

Situación de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria en el Sistema Nacional de Salud (Estudio SEYRE-FYC)

Situation of Family and Community Nursing Speciality in the Spanish National Health System (SEYRE-FYC study)

AUTORES

Vera-Vicioso, Guillermo¹ (RN); Pacheco-Riquelme, Sara² (RN, MsC); Cana-Benítez, Enrique³ (RN); Sacristán-Hernández, Elena⁴ (RN).

(1) Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Grupo de investigación C-08 MAEPAP de IBIMA-Plataforma BIONAND: Multimorbilidad, adherencia, evaluación económica y cuidados paliativos en Atención Primaria. Doctorando en Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga. (2) Máster Universitario en Investigación en Ciencias de la Salud (UA). Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. Institut Català de la Salut. Centre d'Atensió Primària Berguedà, Barcelona. (3) Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Servicio Andaluz de Salud. (4) Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Servicio Galego de Saude. Vigo.

RESUMEN

Situación de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria en el Sistema Nacional de Salud (Estudio SEYRE-FYC)

Fundamentos: Este estudio SEYRE-FyC busca analizar la situación de las enfermeras especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) en el Sistema Nacional de Salud (SNS), evaluando la satisfacción de las residentes con su formación, las oportunidades laborales postresidencia y las posibles diferencias entre Comunidades Autónomas (CCAA).

Métodos: Se realizó un estudio observacional de corte transversal con encuestas a enfermeras especialistas y residentes de EFyC. La muestra fue de 955 participantes, obtenida mediante muestreo por conveniencia entre el 26 de julio y el 9 de septiembre de 2024, utilizando redes sociales y apoyo de sociedades científicas para la difusión. El análisis descriptivo se completó mediante correlaciones de variables usando la prueba de Spearman y U de Mann-Whitney.

Resultados: Los participantes señalaron mayor satisfacción con la formación teórica que con la gestión organizativa de sus Unidades Docentes (UD). El "índice de fidelización" varió ampliamente entre CCAA, siendo particularmente bajo en Andalucía y Canarias. La correlación entre la recomendación de la CCAA y la existencia de contratos postresidencia fue débil pero positiva.

Conclusiones: A pesar del aumento en la formación de especialistas EFyC, persisten carencias en la retención laboral y la implementación de esta especialidad en Atención Primaria. El estudio sugiere que las CCAA deberían reforzar sus estrategias para la retención de especialistas, y destaca la necesidad de políticas más robustas para integrar eficazmente a las enfermeras EFyC en el sistema sanitario español.

Palabras clave: Enfermería Familiar y Comunitaria; Atención Primaria de Salud; Residentes de Enfermería; Contratación de Personal de Salud; Calidad de la Atención de Salud; Política Sanitaria; Gestión de Recursos de Personal en Salud.

ABSTRACT

Situation of Family and Community Nursing Speciality in the Spanish National Health System (SEYRE-FYC study)

Background: This SEYRE-FyC study aims to analyse the situation of specialist nurses in Family and Community Nursing (EFyC) in the Spanish National Health System (SNS), assessing the satisfaction of residents with their training, post-residency job opportunities and possible differences in each region.

Methods: A cross-sectional observational study was carried out with surveys filled by EFyC specialist nurses and residents. The sample was 955 participants, obtained by convenience sampling between 26 July and 9 September 2024, using social networks and the scientific societies' support for dissemination. Descriptive analysis was completed through correlations of variables using Spearman's and Mann-Whitney U tests.

Results: Participants reported higher satisfaction with clinical training than with organisational management of their Teaching Units (UD). The 'loyalty index' varied widely between regions, being particularly low in Andalusia and the Canary Islands. The correlation between recommending the region and the existence of contracts after residence was weak but positive.

Conclusions: Despite the increase in trained EFyC specialists, there are still shortcomings in job retention and implementation of this speciality in primary care. The study suggests that the health services should reinforce their strategies for specialist retention, and highlights the need for more robust policies to effectively integrate EFyC nurses into the Spanish National Healthcare System.

Keywords: Community Health Nursing; Primary Health Care; Internship and Residency; Personnel Selection; Quality of Health Care; Health Policy; Crew Resource Management, Healthcare.

INTRODUCCIÓN

Desde comienzos del siglo XXI se cuenta con evidencia suficiente que vincula la adecuación de la formación de las enfermeras a los puestos asistenciales que ocupan con menores tasas de mortalidad y eventos adversos, tanto a nivel hospitalario(1)(2) como en la continuidad de cuidados al alta en la comunidad (3). Sin embargo, esta tarea aparentemente sencilla y armada con sentido común y evidencia científica, está resultando muy compleja de ejecutar.

Ya en 1974 en la 27ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se mencionaba, «para satisfacer la necesidad creciente de asistencia primaria en los países desarrollados», la necesidad de formar «a

todos los grupos, en especial a las enfermeras, para funciones más amplias y en el diagnóstico y tratamiento»(4). Solo cuatro años antes de la Declaración de Alma Ata celebrada en la Unión Soviética en 1978, donde se consolidaba la defensa de la Atención Primaria (AP) como herramienta de transformación sanitaria, social, económica y educativa para conseguir comunidades con niveles óptimos de salud y bienestar(5). Esto requería, y así lo señalaban en aquella Conferencia de la OMS, el compromiso de los gobiernos para ofrecer estructuras administrativas y de gestión que permitieran planificar y poner en práctica esa AP (5, p. 34), así como priorizar «la utilización plena de los recursos humanos definiendo para cada una de las categorías del personal

de salud la función técnica, las competencias y las actitudes necesarias con arreglo a las tareas que le incumben a fin de lograr una AP de salud eficaz y creando equipos formados por agentes de salud de la comunidad, enfermeras, parteras y médicos»(5, pp-30-31).

En el año 1987 se aprueba en el Boletín Oficial del Estado (BOE) el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista(6). Este texto legal reordena las especialidades enfermeras hasta entonces reguladas y menciona por primera vez la especialidad de *Enfermería Comunitaria*, especialidad que no llegaría a desarrollarse(7). Dieciocho años después, en 2005, se publica el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, texto legal que reconoce y ordena la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) junto con las otras seis especialidades hasta hoy reconocidas por ley.(8) En ese momento la especialidad contaba ya con un reconocimiento en cuanto a forma legal, pero no se le había dotado de contenido científico, hasta que en el año 2010 a través de la Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de EFyC, en cuyo cuerpo se reconoce que en España los cambios surgidos en la estructura del Sistema Nacional de Salud (SNS) tras la aprobación de la Ley General de Sanidad 14/1986 y el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero sobre estructuras básicas de salud fueron vistos como una oportunidad para «apostar por un modelo sanitario más avanzado» vinculando la especialidad de EFyC como «un elemento esencial de la AP»(9).

