

<sup>1</sup> Residentes Enfermería Familiar y Comunitaria Costa Ponent

<sup>1,2</sup> Sofía Berlanga Fernández

## Análisis del proceso formativo en residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria durante la pandemia COVID-19

<sup>1</sup> Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria Costa de Ponent. Cornellà de Llobregat. Institut Català de la Salut. Barcelona..

Dirección de contacto: sberlanga.cp.ics@gencat.cat

<sup>2</sup> Enfermera.

### Cómo citar este artículo:

Residentes Enfermería Familiar y Comunitaria Costa Ponent, Berlanga Fernández S. Análisis del proceso formativo en residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria durante la pandemia COVID-19. *RIDEC* 2020; 13(2):25-33.

**Fecha de recepción:** 23 de mayo de 2020. **Aceptada su publicación:** 2 de octubre de 2020.

### Resumen

**Introducción:** analizar la repercusión en la formación sanitaria especializada de la declaración del estado de alarma por la situación de emergencia de salud pública ocasionada por la COVID-19.

**Ámbito de estudio:** residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente Multiprofesional Costa de Ponent.

**Metodología:** grupo focal utilizando como herramienta estratégica el análisis DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades).

**Resultados:** se identifican seis debilidades, entre ellas: proceso de tutorización modificado, desincronización de expectativas y realidades asistenciales y resistencias profesionales. Ocho fortalezas, como el trabajo en equipo, la buena relación entre residentes y la adaptación a los cambios. Nueve amenazas, incluyendo interrupción del proceso formativo, planes de contingencia e inquietud profesional, por lo que comporta una pandemia y su exposición. Y siete oportunidades, entre ellas, reorganización de la Atención Primaria, empoderamiento de la ciudadanía y la visión integral e integrada del sistema sanitario.

**Conclusiones:** se ha utilizado la herramienta DAFO para analizar la situación vivida por los/las EIR de Atención Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente Multiprofesional Costa Ponent, identificando aquellas debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades con repercusión en el proceso formativo, enmarcado en un contexto de pandemia COVID-19. Se propone ir re-evaluando la situación ante un contexto epidemiológico cambiante y expectante. En este sentido son clave todos los agentes implicados en el proceso.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud; infecciones por coronavirus; enfermería; Enfermería en Salud Comunitaria; pandemia; Salud Pública.

### Abstract

**An analysis of the training process in Family and Community Nursing residents during the COVID-19 pandemic**

**Purpose:** to analyze the impact of the declaration of the state of alarm for the public health emergency caused by COVID-19 on specialized healthcare training.

**Study settings:** Family and Community Nursing residents at the multi-professional training unit Costa de Ponent.

**Methods:** a SWOT analysis (strengths, weaknesses, opportunities, and threats) was used as a strategic tool for a focus group.

**Results:** six weaknesses were identified, including: modified mentoring process, desynchronization of expectations and care realities, and professional resistances. Eight strengths were found, including team work, a good relationship among residents, and adjustment to changes. Nine threats, such as interruption of the training process, contingency plans, and professional concerns due to the impact of a pandemic were also reported. And seven opportunities, i.e., reorganization of Primary Care, people empowerment, and a comprehensive and integrated overview of the health system.

**Conclusions:** SWOT method was used as a tool to analyze experiences lived by nursing interns and residents in Family and Community Care at the multi-professional training unit Costa de Ponent. Weaknesses, strengths, threats, and opportunities having an impact on the training process within the framework of the COVID-19 pandemic were identified. A regular re-assessment is suggested in a changing and expectant epidemiological context. All the agents involved in the process are key for this.

**Key words:** Primary Health Care; infections by coronavirus; nursing; Community Health Nursing; pandemic; Public Health.

## Introducción

En junio de 2010 se publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC), con el propósito de desarrollar un proceso de aprendizaje que permita al/a la residente adquirir las competencias propias de su especialidad durante los dos años de su formación (1). En este sentido, las unidades docentes son las responsables de velar por el cumplimiento del programa formativo, estableciendo rotaciones adaptadas a los dispositivos y características territoriales (2).

