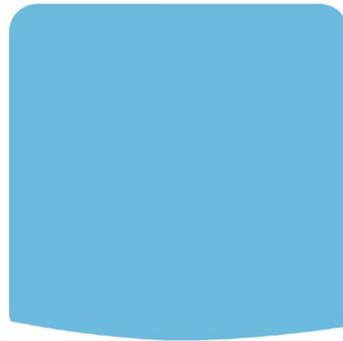




CONSEJO DE COLEGIOS
DE ENFERMERÍA
DE CASTILLA-LA MANCHA



ENFERMERAS Y ENFERMEROS COLEGIADOS EN CASTILLA - LA MANCHA: DATOS Y PERSPECTIVAS



ENFERMERAS Y ENFERMEROS COLEGIADOS EN CASTILLA - LA MANCHA: DATOS Y PERSPECTIVAS.

Edita:

© CONSEJO AUTONÓMICO DE COLEGIOS DE ENFERMERÍA DE CASTILLA LA MANCHA. 2024

Arte y maquetación:

Montse Pradillos Domínguez

Redacción:

© Grupo de asesoramiento y estudio del Consejo Autonómico de Enfermería de Castilla - La Mancha

Fotografía:

© Archivo Consejo Autonómico C-LM
www.freepik.es

Impresión:

AMC Publicidad

PRÓLOGO

El 20 de febrero de 2025, las enfermeras y enfermeros de Castilla-La Mancha nos reunimos en las V Jornadas Regionales de Enfermería.

Este evento es la expresión de la voluntad de los cinco Colegios profesionales provinciales de avanzar en colaboración y de mostrar unidad. Es también, una necesidad de los tiempos, cuando muchas estructuras, proyectos y dificultades nos son comunes pero, sobre todo, cuando somos más conscientes de las ventajas y del efecto multiplicador de la cooperación que cabe en el respeto de la idiosincrasia y la realidad de cada Colegio.

Esta convicción precisa de un mejor conocimiento mutuo y fundamentado de la realidad profesional regional. Esta jornada de Enfermería es un buen foro para este fin y para presentaros el *Informe de enfermeras y enfermeros colegiados en Castilla-La Mancha: datos y perspectivas*.

Con este objetivo de colaboración, el Consejo de Colegios de Enfermería tomó la decisión de crear un grupo técnico formado por cinco enfermeros – uno por provincia- y encargarles el estudio de quiénes, dónde y cuántos somos las enfermeras castellano-manchegas. Obtener esta información precisa conllevó la revisión de las fuentes demográficas usuales, los registros colegiales y otras publicaciones; nos puso en evidencia varias áreas de mejora. Para el periodo de estudio fijado -2019-2023- la investigación nos ha reportado datos precisos que nos posibilitan conocer la fotografía de las enfermeras castellano-manchegas. Su exposición y resultados nos permiten reflexionar, valorar y proyectar acciones necesarias.

Este Informe titulado *de enfermeras y enfermeros colegiados en Castilla-La Mancha: datos y perspectivas* que ahora se presenta, se ordena en tres apartados temáticos señalados, muy acertadamente, por colores. El primero, es un estudio descriptivo y caracterizador de los profesionales enfermeros. El segundo, muestra la realidad de la jubilación desde 2019 y se proyecta identificando los puntos temporales de especial impacto. Y, un tercer apartado repasa la realidad de las especialidades enfermeras en Castilla- La Mancha, cuando se cumplen 20 años de su creación normativa bajo los criterios de formación y empleo, esencialmente.

El informe es un documento de trabajo. Confiamos en que nos sea de utilidad como profesión para saber y para argumentar lo que se dice en un tiempo especialmente poblado de mitos e inconsistencias. Esta publicación nace para ser sustituida por el siguiente estudio. Y servirá, si permite desarrollar las iniciativas de mejora que nos evidencia. Esto es cosa nuestra.

Me siento muy agradecida y orgullosa de este equipo de cinco enfermeras y enfermeros y del amable liderazgo de este grupo que ha ejercido Paco Cebrián, enfermero comprometido y amigo.

Concha Piqueras Ramos. **Presidenta del Consejo de Colegios de Enfermería de Castilla- La Mancha.**

GRUPO ASESOR

Francisco Cebrián Picazo
Representante por el COE Albacete y Coordinador del Grupo

Pablo Madrid Franco
Representante por el COE de Ciudad Real

Lorena Cantero Alarcón
Representante por el COE de Cuenca

Antonio Quintero López
Representante por el COE de Guadalajara

Juan Carlos Rubio Sevilla
Representante por el COE de Toledo

Este documento es propiedad del Consejo de Colegios de Enfermería de
Castilla-La Mancha.



CONSEJO DE COLEGIOS
DE ENFERMERÍA
DE CASTILLA-LA MANCHA

ENFERMERAS Y ENFERMEROS

COLEGIADOS EN
CASTILLA-LA MANCHA



CONSEJO DE COLEGIOS DE ENFERMERÍA
DE CASTILLA-LA MANCHA



CONTENIDO

04

PRESENTACIÓN

05

INTRODUCCIÓN

07

1. Una foto actual de las colegiadas y colegiados en enfermería

18

2. Una aproximación a la demografía profesional enfermera de la región

Datos regionales profesionales enfermeros colegiados

Distribución etaria

Distribución por sexo

33

3. Ratios de profesionales de enfermería en base a los registros colegiales

49

Conclusiones generales

PRESENTACIÓN

Resulta imprescindible, a la hora de plantear cualquier tipo de propuesta, partir de un exhaustivo conocimiento de la situación abordada. Bajo esta idea-guía, el Consejo Autonómico de Colegios de Enfermería de Castilla La Mancha ha impulsado la realización del presente documento, que viene a mostrar una imagen de las enfermeras y enfermeros colegiados en Castilla La Mancha.

Los datos que muestra este documento se basan en la información que los Colegios de Enfermería de la Región envían cada año al INE y datos adicionales recopilados en los registros colegiales. Su tratamiento, regionalmente agregado, nos permite tener un conocimiento cuali-cuantitativo de las enfermeras castellano-manchegas; fundamental en las relaciones que el Consejo Autonómico establece con los diferentes interlocutores en la Región. Este trabajo implica también cierta autoconciencia, y también cierta autocrítica, sobre los registros colegiales y, por extensión, sobre la comunicación de datos por parte de los colegiados a sus colegios provinciales.

Realizar una foto de los profesionales de enfermería colegiados en Castilla La Mancha supone una primera aproximación tanto al conocimiento de la demanda de dichos profesionales como a la disponibilidad de los mismos; siendo el principal empleador de ellos el sector público.

El objetivo de este documento es arrojar luz sobre las características de las enfermeras castellanomanchegas, pero igualmente saca a la luz cuestiones y apuntes que implican la necesidad de abordaje conscientes de que el conocimiento debe guiar a la acción. En este documento se usarán indistintamente las denominaciones de enfermeras y enfermeros para referirse al colectivo profesional que nos ocupa.



INTRODUCCIÓN

Los Colegios Profesionales de Enfermería remiten cada año al INE una encuesta sobre el colectivo enfermero de las diferentes provincias. En este sentido, la fiabilidad de los datos en la producción de una foto lo más real posible recae en el continuo trabajo de actualización que los Colegios Oficiales de Enfermería (COES) deben realizar.

No obstante, esta tarea está obviamente condicionada por su posibilidad fáctica; a saber, por el hecho crucial de que se produzca el acto de colegiación en la provincia en la que se desarrolle la actividad profesional, que a su vez se deriva capitalmente de que dicho requisito legal sea incuestionablemente necesario para establecer una relación laboral.

Surgen varias cuestiones a señalar antes de seguir: ¿es suficiente la colegiación en una provincia para ejercer en todo el territorio nacional? ¿quién tiene la obligación de comprobar la colegiación de una persona al inicio de la relación laboral? Existe un intenso debate alrededor de estas cuestiones, que caen dentro de un análisis jurídico que no pretende analizar este documento.

Los anclajes legales de la imprescindibilidad de la colegiación para ejercer la profesión arrancan con la Ley 2/1974, de 12 de febrero, sobre Colegios Profesionales, que en su artículo 3.2 establece que “es requisito indispensable para el ejercicio de las profesiones colegiadas hallarse incorporado al Colegio correspondiente”. Y continúan con la Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias, que establece en su art. 4.8.a como requisito imprescindible para el ejercicio de una profesión sanitaria el hecho de “estar colegiado, cuando una ley estatal establezca esta obligación para el ejercicio de una profesión titulada o algunas actividades propias de ésta.”



Posteriormente se crea, ya en el año 2012, el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS) con la finalidad de facilitar la planificación de necesidades de profesionales sanitarios y coordinar las políticas de recursos humanos del SNS. Sin embargo, no es hasta 2014 cuando aparece una regulación del mismo con el RD 640/2014, de 25 de julio, por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios. El objeto último del REPS tiene una clara vocación de protección al ciudadano pues incorpora datos de todos los profesionales sanitarios autorizados para trabajar en España de manera que sea efectiva la garantía de que los ciudadanos son atendidos por profesionales cuya formación y capacidad legal de ejercicio de la profesión está acreditada. No obstante lo anterior, no ha sido hasta finales del 2018 cuando se ha instado a los colegios profesionales de la Región a la cumplimentación de dicho Registro.

En base a lo establecido legalmente resulta obvio pensar que, dado que para ejercer una profesión sanitaria es un requisito legal estar colegiado, debe concretarse quién y en qué momento se ha de formalizar dicho precepto legal que, recordemos, tiene como última finalidad la protección del ciudadano que es atendido. La deriva lógica de lo anterior es que dicho acto recaiga sobre el órgano contratante, la Administración o Empresa Privada, pues es el concededor obvio de la relación laboral que se va a producir. No es objeto de este dossier profundizar sobre esta cuestión, pero no puede dejarse pasar por alto un apunte sobre esta cuestión en un dossier sobre enfermeras colegiadas en Castilla La Mancha, cuya foto depende de esta cuestión central.

Establecer comparativas precisa de una comparabilidad. Ello a su vez remite a una homogeneización del tipo de datos. Así, el término de Colegiado y sus posibilidades es central en el tema que nos ocupa. El INE establece en términos de Situación Laboral las categorías de No jubilados, Jubilados y No consta. El término Jubilados no admite mayor discusión. Sin embargo, el término No jubilados sí la admite. Dentro de este grupo de Activos, desde la ortodoxia de la demografía profesional, están los activos ocupados que indica una demanda de los mismos (empleador público o privado) y es el colectivo que debe seguir de base para la realización de ratios; y por otra parte están los activos no ocupados, cuyo volumen nos permite hacer aseveraciones sobre la oferta de profesionales disponibles y esta cuestión debe ser tenida en cuenta en términos de planificación sanitaria.



Estas cuestiones de manejo del término Colegiado han de ser manejadas teniendo en consideración las implicaciones que tienen. En Castilla La Mancha 4 colegios provinciales (Albacete, Cuenca, Guadalajara y Toledo) presentan datos totales de colegiadas que, teóricamente son todas activas, pues no se presentan datos de colegiadas jubiladas. Únicamente una provincia, Ciudad Real, presenta datos de colegiadas jubiladas y colegiadas no jubiladas. Pero igualmente se entiende que, las no

jubiladas son todas igualmente ejercientes. De lo dicho se infiere que, desde la perspectiva de los COES lo fundamental es la consideración de que un profesional esté ejerciendo o no, por las implicaciones a todos los niveles que tiene, y de manera capital las legales. Ello permite realizar estimaciones sobre la demanda de profesionales por los empleadores en un momento dado (sobre las ratios), pero no sobre la oferta de los mismos y por tanto no permite establecer argumentación alguna sobre planificación considerando el stock disponible (enfermeras profesionalmente activas no ocupadas).

Lo comentado anteriormente debe ser examinado por si resultara de aplicación la realización de cambios en la recopilación versus tratamiento de los datos y manejo de las categorías actuales en el desarrollo de las funciones colegiales.

