



COLEGIO OFICIAL DE
ENFERMERIA DEL
PRINCIPADO DE
ASTURIAS



observatorio de
enfermería y cuidados de
Asturias

¿Faltan enfermeras? ¿Cuántas? ¿Dónde?
Conceptualizando y contextualizando los datos.

Enero 2021

#MonografíasOECA

Número 1



¿Faltan enfermeras? ¿Cuántas? ¿Dónde? Conceptualizando y contextualizando los datos.

Equipo OECA:

Susana Castañón Martínez
María Jesús García Durán.
Esteban Gómez Suárez.
Javier González Requejo.
Juan F. Hernández Yáñez.

Esta publicación está sujeta a derechos de propiedad intelectual, correspondientes al Colegio de Enfermería del Principado de Asturias, pero se distribuye bajo una licencia Creative Commons que permite su libre distribución, total o parcial, siempre que: a) sea sin ánimo comercial; b) se distribuya bajo el mismo tipo de licencia; c) se cite la publicación original como:

Observatorio de la Enfermería y los Cuidados de Asturias. Colegio Oficial de Enfermería del Principado de Asturias. Oviedo, 2021.

Más información en codepa@codepa.es.



Observatorio de la Enfermería y los Cuidados de Asturias.

¿Faltan enfermeras? ¿Cuántas? ¿Dónde?
Conceptualizando y contextualizando los datos.

Oviedo, noviembre de 2020.

Índice de contenidos

Presentación.....	5
PARTE PRIMERA: ¿FALTAN ENFERMERAS? ¿CUÁNTAS? ¿DÓNDE?.....	7
1. Antecedentes y contexto.....	9
1.1 El marco histórico en democracia.....	9
1.2 La regulación profesional reciente.....	12
1.3. Competencias profesionales y formación de posgrado.....	14
2. Demografía profesional: producción de profesionales.....	17
2.1 Grado.....	17
2.1.1 España.....	17
2.1.2. Asturias.....	21
2.2. Especialidades de Enfermería.....	25
2.2.1. España.....	25
2.2.2. Asturias.....	27
3. Los registros colegiales: única e imperfecta fuente de comparación regional.....	29
4. Estadísticas OCDE/Eurostat/EPA y primer cálculo de stock de activos: 285.000.....	37
5. Desempleo y segundo cálculo de enfermeras activas: 292.000.....	43
5.1. Paro registrado vs. paro real.....	43
5.2. Estacionalidad y comportamiento cíclico: el impacto de la covid-19 sobre el empleo.....	44
5.2.1 España.....	44
5.2.2. Asturias.....	46
5.3. Empleabilidad.....	50
5.3.1. España.....	50
5.3.2. Asturias.....	52
6. Saldo demográfico.....	55
6.1. Saldo vegetativo.....	55
6.1.1. España.....	55
6.1.2. Asturias.....	57
6.2. Saldo migratorio.....	60
PARTE SEGUNDA: CONCEPTUALIZANDO Y CONTEXTUALIZANDO LOS DATOS.....	65
7. Conceptualizando las estadísticas sobre personal sanitario.....	67
7.1. El personal sanitario asistencial.....	68
7.2. Un problema cualitativo (cualificación), más que cuantitativo (dotación).....	74
8. Los marcos competenciales y las configuraciones ocupacionales.....	77
8.1. El factor objetivo: la adaptabilidad de los marcos.....	77
8.2. El factor subjetivo: los corporativismos.....	80
9. A modo de resumen: la crisis pandémica como catalizador de culturas colaborativas.....	85

Índice de gráficos

Gráfico 1. Alumnos matriculados en Enfermería, 2005 – 2019 (España).....	17
Gráfico 2. Alumnos egresados en Enfermería, 1986 – 2019 (España)	18
Gráfico 3. Alumnos egresados en Medicina, 1986 – 2019 (España)	19
Gráfico 4. Egresados Enfermería y Medicina, 1986 – 2019 (España)	19
Gráfico 5. Evolución del número de médicos y enfermeros en activo, 2011-2018.....	20
Gráfico 6. Matriculados en Enfermería por 1.000 habitantes, CCAA	21
Gráfico 7. Matriculados en Enfermería en universidades privadas, curso 2019 - 2020	22
Gráfico 8. Evolución matriculados y egresados en Enfermería, 2015-2019, Principado de Asturias	22
Gráfico 9. Matriculados en Enfermería y Medicina, 2015 - 2019, Principado de Asturias	23
Gráfico 10. Egresados Enfermería y Medicina, 2015 - 2019, Principado de Asturias	24
Gráfico 11. % mujeres egresadas en Enfermería, 2016 - 2019, comparativa nacional y autonómica	24
Gráfico 12. Egresados totales por Sexo, 2016 - 2019, Principado de Asturias	25
Gráfico 13. Egresados de Medicina por Sexo, 2016 - 2019, Principado de Asturias	25
Gráfico 14. Plazas en Formación Sanitaria Especializada - EIR, por especialidades, 1993 – 2020 (España)	26
Gráfico 15. Plazas convocadas Formación Sanitaria Especializada - EIR, 2015 - 2020, Principado de Asturias.....	28
Gráfico 16. Paro registrado de enfermeras/os en España, promedio anual 2010 – 2019 (España).....	45
Gráfico 17. Evolución paro registrado: enfermería, medicina y farmacia, 2010 – 2020 (España)	45
Gráfico 18. Paro estructural desestacionalizado s/colegiados activos, 2010 – 2019 (España)	46
Gráfico 19. Paro registrado 2011 - 2020 en el mes de mayor desempleo cíclico (octubre).....	47
Gráfico 20. Paro registrado 2011 - 2020 en el mes de mayor (octubre) y menor (agosto) desempleo cíclico	47
Gráfico 21. Comparativa 2019 – 2020 del paro registrado de enfermeras (España)	48
Gráfico 22. Comparativa 2019 – 2020 del paro registrado de enfermeras (Asturias).....	49
Gráfico 23. Tasa de paro a cinco años de los egresados en enfermería por CCAA (2019)	53
Gráfico 24. Enfermeras españolas activas , 2000 - 2018 (datos OCDE).....	56
Gráfico 25. Enfermeras españolas activas, tasa de crecimiento anual, 2001 – 2018 (datos OCDE).....	56
Gráfico 26.- Índice de envejecimiento de la Enfermería, por CCAA	57
Gráfico 27. Colegiados entre 55 y 64 años, por año de nacimiento. CODEPA	59
Gráfico 28. Notas de corte para el acceso a los estudios de Grado. Curso 2020-2021, Universidad de Oviedo.....	61
Gráfico 29. Tasa de movilidad laboral por comunidad autónoma (2019). Fuente SEPE	62
Gráfico 30. Estructura de recursos humanos sociosanitarios, España - OCDE (2018 o 2017).....	70
Gráfico 31. Personal enfermería total vs. enfermeras tituladas (x 1.000 habitantes). España, 2018	71
Gráfico 32. Diagrama de dispersión enfermeras vs. personal auxiliar (x 1.000 habitantes). España, 2018	72
Gráfico 33. Diagrama de dispersión enfermeras vs. médicos (x 1.000 habitantes). España, 2018	72
Gráfico 34. Diagrama de dispersión personal de cuidados vs. médicos (x 1.000 habitantes). España, 2018.....	73
Gráfico 35. Crecimiento 2011 - 2018 de enfermeras y médicos activos, países seleccionados OCDE	73

Índice de tablas

Tabla 1. Plazas convocadas en Formación Sanitaria Especializada - EIR por especialidades, 1993 – 2020 (España).	26
Tabla 2. Plazas convocadas Formación Sanitaria Especializada - EIR, 2015 - 2019, Principado de Asturias	27
Tabla 3. Ratios colegiados activos/1.000 habitantes por CCAA. Datos corregidos, sobre los del INE	34
Tabla 4. Enfermeras/100.000 habitantes. Elaboración propia sobre datos de Eurostat / EPA.....	40
Tabla 5. Situación laboral en 2019 de los graduados en Ciencias de la Salud del curso 2013 – 2014 (España).....	51
Tabla 6. Empleabilidad a los cinco años en enfermería y medicina, comparativa autonómica y nacional.....	52
Tabla 7. Personal sanitario asistencial/1.000 habitantes, países OCDE seleccionados (2018 o 2017)	68
Tabla 8. Ratios personal de cuidados/1.000 habitantes, países OCDE seleccionados (2018 o 2017).....	69
Tabla 9. Enfermeras profesionales vs. enfermeras totales contabilizadas por OCDE (2018 o 2017)	77

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Datos del Observatorio mundial de la salud – OMS: años incluidos.....	37
Ilustración 2. Datos del Global Health Observatory data repository – OMS: años y datos incluidos	38

Abreviaturas:

Sigla/Acrónimo	Significado
CCAA	Comunidades Autónomas (España)
CNAE	Clasificación Nacional de Actividades Económicas
CODEPA	Colegio Oficial de Enfermería del Principado de Asturias
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
EESTO	Enfermeras/os sin Título Oficial de Especialista
EEUU	Estados Unidos de América
EIR	Enfermero Interno y Residente
EPA	Enfermería/Enfermera de Práctica Avanzada
ERAA	Organismo autónomo Establecimientos Residenciales para Ancianos
FSE	Formación Sanitaria Especializada
INE	Instituto Nacional de Estadística
MECES	Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior
MESTO	Médicos Sin Título Oficial de Especialista
MIR	Médico Interno y Residente
MoMo	Monitorización de la Mortalidad (ISCIII)
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
RETA	Régimen Especial de la Seguridad Social de Trabajadores Autónomos
RN	<i>Registered Nurse</i> (Enfermera titulada/colegiada)
RN4CAST	Proyecto <i>Registered Nurses Forecast</i>
SARS-COV-2	Síndrome Respiratorio Agudo producido por el SARS-CoV-2
SEPE	Servicio Público Estatal de Empleo
SESPA	Servicio de Salud del Principado de Asturias
SNS	Sistema Nacional de Salud (España)
TCAE	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos

Presentación.

Nadie discute, porque los datos son tercos año tras año, que España es un país con un número comparativamente muy bajo de enfermeras en relación con su población. Desde las organizaciones enfermeras, muy particularmente la Mesa de la profesión (constituida exclusivamente por el Consejo General de Enfermería y el Sindicato de Enfermería – SATSE), se viene denunciando esta carestía y reclamando decenas de miles de enfermeras más (cifra variable año tras año; 120.000 es la cantidad cifrada en 2020 para toda España; 2.020 para el Principado de Asturias). Al tiempo y desde las mismas fuentes, se viene afirmando de manera igualmente contundente que España posee uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, probablemente sin darse cuenta de la paradoja –y el flaco favor a la imagen de la profesión– que supone evidenciar que un sistema sanitario excelente es posible con tan pocas enfermeras. Por no decir, que sería la conclusión obligatoria, gracias a que el coste que supondría tener mayores plantillas de enfermería se está empleando eficientemente en otros factores productivos.

Este discurso y esta estrategia, por no hablar de estos titulares tan superficiales, son profundamente erróneos y sin duda inducen el desdén de los decisores sanitarios: nadie con dos dedos de frente y con solvencia en políticas de salud puede exigir año tras año –encima sin demasiada solidez conceptual, metodológica y estadística– que se contraten decenas de miles de enfermeras, haciendo de esta exigencia su leitmotiv argumental político.

El Colegio de Enfermería del Principado de Asturias (**CODEPA**) cree que es exigible mayor refinamiento técnico, estratégico y político; empezando por exigir de los poderes públicos que aporten información y datos transparentes y fiables para presentar alternativas, porque los operadores profesionales nos movemos ciertamente en un terreno muy poco fluido en transparencia y compartición de datos.

Por eso, desde el *Observatorio de la Enfermería y los Cuidados de Asturias* estamos intentando recopilar la información más exacta sobre los recursos humanos de Enfermería en nuestra Comunidad Autónoma; pero también estamos intentando componer un marco conceptual para no solo describir, sino también entender y explicar las características

cuantitativas y cualitativas, históricas y presentes, políticas y sociológicas, de nuestra estructura de recursos humanos para la salud.

El objetivo de este documento es mostrar lo mucho –pero también lo muy poco, especialmente a nivel autonómico– que a día de hoy sabemos sobre demografía profesional y demostrar cómo estos déficits informativos perjudican la potente aportación que desde **CODEPA** podríamos hacer en una época en que, como veremos, podemos tener muy serios problemas de dotación de profesionales de Enfermería. Justo en momentos en que esta dotación es probablemente, en términos cuantitativos y cualitativos, más importante que nunca.

Confiamos en que este documento suponga un avance en el análisis de los factores de demografía profesional que condicionan, y condicionaran, nuestra aportación a los servicios de salud.

Esteban Gómez Suárez
Presidente de **CODEPA**

PARTE PRIMERA: ¿FALTAN ENFERMERAS? ¿CUÁNTAS? ¿DÓNDE?

1. Antecedentes y contexto.

Para entender el presente, es imprescindible tener un conocimiento y comprensión exiguos del pasado y del recorrido hasta el presente.

1.1 El marco histórico en democracia.

Aunque hoy el estado español está muy descentralizado, no era así cuando comienza, en los años sesenta y setenta del siglo pasado, la construcción de un sistema sanitario moderno. Durante la mayor parte de esa etapa fundacional –podría decirse que la *transición sanitaria* no culmina hasta 1986, con la aprobación de Ley General de Sanidad–, España era un país sumamente centralizado, cuyas decisiones políticas afectaban al conjunto de las regiones, que eran el embrión de las actuales comunidades autónomas; téngase en cuenta, por ejemplo, que hasta 2001 no culmina –faltaban 10 comunidades autónomas, incluida la nuestra– el proceso de descentralización que les otorga las competencias sobre la gestión de la Sanidad, entre ellas la de decidir sus plantillas y sistemas de contratación del personal de los diferentes estamentos y niveles.

En aquel período fundacional, la Enfermería vivía también su propio proceso fundacional como profesión moderna, autónoma, cualificada y reconocida profesional y socialmente. No tenía apenas, por tanto, capacidad de influencia en los despachos donde se adoptaban las decisiones en materia sanitaria. Es ampliamente reconocido que **el sistema sanitario español se fundó sobre dos columnas muy sólidas: los hospitales y la profesión médica** (o, más extensivamente, la **visión médica** como institución y como cultura o forma de mirar y entender la salud, la enfermedad y los servicios sanitarios).

En 1977 – 1978, en plena transición democrática, tienen lugar cuatro sucesos muy importantes para la sanidad española y, de manera muy particular, para la profesión enfermera¹:

¹ Dado que el objetivo de este trabajo no es de carácter historicista, un breve resumen de la historia de la Enfermería desde la creación del primer título académico en 1915 puede encontrarse en [este artículo de Amezcua y González Iglesias](#).

- » La fusión de las tres profesiones enfermeras existentes (ayudantes técnicos sanitarios, enfermeras y matronas) en una sola organización colegial, mediante Orden del Ministerio de la Gobernación de 1 de abril de 1977.
- » La creación del primer Ministerio de Sanidad, mediante el Decreto 1558/1977, de 4 de julio.
- » El acceso de los estudios de Enfermería al nivel universitario y la creación del Título de Diplomado en Enfermería, mediante Orden del Ministerio de Educación y Ciencia de 21 de agosto de 1977.
- » La desaparición del Instituto nacional de Previsión y subsiguiente creación del Instituto Nacional de la Salud (Insalud), mediante el Real Decreto-ley 36/1978, de 16 de noviembre.

Como acabamos de mencionar, la de Enfermería se convierte en titulación universitaria en 1977, en parte cuando el formidable crecimiento médico-hospital-céntrico del sistema de salud franquista generó un peligroso vacío entre los médicos y el “personal no facultativo”; este vacío empezaba a dificultar un desarrollo científico-técnico más sólido y extensivo, como consecuencia, sobre todo, del enorme crecimiento de la población protegida por el sistema sanitario, especialmente el público, aunque, crecientemente también, el sector privado. Además, los miles de médicos que volvían de sus *stages* en Reino Unido, Estados Unidos y otros países con sistemas de salud mucho más avanzados que el nuestro comprobaron en primera persona lo útil que les resultaba contar con enfermeras con competencias y funciones mucho más avanzadas que las de sus colegas españolas.

Pero, sobre todo, este acceso de la enfermería al nivel universitario se explica por ese formidable crecimiento de las plantillas enfermeras y la presión de unas élites profesionales progresistas y muy politizadas, en plena transición democrática; el *entrismo* de estas élites en unos apolillados colegios de enfermeras franquistas generó un fuerte liderazgo² que se concretó en la primera huelga de enfermeras y estudiantes del 1 de julio de 1976, como respuesta al Decreto 707/1976, de 5 de marzo, que creaba la formación profesional y

² Este período queda muy bien descrito en el libro de Concha Germán, *La rebelión de las batas blancas; la enfermería española de 1976 y 1978* (Prensa de la Universidad de Zaragoza, 2014).

condenaba a las enfermeras –a quienes no se exigía el título de Bachillerato Superior para ingresar en las escuelas– a situarse en este ámbito, convirtiéndose de facto en una figura similar a las de las auxiliares de enfermería; que para entonces no existían como titulación, aunque sí como ocupación.

Hacía falta una transición de ocupación a profesión.

El no menos apolillado sistema formativo de los ATS, que descansaba en los médicos y se realizaba en un duro régimen de servilismo y semiconfinamiento, no resultaba atractivo y por tanto no se producía suficiente mano de obra auxiliar para los médicos. *Había que hacer algo*: en solo año y medio, entre el 5 de marzo de 1976 y el 21 de agosto de 1977, la enfermería pasó de ser una titulación de formación profesional, a universitaria. La consecuencia más importante (cuantitativamente) fue que, si en 1977 había poco más de 15 escuelas de Enfermería, con unos 3.500 alumnos, en solo dos años llegaron a ser 70, con más de 13.000 estudiantes; seis años después, en 1985 (primer año de la serie de *EDUCAbase* del Ministerio de Educación), eran ya 17.500; actualmente son casi 50.000, en 60 universidades donde se imparte el Grado en Enfermería a lo largo de todo el Estado Español.

Por otro lado, en cuanto a los aspectos cualitativos del desarrollo formativo, resultó fundamental para el desarrollo de la enfermería española como profesión autónoma que la inmensa mayor parte de las plantillas docentes universitarias pasara a estar compuesta por enfermeras y enfermeros, en vez de médicos.

Ello fue posible gracias al artículo 35 de la *Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria*, que abrió la posibilidad al Consejo de Universidades para que determinara «*las áreas de conocimiento específicas de las Escuelas Universitarias en las que sea suficiente el título de Diplomado, Arquitecto técnico o Ingeniero técnico*» para acceder al Cuerpo de Profesores Titulares de Escuela Universitaria. Hasta entonces, las enfermeras/os solo podían acceder a la categoría de Ayudante, pero no ocupar los puestos clave en las escuelas: las jefaturas de departamento, que eran desempeñadas casi exclusivamente por médicos, quienes tenían muy claro en general que había que producir personal *ayudante*, disciplinado y subordinado, por tanto, aunque, eso sí, mejor preparado y más eficiente.

Aun así, el nivel de diplomatura del título –incluidos los de ATS homologados mediante el curso de adaptación– impedía el acceso al doctorado y a la gran mayoría de másteres, con

lo cual la única forma de progresar formativamente eran los títulos propios que, cada vez en mayor número, fueron implantando las universidades. La reivindicación en los años ochenta y noventa de la Licenciatura en Enfermería, que ocasionó numerosas manifestaciones y alguna huelga, aunque se escudaba en el interés general de la profesión, en realidad solo era una aspiración de las élites para poder acceder al Doctorado y, por tanto, a los cuerpos funcionariales generales del Personal Docente e Investigador, y para poder entrar a formar parte del sanctasanctorum de las élites profesionales tradicionales.

1.2 La regulación profesional reciente.

Dado que esa reivindicación de la Licenciatura nunca fue atendida, fueron cientos, si no miles, los profesionales que cursaron una licenciatura existente –habitualmente en el área de Ciencias Sociales, especialmente Antropología Social, por motivos de convalidación de ciertas asignaturas– para poder acceder a los estudios de doctorado. Pero esta necesidad se convirtió en más acuciante cuando el Ministerio de Educación empezó a anunciar en 2005 la revisión de la Ley de Reforma Universitaria, para entre otras cosas homologar titulaciones y cuerpos docentes al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), lo que implicaba la desaparición de los cuerpos de Catedrático y Profesor Titular de Escuela Universitaria y la integración de quienes cumplieran los requisitos en los cuerpos generales de Catedrático y Profesor Titular de Universidad.³

Otra vía de progreso profesional fue la aparición del *Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista*; norma que solo llegó a desarrollarse para las especialidades de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), por Orden de 1 de junio de 1992, y Salud Mental, por Orden de 30 de julio de 1998. Eso sí, sirvió para que cientos de enfermeras pudieran acceder por la vía excepcional (reconocimiento de experiencia + evaluación por examen) al título de especialista.

³ Si bien esto quedó aprobado en la Disposición Final Segunda de la *Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades*, el período transitorio se prolongó, dependiendo de las universidades, incluso hasta 2013. De hecho, hoy en día la estadística del profesorado universitario del Ministerio de Educación dice que existen 3.226 profesores titulares de escuela universitario, suponemos que en plazas a extinguir y con derechos obtenidos en los tribunales de Justicia o por acuerdos sindicales.

Esta norma fue sustituida por el *Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería* y, aunque se desarrollaron poco a poco la mayor parte de los programas formativos y se empezaron a convocar plazas de formación especializada mediante el sistema EIR, existe una convicción generalizada de que causó más problemas de los que resolvió, sobre todo por la inacción y el desinterés de los Ministerios de Educación y de Sanidad –muy especialmente, el primero–.

Por un lado, a estas alturas, 15 años después de la aprobación de la norma, aún no se ha realizado la evaluación que implica la vía excepcional a la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria y ni siquiera se ha aprobado el programa formativo de Enfermería Médico-Quirúrgica, que sin duda nunca llegará a existir (más que para quienes fueron homologados para que pudieran formar parte de la Comisión Nacional de la Especialidad –solo puedes si ya eres especialista– empezando por el propio presidente del Consejo General de Enfermería).

Por otro lado, calculamos que el sistema de FSE ha generado por el sistema EIR –con una cuantiosa inversión– más de 7.500 enfermeras especialistas para las cuales, no solo no se han creado las plazas de enfermera/o especialista, sino que los servicios de salud ni siquiera saben muy bien dónde, ni en qué funciones diferenciadas de las de las enfermeras de cuidados generales, habría que crearlas. El sistema de FSE debería tener como misión crear profesionales cuya formación especializada es necesaria para desempeñar determinadas competencias y funciones de las que carecerían los profesionales que no hubieran accedido a la especialidad. Pero eso no es así: ni los reguladores, ni los servicios de salud ni las organizaciones profesionales saben cómo salir del embrollo con mínima elegancia y máxima cohesión inter e intraprofesional, teniendo en cuenta sobre todo las necesidades asistenciales y de cuidados.

Por si no pudiera ser peor la situación, existen hoy decenas de miles de enfermeras –ya, *millennial*– que cumplen actualmente los mismos criterios que en su momento, hace 15 años, se exigieron a las *baby-boomer* para el acceso a la especialidad por el sistema excepcional, basado en la experiencia en unidades equiparables a cada especialidad; son los autodenominados *Enfermeros Especialistas sin Título Oficial (EESTO)*, que a semejanza de sus equivalentes médicos de hace 20 años (los MESTO) reivindican una reforma de la norma que les permita acceder por la misma vía excepcional a las correspondientes especialidades,

provocando el rechazo de quienes, teniendo hoy la especialidad, aspiran a que si un día se crean y convocan plazas de sus especialidades puedan tener un acceso preferente, conformando un colectivo más restringido cuantitativamente; especialmente, quienes obtuvieron su título de especialista mediante el sistema EIR.