El/la enfermero/a interna residente (EIR), en su periodo de aprendizaje, da respuesta a las demandas que la sociedad presenta, a través de cuidados de calidad basados en una serie de valores profesionales y compromisos: con las personas, familias, comunidad y sociedad; con la calidad y ética profesional, así como con el desarrollo profesional (1).

Entre las competencias clínicas avanzadas en el ámbito familiar y comunitario que los/las EIR de EFyC han de adquirir se encuentra la de atención ante urgencias, emergencias y catástrofes. El desarrollo de esta competencia implica el actuar individualmente y/o en equipo ante situaciones de urgencia, manejando eficazmente los recursos de soporte vital y técnicas de atención en la urgencia, garantizando la seguridad del paciente y colaborando con distintos dispositivos de actuación (1).

El 14 de marzo de 2020 se declara el estado de alarma al elevar la Organización Mundial de la Salud (OMS) a pandemia internacional la situación de emergencia de salud pública ocasionada por la COVID-19. Este estado pretende dar respuesta a una crisis sanitaria que repercute de manera grave en la normalidad de la ciudadanía, con los objetivos de proteger la salud de ciudadanos, contener el avance de la enfermedad y reforzar el sistema de salud pública (3).

A partir de aquí se publica una serie de Órdenes Ministeriales (4-7) que afectan a la formación sanitaria especializada y que implican medidas relacionadas con la distribución de recursos en el territorio. Para ello suspende las rotaciones en curso o programadas de los residentes con el objetivo de adaptar los itinerarios formativos para poder adquirir las competencias relacionadas con situaciones de emergencia y control de las enfermedades.

En este sentido, la formación sanitaria especializada se ve afectada en: suspensión de rotaciones planificadas en el programa formativo inicial, duración de estancias en la competencia de control de enfermedades y situaciones de emergencias, designación de nuevos colaboradores docentes, grados de autonomía y niveles de supervisión de los residentes, prórrogas de contratos formativos y retribuciones.

Es por este motivo que tras dos meses y medio de la declaración del estado de alarma, por la situación de emergencia de salud pública ocasionada por la COVID-19, se pretende analizar su repercusión en la formación sanitaria especializada en una unidad docente.

## Material y método

**Diseño estudio.** Estudio cualitativo, que se centra en la experiencia de residentes de EFyC de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria (UDM AFyC) Costa Ponent sobre su formación en la situación de alarma sanitaria tras la declaración de la pandemia COVID-19.

**Participantes.** Muestreo intencional. Declarado el estado de alarma, siete residentes de EFyC se encuentran en activo prestando sus servicios en distintos dispositivos.

- Unidad Básica de Prevención (UBP) o Unidad de Salud Laboral. Colaboración con otros/as especialistas y profesionales en el cribado y seguimiento de profesionales afectados de COVID-19.
- Unidad de Vigilancia Epidemiológica (UVE). Colaboración en esta unidad, junto con otros/as especialistas y profesionales en el estudio de casos y contactos en personas afectas de COVID-19.
- Hotel Salud. Colaboración en este dispositivo en la prestación de cuidados a aquellos ciudadanos con COVID-19 positivo que por diferentes motivos no disponen de domicilio propio o este no recoge las condiciones básicas para mantener el aislamiento; o bien aquellas personas que, tras estabilizar su enfermedad en el hospital, son trasladados al hotel para proseguir con el aislamiento en entorno no hospitalario.
- Centro de Atención Primaria (CAP). Colaboración en centros de salud en los que la demanda poblacional va cambiando y el sistema de respuesta también, estableciéndose desde visitas presenciales de carácter urgente (ya sean respiratorias o no respiratorias), sistemas de triaje, teletrabajo y gestión de atención domiciliaria.

- Centro de Urgencias de Atención Primaria (CUAP). Colaboración con dispositivos de urgencias específicos, entre la atención primaria y hospitalaria, cuya demanda asistencial se ve desbordada dada la situación de pandemia.
- Centros residenciales de personas mayores. Soporte en la detección de casos COVID-19 positivos en ciudadanos que pertenecen a estos centros y dispensación de cuidados requeridos.