En mayo del año 2011 se incorporaron las primeras 132 residentes de EFyC al SNS en las recién convertidas Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria (UDMAFyC). Se ponía en marcha entonces un sistema que permitía a enfermeras de todo el SNS acceder en condiciones de igualdad a una formación especializada y reglada para dar unos cuidados óptimos en el contexto de la AP(10).

Entre 2011 y 2022 se han convocado 4277 plazas de residentes de EFyC. Estas enfermeras que consiguieron una de esas plazas, en 2024 serían ya especialistas. Si le añadimos las 13835 especialistas que han obtenido el título de EFyC por la vía excepcional(11) resuelta entre 2023 y 2024 acreditando al menos 4 años de experiencia en AP hasta el 22 de septiembre de 2010(8), la cifra asciende a más de 17800 enfermeras con el título de especialista. Para conocer el número exacto de especialistas en activo sería preciso conocer el número de plazas rechazadas o que no terminan la residencia como aptos, y conocer también el número de especialistas por vía excepcional que ya se han jubilado. Es complejo acceder a estos datos, pero las cifras mencionadas pueden servir de aproximación al alza.

Desde la Unión Europea se elaboró un informe sobre Recomendaciones para adaptar la AP a las necesidades actuales de la población española, enmarcado en el programa EU4Health (EU4H). En este documento se recomendaba a España «potenciar la figura de la enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria» en AP e implementar medidas orientadas a mejorar los flujos y eficiencia del trabajo de todos los agentes del sistema(12). Además, desde el año 2010 se empieza a hablar de la posibilidad de mejorar la eficiencia de la AP en el momento en que las enfermeras son resolutivas o finalistas, realizando tareas que históricamente eran competencia reconocida exclusivamente al médico(13).

Dentro del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria del Ministerio de Sanidad, encajado en el Área de Calidad Asistencial, se desarrolla el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria(14). Este Plan se aprobó en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) el 15 de diciembre de 2021. Todas las Comunidades Autónomas (CCAA) aprobaron su contenido. Sin embargo, en la mayoría de territorios del Estado la situación laboral y administrativa de las especialistas en EFyC dista mucho de la acordada en ese documento(15) en los objetivos 2 y 5.

El Objetivo 2, centrado en los recursos humanos, la atracción, retención y estabilización del talento para garantizar la accesibilidad y continuidad de las EFyC en la AP, plantea entre sus acciones la «promoción de la contratación en AP como personal estatutario fijo o de larga duración al finalizar la residencia, favoreciendo la cobertura de las vacantes en AP y la atención longitudinal, incentivando la permanencia de las y los profesionales en su puesto», realizando contratos de al menos 2 años de duración en un área de salud tras acabar la residencia de EFyC. También, enmarcado en este objetivo, se detalla como indicador de resultado que «el 80% de las plazas vacantes estén cubiertas por contratos interinos» y no por contratos de corta duración. El Objetivo 5, orientado a consolidar el rol de las EFyC en AP, establece entre sus acciones que el 100% de las CCAA actualizasen su normativa para la contratación prioritaria de enfermeras especialistas en EFyC en AP, poniendo como límite para su cumplimiento el primer semestre de 2023.

Antecedentes y experiencias previas:

En octubre del año 2023 desde la Asociación EIR (AEIR) se emitieron los resultados brutos de un estudio sobre la situación de especialistas y residentes de enfermería (SEYRE) en el SNS(16). Con una n=624 entre especialistas y residentes, de los cuales 428 eran de EFyC, este estudio mostró una fotografía tanto de las condiciones formativas y laborales durante la residencia, como del nivel de reconocimiento de las especialidades por cada comunidad autónoma (CA) o el nivel de satisfacción de las profesionales encuestadas. En abril de 2024 se proyectó como ponencia en el XXX Congreso Nacional de la Sociedad de Enfermería Geriátrica y Gerontológica(17) un estudio SEYRE específico para especialistas y residentes de la especialidad de Enfermería Geriátrica y Gerontológica que contaba con una n=82. Además, en 2024 la Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP) publicó en un documento de consenso sobre la implantación de la especialidad(11), en el que se encuentran algunas diferencias con respecto a los datos del estudio SEYRE realizado en 2023.

De estas experiencias previas sobre el grado de implantación de la especialidad de EFyC se deriva que pueden existir indicios de que los indicadores del Plan de Acción de AP y sus líneas estratégicas no se están cumpliendo. Para comprobar esto, se plantea el presente estudio sobre la Situación de Especialistas y Residentes de EFyC (SEYRE-FyC).

Este estudio SEYRE-FyC tiene como objetivo principal realizar una fotografía que permita conocer la situación general de la especialidad en el conjunto del SNS y en los distintos servicios de salud que lo componen. Se plantean como objetivos secundarios conocer la satisfacción de las residentes conforme al funcionamiento de las Unidades Docentes (UDD) y a la propuesta formativa de la residencia; conocer la situación de las especialistas en EFyC, con especial interés en la contratación tras acabar la residencia; y explorar las diferencias de los datos obtenidos entre CCAA y calcular las posibles correlaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional de corte transversal descriptivo mediante una encuesta realizada a enfermeras especialistas y residentes de la especialidad de EFyC. La encuesta se elaboró acorde a la iniciativa CHERRIES(18) (Anexo 1). Las variables incluidas en el cuestionario se encuentran esquematizadas en la tabla 1.

La recogida de datos se extendió desde el 26 de julio de 2024 hasta el 9 de septiembre de 2024. La población de estudio fue alcanzada de manera telemática a través de los medios de difusión propios de la Asociación EIR (AEIR). Estos incluyeron el correo electrónico a través del registro de socias, el uso de redes sociales de AEIR, así como la difusión informal entre iguales por grupos de mensajería instantánea. También se contó con el apoyo de la Federación de Asociación de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP) y las sociedades científicas que forman parte de ella para su difusión.

La técnica para obtener la muestra fue mediante muestreo por conveniencia. No se encontraron estudios similares previos para realizar un cálculo muestral preciso y asumible. Cualquier persona con acceso al cuestionario podía responder si introducía un correo electrónico. Este correo no se almacenaría después, se solicitó para reducir el riesgo de doble respuesta. No se realizó cálculo de tamaño muestral.

Es probable que exista sesgo de selección debido a la no aleatorización en la técnica de muestreo aplicada; para limitar el impacto de este sesgo se trató de garantizar que se alcanzara al mayor número posible de sujetos realizando difusión por diferentes medios en diferentes momentos temporales.

El sesgo de primacía se abordó apostando por elaborar la mayoría de las preguntas en formato likert. El sesgo de aquiescencia se intentó mitigar realizando preguntas breves, directas y no dirigidas.