En tercer lugar, el desarrollo de unidades docentes, imprescindible para asegurar una formación especializada de calidad, ha seguido más una lógica endogámica biomédica, que sanitaria y social: solo así se entiende que en una sociedad con una de las tasas de natalidad y fecundidad más bajas del mundo, pero con una esperanza de vida y unas tasas de envejecimiento cinco estrellas, haya creado entre 2010 y 2019 1.143 plazas de especialización enfermera en Pediatría y apenas 182, en Geriátrica; no tanto por muchas las primeras, cuanto por insignificantes las segundas.

Hoy en día hay en torno a 67.000 enfermeras con especialidad oficial reconocida, unas 15.500 de ellas mediante el sistema de formación sanitaria especializada, EIR.

1.3. Competencias profesionales y formación de posgrado.

Al margen de este stock de especialistas y por lo que respecta al desarrollo profesional formativo, un cálculo a través de resultados de encuestas realizadas en diferentes ámbitos y años (las dos últimas, en 2016) nos indica que en torno al 6% de las enfermeras asistenciales posee, o está cursando, un Doctorado; un 34%, un Máster Oficial; un 38%, algún Título Propio universitario; y un 28%, una Especialidad oficial. Extrapolada esta información a la baja, ya que es autodeclarativa, supone que habría en estos momentos, al menos, ~10.000 enfermeras asistenciales en el nivel 1 del MECES (doctorado) y ~60.000 en el nivel 2 (Máster), además de las ~17.000 especialistas con título oficial vía EIR equiparables en términos de requisitos formativos –acceso directo al doctorado– al nivel 2 del MECES.

Todo esto, al margen del Personal Docente e Investigador (funcionario) en las facultades que imparten Enfermería, un total de 3.473 –43 en Asturias; datos todos del curso 2018 – 2019–, la gran mayoría de los cuales son enfermeras/os con doctorado (no se cuenta a los profesores asociados ni en plazas vinculadas). Tenemos en España, por tanto, en torno a 90.000 enfermeras/os (~30% del total) que podrían calificarse como de formación y competencias avanzadas.

Esto supone un esfuerzo formativo, sobre todo de iniciativa personal, que debería ser una de las principales *joyas de la corona* del Sistema Nacional de Salud español. Y que debería hacer callar muchas bocas de lobbies de otros colectivos profesionales que menosprecian las capacidades profesionales de las enfermeras en el acceso a puestos de dirección y gestión en los servicios de salud y de docencia e investigación en el entorno universitario.

Hoy en día, las enfermeras merecen un respeto que no siempre se concede, como componentes esenciales de la excelencia clínica, directiva, gestora, docente e investigadora de nuestros sistemas de salud y sociosanitario. Con escaso apoyo, todo hay que decirlo, tanto de las administraciones sanitarias como de su propia organización corporativa. En el primer caso, más bien poniendo palos en las ruedas en beneficio del *orden establecido*. Y en el segundo, con notables, honrosas y contadas excepciones que confirman la regla, con un pseudo liderazgo meramente formal, muy deficiente en los órdenes ético, intelectual y profesional.

La enfermería ya es a nivel internacional una profesión autónoma; no dependiente ni independiente, sino interdependiente; y la salud pública, los servicios de salud y las organizaciones sanitarias ya no pueden ser organizaciones médico-hospital-céntricas, porque la enfermería es un agente clave, más allá de la pandemia, para aportar y dar soluciones desde los desempeños más tecnologizados hasta los más clínicos y los más personalizados.

Para la Organización Mundial de la Salud, este año 2020 –ampliado al primer semestre de 2021 a causa de la crisis pandémica– es el año de la Enfermería, bajo la celebración **Nursing Now**. Los servicios de salud de nuestro país, entre ellos el SESPA, tendrán necesariamente, porque en ello les va la vida, que hacer suyo el lema: ahora, Enfermería.

En las secciones siguientes de este documento trataremos de mostrar brevemente la realidad de nuestra profesión y trataremos de aportar una visión conceptual y estratégica para el desarrollo de una profesión fuerte dentro de unos servicios de salud fortalecidos por nuestra aportación.

2. Demografía profesional: producción de profesionales

2.1 Grado.

2.1.1 España.

Por lo que respecta a la producción de profesionales, la serie histórica disponible nos muestra que el número de alumnos matriculados en estudios de Enfermería no ha dejado de crecer (con algún bache coyuntural), muy especialmente durante el período 2007–2013. Para evidenciar este crecimiento hemos seleccionado los últimos 15 cursos:

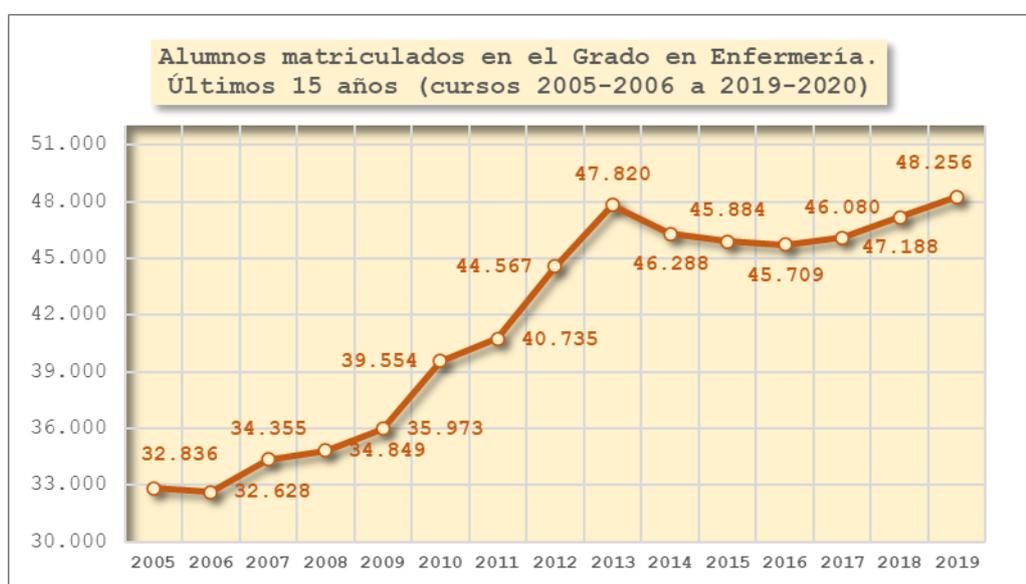


Gráfico 1. Alumnos matriculados en Enfermería, 2005 – 2019 (España)

Tras el bache de 2014 a 2016 –como consecuencia sobre todo de la gran crisis económica que comenzaba cuatro años antes–, cuando se perdieron 2.111 alumnos matriculados (–4,4%), en los últimos tres cursos el número va creciendo a buen ritmo, incluso acelerándose el crecimiento (0,8% → 2,3% → 2,4%); pero eso sí, el número de matriculados es solo ligeramente superior al de 2013 (no llega a un 1% más).

Por lo que respecta al número de egresados, la evolución desde que disponemos de datos es muy interesante:

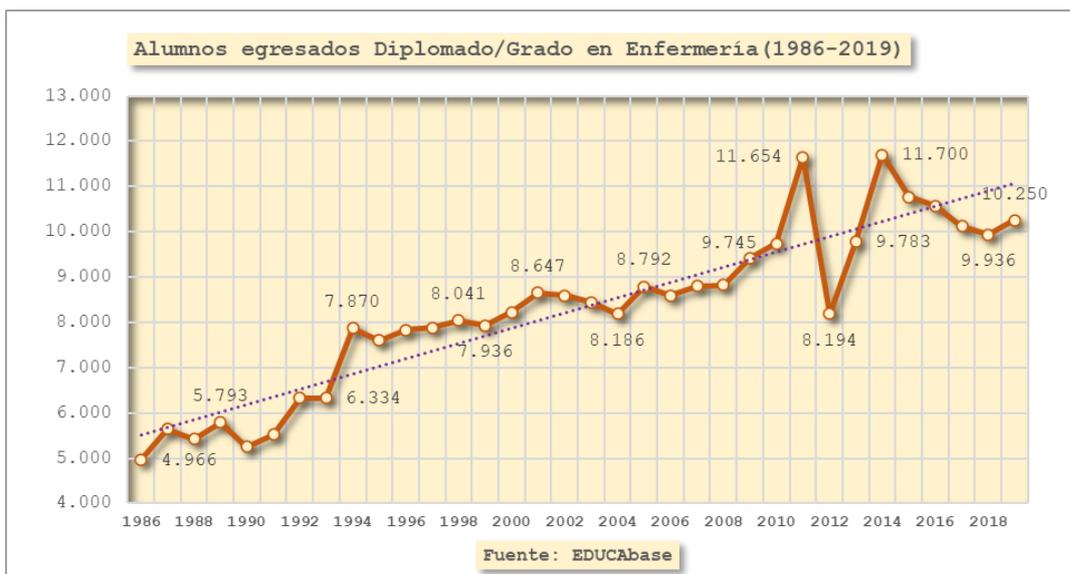


Gráfico 2. Alumnos egresados en Enfermería, 1986 – 2019 (España)

La tendencia es claramente ascendente, alcanzando el pico en 2011 y hundiéndose los dos años siguientes, debido al impacto de la aplicación del *Plan Bolonia*, que supuso ampliar un año más, de tres a cuatro, los planes de estudios para obtener la graduación; la implantación del Grado se aplicó en dos años: 2008–2009 (60% de las universidades) y 2009–2010 (40%)⁴; por lo cual sus efectos se dejaron notar en los cursos 2011 – 2012 y 2012 – 2013, como se ve claramente en el gráfico.

Congruentemente con la pérdida de matriculados entre 2014 y 2016, y una vez recuperados los niveles previos a Bolonia (2014), se produjo una pérdida sostenida de egresados, que llegaron a ser 1.764 menos en 2018, sobre 2014 (–15,1%). Aunque aún no se ha publicado el dato de egresados al finalizar el curso 2019 – 2020, cabe esperar que esté en el entorno de 10.500, ya que el número de matriculados sobre el curso anterior, 2018–2019, es algo superior (2,3%).

En el caso de los estudios de Medicina, la evolución es sensiblemente distinta, con una marcada forma de valle entre 1985 –primer año de la serie *EDUCAbase*– y una posterior reanimación a partir de 2008 – 2010, hasta 2017, cuando empieza a retroceder de nuevo:

⁴ Hubo un pequeño grupo de cinco universidades que se adelantaron un año, al curso 2007 – 2008.

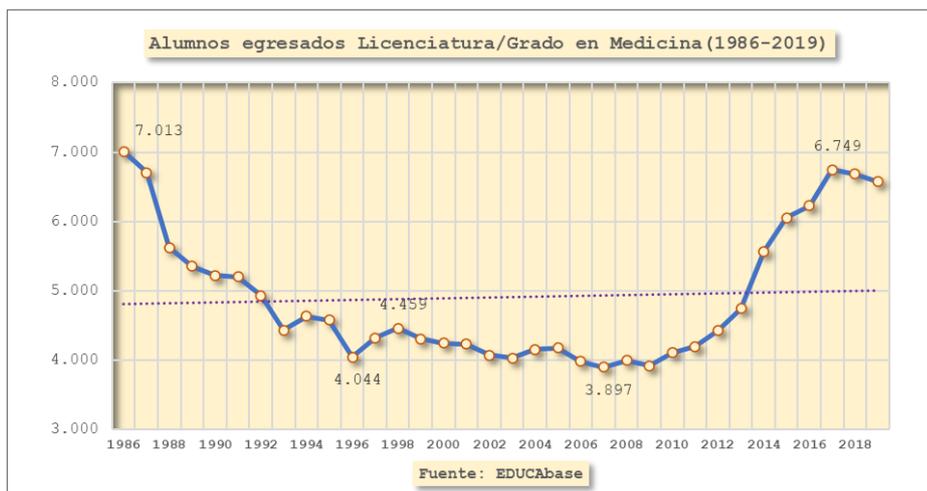


Gráfico 3. Alumnos egresados en Medicina, 1986 – 2019 (España)

Si analizamos comparativamente la evolución de los egresados en Enfermería y Medicina (las dos profesiones principales y más competitivas en sus fronteras profesionales), apreciamos una evolución muy diferente. En 1986, primer año de la serie disponible, se licenciaron algo más de 7.000 médicos, frente a menos de 5.000 enfermeras diplomadas; cuatro años después, el número de egresados en ambas profesiones era prácticamente idéntico, ligeramente por encima de 5.200.

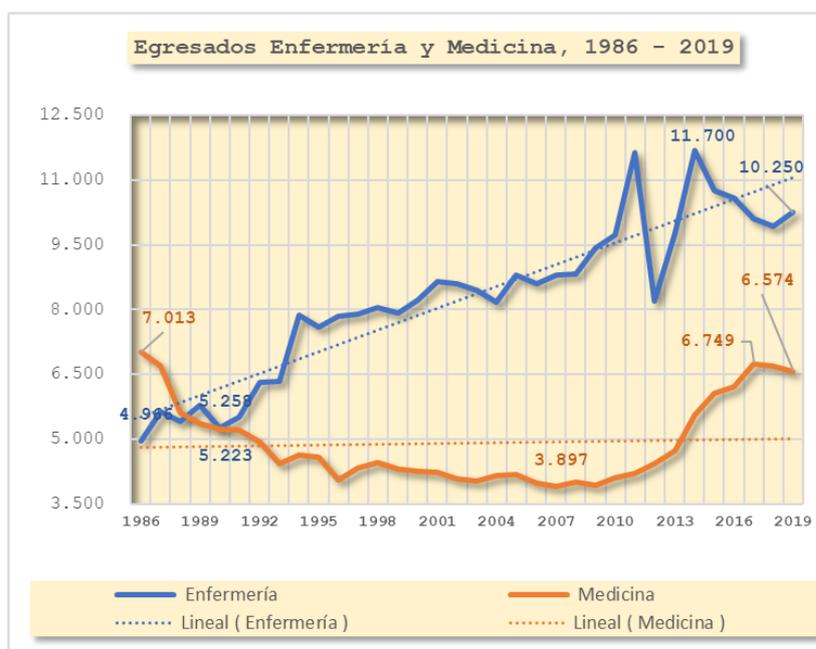


Gráfico 4. Egresados Enfermería y Medicina, 1986 – 2019 (España)

En los 20 años que median entre 1986 y 2007 los médicos licenciados descienden un 44%, de algo más de 7.000 a algo menos de 4.000; en ese mismo período, las enfermeras

diplomadas aumentan un 77%, de 5.000 a 8.800. En el período para el que existen datos oficiales (1986 – 2019), se generaron 282.000 enfermeras, un 69% más que los 167.000 médicos formados durante el período.

Analizando las líneas de tendencia de la producción de profesionales en este período de 33 años, Medicina se estanca, mientras que Enfermería crece de manera importante, a pesar incluso del marcado *efecto Bolonia*, que implicó la pérdida de una cohorte entera (unos 10.000 efectivos). Es este un dato que no suele destacarse en los informes –más bien notas de prensa y declaraciones que estudios documentados– de las organizaciones profesionales enfermeras, pero que es muy relevante: se realizó un gran esfuerzo para que la Enfermería pudiera seguir creciendo, mientras las élites médicas se enzarzaban en debates interesados sobre los *números clausus*, para proteger una demanda profesional contenida que mejorara las condiciones laborales en el sector público y las oportunidades de empleo complementario en el sector privado.

Esta tendencia no varía en los últimos años. Como consecuencia, y según los datos que proporciona la Oficina Estadística Europea (Eurostat) –que explicaremos y analizaremos en el apartado correspondiente–, la evolución del número de médicos y enfermeros activos ocupados en los últimos siete años es la siguiente:

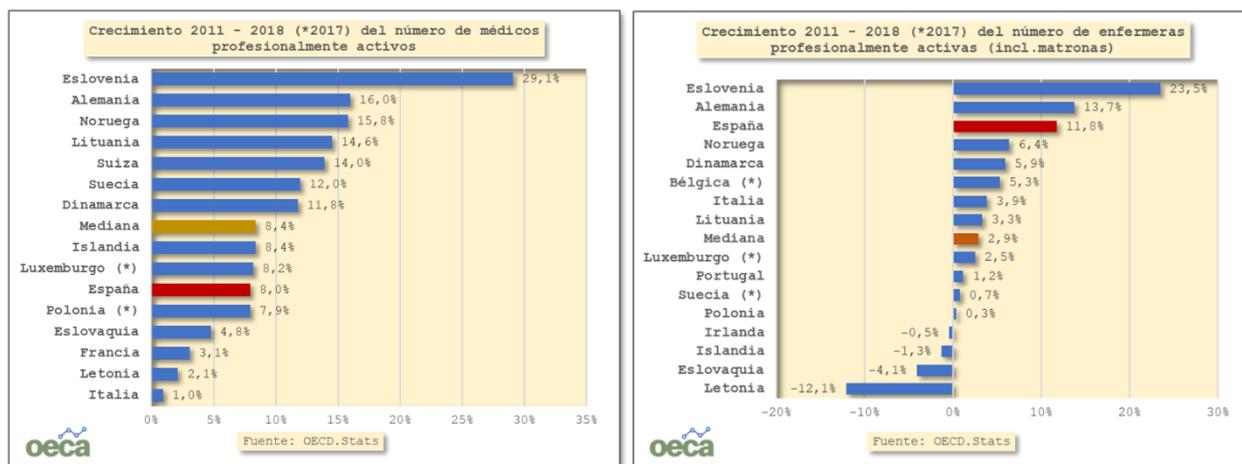


Gráfico 5. Evolución del número de médicos y enfermeros en activo, 2011-2018.

Mientras el número de médicos en activo crece un 8%, ligeramente por debajo de la mediana de los 17 países para los que disponemos de datos, el crecimiento de la dotación de enfermeras activas (12%) cuadruplica su respectiva mediana.

2.1.2. Asturias.

Desafortunadamente, los datos de profesionales en activo no están desagregados por comunidades autónomas y los de egresados solo están disponibles a nivel regional desde el curso 2015–2016 hasta 2019–2020 para matriculados y hasta 2018–2019 para egresados.

Analizando los datos del último curso disponible (2019–2020), el Principado de Asturias tiene una de las tasas de estudiantes de Enfermería por población más baja de España, solo superada en sentido negativo por Cantabria (0,55) y Baleares (0,56); frente a una media nacional de 1,01 por 1.000 habitantes, el Principado solo llega a 0,62:

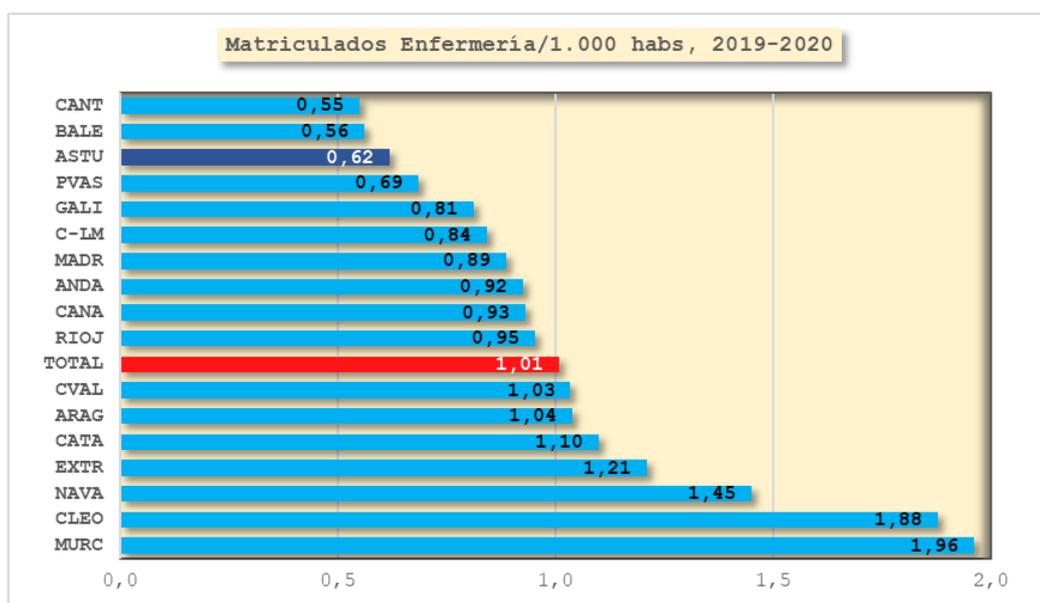


Gráfico 6. Matriculados en Enfermería por 1.000 habitantes, CCAA

Naturalmente, estos valores se explican principalmente por las universidades privadas; ninguna de las nueve CCAA en las que no se imparte Enfermería en universidades privadas supera la media nacional; las siete con tasas más bajas (Cantabria, Baleares, Asturias, País Vasco, Galicia y Castilla-La Mancha y Andalucía) están, en este orden, entre las ocho colistas; solo La Rioja se acerca a la media, con 0,95.

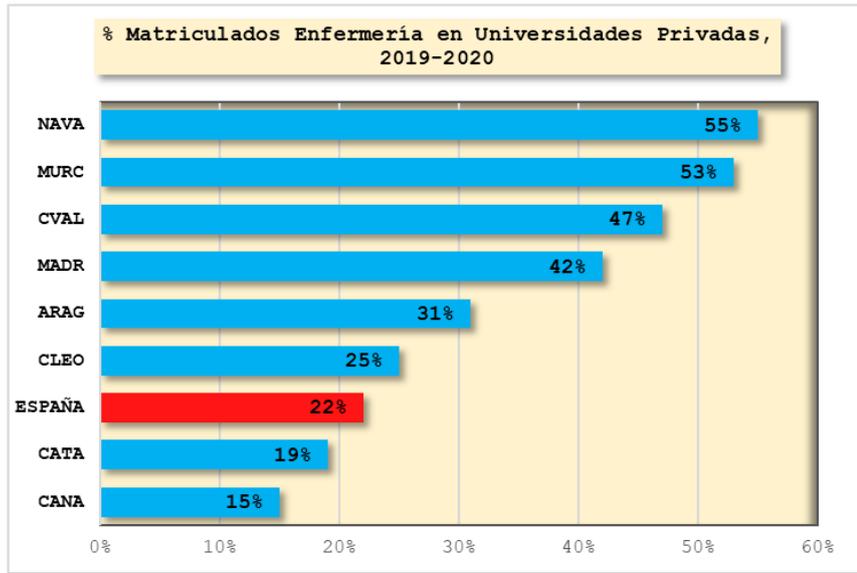


Gráfico 7. Matriculados en Enfermería en universidades privadas, curso 2019 - 2020

En cuanto a la evolución del número de matriculados y egresados (este último dato aún no está disponible para 2019 – 2020), es la siguiente:



Gráfico 8, Evolución matriculados y egresados en Enfermería, 2015-2019, Principado de Asturias

Como puede verse, el número de egresados ha ido disminuyendo en el Principado; aunque las cifras son modestas, esta variación en solo tres años representa un 17% de retroceso. Por otro lado, los egresados, que en los cursos 2016–2017 y 2017–2018 suponían el 22,7% de los matriculados, en el último curso disponible (2018–2019) ven caer esta tasa hasta el 19,3%, lo cual indica casos de abandono o repetición de curso crecientes, sean estructurales o coyunturales.

