



La **Enfermera Familiar**
y **Comunitaria**:
pieza clave para
la sostenibilidad
y liderazgo de la
Atención Primaria
en España

Marzo 2026



faecap

Federación de Asociaciones
de Enfermería Familiar y
Comunitaria

Autores

Esther Nieto García

Presidenta FAECAP. SEMAP (Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria)

Francisco Cegri Lombardo

Vicepresidente FAECAP. AIFiCC (Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya)

Paula de Amores López Fando

Secretaria entre 2023-2025 de FAECAP. ASANEC (Asociación Andaluza de Enfermería Familiar y Comunitaria)

Álvaro Carrera García

Tesorero FAECAP. AGEFEC (Asociación Galega de Enfermería Familiar e Comunitaria)

Araceli Rivera Álvarez

Social Media Manager FAECAP. SEMAP (Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria)

Pedro García Martínez

Vocal de especialidad FAECAP. AVaFiC (Asociación Valenciana de Enfermería Familiar y Comunitaria)

Autores Decálogo de la enfermera familiar y comunitaria

Yolanda López Benavente

SEAPREMUR (Sociedad Murciana de Enfermería Familiar y Comunitaria)

Carmen Ferrer Arnedo

SEMAP (Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria)

Rosa M^a Cárdaba García

ACALEFYC (Sociedad Castello Leonesa de Enfermería Familiar y Comunitaria)

Álvaro Carrera García

AGEFEC (Asociación Galega de Enfermería Familiar e Comunitaria)

Beatriz Moreiras Abril

AIFICC (Asociación de Enfermería Familiar y Comunitaria de Cataluña)

Montserrat Pulido Fuentes

ACAMEC (Asociación Castellano-Manchego de Enfermería Familiar y Comunitaria)

Laura Suárez Barcena

ACAMEC (Asociación Castellano-Manchego de Enfermería Familiar y Comunitaria)

Belén López Vázquez

AGEFEC (Asociación Gallega de Enfermería Familiar y Comunitaria)

María González Fondado

AGEFEC (Asociación Gallega de Enfermería Familiar y Comunitaria)

Gloria Santos González

EFEKEZE (Sociedad Científica de Enfermería Familiar y Comunitaria de Euskadi)

Adelaida Lozano Polo

SEAPREMUR (Sociedad Murciana de Enfermería Familiar y Comunitaria)

Ángeles Beatriz Álvarez Hermida

SEMAP (Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria)

Ángel Lizcano Álvarez

SEMAP (Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria)

REVISORES:

Maria Antonia Barceló

ABIC (Associació Balear d'Infermeria Comunitària)

Soledad Gómez-Escalonilla Lorenzo

ACAMEC (Asociación Castellano-Manchega de Enfermería Comunitaria)

Umayma Beni Abdellah El Mohammadi

AECA (Asociación de Enfermería Comunitaria de Aragón)

Belén González Martínez

AGEFEC (Asociación Galega de Enfermería Familiar e Comunitaria)

Emi Camprubí Rodríguez

AlFiCC (Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya)

María Dolores Ruíz Fernández

ASANEC (Asociación Andaluza de Enfermería Familiar y Comunitaria)

Judit Aldeguer Corbí

Euskadiko Familiako Eta Komunitateko Erizaintzaren Zientzia Elkarte
Sociedad Científica de Enfermería Familiar y Comunitaria de Euskadi

Rosa M^a Merino Barreras

SCECC (Sociedad Científica de Enfermería Comunitaria Cántabra)

Edurne Mezquita Yarza

SEAPA (Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Asturias)

María Jesús Pagán Núñez

SEAPREMUR (Sociedad Murciana de Enfermería Familiar y Comunitaria)



María Gil Marchena

SEFYCEX (Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Extremadura)

Cristina Moreno Asorey

SEMAP (Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria)

Javier Zarzo Gasull

AVaFiC (Asociación Valenciana de Enfermería Familiar y Comunitaria)

Sofía Angulo Hernando

ACALEFYC (Asociación Castellanoleonés de Enfermería Familiar y Comunitaria)



ENTIDADES QUE AVALAN:

Tras el análisis del presente informe y de las implicaciones que plantea para el fortalecimiento del sistema sanitario, el documento ha recibido el **apoyo y aval de entidades clave del ámbito científico y profesional de la Atención Primaria**. En concreto, cuenta con el respaldo de la **Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (sem-FYC)** y de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), sociedades científicas con las que compartimos una visión común de una Atención Primaria fuerte, centrada en la persona y orientada a las necesidades de la comunidad. Asimismo, el informe ha sido avalado por las **organizaciones sindicales CCOO y UGT**, que, desde su participación en las mesas sectoriales del sistema sanitario, trabajan activamente para impulsar las condiciones necesarias que permitan el **desarrollo e implantación efectiva de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria en todo el territorio**. Estos apoyos ponen de manifiesto la **amplia coincidencia existente entre profesionales, sociedades científicas y organizaciones representativas** sobre la necesidad de avanzar decididamente en el fortalecimiento de la Atención Primaria y en el reconocimiento pleno del papel de la Enfermería Familiar y Comunitaria.

ACRÓNIMOS:

AP	Atención Primaria
APyC	Atención Primaria y Comunitaria
CCAA	Comunidades Autónomas
EFyC	Enfermera Familiar y Comunitaria
EIR	Enfermera Interna Residente
FAECAP	Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria
MEAPyC 25-27	Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027
OPE	Oferta Pública de Empleo
PE	Prescripción Enfermera
RD	Real Decreto
SNS	Sistema Nacional de Salud

Enfermería Familiar y Comunitaria: pieza clave para la sostenibilidad y liderazgo de la Atención Primaria en España

Resumen Ejecutivo

España presenta un déficit estructural de profesionales de enfermería. Según el último informe del Ministerio de Sanidad, para alcanzar la media europea sería necesario incorporar al menos 100.000 enfermeras adicionales. En la actualidad, la ratio nacional se sitúa en 6,3 enfermeras por cada 1.000 habitantes, frente al promedio de la Unión Europea, que alcanza las 8,5/1.000.

En el ámbito de la Atención Primaria (AP), la situación es aún más preocupante: la tasa de enfermeras por habitante es de apenas 0,7/1.000, cuando el estándar recomendado para garantizar una atención segura, integral y continuada debería situarse entre 1 y 1,2 enfermeras especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) por cada 1.000 habitantes.

Este desfase implica un desafío de enorme magnitud: al ritmo actual de crecimiento, España tardaría entre 22 y 29 años en alcanzar la ratio media europea. Con estos datos, el argumento para impulsar la implantación efectiva de la especialidad EFyC, junto con la aprobación de la Ley del Medicamento con plenas competencias enfermeras y una Ley estatal de ratios, se refuerza de manera incontestable.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) invierte más de 429 millones de euros en formar especialistas EIR que luego no pueden ejercer, lo que constituye un «desperdicio de talento» y una «ineficiencia estructural».

La EFyC es la única vía para revertir esta ineficiencia y consolidar una AP más sostenible y resolutive.