**Recogida de datos.** Para la recogida de datos se realizó un grupo focal que parte de una pregunta principal: ¿cómo ha repercutido en la formación sanitaria especializada la declaración del estado de alarma por la situación de emergencia de salud pública ocasionada por la COVID-19?

Se utiliza para la recogida de información la herramienta DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades), basándose en un análisis interno y externo de la situación que permite obtener información sobre acciones y proyectos de mejora dentro de la organización (8,9).

El análisis interno consta de debilidades y fortalezas. Las primeras la constituyen las capacidades propias, recursos y posicionamientos que limitan las oportunidades. Las segundas recogen las capacidades propias, recursos y posicionamientos que permiten superar las amenazas y aprovechar las oportunidades (8,9).

El análisis externo incluye amenazas y oportunidades. Las primeras integran las fuerzas del entorno que presentan dificultades. Las segundas las fuerzas de la organización para aprovechar la situación (8,9).

Una vez realizado el grupo focal se categorizan las respuestas dadas y se remiten a los/las participantes para que den su consentimiento a la validez de los datos extraídos. Posteriormente los resultados obtenidos del grupo focal son remitidos a tres residentes de la misma unidad docente para realizar aportaciones y verificar la información obtenida. Los resultados definitivos con esta metodología son aceptados por la totalidad de los/las participantes.

**Temporalidad.** Este análisis se efectúa a finales de mayo de 2020 con el objetivo de incluir a residentes de segundo año, a punto de finalizar su formación en la unidad docente.

**Consideraciones éticas.** Todos los/las participantes fueron informados sobre el estudio y objetivo de este, aceptando explícitamente la participación en el mismo. Se ha tener presente, como posible factor confusional, la relación de los entrevistados con los entrevistadores.

## Resultados

El grupo focal estaba compuesto por dos residentes de primer año de la especialidad de EFyC y dos de segundo. La revisión posterior de la información y complementación de la misma la realizaron dos residentes de primer año y una de segundo de dicha especialidad, en la UDM AFyC Costa Ponent.

Los resultados indican la categorización de las respuestas dadas por los participantes a la pregunta ¿cómo ha repercutido en la formación sanitaria especializada la declaración del estado de alarma por la situación de emergencia de salud pública ocasionada por la COVID-19?, clasificándolas en función del tipo de análisis: el interno, con sus fortalezas y debilidades, y el externo, con sus oportunidades y amenazas.

### Análisis interno. Fortalezas

1. **Trabajo en equipo.** Las circunstancias propician el compromiso con los compañeros de los servicios en los que se presenta atención. Estas circunstancias fortalecen el trabajo de equipo tanto de la misma disciplina como de diferentes: médicos, Técnicos/as Cuidados Auxiliares Enfermería (TCAE), personal de administración y servicios, limpieza.
2. **Buena relación entre residentes.** Se produce un apoyo mutuo y conjunto entre residentes de enfermería y medicina familiar y comunitaria, lo que permite un trabajo de colaboración y ayuda mutua.
3. **Soporte de tutoras.** Comunicación, seguimiento y acompañamiento de las tutoras hacia los/las residentes.
4. **Adaptación a los cambios.** La situación de alerta sanitaria implica una adaptación continua a una situación cambiante.
5. **Adquisición de conocimientos y habilidades específicas en materia de vigilancia epidemiológica (Salud Pública).** El control, seguimiento, tratamiento y estudios de contactos de pacientes COVID-19 positivo, así como de su entorno,

permiten integrar las competencias en materia de vigilancia epidemiológica sirviendo de enlace entre la Atención Primaria y Salud Pública.

6. **Adquisición de conocimientos y habilidades específicas en materia de salud laboral.** El control, seguimiento, tratamiento y estudios de contactos de profesionales COVID-19 (positivo), así como de su entorno, permiten integrar las competencias en materia de salud laboral.
7. **Visión coordinada del sistema sanitario.** La situación actual permite ver la importancia del trabajo conjunto y coordinado desde los distintos dispositivos en los/las que residentes prestan su servicio. La creación de Hotel Salud, la importancia de la atención domiciliar, el soporte en la atención de las residencias y los servicios de atención continuada, el papel que presta el sistema hospitalario y los servicios de urgencias extrahospitalarias, así como las necesidades sociales de la población en coordinación con servicios sociales.
8. **Ética y compromiso con la profesión enfermera.** Ante una situación de tal magnitud emerge el compromiso ético y profesional de dar respuesta a la demanda de la población.