Por el contrario, el número de matriculados, que había ido también declinando, experimenta una gran subida: 34 matrículas, que representan un 5,4% más que en el curso anterior.

Si, como parece por este último dato, la tendencia decreciente en el número de matriculados cambia de signo, también cabe esperar que lo haga el número de egresados, si bien aún tardaría unos años en concretarse dicha reversión.

Por lo que respecta a la comparación entre médicos y enfermeras matriculados, vemos que las plazas ocupadas en Medicina languidecen, sin ese aumento al final de la serie que presenta Enfermería; por el contrario, durante ese último curso, 2019–2020, el número de matrículas de Medicina se contrae un 2,2%; en total, durante los últimos cuatro cursos se han perdido 47 matrículas, que representa una caída del 3,0%.

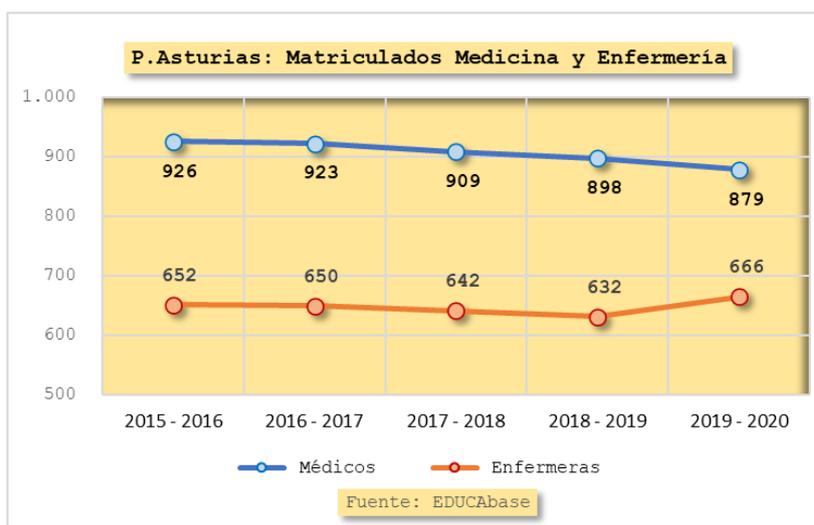


Gráfico 9. Matriculados en Enfermería y Medicina, 2015 - 2019, Principado de Asturias

Y en cuanto a los egresados, hasta hace bien poco eran cifras muy parecidas, pero en el último curso disponible (2018–2019) se produce una amplia divergencia a favor del número de médicos, como puede verse en el siguiente gráfico:

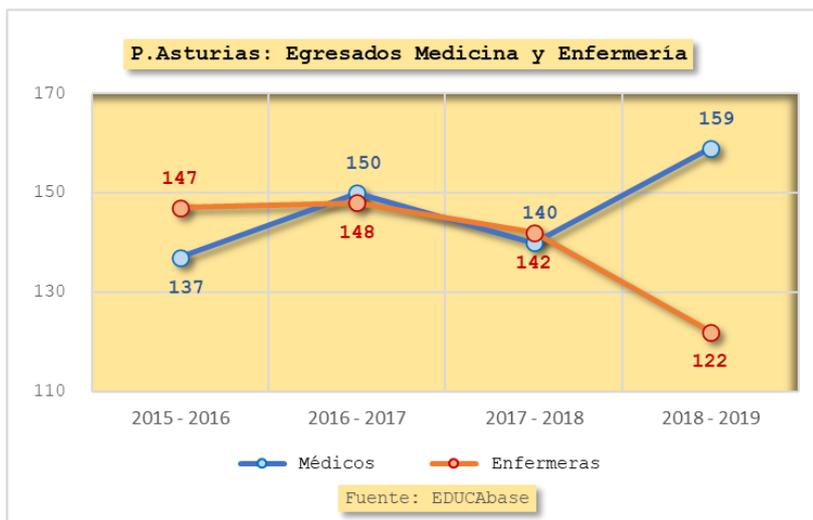


Gráfico 10. Egresados Enfermería y Medicina, 2015 - 2019, Principado de Asturias

Pero hay otro dato que llama la atención poderosamente: la caída importante en el porcentaje que representan las mujeres sobre el total de egresados en Enfermería; una tendencia contraria –y mucho más pronunciada– a la que encontramos a nivel nacional:

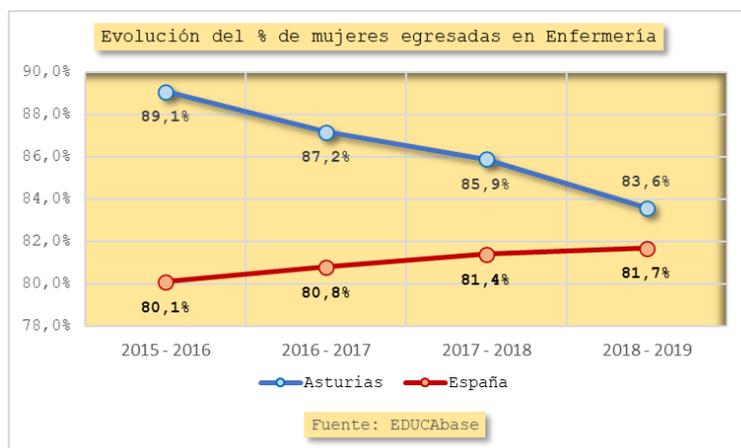


Gráfico 11. % mujeres egresadas en Enfermería, 2016 - 2019, comparativa nacional y autonómica

La tasa de feminización de los egresados asturianos cae dramáticamente, cinco puntos y medio porcentuales, que supone un tasa interanual de $-1,8\%$. Las causas no están claras, dado que hemos comprobado que no se trata de un fenómeno demográfico global. Además,

parece específico de Enfermería, ya que analizando el conjunto de alumnos matriculados en los últimos cinco cursos no aparece esa tendencia, sino exactamente la contraria⁵:



Gráfico 12. Egresados totales por Sexo, 2016 - 2019, Principado de Asturias

Es cierto que sucede lo mismo –si bien de manera no tan regular, con picos pronunciados– con los egresados en Medicina, cuyas tasas de feminización descendieron del 70,8% en 2015–2016 al 65,4% de 2018–2019, un 2,5% interanual.



Gráfico 13. Egresados de Medicina por Sexo, 2016 - 2019, Principado de Asturias

2.2. Especialidades de Enfermería.

2.2.1. España.

Para completar este panorama, nos queda hablar de la producción de enfermeras especialistas. El sistema de formación sanitaria especializada (FSE) para enfermeras/os, a semejanza del sistema MIR, comienza en 1993 para la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matronas); en 1998 se extiende a la especialidad de Salud Mental; en 2009 a Enfermería del Trabajo; y en 2010 al resto de especialidades con programa formativo

⁵ Datos de la [Estadística de Estudiantes Universitarios](#), Sistema Integrado de Información Universitaria.

aprobado: Familiar y Comunitaria, Pediatría y Geriatria. La evolución general queda así (año de convocatoria, no de incorporación al EIR, que es el siguiente):

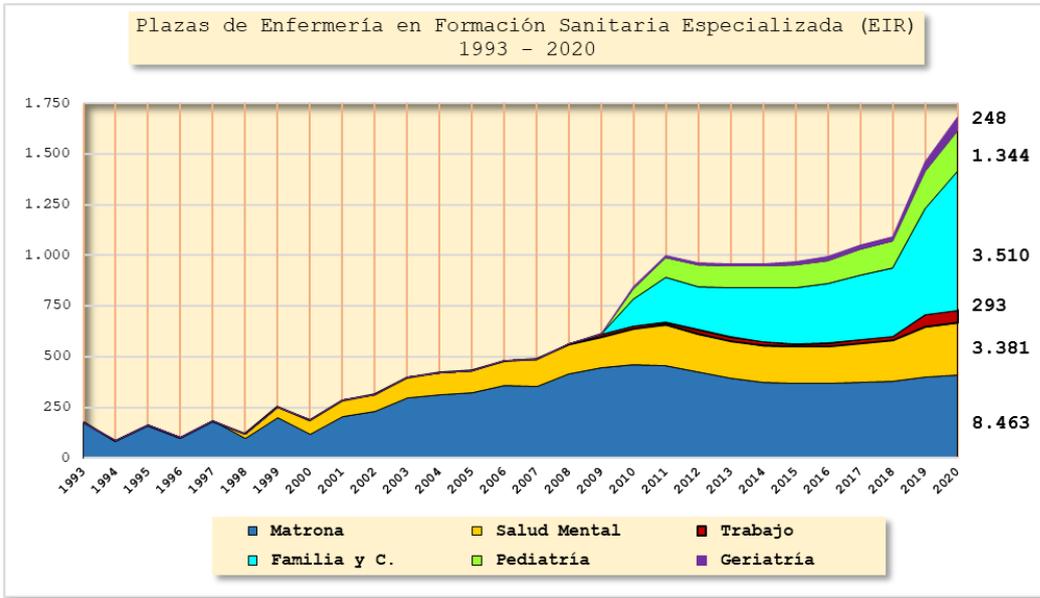


Gráfico 14. Plazas en Formación Sanitaria Especializada - EIR, por especialidades, 1993 - 2020 (España)

En estos 27 años se han convocado 17.239 plazas EIR, con el siguiente desglose:

Plazas de Enfermería en Formación Sanitaria Especializada, Total estatal, 1993 - 2020							
AÑO	Matrona	Salud Mental	Familia y C.	Pediatría	Trabajo	Geriatria	TOTAL
1993	174						174
1994	86						86
1995	161						161
1996	101						101
1997	183						183
1998	97	21					118
1999	197	55					252
2000	117	71					188
2001	204	82					286
2002	229	84					313
2003	297	101					398
2004	314	107					421
2005	320	111					431
2006	357	124					481
2007	355	133					488
2008	414	149					563
2009	445	154			12		611
2010	461	178	132	52	13	12	848
2011	458	198	219	98	15	14	1.002
2012	423	188	214	105	22	11	963
2013	395	182	244	106	21	13	961
2014	374	181	267	107	19	11	959
2015	366	183	278	112	14	15	968
2016	368	183	293	114	17	19	994
2017	375	193	316	128	18	21	1.051
2018	379	203	339	133	18	20	1.092
2019	401	245	521	188	62	46	1.463
2020	412	255	687	201	62	66	1.683
TOTAL	8.463	3.381	3.510	1.344	293	248	17.239

Tabla 1. Plazas convocadas en Formación Sanitaria Especializada - EIR por especialidades, 1993 - 2020 (España)

Casi el 50% de las plazas (49,1%) corresponde a Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), si bien actualmente (convocatorias de 2019 y 2020) el liderazgo corresponde a Enfermería Familiar y Comunitaria, que ya presenta el 38,4% de todas las plazas convocadas en estas dos últimas convocatorias.

2.2.2. Asturias.

Por lo que respecta al Principado de Asturias, en los últimos seis años el número de plazas EIR convocadas ha ascendido a 241, aumentado casi un 50% entre 2016 (35) y 2020 (52), gracias sobre todo al crecimiento de la especialidad de Enfermería familiar y comunitaria, que ha pasado de 16 a 28 (+75%). También es destacable que la especialidad de Enfermería del Trabajo se convocara por primera vez en 2019. Para el ejercicio 2020–2021, el BOE ha publicado el pasado 4 de diciembre la oferta de plazas y la convocatoria de acceso a la Formación Sanitaria Especializada, con un considerable incremento general de plazas (+6%) y de manera muy destacada para Enfermería–EIR, que aumentan un 13% (+15% a nivel estatal); véase el detalle para nuestra Comunidad Autónoma en la tabla:

Especialidad	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Familia y C.	16	16	16	20	26	28	122
Salud mental	8	8	8	8	8	9	49
Matrona	6	6	5	5	5	6	33
Pediatría	3	3	4	3	3	4	20
Geriatría	2	2	2	2	2	3	13
Trabajo	0	0	0	0	2	2	4
TOTAL	35	35	35	38	46	52	241

Tabla 2. Plazas convocadas Formación Sanitaria Especializada - EIR, 2015 - 2019, Principado de Asturias

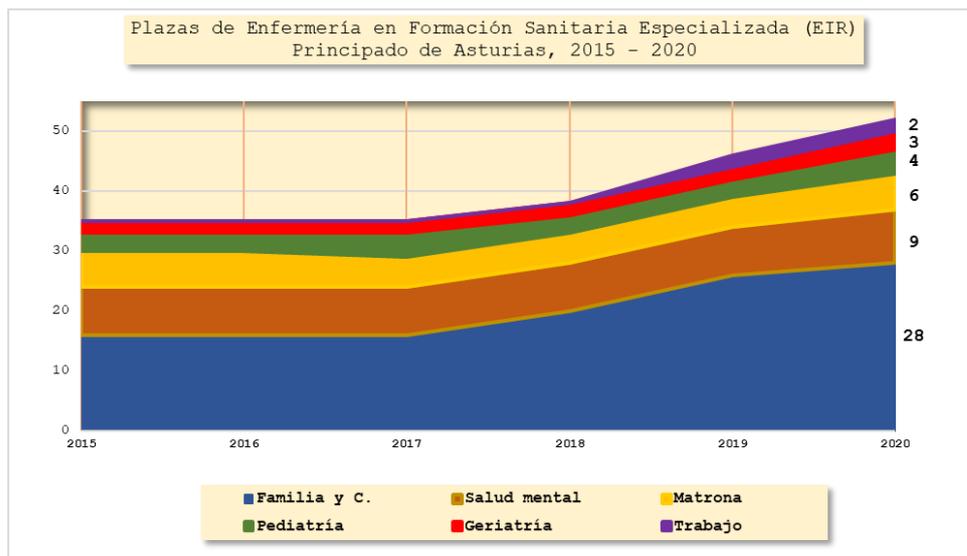


Gráfico 15. Plazas convocadas Formación Sanitaria Especializada - EIR, 2015 - 2020, Principado de Asturias

Como resumen de este apartado, y redondeando, el sistema educativo universitario español genera actualmente 11.000 enfermeras, con 1.600 especialistas, y entre 6.500 médicos cada año; y el autonómico, en torno a 130 enfermeras⁶, con 50 especialistas, así como 160 médicos; lo que representa aproximadamente una tasa de crecimiento de... ¿cuánto?

Este cálculo precisa de un denominador conocido (el número de enfermeras y médicos activos)⁷ y este es un dato que está muy lejos de ser conocido, o al menos convenido. Aun así, trataremos del calcularlo de manera todo lo rigurosa que nos sea posible dentro de las actuales limitaciones que muestran las diferentes estadísticas.

⁶ En el curso 2019–2020 hay 2.500 matriculados más que en el curso 2016–2017, año en que ingresa la cohorte de egresados en 2019–2020.

⁷ En demografía laboral, la población se divide en **activos** e **inactivos**; estos últimos son los que están fuera del mercado de trabajo, sean jubilados, pensionistas, estudiantes, amas/os de casa, etc.; y los activos son los que tienen empleo (**activos ocupados**) o declaran estar buscándolo (**activos desocupados**).

3. Los registros colegiales: única e imperfecta fuente de comparación regional.

Resulta increíble decir –constatar, más bien– que no existe ni una sola estadística española que nos diga cuántos profesionales sanitarios existen realmente en nuestro país, aunque solo fuera información por comunidades autónomas. Por ejemplo, el Ministerio de Educación sí proporciona estos datos con respecto al profesorado en enseñanzas regladas⁸ en centros públicos y privados, si bien se refieren únicamente a activos ocupados, lo cual es lógico debido a la heterogeneidad de los perfiles académicos y profesionales de los no ocupados, especialmente en enseñanzas secundarias, incluidos los ciclos formativos de formación profesional. Evidentemente, por establecer un cierto paralelismo, estas estadísticas no incluyen a los profesores de enseñanzas no regladas, incluyendo los *profesores particulares* o en academias privadas.

Pero la gran diferencia es que el profesorado, sea del nivel que sea, no conforma *una profesión*; todos ellos pertenecen a un ámbito laboral concreto –*Docencia*– pero no conforman una profesión regulada. Al contrario, las profesiones sanitarias tituladas son reguladas y colegiadas; ello significa que para poder ejercerlas hay que exhibir un título específico, incluyente y excluyente; y es necesario estar registrado en el colegio profesional de la profesión que corresponda, según venga cada cual definida en el ordenamiento legal.

Precisamente por esto, resulta lamentable que 56 años después de la promulgación de la Ley 2/1974, de 12 de febrero, sobre colegios profesionales; 17 años después de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en la cual se establece la existencia del registro de profesionales sanitarios; y seis años después de la publicación del Real Decreto que regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios, sigamos sin conocer cuántos miembros de las profesiones sanitarias colegiadas existen en España; y no solo activos ocupados (demanda de profesionales en un momento dado) sino también, en notación demográfica empleada por los observatorios internacionales, *profesionalmente activos*; que va más allá, porque incluye a quienes están buscando empleo (oferta de profesionales en un momento dado).

⁸ 752.935 en enseñanzas no universitarias en el curso 2018-2019; 712.181 de los cuales, en centros de enseñanza de régimen general, 504.569 en centros públicos y 207.612, en privados. Y 122.910 en enseñanza universitaria, 103.876 en centros públicos y 19.034 en universidades privadas

Por su parte, los colegios profesionales, obligados a proporcionar sus datos al Instituto Nacional de Estadística (INE) para que este publique anualmente su Estadística de Profesionales Colegiados, solo distinguen entre colegiados *jubilados* y *no jubilados* (más *no consta*); pero carecen de instrumentos legales y administrativos para que los empleadores públicos y privados –incluyendo los autoempleados– mantengan al día los registros colegiales: dado que para ejercer las profesiones sanitarias es legalmente necesario estar colegiado, no solo debería ser exigible que el empleador comprobara el cumplimiento de este requisito por parte del empleado, sino que debería ser obligatorio un trámite telemático e instantáneo (automatizado) de comprobación por parte del colegio profesional que sirviera de visado al empleador para legalizar administrativamente el contrato con el profesional. Incluida el alta en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos–RETA.

Por tanto, estamos seguros –porque se ha comprobado mediante encuestas en tres comunidades autónomas diferentes– de que a día de hoy hay en todo el país muchos miles de enfermeras/os que están ejerciendo la profesión sin cumplir el requisito de estar colegiadas/os; especialmente en el caso de las siete comunidades autónomas en las que durante un número variable de años estuvo suspendido este requisito para los profesionales empleados por los servicios sanitarios públicos –incluida Asturias, a pesar de no tener aprobada una ley autonómica de colegios profesionales⁹–, hasta que una batería de sentencias del Tribunal Constitucional, con fundamento jurídico en la Sentencia 3/2013, de 17 de enero, anularon esta exención legal (e incluso la extendieron, algo más adelante, al personal con titulaciones sanitarias sin atención directa a pacientes o ciudadanos).

Por otro lado, tenemos las obligatorias aportaciones de los colegios a sus consejos generales que –al menos en el caso de Enfermería– se realizan mes a mes y a tanto alzado en función del número de colegiados. Estas extracciones de fondos en beneficio del Consejo General (que de promedio suponen nada menos que el 28% del total de ingresos por cuotas de los colegios de Enfermería) y que además se ha comprobado fehacientemente que no siempre tienen como finalidad el progreso de la Profesión o el servicio a los profesionales, han venido incentivando la adulteración de los censos colegiales –que son la base de las

⁹ La exención de colegiación al personal del SESPA se aprobó por *Ley 6/2003, de 30 de diciembre, de medidas presupuestarias, administrativas y fiscales*, artículo 11. Y el precepto fue anulado por el Tribunal Constitucional por STC 50/2013, de 28 de febrero de 2013.

comunicaciones al INE– para reducir la carga para los presupuestos colegiales de estas aportaciones tan cuestionadas, como se ha comprobado cuando ha habido oportunidad por actuaciones administrativas o judiciales.

Y finalmente, tenemos el hecho de que hay cuatro colegios de Enfermería –Granada, Huesca, Las Palmas y La Rioja– que solo aportan el dato global, sin distinguir entre “No jubilados” y “Jubilados”, bajo el epígrafe “No consta”, más otro –Ourense– que hace parcialmente lo mismo, con la mitad de sus colegiados en “No consta”.

Y hay otros 19 colegios que asignan la condición de no jubilados a todos sus colegiados, dejando los jubilados a cero: cinco de Castilla y León, cuatro de Castilla-La Mancha y dos de Andalucía, Aragón, y País Vasco, más Tarragona y Melilla y las comunidades autónomas de Baleares y Murcia. En conjunto, estas incidencias en los datos comunicados al INE implican a 25 colegios de 11 comunidades autónomas distintas, colegios que suman 85.849 de los 316.094 colegiados declarados a 31 de diciembre de 2019, más de la cuarta parte del total (27%).

Sin embargo, estos son los datos que utiliza cada año la Mesa de la Profesión Enfermera para hacer públicas las disparidades en la dotación de profesionales de enfermería entre las comunidades autónomas; datos basados en esta misma columna tan poco confiable de colegiados no jubilados y que no hacen públicos en informes con su ficha técnica, sus fuentes y sus tablas desglosadas, sino en notas de prensa cuyos datos –más bien, afirmaciones– son imposibles de comprobar. Todo bajo la condescendencia del Instituto Nacional de Estadística, organismo estatal responsable de la serie estadística, que facilita que esta situación se esté prolongando durante decenios.

En 2004, primer año en que el INE incluye el campo “Situación laboral”, ya había 18.070 “No consta”, un 8% del total de las 225.487 enfermeras entonces colegiadas.

Ese mismo año 2004, los “No consta” suponían un 0,7% de los 194.668 médicos colegiados y el 0% de odontólogos, veterinarios y podólogos. En 2006 se incorporan a la estadística los farmacéuticos, con un 4,5% de “No consta”, y los fisioterapeutas, con nada menos que un 16%, pero los médicos ya han reducido a un 0,2% sus “No consta”. Las enfermeras presentaban entonces un 5%.

En 2011, con un cambio en la presentación de los resultados que se prolonga hasta hoy en día, los médicos conservan un 0,006% de “No consta” (14 colegiados); los farmacéuticos redujeron su 4,5% a un 1,5%; los fisioterapeutas convierten su ominoso 16% fundacional en un rotundo 0%, el mismo porcentaje que odontólogos, podólogos y los recién llegados ópticos-optometristas. La Organización Colegial de Enfermería solo los redujo del 5% al 3,9%.

En 2012 se incorporan los protésicos dentales, que presentan una tasa de “No consta” del 0,5% (29, de 6.161 colegiados); los farmacéuticos siguen reduciéndola hasta el 1,2%. Enfermería mantiene su tasa del 3,9%.

En 2013 se incorporan a la Estadística cuatro profesiones: dietistas-nutricionistas, logopedas, terapeutas ocupacionales y protésicos dentales, todos ellos con un 0% de “No consta”; este año, al consejo general de médicos solo se le han despistado dos “No consta” entre sus 232.816 colegiados y los farmacéuticos descuentan un decimal más (1,1%); la organización colegial enfermera, al contrario, aumentan es ese decimal (4,0%).

En el último año disponible, 2019, los farmacéuticos han descontado medio punto, hasta un 0,6%, pero las enfermeras/os han aumentado su tasa de “No consta” desde el 4,0 al 5,4%. El resto de las profesiones, incluida ya Medicina –desde 2014–, no cuentan con “No consta” en sus colegios. Es evidente que la organización colegial enfermera no ha hecho sus deberes; no toda, naturalmente, pero sí una parte cuantitativamente importante.