ÍNDICE:

1.	Introducción	10
2.	Implantación de la Especialidad en EFyC: la ineficiencia estructural	11
3.	Situación actual de la Enfermería y la especialidad de EFyC en España	18
4.	Valor y evidencias de las competencias de EFyC	21
5.	Decálogo de la EFyC	28
6.	Propuesta de Hoja de Ruta	30
7.	Conclusiones	31
8.	Bibliografía	32

1. Introducción

Este informe de la Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP) tiene como propósito impulsar el desarrollo y cumplimiento del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (2025–2027) [1], aportando propuestas que contribuyan a una transformación real del modelo asistencial, hacia una atención más accesible, segura (en base a la ratio enfermera/habitante), equitativa y centrada en las personas.

Este documento ofrece una visión técnica y estratégica desde la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC), poniendo en valor su papel como elemento estructural del sistema sanitario y su capacidad para responder a los retos actuales: cronicidad, envejecimiento poblacional, medicalocentrismo, farmacodependencia, alfabetización en salud, uso «inadecuado» de los recursos sanitarios, salud mental y desigualdades sociales en salud.

FAECAP considera que fortalecer la Atención Primaria pasa necesariamente por consolidar la implantación plena de la especialidad de EFyC en todo el territorio nacional, garantizando que todas las personas cuenten con una enfermera especialista de referencia, capaz de proporcionar cuidados integrales, continuos y basados en la evidencia.

A pesar de los avances alcanzados en el reconocimiento de la especialidad de EFyC, persisten las desigualdades territoriales y las limitaciones estructurales que impiden su plena implantación.

La falta de planificación coordinada y de desarrollo homogéneo entre comunidades autónomas (CCAA), ha generado un modelo fragmentado que dificulta el aprovechamiento del potencial de la especialidad y retrasa el cumplimiento de los objetivos del Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria.

2. Implantación de la Especialidad en EFyC: la ineficiencia estructural

El 6 de mayo de 2005 fue publicado en el BOE el REAL DECRETO 450/2005 [2], sobre especialidades de Enfermería incluida, entre las que se incluían la de EFyC, cuyo programa formativo debería ser desarrollado por la Comisión Nacional de la Especialidad constituida a tal efecto. Cinco años después, el 29 de junio de 2010, se publicaba en el BOE la Orden SAS/1729/2010 [3], por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de EFyC, y en septiembre de ese mismo año se convoca la primera prueba selectiva de acceso a la formación de especialistas de EFyC.

A partir de ese momento se inicia la formación sanitaria especializada en EFyC a través del sistema EIR (Enfermera Interna Residente), junto con la vía excepcional de obtención del título, prevista en el Real Decreto 450/2005. Esta vía tenía como finalidad reconocer la competencia profesional de las enfermeras con experiencia acreditada en el ámbito de la Atención Primaria y Comunitaria.

En la convocatoria de 2009, el proceso generó una respuesta sin precedentes: más de 45.000 enfermeras solicitaron participar en el examen extraordinario. Sin embargo, los largos plazos administrativos y las sucesivas demoras, con un periodo de espera de más de 11 años hasta la resolución definitiva, provocaron un progresivo desgaste profesional y emocional en las candidatas. Finalmente, alrededor de 19.000 enfermeras se presentaron al examen, de las cuales 13.756 obtuvieron la acreditación oficial como especialistas en EFyC, completando así un proceso histórico de regularización de la especialidad que ha marcado un antes y un después en el desarrollo profesional enfermero en España.

Una vez publicada la norma nacional, son las CCAA las que deben crear la figura de EFyC como categoría profesional y definir el puesto de trabajo en el que los y las especialistas van a desarrollar las competencias que les acredita su título académico.

Sin embargo, mientras las Consejerías de Sanidad debían avanzar en este proceso de implantación, España ha continuado invirtiendo en la formación de especialistas sin ofrecerles un marco laboral definido. Se estima que la formación de cada residente EIR en EFyC supone un coste aproximado de 30.000€ anuales, hasta los 50.000€ si incluimos actores necesarios (tutores, unidades docentes...), financiados con fondos públicos de los Ministerios de Sanidad y de Educación (Ver tabla 1).

Pese a ello, la creación de puestos estructurales y específicos de la especialidad no se ha implementado, impidiendo que estas especialistas puedan optar a la posibilidad de tener un puesto reglamentado en el sistema, a pesar de haberse formado precisamente en el entorno donde deberían incorporarse principalmente: las consultas de los centros de salud de AP.

De esta forma, se ha producido una importante inversión pública en profesionales altamente cualificados, a quienes no se les ha garantizado un acceso real a los servicios sanitarios acorde con su perfil competencial. Esta situación supone una ineficiencia estructural y una pérdida de talento para el SNS, que mantiene a una parte de su personal más preparado en situación de precariedad o desplazamiento funcional.

Tabla 1. Coste de la formación de las plazas de EIR de EFyC en el periodo de 2012-2024

Plazas EIR de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) 2010-2024			
AÑO	PLAZAS	Inversión en formación EIR al mes *	Cómputo total de la inversión por promoción EIR
2010 (Acceso 2011)	132	2.279,00 €	7.219.872,00 €
2011 (Acceso 2012)	219	2.279,00 €	11.978.424,00 €
2012 (Acceso 2013)	214	2.279,00 €	11.704.944,00 €
2013 (Acceso 2014)	244	2.279,00 €	13.345.824,00 €
2014 (Acceso 2015)	267	2.279,00 €	14.603.832,00 €
2015 (Acceso 2016)	278	2.279,00 €	15.205.488,00 €
2016 (Acceso 2017)	293	2.279,00 €	16.025.928,00 €
2017 (Acceso 2018)	316	2.279,00 €	17.283.936,00 €
2018 (Acceso 2019)	339	2.279,00 €	18.541.944,00 €
2019 (Acceso 2020)	521	2.279,00 €	28.496.616,00 €
2020 (Acceso 2021)	687	2.279,00 €	37.576.152,00 €
2021 (Acceso 2022)	748	2.279,00 €	40.912.608,00 €
2022 (Acceso 2023)	824	2.279,00 €	45.069.504,00 €
2023 (Acceso 2024)	891	2.279,00 €	48.734.136,00 €
2024 (Acceso 2025)	919	2.279,00 €	50.265.624,00 €
2025 (Acceso 2026)	964	2.279,00 €	52.726.944,00 €
Total	7856		429.691.776,00 €

Tabla elaboración propia. Este coste incluye los salarios de los residentes, la infraestructura, el material didáctico, el personal docente y la administración de los programas, según datos del Ministerio de Sanidad, sin contar los incrementos de IPC, o subidas salariales.