#### **Análisis interno. Debilidades**

1. **Comunicación entre los residentes y la unidad docente.** La situación de inestabilidad conduce a información poco precisa dados los cambios constantes de órdenes ministeriales.
2. **Proceso de tutorización modificado.** En una situación de alarma sanitaria, los residentes pasan excepcionalmente a trabajar en el equipo, disminuyendo el grado de supervisión y aumentando el grado de responsabilidad para dar respuesta a una demanda asistencial que se desborda.
3. **Reubicación en el mundo laboral.** Situación de estrés en el que existe incertidumbre en incorporarse a centros de trabajo en contexto de una pandemia. Planes de contingencia que repercuten en la reordenación y cierre de centros de Atención Primaria, servicios mínimos, nuevos escenarios, etc.
4. **Recursos humanos limitados debido a bajas de profesionales.** El personal sanitario expuesto a COVID-19 enferma, o está en situación de baja, al estar en contacto estrecho con una persona que ha dado positivo. La limitación de recursos humanos repercute en la actividad asistencial, así como en la distribución de tareas.
5. **Desincronización de expectativas y realidades asistenciales.** Las expectativas sobre la formación especializada son bruscamente interrumpidas por la realidad asistencial a la que se ha de hacer frente.
6. **Resistencias profesionales.** Se plantea la reubicación de profesionales y residentes en distintos dispositivos (posibilidad de apertura de Fira salud, urgencias hospitalarias, hoteles salud, centros de urgencias de Atención Primaria, etc.) que suscitan resistencias iniciales.

#### **Análisis externo. Oportunidades**

1. **Reorganización de la Atención Primaria.** Implica la creación de nuevos dispositivos (Hotel Salud), de equipos que atienden a residencias, refuerzo de la atención domiciliar, generación de puntos de triaje y gestión de la demanda y potenciar la atención telefónica y vía telemática.
2. **Empoderamiento de la ciudadanía.** Se otorga otro tipo de asistencia que permite educar a los pacientes en el autocuidado, facilitando su empoderamiento en la toma de decisiones sobre su salud.
3. **Visión integral e integrada del sistema sanitario.** La situación actual permite visualizar la importancia y la necesidad de un sistema sanitario integral e integrado para dar respuesta a la pandemia.
4. **Reconocimiento y visibilidad de la enfermera.** El trabajo que realiza los profesionales enfermeros visibilizado en diferentes medios de comunicación.
5. **Crecimiento profesional.** Los/las residentes perciben que se produzca un crecimiento profesional debido al aumento de autonomía en la toma de decisiones.
6. **La utilización de TIC (Tecnología de la Información y Comunicación) para la comunicación con el usuario.** Activación de recursos digitales que permiten una comunicación rápida y directa de los usuarios con los profesionales sanitarios de referencia.