Para calcular la capacidad de retener enfermeras especialistas se ha elaborado un “índice de fidelización”. Matemáticamente consiste en la suma de las respuestas positivas a la pregunta sobre si se ofrecen contratos a quienes se acaban de especializar, entendiendo por respuestas positivas tanto quienes respondieron “contrato de larga duración” como “contrato de corta duración”, dividido entre la n total de respuestas a ese ítem en cada ca. Este valor se calculó por cada CA con el fin de compararlas.

$$\text{Índice de Fidelización (IF)} = \frac{\text{Nº respuestas que afirman ofrecerse contratos en su CA}}{\text{Total de respuestas por cada CA}}$$

Se exploró la correlación entre las variables v (Recomendación de CA) y x (contratos de fidelización en su UD); w (Recomendación de la especialidad FyC) y x (contratos de fidelización en su UD); w (Recomendación de la especialidad FyC) y z (Consideración de hacer el EIR como negativo para puntuaciones en bolsa); i (Financiación de UD a actividades formativas externas) y u (Recomendación de UD).

El análisis estadístico utilizado para la correlación de las variables a estudio fue la prueba de correlación de rangos de Spearman, dado que todas las variables analizadas eran de naturaleza ordinal. Para todos los análisis la hipótesis nula significa que no hay correlación entre las variables ($\rho=0$), y la hipótesis alternativa significa que sí existe correlación ($\rho\neq 0$).

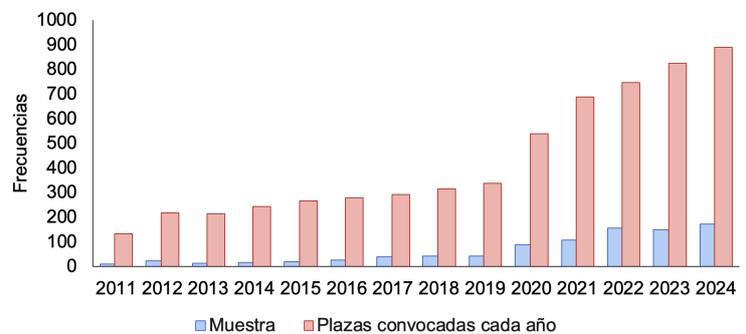
En los casos en los que el análisis estadístico incluía variables dicotómicas (variables i y x), se realizó adicionalmente la prueba de U de Mann-Whitney para buscar diferencias significativas entre las dos distribuciones.

RESULTADOS

Respondieron a la encuesta un total de 955 enfermeras, de las cuales 324 (33.93%) eran residentes, 567 (59.37%) especialistas vía EIR, 58 (6.07%) especialistas vía excepcional, y 6 (0.36%) especialistas de EFyC realizando la residencia de otra especialidad.

Respecto a los especialistas vía EIR, la distribución a lo largo del tiempo en cuanto al inicio de la residencia se reflejó en la figura 1. El 74'89% de la muestra realizó la residencia entre 2020 y 2024. La concentración de la muestra en este periodo de tiempo resulta coherente con el aumento de plazas EIR de EFyC convocadas del año 2019 (339) al 2020 (540).

Figura 1.
Año de inicio de residencia.



En cuanto a la experiencia laboral previa al inicio de la residencia el grupo mayoritario fue el que trabajó entre 2 y 5 años ($n=207$; 23.07%), seguido de quienes trabajaron menos de 6 meses ($n=151$; 16.83%) y entre 1 y 2 años ($n=143$; 15.94%). Solo 84 personas (9,36%)

no trabajaron antes de empezar la residencia. En contraposición, 107 personas (11.92%) trabajaron entre 5 y 10 años, y 68 (7,58%) trabajaron más de 10 años.

Según el territorio en el que se encontraban los especialistas y residentes en el momento de responder la encuesta, la distribución fue la siguiente: Andalucía 112; Aragón 65; Asturias 70; Islas Canarias 42; Cantabria 18; Castilla-La Mancha 70; Castilla y León 137; Cataluña 67; Comunidad de Madrid 67; Comunidad Valenciana 64; Extremadura 21; Galicia 89; Islas Baleares 14; La Rioja 4; Murcia 54; Navarra 12; País Vasco 49.

La distribución por territorio en el que se realizó la residencia fue: Andalucía 102; Aragón 48; Asturias 55; Islas Canarias 42; Cantabria 10; Castilla-La Mancha 68; Castilla y León 136; Cataluña 107; Comunidad de Madrid 75; Comunidad Valenciana 44; Extremadura

29; Galicia 67; Islas Baleares 11; La Rioja 2; Murcia 47; Navarra 12; País Vasco 37.

Considerando solo a las especialistas vía EIR (n=567) el balance por territorios, calculado mediante la diferencia entre la n de especialistas que actualmente se encuentran en una CA y la n de especialistas que realizaron la residencia en esa CA, puede verse en la tabla 2.

Con el fin de realizar una interpretación lo más rigurosa posible de los resultados, las autoras consensuaron que solo deben ser considerados para análisis los resultados por CCAA cuando la muestra de ese territorio fuese superior a 20. De este modo, no fueron incluidos en análisis de resultados los territorios de Cantabria, Islas Baleares, La Rioja y Navarra, por muestra inferior a 20, además de Ceuta y Melilla por ausencia de respuestas.

Valoración de las UDD y CCAA

En todas las CCAA se valora más positivamente la calidad formativa que la capacidad de gestión y organización de las UDD. Se preguntó si se recomienda realizar la residencia de EFyC en tres niveles distintos: en su misma Unidad Docente (UD), en su misma CA, y por último, en cualquier parte del SNS. A excepción de 4 CCAA, todas las respuestas medidas con una escala Likert (1-5) fueron en aumento: se recomienda realizar la especialidad en su misma UD, pero más en su CA, y más en cualquier parte del SNS. En cuanto a las excepciones, tanto en Andalucía como en Extremadura lo que menos se recomienda es realizar la residencia en esas CCAA; en Cataluña no hay diferencias en la recomendación entre UD y CA; y por último, en Canarias se recomienda realizar la residencia en esta CA por encima de la recomendación de su UD y de realizarla en cualquier otro lugar de España. Esta tendencia puede apreciarse en la figura 2.