Actualmente cabe destacar que el objetivo 1.8 del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027 (MEAPyC 25-27), relativo al fomento de los nombramientos de enfermeras y enfermeros de AP, incluyendo como mérito prioritario el título de especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) y la adopción de las medidas organizativas necesarias para su desarrollo, ya figuraba en el anterior plan estratégico [4]. Sin embargo, no se ha producido una implantación real ni homogénea en el conjunto del territorio. Transcurridos quince años desde la creación de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC), la situación actual en España, según los datos recopilados por las sociedades científicas de EFyC, ante la ausencia de un registro oficial y normalizado que permita acceder a esta información de forma sistemática, puede resumirse del siguiente modo:

Tabla 2. Situación de la implantación de la especialidad de EFyC en las CCAA

	COMUNIDAD AUTÓNOMA	EFYC FORMADAS VÍA EIR	AÑO DE CREACIÓN DE CATEGORÍA PROFESIONAL	PUESTOS FUNCIONALES	BOLSA DE TRABAJO PROPIA	DETERMINACIÓN DE ROLES PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD	Nº DE PLAZAS CREADAS HASTA LA FECHA	DEFINICIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO COMO EFYC	RECONOCER LA CATEGORÍA PROFESIONAL	ASIGNACIÓN DE CUPO	BAREMACIÓN EN BOLSA DE ENFERMERO GENERALISTA	PROCESOS SELECTIVOS	NÚMERO DE PLAZAS DE OPOSICIÓN
1	Andalucía	304	2016	SI	SI	SI	447	NO	SI	NO	SI	SI	411
2	Aragón	232	2018	SI	SI	SI	198	SI	SI	SI	SI	SI	101
3	Canarias	125	2016	SI	NO	NO	0	NO	NO	NO	NO	NO	0
4	Cantabria	20	2020	NO	SI	NO	5	SI	SI	SI	NO	NO	0
5	Castilla-La Mancha	214	2020	SI	SI	NO	16*	SI	SI	NO**	SI	NO	0
6	Cataluña	743	2025	NO	SI	NO	34***	NO	SI	SI	SI	SI	26
7	Extremadura	286	2019	SI	SI	NO	84	SI	SI	SI	NO	SI	17
8	Galicia	239	2016	SI	SI	SI	230	SI	SI	SI	SI	SI	106
9	Rioja	7	2016	SI	NO	SI	2	NO	SI	NO	NO	SI	1
10	Islas Baleares	102	2021	SI	SI	NO	53	NO	SI	SI	SI	SI	58
12	País Vasco	207	2020	NO	SI	SI	105	SI	SI	NO	NO	NO	0
13	Castilla y León	497	2021	NO	SI	NO	64	NO	NO	SI	NO	NO	0
14	Comunidad de Madrid	438	2025	NO	SI	NO	850	SI	SI	SI	NO	NO	0
15	Comunidad Foral de Navarra	21	2021	SI	SI	NO	4	NO	SI	NO	NO	NO	0
16	Comunidad Valenciana	270	2021	SI	SI	NO	270	SI	SI	SI	NO	SI	15
17	Principado de Asturias	230	2023	NO	SI	NO	206	NO	SI	SI	NO	NO	0
18	Región de Murcia	231	2015	SI	SI	NO	60	SI	NO	SI	SÍ	SÍ	17

*** Sin datos facilitados por los diferentes proveedores sanitarios, solo son datos de centros gestionados por el ICS "

Tabla de elaboración propia con informes de las sociedades científicas de FAECAP y informe de Unidad de Información de Transparencia del Ministerio de Universidades con fecha de 2/08/2023. Explicación de los epígrafes:

PUESTOS FUNCIONALES	Se refiere a puestos de trabajo en los que se contrata de forma prioritaria a EFyC, porque está definido que han de ser desarrollados por enfermeras especialistas, en Unidades de Formación Multiprofesional.
DETERMINACIÓN DE ROLES PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD	Se refiere a determinadas contrataciones que se han iniciado en CCAA creando plazas para enfermeras especialistas pero que han de desarrollar solo algún rol específico como la Gestión de Casos, o la Participación Comunitaria
Nº DE PLAZAS CREADAS HASTA LA FECHA	Se refiere a las plazas que se han creado de enfermeras especialistas nuevas o las que se han transformado de una cupo generalista pasa a ser especialista
DEFINICIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO COMO EFyC	Se refiere a la publicación en Boletín Oficial de cada CCAA de la definición de los puestos de atención primaria en consultas a desarrollar por enfermeras especialistas
RECONOCER LA CATEGORÍA PROFESIONAL	Contratación de la enfermera especialista con la categoría profesional y la asignación del complemento salarial específico
ASIGNACIÓN DE CUPO	Asignación de cupo: La enfermera especialista tiene un cupo asignado de pacientes al que presta atención y forma parte de una Unidad Básica de Atención del Centro de Salud.
(*)	Contratación como enfermera generalista, pero tiene un complemento en la nómina. Este proceso no permite acumular tiempo trabajado como enfermera especialista a la hora de concursar en otras CCAA a puestos de especialistas.
(**)	Se ha iniciado la creación de plazas con asignación de cupo, pero no hay datos exactos

Como se puede observar con los datos de la Tabla 2, se observa que la mayoría de las CCAA han procedido a la creación administrativa de la categoría profesional genérica de EFyC. Sin embargo, en la práctica, esta creación se ha limitado a un acto formal o de registro, sin que se haya traducido en una contratación efectiva y específica de enfermeras especialistas para ocupar plazas en AP.

En la actualidad, solo comunidades como Aragón, Galicia, Comunidad Valenciana y de Madrid han avanzado de manera real en este proceso, contratando enfermeras especialistas en EFyC para cubrir puestos estructurales de Atención Primaria, y alguna como Galicia y Aragón, restringiendo los concursos de traslados de profesionales sin la especialidad, con

el fin de garantizar la adecuación competencial de los equipos. Por el contrario, el resto de las CCAA continúan permitiendo la movilidad e incorporación de enfermeras sin especialidad a plazas de AP, lo que genera una brecha de calidad y seguridad en la atención al paciente. Estas políticas basadas en concursos de traslados abiertos a plazas de Atención Primaria de enfermeras sin especialidad a puestos de Atención Primaria que son puestos para especialistas EFyC, repercuten en la calidad de los cuidados de las personas, familias y comunidades.

Además, las políticas de traslados abiertos con frecuencias menores de 2 años (o incluso de 6 meses como sucede en la Región de Murcia y en el Principado de Asturias), provoca la pérdida de la longitudinalidad de la atención. Esta longitudinalidad ha demostrado ser un factor protector de la salud de la población, según diferentes estudios como demuestra la revisión sistemática publicada por María Blas Sánchez & col. sobre la longitudinalidad en AP [5].

Hasta la fecha, sólo Andalucía, Aragón, Cataluña, Extremadura, La Rioja, Region de Murcia, Galicia, Islas Baleares y Comunidad Valenciana han publicado ofertas públicas de empleo específicas para especialistas en EFyC, dando los primeros pasos hacia una verdadera consolidación de la categoría profesional en el Sistema Nacional de Salud. No obstante, resulta impactante que, tras el importante esfuerzo realizado para formar y acreditar a cerca de 18.000 enfermeras especialistas en EFyC, todavía no se hayan desarrollado las estructuras asistenciales que permitan el ejercicio pleno de sus competencias.