Y ello no es solo un asunto burocrático, sino que afecta al análisis comparativo de dotaciones enfermeras entre las comunidades autónomas que tantos titulares proporciona anualmente a la Mesa de la Profesión Enfermera.

Para no remontarnos al pasado, en el número 330 de la revista oficial del Consejo General ([Enfermería Facultativa, 1–15 de octubre de 2020](#)) se comparan las dotaciones de enfermeras, teóricamente activas (No jubiladas); el *ranking* lo lidera la Comunidad Foral de Navarra, con 8,60 enfermeras/os por 1.000 habitantes, y lo cierra la Región de Murcia, con 4,59.¹⁰

Pues bien:

¹⁰ Datos del INE, proporcionados por los propios colegios, de su colegiación a 31 de diciembre de 2019.

- » Navarra presenta unos datos de 6.887 colegiados, con 1.237 de ellos jubilados y, por tanto, 5.650 no jubilados (o sea, profesionalmente activos). Con una población residente¹¹ de 656.487 habitantes, su ratio es, efectivamente, de 8,60 enfermeras/os por 1.000 habitantes.
- » Pero Murcia presenta solo el dato global de 6.903 colegiados, de los cuales todos son no jubilados (profesionalmente activos) y no hay, supuestamente, ningún jubilado (inactivo). Los datos del Consejo General se basan en los colegiados no jubilados (que son todos), dando una ratio de 4,59.

La pregunta obvia es: ¿no existen colegiados jubilados en Murcia? Es decir, ¿es técnicamente correcto que en el caso de Navarra la ratio se calcule sobre los profesionales en activo, excluyendo los no ejercientes, y en Murcia se haga sobre el total de colegiados, sin distinción en cuanto a su actividad? La respuesta es igual de obvia: no. Si Navarra, como tantas otras CCAA, no presentara sus datos de jubilados, los cálculos del Consejo General elevarían su ratio, de 8,60 enfermeras por 100.000 habitantes... ¡hasta 10,65!

Lo que sucede con la ratio de Murcia se repite en Baleares y La Rioja; ante la ausencia de datos sobre colegiados jubilados, las ratios se calculan con el número total de colegiados, con lo cual no se trata de datos comparables, ya que los jubilados de los colegios que sí presentan datos de ambos colectivos representan un promedio de 12,5% (media) o un 11,1% (mediana) de los colegiados totales. Este mismo porcentaje sería la sobrerrepresentación de los colegiados activos en los colegios y CCAA donde no existen datos completos o parciales sobre jubilados.

¿Pero, qué sucede en las CCAA en las que existen datos parciales sobre jubilados porque algunas de sus provincias los proporcionan, pero otras no (o los presentan incompletos, con algunos “no consta”)? Lo mismo: se suman los datos de no jubilados en los colegios provinciales donde constan y los de colegiados totales en los que no constan.

Conclusión: al margen de la fiabilidad de los registros colegiales, solo en seis CCAA (Asturias, Cantabria, Comunidad Valenciana, Extremadura, Madrid y Navarra), que apenas

¹¹ Datos del INE a 1 de enero de 2020.

suman el 35% de los colegiados españoles, parece disponerse de datos para analizar la dotación comparativa de enfermeras/os.

Si aislamos los datos de los 29 colegios para los que disponemos de la información completa, que suman 233.385 colegiados¹², los jubilados representan de promedio (mediana) el 11%, si bien oscila entre el 1% del País Vasco y el 22% de Cantabria.

Como método de ajuste de los datos, en aras de una mejor comparativa, hemos aplicado esta proporción de jubilados (11%) a los restantes colegios, es decir, a aquellos que no presentan datos de jubilados. De esta manera, tenemos la siguiente tabla (sobre 100.000 habitantes, no sobre 1.000):¹³

Comunidad Autónoma	Ratios M.P.E.	Ratios corregidas
España	602	582
Andalucía	500	481
Aragón	682	607
Asturias	674	674
Baleares	545	486
Com. Valenciana	524	591
Canarias	627	653
Cantabria	653	667
Castilla y León	707	541
Castilla-La Mancha	586	618
Cataluña	624	524
Extremadura	692	692
Galicia	520	517
Madrid	668	668
Murcia	459	408
Navarra	860	861
País Vasco	767	698
Rioja	644	577

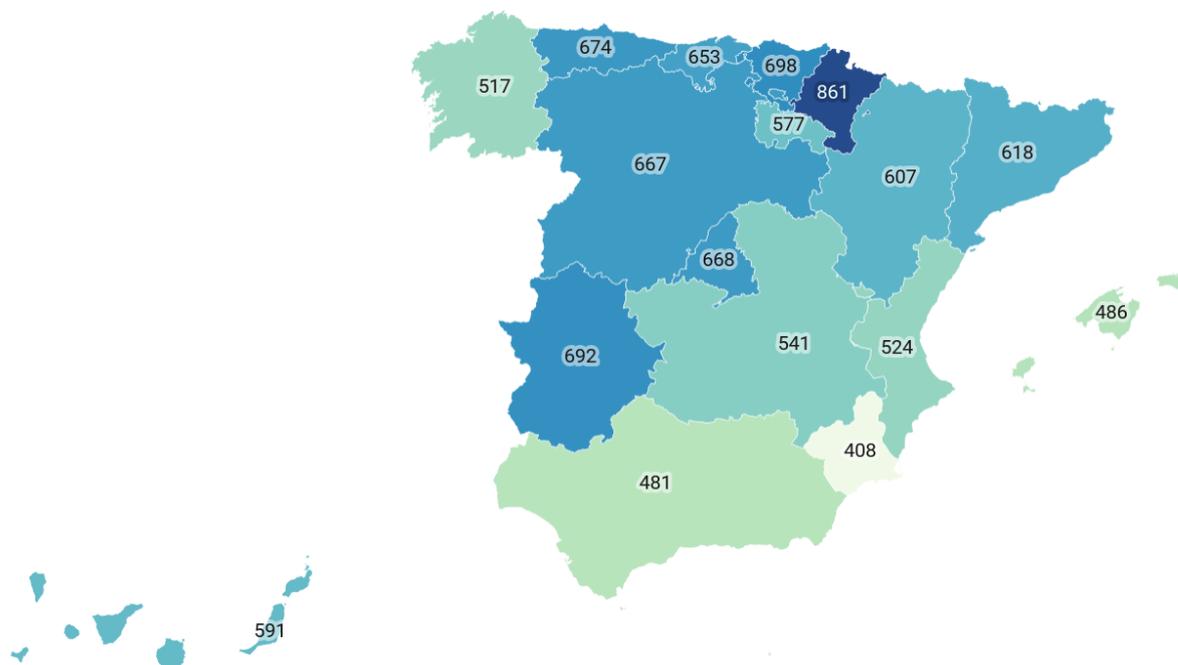
Tabla 3. Ratios colegiados activos/1.000 habitantes por CCAA. Datos corregidos, sobre los del INE

Con estas ratios corregidas hemos construido el siguiente mapa:

¹² Son el 74% del total gracias a que los cuatro colegios más grandes (Madrid, Barcelona, Valencia y Sevilla), con más de 125.000 colegiados conjuntamente, están entre ellos.

¹³ M.P.E. = Mesa de la Profesión Enfermera.

Ratio enfermeras profesionalmente activas/100.000 habitantes (datos homogeneizados)



Media nacional: 582

Map: Elaboración propia • Source: I.N.E. • Created with Datawrapper

Mapa 1. Ratios enfermeras profesionalmente activas / 100.000 habitantes por CCAA (cálculo corregido)

¿Podemos decir que estas ratios de enfermeras/os por población son las correctas? Depende de la calidad de los datos de origen que, como se ve, muchas veces presentan graves deficiencias. Muchos colegios carecen de censos actualizados y mínimamente fiables; incluso los que los tratan de actualizar encuentran serios problemas, dado que se arrastran errores y desactualizaciones desde hace muchos años, con cientos de colegiados cuyos datos de contacto no están actualizados. Por ello, no es posible arriesgar un diagnóstico pormenorizado, colegio a colegio, pero sí pensamos que nuestros cálculos aportan datos que reflejan una información más parecida a la situación real que los datos sin depurar.

Y finalmente, en una encuesta realizada sobre 1.958 enfermeras en 2014 –de las que 1.791 respondieron a la pregunta concreta–, 241 participantes reconocían –amparados en el anonimato– estar trabajando sin colegiación; en ciertos casos –docencia, gestión, puestos administrativos– ello es legal, pero la mayoría de encuestados (91%) realizaban trabajo

asistencial. Ello representaría un 12%: con los márgenes de error (2,7%) y siendo conservadores, en torno a 30.000 que añadir a las casi 275.000 en que hemos estimado la población enfermera activa, elevándola hasta unos 305.000 profesionales, una tasa de 647 por 100.000 habitantes.

4. Estadísticas OCDE/Eurostat/EPA y primer cálculo de stock de activos: 285.000.

Las estadísticas internacionales, como es obvio, se nutren de los datos que les proporcionan sus países miembros. Lo primero que hay que hacer es examinar cuáles están disponibles.

Las *Estadísticas Sanitarias Mundiales* de la OMS¹⁴, que suelen utilizarse como supuesta fuente de información –por ejemplo, por el Consejo General de Enfermería (los últimos datos citan como fuente las de 2018)–, en realidad no se actualizan desde 2014:

Datos del Observatorio mundial de la salud

Estadísticas Sanitarias Mundiales

Las Estadísticas Sanitarias Mundiales presentan las estadísticas sanitarias más recientes de los Estados Miembros de la OMS.

Los informes se pueden descargar asimismo en formato Adobe PDF o Microsoft Excel, según proceda.

Descargar los informes

2014  Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014	2013  Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013
2012  Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012	2011  Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011
2010  Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010	2009  Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009
2008  Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008	2007  Estadísticas Sanitarias Mundiales 2007

Ilustración 1. Datos del Observatorio mundial de la salud – OMS: años incluidos

¹⁴ https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/es/

Y el *European Health Information Gateway* de la Oficina Regional para Europa solo alcanza hasta 2015.¹⁵

Algo más actualizados, están sus datos del *Global Health Observatory data repository*¹⁶, cuyo último dato es de 2017 y adjudica a España un stock de personal de enfermería de 267.266 profesionales y una ratio de 5,73/1.000 (frente a los 5,32 que ofreció el CGE en su rueda de prensa de 14 de mayo de 2019¹⁷):

Country	Year	Nursing and midwifery personnel (per 10 000 population) ⁱ	Nursing and midwifery personnel (number) ⁱ	Nursing personnel (number) ⁱ
	1998	39.103	113703	113703
Spain	2017	57.295	267266	267266
	2016	54.967	256333	256333
	2015	52.608	245533	245533
	2014	51.164	239333	239333
	2013	51.090	239767	239767
	2012	52.122	245300	245300
	2011	51.815	243967	243967
	2010	51.111	239867	239867
	2009	49.309	229700	229700
	2008	48.102	221600	221600
	2007	45.844	208267	208267
	2006	44.237	197867	197867
	2005	43.254	190400	190400
	2004	42.625	184600	184600
	2003	42.453	180833	180833
2002	40.275	168833	168833	

Ilustración 2. Datos del *Global Health Observatory data repository* – OMS: años y datos incluidos

Por su parte, la oficina estadística de la Unión Europea, Eurostat¹⁸, y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, OCDE¹⁹, ofrecen los mismos datos, todos ellos extraídos de la Encuesta de Población Activa (EPA) del INE (cuarto trimestre de cada año).

¹⁵ <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

¹⁶ https://apps.who.int/gho/data/node.main.HWFGRP_0040?lang=en#

¹⁷

<https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/Radiografia%20profesion%20enfermera%2014-5-19.pdf>

¹⁸ https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_prsns&lang=en.

¹⁹ <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>.

Ambas bases de datos dan, para 2018 y para España, una cifra de enfermeras/os *practising* (en ejercicio) de 274.633, con una ratio de 5,87 por 1.000 habitantes, y de *professionally active* (profesionalmente activos), de 284.733, con una ratio de 6,08.²⁰

¿Cuál es la diferencia entre *Ejerciente* y *Profesionalmente activo*?

Según explican ambas fuentes, «*Practising nurses provide services directly to patients*»; en castellano, son enfermeras en ejercicio quienes prestan servicios directos a los pacientes. La OCDE aborda un enfoque un tanto extraño, pero claro: las enfermeras *en ejercicio* son aquellas que están trabajando en el sector sociosanitario²¹, según las clasificaciones europea y española de Actividades Económicas [NACE Rev.2 / CNAE-09²²], Sección Q. Esta Sección Q (*Actividades Sanitarias y de Servicios Sociales*) incluye al sector 86 (*Actividades Sanitarias*), pero también al 87 (*Asistencia en establecimientos residenciales*) y 88 (*Actividades de servicios sociales sin alojamiento*): lo que aquí definiríamos como sector sociosanitario.

¿Y las profesionalmente activas? «*Professionally active nurses include practising nurses and other nurses for whom their education is a prerequisite for the execution of the job*»: es decir, que la figura de enfermeras profesionalmente activas incluye, además de los *practising*, a todos aquellos profesionales que estén desempeñando puestos en otros sectores diferentes de los mencionados, pero solo si para hacerlo es imprescindible estar en posesión de un título habilitante de Enfermería; se incluye aquí a docentes, gestores e investigadores, además de otros profesionales que prestan servicios en entornos no sanitarios: enfermeras escolares, de servicios penitenciarios, de salud laboral, en puestos de gestión en la administración, etc. Es decir, las enfermeras profesionalmente activas son, para la OCDE, aquellas que trabajan en

²⁰ Estos datos son proporcionados por el Gobierno de España a la OCDE basándose en la Encuesta de Población Activa del INE del último trimestre de cada año. La ocupación *Profesionales de enfermería y partería* tiene el código 212 en la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO-2011) y se encuadra dentro del grupo 2B, *Técnicos y profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza*; y dentro de este, en el subgrupo 21, *Profesionales de la salud*. Lamentablemente, aunque estos datos están recogidos en la base de datos, porque se codifican, los microdatos del INE –con los que sí podríamos realizar una explotación a nivel autonómico, aunque con un alto margen de error– solo recogen el primer dígito, un contenedor demasiado amplio para nuestros objetivos.

²¹ «*The number of practising nurses was obtained by calculating the number of nurses employed in the health sector according to NACE rev.2 (chapter Q)*».

²² <https://www.ine.es/daco/daco42/clasificaciones/cnae09/notas.pdf>.

cualquier sección de la clasificación NACE/CNAE, no solo en la Q²³. Y son los que, a nuestro juicio, deberían utilizarse para describir cuantitativamente el stock de enfermeras –y de cualquier otro colectivo profesional– en activo. El problema es que son numerosos los países que solo contabilizan a los profesionales en activo dentro de los sectores sanitario y sociosanitario.

Estos son los datos relativos (por población)²⁴ que, como veremos, no son internamente homologables, ya que, como hemos adelantado, el dato de “profesionalmente activos” solo está disponible para 17 de los 28 países; para otros 10, hemos tenido que acudir al dato de enfermeras/os “en ejercicio”; incluso en el caso de Finlandia no está disponible ninguno de los dos datos y ha habido que recurrir al dato de activos en el registro que permite ejercer (en España, sería el dato de colegiados no jubilados), dato que, dada la enorme tasa que presenta, un 25% superior al siguiente en la lista, probablemente esté sesgado.

Enfermeras/os por 100.000 habitantes, UE-28			
PAÍS	E/100.000	PAÍS	E/100.000
Grecia	336,52	Rumanía	732,11
Bulgaria	435,43	Reino Unido	777,91
Lituania	436,49	Malta	778,33
Polonia	510,07	Luxemburgo	781,21
Letonia	551,34	R.Checa	806,63
Eslovaquia	570,26	Eslovenia	1.029,80
Italia	574,21	Francia	1.079,01
España	608,43	Países Bajos	1112,72
Estonia	629,13	Dinamarca	1.145,31
Hungría	661,8	Suecia	1.148,36
Croacia	665,75	Bélgica	1.284,33
Chipre	673,04	Irlanda	1.288,18
Austria	686,54	Alemania	1.692,28
Portugal	688,01	Finlandia	2.102,94
MEDIANA: 710,06			
<i>Dato disponible: Profesionalmente activos</i>			
<i>Dato disponible: En ejercicio</i>			
<i>Dato disponible: Colegiados / Registrados</i>			

Tabla 4. Enfermeras/100.000 habitantes. Elaboración propia sobre datos de Eurostat / EPA

²³ «Thus, the ‘Professionally active’ data correspond to nurses regardless of NACE sector where they are working».

²⁴ Tabla extraída de la Base de Datos de Eurostat: <https://bit.ly/3nZkZT0>.

Los datos españoles correspondientes a 2018 (último año disponible) son los siguientes:

- » En ejercicio: 274.633.
- » Profesionalmente activos: 284.733.
- » Colegiados no jubilados: 298.526.

A pesar de que el dato para España que usamos es el de enfermeras/os profesionalmente activos—es decir, incluyendo a los profesionales trabajando fuera del sector sanitario y sociosanitario, algo más de 10.000—, en nuestra contabilidad nos faltan los activos desocupados, básicamente los desempleados que buscan empleo (como enfermeras/os). Y que forman parte de nuestro mercado laboral; sucede que la EPA, aunque estudia el desempleo y no solo el empleo, no aporta la profesión de los desempleados, dado que la pregunta sobre ocupación principal solo se realiza a los activos ocupados.

Vamos a ello.

5. Desempleo y segundo cálculo de enfermeras activas: 292.000.

Como ya advertimos antes, el dato de profesionalmente activos de 2018 (~285.000) corresponde a la Encuesta de Población Activa del cuarto trimestre del año; es a lo largo de ese trimestre que se realizan las encuestas presenciales en los hogares, de las cuales se extrae la información sobre actividad laboral que se vuelcan a las estadísticas de Eurostat y OCDE. Pero la información sobre ocupación principal solo se recoge para los activos ocupados, no para los parados, motivo por el cual tenemos que calcular su número.

5.1. Paro registrado vs. paro real.

La única fuente que tenemos es el *Observatorio de las Ocupaciones del Servicio Público Estatal de Empleo*, en concreto la publicación *Información mensual/anual del mercado de trabajo de personas tituladas*²⁵, que solo ofrece información a nivel estatal.

La media de desempleados durante ese último trimestre de 2018²⁶ fue de 4.399 diplomados o graduados en Enfermería. ¿Podemos equiparar este dato con el de profesionales realmente desempleadas? No: se trata del paro registrado, es decir, de quienes están inscritos en un momento dado en los servicios autonómicos de empleo.

En la encuesta de 2014 que hemos citado anteriormente, cuando el desempleo enfermero estaba en su pico más alto –con 11.800 desempleados frente a los 3.300 del mismo período de 2020, más cerca del cuádruple que del triple–, de los 353 entrevistados que se encontraban en situación de desempleo durante la semana de referencia solo 111 afirmaban estar apuntados como desempleados en el servicio de empleo; ello supone que en torno al 60% de los parados no acuden a los servicios autonómicos de empleo. Queremos suponer que quienes sí lo hacen es porque tienen derecho a una prestación por desempleo o porque buscan empleo también en el sector privado: al lado de la reconocida ineficacia de los servicios autonómicos de empleo para colocar a los desempleados y de su extraordinaria burocratización, las bolsas de empleo de los servicios sanitarios públicos son el recurso

²⁵ <https://sepe.es/HomeSepe/que-es-el-sepe/observatorio/informes-mercado-trabajo/informacion-titulaciones.html>

²⁶ 5.053 en octubre; 4.651 en noviembre; 3.493 en diciembre.

preferido por las enfermeras en busca de empleo. Los servicios sanitarios públicos no utilizan a los servicios autonómicos de empleo, que quedan, en todo caso, para la sanidad privada.

Por tanto, sobre la cifra de ~4.400 enfermeras/os que constan en la estadísticas de desempleados de 2018 habría que añadirle otros ~2.600, sumando ~7.000, que si los añadimos a la cifra de ~285.000 de la OCDE nos daría un stock de ~292.000 enfermeras/os profesionalmente activos y una ratio por 1.000 habitantes de 6,19. Esta cifra debería representar un stock de enfermeras/os más parecido al real.²⁷

5.2. Estacionalidad y comportamiento cíclico: el impacto de la covid-19 sobre el empleo.

5.2.1 España.

Una última observación sobre el desempleo enfermero tiene que ver con el impacto de la covid-19 durante este año, 2020. El desempleo sanitario, y muy especialmente entre las enfermeras dentro de las profesiones reguladas, tiene un claro comportamiento estacional, con máximos anuales en febrero, octubre y noviembre y mínimos en julio y agosto, como puede verse en el gráfico siguiente, en el que promediamos la situación en cada mes para los últimos 10 años²⁸:

²⁷ No obstante, dado que necesitamos una base homogénea, por imperfecta que sea, para compararnos internacionalmente, los datos que utilizaremos en el capítulo correspondiente serán los de la OCDE: 284.733 profesionales activos y 6,08 por 1.000 habitantes.

²⁸ Desde el lado de la oferta, el dato durante el momento del año con menor desempleo (julio – agosto) representa el **desempleo estructural**, es decir, el límite de absorción de empleo por parte de los sectores productivos. La resta entre los meses con mayor paro (octubre – noviembre) y menor (julio – agosto) representa un **desempleo funcional**, es decir, el *ejército de reserva* que necesitan los operadores sectoriales para su gestión del día a día (refuerzos, sustituciones, etc.).



Gráfico 16. Paro registrado de enfermeras/os en España, promedio anual 2010 – 2019 (España)

Pero, como puede apreciarse en el siguiente gráfico, también existen variaciones cíclicas relacionadas con la economía. Durante los años de los recortes en el gasto sanitario, el desempleo enfermero experimentó, utilizando un símil meteorológico, una *ciclogénesis explosiva*; más que las otras profesiones sanitarias. En este otro gráfico desestacionalizado (media 12 últimos meses) y estandarizado (base 100) se aprecia más claramente:

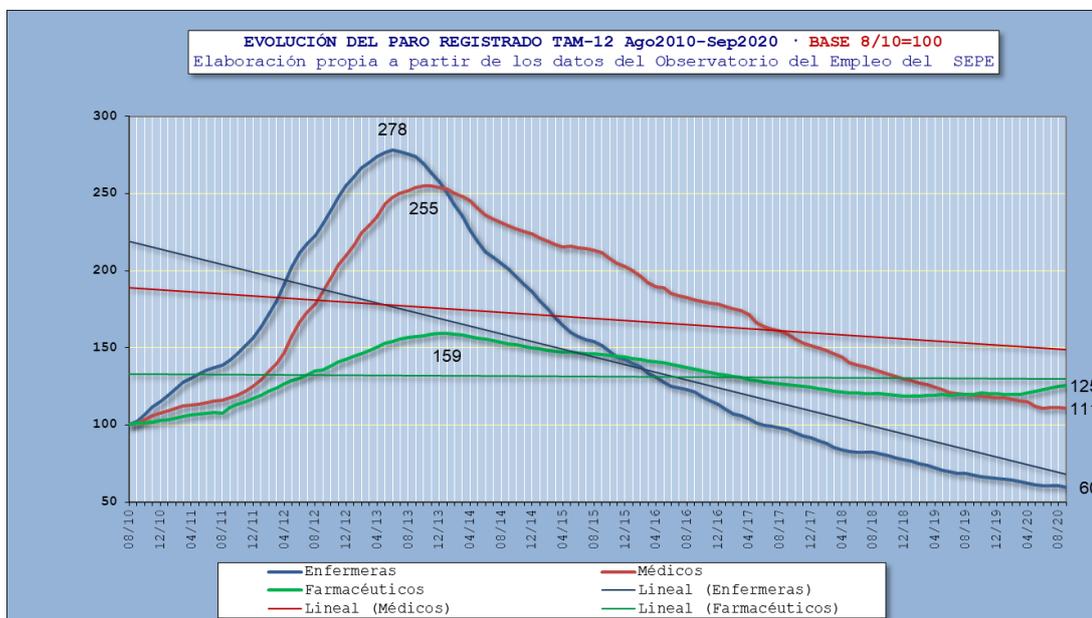


Gráfico 17. Evolución paro registrado: enfermería, medicina y farmacia, 2010 – 2020 (España)

En los tres años que transcurren entre 2010 y 2013, el desempleo enfermero registrado casi se triplicó, algo más que el médico y mucho más que el farmacéutico; sin embargo, cuando

el ciclo se rompe y se empieza a recuperar empleo, la pendiente del descenso del desempleo enfermero es mucho más pronunciada que en las otras dos profesiones. De hecho, hay más médicos y farmacéuticos desempleados en búsqueda activa de empleo ahora que en 2010, mientras que el desempleo enfermero registrado es un 40% menor que entonces.