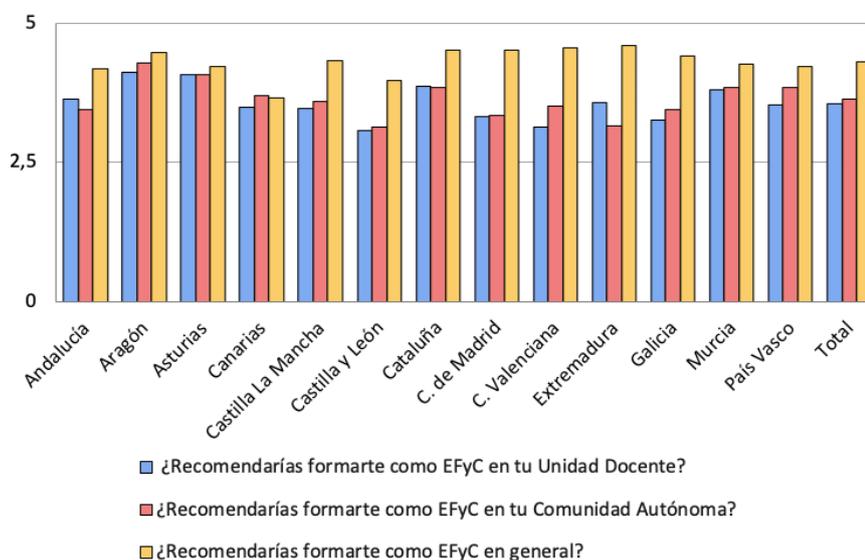
Tabla 2
Balance de especialistas que se especializaron en una CA frente a los que actualmente se encuentran allí.

	n actual	Balance	n que realizó la residencia en esa CA
Andalucía	64	5	59
Aragón	40	14	26
Asturias	59	15	44
Canarias	33	-3	36
Cantabria	8	4	4
Castilla La Mancha	39	-3	42
Castilla y León	80	-7	87
Cataluña	25	-47	72
Comunidad de Madrid	31	-16	47
Comunidad Valenciana	44	16	28
Extremadura	10	-9	19
Galicia	64	19	45
Islas Baleares	10	2	8
La Rioja	3	2	1
Murcia	33	5	28
Navarra	7	1	6
País Vasco	17	2	15
Total:	567	0	567

CA: Comunidad Autónoma

Figura 2.

Niveles de recomendación de realizar la residencia de EFyC en su Unidad Docente, en su Comunidad Autónoma, y en cualquier lugar del país.



En la tabla 3 se muestran los resultados de las variables relacionadas con el funcionamiento de las UD. Todas las variables fueron expresadas en formato Likert, excepto la “Financiación de UD a actividades formativas externas”, en la que se codificó como 0=no; 1=sí, pero con condiciones; 2=sí, generalmente. En cuanto a la financiación de actividades externas, el

promedio es de 0.334, destacando Cataluña con el valor más alto (1.000). La calidad formativa de la UD muestra una media nacional de 3.341, con Asturias siendo la mejor valorada (4.000), y las Islas Canarias (2.750), la Comunidad Valenciana (2.824) y la Comunidad de Madrid (2.821) con las valoraciones más bajas.

Tabla 3.

Variables relacionadas con la valoración de las Unidades Docentes, las guardias, y la calidad formativa a lo largo de la residencia.

Comunidad Autónoma	**Financiación de UD a actividades formativas externas	Calidad formativa de la UD	Gestión y organización de la UD	Valoración de cantidad de horas de guardias	Consideración del residente como personal en formación durante las guardias	Valoración de la calidad de las rotaciones	Distribución de las guardias acorde a los intereses formativos
Andalucía	0,375	3,119	2,714	3,286	2,905	3,286	3,366
Aragón	0,176	3,875	3,647	2,941	3,118	3,824	3,588
Asturias	0,273	4,000	3,636	3,818	3,273	4,000	3,000
Canarias	0,375	2,750	2,250	4,000	1,875	3,125	2,714
Cantabria*	0,000	3,250	3,500	3,250	3,000	3,750	3,250
Castilla La Mancha	0,292	3,360	2,960	2,320	3,040	3,625	3,040
Castilla y León	0,245	3,200	3,120	2,714	3,320	3,160	3,100
Cataluña	1,000	3,417	2,944	2,861	2,694	3,417	3,028
Comunidad de Madrid	0,071	2,821	2,536	4,571	3,037	3,393	2,464
Comunidad Valenciana	0,294	2,824	2,588	3,294	3,000	2,941	2,706
Extremadura	0,091	3,182	2,818	3,273	2,727	3,273	3,000
Galicia	0,182	3,000	2,500	2,636	2,682	3,364	2,636
Islas Baleares*	0,500	4,000	3,750	3,250	3,250	4,000	3,750
La Rioja*	0,000	4,000	3,000	1,000	3,000	4,000	5,000
Murcia	0,714	3,381	3,048	3,095	3,048	3,524	3,190
Navarra*	0,250	3,250	3,000	2,500	2,750	3,250	3,000
País Vasco	0,833	3,375	2,542	3,083	3,375	3,917	3,208
Media total:	0,334	3,341	2,974	3,053	2,947	3,520	3,179

UD: Unidad Docente.

*Comunidad Autónoma no incluida en los análisis estadísticos al tener una n<20. Se deben interpretar con precaución sus datos en esta tabla.

**Datos codificados como 0=No; 1=Sí, pero con condiciones; 2=Sí generalmente.

Tabla 4.
Índice de fidelización de especialistas por Comunidades Autónomas.

Comunidad Autónoma	Índice de fidelización (IF)
Andalucía	0,019
Canarias	0,090
Extremadura	0,133
Murcia	0,265
Castilla y León	0,333
Galicia	0,358
Castilla La Mancha	0,378
Comunidad Valenciana	0,465
Comunidad de Madrid	0,472
Aragón	0,558
Cataluña	0,654
País Vasco	0,676
Asturias	0,679
IF Estatal	0,358

La capacidad de gestión y organización de la UD obtiene una media nacional de 2.974, con Aragón (3.647) y Asturias (3.636) como las mejor evaluadas en este ámbito. En cuanto a la percepción de realizar demasiadas horas de guardia hay una clara percepción de sobrecarga en la Comunidad de Madrid (4.571) y Canarias (4.000). La consideración del residente como personal en formación parece respetarse más en el País Vasco (3.375), al contrario que en las Islas Canarias (1.875). La valoración de la calidad de las rotaciones tiene la media nacional más alta de entre las expuestas (3.520), siendo Asturias la comunidad mejor evaluada (4.000). Finalmente, la distribución de las guardias acorde a los intereses formativos presenta mejores resultados en Aragón (3.588) y Andalucía (3.366). Cabe mencionar que no se han incluido los datos de Cantabria, Islas Baleares, La Rioja y Navarra en el análisis, ya que sus muestras no alcanzan el mínimo de 20; sin embargo,

Figura 4.

Ámbito de actuación donde mejor reflejan las especialistas y residentes que pueden ejercer sus competencias como EFyC.