1

UNA FOTO ACTUAL DE LAS COLEGIADAS Y COLEGIADOS EN ENFERMERÍA EN CASTILLA - LA MANCHA

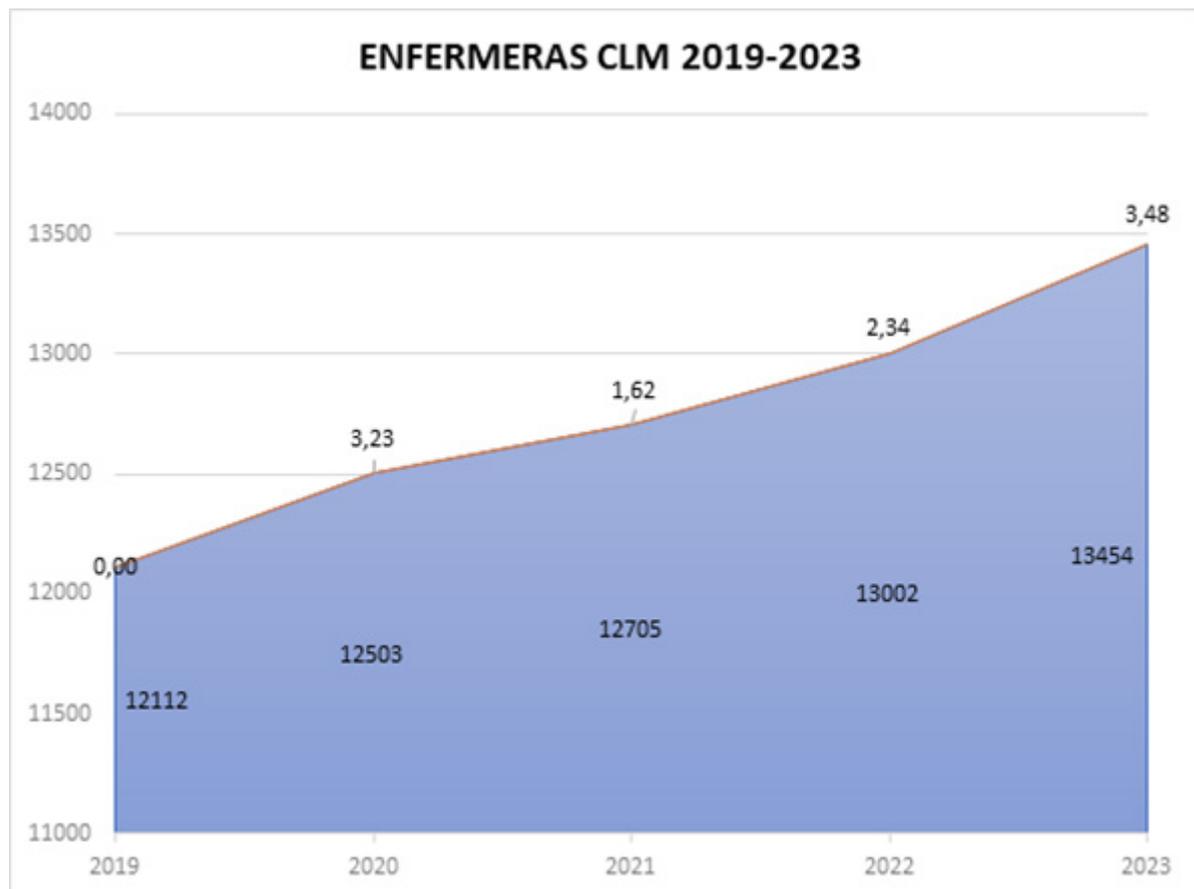
Los datos que aparecen en este apartado han sido recopilados de los diferentes colegios provinciales de enfermería de la Región. Estos datos sirven de base para la realización de las estadísticas que cada año el INE solicita a los colegios.

Para este primer trabajo se ha tenido en cuenta los datos desde el año 2019, lo que supone, contando con el 2023, una serie temporal de 5 años.

Se toma como referencia para el porcentaje de crecimiento el año 2019, primer año de la serie sobre el cual se calcula el primer porcentaje de crecimiento, siendo los siguientes porcentajes de crecimiento los existentes sobre el año inmediatamente anterior.



DATOS REGIONALES PROFESIONALES ENFERMEROS COLEGIADOS.



Fuente: elaboración propia

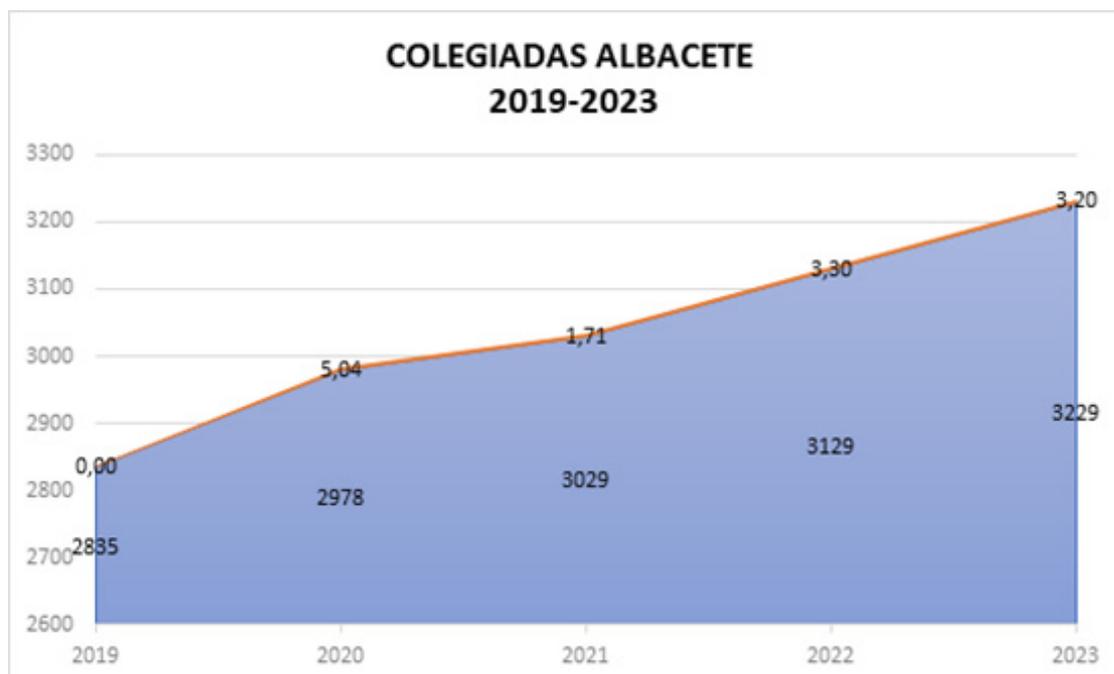
Apreciamos en este gráfico un crecimiento continuado de las enfermeras a nivel regional con un repunte del 2019 al 2020 que puede correlacionarse con el impacto de la pandemia y un segundo repunte en el 2023 que quizás pueda relacionarse con la puesta en marcha estos últimos años de varias infraestructuras sanitarias nuevas en la Región. El año 2021 y 2022 son años de menor crecimiento a nivel regional.

No debemos olvidar que estamos hablando de enfermeras colegiadas inscritas en los registros provinciales y ello implica que ciertas aseveraciones sobre la realidad deben efectuarse con cautela. Se debe tener en cuenta que en el año 2023 aparecen en el registro de enfermeras colegiadas totales 204 enfermeras pertenecientes al Colegio de Ciudad Real que están registradas como jubiladas; registro que no aparece concretado en el resto de colegios provinciales. Este número de colegiadas no serán tenidas en cuenta a la hora de una estimación de las ratios regionales, abordadas en este documento más adelante.

Es interesante mostrar los gráficos provinciales para conocer cómo se distribuye la evolución del crecimiento experimentado.

A. COE ALBACETE

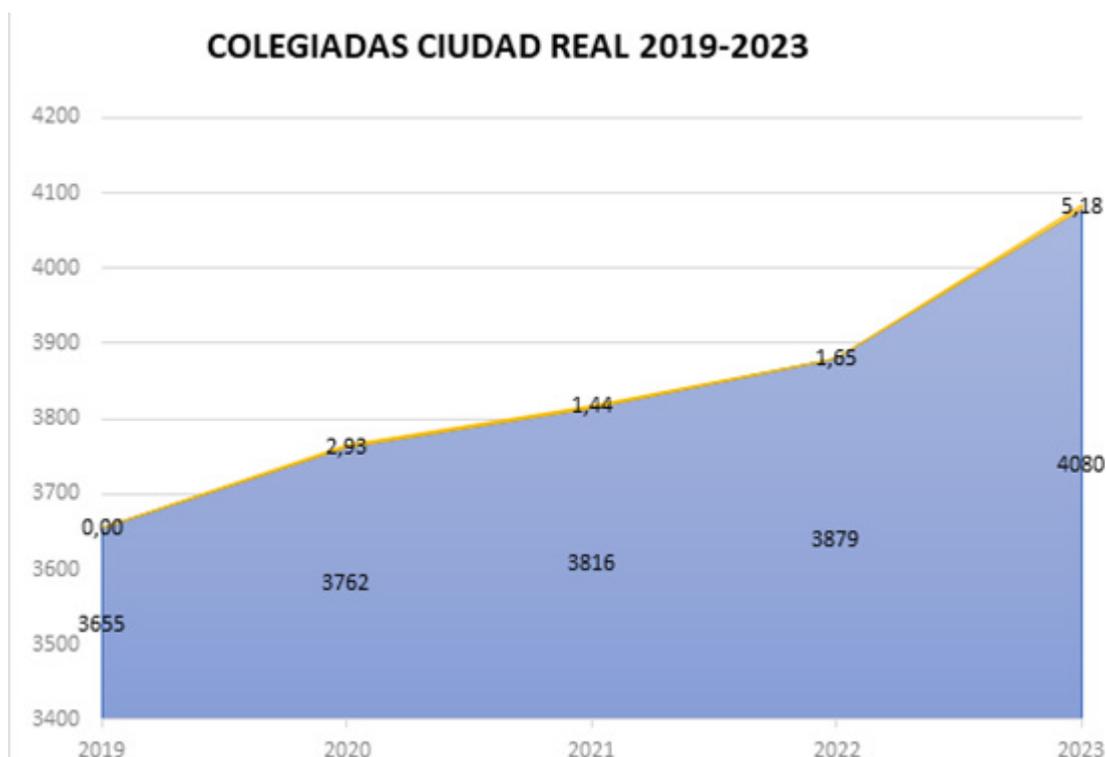
Se aprecia un patrón similar al conjunto regional con un aumento en dos fases que llega al 5% del 2019 al 2020 y posteriormente un aumento mantenido del 3% los dos últimos años examinados, 2022 y 2023.



Fuente: elaboración propia

B. COE CIUDAD REAL

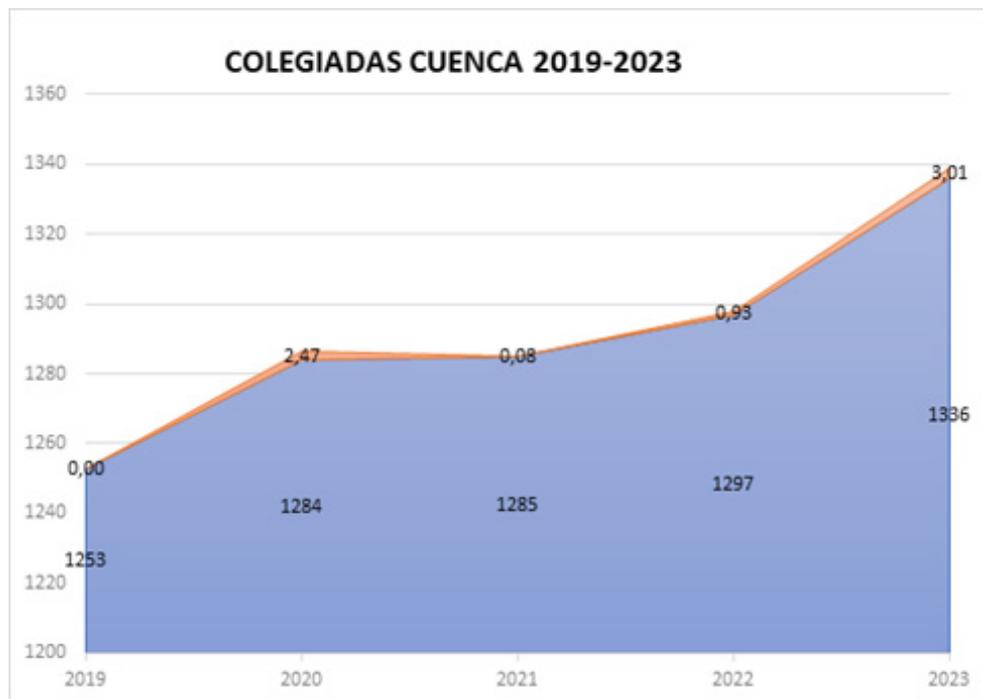
Presenta un primer pico como el resto de los colegios en la colegiación de 2020, con un incremento del 3% respecto al año 2019. Posteriormente mantiene un crecimiento en torno al 1,5% para en la última serie vista, la del 2023 presentar un incremento del 5%.



Fuente: elaboración propia

C. COE CUENCA

Sigue una distribución de crecimiento similar a la del colegio de Ciudad Real con un primer pico en el año 2020 y un pico en la última serie analizada, con una ganancia del 3% de enfermeras colegiadas respecto al año 2022.



