

Madrid, 24 de enero de 2023

Como representante de FAECAP, me gustaría agradecer al ministerio y al Centro Europeo para la Atención Primaria de la OMS por mejorar la Atención Primaria.

## Presentación de la sociedad/asociación/organización a la que pertenece, funcionamiento, composición y principales áreas de trabajo

FAECAP, Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) es una federación fundada en 1998 y compuesta por 14 sociedades científicas de ámbito autonómico, una por cada comunidad autónoma, que representan a unas 4000 enfermeras que trabajan en Atención Primaria.

La federación tiene una Junta directiva permanente con Presidente, Vicepresidente, Secretaria (que soy yo) y Tesorera, y una Junta Directiva en la que participan los presidentes de todas las Sociedades Científicas integrantes, así como colaboradores temáticos.

La federación tiene como fines sociales:

1. Defender y promover la sanidad pública.
2. Promover y fomentar el progreso científico a través de la formación, la investigación e implementación en la práctica de los cuidados de la Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC).
3. Impulsar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como eje esencial del trabajo de la Enfermería Familiar y Comunitaria.
4. Potenciar la calidad de los cuidados enfermeros a la persona, familia y comunidad.
5. Promover relaciones con otras organizaciones y asociaciones nacionales o internacionales que favorezcan el desarrollo profesional. f. Colaborar con las universidades, administraciones públicas, organismos e instituciones en la formación, el desarrollo profesional y la investigación.
6. Promocionar y fomentar el desarrollo de la enfermería familiar y comunitaria, como especialidad enfermera y disciplina académica.
7. Proponer iniciativas y colaborar con la administración sanitaria en todo lo que se relaciona con los fines de la Federación.
8. Velar por los intereses de la Enfermería Familiar y Comunitaria en las instituciones y ante organismos a nivel nacional e internacional.
9. Desarrollar proyectos que promuevan la participación y colaboración de los sectores sociales donde ejerce la Enfermería Familiar y Comunitaria.

10. Colaborar con los organismos e instituciones que tengan como finalidad la formación de especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria, y en cualquiera otra actividad cuya finalidad última sean unos cuidados enfermeros de calidad basados en la evidencia científica.
11. Participar en todos los foros, instituciones y niveles de toma de decisiones que afecten a la sanidad pública y en particular al desarrollo de la Salud Familiar y Comunitaria.
12. Promover y proyectar una imagen social consonante con la realidad actual de capacitación científica de nuestro colectivo profesional.
13. promover e impulsar la SP con perspectiva de equidad y género, o. colaborar con otras entidades, instituciones y administraciones con el fin de velar por la salud pública y la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Actualmente las áreas en las que estamos trabajando es en la implantación de la especialidad de EFyC en toda España, así como la visibilidad de la EFyC en las instituciones sanitarias y por la población. En España las competencias de la EFyC son muy amplias, (facilito documento oficial de competencias). Y se llega a tener esta titulación tras 4 años de estudios universitarios y 2 años de residencia posterior. En este marco competencial la enfermera desarrolla desde un enfoque salutogénico cuidados de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención a problemas agudos y crónicos, la atención a la dependencia y los cuidados al final de la vida. En este momento no todas las enfermeras que trabajan en Atención Primaria tienen esta titulación especializada..

También impulsamos actividades de participación comunitaria, e investigación, ayudando con becas para realizar estos estudios y realizando congresos para favorecer el intercambio y difusión de conocimientos. Este año nuestro congreso nacional es en Granada en abril.

A nivel formativo, estamos capacitando a las enfermeras a nivel nacional en promoción de la actividad física y a nivel autonómico incluimos formación en función de las necesidades específicas de cada territorio. Actualmente trabajamos la prevención de la obesidad infantil, la atención a la mujer en el periodo climatérico, la atención a la dependencia y la fragilidad, atención a la cronicidad, atención a la población en el hogar, uso racional del medicamento, atención a la salud familiar... entre otros.

Colaboramos con organizaciones como el movimiento ONE HEALTH, para promover una salud completa y una perspectiva integradora de la salud.