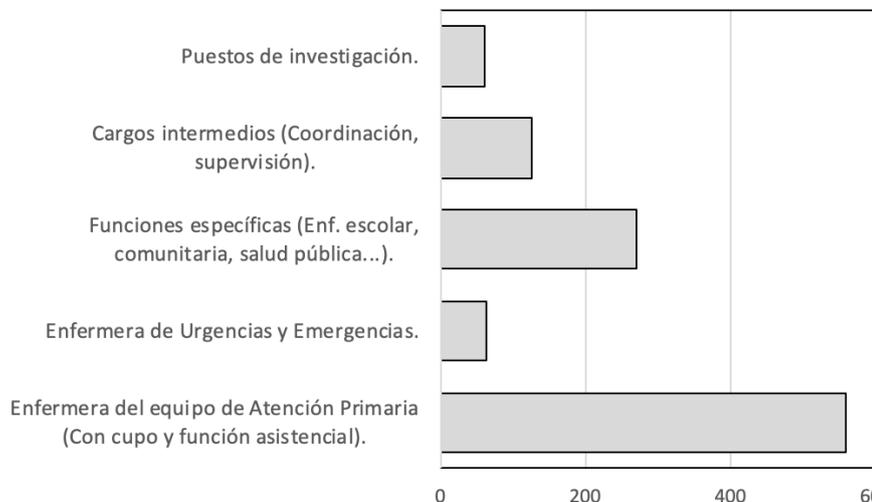
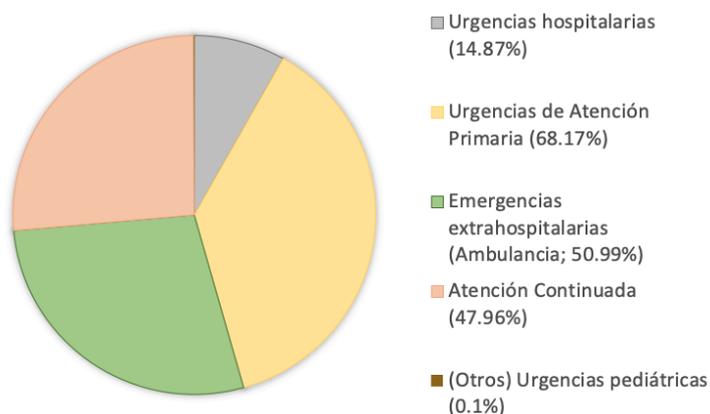


Figura 3.

Unidades y servicios donde se realizan guardias referidos como más interesantes a nivel formativo durante la residencia.



sus resultados obtenidos se muestran en la tabla para referencia.

Las unidades y servicios donde se realizan guardias que según las residentes y especialistas más aportan a nivel formativo en la residencia se pueden ver en la figura 3. En cuanto al ámbito de actuación de las EFyC, las especialistas creen que donde mejor pueden ejercer sus competencias es como Enfermera del Equipo de AP con cupo y función asistencial (figura 4).

El índice de fidelización (IF) se calculó para cada CA. La tabla 4 muestra el IF ordenado de menor a mayor. Al evaluar las asociaciones estadísticas, se obtuvieron los coeficientes de correlación de Spearman (ρ) y las significancias (p-valor) de las correlaciones expuestas en la Tabla 5.

En general, se encontraron correlaciones positivas, pero débiles (ρ de Spearman cercanas a 0), aunque

estadísticamente significativas ($p < 0.01$). Sin embargo, al aplicar el test de U de Mann-Whitney, sí se encontraron diferencias significativas en la recomendación de la CA al dividir la muestra entre los que refirieron que sí se ofrecieron contratos y los que no ($Z = -2.939$; $p = 0,003$). De igual manera sucede en la recomendación de UD al dividir la muestra entre los que refirieron que sí se financiaban las actividades externas y los que no ($Z = -3.218$; $p = 0,001$).

Tabla 5.
Análisis estadísticos y correlaciones entre variables.

	Correlación de Spearman (ρ)	Significancia estadística de Spearman (p-valor)	Valor Z (Z)	Significancia estadística de U de Mann-Whitney (p-valor)
v (Recomendación de CA)				
x (contratos de fidelización en su UD)	0,099	0,003	-2,939	0,003
w (Recomendación de la especialidad FyC)				
x (contratos de fidelización en su UD)	0,084	0,012		
w (Recomendación de la especialidad FyC)				
z (Consideración de hacer el EIR como negativo para puntuaciones en bolsa)	0,168	0,000		
i (Financiación de UD a actividades formativas externas)				
u (Recomendación de UD)	0,182	0,001	-3,218	0,001

CA: Comunidad Autónoma. UD: Unidad Docente. FyC: Familiar y Comunitaria.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Resultados clave

La mayoría de las encuestadas valoró positivamente la formación en sus UDD, aunque señalaron deficiencias en la organización y gestión de las mismas. El índice de fidelización fue bajo en todos los territorios estudiados, con una media en el SNS de 0.35, aunque destacan Andalucía (0.019) y Canarias (0.09) por tener las cifras más bajas en cuanto a la capacidad de sus servicios de salud para retener especialistas cuando acaban la residencia. Se encontraron correlaciones débiles, aunque positivas, entre la recomendación de realizar la residencia en su CA y la posibilidad de ser contratadas, y entre la financiación de actividades formativas externas a la UD y la recomendación de esa UD. El área donde especialistas y residentes se consideran mejor preparadas para ejercer las competencias de EFyC fue como enfermera del Equipo Básico de AP, seguido de

lejos por puestos con funciones específicas como enfermera escolar, gestora de casos o enfermera con funciones exclusivamente comunitarias.

Interpretación global de resultados

Realizar la residencia de EFyC es una apuesta decidida por mejorar la calidad de los cuidados que se ofrecen. Prueba de ello es el 91'16% de las enfermeras que realizan el EIR habían trabajado antes de la residencia, y que de manera general las especialistas recomiendan hacer el EIR, incluso sin importar la UD de destino.

El IF refleja uno de los asuntos de mayor relevancia y que más debate genera sobre las especialidades de enfermería en política sanitaria y gestión de los recursos humanos. Este índice debe interpretarse como la existencia de mecanismos que permitan retener a las especialistas; no significa que todas las

respuestas positivas sean contratos ofertados a la especialista que responde. El IF no valora si las especialistas fueron contratadas en un puesto acorde a sus funciones y competencias. No se preguntó si el especialista había recibido alguna oferta laboral en su CA al acabar la residencia. Para poder realizar un IF óptimo se precisaría realizar esta pregunta a nivel individual contando con métodos de difusión y alcance más potentes que los recursos disponibles en este estudio.

Aun así hay territorios donde estas cifras son especialmente llamativas, como Andalucía (IF=0.019) o Canarias (IF=0.09), donde la fuga de talento y la incapacidad de retener especialistas es casi total. Estos datos resultan alarmantes y ponen en serio peligro la continuidad de muchas UDMAFyCs, ya que en el plan de estudios de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, actualizado en julio de 2024, se recoge que en la composición de los equipos de AP, es requisito indispensable para mantener la acreditación de las UD la existencia de al menos dos enfermeras especialistas en EFyC(19).