En la mayoría de las CCAA no existen puestos funcionales específicos, lo que implica que aun sabiendo el principal ambito donde deben desarrollar sus competencias que es la AP, no la única, en la mayoría de CCAA no lo han establecido en sus reglamentos internos.

Conviene recordar que la especialidad se creó precisamente para que las enfermeras de Atención Primaria pudieran optar a estos puestos con una formación avanzada, orientada a mejorar la calidad de la atención y a favorecer el cumplimiento de los objetivos de la cartera de servicios de AP.

Por todo ello, es imprescindible realizar una proyección a corto y medio plazo que permita planificar cómo se irán cubriendo progresivamente los puestos de trabajo hasta alcanzar un cuerpo de enfermeras especialistas suficiente y ajustado a las necesidades reales de la población y del sistema sanitario.

Siendo los dos puntos anteriores fundamentales, resulta llamativo que las EFyC no dispongan, en la mayoría de las CCAA, de bolsas de contratación específicas. En muchos casos, estas bolsas ni siquiera se han habilitado, y en aquellas en las que sí existen, las profesionales son contratadas para cubrir puestos de enfermería en AP, sin un reconocimiento claro de su especialidad, ni en la categoría contratada ni en el sueldo percibido.

Esta situación contribuye a que las competencias propias de la especialidad se ejerzan sin el correspondiente reconocimiento profesional y funcional, diluyendo el valor añadido que aporta la formación especializada a la atención y a la comunidad.

Algunas CCAA, en un intento de atraer y retener talento especializado, han optado por fragmentar las competencias propias de la EFyC, creando puestos centrados únicamente en áreas parciales como la gestión de casos, la coordinación durante la pandemia, el desarrollo de la estrategia de salud comunitaria, o vinculados a unidades docentes y servicios de salud pública. Si bien estas iniciativas pueden suponer avances puntuales, representan una apuesta limitada y parcial que no consolida la implantación integral de la especialidad ni aprovecha su potencial transformador para el fortalecimiento y desarrollo de la AP en nuestro país.

Y en la línea de invisibilizar la especialidad, en algunas comunidades autónomas no se reconoce la categoría y por lo tanto se da la paradoja de que se contrata a EFyC pero no se realiza el reconocimiento real de la categoría profesional, con una retribución económica específica, cómputo de tiempo para antigüedad, carrera profesional, o plazas en propiedad.

Un punto que se evalúa dentro del MEAPyC 25-27 es la creación de OPE de EFyC y como podemos ver en la Tabla 2, sólo 3 CCAA han publicado una OPE adecuada a las necesidades de su CCAA, el resto o no lo han hecho o lo han hecho en una proporción no adecuada a las demandas de la AP.

La formación en EFyC se sustenta en una base sólida de conocimientos y competencias en enfermería clínica, complementada con una especialización orientada al abordaje integral de la persona, la familia y la comunidad. Resulta esencial que los programas formativos y de capacitación se mantengan actualizados y alineados con las nuevas necesidades de salud de la población, así como con los retos emergentes del sistema sanitario.

El programa formativo vigente, aprobado en 2010, ha demostrado su validez a lo largo de estos años; sin embargo, tras más de quince años de experiencia formativa y práctica profesional, se considera necesario proceder a su revisión y actualización, incorporando los avances científicos, tecnológicos y sociales que influyen en la práctica enfermera contemporánea.

La especialidad de EFyC desempeña un papel fundamental en la AP de salud, contribuyendo significativamente a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en la comunidad. Sin embargo, se enfrenta a diversos desafíos que requieren atención y acción por parte de los responsables políticos, los gestores de salud y la sociedad en su conjunto. Fortalecer esta especialidad es esencial para garantizar una atención de calidad y equitativa para todas las personas.

Tras todo este análisis de la situación, consideramos que el proceso iniciado por parte del Ministerio de Sanidad, ha de tomar fuerza en las comunidades autónomas, de forma que se impulse y avale el desarrollo de la Enfermera especialista en atención Familiar y Comunitaria en AP.

Tabla 3. Barreras a la implantación de la especialidad de EFyC

Barreras a la implantación	
Puestos Funcionales y Roles	En la mayoría de las CCAA no existen puestos funcionales específicos, diluyendo el valor añadido que aporta la formación especializada.
Bolsas de Contratación:	Las EFyC no disponen, en la mayoría de las comunidades autónomas, de bolsas de contratación específicas y son contratadas para puestos generales.
Fragmentación de Competencias	Algunas CCAA han optado por fragmentar las competencias, creando puestos centrados únicamente en áreas parciales (gestión de casos, salud comunitaria) en lugar de consolidar la implantación integral.
Invisibilización y Retribución:	En la mayoría de las comunidades autónomas no se realiza el reconocimiento real de la categoría profesional, con una retribución económica específica, cómputo de tiempo para antigüedad, carrera profesional o plazas en propiedad.

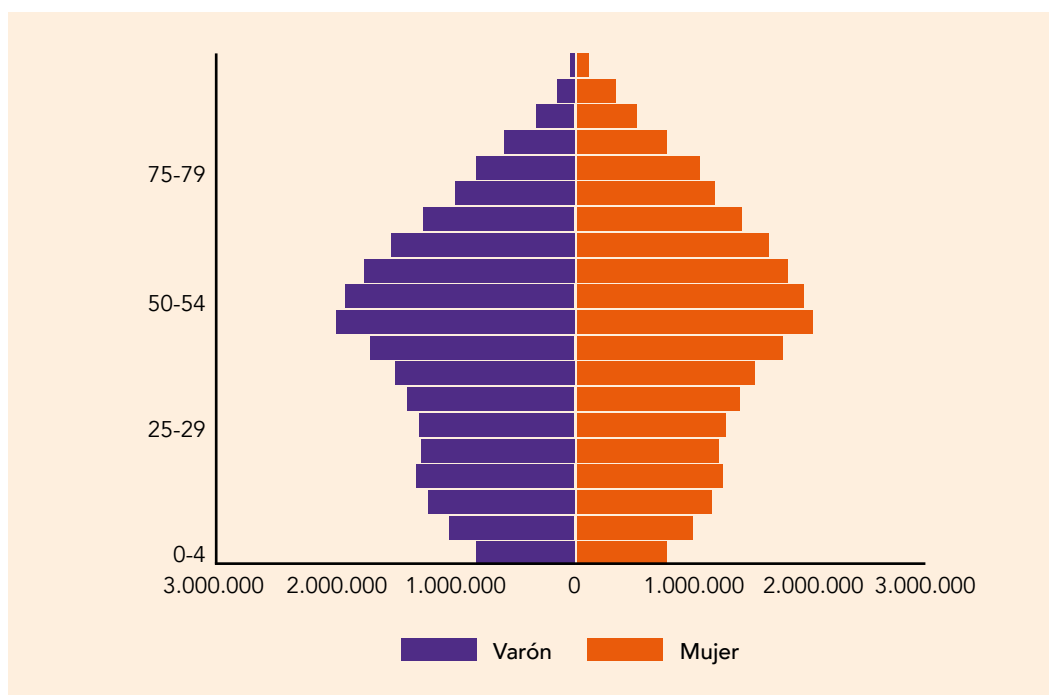
3. Situación actual de la Enfermería y la especialidad de EFyC en España

Según el informe técnico del Ministerio de Sanidad, entre 2014 y 2022, el número de enfermeras aumentó un 11 % en AP, un 36,9 % en urgencias y emergencias (112/061) y un 27,2 % en el ámbito hospitalario. Sin embargo, ese crecimiento no ha sido suficiente ni equilibrado para compensar las cargas futuras, ni para dotar homogéneamente a todas las CCAA de personal especializado [6].