## 7. Nuevas líneas estratégicas relacionadas con un desconfinamiento y una reorientación de la Atención Primaria.

### Análisis externo. Amenazas

1. **Interrupción del proceso formativo.** Los documentos ministeriales afectan al itinerario formativo de los residentes en relación con sus rotaciones.
2. **Falta de concreción en cuanto a los objetivos de aprendizaje de esta situación.** Desde el primer momento se actúa sin tener claros los objetivos a alcanzar. A medida que se va controlando la situación de brote se establecen nuevos objetivos por parte del Departament de Salut, en una rotación denominada COVID-19, que valora:
  - La participación y tratamiento en enfermedades infecciosas con altas tasas de transmisión.
  - El trabajo en equipos multidisciplinares en situaciones de crisis.
  - La gestión del estrés, favoreciendo el autocuidado de la propia salud.
  - La solicitud de ayuda a otros profesionales cuando sea necesario.
  - La identificación y conocimiento de recursos propios del individuo, familia y comunidad.
  - El reconocer y saber actuar ante situaciones de urgencia.
3. **Exceso de presión asistencial.** La Atención Primaria se encuentra en la primera línea de contención de la pandemia, con un exceso de demanda asistencial y de respuestas por parte de la población en comparación con el escaso número de profesionales.
4. **Inquietud profesional por lo que comporta una pandemia y su exposición.** El comportamiento del virus y su propagación provoca inquietud profesional en relación con las consecuencias de su exposición, tanto en el contagio propio, como hacia la familia, otros profesionales y la comunidad.
5. **Recursos de protección (seguridad).** Los equipos de protección individual son escasos y en muchas ocasiones incompletos, además de llegar tarde.
6. **Protocolos COVID-19 cambiantes.** Los protocolos son actualizados constantemente y requieren de adecuación de servicios y actualización por parte de los profesionales que prestan atención en diferentes ámbitos asistenciales.
7. **Planes de contingencia.** Estos planes implican cierre de centros de Atención Primaria y centralización de dispositivos. Esta medida de actuación permite optimizar recursos humanos para atender la demanda poblacional.
8. **Contexto político.** Las órdenes que se aprueban desde el Ministerio son cambiantes y afectan directamente a los residentes en periodo de formación tanto en las directrices que han de seguir, reubicación de puestos de trabajo como retribuciones.
9. **Falta de reconocimiento al esfuerzo y a la labor de los residentes ante esta situación.** No se percibe, por parte de los residentes, el reconocimiento específico en el ámbito estatal.

El análisis DAFO es un punto de partida para conocer el presente y desarrollar estrategias que potencien oportunidades y fortalezas contrarrestando las debilidades y las amenazas (Tabla 1).

## Discusión

La técnica DAFO ha demostrado ser de utilidad en la recogida de información en diferentes tipos de estudios (9-12). En este caso, se ha llevado a cabo para analizar la repercusión en la formación sanitaria especializada de la declaración del estado de alarma por la situación de emergencia de salud pública ocasionada por la COVID-19.

Entre las fortalezas detectadas se encuentra la adquisición de conocimientos y de habilidades específicas en materia de salud laboral y vigilancia epidemiológica, las cuales permiten adquirir las competencias en salud pública y comunitaria recogidas en el programa formativo de la especialidad (1). No obstante, estas competencias han sido analizadas con anterioridad y consideradas como "novedosas, complejas y transversales" (13) de la especialidad, con la necesidad de un reforzamiento para su consecución (13-15), que durante la pandemia se ha realizado. En este sentido se han desarrollado y consolidado desde los distintos dispositivos en los que ha prestado asistencia el/la EIR, permitiendo una visión integral e

**Tabla 1.** DAFO

Análisis interno	
Debilidades	Fortalezas
1. Comunicación entre residentes y unidad docente 2. Proceso de tutorización modificado 3. Reubicación en el mundo laboral 4. Recursos humanos limitados 5. Desincronización de expectativas y realidades asistenciales 6. Resistencias profesionales	1. Trabajo en equipo 2. Buena relación entre residentes 3. Soporte de tutoras 4. Adaptación a los cambios 5. Adquisición de conocimientos y habilidades específicas en materia de vigilancia epidemiológica 6. Adquisición de conocimientos y habilidades específicas en materia de salud laboral 7. Visión coordinada del sistema sanitario 8. Ética y compromiso con la profesión enfermera
Análisis externo	
Amenazas	Oportunidades
1. Interrupción del proceso formativo 2. Falta de concreción de objetivos 3. Exceso de presión asistencial 4. Inquietud profesional por lo que comporta una pandemia y su exposición 5. Recursos de protección (seguridad) 6. Protocolos COVID cambiantes 7. Planes de contingencia 8. Contexto político 9. Falta de reconocimiento a los residentes	1. Reorganización de la Atención Primaria 2. Empoderamiento de la ciudadanía 3. Visión integral e integrada del sistema sanitario 4. Reconocimiento y visibilidad de la enfermera 5. Autonomía profesional 6. Utilización de TIC 7. Nuevas líneas estratégicas

integrada del sistema sanitario, aspecto reflejado entre las respuestas como oportunidad, y un enfoque hacia el contexto y evolución profesional, contemplando posibilidades de influencia en el cambio sanitario y social (16).