Fuente: elaboración propia

D. COE GUADALAJARA

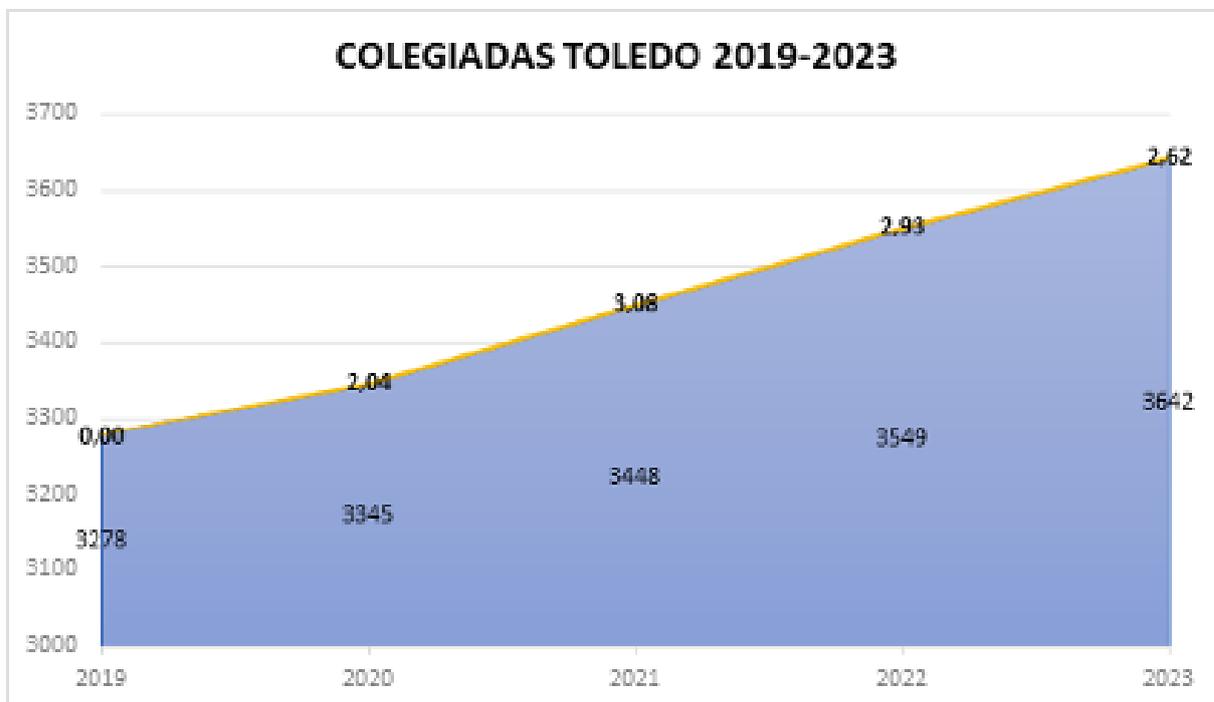
Se aprecia un intenso repunte en el año 2020, coincidiendo con la pandemia por coronavirus y un crecimiento más modesto los dos últimos años analizados, con una tasa media de crecimiento del 1,75%. Es el único colegio que presenta una tasa negativa de crecimiento de enfermeras colegiadas, concretamente en la serie del año 2021



Fuente: elaboración propia

E. COE TOLEDO

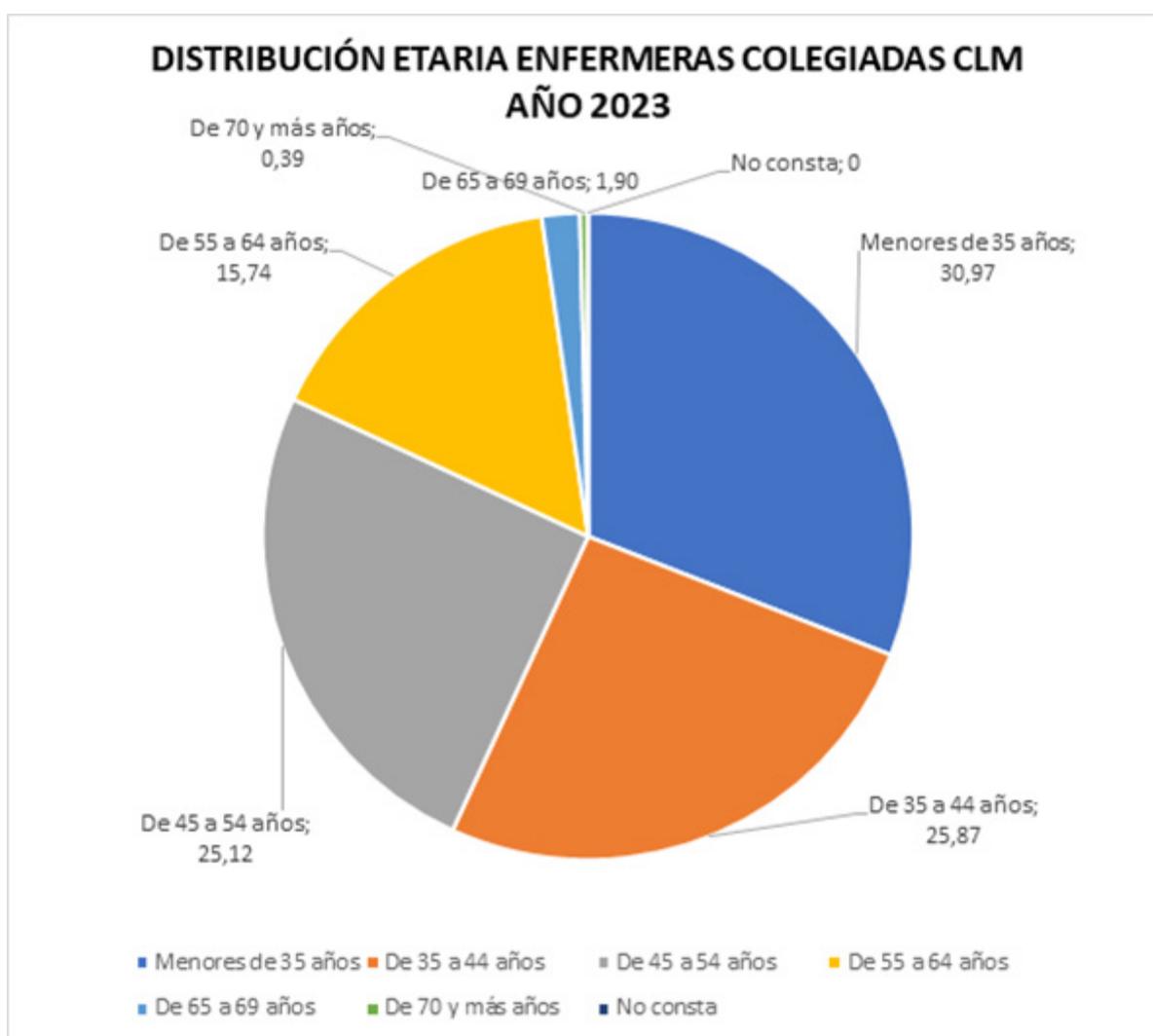
No tiene un patrón de crecimiento de enfermeras colegiadas al uso de lo descrito anteriormente. De hecho, el menor crecimiento en enfermeras colegiadas tiene lugar en el año 2020; hecho que contrasta con el resto de series provinciales. Y el mayor crecimiento tiene lugar en el año 2021, el año que aparece como de menor crecimiento en el resto de colegios provinciales.



Fuente: elaboración propia

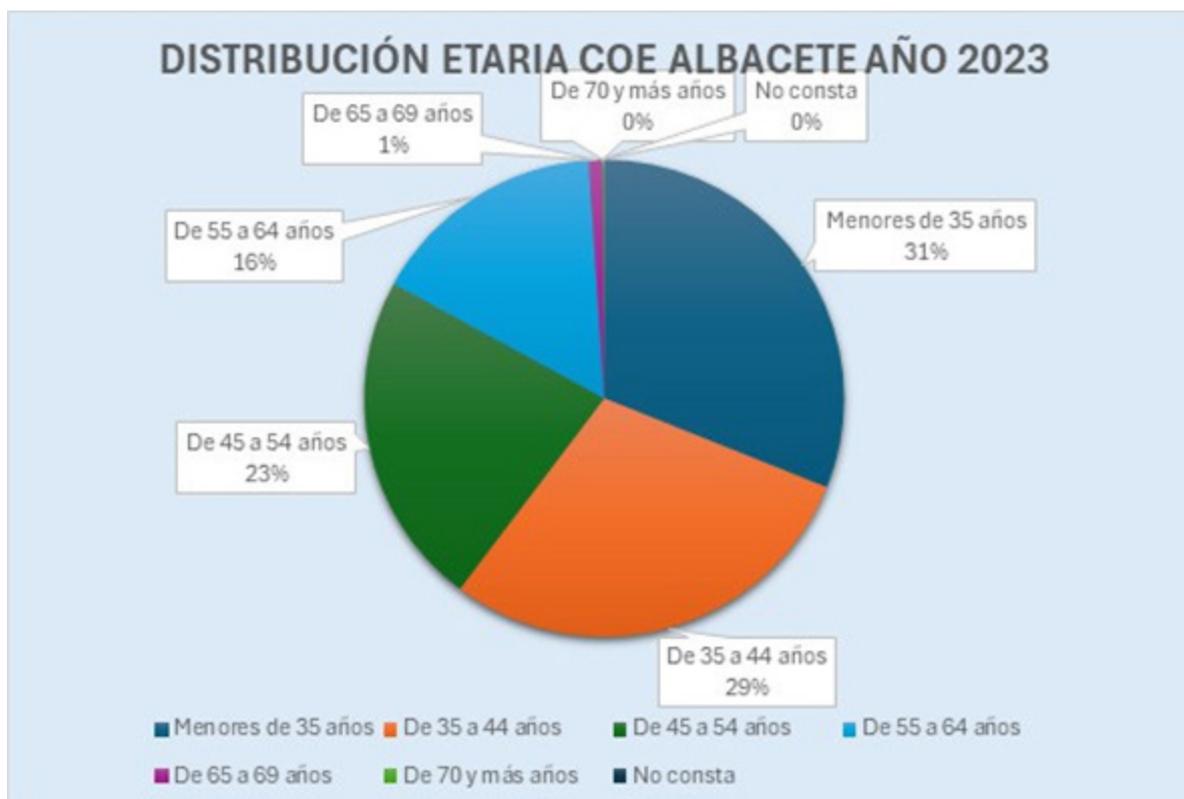
DISTRIBUCIÓN ETARIA DE LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE CASTILLA - LA MANCHA

Un conocimiento etario permite acceder al conocimiento de la distribución relativa de los grupos de edad y tener conocimientos acerca del mayor o menor envejecimiento del colectivo enfermero. Comenzamos exponiendo los datos regionales agregados para a continuación realizar una exposición de cada una de las provincias.