Este crecimiento es contradictorio a las necesidades derivadas de la proyección hacia una AP centrada en el persona y la comunidad, que pretende aumentar las tasas de resolución de problemas de salud directamente desde AP.

La estructura poblacional actual, ampliamente conocida, refleja un claro desequilibrio demográfico: la población mayor de 50 años supera ya a la menor de esa edad, lo que evidencia un proceso sostenido de envejecimiento. Esta realidad se traduce en un incremento notable de las necesidades de autocuidado, de atención y de cuidados profesionales, así como en una creciente demanda de acciones de promoción de la salud y de envejecimiento activo, muy superiores a las requeridas en etapas previas.

Figura 1. Pirámide poblacional de España del año 2024.
Portal Estadístico. Ministerio de Sanidad [7].



Además del envejecimiento poblacional, el contexto actual presenta una situación de creciente complejidad en salud, que incrementa notablemente las cargas de trabajo y las necesidades de intervención de las enfermeras especialistas en EFyC.

Entre los factores que explican esta realidad destacan la fragilidad asociada al envejecimiento, la cronicidad, nuevas enfermedades emergentes, el aumento de los problemas de salud mental, los riesgos medioambientales, las desigualdades sociales en salud y la atención a poblaciones especialmente vulnerables.

A ello se suma la incorporación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC), que transforman la relación con la ciudadanía y los modelos de seguimiento clínico.

Todo ello se traduce en un mayor uso de los servicios de Atención Primaria y Comunitaria, reforzando la necesidad de contar con enfermeras especialistas EFyC en número suficiente para responder con calidad, equidad y continuidad asistencial.

Actualmente las tasas de enfermera en AP son de una media de 0,7, lo que representa una alta variabilidad como se refleja en la tabla 4, realizada con los datos del Ministerio de Sanidad 2024.

Tabla 4. Tasa de enfermera en AP por población en las CCAA y cupo medio asignado de pacientes por enfermera

Comunidad Autónoma	Profesionales de enfermería	Tasa por 1.000 hab.	Cupo medio (hab/enfermera)
Andalucía	5.857	0,69	≈ 1.449
Aragón	1.097	0,82	≈ 1.220
Principado de Asturias	679	0,68	≈ 1.471
Islas Baleares	696	0,58	≈ 1.724
Canarias	1.432	0,65	≈ 1.538
Cantabria	391	0,67	≈ 1.493
Castilla y León	2.053	0,86	≈ 1.163
Castilla-La Mancha	1.506	0,73	≈ 1.370
Cataluña	5.977	0,76	≈ 1.316
Comunidad Valenciana	3.604	0,7	≈ 1.429
Extremadura	909	0,86	≈ 1.163
Galicia	1.947	0,72	≈ 1.389
Comunidad de Madrid	3.486	0,51	≈ 1.961
Región de Murcia	890	0,58	≈ 1.724

Comunidad Autónoma	Profesionales de enfermería	Tasa por 1.000 hab.	Cupo medio (hab/enfermera)
Comunidad Foral de Navarra	540	0,81	≈ 1.235
País Vasco	1.597	0,72	≈ 1.389
La Rioja	289	0,9	≈ 1.111
Ceuta	41	0,5	≈ 2.000
Melilla	45	0,53	≈ 1.887
Total España	33.036	0,7	≈ 1.429

Tabla de elaboración propia con datos del Portal de Sanidad en Datos [8,9].

El Informe «Atención Primaria de Salud en España 2025» (semFYC, 2025) [10] evidencia una sobrecarga estructural y sostenida en los equipos de AP, con un aumento constante de la demanda asistencial y de la complejidad de los casos, especialmente en personas mayores y con enfermedades crónicas. El documento subraya la necesidad de reforzar los equipos multidisciplinares, incrementando de manera significativa la dotación de profesionales de enfermería como recurso estratégico para mejorar la accesibilidad, la continuidad asistencial y la eficiencia del sistema.

Para FAECAP, y en coherencia con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [11] respecto al impacto de los determinantes sociales de la salud y las estrategias de fortalecimiento de la AP en España, resulta fundamental dimensionar adecuadamente los recursos humanos de enfermería.

Tasa por 1.000 hab.	Cupo medio (hab/enfermera)
1-1,2	≈ 1000-833

Teniendo en cuenta la complejidad actual de la atención comunitaria y el tiempo necesario para el desarrollo efectivo de las intervenciones en salud, FAECAP considera que la tasa óptima de enfermeras especialistas en EFyC debería situarse entre 1 y 1,2 profesionales por cada 1.000 habitantes, como referencia para garantizar una atención integral, accesible y de calidad. Además debería avanzarse hacia implementar criterios de vulnerabilidad y determinantes sociales para poder ajustar mejor estos ratios mínimos

Por lo tanto, y atendiendo a la evolución de la formación de especialistas en EFyC, resulta imprescindible incrementar de forma significativa la oferta de plazas EIR.

FAECAP propone duplicar el número actual de plazas en los próximos dos años, con el objetivo de alcanzar las 4.000 plazas anuales en el año 2030, lo que permitiría disponer de un número suficiente de especialistas para responder a las necesidades reales del sistema sanitario y garantizar la cobertura equitativa de la población en todos los territorios.

4. Valor y evidencias de las competencias de EFyC

El Informe «Hacia una Atención Primaria Estratégica y Líder» de la Fundación Gaspar Casal [12], pone de manifiesto que el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud pasa necesariamente por dotar a la AP de profesionales con competencias avanzadas, capacidad de liderazgo y autonomía en la toma de decisiones. En este contexto, la EFyC se configura como un eje estratégico esencial, capaz de articular respuestas efectivas frente a los principales desafíos del sistema: la cronicidad, el envejecimiento poblacional, la salud mental y las desigualdades sociales en salud.

Las competencias que caracterizan a la EFyC, recogidas en su programa formativo oficial, descritas en la Tabla 5, responden precisamente a esta visión integradora, situando a la enfermera especialista como agente clave para el desarrollo de la atención centrada en la persona, la familia y la comunidad, y como pilar fundamental en la transformación y sostenibilidad de la AP.