Es más: calculado en términos relativos (desempleados sobre colegiados activos), el desempleo estructural de las enfermeras ha descendido un 83% entre el punto más álgido de la destrucción de empleo (2012–2013) y 2019: desde el 6,27% hasta el 1,07%. En términos generales, podemos decir que, con datos de 2019, existe pleno empleo técnico en los meses de mayor demanda laboral: 2.857 parados sobre una población de 268.000 (y eso que, como ya hemos visto, la población activa es considerablemente mayor, porque esta cifra refleja a los colegiados que constan como no jubilados).

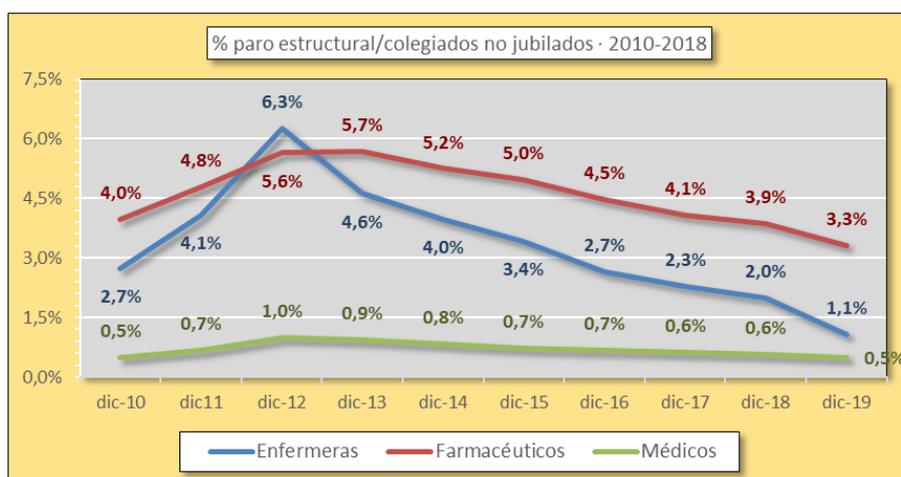


Gráfico 18. Paro estructural desestacionalizado s/colegiados activos, 2010 – 2019 (España)

5.2.2. Asturias.

Por lo que respecta a nuestra Comunidad Autónoma, la evolución del desempleo sigue el mismo patrón. Hemos estudiado la evolución del paro registrado entre 2011 y 2020 (período para el que existen series), referido al período con más y menos desempleo estructural (respectivamente, octubre y agosto).

Para el mes de más desempleo estructural, la evolución es la siguiente:

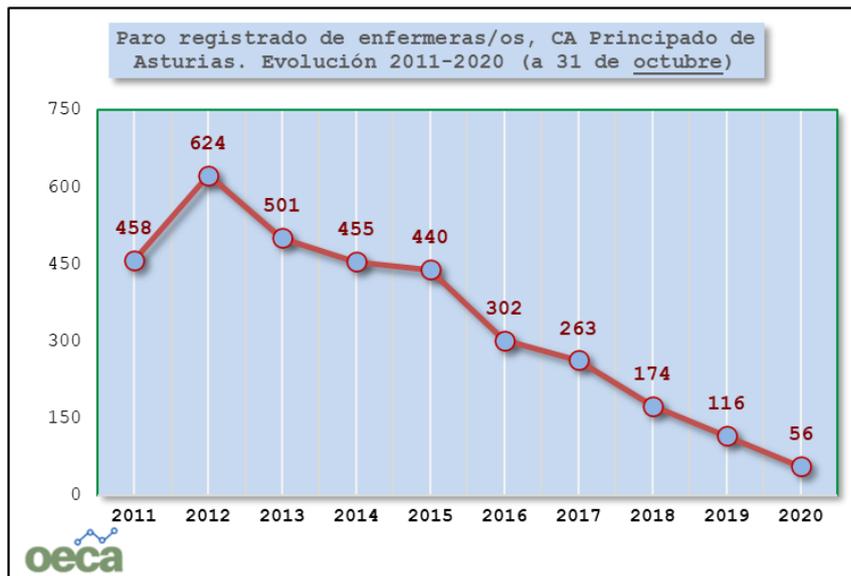


Gráfico 19. Paro registrado 2011 - 2020 en el mes de mayor desempleo cíclico (octubre)

Como resulta lógico por efectos de la crisis sanitaria del coronavirus, la adquisición de personal de refuerzo ha dejado prácticamente sin repuestos a los operadores (desempleo *funcional*); pero también ha acabado con el desempleo estructural. De hecho, si analizamos conjuntamente esta serie con la del mes con menor desempleo estructural (agosto) lo podemos ver claramente: el paro sigue descendiendo, incluso –algo realmente insólito– este año el paro registrado es menor en octubre que en agosto:

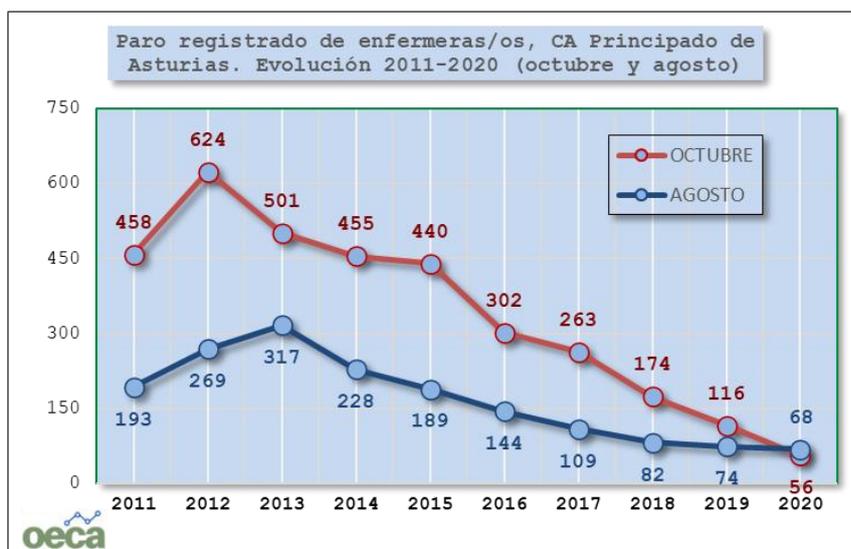


Gráfico 20. Paro registrado 2011 - 2020 en el mes de mayor (octubre) y menor (agosto) desempleo cíclico

Pero el punto final de este vídeo en reproducción rápida (año a año) representa más bien el momento de calma que precedía a la tempestad de la covid-19. Es bien conocido, y

objeto de gran preocupación que en buena medida justifica esta monografía, que en los meses más álgidos de la pandemia las bolsas de empleo de enfermeras de muchos servicios de salud –incluido el SESPA– se quedaron sin inscritos. Literalmente.

Introduciendo ahora una estadística de ámbito nacional, en el siguiente gráfico en *reproducción lenta* (mes a mes) puede verse el desempleo registrado en lo que llevamos de 2020 (línea roja; datos solo disponibles hasta noviembre), en comparación con los mismos meses de 2019 (línea azul):



Gráfico 21. Comparativa 2019 – 2020 del paro registrado de enfermeras (España)

En los dos meses anteriores al inicio de la pandemia –o al menos a su reconocimiento como tal: enero y febrero de 2020– el número de enfermeras inscritas en los servicios autonómicos de empleo era muy parecido, apenas unas decenas de diferencia en uno u otro sentido. Pero a partir de marzo, aunque la forma de la línea es muy parecida, existen en torno a 2.500 parados inscritos menos que en 2019. Cuando la situación vuelve a ser la de calma que precede a la segunda oleada (verano), la diferencia en el desempleo registrado se reduce a menos de 700 efectivos en junio y es prácticamente nula en julio y agosto; incluso podemos apreciar en el dato de septiembre cómo los registros de desempleados de 2019 aumentaron en 1.400 y apenas en 10 en 2020; y en octubre y noviembre, dos de los tres peores meses del año en cuanto a destrucción de empleo –el otro es marzo o abril, dependiendo en qué mes cae la Semana Santa–, el pasado año se incorporaron al paro casi 5.000 enfermeras/os más que en 2020.

La comparativa para Asturias sigue el mismo patrón, si bien es significativo que en el mes de octubre no solo no ha aumentado significativamente el desempleo, sino que ha seguido disminuyendo, algo insólito en la serie histórica desde 2009:

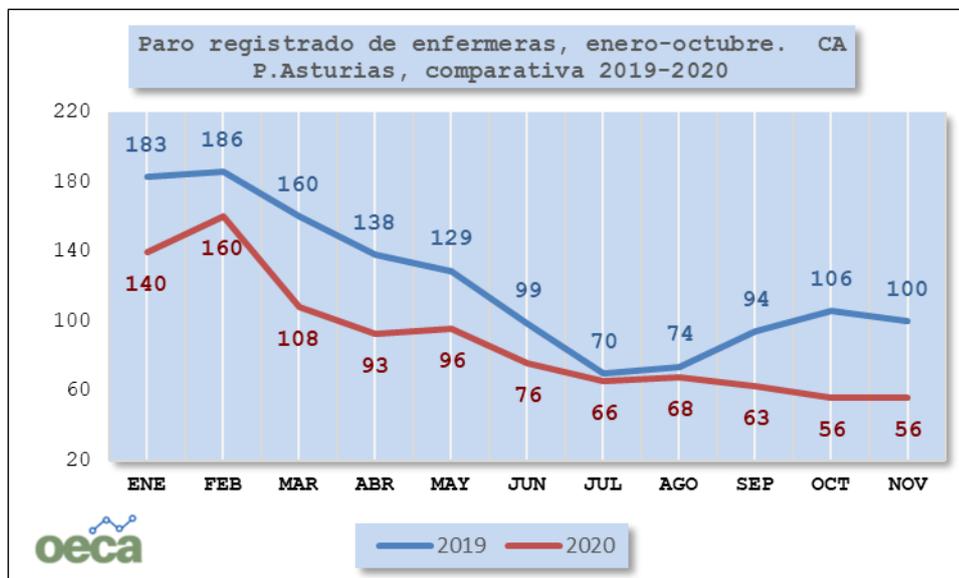


Gráfico 22. Comparativa 2019 – 2020 del paro registrado de enfermeras (Asturias)

Ello es una primera señal de que tanto a nivel estatal como regional entramos en una época de pleno empleo y que va a ser precisa una producción mucho más alta de graduados, especialmente si se cumplen las expectativas de refuerzo estructural de los servicios de salud, dado que la crisis de la covid-19 debería haber servido como catalizador de una nueva mentalidad política.

Pero en tanto no sea posible satisfacer esta necesidad (al menos 10 años, siendo optimistas) el panorama en que coinciden los expertos es de competencia entre servicios de salud para atraer y retener enfermeras y otros profesionales; y no solo coyunturalmente en tiempos de coronavirus, también para ir atendiendo las crecientes jubilaciones de *baby-boomers* y las nuevas necesidades derivadas del envejecimiento de la población, especialmente los cuidados de larga duración.

De manera que los servicios de salud que antes acepten esta realidad y *se pongan las pilas* estarán en mejores condiciones para sortear los efectos más duros de ese futuro distópico. Naturalmente, ello pasa por eliminar la precariedad en el empleo, mejorar las

condiciones de trabajo de su personal y avanzar hacia una desburocratización que permita una mayor autonomía funcional de los equipos de trabajo.

Aunque, para variar, el foco de atención mediático y político se está poniendo en el déficit de médicos de atención primaria, esta problemática va a ser mucho más difícil de solventar dado que la mala relación de la Medicina con la atención primaria y con la enfermedad crónica tiene raíces culturales y sociológicas muy profundas. Cualquier regulador con dos dedos de frente debería asumir que el futuro de la atención primaria a medio plazo va a descansar sobre el sólido pilar de una Enfermería a la que se permita ejercer hasta el límite de sus competencias profesionales reales y potenciales.

5.3. Empleabilidad.

La *Encuesta de inserción laboral de titulados universitarios* del INE registra la situación cinco años después de su graduación de graduados y másteres universitario.

5.3.1. España.

Publicados los datos de 2019 mientras acabábamos de redactar este documento, la situación de los graduados del curso 2013 – 2014 en la familia sanitaria, a nivel estatal, es la siguiente:

Encuesta de inserción laboral de titulados universitarios 2019			
Situación laboral en 2019 de los graduados universitarios del curso 2013-2014. Cifras relativas			
Filas → porcentajes	Columnas →		
	3 valores más altos	3 valores más bajos	
	Trabajando	En desempleo	Inactivo
Ambos sexos			
Medicina	95,0	2,0	3,0
Enfermería	92,7	3,3	4,0
Óptica y optometría	91,6	5,3	3,2
Fisioterapia	91,4	5,8	2,8
Logopedia	86,3	7,8	5,9
Nutrición humana y d.	91,0	2,2	6,7
Podología	96,9	1,0	2,1
Terapia ocupacional	88,8	8,4	2,7
Farmacia	92,9	2,8	4,2
Trabajo social	86,2	6,7	7,1
Hombres			
Medicina	97,7	0,3	1,9
Enfermería	91,6	3,5	5,0
Óptica y optometría	93,8	4,9	1,3
Fisioterapia	93,5	2,4	4,1
Logopedia	88,0	12,0	0,0
Nutrición humana y d.	92,1	5,5	2,4
Podología	97,1	2,9	0,0
Terapia ocupacional	95,5	4,5	0,0
Farmacia	87,3	6,7	6,1
Trabajo social	88,5	3,0	8,5
Mujeres			
Medicina	93,7	2,8	3,6
Enfermería	93,0	3,3	3,7
Óptica y optometría	90,7	5,4	3,9
Fisioterapia	90,1	8,0	1,9
Logopedia	86,2	7,5	6,3
Nutrición humana y d.	90,8	1,5	7,7
Podología	96,8	0,0	3,2
Terapia ocupacional	88,0	8,9	3,1
Farmacia	95,2	1,3	3,5
Trabajo social	85,8	7,4	6,8
Fuente: Instituto Nacional de Estadística			
Nota: Los titulados en más de una titulación se han contabilizado una vez en cada una de las titulaciones que ha obtenido.			

Tabla 5. Situación laboral en 2019 de los graduados en Ciencias de la Salud del curso 2013 – 2014 (España)

Como puede verse, Enfermería, aun teniendo datos buenos de empleabilidad, no destaca entre los tres mejores datos ni en conjunto, ni por ninguno de los dos sexos. Las mujeres (93,0%) superan un poco en tasa de empleo a los hombres (91,6%), pero no es muy significativo; en términos absolutos, ocupa la cuarta posición, de las 10 profesiones incluidas, en activos ocupados (sexta, en el caso de los hombres), la quinta en activos desempleados (cuarta, los hombres) y la quinta también en inactivos (tercera para los hombres). Destaca el alto grado de inactividad entre los varones (5%), representando la tasa de abandono de la profesión, sea de forma transitoria sea permanentemente.

las profesiones con mejor empleabilidad son, por este orden, Podología (96,9%), Medicina (95,0%) y Farmacia (92,9%); las que presentan mayores tasas de desempleo son Terapia ocupacional (8,4%), Logopedia (7,8%) y Trabajo Social²⁹ (6,7%). Finalmente, las profesiones con mayor tasa de salida del mercado de trabajo (inactivos) son Trabajo social (7,1%), Nutrición humana y dietética (6,7%) y Logopedia (5,9%).

5.3.2. Asturias.

Por lo que respecta a nuestra Comunidad Autónoma, tanto Enfermería como Medicina están cerca del promedio nacional en tasa de empleo a los cinco años de la graduación, si bien la tasa de paro es menor: pleno empleo en Medicina y prácticamente en Enfermería, con un punto menos que la media nacional; el desempleo entre el resto de las profesiones sanitarias (5,3%), sin embargo, es algo mayor que en el conjunto del estado (4,5%):

	Tasa de actividad	Tasa de empleo	Tasa de paro
Total nacional			
Medicina	97,0 ³	95,0 ³	2,1 ³
Enfermería	96,0 ³	92,7 ³	3,5 ³
Salud (Otros estudios)	96,7 ³	92,3 ³	4,5 ³
Asturias, Principado de			
Medicina	94,9 ³	94,9 ³	0,0 ³
Enfermería	94,9 ³	92,5 ³	2,5 ³
Salud (Otros estudios)	97,2 ³	92,0 ³	5,3 ³

Tabla 6. Empleabilidad a los cinco años en enfermería y medicina, comparativa autonómica y nacional

Esta tasa de desempleo tan baja es congruente con la baja tasa de alumnos matriculados –y por tanto de egresados– en Enfermería en la única Universidad de la comunidad autónoma.

Asturias se sitúa entre las CCAA con menor tasa de paro a los cinco años de finalización de los estudios, si bien no forma parte del selecto conjunto –Baleares, Canarias, La Rioja y el País Vasco– con pleno empleo, pero con su 2,5% está muy lejos de las CCAA con mayor desempleo a los cinco años: Comunidad Valenciana (8,8%), Castilla–La Mancha (8,2%) y Andalucía (6,1%):

²⁹ Trabajo social se incluye porque el INE la clasifica entre la familia sanitaria.

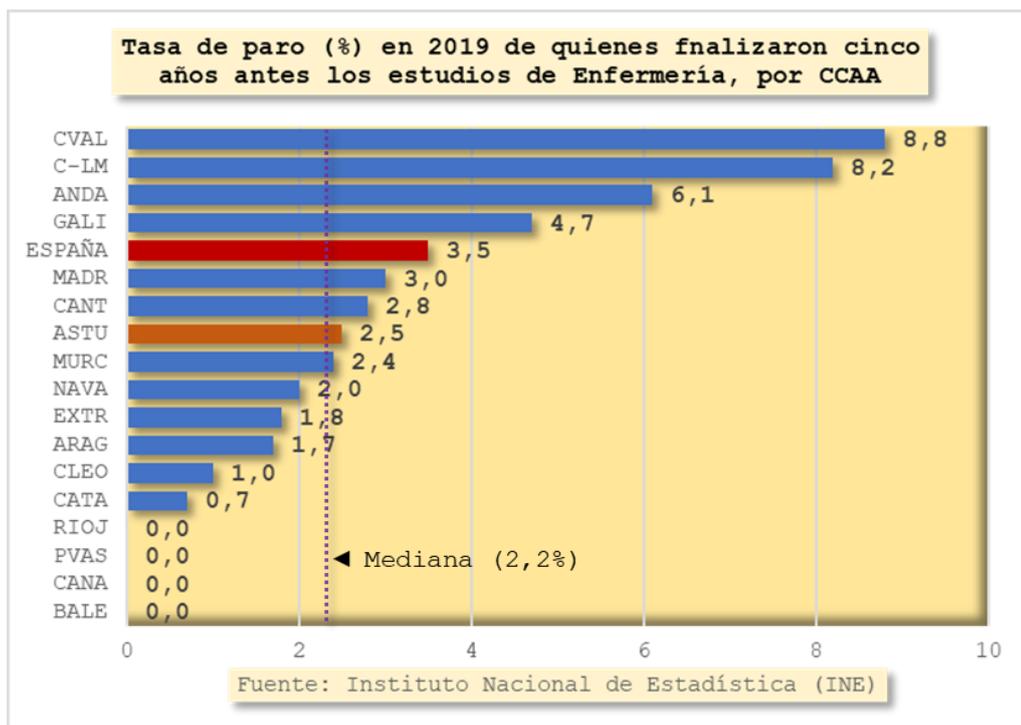


Gráfico 23. Tasa de paro a cinco años de los egresados en enfermería por CCAA (2019)

Queremos llamar la atención una vez más de que no hablamos de desempleo total: hablamos de enfermeras/os que ya hace cinco años que han finalizado sus estudios y se encuentran aún sin trabajo (o en precariedad, con contratos que no cubren todo el año).

6. Saldo demográfico.

6.1. Saldo vegetativo.

6.1.1. España.

Antes de describir la situación en Asturias, para contrastar los datos de CODEPA y comprobar si es posible generalizarlos, hemos pedido a algunos colegios de enfermería información sobre las jubilaciones que se produjeron en los últimos cinco años. Las cifras indican que se jubila anualmente entre el 1,3% y el 1,6% de sus profesionales activos. Pero sumando las bajas por otros motivos, incluidos los traslados a otros países, el porcentaje se sitúa entre el 2% y el 3%.

Llevado este porcentaje al conjunto de la profesión, significa entre ~5.000 y ~8.000 de los ~268.000 colegiados en activo pasan a ser inactivos cada año.

Dado que el sistema educativo produce en torno a 10.500 nuevos profesionales al año, ello significa un crecimiento vegetativo entre ~2.500 y ~5.500 por año a nivel estatal (datos de 2019); no obstante, este saldo no hará si no ir menguando, hasta desaparecer en los próximos cuatro años.

De hecho, en los datos del INE a nivel estatal se aprecia una incipiente, pero peligrosa, tendencia. Esta es la evolución del empleo enfermero, según la Encuesta de Población Activa, que solo incluye a los profesionales con empleo durante el último trimestre de cada año, es decir, la oferta laboral de los operadores sanitarios y sociosanitarios (2018, último dato publicado):



Gráfico 24. Enfermeras españolas activas, 2000 - 2018 (datos OCDE)

Y este otro gráfico muestra la tasa de crecimiento anual, con respecto al año anterior:



Gráfico 25. Enfermeras españolas activas, tasa de crecimiento anual, 2001 - 2018 (datos OCDE)

Tras el fuerte crecimiento que supuso la incorporación de las dos cohortes que retrasaron un año su acceso al mercado de trabajo por el factor Bolonia, entre 2015 y 2017, se inició un marcada desaceleración en el crecimiento de los efectivos.

En resumen, el escenario es más que preocupante: si cada año se dan de baja entre 220 y 265 enfermeras/os (180 - 215 por jubilación, más 40 - 50 por cambio de comunidad autónoma y otros motivos) y solo se espera que se incorpore un máximo de 170, tenemos un problema real que ya empieza a ser urgente de encarar. Hasta ahora, la existencia de un

abultado ejército de reserva conformado por desempleados ha servido como lenitivo, pero su desaparición, que es una buena noticia en sí misma, está haciendo que ya no solo se divise la punta del iceberg, sino el problema en toda su magnitud. Problema que si no se encara de manera decidida y creativa se irá agravando año a año hasta hacerse insostenible.