Fuente: elaboración propia

B. COE ALBACETE



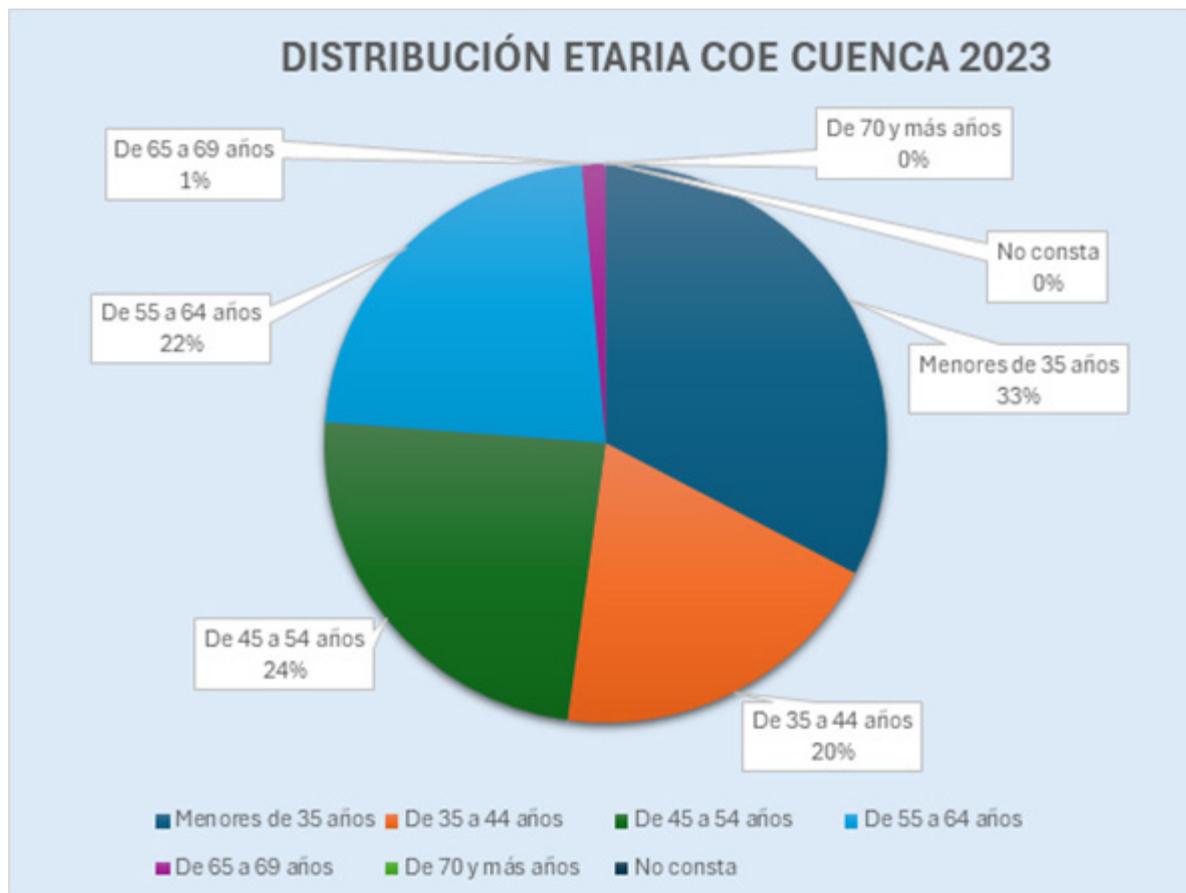
Fuente: elaboración propia

C. COE CIUDAD REAL



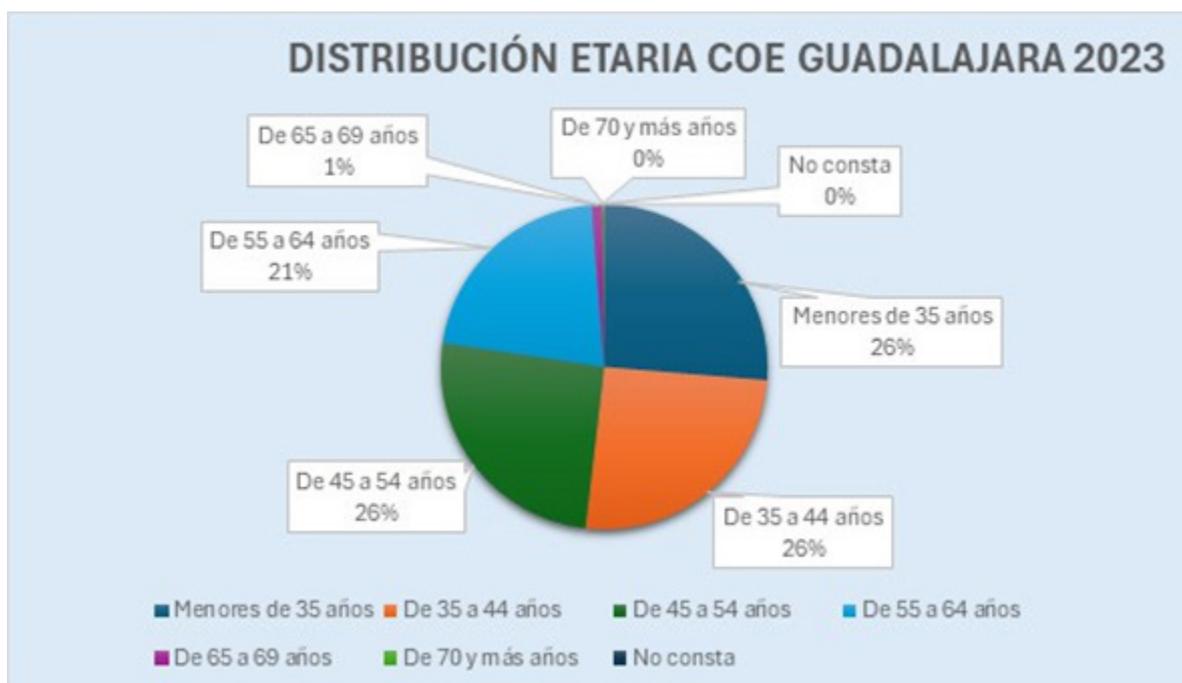
Fuente: elaboración propia

D. COE CUENCA

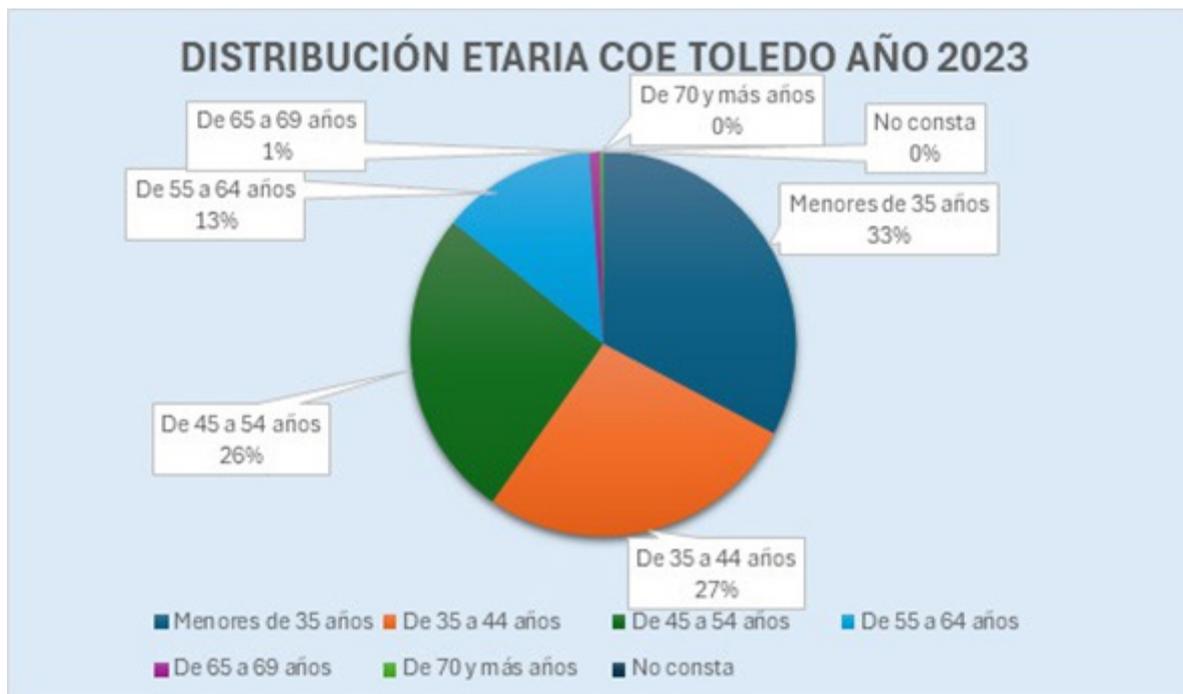


Fuente: elaboración propia

E. COE GUADALAJARA



Fuente: elaboración propia

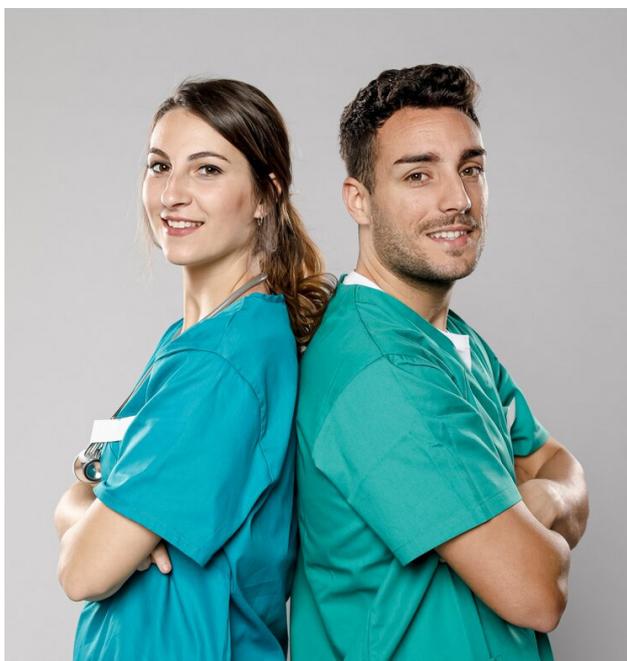


Fuente: elaboración propia

CONCLUSIÓN

- El grupo de edad más numeroso en todos los colegios provinciales es el grupo de edad de menores de 35 años. Ello es hasta cierto punto lógico considerando que es el grupo que recoge el mayor rango de número de años (13 años). El resto de grupos etarios incluye un rango de 10 años, salvo el grupo de 65 a 69 años que hasta hace poco tiempo ha venido representando en el sector público a aquellos que trabajan por encima de la edad de jubilación “habitual e históricamente ortodoxa” y el grupo de 70 años y más que supone el grupo de personas que alargan su vida laboral más allá de la edad obligatoria de jubilación en el sector público, los 70 años.
- Se aprecian en términos generales tres grupos etarios bastante homogéneos en peso relativo: los menores de 35 años, los de 35 a 44 años y los de 45 a 54 años. Si bien el primero de ellos es el mayor en todas las series, también hay que considerar que es el que agrupa un mayor número de años. De ahí que pueda hablarse de homogeneidad de los 3 grupos.
- El porcentaje del grupo profesional de 54 a 65 años se encuentra en términos regionales en el 15,74% de peso relativo. Alrededor de esta media se encuentra el COE de Albacete (16%). Por debajo se encuentra el COE de Ciudad Real (14%) y el de Toledo (13%), que pueden considerarse COES con una estructura poblacional profesional más joven que la media. Los colegios de Cuenca o Guadalajara presentan un mayor peso relativo de este grupo, con unos porcentajes que se alejan significativamente de la media regional, con un 22% y un 21,5%, respectivamente, lo que implica que son los colegios con una estructura poblacional profesional más envejecida.
- El porcentaje de personas que prolongan su vida profesional más allá de los 65 años está alrededor del 1% a nivel regional. Y así es en Albacete, Cuenca, Guadalajara y Toledo. El porcentaje que arroja el colegio de Ciudad Real es debido a que incluyen los colegiados jubilados en el registro de jubilados totales. Es una cuestión a valorar, toda vez que se trata de un colectivo que participa en las elecciones colegiales y debe existir un registro de los mismos. La encuesta que sirve de base para estos datos, la remitida por los colegios al INE, incluye un apartado sobre colegiados jubilados y colegiados no jubilados.
- Todas las series analizadas tienen un “No consta” cifrado en un 0%. Se trata de la comprobación de que todos los registros cuentan con el dato de edad. Dicho “No consta” es un requisito que aparece en las encuestas enviadas por el INE a los colegios provinciales.
- Se han solicitado fechas de nacimiento de los colegiados para conocer, agregadamente el número de personas nacidas entre 1960 y 1975, período que coincide con el fenómeno demográfico español del baby-boom para poder situar el impacto que pueda tener en un futuro la llegada de dichas cohortes a la edad de jubilación. Dichas conclusiones se presentarán en un documento aparte.

DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE CASTILLA - LA MANCHA



Las mujeres representan un 83% del total de personas colegiadas en los registros de los colegios castellanomanchegos, mientras que los hombres representan el 17% restante. Estos datos están muy cerca de los mostrados por el INE en sus estadísticas del año 2022 en las que cifra los porcentajes de mujeres-hombres en la profesión en el 84,2%-15,8%.



Fuente: elaboración propia

2

UNA APROXIMACIÓN A LA DEMOGRAFÍA PROFESIONAL ENFERMERA DE LA REGIÓN

Lo que sigue es una aproximación de las variables que influyen en la disponibilidad de enfermeras basándonos en conceptos clásicos de la demografía aplicados al ámbito profesional.

Así, los inputs, o ganancias de efectivos profesionales proceden por una parte de la formación de profesionales y por otra parte de aquellos profesionales que, formados en otros lugares, vienen a nuestra Región a ejercer la profesión enfermera.

Por otro lado, los outputs, o pérdidas de profesionales, suponen un conglomerado mucho más heterogéneo que los inputs, ya que están compuestos fundamentalmente por las jubilaciones (fin de la actividad laboral) y los traslados a trabajar a otras comunidades u otros países. Pero en este caso existe también un nutrido grupo de causas que serán objeto de citación más adelante, si bien ha de sentarse de entrada que cuantitativamente no son especialmente relevantes.

Los conceptos que ponen en relación lo anteriormente dicho son los de crecimiento vegetativo y saldo migratorio. El primero supone conocer el saldo resultante de la producción de profesionales en una comunidad cerrada y la pérdida de efectivos profesionales en esa misma comunidad. El segundo supone conocer el saldo resultante del movimiento profesional: los profesionales que vienen a trabajar a nuestra comunidad menos los profesionales que se van a trabajar a otra comunidad. La producción de profesionales es probablemente el elemento más fijo y definido de esta relación de componentes y está representado por la formación de profesionales (número de egresados anuales). La formación exige una planificación cuya variabilidad en el corto espacio de tiempo es mínima.

También las jubilaciones son un elemento que, aún estando más sujeto a la variabilidad que la producción de alumnos, puede ser analizada y estimada, considerando los grupos etarios que componen una población profesional. La variabilidad está influenciada fundamentalmente por los cambios legislativos en materia de política de pensiones. También las decisiones personales influyen determinantemente en esta decisión, es especial si media una experiencia colectiva tan intensa como la vivencia de la pandemia por coronavirus.



Los movimientos migratorios están sometidos a factores internos a la propia comunidad, fundamentalmente la demanda de profesionales. Así, una alta demanda implica el empleo de profesionales que viven en la Región y puede implicar la llamada de profesionales de otras comunidades.

Una baja demanda puede forzar a profesionales formados a buscar trabajo más allá de nuestras fronteras.

Pero también puede haber factores externos a la Comunidad que impliquen una salida de profesionales como podría ser una mayor demanda de profesionales fuera de nuestra Región y hasta de nuestro país, y unas mejores condiciones laborales, pues hay que considerar que los ecosistemas laborales están sometidos a tensiones competitivas.

También hay que considerar un volumen de profesionales formados en nuestra Región y que vuelven a sus lugares de residencia al terminar los estudios de Enfermería.

Los saldos resultantes de las sumas y restas anteriores nos da una aproximación al conocimiento de lo que crece una población, en este caso, una población profesional.

Para hacernos una idea de la situación en Castilla La Mancha a nivel global y sus provincias, los anteriores elementos se han operacionalizado de la siguiente forma:

- a. La producción de profesionales se estimará a partir del número de alumnos que se forman anualmente en nuestra Región. Disponemos de 5 facultades que dependen de la UCLM (en Albacete, Cuenca, Ciudad Real, Toledo y Talavera) y una facultad de la Universidad Alcalá de Henares que imparte un Grado de Enfermería en Guadalajara.
- b. La pérdida de profesionales se estimará a partir del número de jubilaciones anuales que registren cada colegio provincial. En este sentido hay que señalar que existen causas de pérdidas adicionales, si bien representan un número minoritario. Se señalarán en términos cualitativos y se realizará una aproximación basada en datos exhaustivos de un colegio provincial.
- c. La ganancia de profesionales (inmigración laboral) se cuantificará examinando los traslados de expedientes que teniendo como origen un lugar no ubicado en la región tienen como destino uno de los colegios provinciales.
- d. La pérdida de profesionales (emigración laboral) se cuantificará examinando los traslados de expedientes de un colegio provincial a otro situado fuera de la Región.

Los apartados a y b nos permitirán hablar de una aproximación al saldo vegetativo de los profesionales en enfermería de la Región y de cada una de las provincias.

Por su parte, los apartados c y d nos permitirán acceder a una cuantificación de los saldos migratorios profesionales.

Por último, la unión de ambos saldos, el vegetativo y el migratorio, nos permitirá acceder a una valoración del crecimiento poblacional profesional en la Región. Lo compararemos con el crecimiento señalado a partir de los datos del INE y discutiremos el por qué de su desviación. Veamos todo ello a continuación:

A. PRODUCCIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN CASTILLA LA MANCHA.

Como puede apreciarse, en Castilla La Mancha se forman anualmente unos 625 alumnos, de los cuales el 88% lo hacen en aulas de la Universidad de Castilla La Mancha y el 12% restante lo hacen en las aulas de la Facultad de Enfermería de Guadalajara de la Universidad de Alcalá de Henares.