Esta situación pone de manifiesto otra oportunidad: el crecimiento profesional. Esto deriva en un aumento de la autonomía en la toma de decisiones dentro del grado de responsabilidad del/de la EIR, tanto en visitas presenciales como no presenciales, y una mayor capacidad resolutoria, aspecto estudiado previamente y considerado como competencia avanzada en la atención clínica de la formación sanitaria especializada (17).

No obstante, a la luz de los resultados obtenidos, el estado de alerta sanitaria ha afectado a los itinerarios formativos de cada residente, como ha sucedido en otras unidades docentes. Resta adaptarlos a la realidad asistencial, en la que se produce una reorganización de la Atención Primaria, teniendo en cuenta una concreción en cuanto a los objetivos de aprendizaje y una coordinación entre los agentes implicados en este proceso: la propia unidad docente, los servicios clínicos de los hospitales y otros dispositivos, entre los distintos niveles jerárquicos dentro del sistema de salud (18).

Además, la experiencia vivida ha repercutido en el proceso de tutorización, así como en una desincronización entre las expectativas iniciales puestas en la formación sanitaria especializada y una realidad asistencial a la que se ha tenido que dar respuesta en esta crisis sanitaria, encontrando resistencias profesionales y reubicación en el mundo laboral, aspectos relacionados con debilidades halladas. A pesar de esto, surge entre las fortalezas la buena relación entre residentes y tutoras

y entre las oportunidades, una realidad asistencial que ha permitido constatar cómo el sistema sanitario se reorganiza y se adapta a través de sus planes de contingencia. Estos planes han de tener presentes la seguridad de residentes, pero también el trabajo en equipo (interdisciplinar, multidisciplinar), la necesidad de una formación continuada, la adaptación a cambios (19-22) y la visión coordinada del sistema sanitario, aspectos también identificados en el DAFO realizado.

En un mes aproximadamente, dentro del contexto político, se aprobaron cinco órdenes ministeriales (3-7) que afectaron a la formación sanitaria especializada. Paralelamente se publicaban protocolos de actuación que requerían de una actualización constante de conocimientos y procedimientos que debían ser adaptados a las realidades de cada dispositivo en el que se prestaba atención (23-25), al amparo de nuevos descubrimientos *versus* a las incertidumbres sobre cómo se manifiesta, comporta y evoluciona la enfermedad de COVID-19 (26). Estos aspectos mostrados como amenazas se relacionaron con la debilidad de situación de inestabilidad que conducía a una comunicación, poco precisa, entre residentes y unidad docente.

A pesar de esto, la experiencia ha servido para ser partícipes en el desarrollo y puesta en marcha de diferentes formas de atender a la población: atención telefónica, videollamada, econsulta, correo electrónico, etc. Las TIC pasan a ser oportunidades en el proceso de atención a las personas, familias y comunidad (27, 28).

Además, se ha detectado, como oportunidad, la necesidad de contribuir a empoderar a la ciudadanía. En esta línea se visualiza el trabajo comunitario como eje vertebrador de este empoderamiento, teniendo en cuenta comportamientos, estilos de vida, interacciones sociales y características sociodemográficas; resultando aspectos a considerar en la pandemia en el proceso salud-enfermedad, teniendo presentes a grupos vulnerables y desigualdades sociales que pueden agravarse (29-30).

Es por todo lo expuesto que esta pandemia ofrece la oportunidad de reflexionar sobre nuevas líneas estratégicas vinculadas al desconfinamiento y a la reorientación de la Atención Primaria, pero también sobre "el estado de nuestra profesión, el sistema sociosanitario y la constelación de las estructuras asociadas que lo articulan y de los valores sociales que lo apuntalan" (31). Así los/las residentes ven en esta situación una oportunidad, que lejos del "renacimiento profesional" (31), constituya un "crecimiento profesional", motivo por el que se insta a impulsar el reconocimiento de los/las residentes y de la visibilidad de la especialidad tal y como se viene solicitando desde diferentes contextos, como modelo que permite hacer sostenible el sistema sanitario (32-33).