Así como también participamos en el movimiento Red-ENT que pertenece a la NCD Alliance por considerar a la EFyC parte principal para prevenir las enfermedades no transmisibles a través de prevenir y eliminar el consumo el Tabaco, Alcohol ,y promover la alimentación saludable y la actividad física.

## Opinión sobre el estado de la Atención Primaria en la actualidad

La Atención Primaria en España varía mucho de las comunidades autónomas (CCAA) en la que se mire, pero en general podemos determinar problemas estructurales comunes:

- **Enfoque medicocentrista y patologicista:**

Actualmente la Atención Primaria da una mayor prioridad en la atención a procesos agudos, mermando muchos recursos de la atención a la cronicidad, la prevención y la promoción de la salud. El espíritu de salutogénesis no está siendo inculcado a la población a través de las instituciones. La gestión del autocuidado, trabajo importante de la EFyC, que fomentamos como la enseñanza a la población a procurarse su propio cuidado tras la educación personalizada y la prevención de la enfermedad no es identificada por la población como actividad de la Atención Primaria.

Creemos que durante estos años de pandemia y previo a ellos no se ha actualizado la cartera de servicios enfermeros, ni las acciones dirigidas a facilitar la capacidad resolutive, ni la capacidad de medir cuáles son los resultados en salud que nuestras acciones producen en el usuario, Roles como la Gestión de Casos no se ven más que en los papeles (y eso en algunas autonomías) pues no pueden llevarse a cabo por las incongruencias, la falta de permisos burocráticos y inaccesibilidad a recursos entre otros. Acciones que mejoraría la calidad de vida de los usuarios y potenciaría la atención primaria.

Dar una llamada de atención a los problemas que se están viendo en la Atención Primaria, de forma global, no es una cuestión de profesiones o profesionales. Es una cuestión de filosofía, proyecto y futuro.

Una prueba de este enfoque es la ausencia de medidores y tiempos definidos para la realización y planificación de programas de Promoción de la Salud y de Educación para la salud. Quedando relegados a tiempos “muertos”.

- **Ratios de población asignada excesivos:**

Respecto una política presupuestaria y de Recursos Humanos que garantice la efectividad y la calidad de la APS, Consideramos que los ratios de enfermeras están mal diseñados, mantenemos una distribución numérica pura y no una en la que se valore los niveles de cuidados que la población necesita.

Un dato claro es el exceso de la población asignada por enfermera, la media de población es de 1500 pacientes por enfermera. (SIAP 2021)

Con este dato de población, no se puede llegar a realizar la cartera de servicios de AP, este número es muy superior a la capacidad de resolución de la EFyC. Según las últimas estadísticas los pacientes acuden una media de 4.5 veces al año, esto supone que con esta población la enfermera ve unos 25 pacientes diarios. Las consultas de enfermería precisan de un tiempo medio de 20 minutos para poder realizar estrategias de promoción, prevención,

cronicidad, dependencia, esto supondría una inversión de tiempo de 1.5 horas más que las horas laborales diarias de la enfermera

No podemos atender a la misma población en términos absolutos, es decir, una enfermera con una población envejecida, ha de tener una menor cantidad absoluta de población, porque la carga asistencial es mucho más elevada, los tiempos de ejecución no son los mismos y los acciones a desarrollar pueden necesitar de repeticiones significativas.

Por que no es lo mismo tener que realizar una atención en el hogar de la persona, que en la propia consulta de la enfermera, y no se trabaja igual con una persona con pluripatología que con una persona sana, o un niño que un adulto... todo esta variabilidad son tiempos y actividades muy diferentes, que actualmente no son tomadas en cuenta.

Esto que es tan fácil de entender no se está llevando a cabo con mapas de necesidades de cuidados y aumento de los servicios de enfermería en estas situaciones. Es decir faltan plazas de enfermería en Atención Primaria. La seguridad del paciente está demostrada que disminuye con la precariedad laboral y falta de profesionales.

Un factor desequilibrante es que en muchas CCAA las enfermeras no tienen asignada su población de forma individual, sino de forma conjunta de todo el equipo de Enfermería del Centro, algo que no sucede en otros profesionales.