No puede deducirse que todos los alumnos formados en suelo regional proceden de Castilla La Mancha ni mucho menos, pero es incuestionable que es una medida de la producción de enfermeras que realiza la Región.



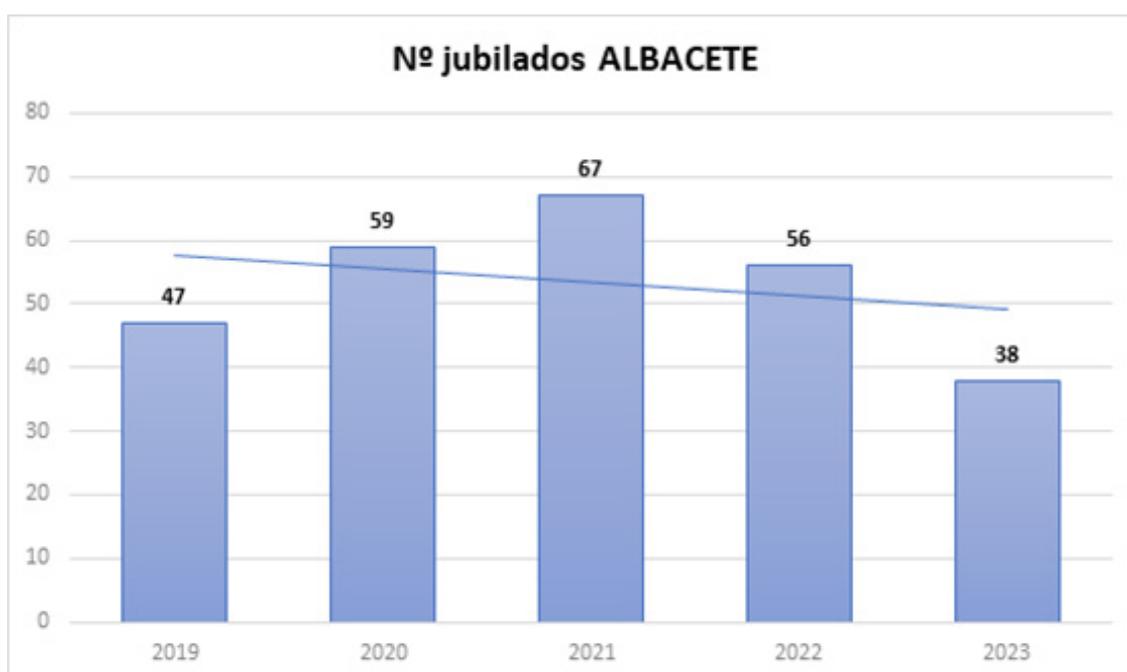
Fuente: elaboración propia

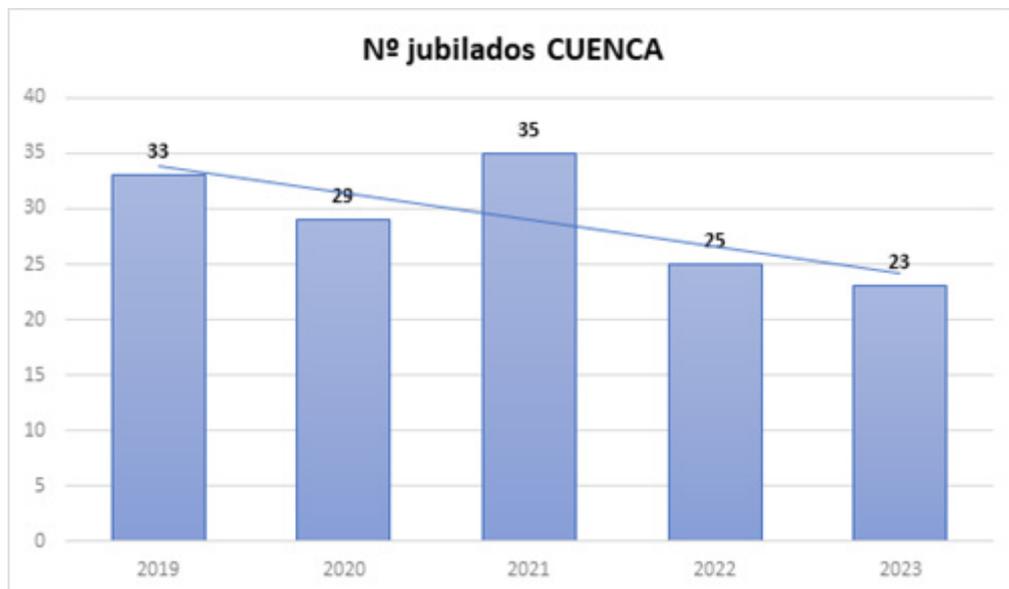
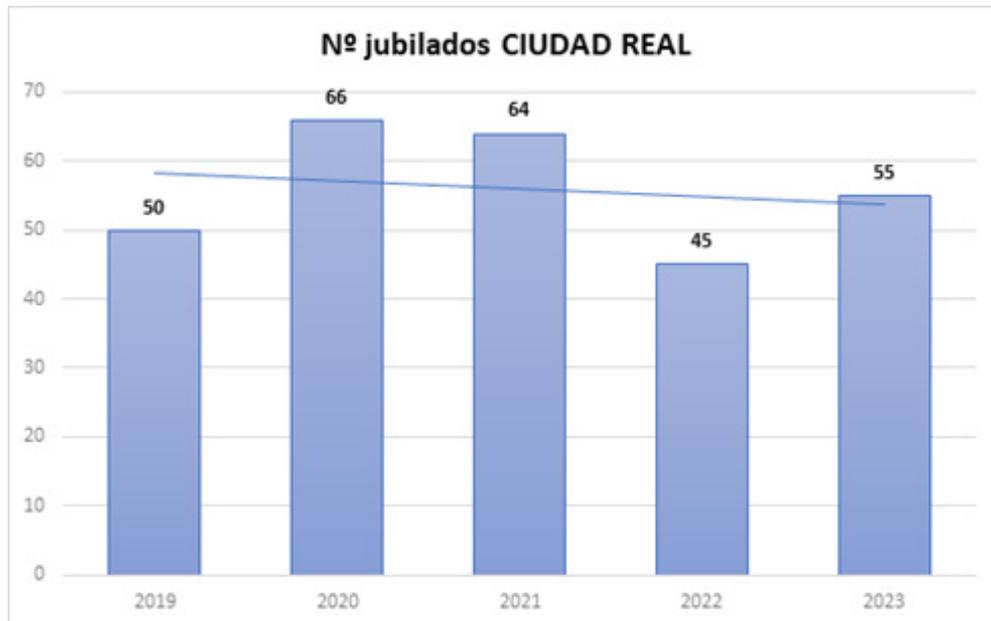
B. PÉRDIDA DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA POR ACABAR SU VIDA LABORAL: JUBILACIONES

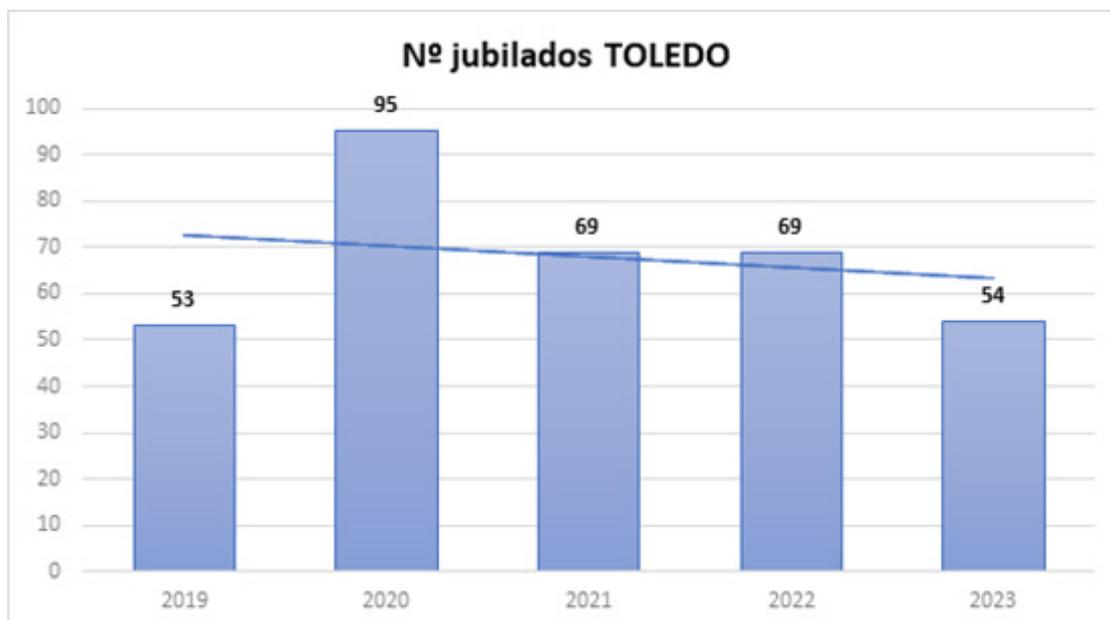


Las jubilaciones registradas por los colegios profesionales de enfermería durante los años analizados, del 2019 al 2023, ascienden a 1143 en total.

Las gráficas provinciales son las siguientes





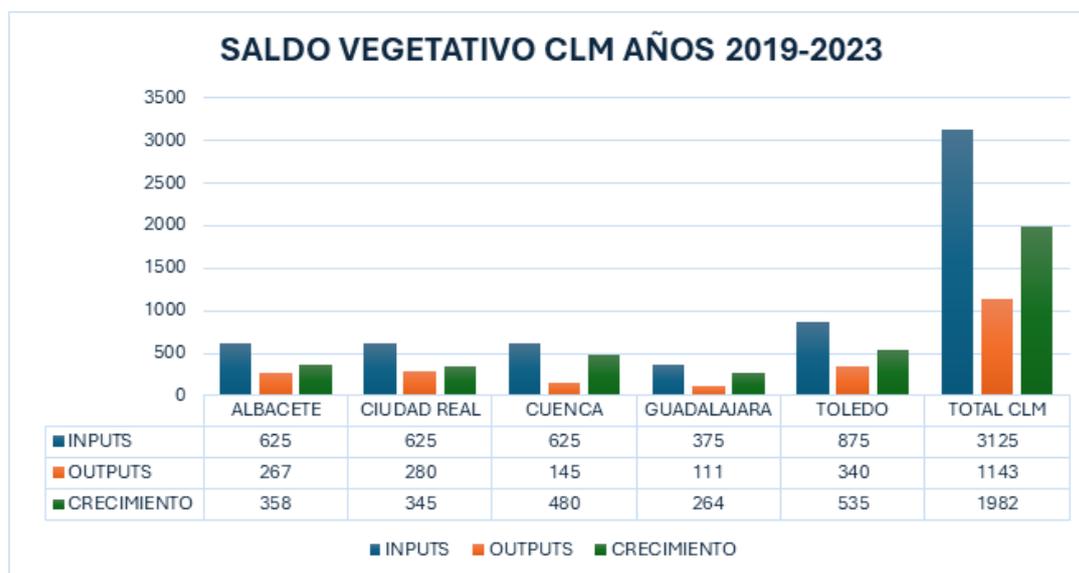


AÑOS	ALBACETE	CIUDAD REAL	CUENCA	GUADALAJARA	TOLEDO	CASTILLA LA MANCHA
2019	47	50	33	15	53	145
2020	59	66	29	26	95	180
2021	67	64	35	31	69	197
2022	56	45	25	22	69	148
2023	38	55	23	17	54	133
TOTAL PROVINCIA	267	280	145	111	340	1143

Las series analizadas arrojan una línea de tendencia con cierta pendiente descendiente en su serie regional y todas las series provinciales excepto en la de Guadalajara, que se aprecia cierta tendencia estable del número de jubilaciones. Es preciso apuntar el alto impacto que haya podido tener el COVID (al adelantar la decisión de jubilarse); en 4 de los cinco colegios el número de jubilaciones ha sido más alto en los años 2020 y 2021. Consecuentemente, podría pensarse que ese “exceso” de jubilaciones se han detraído de años posteriores.

UNA APROXIMACIÓN AL SALDO VEGETATIVO PROFESIONAL

Teniendo en cuenta la producción de profesionales anteriormente señalada y el número de jubilaciones puede establecerse una aproximación al saldo vegetativo profesional de las enfermeras en la Región:



Es necesario apuntar que lo que acabamos de ver es una aproximación al saldo vegetativo; un saldo vegetativo exhaustivo implicaría conocer al detalle otras causas de pérdidas de profesionales que, aunque menores también tienen su incidencia en la disponibilidad de profesionales, por ejemplo:

- Profesionales que abandonan durante un periodo largo de tiempo el ejercicio profesional al acogerse a una excedencia, ya sea por cuidado de hijos (la más habitual en un colectivo feminizado como el que nos ocupa) o voluntaria.
- Casos de incapacidad permanente sobrevenida ya sea por accidentes y/o enfermedades profesionales u otras contingencias no profesionales (por ejemplo enfermedad y/o accidente incapacitante).
- Trabajo en el extranjero.

Otras causas menores pueden ser el abandono profesional, para dedicarse a otra actividad laboral, el impago de cuotas profesionales o fallecimiento.