La correlación entre recomendar una CA y tener constancia de haberse ofrecido contratos al acabar la residencia es débil, aunque positiva. Sin embargo, sí que se observaron diferencias significativas en la distribución de puntuación de recomendación entre los que sí refieren contratación y los que no. Esto podría sugerir que, aunque parece que no es el factor clave dada la débil correlación, sí podríamos considerar que las medidas de fidelización están relacionadas con una mayor probabilidad de recomendar esa CA.

De igual manera sucede a la hora de recomendar una UD y si éstas financian actividades formativas externas a sus residentes. También se encontraron diferencias significativas en la distribución del nivel de recomendación de las UD si dividimos la muestra entre las que sí pueden financiar y las que no. La recomendación de la UD es significativamente mejor en la muestra que refiere que su UD puede financiar actividades externas.

Las correlaciones entre recomendar hacer la residencia y si hacerla se considera negativo para la bolsa de empleo como generalista, y entre recomendar hacer la residencia y la constancia de que se oferten contratos para retener a las especialistas en ese territorio son también positivas, aunque débiles. Conociendo esto, puede resultar de interés para implementar estrategias de mejora desarrollar más estudios que profundicen en estas variables, así como explorar otras que doten de mayor precisión a los resultados que se deriven de ellos.

Validez externa

Existen limitaciones asociadas al tamaño de la muestra, especialmente en territorios donde la n obtenida fue pequeña, como en La Rioja (4), Navarra (12) o Islas Baleares (14). Aunque de manera global la muestra de especialistas vía EIR obtenida corresponde al 13.4% del total (basándonos en el total de las plazas convocadas), hay algunos territorios como Ceuta y Melilla de los que no se ha obtenido ninguna respuesta. Si nos basamos en los datos del Ministerio de Universidades sobre los títulos de EFyC expedidos vía residencia hasta agosto de 2023 (3114), y aplicando a las egresadas en 2024 el porcentaje de la diferencia entre esa cifra y el número de plazas ofertadas hasta entonces (3529), resulta que el 11.75% de las plazas convocadas para los años comprendidos entre 2011 y 2021 o no finalizaron la residencia, o fueron plazas desiertas. Aplicando este porcentaje a las 748 plazas que se convocaron para la promoción 2022-2024, habrían terminado la residencia 661 enfermeras. Atendiendo a estos datos podemos aproximar que en España existen 3775 especialistas vía EIR, y la muestra obtenida ascendería a representar del 13.4% al 15.2% de la población de estudio.

Aunque la muestra global es lo suficientemente amplia como para extraer conclusiones a nivel estatal, la distribución de dicha muestra no es homogénea en todas las CCAA. En algunas de estas regiones el tamaño muestral resulta insuficiente para permitir una generalización robusta de los resultados obtenidos en ese territorio. Esto limita la capacidad de inferir conclusiones aplicables en estas CCAA, donde los resultados y las conclusiones obtenidas deben ser interpretados con cautela.

Por otro lado, la reproductibilidad de los resultados podría verse alterada debido a la imprecisión de algunas preguntas. Por ejemplo, el índice de fidelización surge de preguntar a residentes y especialistas si en la CA en la que se encontraban, en el momento de responder, se ofrecían contratos a las especialistas que recién acababan la residencia. La pregunta no se realizó de otro modo –preguntando, por ejemplo, si a quien responde se le ofreció contrato al acabar– porque el interés de esta cuestión era conocer si desde las CCAA se estaban llevando a cabo estrategias para retener el talento formado, aunque tuvieran poco alcance individual.

Si bien es cierto que se intentó evitar el sesgo de selección haciendo una difusión del cuestionario lo más abierta posible tanto por redes sociales como a través asociaciones, el motivo de este estudio hace inevitable un sesgo de autoselección o sesgo del voluntario, y, por consiguiente, respuestas con una inclinación más crítica(20).

Para evitar el sesgo de información sólo se tuvieron en cuenta las respuestas sobre el funcionamiento de las UDD a los residentes, evitando que el efecto de la memoria retrospectiva y la situación actual de los especialistas egresados pueda hacer que las respuestas de éstos supongan un factor de confusión. También se procuró que las preguntas fueran lo menos dirigidas posibles, si bien no podemos evitar el conflicto de intereses que es que los diseñadores y responsables de este estudio son especialistas egresados o residentes actuales de la especialidad. Por esto, aunque se ha buscado la mayor neutralidad a la hora de tratar los datos, existe un sesgo del investigador que no puede ser ignorado.

Conclusiones

Este estudio se centra en muchas de las preguntas que se plantean en torno a la calidad formativa de la residencia y la situación profesional de los especialistas. Sin embargo, es necesario continuar realizando estos análisis abordando otras perspectivas y profundizando en las aquí planteadas, tanto para evaluar el grado de implantación de la especialidad como para ahondar en las diferentes estrategias de

fidelización de los especialistas. Por ejemplo, sería de interés elaborar un mapa fiable y actualizado del estado de las bolsas de especialistas en el SNS, ya que existen bolsas de especialistas formalmente creadas, pero que no funcionan, o desde las que solo se ofrecen contratos para determinados puestos, en lugar de hacerlo para toda el área competencial de la AP, dando lugar a un aprovechamiento de recursos humanos lejos de ser óptimo. En este sentido, la existencia de una bolsa no implica que esa bolsa funcione, ni tampoco que lo haga de un modo lógico.

Con el fin de mejorar la calidad de los cuidados y optimizar los distintos perfiles profesionales, sería de gran interés implementar medidas transformadoras para que las especialistas que se han formado en ellos puedan ejercer en sus áreas competenciales propias. Hasta ahora estas medidas se han reflejado como recomendaciones expuestas y consensuadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España (CISNS), pero los resultados que se desprenden de este estudio demuestran que son insuficientes para hacer de la EFyC una realidad en AP. Es preciso una política que fomente una ordenación profesional coherente con los perfiles profesionales de los que dispone el sistema sanitario, perfiles como el de las EFyC, para el que cada año se convocan más plazas que el anterior, pero cuya implementación es todavía una gran asignatura pendiente en la mayoría de servicios de salud del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. JAMA. 24 de septiembre de 2003;290(12):1617-23.
2. Segovia Pérez C, Navalpotro Pascual S. Nivel educativo de las enfermeras de hospital y mortalidad de pacientes quirúrgicos. Enferm Clínica. 1 de marzo de 2005;15(2):103-5.
3. Naylor MD. Transitional care for older adults: a cost-effective model. LDI Issue Brief.

2004;9(6):1-4.

4. Nursing WEC on CH, Organization WH. Enfermería y salud de la comunidad : informe de un Comité de Expertos de la OMS [se reunió en Ginebra del 30 de julio al 5 de agosto de 1974] [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 1974 [citado 1 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/38874>

5. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978: Alma-Ata U, Organization WH, Fund (UNICEF) UNC. Atención primaria de salud : informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 1978 [citado 1 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/39244>

6. Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la Secretaría del Gobierno. Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista [Internet]. Sec. 1, Real Decreto 992/1987 ago 1, 1987 p. 23642-4. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1987/07/03/992>

7. Oltra Rodríguez E. Especialidades enfermeras: el día después. Rev Adm Sanit Siglo XXI. 1 de abril de 2009;7(2):293-307.