- **Ausencia de Enfermeras especialistas en Atención Primaria:**

En la actualidad hay un Plan de Acción de la Atención Primaria y Comunitaria Nacional que tiene objetivos claros a desarrollar en 2022-23 y que no se han cumplido. Uno de ellos es el desarrollo de la categoría profesional de enfermeras/os especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria en Atención Primaria en todas las CCAA, y por lo tanto que todas las enfermeras que trabajan en AP tengan el título de especialista. Este punto fundamental no está siendo cumplido por las CCAA. Por lo que las enfermeras que acceden a trabajar en Atención Primaria no están formadas adecuadamente en todas las competencias. Esto deriva en una merma de los servicios prestados por la Atención Primaria. Competencias en Educación para la Salud, Atención individualizada a la cronicidad, gestión de casos, ... entre otros, requieren de formación y preparación específica, que no se obtiene de una forma rápida.

En los últimos 15 años, hemos visto como la oferta de formación especializada de enfermería vía EIR, no ha ido aumentando en plazas en relación a la proyección de las necesidades de la población y de la previsión de las tasas de reemplazo de enfermeras en AP, que actualmente tiene una media de edad elevada. Esto significa que el número de enfermeras que puede formarse en relación a la necesidad de enfermeras especialistas para cubrir estos puestos es inferior a la demanda que habrá.

- **Puesta en marcha del RD Real Decreto 1302/2018 sobre la prescripción e indicación de medicamentos y productos sanitarios de compra libre.**

En la actualidad, no en todas la CCAA una enfermera puede facilitar ni indicar a un usuario, un medicamento que puede comprarse, de forma libre, no puede indicar ni prescribir productos sanitarios a los pacientes, a pesar de que es la enfermera la experta en estos productos.

Tras el y tras el RD RD Real Decreto 1302/2018, para poder realizar esta indicación todo ha de estar regulado por un protocolo. Además en este citado RD solo se fijaron 5 protocolos, que están muy cerrados y que impiden el propio JC de la enfermera

En un ejemplo muy claro, que las enfermeras podamos valorar un paciente que inicia un proceso de incontinencia urinaria, y debemos indicarle unos absorbentes, es decir unos pañales, adecuados a sus necesidades.

- **Visión de la Participación Comunitaria en la Atención Primaria**

La atención primaria mira hacia la comunidad, es en la comunidad donde vamos a encontrar los activos en salud que necesitamos para propiciar un cambio significativo en la ciudadanía. Propiciar encuentros, diálogos entre la población y los servicios sanitarios, acciones de capacitación en salud en el entorno comunitario son imprescindibles, sin ellos la Atención Primaria es una mesa de 3 patas. Hemos de salir de las consultas y acudir a las ferias de salud, institutos, colegios, asociaciones de vecinos, y potenciar la salud entre todos.

En el último año se está revisando y desarrollando el servicio de Atención comunitaria de la Cartera Básica Común de Atención Primaria, Pero nos apena que no se incluyan indicadores de realización de estas actividades, por las CCAA. Con ello se está invisibilizando el trabajo que se está realizando y que habitualmente es difícil registrarlo por los conductos establecidos para la atención y que es la que mide los tiempos de dedicación de las y los profesionales a la población y por lo tanto, no cuentan en las estadísticas que se utilizan para la ampliación de plantillas por RRHH.

Tampoco, por supuesto se incluyen medición de resultados en salud, que son los indicadores que servirían como eslóganes publicitarios para que éste servicio sea incluido en todas las campañas políticas venideras.

Aunque sí se han incluido indicadores para medir, en la historia clínica, como se indican acciones comunitarias o activos en salud, esto esperemos que nos den datos por profesional, acción indicada, implicación del profesional en la acción... Es decir datos reales de cómo se ha realizado esta indicación y cómo vamos a medir la efectividad en la población.

- **Metodología de trabajo y definición de problemas descatalogada**

Escasez de datos mínimos de actividades realizadas por las enfermeras para las estadísticas y sistemas anticuados y obsoletos de metodología de diagnósticos enfermeros

Hemos visto cómo la digitalización de la sanidad ha aumentado, las historias clínicas, la tarjeta sanitaria... pero mantenemos sin actualizar la taxonomía de Diagnóstico Enfermero NANDA 1998 sin actualizar. Tampoco se desarrollan ni fomentan herramientas para la evaluación y seguimiento de los cuidados enfermeros, que se puedan medir entre comunidades autónomas, ni que estén dentro de la cartera de servicios.