Mientras que el Grado en Enfermería proporciona una base general que permite asumir algunas de estas competencias, la formación especializada a través del sistema EIR dota a las profesionales de los conocimientos, habilidades y actitudes avanzadas necesarias para ofrecer cuidados expertos, continuos y de calidad a la ciudadanía en el contexto integral de la Atención Primaria y Comunitaria (APyC).

Tabla 5. Competencias de la Enfermera Familiar y Comunitaria

COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA

1. Valoración integral de la persona, familia y comunidad

Realizar valoraciones de salud completas, utilizando métodos de entrevista clínica, exploración física y técnicas de observación.

Aplicar modelos de valoración enfermera y taxonomías (NANDA, NOC, NIC).

Identificar problemas de salud y necesidades de cuidados a lo largo del ciclo vital.

Priorizar problemas según gravedad, riesgo o vulnerabilidad social.

Detectar situaciones de riesgo biológico, ambiental o psicosocial, tanto en el individuo como en su entorno.

2. Atención clínica a la persona en el ámbito familiar y comunitario

Planificar, ejecutar y evaluar cuidados a personas sanas o enfermas, en consulta, domicilio y comunidad.

Aplicar protocolos diagnósticos y terapéuticos de uso común en Atención Primaria.

COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Colaborar en el seguimiento de pacientes crónicos complejos, pluripatológicos o con dependencia.

Desarrollar cuidados paliativos y atención al final de la vida en el entorno domiciliario.

Realizar curas avanzadas, manejo de heridas crónicas, úlceras por presión y accesos venosos.

Prevenir complicaciones derivadas de tratamientos o procedimientos.

Integrar la educación sanitaria y la adherencia terapéutica en la práctica clínica.

3. Atención a la mujer, al niño y al adolescente

Valorar y atender necesidades de salud en las diferentes etapas del ciclo vital: infancia, adolescencia, edad adulta y climaterio.

Aplicar programas de control del niño sano y apoyo a la parentalidad.

Identificar problemas de salud sexual y reproductiva, y colaborar en programas de salud sexual y prevención de ITS.

Realizar intervenciones educativas y de apoyo en lactancia materna y cuidados del recién nacido.

Acompañar y orientar durante el climaterio y la menopausia, incluyendo educación, promoción y autocuidado.

4. Atención al adulto y al anciano

Realizar cribados de factores de riesgo cardiovascular, metabólico y oncológico.

Detectar y controlar enfermedades crónicas (HTA, diabetes, EPOC, insuficiencia cardíaca, etc.) mediante planes individualizados.

Evaluar capacidad funcional y fragilidad en personas mayores.

Promover el envejecimiento activo y la prevención de la dependencia.

Coordinar la atención en el domicilio, hospital de día y servicios sociales.

5. Atención domiciliaria

Identificar necesidades específicas del entorno familiar y social.

Planificar y ejecutar cuidados domiciliarios programados y urgentes.

Promover el autocuidado y la participación familiar en los cuidados.

Garantizar la continuidad asistencial mediante coordinación con otros niveles de atención.

6. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Participar en programas de vacunación, cribado y detección precoz.

Desarrollar educación sanitaria individual y grupal sobre estilos de vida saludables (alimentación, ejercicio, tabaquismo, consumo de alcohol, sexualidad, salud mental, etc.).

COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Evaluar el impacto de las intervenciones preventivas.

Promover la participación de la comunidad en actividades de salud pública.

7. Vigilancia epidemiológica y salud pública

Notificar enfermedades de declaración obligatoria.

Participar en la investigación de brotes epidémicos y factores ambientales.

Analizar datos de salud comunitaria y elaborar informes de situación.

Colaborar con los servicios de salud pública, educación y bienestar social.

8. Gestión clínica y mejora de la calidad

Gestionar consultas, agendas y recursos asistenciales de forma eficiente.

Aplicar herramientas de gestión clínica y mejora continua de la calidad.

Utilizar sistemas de información y registro (Software de Historia Clínica Electrónica, etc.).

Participar en auditorías y evaluación de resultados en salud.

9. Investigación y docencia

Formular preguntas de investigación clínica relevantes para la práctica enfermera.

Participar en proyectos de investigación en Atención Primaria y Comunitaria.

Aplicar metodología científica, lectura crítica y uso ético de los datos.

Colaborar en la formación de residentes EIR y estudiantes de grado.

Actualmente, todas estas competencias de la EFyC se despliegan tanto en el Centro de Salud como en el entorno comunitario, mediante la participación activa en múltiples estrategias y programas de salud. Entre ellas destacan el Marco Estratégico de APyC, la Estrategia de Cronicidad, la Estrategia de Salud Mental, los Programas de Atención a la Infancia y la Adolescencia, la Estrategia de Salud Comunitaria, la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, la Estrategia de Cuidados Paliativos y la Atención Domiciliaria, entre otras. Estas competencias no solo refuerzan la atención individual, sino que mejoran los resultados de salud poblacional, la continuidad asistencial y la equidad territorial.

La formación avanzada y diferencial de la EFyC asegura que la enfermera especialista asuma con autonomía el manejo longitudinal y continuado de casos complejos y crónicos, la gestión de demanda de cuidados y las actividades de salud comunitaria. El resultado es un equipo más cohesionado, con roles claros, que mejora la eficiencia, la calidad asistencial y la satisfacción de los profesionales y del paciente.

Para que todo ello sea posible, resulta imprescindible reconocer y potenciar la capacidad prescriptora de la enfermera (PE), una herramienta fundamental para garantizar la continuidad, seguridad y eficiencia de los cuidados.

La PE farmacológica y de productos sanitarios, ejercida dentro del ámbito de sus competencias profesionales, constituye un instrumento esencial de autonomía clínica y una práctica consolidada en numerosos países, sin embargo en España este proceso se ha desarrollado de una forma muy imprecisa.

En octubre de 2015, se aprobó en el Consejo de Ministros el Real Decreto (RD) 954/2015 se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de las enfermeras y enfermeros, texto que modifica el RD Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. En 2018 se publica el actual Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de las enfermeras y enfermeros. Tras este decreto, se acuerda empezar a realizar guías de indicación enfermera y actualmente se han publicado las *Guías para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os* por el Ministerio de Sanidad (Tabla 6):

Tabla 6. Guías publicadas en el BOE para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os

TITULO DE GUIA PUBLICADA EN BOE	
G1	Heridas (Resolución 20 de octubre de 2020)
G2	Hipertensión y Diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 (Resolución de 30 de junio de 2022)
G3	Quemaduras (Resolución de 08 de julio de 2022)
G4	Ostomías (Resolución de 22 de diciembre de 2022)
G5	Anticoagulación oral (Resolución de 13 de junio de 2023)
G6	Fiebre (Resolución de 26 de octubre de 2023)
G7	Deshabitación tabáquica (Resolución de 22 de marzo de 2024)
G8	Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que requieren del uso de anestésicos locales (Resolución de 22 de marzo de 2024)
G9	Infección de tracto urinario inferior no complicada en mujeres adultas (Resolución de 9 de agosto de 2024)

Tabla de elaboración propia

Tras esto, los pasos que han de realizarse por parte de las CCAA son:

1. Habilitar el procedimiento de acreditación de las enfermeras y enfermeros, dando acceso a la receta electrónica y formación en el sistema informático.
2. Avalar o adaptar las guías publicadas por el Ministerio de Sanidad publicando la resolución en sus propios órganos de difusión.