Habrà que estudiar a fondo los posibles escenarios y alternativas, pero con rapidez, para poder tener un diagnóstico: los profesionales no se fabrican en serie ni rápidamente.

6.1.2. Asturias.

Conviene constatar, en primer lugar, que Asturias es una de las comunidades autónomas con una población enfermera más envejecida. Aunque el INE solo facilita distribuciones de frecuencias por tramos etarios, hemos calculado un índice de envejecimiento de la colegiación, dividiendo el número de colegiados entre 55 y 64 años (tramo etario más envejecido con actividad) por el de menores de 35 años (tramo etario más joven), y Asturias (0,96) ocupa el tercer lugar en envejecimiento, solo por detrás de Extremadura (0,98) y La Rioja (1,05), frente a una media nacional de 0,60:

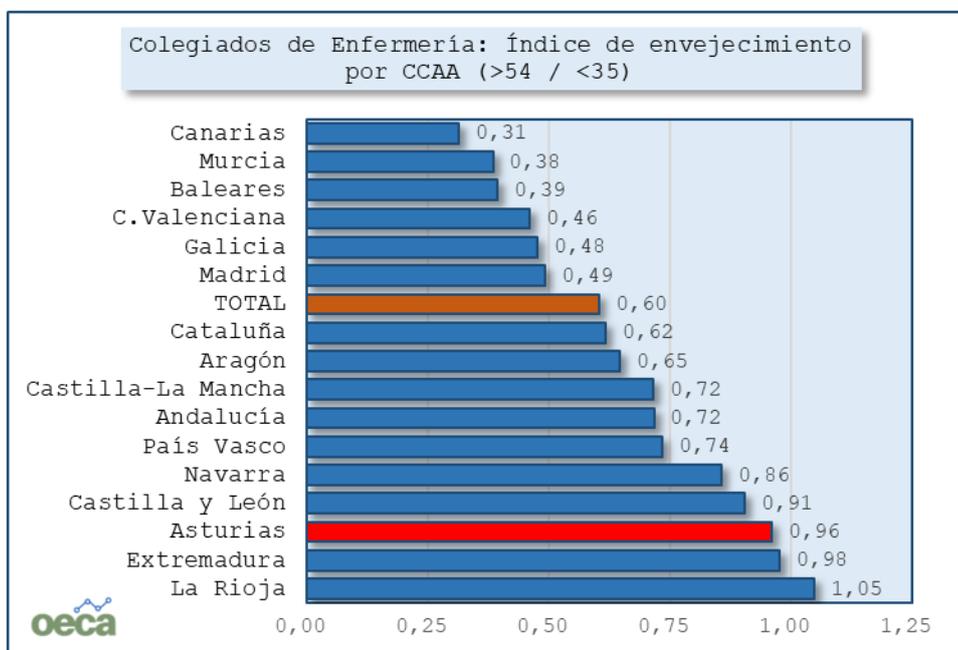


Gráfico 26.- Índice de envejecimiento de la Enfermería, por CCAA

Aunque como promedio estatal las enfermeras entre 55 y 64 años representan un 20% del total de potencialmente activos (hasta 64 años), Asturias encabeza el ranking, con un 27%;

afortunadamente, la situación no es *tan* mala en cuanto a la proporción del personal más joven (menores de 35 años), ya que presenta un 28% frente al promedio de 33% y hay cinco CCAA que muestran una situación peor, llegando a situarse en apenas 23%, en el caso más extremo de La Rioja.

Por este alto índice de envejecimiento, en CODEPA, el número de bajas como activos está creciendo: si hasta 2017 se situaban entre 70 – 80, en 2018 ya ascendieron a 107 y en 2019 se produjeron un total de 109 bajas. Y la tasa de crecimiento de la colegiación –más bajas y menos altas por el descenso en el número de egresados– se sitúa en mínimos históricos, entre el 1% y el 2%.

Durante los próximos cuatro años (2021–2024) se prevé que se jubilen en la comunidad autónoma algo más de 800 enfermeras/os, ya que hay 818 colegiados que nacieron entre 1956 y 1959 y que por tanto cumplirán 65 años a lo largo del período; pero también habrá jubilaciones anticipadas porque los muchos años de cotización –se titularon como ATS, no se les exigía bachillerato superior y los estudios duraban dos cursos, por lo que solían egresar con 18 o 19 años– se lo permitiría. De manera que **un cálculo razonable situaría el número de retiros en los próximos cinco años en torno a 900** (y probablemente nos quedamos cortos, especialmente si no se alarga significativamente la edad de jubilación y se incentiva la jubilación a la edad legal máxima).

El período más complicado, además, es precisamente este cuatrienio, ya que los colegiados nacidos entre 1960 y 1963, y que por tanto se jubilarán entre 2025 y 2028, descienden un 16%, de 818 a 685:

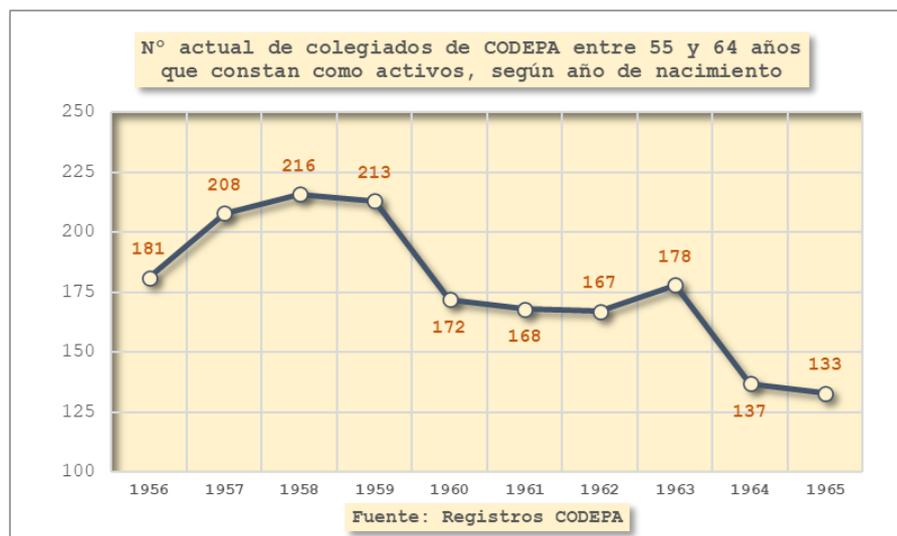


Gráfico 27. Colegiados entre 55 y 64 años, por año de nacimiento. CODEPA

¿Cómo irán cubriendo esta bajas los operadores sanitarios y sociosanitarios, tanto públicos como privados? La respuesta es evidente: con las nuevas altas procedentes del sistema educativo. Pero las previsiones al respecto no son muy halagüeñas.

Durante el curso 2019–2020 (última estadística disponible) había matriculados 666 alumnos³⁰ en los dos Grados de Enfermería de la Universidad de Oviedo (facultades de Medicina y Ciencias de la Salud, en Oviedo, y de Enfermería, en Gijón); dado que para el curso actual, 2020–2021, se ha incrementado ligeramente el número de plazas de primer curso, de 170 a 176 –104 en Oviedo y 72 en Gijón–, **es razonable estimar que actualmente habrá matriculados 670 alumnos; pues bien, ese será el número máximo de egresados entre los años 2021 a 2024.**

También hay que tener en cuenta que un número importante de egresados no se incorpora inmediatamente al mercado de trabajo, optando por comenzar su ciclo formativo de posgrado, sea mediante la preparación de las pruebas EIR o mediante el acceso a un Máster oficial u otros estudios no reglados (títulos propios).

Por tanto, en el mejor de los casos el saldo vegetativo (las ~670 entradas, menos las ~900 salidas) para 2021 – 2024 será negativo: ~230 efectivos menos. No debería hacer falta, por tanto, ser muy vehementes para convencer a los reguladores educativos y sanitarios del

³⁰ Este dato es del Ministerio de Educación; el que proporciona la Universidad de Oviedo es ligeramente menor (657).

inmenso riesgo que está empezando a correr el sistema sanitario de nuestra comunidad autónoma: seguir la peligrosa senda de los servicios de salud que no encuentran disponibles enfermeras, ni siquiera para suplir las bajas que se producen. Está sucediendo y lo estamos siguiendo a tiempo real.

6.2. Saldo migratorio.

Pero es que, además, entre 2010 y 2019 –la mayor parte, en plena crisis económica, entre 2011 y 2015– ha habido 131 bajas de colegiados para ejercer en el extranjero; no es muy fácil que una cifra significativa de estos profesionales vuelva por motivos profesionales, vistas las diferentes –y claramente más ventajosas– condiciones laborales y retributivas en muchos de sus países de acogimiento: renunciar a un contrato indefinido para entrar a formar parte del ejército de precarios no es fácil. Solo si los servicios de salud y sociosanitarios –es decir, el Servicio de Salud del Principado de Asturias, SESPA, y el organismo autónomo Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias, ERAA– adoptaran estrategias de retención y recuperación de profesionales mediante condiciones laborales y salariales atractivas se podría recuperar a una parte (indeterminada, pero probablemente significativa) de profesionales emigrados.

Una sangría aún más importante se produce en las bajas colegiales por traslado a otra comunidad autónoma, que solo entre 2015 y lo que va de 2020 ascienden a 216, a razón de 40 por año; aunque hay CCAA en las que existe un exceso de producción de profesionales por la abundancia de universidades privadas sin notas de corte y otros incentivos, por lo cual un porcentaje alto de egresados regresa a sus CCAA de origen, evidentemente no es el caso de nuestra Comunidad Autónoma, que solo cuenta con una universidad pública y ninguna privada.

Eso sí, sin duda habrá un número significativo de estudiantes asturianos en universidades de otras CCAA: aunque no hemos encontrado datos desglosados por titulaciones, para el conjunto de los grados en España supone el 16% del total de estudiantes universitarios con residencia previa en Asturias. Dada la exigente nota de corte de los dos grados en enfermería de la Universidad de Oviedo, cabe especular que el porcentaje sea algo superior, en torno al 20%, lo que situaría en unos 120 los estudiantes asturianos de enfermería en universidades foráneas.

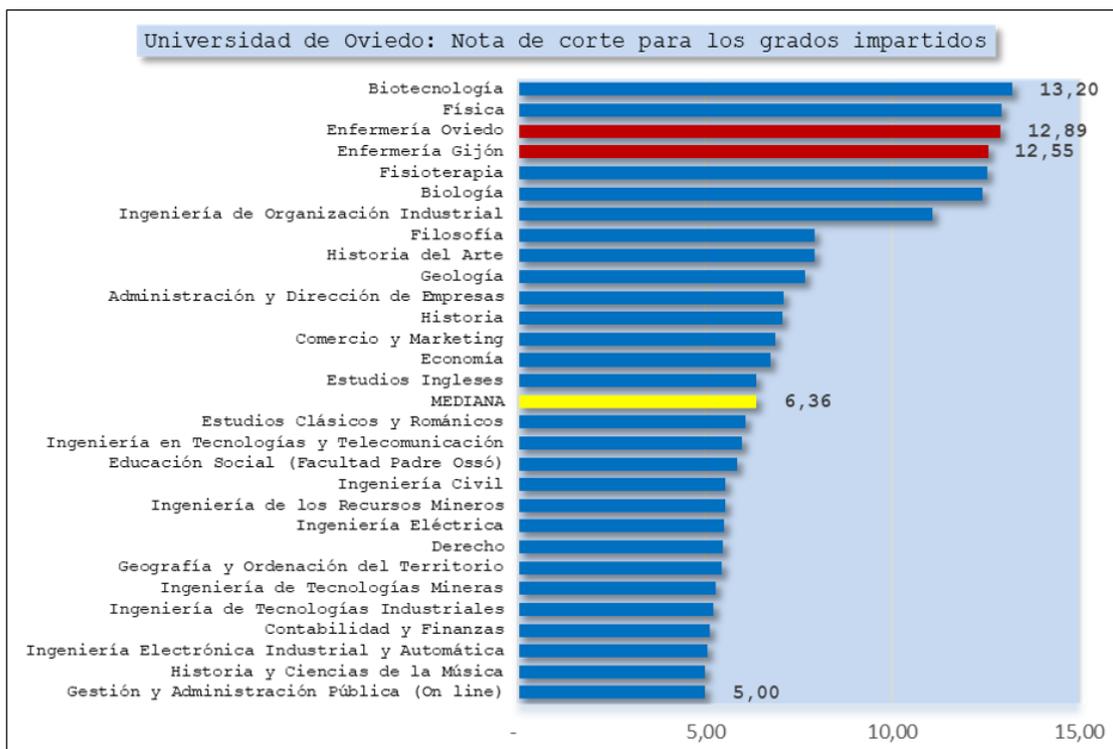


Gráfico 28. Notas de corte para el acceso a los estudios de Grado. Curso 2020-2021, Universidad de Oviedo

Atraer a estos estudiantes para que al finalizar sus estudios regresen a trabajar a su comunidad autónoma de origen no va a ser fácil, pero sí imprescindible si queremos asegurar una tasa de sustitución de las enfermeras retiradas del mercado laboral menos deficiente (aun así, seguiríamos teniendo un déficit en torno a 100 profesionales al año).

Hay que tener en cuenta que, **aun dentro del mercado laboral español, que se caracteriza por una baja movilidad, el Principado de Asturias muestra aún una menor tasa (8,5%) que la media nacional (9,8%),** según el informe [Datos Básicos de Movilidad. Contratación y movilidad geográfica de los trabajadores de España \(2019\)](#) del SEPE.

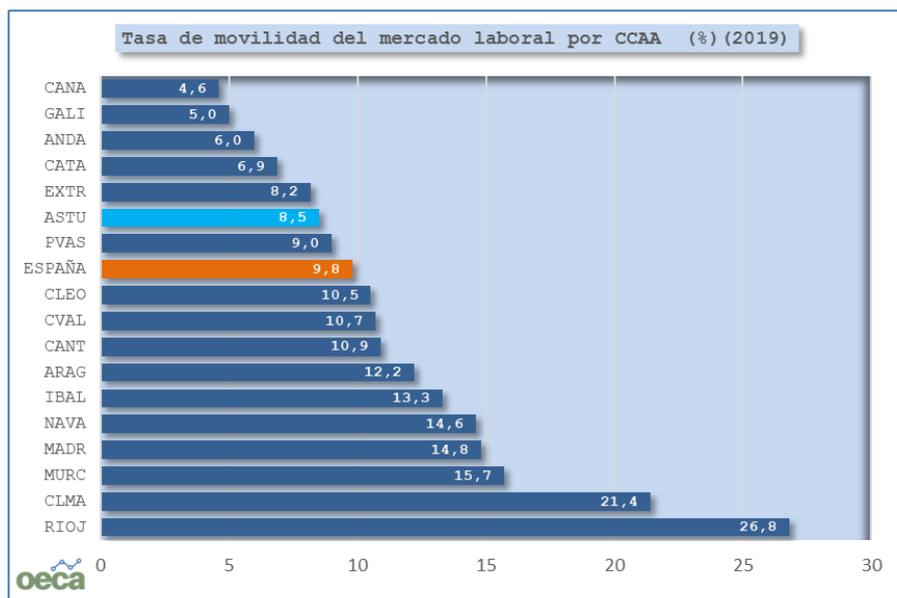


Gráfico 29. Tasa de movilidad laboral por comunidad autónoma (2019). Fuente SEPE

Encontramos también algunos datos adicionales:

- » La **diferencia entre salidas (emigrantes interiores) y entradas (inmigrantes interiores)** de trabajadores en nuestra comunidad autónoma arroja sistemáticamente un saldo negativo, que fue de más de 16.600 trabajadores en 2019.
- » El **sector de ocupación Actividades sanitarias** muestra también (a nivel estatal) una tasa de movilidad (10,1%) menor que el conjunto de sectores (14,3%).
- » Las **mujeres de Asturias** –que suponen el 86% del colectivo profesional enfermero– también se movilizan laboralmente (6,8%) bastante menos que los hombres (10,1%).

Esta emigración interior, por escasa que sea, se produce porque el mercado de trabajo –salvo en CCAA con restricciones idiomáticas o de mercado inmobiliario – es más dinámico que en el pasado, como corroboran los análisis del *Servicio Público Estatal de Empleo*. Pero ya a estas alturas, con las bolsas de empleo prácticamente agotadas y necesidades crecientes, **va a existir un lucha horizontal (entre servicios de salud; incluso entre gerencias de centros o áreas de un mismo servicio de salud o sociosanitario) y vertical (entre el sector público y el privado), por atraer y retener a los profesionales más cualificados**. Y quien antes y mejor lo entienda, incentivando la captación y retención de profesionales, sobre todo mejorando sus

expectativas laborales, lo tendrá *menos crudo* que el resto, como ya señalamos anteriormente.

Este contexto nos habla de una situación de partida poco favorable para que enfermeras/os del resto del territorio nacional puedan suplir los déficits actuales y futuros del Principado, lo cual solo podría paliarse si existen factores diferenciales positivos en el sistema sanitario público con respecto a otros territorios, especialmente los más próximos.

Es decir, que **no es razonable esperar, al menos a medio plazo, soluciones exógenas y que nuestros servicios regionales de salud, sociosanitario y educativo tendrán que ponerse las pilas, confiando solo en su propio esfuerzo y en los estímulos endógenos que desplieguen.**

Por ejemplo, **la alta nota de corte de los estudios de Enfermería en la Universidad de Oviedo indica que existe una importante demanda insatisfecha** y que, por tanto, debería ser posible ir incrementando las plazas ofertadas para estudiar enfermería, muy especialmente en la Facultad de Enfermería de Gijón, que oferta actualmente un 30% menos de plazas que la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de Oviedo. Es evidente que esta ampliación de la oferta docente no es sencilla, pero la magnitud del problema que se está generando a corto plazo debería servir como incentivo para dejar de mirar para otro lado.

PARTE SEGUNDA: CONCEPTUALIZANDO Y CONTEXTUALIZANDO LOS DATOS.

7. Conceptualizando las estadísticas sobre personal sanitario.

A diferencia de los *think-tank*, los lobbies profesionales presentan un serio problema conceptual –consciente o inconsciente– al analizar los datos e indicadores demográficos sobre su profesión: los tratan como si fueran variables independientes, en una suerte de *autismo estadístico*; naturalmente, no es así, porque los stocks profesionales dependen de un montón de factores, desde luego asistenciales, pero también culturales, políticos o de mercado. Es decir, las estructuras de recursos humanos se articulan en base a variables o factores interdependientes.

El mercado profesional es un ecosistema competitivo, porque en ellos *se pelea* por recursos necesariamente finitos, con frecuencia muy escasos o insuficientes para satisfacer a todos, en una suerte de *juego de suma cero* en el cual para que uno(s) gane(n) otros tienen que perder. El rol intermediador de los planificadores y gestores es fundamental, pero es más fácil resistirse a los débiles que a los poderosos.

Entre esos recursos por los que se pelea están los humanos, las dotaciones de personal, los puestos de trabajo y las condiciones laborales (de todo tipo, incluidos los salarios). Cuando desde la Mesa de la Profesión Enfermera se reivindican 120.000 profesionales más (2.038 para Asturias), no parece tenerse en cuenta que ello costaría en torno a 4.200 – 4.500 millones de euros al año, aproximadamente el 6% del presupuesto sanitario público.

La reivindicación de una *ley de ratios*, por otro lado, no va acompañada de una memoria económica, siquiera por el sencillo hecho de que quien la presenta no tiene la menor idea –ni nosotros, ni ningún agente a nivel global– de cuál es la situación actual ni cuáles serían los recursos profesionales que habría que incorporar. En este asunto hay que utilizar análisis de áreas pequeñas (*small-area variation análisis*), tan pequeñas como las unidades asistenciales, ni siquiera a nivel de centro por lo general. Los datos no salen de arriba abajo, sino que se acumulan de abajo arriba.

Cabe pensar que los partidos políticos que dicen apoyar la proposición de ley –y en todo caso quien ostente en su momento la cartera de Sanidad o presida la Comisión de Sanidad del Congreso– sí la encargarán antes de embarcarse una vez más en leyes que al cabo

de los años resultan ser incumplidas total o parcialmente. Hay desde luego, en lo referente al desarrollo profesional de la enfermería, multitud de ejemplos.

7.1. El personal sanitario asistencial.

Pero tampoco tienen en cuenta las peculiaridades de nuestras estructuras de personal. Si analizamos los stocks de personal sanitario asistencial –enfermeras, médicos, fisioterapeutas y personal cuidador sin titulación superior–, España está ligeramente por encima del promedio de los 27 países de la OCDE que proporcionan datos comparables para los cuatro colectivos, con 21,9 activos por 1.000 habitantes frente al promedio (mediana) de 19,7 del resto (en el cálculo de la mediana no se incluyen los datos de España): ³¹

Personal sanitario/1000 habitantes: 27 países de la OCDE que proporcionan datos sobre las cuatro profesiones					
PAÍS	ENFERMERAS	MÉDICOS	FISIOTERAPEUTAS	AUXILIARES	TOTAL
Noruega	21,4	5,5	2,5	21,7	51,0
Dinamarca	11,8	4,5	1,7	17,3	35,3
Francia	11,1	3,4	1,3	17,2	33,0
Islandia	9,8	3,9	1,7	15,3	30,7
Países Bajos	11,4	3,7	2,0	13,1	30,1
Bélgica	12,1	4,5	2,0	10,0	28,5
Reino Unido	7,8	2,8	0,4	16,2	27,3
Alemania	13,8	4,7	2,3	4,9	25,7
Irlanda	15,1	3,3	1,0	5,2	24,6
Luxemburgo	12,3	3,3	2,0	6,1	23,8
Estados Unidos	11,9	2,6	0,7	7,4	22,6
Italia	7,0	4,2	1,0	10,3	22,5
Israel	5,3	3,3	1,3	11,9	21,9
España	6,1	4,3	1,2	10,3	21,9
MEDIANA	7,9	3,5	0,9	5,7	19,7
Canadá	8,0	2,8	0,6	6,1	17,4
Lituania	8,1	4,9	1,3	2,9	17,2
Chile	3,7	2,6	1,5	9,1	16,8
R. Checa	8,5	4,0	0,9	2,7	16,1
Hungría	6,9	5,8	0,5	2,8	16,0
Portugal	7,2	5,2	0,1	3,1	15,5
Estonia	6,6	3,5	0,4	2,9	13,4
Eslovaquia	6,0	3,5	0,4	1,8	11,7
Austria	7,1	2,8	0,4	1,2	11,5
Grecia	3,6	6,1	0,8	0,6	11,1
Letonia	4,6	3,4	0,4	1,1	9,5
Polonia	5,7	2,6	0,7	0,2	9,2
Eslovenia	3,6	3,2	0,7	1,1	8,7

Elaboración propia sobre datos OECD.Stat (categ. professionally active)

Tabla 7. Personal sanitario /1.000 habitantes, países OCDE seleccionados (2018 o 2017)

³¹ En verde, personal con licencia para ejercer; en amarillo, personal trabajando; en blanco, personal profesionalmente activo.

No parece ser por tanto un problema de dotación global de los recursos humanos sanitarios que atienden a la población y a los pacientes. Tampoco de personal de enfermería o de cuidados, ya que, en la misma línea, tenemos una ratio de 16,4, ligeramente superior a la mediana del resto de países de 15,6.