La metodología de trabajo enfermero no se cuida, siendo difícil realizar seguimientos y estudios actualizados.

- **Problemas en el enfoque de la investigación.**

Valoramos muy positivamente las medidas para la Formación y la Investigación en Atención Primaria de Salud, pero estas líneas no tienen enfoques que promueva investigación en cuidado con una especial sensibilidad la uso de técnicas de modelado de intervenciones (estudios metodológicos mixtos) que permitan avanzar en la innovación y la efectividad de los cuidados enfermeros dirigidos a promoción y prevención. Siendo las ayudas más dirigidas a estudios cuantitativos farmacológicos que a estudios cualitativos de promoción del cambio en estilos de vida.

- **Ausencia de Enfermeras en puestos de Gestión y liderazgo en Atención Primaria**

Creemos que toda esta falta de desarrollo de la Atención Primaria se ve agravado por la ausencia de enfermeras en puestos de decisión y liderazgo. Nos agrada conocer que van a desarrollar una estrategia de Cuidados, en el ministerio, pero actualmente la representación de enfermería en los puestos de gestión desde los Centros de Salud hasta las direcciones asistenciales es baja y subordinada a otras disciplinas.

Por todo ello valoramos positivamente el Plan de acción de la atención primaria, desarrollado por el actual Gobierno de España, pero consideramos que hay lagunas y sombras que nos hace temer por una dudosa mejora real de la atención primaria

## Propuestas de mejora

- Desarrollo de la Especialidad de EFyC en todos los términos: competencial, legal, y retributivo, creando la categoría profesional en toda España y vinculándola con las plazas de AP.
- Aumento de plazas en la formación EIR de EFyC, así como mejorar las condiciones de las residentes y tutoras de este proceso.
- Disminución del ratio EFyC / usuarios, siendo este menor de 1000 en términos absolutos y estratificados según nivel de cuidados, realizando mapas de cuidados y estratificaciones en cantidades de usuarios según estas necesidades de cuidados.

- **Inclusión de las actividades de participación comunitaria, promoción y educación para la salud en las agendas con el peso específico de tiempo dedicado que precisan para trabajar con los agentes sociales y colaborar en red . Instando a las administraciones sanitarias a desarrollar la orientación comunitaria en los centros de salud.**
- **Para ello y dada la ineficiencia del RD Real Decreto 1302/2018, y evolución de la sociedad y la farmacología creemos necesaria que se genere una nueva Ley de medicamento para poder dar una solución eficaz en consonancia con la formación universitaria y capacitación postuniversitaria en farmacología de las enfermeras. Eliminando las intervenciones sobre el juicio clínico enfermero como sucede en las prescripciones con catálogos cerrados en los ámbitos del cuidado, e Incluyendo la prescripción autónoma del medicamento de los protocolos consensuados por la institución que forma parte del catálogo de motivos de consulta de gestión enfermera de la demanda en su rol autónomo.**
- **La participación Enfermera en los equipos de dirección y gestión facilitará propuestas para provocar el giro de la atención primaria hacia una perspectiva del cuidado global, de la atención a la cronicidad, al envejecimiento saludable, del cuidado en el hogar y a la familia (entendida como grupo de personas unidas por el afecto, que conviven y comparte una proyección de futuro conjunta). La enfermera debe poder optar a los puestos de Dirección de Centros de Salud en igualdad de condiciones que el resto de profesionales de los equipos, todos graduados, pero se nos pone un techo competencial, y no es de cristal, es real y lo denunciamos cada vez que sucede, cuando es una enfermera el profesional más capacitado y se buscan alternativas, avaladas solo por el nombre del título que tienen.**
- **Actualización de la metodología enfermera según estándares internacionales NANDA 2021-22**
- **Aumentar las líneas de investigación en cuidados, favoreciendo su financiación.**
- **Aumentar el presupuesto de forma global, y modificar el sistema de ausencias de los profesionales por sus derechos laborales con suplencias de forma mayoritaria**
- **Instar a las instituciones para, mejorar la atención sociosanitaria a personas mayores y a otros grupos vulnerables**



January 24, 2023

As a representative of FAECAP, I would like to thank the Ministry and the WHO European Centre for Primary Care for improving Primary Care.