La situación actual resulta altamente preocupante, ya que la falta de regulación e implantación efectiva de la especialidad en la mayoría de las comunidades autónomas está generando una grave inequidad en el sistema sanitario.

Esta carencia provoca el colapso de las consultas médicas de AP, al derivarse hacia ellas demandas que deberían resolverse en la consulta de la EFyC, a través de intervenciones de prevención y educación para la salud, dado que la enfermera es la responsable natural del cuidado y seguimiento de estos procesos. También se facilitarían las actividades comunitarias y grupales, que tienen una gran eficiencia en potenciar el autocuidado formado y responsable.

Como puede observarse en la Tabla 7, esta falta de implantación tiene un impacto directo en la accesibilidad, la eficiencia y la calidad asistencial.

Tabla 7. Implantación en las CCAA de las guías publicadas en el BOE para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os.

CCAA	PAE	GI	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9
ANDALUCIA	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ARAGÓN	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO
PRINCIPADO DE ASTURIAS	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO
CANARIAS	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
CANTABRIA	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO
C-MANCHA	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO
C-LEÓN	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO
CATALUÑA	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI

CCAA	PAE	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9
EXTREMADURA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI
GALICIA	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ISLAS BALEARES	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
LA RIOJA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
COMUNIDAD DE MADRID	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO
REGIÓN DE MURCIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
PAÍS VASCO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO
COMUNIDAD VALENCIANA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI

Tabla de elaboración propia actualizada ene2026

G1-9 según datos tabla anterior

PAE: Prescripción autónoma Enfermera, cuando siguiendo el RD se realiza la indicación a través de una receta electrónica y se firma por la enfermera

En este sentido, FAECAP defiende la necesidad de actualizar el marco normativo vigente, promoviendo una prescripción enfermera responsable, segura y basada en la evidencia, que permita a las enfermeras en EFyC ejercer plenamente sus funciones asistenciales y contribuir de forma directa a la mejora de la atención sanitaria y a la sostenibilidad del sistema, como actualmente están desarrollando otras disciplinas como la Podología o Estomatología.

La prescripción enfermera, dentro de las competencias de la EFyC, mejora la accesibilidad, la calidad y la seguridad de la atención sanitaria. Permite a la enfermera ofrecer una respuesta finalista y eficiente a las necesidades de las personas, colaborando con el resto de profesionales de la salud y agilizando el acceso a tratamientos y productos sanitarios (ver tabla 8).

Además, refuerza la seguridad clínica mediante evidencia científica, protocolos estandarizados y el seguimiento continuo del tratamiento, y aumenta la satisfacción de la población al contar con una atención más cercana, resolutive y orientada al autocuidado.

Tabla 8. Ejemplos de prescripción enfermera según competencias en cuidados de la EFyC

Ejemplos de prescripción según competencias en cuidados de EFyC

Cuando se indica al paciente o su familia qué debe tomar en caso de reacción adversa y efectos secundarios (dolor, fiebre...) tras la vacunación.

Determinar que apósitos que debe utilizar el paciente para cura de una herida.

Empleo de anestésicos locales para curar heridas o la administración de analgesia para el dolor.

Las modificaciones de pautas de medicación en consulta de revisión o seguimiento realizadas por la enfermera según protocolos (ej: subir o bajar dosis de insulina, o anticoagulantes si se dan ciertos valores de la analítica).

La indicación de las vacunas e inmunizaciones incluidas en el calendario vacunal oficial vigente. En este caso, la indicación inicial la realiza la enfermera de modo autónomo y en base al protocolo establecido por las autoridades sanitarias. Esta indicación se denomina prescripción por protocolo.

Indicar el tipo de absorbente y nivel de absorción para el tratamiento paliativo de la incontinencia urinaria y fecal.

5. Decálogo de la EFyC

- 1. Garante de la Autonomía mediante la promoción del Autocuidado en las personas:** La enfermera de familia presta servicios sanitarios y proporciona cuidado profesional que ayuda a las personas, familias y comunidades a mejorar su salud, garantizar su autonomía, su independencia y bienestar, empoderándolas.
- 2. Atención individual y personalizada:** La enfermera de familia conoce el entorno y la situación individual y familiar de cada persona, ayuda en el proceso de adaptación de las nuevas situaciones de salud para afrontar los retos que las etapas de la vida plantean.
- 3. Cuidados Integrales:** La enfermera de familia ofrece cuidados integrales que trascienden las tareas asistenciales básicas, enfocándose en el potencial generador de salud de la propia persona y el bienestar holístico del individuo y la comunidad.
- 4. Longitudinalidad:** La enfermera de familia acompaña a la persona a lo largo de todas las etapas de su vida, desde el nacimiento hasta la muerte, con una presencia cuidadora continua, liderando la coordinación con otros niveles asistenciales y servicios sociales para una atención integrada.
- 5. Accesibilidad y Presencia Cuidadora Continua:** La enfermera de familia es accesible, estando disponible para las personas sanas o con problemas, para las personas cuidadoras y para las unidades familiares, tanto en la consulta como a través de visitas domiciliarias o medios telemáticos. Está cerca de la persona y de su entorno ofreciendo apoyo, capacitación y acompañamiento constante a lo largo del proceso de salud-enfermedad, incluso cuando la curación ya no es posible.
- 6. Autonomía y Competencias Profesionales:** La enfermera de familia ejerce su autonomía profesional y sus propias competencias para valorar situaciones personales, anticipar riesgos y proporcionar cuidados especializados.
- 7. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad:** La enfermera de familia promueve activamente conductas saludables, promueve cambios en el entorno y sobre los determinantes sociales de la salud para conseguir el mayor bienestar y calidad de vida de las personas. Así mismo, contribuye a reducir factores de riesgo, identificar precozmente problemas de salud para evitar la enfermedad y mejorar la autonomía. Esta alineada con la salud del planeta, trabajando desde los ODS en la adaptación de cuidado a los nuevos retos del cambio climático para la protección de las personas y su entorno.
- 8. Entrenamiento para el Afrontamiento y la Adaptación:** La enfermera de familia entrena a las personas para que desarrollen su capacidad de autocuidado y afrontamiento ante problemas de salud, tanto crónicos como agudos. El entrenamiento requiere de la generación de relaciones basadas en la confianza y el compromiso, de ahí la importancia de la libre elección de enfermera.