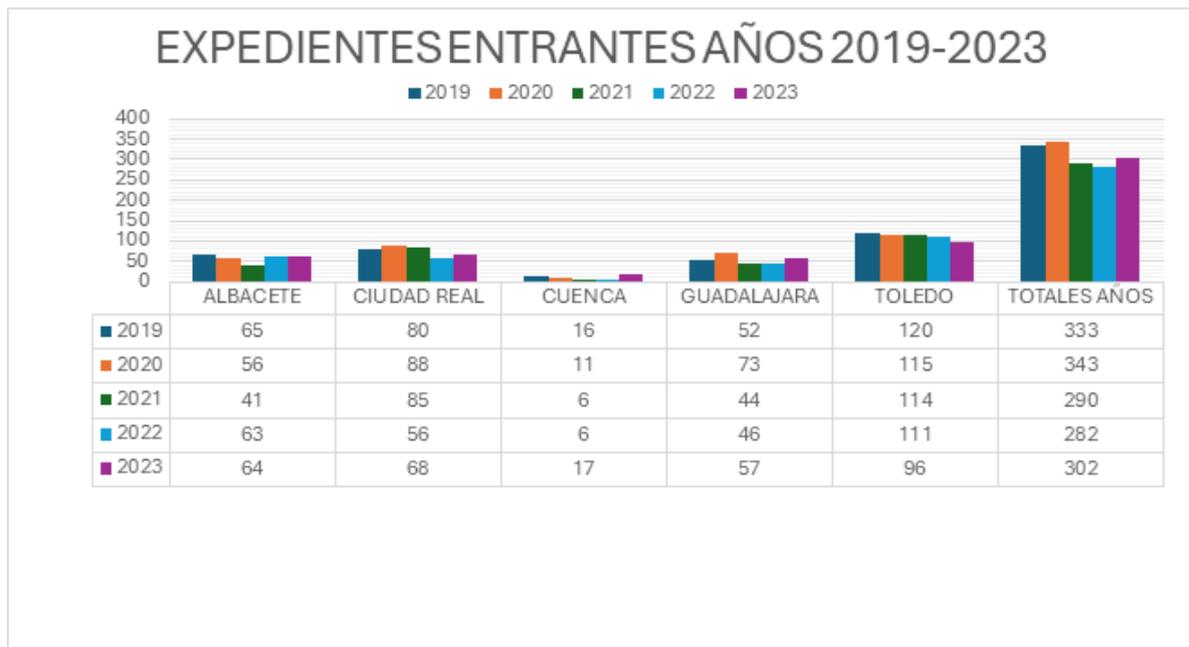
Como estimación del volumen de estas otras causas de pérdidas de profesionales se ha realizado un análisis exhaustivo de dichas causas en el COE de Albacete con el siguiente resultado:

- Enfermedad: 1
- Incapacidad: 7
- Petición propia: 1
- Empleo en el extranjero: 10 (Noruega y Países Bajos)
- Impago cuotas: 4
- Fallecimiento: 8
- Excedencia: 9

Estos datos suponen 40 personas para un periodo de 5 años en un volumen de colegiados de 3229 en 2023. Una estimación aproximada, suponiendo variables similares para todo el colectivo regional arroja una cifra de unos 166 colegiados.

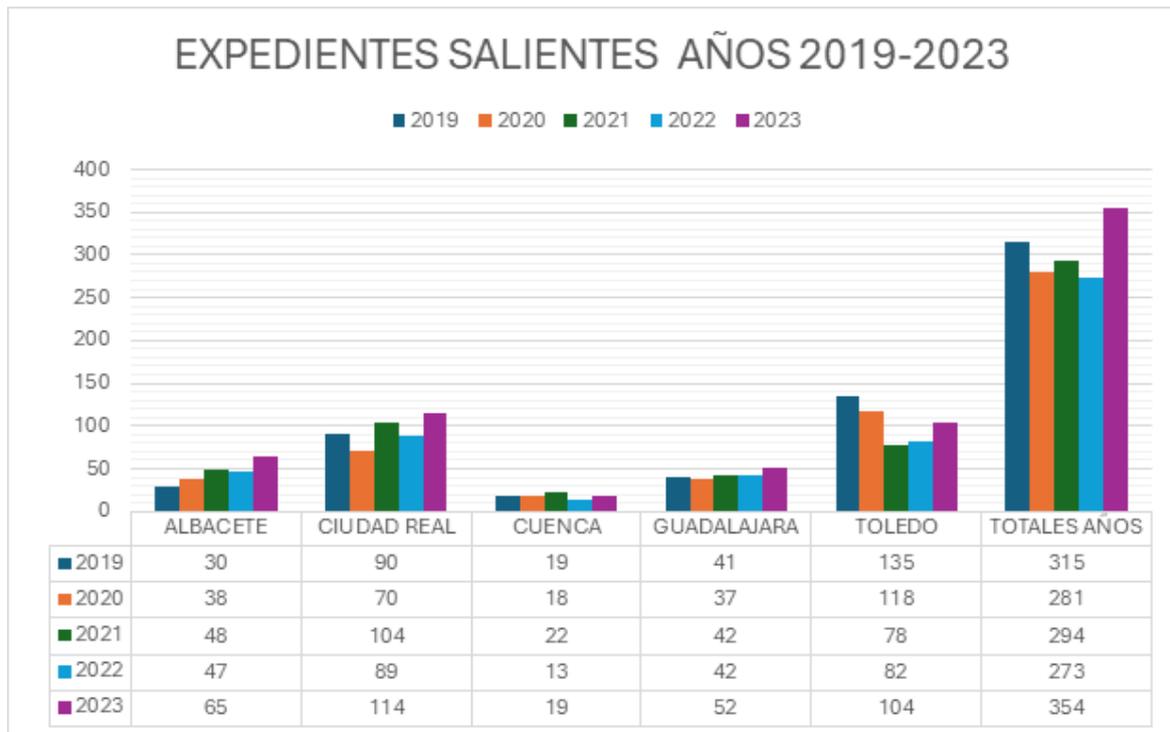
C. INMIGRACIÓN PROFESIONAL; ENFERMERAS PROCEDENTES DE OTRAS COMUNIDADES A CASTILLA LA MANCHA, AÑOS 2019-2023

En el gráfico a continuación podemos observar los expedientes que han entrado en Castilla La Mancha procedentes de otras comunidades durante los años 2019 al 2023. No se contabilizan los traslados de expedientes entre colegios de la Región. Podemos comprobar la distribución por provincias y los datos totales. En el gráfico posterior observamos la línea de tendencia que arrojan los datos anteriores a nivel global.



D. EMIGRACIÓN PROFESIONAL; ENFERMERAS QUE TRASLADAN SU EXPEDIENTE FUERA DE CASTILLA LA MANCHA, AÑOS 2019-2023.

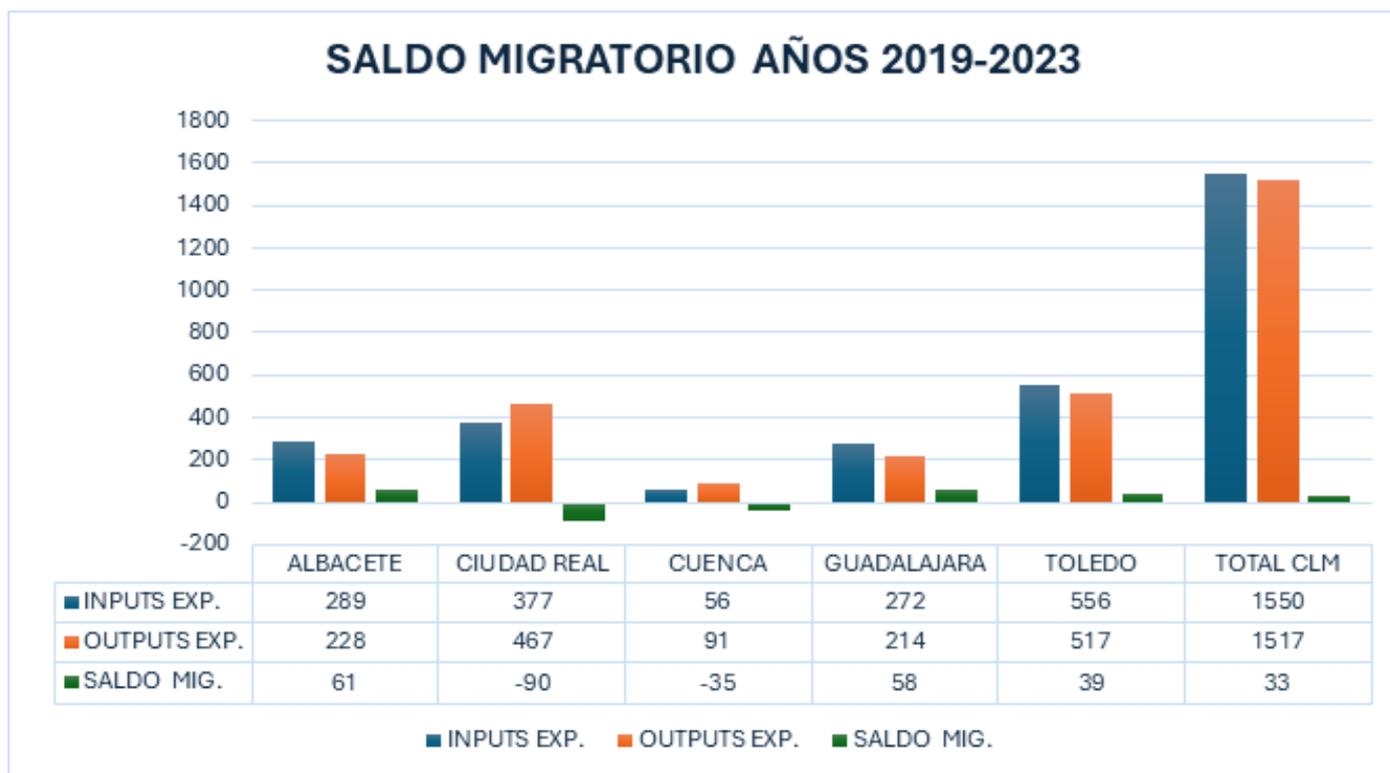
Los datos que siguen muestran los expedientes que han sido trasladados fuera de Castilla La Mancha desde cada uno de los colegios provinciales. No se contabilizan los traslados de expedientes entre colegios de la Región. Y a continuación se muestran los datos globales con la línea de tendencia de los mismos, que es ligeramente ascendente.



A priori los datos indican una tendencia leve a la menor entrada de expedientes y una tendencia igualmente muy suave a la mayor salida de expedientes.

UNA APROXIMACIÓN AL SALDO MIGRATORIO PROFESIONAL

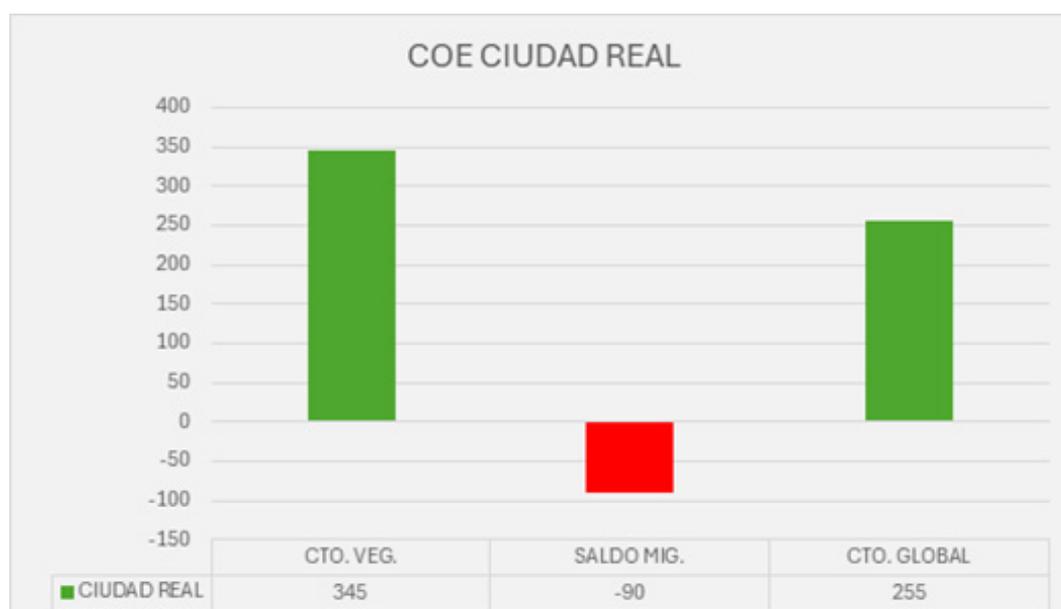
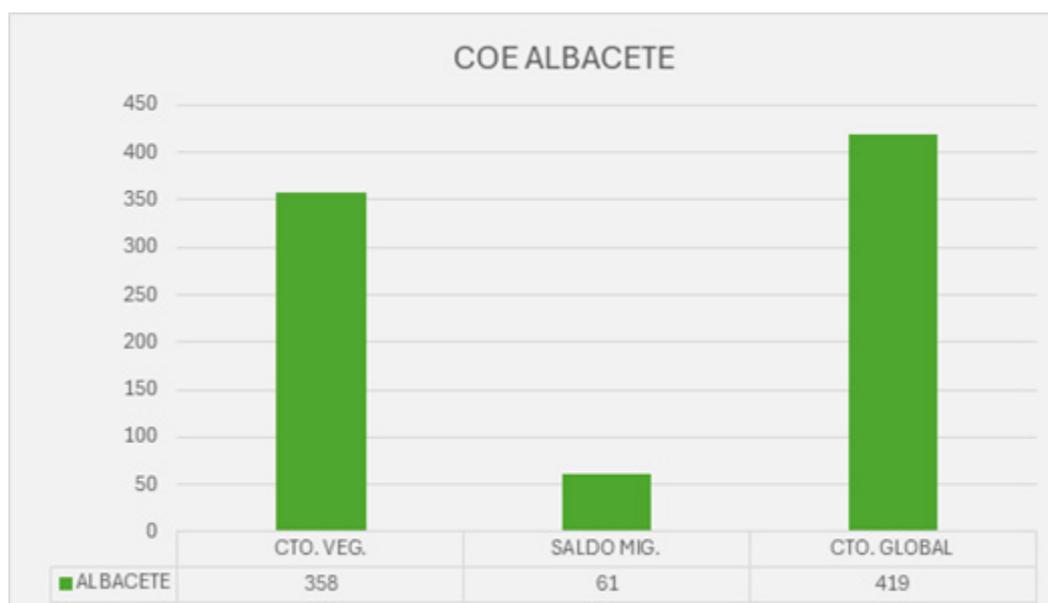
Una vez contabilizadas las entradas y salidas de expedientes se está en condiciones de acceder a una aproximación al saldo migratorio profesional en la Región. El gráfico siguiente muestra los datos obtenidos; tres provincias muestran un saldo migratorio positivo en los años analizados (Albacete, Guadalajara y Toledo), mientras que dos provincias muestran un saldo migratorio negativo (Ciudad Real y Cuenca).