Como limitación importante del estudio es que se circunscribe a una sola especialidad en una unidad docente con lo que no son extrapolables los datos obtenidos. Se propone ir reevaluando la situación ante un contexto epidemiológico cambiante y expectante que aún no ha finalizado.

## Conclusión

Se ha empleado la herramienta DAFO para analizar la situación vivida por los/las EIR de Atención Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente Multiprofesional Costa Ponent, identificando aquellas debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades con repercusión en el proceso formativo, enmarcado en un contexto de pandemia COVID-19. Se propone ir reevaluando la situación ante un contexto epidemiológico cambiante y expectante. En este sentido son claves todos los agentes implicados en el proceso.

### Trabajo desarrollado por:

Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria Costa de Ponent:  
Cristina Cruz-Martí, Alejandro Huertas-Albaladejo, Alba Adiego-Laya, Idaira Lorenzo-Sauzedo, Marta Rodríguez-Romero, Noelia Aguado-García, María Palacio-Puente, Sofía Berlanga Fernández.

## Bibliografía

- [1] Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 157, de 29 de junio de 2010.
- [2] Real Decreto 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. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 45, de 21 de febrero de 2008.

- [3] Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 67, de 14 de marzo de 2020.
- [4] Orden SND/232/2020, de 15 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 68, de 15 de marzo de 2020.
- [5] Orden SND/299/2020, de 27 de marzo, por la que se modifica la Orden SND/232/2020, de 15 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 88, de 30 de marzo de 2020.
- [6] Orden SND/319/2020, de 1 de abril, por la que se modifica la Orden SND/ 232/2020, de 15 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 93, de 3 de abril de 2020.
- [7] Orden SND/346/2020, de 15 de abril, por la que se acuerda el inicio de plazos para realizar las evaluaciones y la fecha final de residencia o de año formativo de los profesionales sanitarios de formación sanitaria especializada. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm.106, de 16 de abril de 2020.
- [8] Pérez J. Óbito y resurrección del análisis DAFO. *Avanzada Científica* [internet] 2011 [citado 8 nov 2020]; 14(2):1-11. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3701384>
- [9] Lumillo I, Sánchez B, Garzón M, Gallardo C, Salvadó MC. Análisis CAME-DAFO del primer semestre como residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria. *Metas Enferm.* 2013; 16:62-6.
- [10] Pons-Vigués M, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Violán C, Mahtani-Chugani V. La participación ciudadana en la investigación desde la perspectiva de investigadores de atención primaria. *Gac Sanit.* 2019; 33(6):536-46. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.05.011>
- [11] Nebot C, Pasarín M, Canela J, Sala C, Escosa A. La salud comunitaria en los equipos de Atención Primaria: objetivo de dirección. *Aten Primaria.* 2016; 48(10):642-8. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.10.009>
- [12] Camarells F, Fernández C, Galindo G. Aunando esfuerzos en Prevención y Promoción de la Salud con el PAPPs. *Aten Primaria.* 2019; 51(4):195-7. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.03.001>
- [13] Oltra-Rodríguez E, Martínez-Riera JR, Mármol-López MI, Pastor-Gallardo FJ, Gras-Nieto E, Holgado-Fernández A. La formación de especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria según las responsables de las unidades docentes. *Enferm Clin.* 2017; 27(3):179-85. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.02.004>
- [14] García-Martínez P, Lozano-Vidal R, Herraiz-Ortiz MC, Collado-Boira. E. Competencias adquiridas en investigación y Salud Pública en la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria en la Comunidad Valenciana. *Enferm Clin.* 2017; 27(5):303-7. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.07.007>
- [15] Pérez-Vico Díaz de Rada L, Sánchez-Gómez MB, Duarte-Climents G, Brito-Brito R, Rufino Delgado T. Competencias enfermeras de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria: una revisión sistemática. *Ene* [internet] 2013 [citado 8 nov 2020]; 7(2):1335. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/277>
- [16] Sánchez Gómez MB, Novo Muñoz MM, Rodríguez Gómez JA, Sierra López A, Aguirre Jaime A, Duarte-Climents G. Competencias de enfermeras especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria. Análisis para su desarrollo actual y futuro. *Ene* [internet] 2019 [citado 8 nov 2020]; 13(3):1335. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2019000300005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000300005&lng=es)
- [17] Brugués A, Cubells I, Flores G. Implantación de la gestión de la demanda en las entidades proveedoras de servicios de Atención Primaria de Salud de Cataluña. *Aten Primaria.* 2017; 49(9):518-24. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.012>
- [18] Sánchez Martínez DA, Madrigal Laguía P, Serrano Porta S, Guardiola Olmos JA, Cañadilla Ferreira M. Análisis de la actividad laboral de los profesionales sanitarios en formación de la Región de Murcia ante la pandemia por COVID-19. *Rev Esp Edu Med* [internet] 2020 [citado 8 nov 2020]; 1(1):11-3. Disponible en: <https://revistas.um.es/edumed/article/view/422531>
- [19] Solera Albero J, Tárraga López PJ. La Atención Primaria de Salud: más necesaria que nunca en la crisis del coronavirus. *JONNPR.* 2020; 5(5):468-72. Doi: <http://doi.org/10.19230/jonnpr.3655>
- [20] Benavides FG. La salud de los trabajadores y la COVID-190 *Arch Prev Riesgos Labor.*2020; 23(2):154-8. Doi: <http://doi.org/10.12961/apr.2020.23.02.02>
- [21] Trilla A. Un mundo, una salud: la epidemia por el nuevo coronavirus COVID-19. *Med Clin (Barc).* 2020; 154(5):175-7. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.02.002>
- [22] Cassiani SHB, Munar Jiménez EF, Umpiérrez Ferreira A, Peduzzi M, Leija Hernández C. La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. *Rev Panam Salud Publica.* 2020; 44:64-5. Doi: <http://doi.org/10.26633/RPSP.2020.6>