9. **Participación Comunitaria, Política y Liderazgo:** La enfermera de familia trabaja en la comunidad fomentando la participación efectiva en la salud de todos y todas, contribuyendo a la adquisición de salud colectiva y del entorno desde el liderazgo comunitario y las alianzas con agentes sociales. La enfermera crea y participa en sociedades científicas, lidera equipos de trabajo, ocupa puestos directivos y de gestión de servicios, influye en las políticas sanitarias y promueve la salud pública y la equidad.
10. **Investigación y Evidencia Científica para la Excelencia del Cuidado.** La enfermera de familia participa activamente en la investigación para generar conocimiento en busca de la excelencia en los cuidados ofrecidos. Fundamenta su práctica en la evidencia científica más actualizada garantizando que los cuidados sean innovadores, de calidad, seguros y efectivos.

Decálogo elaborado por consenso por el grupo de Abordaje de la cronicidad desde la perspectiva holística de la EFYC de FAECAP.

6. Propuesta de Hoja de Ruta

1. Desarrollo normativo estatal

Es necesario **actualizar el marco legislativo vigente** para adecuarlo a la realidad actual del sistema sanitario y al desarrollo de la especialidad de **EFyC**.

Entre las normas que requieren revisión y reforma se incluyen el **Estatuto Marco del personal estatutario**, el **Real Decreto 137/1984**, sobre **estructuras básicas de salud**, y la **Ley del Medicamento**, de modo que todas ellas **prioricen la Atención Primaria, reconozcan plenamente las competencias de la enfermera especialista y garanticen su ejercicio profesional en condiciones de autonomía y seguridad jurídica**.

2. Inclusión en plantillas estructurales

Convertir progresivamente, en los próximos 2 años, todas las plazas genéricas de AP de enfermeras en plazas de especialista en EFyC en todo el territorio nacional.

Las plazas ocupadas por profesionales no especialistas se mantendrán hasta su jubilación, momento en el que pasarán a ser de cobertura exclusiva para especialistas, garantizando la transición ordenada del modelo y la adecuación retributiva al nivel competencial y de responsabilidad de las enfermeras EFyC.

3. Bolsas / OPE específicas

Es imprescindible crear bolsas de empleo y procesos selectivos (OPE) específicos para la especialidad de EFyC, con el objetivo de incorporar nuevos profesionales y, al mismo tiempo, estabilizar a las enfermeras especialistas ya formadas que actualmente ocupan puestos no reconocidos como de especialista, garantizando así la coherencia entre formación, categoría profesional y puesto de trabajo.

4. Financiación finalista y plan de transición

Asignar fondos específicos para cumplir metas en plazos más cortos (5-10 años) y reducir la brecha frente a niveles europeos.

5. Ley estatal de ratios

Garantizar una tasa de entre 1 y 1,2 enfermeras especialistas en EFyC por cada 1.000 habitantes, definida según criterios de determinantes sociales, dispersión geográfica y características poblacionales, para asegurar una atención equitativa y ajustada a las necesidades reales de cada territorio.

7. Conclusiones

1. La magnitud del déficit enfermero obliga a una **intervención urgente, ambiciosa y sostenida en el tiempo**.
2. La EFyC no puede ofrecerse como inclusión opcional sino que debe integrarse como **estructura imprescindible del sistema de salud**, con reconocimiento profesional y legal.
3. La **Ley del Medicamento** debe estar alineada con este reto: asegurar la prescripción, autonomía y competencias avanzadas enfermeras desde el inicio.
4. La **Ley de Ratios** debe incorporar no solo ratios seguros mínimos, sino avanzar hasta llegar a los estándares europeos.
5. La hoja de ruta de implantación de la especialidad EFyC debe ser prioritaria en los **próximos 5 años**, no en décadas.
6. Necesitamos transparencia en la implementación de la especialidad y reconocimiento de puestos de trabajo en las diferentes CCAA, publicar un informe anual de la situación y avances de cada CCAA.
7. La administración ha de ser coherente con las inversiones que se realizan. En este caso se han formado EFyC y han de incorporarles a puestos laborales específicos para estos profesionales.

Sostenibilidad del Modelo AP: La implantación del 100% de la EFyC es un mecanismo de optimización de recursos humanos. Al especializar las funciones, se garantiza que cada profesional trabaje en su máximo nivel de competencia, lo que se traduce en una mejora de la colaboración y el rendimiento del equipo interprofesional (médico-enfermera) y, por ende, en la sostenibilidad del sistema.

8. Bibliografía:

1. Ministerio de Sanidad. *Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Centro de Publicaciones; 2024 [citado 2025 nov 10]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/atencionPrimaria/docs/PLAN_DE_ACCION_DE_ATENCION_PRIMARIA_Y_COMUNITARIA_2025-2027.pdf
2. España. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de *Enfermería*. *Boletín Oficial del Estado* [Internet]. 2005 abr 22 [citado 2025 nov 10]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2005/04/22/450>
3. España. 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. *Boletín Oficial del Estado* [Internet]. 2010 jun 17 [citado 2025 nov 10]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2010/06/17/sas1729>
4. Ministerio de Sanidad. *Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [citado 2025 nov 10]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/consejoInterterri/docs/1434.pdf>
5. Blas Sánchez M, Ágreda Gutiérrez S, Benedí Forcén S, Fuentes Carabantes S, Jarabo Carcas MJ, Podar OD. Revisión sistemática sobre la longitudinalidad en atención primaria. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2024;5(10).
6. Ministerio de Sanidad. *Situación actual y estimación de la necesidad de enfermeras en España. Informe 2024*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Centro de Publicaciones; 2024.
7. Ministerio de Sanidad. *Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP): Pirámide poblacional y población asignada* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025 [citado 2025 nov 10]. Disponible en: <https://peestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/II/sistema-de-informacion-de-atencion-primaria-siap/poblacion-asignada/piramide-poblacional>
8. Ministerio de Sanidad. *Sanidad en Datos: Tabla 14 – Personal del Sistema Nacional de Salud por categoría profesional y comunidad autónoma* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025 [citado 2025 nov 10]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla14.htm>
9. Ministerio de Sanidad. *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023. Recursos Humanos* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Centro de Publicaciones; 2023 [citado 2025 nov 10]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/Informe_RRHH_2023.pdf

10. Martín Álvarez R, Fernández García M, Galindo Ortego G, Arroyo de la Rosa A, Quevedo Seises JA, et al. *Plan de acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. Propuesta económica de la semFYC*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC); 2022. DOI: 10.55783/semFYC.00004. Disponible en:
<https://www.semfy.com/storage/publication/222.pdf>
11. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies. *Implementing the Primary Health Care Approach: A Primer* [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024 [citado 2025 nov 10]. Disponible en:
<https://euro.who.int/publications/i/implementing-the-primary-health-care-approach-a-primer>
12. Fundación Gaspar Casal. *Hacia una Atención Primaria Estratégica y Líder. Informe final* [Internet]. Madrid: Fundación Gaspar Casal; 2025 [citado 2025 nov 10]. Disponible en:
https://fundaciongasparcasal.org/wp-content/uploads/2025/10/Informe-final_version-web.pdf



faecap

Federación de Asociaciones
de Enfermería Familiar y
Comunitaria