8. Ministerio de la Presidencia. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería [Internet]. Sec. 1, Real Decreto 450/2005 may 6, 2005 p. 15480-6. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2005/04/22/450>

9. 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 [Internet]. Sec. 3, Orden SAS/1729/2010 jun 29, 2010 p. 57217-50. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2010/06/17/sas1729>

10. Molas Puigvila M, Brugés Brugués A, Garcia Gutiérrez C. Especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria: una realidad. Aten Primaria. 1 de mayo de 2011;43(5):220-1.

11. FAECAP [Internet]. 2024 [citado 3 de noviembre de 2024]. Presentación de la hoja de ruta de FAECAP para la implantación real de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria en el Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://faecap.es/presentacion-de-la-hoja-de-ruta-de-faecap-para-la-implantacion-real-de-la-especialidad-de-enfermeria-familiar-y-comunitaria-en-el-ministerio-de-sanidad/>

12. UEproSalud 2021-2027: una visión para una Unión Europea más sana - Comisión Europea [Internet]. 2024 [citado 7 de octubre de 2024]. Disponible en: https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_es

13. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Sostenibilidad y condiciones de empleo en el Sistema Nacional de Salud. Rev Adm Sanit Siglo XXI. 1 de septiembre de 2010;8(1):89-100.

14. Ministerio de Sanidad - Áreas - Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria [Internet]. [citado 7 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/home.htm>

15. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria. Ministerio de Sanidad - Áreas - Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria [Internet]. 2021 [citado 12 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/home.htm>

16. Cana Benítez E, Doña López FM, Vera Vicioso G. Avance resultados estudio SEYRE (Situación de las Especialistas y Residentes de Enfermería). Asociación EIR (AEIR). Octubre de 2023: Málaga. Disponible en:

<https://aeir.es/gallery/Avance%20resultados%20SEYRE.pdf>.

17. Ceballos Mateos, S., Cana Benítez E., Vera Vicioso G. Estudio SEYRE-Geriatria y Gerontología. En Albacete. XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. 2024.

18. López-Rodríguez JA. Declaración de la iniciativa CHERRIES: adaptación al castellano de directrices para la comunicación de resultados de cuestionarios y encuestas online. Aten Primaria. 1 de noviembre de 2019;51(9):586-9.

19. Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes. Orden PJC/798/2024, de 26 de julio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, los criterios de evaluación de los especialistas en formación y los requisitos de acreditación de las Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria [Internet]. Sec. 3, Orden PJC/798/2024 jul 30, 2024 p. 97152-210.

Disponible en:

<https://www.boe.es/eli/es/o/2024/07/26/pjc798>

20. Kaźmierczak I, Zajenkowska A, Rogoza R, Jonason PK, Ścigała D. Self-selection biases in psychological studies: Personality and affective disorders are prevalent among participants. PLOS ONE. 8 de marzo de 2023;18(3):e0281046.

TABLAS, GRÁFICOS E IMÁGENES

Tabla 1

Variables incluidas en el cuestionario SEYRE.

Generales	
a.	Situación
b.	Año de inicio de residencia
c.	Tiempo trabajado antes de especialidad
d.	CA en la que se cursa la residencia
e.	CA en la que se encuentra actualmente
Formación EIR	
f.	Retribución por hora de guardia
g.	Sueldo neto total
h.	Autorización de UD a actividades formativas externas
i.	Financiación de UD a actividades formativas externas
j.	Calidad formativa de la UD
k.	Gestión y organización de la UD
l.	Media de horas de guardia al mes
m.	Valoración de cantidad de horas de guardia
n.	Flexibilidad para escoger guardias
o.	Autorización para guardias nocturnas y generación de saliente
p.	Consideración del residente como personal en formación durante las guardias
q.	Valoración de la calidad de las rotaciones
r.	Distribución de las guardias acorde a los intereses formativos
s.	Servicios de guardias mejor valorados
Especialidad	
t.	Motivación para escoger la vía EIR
u.	Recomendación de UD
v.	Recomendación de CA
w.	Recomendación de la especialidad EFyC
x.	Contratos de fidelización en su UD
y.	Contratación tras la residencia
z.	Consideración de hacer el EIR como negativo para puntuaciones en bolsa
aa.	Seguridad en práctica clínica tras especializarse
bb.	Satisfacción con puesto de especialista centrado en competencias comunitarias y no asistenciales
cc.	Ámbito de la EFyC en el que sería más competente
dd.	Percepción del conocimiento de la población sobre la EFyC

CA: Comunidad Autónoma. EFyC: Enfermería Familiar y Comunitaria. UD: Unidad Docente

MATERIAL COMPLEMENTARIO

- I. Estructura del formulario. 33 preguntas. Una primera sección con 7 preguntas de características del respondente y 26 sobre su situación y valoración laboral, profesional y/o formativa.

PREGUNTAS		RESPUESTAS
BLOQUE DE FILIACIÓN		
1	Correo electrónico	Correo electrónico
2	Doy mi consentimiento para la elaboración de informes y divulgar los resultados de cara a visibilizar la especialidad y las condiciones formativas y laborales.	Sí, consiento
3	Actualmente, ¿Cuál es tu situación respecto a la especialidad?	<ul style="list-style-type: none"> ● Residente EIR ● Especialista vía EIR ● Especialista vía Excepcional ● Especialista haciendo otro EIR
4	¿En qué año iniciaste tu residencia?	Rango de fechas entre 2011 - 2024
5	¿Trabajaste antes de especializarte? Si es así, ¿Cuánto tiempo?	<ul style="list-style-type: none"> ● No trabajé antes del EIR ● Menos de 6 meses ● 6 meses - 1 año ● 1 año - 2 años ● 2 años - 5 años ● 5 años - 10 años ● Más de 10 años
6	¿En qué Comunidad Autónoma hiciste la residencia?	Comunidades Autónomas
7	¿En qué Comunidad Autónoma te encuentras? (Si eres residente actualmente, indica la CCAA donde estés cursando la residencia)	Comunidades Autónomas
8	¿En qué provincia te encuentras actualmente?	Provincias
BLOQUE DE FORMACIÓN EIR		
9	¿Cuánto cobras en bruto por hora de guardia un día laborable?	<ul style="list-style-type: none"> ● < 9 € ● 9 - 10 € ● 11 - 12 € ● 13 - 14 € ● 15 - 16 €
10	De media, ¿Cuál es tu sueldo total neto? (Sueldo base + guardias)	<ul style="list-style-type: none"> ● < 1000 € ● 1000 - 1200 € ● 1201 - 1400 € ● 1401 - 1600 € ● 1601 - 1800 € ● 1801 - 2000 € ● Más de 2000 €