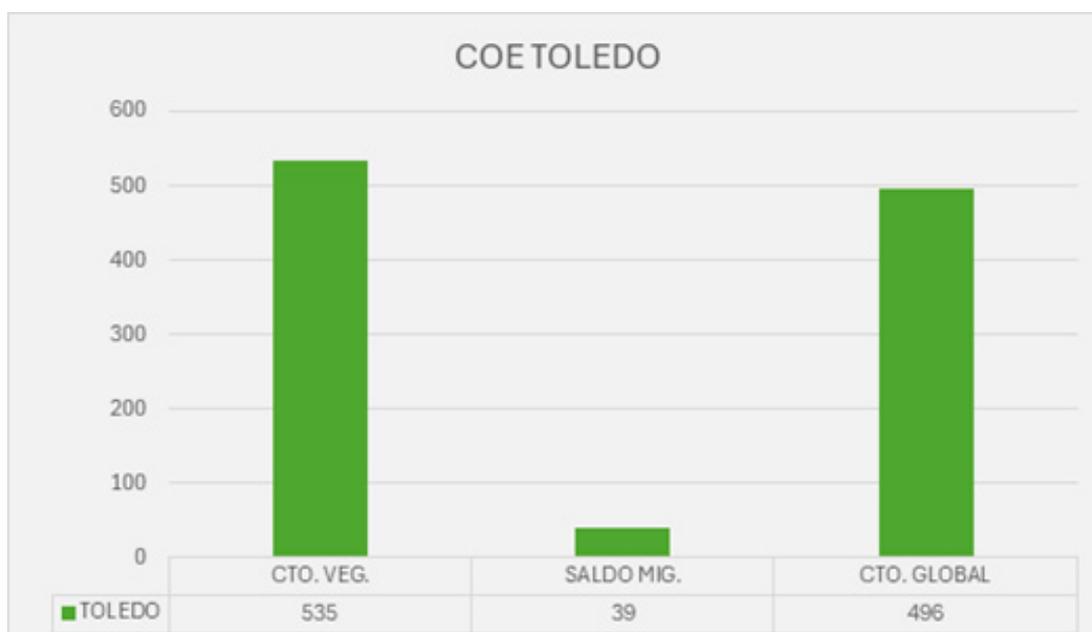
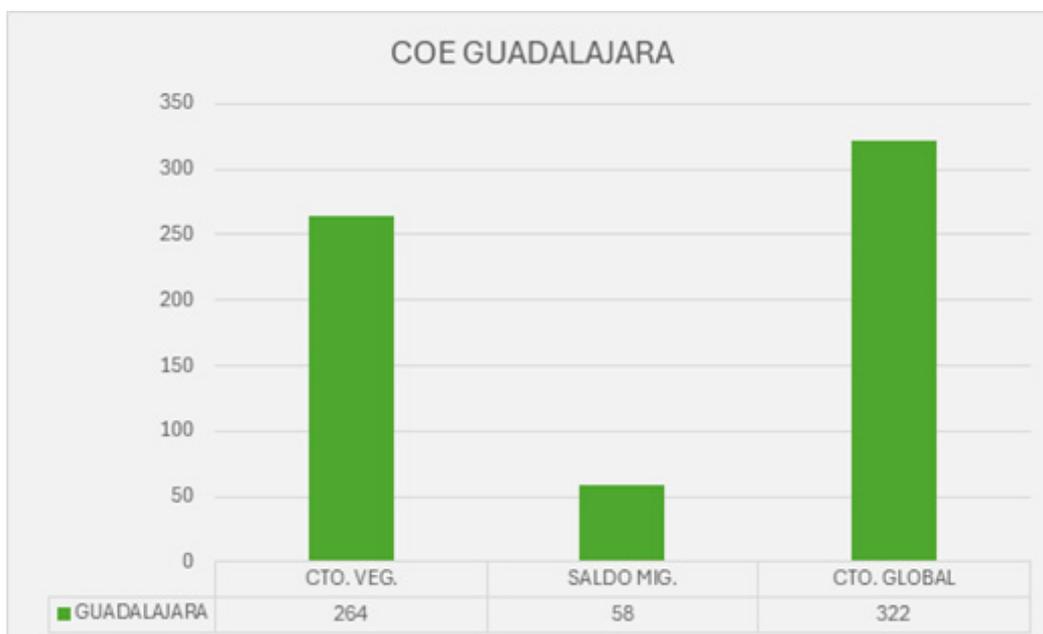
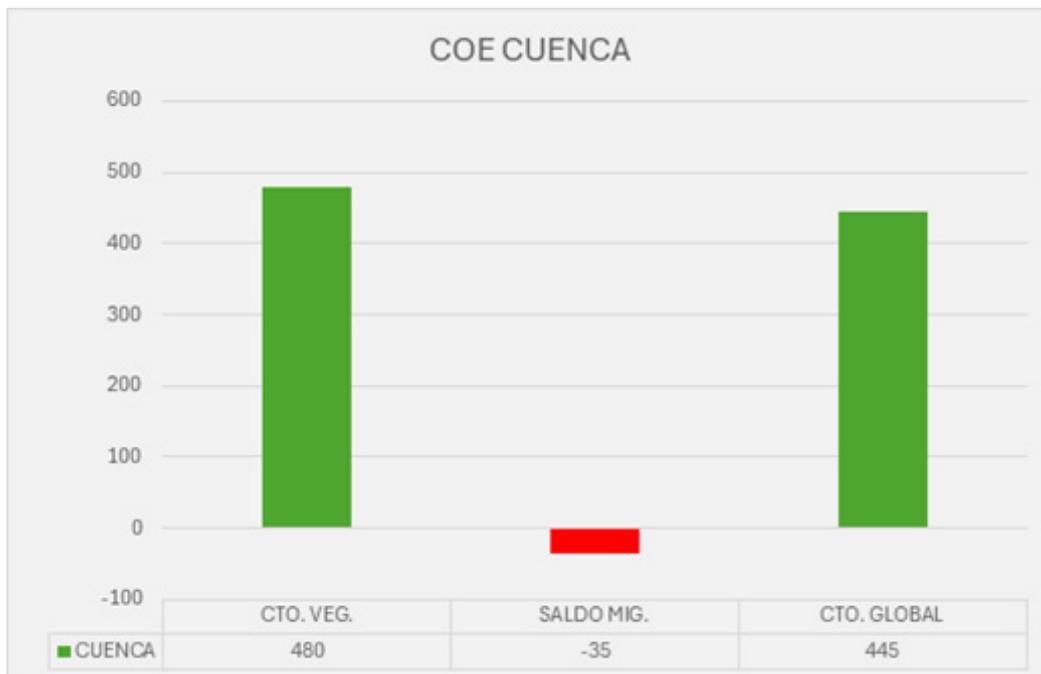


En términos globales puede hablarse prácticamente de un saldo migratorio profesional neutro (33 expedientes) para el global de Castilla La Mancha entre los años 2019 y 2023.

CRECIMIENTO GLOBAL ENFERMERAS COLEGIADAS EN CASTILLA - LA MANCHA AÑOS 2019-2023

Una vez cuantificado el crecimiento vegetativo (producción-pérdida) y el saldo migratorio (entrantes-salientes) se está en condiciones de poder mostrar el resultante de los procesos y movimientos descritos anteriormente y poder mostrar una foto global del crecimiento observado en los años 2019-2023. Vamos a mostrar los gráficos de crecimiento total de cada una de las provincias y los compararemos con los datos existentes según los datos recogidos en las encuestas del INE.







Columna1	AB	CR	CU	GU	TO	CLM
DATOS INE 2023-2019	394	425	83	76	364	1342
APROX. DEM. PROFES.	419	255	445	322	496	2015
DESVIACIÓN	-25	170	-362	-246	-132	-673
% RESPECTO AL 2023	-0,77	4,17 *	-27,10	-21,08	-3,62	-5,00

* Considerando que en los datos de 2023 hay incluidos 204 colegiados jubilados, la desviación sería de +34 personas lo que implicaría una desviación porcentual positiva inferior al 1%.

La primera fila representa la diferencia en enfermeras registradas entre el año 2023 y el año 2019. Como puede apreciarse y ya se mostró en el primer apartado todos los colegios han aumentado su número de colegiadas.

La segunda fila nos muestra el potencial crecimiento de la población enfermera atendiendo al crecimiento vegetativo y saldo migratorio hallado en cada una de las provincias.

Las siguientes filas nos hablan de la desviación existente (en términos totales o en porcentaje) pudiendo ser positiva o negativa. El porcentaje está calculado sobre el número de enfermeras colegiadas al final del período analizado, al final del 2023. La desviación positiva implica una situación en la que una provincia precisa incorporar de fuera efectivos para hacer crecer su población de enfermeras colegiadas. Es el caso de Ciudad Real. Por otro lado, la desviación negativa implica una situación en la que una provincia dispone a priori de efectivos profesionales para poder hacer crecer su población profesional colegiada. Dicho lo anterior tenemos dos provincias, Albacete y Ciudad Real con una desviación prácticamente neutra, en el entorno al 1%, positiva para el caso de Ciudad Real y negativa para el caso de Albacete. Son provincias que tienen, a la luz de los datos, una situación de cierta equiparación entre lo que han aumentado los registros de enfermeras colegiadas y los efectivos disponibles en base al crecimiento vegetativo y saldo migratorio.

Tenemos dos provincias, Cuenca y Guadalajara, con una acusada desviación negativa, con porcentajes respectivos del -27,10% y del -21,08%. Ello implica que son provincias cuyo crecimiento poblacional de enfermeras colegiadas (dependiente del crecimiento vegetativo y del saldo migratorio) es superior al que se ha comprobado a partir de los datos del INE. En estos colegios el determinante de dicha situación es su crecimiento vegetativo debido a su potencial de formación de nuevos efectivos en relación con la demanda de los mismos (incremento de enfermeras registradas, que coincide con el mínimo de enfermeras demandadas por los empleadores).

Por último, tenemos el colegio de Toledo con unas cifras cerca del global de Castilla La Mancha. Si el COE de Toledo presenta una desviación del -3,62%, el dato global para Castilla La Mancha está en el -5,00%.



Así, en global, Castilla La Mancha es una Región que ha formado en el período 2019-2023 cerca de 700 enfermeras más de las que ha empleado. Entre ellas hay un porcentaje indeterminado de personas que inmigraron a nuestra región por motivos formativos (estudiar el Grado de Enfermería en nuestra Región) y que volvieron a sus comunidades de origen sin haberse colegiado aquí (si se hubieran colegiado y trasladado constaría como traslados de expedientes).

No se abordan los movimientos interprovinciales por no ser objeto del presente documento que tiene carácter y voluntad de exposición de la situación regional. Pero cabe un apunte sobre los movimientos interprovinciales y sobre la colegiación en unas provincias u otras.

La legalidad colegial dicta la obligatoriedad de estar incorporado al colegio provincial del territorio donde se desarrolle la actividad profesional. La cuestión a señalar es que la demarcación política y territorial de las provincias no cuadra exactamente con la organización funcional de la asistencia sanitaria. Así, en Castilla La Mancha tenemos 8 áreas sanitarias y existen varias situaciones para cada una de las provincias:

- Provincias con un área sanitaria que se extiende más allá de los límites provinciales políticos de la misma. Es el caso de Albacete. Así, el Área de Salud de Albacete comprende toda la provincia de Albacete y varias zonas básicas de salud que están situadas dentro de la demarcación territorial provincial de Cuenca.
- Provincias con un Área sanitaria que la engloba pero que soporta la incursión de otras áreas en su territorio. Por ejemplo, la provincia de Cuenca, que tiene zonas básicas de salud que pertenecen al Área de Albacete y otras que pertenecen al área Mancha Centro.

- Provincias con una equiparación casi perfecta entre la organización sanitaria y la demarcación territorial provincial. Es el caso de Guadalajara que únicamente tiene 2 zonas básicas de salud en su territorio que dependen del Área de Salud de Cuenca.
- Provincias en las cuales encontramos varias Áreas de salud, como lo son las provincias de Ciudad Real y Toledo. En la primera de ellas nos encontramos con las Áreas de Salud de Puertollano, Ciudad Real y Mancha Centro. En la segunda nos encontramos con las áreas de Salud de Talavera de la Reina, Toledo y Mancha Centro.
- Así pues, nos encontramos con un Área de Salud, la Mancha Centro, que aparece en tres provincias: Ciudad Real, Toledo y Cuenca.

Es más lógico pensar que los profesionales se mueven dentro de la organización funcional de un Área de Salud antes que dentro de los límites provinciales. Por ello, en aquellas zonas donde no coinciden los límites provinciales (geográficos) con la influencia de las Áreas de Salud se producen habitualmente situaciones en las que profesionales que ejercen en una provincia están colegiados en otra.