## Presentation of the society/association/organization to which it belongs, its functioning, composition and main areas of work.

FAECAP, Federation of Associations of Family and Community Nursing (F&CN) is a federation founded in 1998 and composed of 14 regional scientific societies, one for each autonomous community, representing about 4000 nurses working in Primary Care.

The federation has a permanent Board of Directors with President, Vice-President, Secretary (myself) and Treasurer, and a Board of Directors in which the presidents of all the member Scientific Societies participate, as well as thematic collaborators.

The social aims of the federation are

1. To defend and promote public health.
2. To promote and encourage scientific progress through training, research and implementation in the practice of F&CN care.
3. Promote health promotion and disease prevention as an essential axis of the work of Family and Community Nursing.
4. To promote the quality of nursing care to the person, family and community.
5. Promote relationships with other organizations and national or international associations that favor professional development. f. Collaborate with universities, public administrations, organizations and institutions in training, professional development and research.
6. To promote and encourage the development of family and community nursing as a nursing specialty and academic discipline.
7. To propose initiatives and collaborate with the health administration in everything related to the aims of the Federation.
8. To watch over the interests of Family and Community Nursing in the institutions and before national and international organizations.
9. To develop projects that promote the participation and collaboration of the social sectors where Family and Community Nursing practices.
10. Collaborate with organizations and institutions whose purpose is the training of specialists in Family and Community Nursing, and in any other activity whose ultimate goal is quality nursing care based on scientific evidence.
11. To participate in all forums, institutions and decision-making levels that affect public health and in particular the development of Family and Community Health.



12. Promote and project a social image in line with the current reality of scientific training of our professional group.
13. To promote and encourage SP with an equity and gender perspective, or. to collaborate with other entities, institutions and administrations in order to ensure public health and the achievement of the Sustainable Development Goals.

Currently the areas in which we are working on is the implementation of the specialty of F&CN throughout Spain, as well as the visibility of F&CN in health institutions and by the population. In Spain, the competencies of F&CN are very broad (I provide an official document of competencies). This qualification is obtained after 4 years of university studies and 2 years of residency. In this competence framework, the nurse develops from a salutogenic approach health promotion care, disease prevention, care for acute and chronic problems, care for dependency and end-of-life care. At the moment, not all nurses working in primary care have this specialized qualification.

We also promote activities of community participation and research, helping with scholarships to carry out these studies and organizing congresses to promote the exchange and dissemination of knowledge. This year our national congress is in Granada in April.

At the training level, we are training nurses at national level in the promotion of physical activity and at regional level we include training according to the specific needs of each territory. We are currently working on the prevention of childhood obesity, care for women in the climacteric period, care for dependency and fragility, care for chronicity, care for the population at home, rational use of medication, family health care... among others.

We collaborate with organizations such as the ONE HEALTH movement, to promote complete health and an integrative perspective of health.

We also participate in the Red-ENT movement that belongs to the NCD Alliance because we consider the F&CN as a main part to prevent non-communicable diseases by preventing and eliminating the consumption of tobacco, alcohol, and promoting healthy eating and physical activity.

**Opinion on the situation of Primary Care at present.**

Primary Care in Spain varies greatly depending on the autonomous community in which you look at it, but in general we can determine common structural problems:

- **Mediocentric and pathologist approach:**

Currently, Primary Care gives greater priority to the care of acute processes, reducing many resources for chronic care, prevention and health promotion. The spirit of salutogenesis is not being instilled in the population through the institutions. Self-care management, an important work of the F&CN, which we promote as teaching the population to provide their own care after personalized education and disease prevention, is not identified by the population as a Primary Care activity.