11	¿Tu UD te autoriza la asistencia a actividades formativas externas (cursos, congresos, talleres, jornadas...) en días laborables?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, generalmente. • Sí, pero existen condiciones (Revisión del programa científico o formativo, presencialidad, etc.) • No.
12	¿Tu UD puede financiarte la asistencia a actividades formativas externas?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, generalmente. • Sí, pero existen condiciones (Presentación de comunicación, defensa de la misma, presencialidad, etc.) • No.
13	¿Cómo valoras a tu UD en cuanto a calidad formativa?	<p>Escala likert 1 (Muy negativo) - 5 (Muy positivo)</p>
14	¿Cómo valoras a tu UD en cuanto a capacidad de gestión y organización?	<p>Escala likert 1 (Muy negativo) - 5 (Muy positivo)</p>
15	De media, ¿Cuántas horas de guardia sueles hacer al mes?	<ul style="list-style-type: none"> • < 12 horas • 12 - 24 horas • 25 - 48 horas • 49 -72 horas • 73 - 96 horas • 97 - 120 horas • > 120 horas
16	¿Consideras que haces demasiadas horas de guardia?	<p>Escala likert 1 (En absoluto) - 5 (Totalmente de acuerdo)</p>
17	¿Consideras que se te ofrece flexibilidad para elegir las guardias según tus preferencias?	<p>Escala likert 1 (Totalmente inflexibles) - 5 (Totalmente flexibles)</p>
18	¿Tu UD te permite hacer guardias nocturnas?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, y generan saliente. • Sí, pero NO generan saliente • No.
19	¿Sientes que durante las guardias se te tiene en cuenta como personal en formación?	<p>Escala likert 1 (Se me trata como personal estructural) - 5 (Se me trata como personal en formación)</p>
20	¿Consideras que, en general, las rotaciones de tu Unidad Docente son de calidad?	<p>Escala likert 1 (Calidad pésima) - 5 (Calidad excelente)</p>
21	¿Consideras que tu UD distribuye acorde a tus intereses formativos los diferentes servicios donde realizas guardias?	<p>Escala likert 1 (Distribución pésima) - 5 (Distribución excelente)</p>
22	¿Qué servicios donde se realizan guardias consideras más interesantes para tu formación? (Marca 2 como máximo)	<ul style="list-style-type: none"> • Urgencias hospitalarias. • Urgencias de Atención Primaria. • Emergencias extrahospitalarias (Ambulancia). • Atención Continuada. (Actividades programadas en AP. Consultas, Programas, Grupos...). • Respuesta abierta
BLOQUE DE ESPECIALIDAD		
23	¿Cuál fue tu principal motivación para prepararte el EIR y especializarte?	<ul style="list-style-type: none"> • Recibir formación para dar unos cuidados óptimos en Atención Primaria. • Recibir formación para dar unos cuidados óptimos en

		<p>Urgencias y Emergencias.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Facilitar mi inserción laboral en el ámbito de la especialidad. ● Garantizarme dos años de trabajo. ● Acceder al Doctorado. ● Respuesta abierta
24	¿Recomendarías formarte como EFyC en tu Unidad Docente?	<p>Escala likert 1 (No, absoluto) - 5 (Sí, totalmente)</p>
25	¿Recomendarías formarte como EFyC en tu Comunidad Autónoma?	<p>Escala likert 1 (No, absoluto) - 5 (Sí, totalmente)</p>
26	¿Recomendarías formarte como EFyC en general?	<p>Escala likert 1 (No, absoluto) - 5 (Sí, totalmente)</p>
27	Al acabar la residencia en tu comunidad autónoma, ¿actualmente se ofrecen contratos a quienes se acaban de especializar para retener a los especialistas que forman?	<ul style="list-style-type: none"> ● Sí, con contratos de corta duración. ● Sí, con contratos de larga duración. ● No.
28	Tras la residencia, ¿has trabajado en el ámbito de la EFyC?	<ul style="list-style-type: none"> ● Sí, con contrato de especialista. ● Sí, con contrato de generalista. ● No, y estoy buscándolo actualmente. ● No, pero no estoy buscándolo actualmente.
29	¿Consideras que hacer el EIR es negativo en cuanto a puntuación de la bolsa generalista frente a enfermeros que no hagan el EIR?	<p>Escala likert 1 (Totalmente negativo) - 5 (Totalmente positivo)</p>
30	¿Te sientes más seguro en tu actividad clínica desde que eres especialista?	<p>Escala likert 1 (No, absoluto) - 5 (Sí, totalmente)</p>
31	<p>¿Estarías satisfecho con un puesto de especialista en el que sólo se desarrollen parte de tus competencias?</p> <p><i>Ejemplo: Contrato de EFyC donde sólo se hagan actividades comunitarias, funciones de salud pública, consultas de atención compartida de la demanda...</i></p>	<p>Escala likert 1 (No, absoluto) - 5 (Sí, totalmente)</p>
32	¿En qué ámbito de la EFyC crees que desarrollarías mejor tus competencias?	<ul style="list-style-type: none"> ● Enfermera del equipo de Atención Primaria (Con cupo y función asistencial). ● Enfermera de Urgencias y Emergencias. ● Enfermera con funciones específicas (Enf. escolar, comunitaria, salud pública, gestión de casos...). ● Cargos intermedios (Coordinación, supervisión). ● Puestos de investigación.
33	¿Consideras que la población general conoce la especialidad de EFyC?	<p>Escala likert 1 (No, absoluto) - 5 (Sí, totalmente)</p>

Autor de correspondencia:

Guillermo Vera Vicioso; veraefyc@gmail.com.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

FINANCIACIÓN

Estas investigaciones han sido realizadas sin ninguna fuente de financiación.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos por la difusión del formulario a la Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP) y a sus sociedades científicas federadas, a las socias de la Asociación EIR y a todas las compañeras que han participado en compartir el cuestionario por redes sociales y grupos de mensajería.

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

Contribución de autoría según directrices CRediT: **Vera Vicioso, Guillermo:** Conceptualización. Curación de datos. Investigación. Análisis formal. Metodología. Administración del proyecto. Recursos. Supervisión. Visualización. Redacción (borrador original). Redacción (revisión y edición). **Pacheco Riquelme, Sara:** Conceptualización. Curación de datos. Investigación. Análisis formal. Metodología. Administración del proyecto. Recursos. Supervisión. Visualización. Redacción (borrador original). Redacción (revisión y edición). **Cana Benítez, Enrique:** Conceptualización. Curación de datos. Investigación. Análisis formal. Metodología. Validación. Redacción (revisión y edición). **Sacristán Hernández, Elena:** Conceptualización.