA). NZHTA Technical Brief Series Volume 5 Number 1. 2006
26. Chiu WK, Newcomer R. A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly. *Prof Case Manag.* 2007;12(6):330-6; quiz 337-8.
27. Oeseburg B, Wynia K, Middel B, Reijneveld SA. Effects of case management for frail older people or those with chronic illness: a systematic review. *Nurs Res.* 2009;58(3):201-10.
28. You EC, Dunt D, Doyle C, Hsueh A. Effects of case management in community aged care on client and carer outcomes: a systematic review of randomized trials and comparative observational studies. *BMC Health Services Research.* 2012;12:395.
29. Trivedi D, Goodman C, Gage H, Baron N, Scheibl F, Iliffe S, et al. The effectiveness of inter-professional working for older people living in the community: a systematic review. *Health Soc Care Community.* 2013;21(2):113-28.
30. Keleher H, Parker R, Abdulwadud O, Francis K. Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. *Int J Nurs Pract.* 2009;15(1):16-24.
31. Latour CHM, van der Windt DAWM, de Jonge P, Riphagen II, de Vos R, Huyse FJ, et al. Nurse-led case management for ambulatory complex patients in general health care: a systematic review. *J Psychosom Res.* 2007;62(3):385-95.
32. Saxena S, Misra T, Car J, Netuveli G, Smith R, Majeed A. Systematic review of primary healthcare interventions to improve diabetes outcomes in minority ethnic groups. *J Ambul Care Manage.* 2007;30(3):218-30.
33. Christensen H, Griffiths KM, Gulliver A, Clack D, Kljakovic M, Wells L. Models in the delivery of depression care: a systematic review of randomised and controlled intervention trials. *BMC Fam Pract.* 2008;9:25-39.
34. Fraser KD, Estabrooks C. What factors influence case managers' resource allocation decisions? A systematic review of the literature. *Med Decis Making.* 2008;28(3):394-410.
35. Sutherland D, Hayter M. Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. *J Clin Nurs.* 2009;18(21):2978-92.
36. Young T, Busgeeth K. Home-based care for reducing morbidity and mortality in people infected with HIV/AIDS. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(1):CD005417.
37. Slyer JT, Concert CM, Eusebio AM, Rogers ME, Singleton J. A systematic review of the effectiveness of nurse coordinated transitioning of care on readmission rates for patients with heart failure. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports.* 2011;9(15):464-90.
38. Joo JY, Huber DL. An integrative review of case management for diabetes. *Prof Case Manag.* 2012;17(2):72-85.
39. Nurmatov U, Buckingham S, Kendall M, Murray SA, White P, Sheikh A, et al. Effectiveness of holistic interventions for people with severe chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of controlled clinical trials. *PLoS ONE.* 2012;7(10):e46433.
40. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometa CS, Hahn RA, McKnight-Eily LR, et al. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med.* 2012;42(5):525-38.
41. Collier RJ, Nelson BB, Sklansky DJ, Saenz AA, Klitzner TS, Lerner CF, et al. Preventing hospitalizations in children with medical complexity: a systematic review. *Pediatrics.* 2014;134(6):e1628-47
42. Joo JY, Huber DL. An integrative review of nurse-led community-based case management effectiveness. *Int Nurs Rev.* 2014;61(1):14-24.
43. Watts SA, Lucatorto M. A review of recent literature - nurse case managers in diabetes care: equivalent or better outcomes compared to primary care providers. *Curr Diab Rep.* 2014;14(7):504-17.
44. Martínez-González NA, Berchtold P, Ullman K, Busato A, Egger M. Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review. *International Journal for Quality in Health Care.* 2014;26(5):561-70.

45. Stokes J, Panagioti M, Alam R, Checkland K, Cheraghi-Sohi S, Bower P. Effectiveness of Case Management for “At Risk” Patients in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. Quinn TJ, ed. PLoS ONE. 2015;10(7):e0132340.
46. Jadad AR, Cabrera A, Martos F, Smith R, Lyons RF. Modelos de gestión de enfermedades crónicas complejas, capítulo 4 en: Cuando las personas viven con múltiples enfermedades crónicas: aproximación colaborativa hacia un reto global emergente. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
47. Affordable Health Coverage Quality Care Kaiser Permanente. Disponible en: <https://goo.gl/YBS2OZ>
48. Solinís RN. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. Rev Adm Sanit. 2007;5(2):283-92.
49. Sochalski, J., T. Jaarsma, H. M. Krumholz, A. Laramee, J. J.V. McMurray, M. D. Naylor, M. W. Rich, B. Riegel, y S. Stewart. «What Works In Chronic Care Management: The Case Of Heart Failure». Health Affairs. 2009;28(1): 179-89.

TABLAS Y ANEXOS

Tabla 1: preguntas para el focus group
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 están 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?

Tabla 2: Perfil de la muestra			
	POBLACION	MUESTRA	%
Enfermera en consulta de adultos	429	164	38
Enfermera en consulta de pediatría	119	26	22
Enfermera en ambas consultas	7	7	100
Enfermera que realiza EpS adultos	254	98	39
Enfermera que realiza EpS adolescente	48	32	67
Enfermera que realiza EpS pediatría	49	40	82
Enfermera subdirectora	32	25	78
Enfermera Comunitaria de Enlace	15	13	87
Enfermera tutora EFyC	5	5	100
Enfermera responsables docente	65	42	64

Tabla 3 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 sociosanitario	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

Tabla 5. Prueba Rho de Spearman para identificar perfiles profesionales.

		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						significación		
	Sig. (bilateral)	,302	,000									
	N	184	184	184								
EpS Adultos grupal	Coefficiente de correlación	-.013	-.117	-.124	1,000							
	Sig. (bilateral)	,858	,115	,094								
	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	,065	-.181	-.038	,063	,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	,044			
	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)	,795	,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	,664	,000	
	N	184	184	184	184	184	184	184	184	184	184	184