PAÍS	ENFERMERAS	AUXILIARES	PERS . CUIDADOS
Greece	3,6	0,6	4,2
Slovenia	3,6	1,1	4,8
Latvia	4,6	1,1	5,7
Poland	5,7	0,2	5,9
Slovak Republic	6,0	1,8	7,9
Austria	7,1	1,2	8,3
Estonia	6,6	2,9	9,5
Hungary	6,9	2,8	9,7
Portugal	7,2	3,1	10,2
Lithuania	8,1	2,9	11,0
Czech Republic	8,5	2,7	11,2
Chile	3,7	9,1	12,7
Canada	8,0	6,1	14,0
MEDIANA	7,9	5,7	15,6
Spain	6,1	10,3	16,4
Israel	5,3	11,9	17,2
Italy	7,0	10,3	17,3
Luxembourg	12,3	6,1	18,5
Germany	13,8	4,9	18,7
United States	11,9	7,4	19,3
Ireland	15,1	5,2	20,3
Belgium	12,1	10,0	22,0
United Kingdom	7,8	16,2	24,0
Netherlands	11,4	13,1	24,4
Iceland	9,8	15,3	25,1
France	11,1	17,2	28,3
Denmark	11,8	17,3	29,1
Norway	21,4	21,7	43,1

Tabla 8. Ratios personal de cuidados/1.000 habitantes, países OCDE seleccionados (2018 o 2017)

En definitiva, España presenta unas ratios por población de fisioterapeutas un 33% superiores, aunque cuantitativamente son poco relevantes, al promedio; médicos y enfermeras presentan una situación simétrica, del 23% con respecto al promedio: pero superiores en el caso de los médicos e inferiores, en el de las enfermeras. Pero lo que más destaca es la dotación un 81% superior del personal de cuidados o auxiliares.

Por eso, lo que sucede es que las estructuras de recursos humanos son muy diferentes, como puede verse en el gráfico siguiente, que compara el porcentaje que cada grupo profesional representa sobre el total (de estos cuatro grupos ocupacionales):

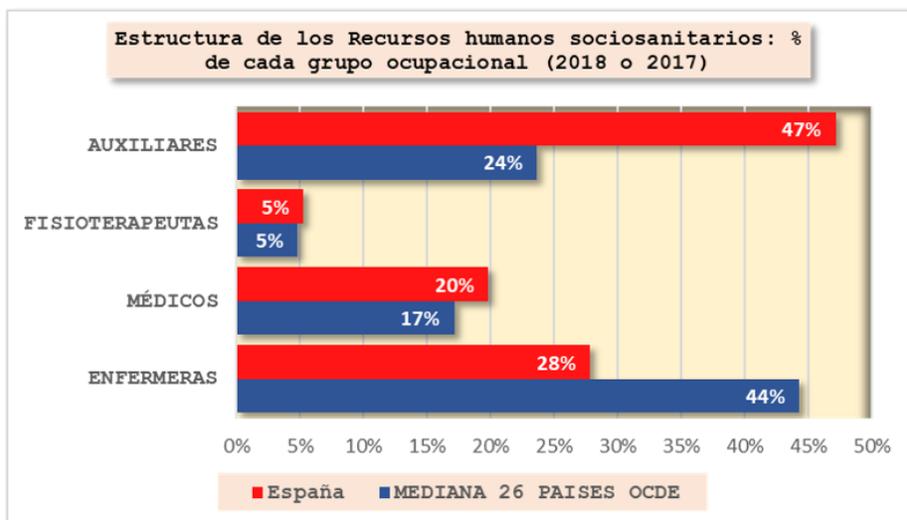


Gráfico 30. Estructura de recursos humanos sociosanitarios, España - OCDE (2018 o 2017)

El personal cuidador sin titulación universitaria (TCAE, pero también técnicos de emergencias sanitarias, celadores y otros cuidadores que constan como activos laboralmente en puestos retribuidos; en adelante, para simplificar, *auxiliares*³²) supone en España casi la mitad del total de personal asistencial y duplica prácticamente el promedio de los restantes 26 países donde son las enfermeras quienes suponen casi la mitad (44%) de los activos. La proporción auxiliares/enfermeras es en España de 1,7, casi el triple frente al promedio general de 0,6.

Este es el dato clave y este es el mensaje de las estadísticas internacionales; la proporción enfermeras/médicos, que siendo en España de solo 1,4 frente al 2,6 global (un 46% menor), no lo es tanto –aunque de alguna manera también– por una dotación *muy* alta de médicos, como suele argüirse, ya que es solo tres puntos porcentuales mayor que el promedio, sino porque en la composición del personal de cuidados es abrumadoramente mayoritario el personal auxiliar sobre el titulado.

³² En España, el INE clasifica a este personal en los códigos 561 («Auxiliares de Enfermería»), 562 («Técnicos auxiliares de farmacia y emergencias sanitarias y otros trabajadores de los cuidados a las personas en servicios de salud») y 571 («Trabajadores de los cuidados personales a domicilio (excepto cuidadores de niños)»). Dado que solo se codifica hasta tres dígitos, el epígrafe 562 está algo distorsionado por la inclusión del subepígrafe 5621, correspondiente a los auxiliares de farmacia (en torno a 45.000 en oficinas de farmacia, de los 483.00 del total de los tres epígrafes, un 9%).

¿Quiere este dato decir que existe una suerte de principio de Pascal o de *vasos comunicantes* entre personal de enfermería titulado y no titulado? ¿Qué cuanto menos personal titulado hay, más se sustituye esta carencia con personal no titulado, y viceversa?

No. La estadística muestra que los países que tienen muchas enfermeras no tienden a tener menos auxiliares, ni viceversa, al menos con cierta potencia estadística:

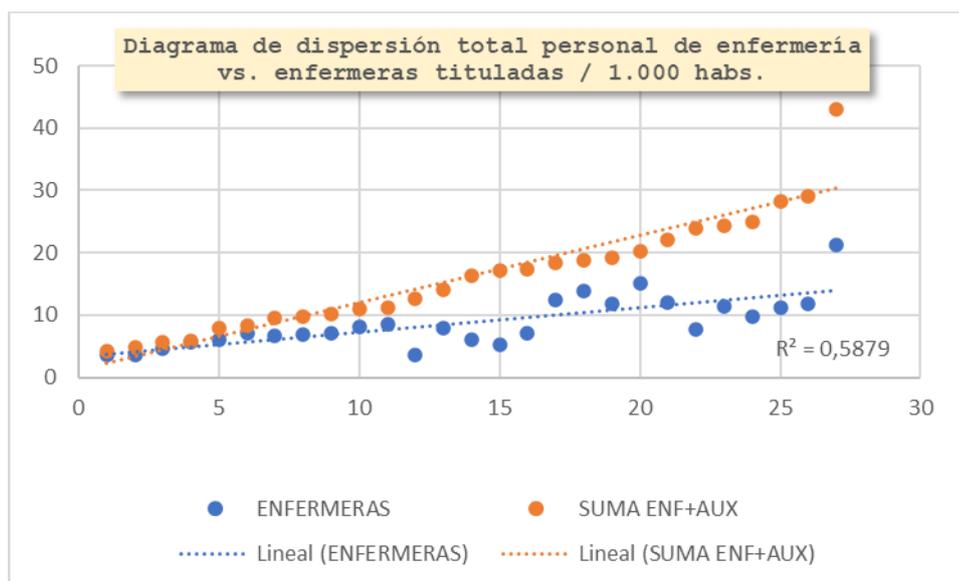


Gráfico 31. Personal enfermería total vs. enfermeras tituladas (x 1.000 habitantes). España, 2018

Puede verse incluso a primera vista que, excepto en el caso de los países con menor ratio de personal de cuidados³³, no existe una correlación marcada ($R^2 = 0,57899$; $p < 0,5$) entre el personal de enfermería total y las enfermeras tituladas.

Si ahora comparamos directamente la ratio de enfermeras y auxiliares, vemos que Noruega, que es el país de la OCDE con mayor dotación de personal de enfermería (43,1/1.000), tiene una dotación prácticamente idéntica de enfermeras (21,4) y auxiliares (21,7); que hay países, como el Reino Unido, donde la tasa de auxiliares (16,2) más que duplica a la de enfermeras (7,8); y que hay otros, como su vecina Irlanda –ambos con modelo de servicio nacional de salud–, donde la tasa de enfermeras por población (15,1) casi triplica la de auxiliares (5,2). Cada país es un mundo...

³³ Ya que no se ven los nombres en el gráfico: tienen menos de 12/1.000 Grecia, Eslovenia, Letonia, Polonia, Eslovaquia, Austria, Estonia, Hungría, Portugal y República Checa.

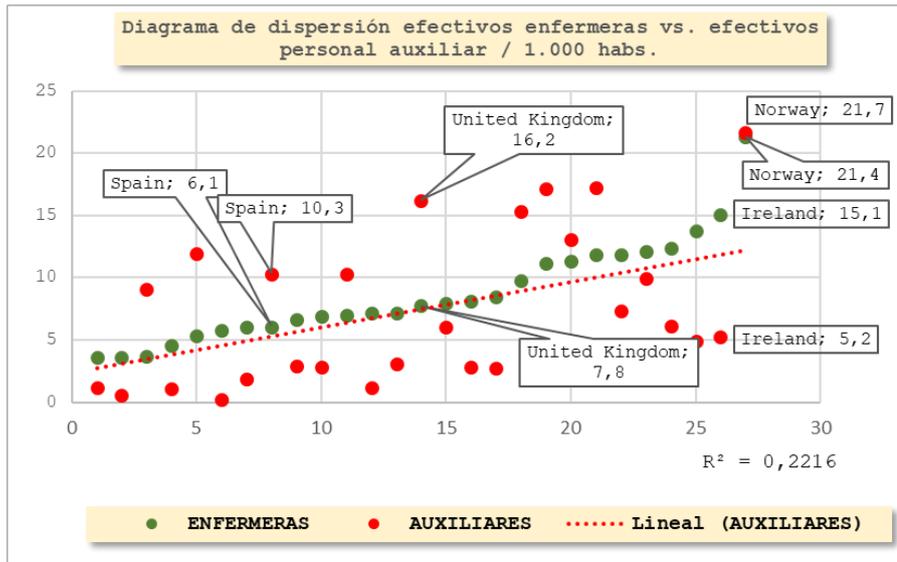


Gráfico 32. Diagrama de dispersión enfermeras vs. personal auxiliar (x 1.000 habitantes). España, 2018

Y, por otro lado, ¿tener muchos médicos implica tener pocas enfermeras y viceversa?

Pues tampoco, en absoluto, no existe la menor correlación entre ambas ratios:

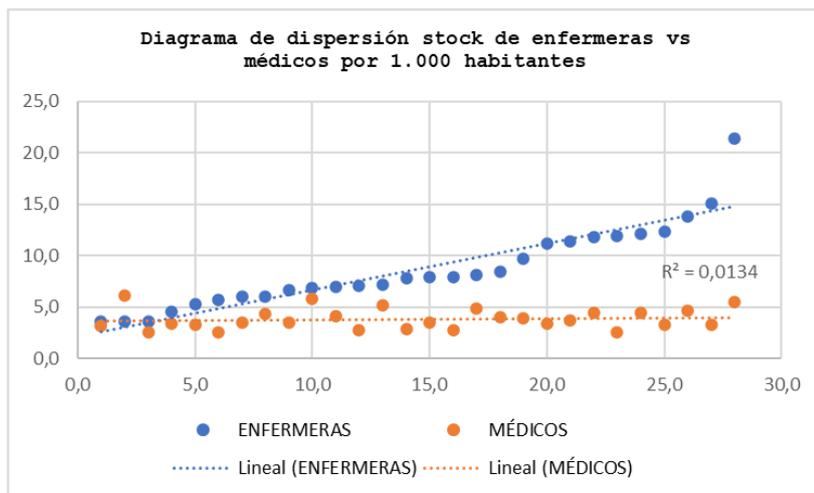


Gráfico 33. Diagrama de dispersión enfermeras vs. médicos (x 1.000 habitantes). España, 2018

Yendo aún más allá, tampoco existe correlación entre los stocks de personal de cuidados (enfermeras y otro personal auxiliar) y de médicos:

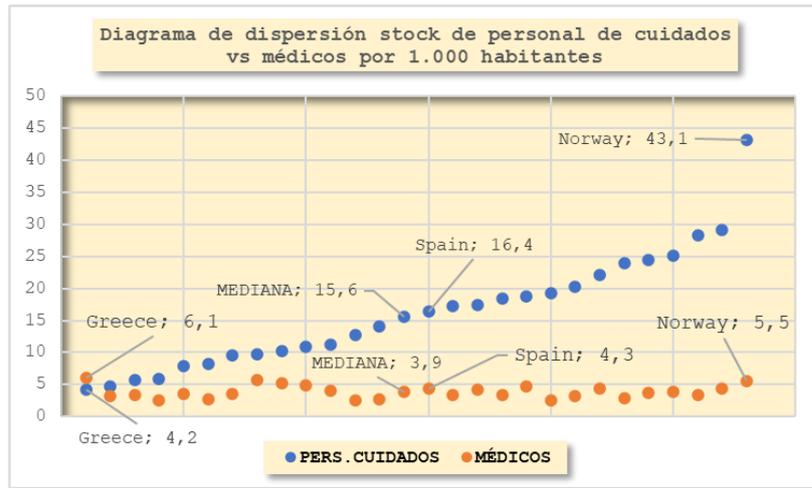


Gráfico 34. Diagrama de dispersión personal de cuidados vs. médicos (x 1.000 habitantes). España, 2018

No parecen existir, por tanto, *trade-offs* entre grupos ocupacionales como patrones en la configuración de las estructuras del personal sanitario. Cada sistema sanitario se configura en función de sus raíces históricas, de sus concepciones culturales hegemónicas sobre la sanidad y, sobre todo, probablemente de las actividades de influencia y las correlaciones de poder en el ecosistema profesional.

Por otro lado, los discursos estáticos, nostálgicos de un argumentario caduco que solo se renueva en las cifras, pero no en la revisión de la realidad, son engañosos: en el pasado decenio, la tasa de crecimiento de la población enfermera española está en el pelotón de cabeza de la OCDE, mientras que la médica está en el pelotón de cola:

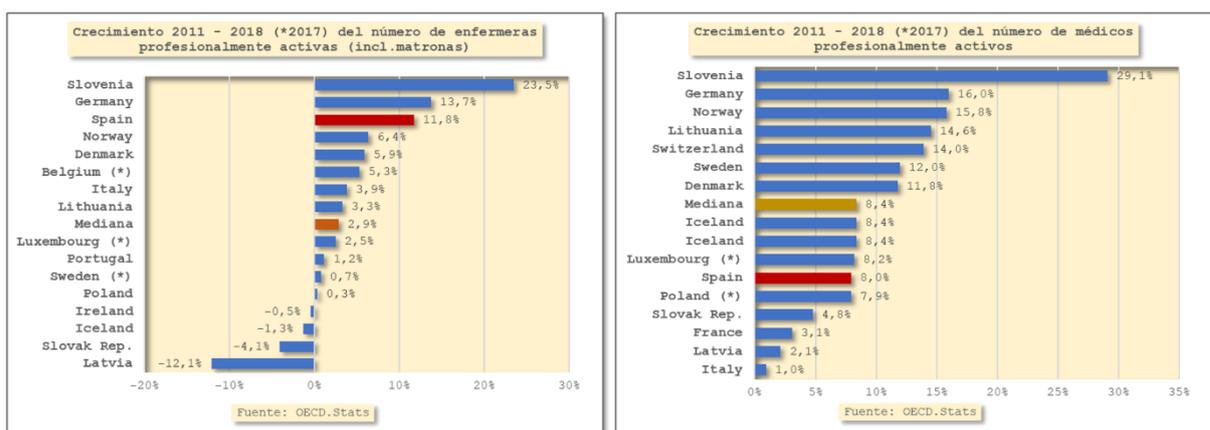


Gráfico 35. Crecimiento 2011 - 2018 de enfermeras y médicos activos, países seleccionados OCDE

De los datos se deduce que, si bien ha existido una tendencia durante la segunda mitad del pasado siglo de hipermedicalización de las plantillas asistenciales, desde el pasado decenio

del siglo actual se está revirtiendo esta dinámica en favor de las enfermeras y el personal de cuidados; algo que resulta congruente con ciertas dinámicas demográficas –envejecimiento– y sanitarias –cronicidad– críticas para los servicios de salud. Eso sí, no de manera homogénea entre comunidades autónomas y la nuestra necesita una reformulación, tanto a nivel educativo, como de planificación y gestión sanitarias.

No debemos focalizar, pues, la intervención y las propuestas como un problema de dotación, sino de cualificación, del personal de cuidados.

7.2. Un problema cualitativo (cualificación), más que cuantitativo (dotación).

Aquí, no queda otro remedio que recordar los resultados de los estudios RN4CAST, liderados desde la Universidad de Pennsylvania por Walter Sermeus y Linda Aiken; en España, por Teresa Moreno Casbas, directora de Investén (Instituto de Salud Carlos III) y Carmen Fuentelsaz, responsable del Grupo de Investigación de Cuidados de Salud del Vall d'Hebron Instituto de Investigación.

Según describen el estudio en su web oficial:

«RN4CAST estudia cómo las características organizativas de la atención hospitalaria influyen en la contratación y retención de enfermeras y los resultados de los pacientes. En 2009-2010, encuestamos a pacientes y enfermeras tituladas en aproximadamente 500 hospitales generales de cuidados agudos en 12 países europeos (Bélgica, Inglaterra, Finlandia, Alemania, Grecia, Irlanda, Países Bajos, Noruega, Polonia, España, Suecia y Suiza), y se recopilaron datos del alta de cientos de miles de pacientes. Desde entonces, varios países han replicado el estudio y se han iniciado nuevos estudios a nivel nacional en Portugal (2014), Italia (2015–2016) y Chipre (2015–2016).»

En el trabajo [*Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study*](#), publicado en *The Lancet* en 2014, se muestran los resultados, sintetizados de la siguiente manera:

«Los recortes de personal de enfermería para ahorrar dinero podrían afectar negativamente los resultados de los pacientes. Un mayor énfasis en la educación de licenciatura (grado) para enfermeras podría reducir las muertes hospitalarias evitables.»

En concreto: «*los pacientes en hospitales en los que el 60% de las enfermeras tenían título de licenciatura y las enfermeras atendían a un promedio de seis pacientes tendrían una mortalidad intrahospitalaria casi un 30% menor que los pacientes en hospitales en los que solo el 30% de las enfermeras tuvieran títulos de licenciatura y las enfermeras atendían un promedio de ocho pacientes*».

A similares conclusiones llega el estudio español, que contó con la participación de 60 hospitales y 7.640 enfermeras de 532 unidades de enfermería hospitalarias. Una proporción mayor de enfermeras tituladas dentro del personal de cuidados en los hospitales garantiza mejores resultados asistenciales. Lo que, de manera directa o indirecta supone una reducción de costes humanos y financieros.

Aunque el estudio se centra en hospitales de agudos, también existen evidencias fuertes de que esta conclusión es aplicable a las residencias geriátricas (*nursing homes*); una revisión de la literatura científica realizada en la Universidad de Leeds (RU) y publicada en 2015 puso de manifiesto que la existencia de personal de enfermería titulado e, incluso, de la presencia de un director de enfermería en las residencias más grandes, mejoran la calidad de los cuidados y reducen eventos adversos entre los residentes. La necesidad de contar, al menos y por pequeño que sea el dispositivo residencial, con una enfermera titulada por turno, presencialmente o en guardias localizadas cuando el centro es muy pequeño, es evidente a la luz de los resultados.

Invertir en enfermeras es una inversión con alto valor añadido. El informe Working for health and growth: investing in the health workforce, de la Comisión de Alto Nivel sobre Empleo Sanitario y Crecimiento Económico de Naciones Unidas, concluyó que la inversión en mejora de la cualificación profesional y creación de empleo en los sectores sanitario y sociosanitario dan como resultado un triple retorno: mejora de los resultados en salud y la seguridad sanitaria global –como el SARS-CoV-2 nos ha venido a evidenciar– y un crecimiento económico mayor y más inclusivo, especialmente para las mujeres, que suponen el 80% del empleo sanitario mundial.

8. Los marcos competenciales y las configuraciones ocupacionales.

8.1. El factor objetivo: la adaptabilidad de los marcos.

Estos factores tienen que ver de manera muy especial con todo lo relativo a la regulación de la formación y el marco competencial de las profesiones sanitarias. Las funciones que realiza una enfermera alemana son, en buena parte, más parecidas a las que realizan aquí las TCAE; las enfermeras ayudantes (*associate, assistant...*), que se forman en las universidades durante uno o dos años³⁴ cuentan como enfermeras en las estadísticas comparativas al lado de las registradas (*registered, RN*), siendo la realidad muy diferente: entre los 21 países que proporcionan los datos de enfermeras tituladas profesionalmente activas, 10 contabilizan a este personal con tan precaria formación como enfermeras (la diferencia entre la columna derecha y la izquierda en las filas en color blanco, las representa); en los restantes 11, España entre ellos, no existe esta categoría híbrida enfermera/TCAE.

PAÍS	Registradas	Totales
Australia	11,1	13,2
Canada	7,9	10,9
Denmark	11,5	11,5
France	10,8	10,8
Germany	13,5	16,9
Iceland	8,9	12,9
Ireland	12,9	14,7
Israel	5,1	5,9
Italy	6,7	6,7
Japan	10,1	12,5
Lithuania	7,8	7,8
Luxembourg	12,0	12,0
New Zealand	10,6	11,1
Norway	20,8	20,8
Poland	5,1	5,1
Portugal	6,9	6,9
Slovak Republic	5,7	5,7
Slovenia	3,5	10,3
Spain	6,1	6,1
Sweden	11,5	11,5
United States	9,7	11,9
Mediana (*)	9,9	12,2

(*) Países con datos diferentes en las dos columnas

Tabla 9. Enfermeras profesionales vs. enfermeras totales contabilizadas por OCDE (2018 o 2017)

³⁴ En las estadísticas internacionales, su nivel formativo no consta como *Degree, Bacallaureate, Graduate*, etc., sino como *Associate Degree, Diploma* o, en términos más genéricos, como *vocational education*.

Por otro lado, son muchos los países que tienen reconocida la figura de Enfermera de Práctica Avanzada, generalmente bajo la denominación paraguas de *Nurse Practitioner*. Sus competencias legalmente reconocidas les facultan para trabajar de forma autónoma, dentro de un set de competencias y actividades (variable según las diferentes regulaciones estatales o locales), prestando de hecho atención médica, no solo lo que se reconoce bajo la etiqueta de cuidados de enfermería. Estas enfermeras poseen un nivel de cualificación profesional muy por encima de las enfermeras de cuidados generales, equivalentes, si no superiores, a las enfermeras especialistas. Lógicamente, este importantísimo aspecto cualitativo, que no tiene un tratamiento cuantitativo en las estadísticas internacionales, tiene un impacto claro en el rendimiento y resultados de las plantillas de enfermería; por ello, la composición interna del personal de cuidados es tan importante, o más, como su dimensión cuantitativa.