We believe that during these years of pandemic and prior to them, the portfolio of nursing services has not been updated, nor the actions aimed at facilitating the resolution capacity, nor the ability to measure what are the health outcomes that our actions produce in the user, Roles such as Case Management are only seen on paper (and that in some autonomous regions) because they can not be carried out due to inconsistencies, lack of bureaucratic permission and inaccessibility to resources among others. Actions that would improve the quality of life of users and enhance primary care.

Giving a call of attention to the problems that are being seen in Primary Care, in a global way, is not a question of professions or professionals. It is a question of philosophy, project and future.

A proof of this approach is the absence of defined meters and times for the realization and planning of Health Promotion and Health Education programs. They are relegated to "dead" times.

- **Excessive assigned population ratios:**

Regarding a budgetary and Human Resources policy that guarantees the effectiveness and quality of Primare Care, We consider that nurse ratios are poorly designed, we maintain a pure numerical distribution and not one in which the levels of care that the population needs are valued.

A clear fact is the excess of the assigned population per nurse, the average population is 1500 patients per nurse ([SIAP 2021](#)).

With this population figure, it is not possible to achieve the portfolio of PC services; this number is much higher than the resolution capacity of the F&CN. According to the latest statistics, patients visit an average of 4.5 times a year, which means that with this population the nurse sees about 25 patients a day. Nursing consultations require an average time of 20 minutes to be able to carry out strategies for promotion, prevention, chronicity, dependency, this would mean a time investment of 1.5 hours more than the nurse's daily working hours.

We cannot attend the same population in absolute terms, i.e., a nurse with an aging population must have a smaller absolute number of population, because the care load is much higher, the execution times are not the same and the actions to be developed may require significant repetitions.

Because it is not the same to have to provide care in the person's home as in the nurse's own office, and it is not the same to work with a person with multiple pathologies as with a healthy person, or a child as with an adult... all this variability means very different times and activities, which are currently not taken into account.

This is so easy to understand that it is not being carried out with maps of care needs and increase of nursing services in these situations. In other words, there is a lack of nursing positions in Primary Care. Patient safety has been shown to decrease with job insecurity and lack of professionals.

An unbalancing factor is that in many Autonomous Communities nurses are not assigned their population individually, but together with the entire nursing team of the Center, something that does not happen with other professionals.

- **Absence of specialist nurses in Primary Care:**

There is currently a National Primary and Community Care Action Plan that has clear objectives to be developed in 2022-23 that have not been met. One of them is the development of the professional category of specialist nurses in Family and Community Nursing in Primary Care in all the Autonomous Communities, and therefore that all nurses working in PC have the title of specialist. This fundamental point is not being fulfilled by the ACs. As a result, nurses who start working in Primary Care are not adequately trained in all competencies. This leads to a decrease in the services provided by Primary Care. Competencies in Health Education, individualized care for chronicity, case management, ... among others, require specific training and preparation, which is not obtained quickly.

In the last 15 years, we have seen how the supply of specialized nursing training via Resident Training Nurse, has not been increasing in relation to the projection of the needs of the population and the forecast of replacement rates of nurses in PC, which currently has a high average age. This means that the number of nurses that can be trained in relation to the need for specialist nurses to fill these positions is lower than the demand that will exist.

Implementation of RD Royal Decree 1302/2018 on the prescription and indication of over-the-counter medicines and medical devices.

At present, not in all the CCAA a nurse can facilitate nor indicate to a user, a medicine that can be purchased, freely, cannot indicate nor prescribe medical devices to patients, despite the fact that it is the nurse who is the expert in these products.

After the and after the RD RD Royal Decree 1302/2018, to be able to perform this indication everything has to be regulated by a protocol. In addition, in this RD only 5 protocols were fixed, which are very closed and prevent the nurse's own JC

In a very clear example, nurses can assess a patient who starts a process of urinary incontinence, and we must indicate absorbent pads, i.e. diapers, appropriate to their needs.

- **Vision of Community Engagement in Primary Care**

Primary care looks towards the community, it is in the community where we will find the health assets we need to bring about a significant change in citizenship. Promoting meetings, dialogues between the population and the health services, health training actions in the community environment are essential, without them Primary Care is a three-legged table. We have to get out of the doctor's offices and go to health fairs, institutes, schools, neighborhood associations, and promote health among all of us.