- [23] Guia d'actuació enfront de casos d'infecció del nou coronavirus SARS-CoV-2 a l'atenció primària i a la comunitat [internet]. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2020. [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4772>
- [24] Guia d'actuació enfront de casos d'infecció pel nou coronavirus SARS-CoV-2 a les residències [internet]. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2020. [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4778>
- [25] Proposta d'ús d'hotels per a l'atenció sanitària en el context de l'emergència sanitària COVID-19. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2020.
- [26] Llor C, Moragas A. Coronavirus y atención primaria. *Aten Primaria*. 2020; 52(5):194-296. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.03.002>
- [27] Brito R. En los límites de lo cotidiano: a propósito del COVID-19 en Atención Primaria. *Ene* [internet] 2020 [citado 8 nov 2020]; 14(1). Disponible en: [http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1151/coronavirus\\_ap](http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1151/coronavirus_ap)
- [28] Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. *BMJ* [internet] 2020 [citado 8 nov 2020]; 368:1182. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32213507>
- [29] Machado I, Rodríguez D. Aporte desde el trabajo comunitario en Cuba para enfrentar la COVID-19. *INFODIR* [internet]. 2020 [citado 8 nov 2020]; 32. Disponible en: <http://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/812>
- [30] Douglas M, Katikireddi SV, Taulbut M, McKee M, McCartney G. Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic. *BMJ*. 2020; 369. Doi: <http://doi.org/10.1136/bmj.m1557>
- [31] Castro-Sánchez. Pandemia por SARS-COV-2, el primer reto para la enfermería planetaria. *Ridec* [internet]. 2020 [citado 8 nov 2020]; 13(1):4-5. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27180/pandemia-por-sars-cov-2-el-primer-reto-para-la-enfermeria-planetaria/>
- [32] Pisano MM, González AC, Abad A. Enfermería Familiar y Comunitaria: claves de presente, retos de futuro. *Enferm Clin*. 2019; 29(6):365-36. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.005>
- [33] Martínez-Riera JR, Carrasco Rodríguez FJ. Enfermería familiar y comunitaria, cronología de una especialidad. *Enferm Clin*. 2019; 29(6):352-6. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.09.011>