En el *campo contrario*, muchos países de la Commonwealth (EEUU, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Reino Unido...) tienen la figura del *Physician Assistant* y similares (asistente médico o médico asistente) que, como su nombre indica, no es una ocupación autónoma, sino que trabaja bajo la supervisión de los médicos, quienes delegan en ellos/as determinadas tareas tasadas por los organismos reguladores. Sus estudios son eminentemente prácticos (*vocacionales*, en jerga internacional) y no suelen durar más de dos años. Sin duda, aunque la casuística es muy variada, desempeñan funciones que en los países donde no existe esa figura realizan los propios médicos o, más comúnmente, las enfermeras.

Luego están las propias competencias que tienen las diferentes ocupaciones. Es bien conocido el ejemplo de los dispositivos intrauterinos (DIU), que en España solo los pueden implantar los ginecólogos, en Portugal también lo pueden hacer los médicos de familia y en Suecia, las enfermeras comunitarias.

Sucede lo mismo con la atención a los niños/as en atención primaria: hay tantos países que encargan esta tarea a los pediatras comunitarios, como a los médicos de familia; y hay también diferentes funciones de las enfermeras familiares y comunitarias y especialistas en pediatría.

Podríamos poner infinidad de ejemplos más de países desarrollados en los que las competencias, funciones y procedimientos son desarrollados por profesiones y/o especialidades diferentes. Aunque existe un numeroso corpus científico, con cientos de

metaanálisis, estudios experimentales o revisiones estadísticas, nadie es capaz de determinar con una mínima precisión o confiabilidad, en términos generales, si las cosas van mejor donde una competencia, función o procedimiento es responsabilidad, única o compartida, de un grupo profesional u otro(s).

Porque ahí está el problema y el reto: ese “en términos generales”.

Los ecosistemas profesionales descansan en equilibrios inestables, no en basamentos y fronteras herméticas e intocables; y evolucionan, o deberían hacerlo, según avanzan las exigencias en efectividad, calidad, seguridad, costes, etc. que los sistemas sanitarios presentan y los desarrollos avanzados de cada una de las profesiones sanitarias puede aportar desde una concepción interdependiente, cambiante y flexible. El problema son las posiciones de poder y los inherentes intereses creados. En todos los ámbitos.

De ahí que sea absurdo utilizar comparativas de trazo grueso para reivindicar plantillas más (o menos) amplias. El mundo de las profesiones sanitarias es demasiado complejo como para usar ratios simples y dictar diagnósticos como “hay demasiados médicos”, “tenemos muy pocas enfermeras”, “esto es competencia exclusiva de los médicos” o “los farmacéuticos pueden/no pueden hacer esto”, que en realidad solo sirven como titulares de notas de prensa.

La realidad se resuelve en los centros sanitarios, pero nuestros modelos y sistemas de asignación y gestión de recursos profesionales sanitarios están muy poco evolucionados y profesionalizados, de manera que al final las plantillas de nuestros centros asistenciales son producto más de las relaciones de poder y las actividades de influencia que de las necesidades reales. Y en esto, las enfermeras suelen salir perdiendo porque su posición de poder es muy limitada, sobre todo frente a la profesión médica y en un entorno de culturas organizacionales y gestoras también muy biomedicalizadas, como herencia de la tradición de decenios (y también del escaso liderazgo intelectual y moral de la organización colegial enfermera). Esto tiene que cambiar y no lo vamos a hacer con la cantinela anual, según se actualizan los datos, de “faltan 90.000, 120.000 o 240.000 enfermeras”: aunque los políticos “compraran” esta reivindicación, la primera pregunta ni siquiera sería «¿cómo lo financiamos?», sino: «¿y de dónde las sacamos?».

Algo de lo que siempre se habla, pero a menudo se olvida, es que la adaptación continua de los servicios de salud solo puede ser colaborativa, con tres agentes principales:

directivos/gestores, profesionales y pacientes/sociedad. Sin esas prácticas colaborativas surge el intento de imponer reformas a golpe de boletín oficial y esas reformas simplemente no funcionan, porque la realidad de las organizaciones complejas es mucho más difícil de manejar. Por eso, el papel de la política y los reguladores es facilitar ese marco cooperativo en el diseño político y legal de los servicios de salud.

El principal problema, aparte de los de diseño de las organizaciones sanitarias, es que cada uno de estos tres agentes tiene tendencia a poner líneas rojas desde un punto de vista eminentemente conservador (y de defensa de las propias posiciones e intereses, claro). Pero además uno de ellos, las profesiones sanitarias, adolece de una fuerte fragmentación interna y, por ello, a las líneas rojas externas se suman las internas, de manera que se multiplican hasta convertirse en ingobernables para reguladores y gestores.

8.2. El factor subjetivo: los corporativismos.

El día a día nos muestra esa realidad corporativista, por utilizar un término suave. Por ejemplo, el detonante de la primera huelga general de médicos en 25 años no ha sido la precariedad laboral ni reivindicaciones salariales, ni siquiera la situación de la atención primaria o las tensiones prolongadas ocasionadas por la covid-19: fue el rechazo al *Real Decreto-ley 29/2020, de 29 de septiembre, de medidas urgentes en materia de teletrabajo en las Administraciones Públicas y de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19*, en el cual, a petición de las comunidades autónomas y con carácter excepcional, se intenta facilitar la contratación de profesionales cuando a los servicios de salud se les agoten las reservas de efectivos para refuerzos y sustituciones.

Permite, por ejemplo, en su artículo segundo (bajo el obsoleto epígrafe de «Medidas de contratación excepcional de personal facultativo y no facultativo»), la contratación de médicos extranjeros en trámite de homologación del título de especialista obtenido en países no miembros de la UE y aprobados en el examen MIR, pero que no obtuvieron plaza, a los que se contrataría como residentes.

Por otro lado, además de permitir la movilidad entre áreas y dispositivos (hospitales, primaria, administración...), prevé la sustitución de plazas de una especialidad por médicos y

enfermeras con otra especialidad y, sobre todo, que «*el personal de enfermería y médico especialista estatutario que preste servicios en centros hospitalarios pase a prestar servicios en los centros de atención primaria de su área de influencia para realizar las funciones propias del personal médico de atención primaria*», en el caso de que no haya disponibles médicos de familia.

La reacción de las asociaciones, corporaciones y sindicatos médicos fue inmediata y contundente, lanzando como dardos sus líneas rojas, poniendo en duda el carácter excepcional de estas medidas y negando con carácter general la capacitación de los profesionales *subrogados* para atender a los pacientes en condiciones de seguridad.

No se proponen alternativas viables ni se confía en el juicio de los gestores a la hora de enviar a un profesional a la plaza vacante de otra profesión o especialización y de encomendarle funciones para las que no está capacitado. Estando agobiados por la intensa carga de trabajo que experimentan, sobre todo en atención primaria, y conociendo de sobra que la mayoría de las bolsas de empleo están agotadas, niegan la posibilidad, por poner algunos casos que deberían ser más asumibles por ellos, de que una enfermera especialista en familiar y comunitaria asuma ciertas competencias de un médico de familia, en la atención a los pacientes crónicos de sus cupos, por ejemplo, liberando así de cargas a los agobiados médicos. O que el seguimiento del niño sano pueda ser asumido por enfermeras especialistas en Pediatría, muy especialmente en los centros de salud donde no hay pediatras.

Otro ejemplo de línea roja profesional, que nos toca más de cerca, es la absoluta negatividad de asociaciones, corporaciones y sindicatos enfermeros a que ni siquiera se ponga sobre la mesa la manera en que, en plena crisis pandémica, podría ayudar la farmacia comunitaria³⁵, siquiera asumiendo tareas de bajo valor profesional añadido. Es evidente que las tácticas y modos de asociaciones, corporaciones y patronales de farmacéuticos no ayudan mucho («servicios profesionales **voluntarios** y **retribuidos**», es su mantra). Pero ignorar la capilaridad de las oficinas de farmacia, especialmente de la farmacia rural, y la presencia en ellas (obligada por ley; otra cosa es que se cumpla siempre) de un titulado universitario

³⁵ «La mal llamada farmacia comunitaria», como ponen énfasis desde la Mesa de la Profesión Enfermera cada vez que se plantea el tema, ignorando que la denominación Farmacia Comunitaria no es un invento patrio, sino la denominación internacionalmente adoptada de lo que aquí llamamos comúnmente (y legalmente) “oficinas de farmacia”.

especialista en medicamentos y productos sanitarios, negándose por sistema a sentarse a hablar, debatir y reflexionar colaborativamente si, efectivamente, hay tareas que pudieran realizarse en condiciones de seguridad (muy especialmente en cuanto a riesgos biológicos) y calidad, allí donde sea necesario o conveniente (pensemos en la *España vaciada* y en zonas rurales con mala accesibilidad), es simplemente un error de origen corporativista. Un rechazo tan tajante e integral, no se produce entre las organizaciones médicas (aunque sí ante propuestas concretas); de hecho, las tres sociedades médicas de atención primaria firmaron un documento conjunto con su correspondiente de la farmacia comunitaria para trabajar conjuntamente en un modelo asistencial.

Otro ejemplo es la cerrazón³⁶ del entramado corporativo y asociativo médico a que otros profesionales, especialmente las enfermeras, asuman la dirección de áreas y centros, incluso de equipos multidisciplinares en los que ambas profesiones están presentes. Da igual que tengan experiencia contrastada, estudios de posgrado en gestión o capacidad de liderazgo comprobada; incluso aunque sea claro e incontestable que se trata del profesional más capacitado, las líneas rojas corporativistas vuelven a volar (en este caso, probablemente incentivadas por el hecho de que [dentro del sector salud el puesto con mayor retribución media es el director médico](#)).

Podríamos poner más ejemplos de líneas rojas, incluso dentro de una misma profesión (farmacéuticos hospitalarios vs. farmacia comunitaria, sin ir más lejos), pero no es cuestión de abundar, simplemente queremos evidenciar la necesidad de que los reguladores desarrollen políticas de profesionales sobre una base científica y cohesionadora, sirviendo como discretos (inter)mediadores, porque una realidad es la del entorno corporativo, asociativo y sindical, conservador por inercia, y otra muy diferente los centros y equipos asistenciales, mucho más acostumbrados –aunque siempre quedan reductos elitistas– al trabajo en equipos multidisciplinares.

Naturalmente, no se trata de una negociación basada en el chalaneo (“te cedo esta competencia y me das a cambio aquélla”), sino de un cambio de modelo que debería ser

³⁶ Una negativa que se ha judicializado en numerosas ocasiones, con resultados contradictorios en los fundamentos y fallo de las sentencias. Y que hunde sus raíces en la inadecuación de una legislación obsoleta a las nuevas realidades de 20 años después, incluso a las directivas de la Unión Europea. Por ejemplo, la normativa esencial: la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

liderado desde la convicción científica por los reguladores políticos de que son inevitables ciertos cambios en el *statu quo* para garantizar la viabilidad de los servicios de salud ante los retos presentes y futuros. Y que solo sería viable con todos los agentes implicados sentados, en igualdad de condiciones, en una misma mesa.

Un plan de carácter estratégico con fases de implementación, que no produzca terremotos que al final acaban en nada –o en llanto–, sino cambios graduales que conduzcan desde un modelo de mediados del Siglo XX a un modelo del Siglo XXI: hay numerosas –y muy valiosas– experiencias internacionales que podrían servir de referencia para nuestro *benchmarking*.

9. A modo de resumen: la crisis pandémica como catalizador de culturas colaborativas.

Así como la crisis social de la Covid-19 ha evidenciado las virtudes, pero también los defectos, de la sociedad española, lo mismo puede decirse de la crisis sanitaria provocada por la pandemia del SARS-CoV-2: por un lado, se ha puesto en evidencia que la plasticidad de los servicios sanitarios ha resultado ser mucho mayor de lo intuido y que sus profesionales han sabido estar a la altura (más los equipos de trabajo que el entramado asociativo, pero eso ahora *no toca*); pero, por otro lado, ha puesto en evidencia los grandes déficits en la planificación y gestión de los recursos profesionales y de coordinación –no digamos, integración– entre los servicios sanitarios y sociosanitarios, por un lado, y entre el productor de profesionales –la universidad– y sus empleadores mayoritarios –los servicios de salud y el resto de operadores del sector salud y sociosanitario–.

Los expertos nos advierten de que es necesario reconocer la importancia crítica de los trabajadores de la salud en las respuestas más inmediatas a los brotes de COVID-19, y otras pandemias/oleadas que sin duda vendrán: para ello, es necesario establecer unas políticas de recursos humanos más sostenibles. Paradójicamente, a pesar de la experiencia que estamos viviendo, los planes de respuesta a una pandemia de la mayoría de los gobiernos –incluido el nuestro; mejor dicho, los nuestros– no abordan explícitamente los requisitos y condiciones relativos al personal sanitario y tienden a focalizarse únicamente en los aspectos más tácticos y logísticos de salud pública.

Los responsables de formular políticas y tomar decisiones a nivel local (centros y dispositivos), regional y nacional deberían:³⁷

- » Contemplar requisitos explícitos sobre el personal sanitario en los planes de respuesta ante una pandemia, adecuados a sus niveles diferenciados de atención a corto, medio y largo plazo.

³⁷ Entre otros (y principalmente): Bourgeault, I.L et al, [The COVID-19 pandemic presents an opportunity to develop more sustainable health workforces](#). Hum Resour Health 18, 83 (2020).

- » Garantizar condiciones de trabajo seguras con reservas adecuadas de equipos de protección personal para todos los trabajadores de la salud, incluida la formación suficiente para garantizar altos estándares de higiene y seguridad.
- » Reconocer la importancia de proteger y promover la salud psicológica de todos los profesionales de la salud, con especial atención a los trabajadores de primera línea que han sufrido un estrés tan agudo que ha llegado a afectar a la salud mental de muchos de ellos.³⁸
- » Adoptar una visión global y de conjunto de todas las profesiones sanitarias, llevando hasta su máximo las capacidades de cada una en todas las competencias clínicas y de salud pública, garantizando que existan estructuras de supervisión y procedimientos operativos adecuados para garantizar cuidados de alta calidad.
- » Facilitar y fomentar las capacidades de autogestión de los equipos de trabajo mediante presupuestos anuales que contemplen todas las situaciones de personal (vacaciones, bajas, refuerzos estacionales...), ofrezcan condiciones laborales más estables y minimicen la necesidad de personal de *pool*.³⁹
- » Estudiar sobre el terreno las necesidades locales – centros y áreas de salud– para poder tratar desigualmente necesidades desiguales, favoreciendo una mayor equidad en la disponibilidad de recursos humanos.
- » Reconocer la necesidad de estilos de liderazgo transparentes, flexibles y adaptables basados en un conjunto innovador de habilidades de gestión.

³⁸ Mira JJ, Carrillo I, Guilabert M, et al. *Acute stress of the healthcare workforce during the COVID-19 pandemic evolution: a cross-sectional study in Spain*. BMJ Open 2020: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042555>

³⁹ De hecho, la reciente [Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo 983/2020, de 10 de noviembre](#), unificando la doctrina al respecto, establece esta necesidad en términos jurídicos: «*Ahora bien, la empresa [empresa pública de una Diputación Provincial] es plenamente conocedora de que la plantilla con la que cuenta disfruta de vacaciones y descansos con la regularidad propia de tales situaciones y, por consiguiente, la respuesta al volumen de actividad habitual debe contemplar las horas de efectiva prestación. El que los trabajadores de la plantilla ejerciten sus derechos al descanso y a las vacaciones es una circunstancia plenamente previsible y, por consiguiente, no es, pues, ajustada a Derecho la cobertura temporal de sus funciones acudiendo a la vía interinidad por sustitución. Tales ausencias al trabajo se producen dentro del normal desarrollo del contrato de trabajo y forman parte de la previsión organizativa que corresponde llevar a cabo al empleador, alejándose de la excepcionalidad que el contrato eventual viene a solventar.*»

La(s) crisis de la covid-19 no la resolverán las vacunas, simplemente evitará(n) que vaya(n) a mayores. Porque hablamos de varias crisis simultáneas que seguirán causando problemas de salud y sufrimiento una vez pasadas las primeras oleadas.

- » La primera crisis es la que estamos viviendo desde marzo, caracterizada por la atención a los problemas agudos ocasionados por el SARS-CoV-2: hospitalizaciones, tensiones en la capacidad de las UCI, problemas dramáticos en residencias de ancianos y otros centros sociosanitarios, confinamientos y deterioro del clima social⁴⁰, test y rastreos, cientos de miles de contagiados y decenas de miles de muertos, más el sufrimiento colateral que provocan, y unas secuelas que parecen estar siendo más graves y prolongadas de lo esperado⁴¹, necesitadas de seguimiento clínico y cuidados, proyectándose así hacia un futuro mucho más largo de lo que suponíamos; el propio secretario general de la OMS, T. A. Ghebreyesus convocó una rueda de prensa el pasado 30 de octubre, con participación de pacientes en esta situación, para alertar sobre esta constatación científica.
- » La segunda crisis será por el impacto del colapso de los servicios sanitarios y su derivada de escasez de recursos –sobre todo profesionales– para atender durante la primera los problemas de enfermedad no covid urgentes, como las pruebas diagnósticas y tratamientos contra el cáncer, pero no atendidos a tiempo, a causa de la intensa presión asistencial ocasionada por la covid-19. Lo mismo puede decirse de cuidados de enfermería necesarios no prestados durante las hospitalizaciones por esta misma causa. Aunque el resultado en términos de salud no se ha medido –o publicado–, al menos por ahora, no tardarán en conocerse las secuelas de esta segunda crisis.
- » La tercera crisis vendrá dada por las interrupciones en los seguimientos y tratamientos de los pacientes crónicos por parte de una atención primaria desbordada e inevitablemente centrada en los problemas de salud ocasionados

⁴⁰ Smith LE, Duffy B, Moxham-Hall V et al. *Anger and confrontation during the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional survey in the UK*. JRSM 2020: <https://doi.org/10.1177%2F0141076820962068>.

⁴¹ Las secuelas y complicaciones fundamentales son la fibrosis pulmonar, deterioro de la función pulmonar, neuropatías, afectación cardiaca y del sistema musculo esquelético (Llamosas-Falcón LS, *Secuelas a largo plazo de covid-19*, Revista Española de Salud Pública, noviembre 2020).

por la pandemia. Buena parte de los excesos de mortalidad por todas las causas que detectan los [informes MoMo del Centro Nacional de Epidemiología](#), esconden las consecuencias reales de las descompensaciones en condiciones crónicas de pacientes con pluricronicidad, soledad y dependencia: siendo, como es sabido, mucho mayor la incidencia y mucho más graves las consecuencias clínicas de la covid-19 en los hombres, que en las mujeres⁴², los excesos de mortalidad por todas las causas afectan mucho más a las mujeres en las tres fases detectadas: 86,9% vs. 68,0% de los hombres en la primera, de marzo y abril; 53,9% vs. 36,3% durante la segunda, de septiembre; y 49,3% vs. 29,8% en la tercera, la actual de octubre.

- » Finalmente, la cuarta crisis, la más aplazada y la que probablemente más se proyectará en el tiempo, será consecuencia del estrés, los problemas de salud mental, la ruina económica y el burnout, que afectará a la población, pero sin duda también a una alta proporción de profesionales: mientras la situación te obliga, por dura que sea, aprietas los dientes y sigues; el problema, dicen los expertos, vendrá cuando se *normalice* la situación en los centros sanitarios y sociosanitarios: «*el agotamiento actual y futuro de los profesionales sanitarios podría mitigarse mediante acciones de las organizaciones sanitarias y otros agentes, administraciones públicas y entes privados, dirigidas a factores potencialmente modificables, incluida la mejora en la capacitación, el apoyo organizacional para el profesional y la familia, la disponibilidad de los EPI o recursos de salud mental*». ⁴³

La de la covid-19 es la crónica de una crisis anunciada: desde todas las instancias de la profesión venimos advirtiendo desde hace años que hacen falta más enfermeras para que

⁴² 61% de las hospitalizaciones por covid-19 y 68,5% de los fallecimientos: Berenguer J, Ryan P, Rodríguez-Baño J et al. *Characteristics and predictors of death among 4035 consecutively hospitalized patients with COVID-19 in Spain*, CMI, agosto 2020: <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.07.024>.

Tasa de letalidad en infectados, 1,2% para hombres y 0,7% en mujeres: ENE.COVID Study Group, *Infection fatality risk for SARS-CoV-2 in community dwelling population of Spain: nationwide seroepidemiological study*. BMJ 371 (noviembre 2020): <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m4509>.

⁴³ Morgantini LA, Naha U, Wang H et al. *Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey*. PLOS ONE, septiembre 2020: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238217>.

nuestra contribución imprescindible en la primera línea de los servicios asistenciales y en la comunidad pudiera ser completa. No se trata de una reivindicación interesada sino de una constatación científica: sin enfermeras no hay puestos de UCI, no hay respiradores, no hay prevención mediante la atención domiciliaria y en los centros educativos, no hay test masivos en dispositivos ad hoc que permiten que no colapsen los centros asistenciales; no hay rastreos, diagnósticos rápidos o cortafuegos ante la extensión de los contagios. Sin enfermeras no funciona la atención primaria, presencial o telefónica, no se amplía la vacunación contra la gripe y otras enfermedades transmisibles ni es posible un triaje experto en la atención urgente. Tampoco existe una atención sanitaria cualificada en las residencias que sirva como barrera frente a esa dramática realidad de los contagios masivos de las personas más frágiles, ni coordinación entre los dispositivos sociosanitarios y los centros y recursos sanitarios.

Desde el Observatorio de la Enfermería y los Cuidados estamos convencidos de que es precisa otra manera de gestionar los recursos humanos de enfermería; no solo –que también– en términos de ratios de personal y condiciones laborales más justas y competitivas, sino también con nuevos enfoques y prácticas de gestión de los equipos, incluyendo las rotaciones de personal –muy especialmente en refuerzos y sustituciones, que asume el personal más precario–, desde una mayor autonomía y capacitación en gestión. El personal de enfermería está respondiendo con profesionalidad y entrega y en algún momento la administración tendrá que demostrar con hechos que ha tomado nota de cara al futuro.

El **CODEPA** siempre actuará guiado por la defensa de los intereses de la sociedad asturiana y de nuestros profesionales, que no son incompatibles: sin líneas rojas, sin vetos, dialogando con el resto de las profesiones sanitarias y sin poner los intereses propios por encima de los comunes, del servicio de salud y de la sociedad asturiana.

Como dijo Bertrand Russell, lo más difícil en la vida es saber distinguir entre los puentes que hay que cruzar y los puentes que habría que quemar. Esto es perfectamente aplicable a las decisiones de los reguladores sanitarios y, aunque en menor medida, ya que tienen menor capacidad de decisión en el diseño de políticas, también en la actuación de directivos y gestores. La planificación y gestión de recursos profesionales siempre es compleja, pero nosotros tenemos voluntad, ideas y propuestas que trataremos de basar en la mejor información y evidencia posibles; además, nadie conoce mejor la profesión de enfermería –y sus equipos de trabajo junto con los TCAE y otro personal– que nosotros, que trabajamos en

ellos. Por esta razón, y también por imperativo legal, tenemos un mandato: colaborar con las instituciones del Principado para mejorar la aportación de los profesionales de la Enfermería a nuestros sistemas sanitario y sociosanitario.

Para cumplir ese mandato les tendemos la mano, esperando como contraprestación cuatro compromisos: apertura mental a la innovación, transparencia en la gestión de la información, neutralidad como reguladores profesionales y, más allá de palabras políticamente correctas, la misma actitud cooperativa que nosotros mostramos.



observatorio de
enfermería y cuidados de
Asturias