In the last year, the community care service of the Basic Common Primary Care Portfolio has been reviewed and developed, but we are saddened by the fact that no indicators of these activities are included by the Autonomous Regions. This makes invisible the work that is being done and which is usually difficult to record through the established channels for care and which is the one that measures the time of dedication of professionals to the population and, therefore, does not count in the statistics used for the expansion of staffing by HR.

Nor, of course, are health outcome measurements included, which are the indicators that would serve as advertising slogans for this service to be included in all upcoming political campaigns.

Although indicators have been included to measure, in the clinical history, how community actions or health assets are indicated, we hope that this will give us data by professional, indicated action, involvement of the professional in the action... In other words, real data on how this indication has been carried out and how we are going to measure the effectiveness in the population.

- **Work methodology and problem definition discontinued.**

Shortage of minimum data on activities performed by nurses for statistics and outdated and obsolete systems of nursing diagnosis methodology.

We have seen how the digitalization of healthcare has increased, medical records, the health card... but we maintain without updating the 1998 NANDA 1998 Nursing Diagnosis taxonomy without updating. Neither are tools for the evaluation and monitoring of nursing

care, which can be measured between autonomous communities, nor are they included in the portfolio of services, being developed or promoted.

The nursing work methodology is not taken care of, making it difficult to carry out follow-ups and updated studies.

## Problems in the approach to research.

We value very positively the measures for Training and Research in Primary Health Care, but these lines do not have approaches that promote research in care with a special sensitivity to the use of intervention modeling techniques (mixed methodological studies) that allow progress in innovation and effectiveness of nursing care aimed at promotion and prevention. The support is more directed to quantitative pharmacological studies than to qualitative studies of promotion of change in lifestyles.

## Absence of nurses in management and leadership positions in primary care.

We believe that all this lack of development in Primary Care is aggravated by the absence of nurses in decision-making and leadership positions. We are pleased to learn that they are going to develop a Care strategy in the ministry, but currently the representation of nurses in management positions from Health Centers to care management is low and subordinated to other disciplines.

For all these reasons, we value positively the Primary Care Action Plan, developed by the current Spanish Government, but we consider that there are gaps and shadows that make us fear for a doubtful real improvement of primary care.

## Proposals for improvement

- Development of the Specialty of F&CN in all terms: competence, legal, and remuneration, creating the professional category throughout Spain and linking it to Primary Care positions.
- Increase the number of places in the training of F&CN, as well as improve the conditions of residents and tutors in this process.

- Decrease in the F&CN/user ratio, being this less than 1000 in absolute terms and stratified according to level of care, making care maps and stratifications in quantities of users according to these care needs.
- Inclusion of community participation, promotion and health education activities in the agendas with the specific weight of dedicated time needed to work with social agents and collaborate in a network. Urging health administrations to develop community orientation in health centers.
- For this and given the inefficiency of RD Royal Decree 1302/2018, and evolution of society and pharmacology we believe it is necessary to generate a new Law on medication to be able to provide an effective solution in line with university education and post-university training in pharmacology of nurses. Eliminating the interventions on the nursing clinical judgment as it happens in the prescriptions with closed catalogs in the areas of care, and including the autonomous prescription of the medicine of the protocols agreed by the institution that is part of the catalog of reasons for consultation of nursing management of the demand in its autonomous role.
- Nurse participation in management teams will facilitate proposals to provoke the shift of primary care towards a perspective of global care, care for chronicity, healthy aging, home care and family care (understood as a group of people united by affection, living together and sharing a joint projection of the future). The nurse should be able to opt for the positions of Management of Health Centers on equal terms with other professionals of the teams, all graduates, but we are put a competence ceiling, and it is not crystal, it is real and we denounce it every time it happens, when a nurse is the most qualified professional and alternatives are sought, endorsed only by the name of the title they have.
- Updating of the nursing methodology according to international standards NANDA 2021-22.
- Increase the lines of research in care, favoring its financing.
- To increase the budget globally, and to modify the system of absences of the professionals for their labor rights with substitutions in a majority way.
- Urge institutions to improve social and health care for the elderly and other vulnerable groups.