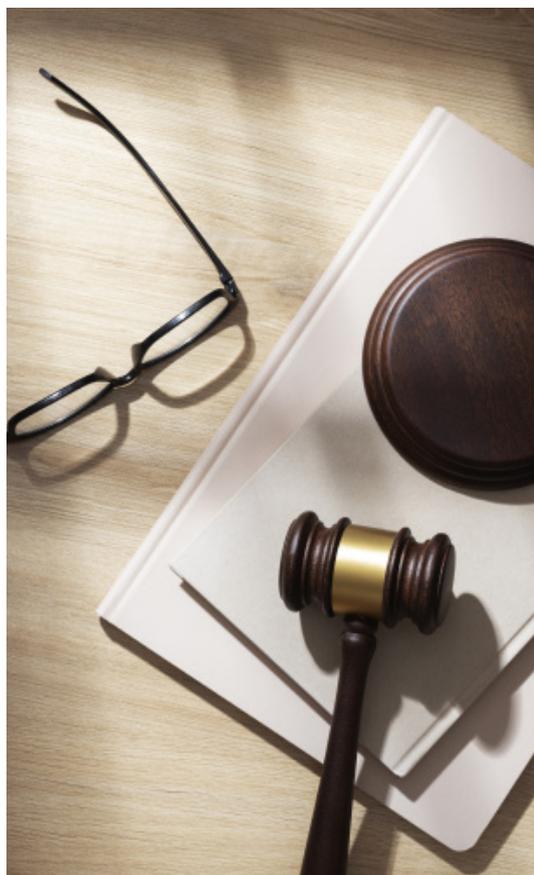
Esto no debe ser un problema ni mucho menos. En realidad, lo que plantea es la necesidad de tener un enfoque global, un enfoque de Comunidad Autónoma en lo tocante a la representación profesional. Un enfoque que tenga la colaboración y la solidaridad como principios de las relaciones entre los colegios de la Región.

3

RATIOS DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN BASE A LOS REGISTROS COLEGIALES

El objetivo de este apartado es realizar una valoración de la situación de la enfermería regional en comparación con estándares nacionales y europeos. También se analizarán las diferencias interprovinciales en materia de ratios profesionales, así como la situación relativa de la profesión enfermera respecto de la profesión médica.

Cabe señalar inicialmente que, a medida que vamos pasando de datos micro (provincia) a datos macro (países)¹⁻⁵, se va produciendo un desfase en la actualización de datos, es decir, que actualmente tenemos disponible los datos de enfermeras colegiadas por provincia de Castilla la Mancha del año 2023, los datos del INE de otras provincias de 2022, los datos de España de 2021 y los datos internacionales de 2020. Es difícil hacer una comparativa actualizada real, por lo que se presentan los datos más recientes disponibles. Por tanto, hay que prestar atención en cada tabla y gráfico al marco temporal en que se ha realizado por la variación de cifras según la comparación.



Otro posible sesgo de datos procede de la colegiación en la provincia donde se ejerce. A nivel jurídico, el Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, regula los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. En su artículo 5 dice *“Estarán habilitados para ejercer los actos propios de la profesión de enfermería, en cualquiera de las modalidades o formas jurídicas públicas o privadas de relación de servicios profesionales, únicamente quienes se hallen inscritos en el Colegio Oficial de Enfermería del ámbito territorial correspondiente (...)”*. Además, el artículo 7 dice *“Es requisito indispensable para el ejercicio de la profesión de enfermería, en cualquiera de sus ámbitos o modalidades, hallarse incorporado al Colegio Oficial de Enfermería del ámbito territorial que corresponda con el domicilio profesional, único o principal. Bastará la incorporación a este Colegio profesional para ejercer la profesión en todo el territorio del Estado (...)”* “Los profesionales que ejerzan

ocasionalmente en un territorio diferente al de colegiación deberán comunicar previamente, a través del Colegio al que pertenezcan a los Colegios distintos al de su inscripción, las actuaciones que vayan a realizar en sus demarcaciones, a fin de quedar sujetos a las competencias de ordenación, control deontológico y potestad disciplinaria por el Colegio de prestación de servicios” (...).

En primer lugar, destacar que las Áreas Sanitarias de Castilla La Mancha no se corresponden con provincias, mientras los Colegios de Enfermería son de ámbito provincial. Además, actualmente los Colegios de Enfermería no disponemos de la situación del personal contratado y su correspondiente situación colegial; sirva de ejemplo un muestreo realizado en el abril de 2024 en el Hospital Universitario de Toledo en el cual sobre un total de 790 enfermeras interinas, 112 enfermeras no estaban colegiadas en Toledo, lo que supone un 14,18 % de enfermeras interinas no colegiadas en ese momento en la provincia donde ejercen, y 8 enfermeras no están colegiados en España (1%). Por tanto, al analizar los datos del presente documento, tenemos que tomar con cautela la fiabilidad de los datos de colegiación provincial, sin profundizar en si esas enfermeras están habilitadas para ejercer e incluso si poseen su titulación oficial.

Empezaremos con la búsqueda de datos macro. La Organización Mundial de la Salud, en el año 2020, realizó por primera vez en su historia un informe¹ sobre la “Situación de la enfermería en el mundo 2020”. Este informe fue elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con el Consejo Internacional de Enfermeras y la campaña mundial Nursing Now, y con el apoyo de gobiernos y otros asociados. Este informe pretende presentar los mejores datos e información internacionalmente comparables de que se dispone en relación con el personal de enfermería.

La OCDE publica anualmente informes con indicadores de ratios de enfermería y médicos. Aquí utilizaremos el “Health at a Glance 2023 OECD Indicators”².

El Ministerio de Sanidad ha publicado recientemente el informe monográfico “Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2022”³ y el “Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022”⁴.

El Consejo General de Enfermería publicó el informe “La escasez de Enfermeras. Un riesgo para la seguridad de los pacientes”⁵. Este informe recoge desde la comparación macro (internacional) hasta la micro (provincial).

El objetivo del presente documento es sintetizar la información más actualizada disponible en cada ámbito geográfico, siguiendo la metodología de los informes descritos. Si nos centramos en los informes



tanto nacionales (Ministerio de Sanidad y Consejo General de Enfermería) como internacionales (OMS), para realizar las comparaciones utilizan los siguientes indicadores o ratios:

1. Datos brutos: Se presenta el número de enfermeras y/o médicos para poder establecer una tasa o ratio a partir de las cifras puras.
2. Densidad de personal de Enfermería por cada 1.000 habitantes. Según los informes, puede medirse el número de enfermeras en ejercicio por cada 1.000, 10.000 o 100.000 habitantes. Se trata de un indicador, tasa o ratio de equidad en la disponibilidad de personal de Enfermería dentro de las regiones¹, y permite una comparación cuantitativa en distintos espacios geográficos, sin profundizar en un análisis cualitativo que pueda justificarlo. Para completar la información, se compara con el indicador de médicos por habitante.
3. Indicador, tasa o ratio en enfermeras por cada médico en ejercicio. Este indicador nos dice si el ámbito geográfico que estamos analizando está más o menos medicalizado en comparación con otros.
4. El tercer cálculo corresponde a las enfermeras necesarias para alcanzar una tasa de referencia o comparación. Siguiendo la metodología del Consejo General de Enfermería, se realiza una estimación del número de enfermeras ejercientes necesarias para pasar de la ratio de enfermeras actual a la ratio de enfermeras de comparación de otro ámbito nacional o internacional.

Con la información disponible, los datos y el análisis de los mismos sólo pueden realizarse desde el punto de vista cuantitativo, pero no desde un punto de vista cualitativo que profundice en las posibles causas de desigualdad y equidad entre los distintos ámbitos geográficos. Recordemos que, además de los factores expuestos anteriormente, las enfermeras no son todas enfermeras asistenciales, sino que también trabajan en ámbitos de gestión, docencia, investigación y otros. También hay que tener en cuenta que en España hay un porcentaje de enfermeras trabajando en el ámbito privado, y no sólo en el sistema público.

Es una obviedad decir que las enfermeras desempeñan un papel central en la atención sanitaria y sociosanitaria y son un elemento central de cualquier sistema de salud centrado en el paciente. Generalmente, son la profesión de salud más numerosa en la mayoría de los países de la OCDE. En todos estos países, las enfermeras trabajan fundamentalmente en los hospitales, pero también en cuidados sociosanitarios a largo plazo y en Atención Primaria. También analizaremos la comparativa con la otra profesión más numerosa en los sistemas sanitarios mundiales, los médicos.



3.1 Tasa de profesionales de enfermería en ejercicio por cada 1.000 habitantes.

Empezaremos describiendo la situación de datos macro (OMS y OCDE) para pasar después a los datos micro (provincias de Castilla La Mancha). Para empezar cabe apuntar que España arrastra un déficit crónico de enfermeras en comparación con la situación de la profesión a nivel europeo. Esta afirmación, se sustenta en los datos del INE, del Ministerio de Sanidad, de Eurostat y de la Organización Mundial de Salud.

El informe de Recursos Humanos de Enfermería de 2020 del Consejo General de enfermería⁵ realiza una comparación en el ámbito internacional. Este informe analiza distintas fuentes (OMS, OCDE, Eurostat) para conocer la situación de la enfermería española con respecto a otros países. Así, España se encuentra en la posición número 61 del ranking mundial según la OMS, con una ratio de 5,73 enfermeras por cada 1.000 habitantes, mientras que los médicos se posicionan en el número 26, lo que supone que se está tres veces mejor posicionada en lo que se refiere a médicos que a enfermeros. De hecho, España es uno de los países con menos enfermeras por cada médico del mundo, situándose en la posición número 142 de los 193 países cuyos datos se disponen a nivel mundial, con una ratio de 1,48 enfermeras por cada médico.

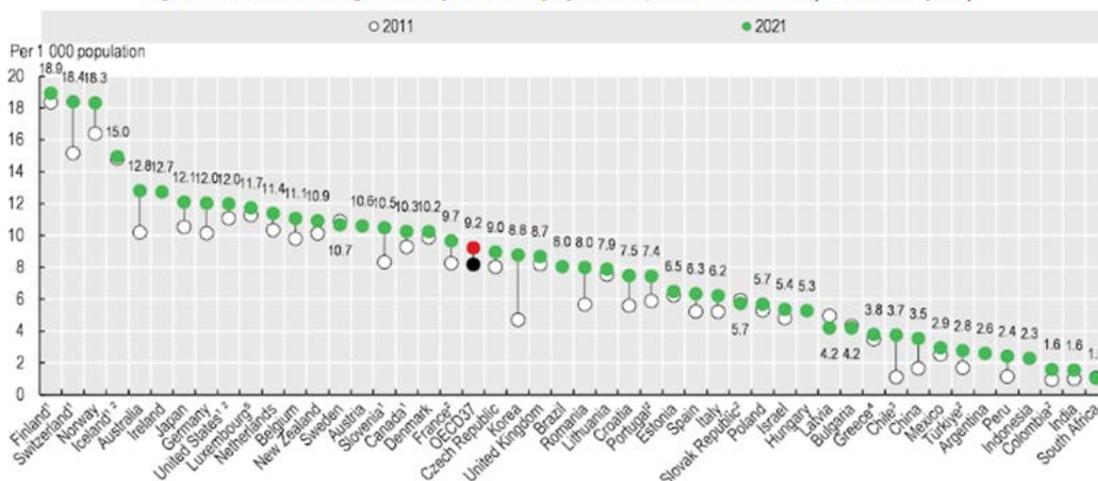
Las enfermeras de España ocupan la posición número 61 del ranking mundial en profesionales /1.000 habitantes, mientras los médicos ocupan la posición número 26 del ranking

España es uno de los países del mundo del mundo con menos enfermeras por cada médico

Si nos centramos en el informe publicado 2023 en el ámbito de los países de la OCDE², el gráfico siguiente refleja la tasa de profesionales de enfermería por cada 1.000 habitantes. El número de enfermeras por cada 1.000 habitantes ha aumentado en casi todos los países de la OCDE durante la última década, pasando de 8,2 enfermeras por cada 1.000 habitantes en 2011 a 9,2 enfermeras en ejercicio en 2021. En el gráfico también se puede ver la evolución de cada país del año 2011 (círculo blanco) al año 2021 (círculo verde).

Aun contando con la heterogeneidad de los datos comparados entre los distintos países, la media en la OCDE es de 9,2 enfermeras / 1.000 habitantes, mientras España tiene 6,3 enfermeras / 1.000 habitantes según informe de 2023 .

Figure 8.13. Practising nurses per 1 000 population, 2011 and 2021 (or nearest year)



1. Associate professional nurses with a lower level of qualifications make up more than 50% of nurses in Slovenia, Croatia and Romania; between 33% and 50% in Greece, Iceland, Korea, Mexico and Switzerland; and between 15% and 30% in Australia, Canada, Finland, Japan, the United Kingdom and the United States. 2. Data include nurses working in the health sector as managers, educators, researchers and similar (e.g. for France, the number of practising nurses is overestimated by about 12%). 3. Data include all nurses licensed to practise. 4. Data only refer to nurses employed in hospitals. 5. Latest available data 2017.

Source: OECD Health Statistics 2023.

Con los datos del año 2020 de Eurostat⁵, la media de la tasa de profesionales en la Unión Europea es de 8,3 enfermeras / 1.000 habitantes, mientras en España es de 6,3 enfermeras / 1.000 habitantes. España se sitúa claramente por debajo de la media de la OCDE (9,2) y de la Unión Europea (8,3).

España tiene un 30% menos de enfermeras/1.000 habitantes que la media de la OCDE, mientras es el país con más médicos de la Unión Europea

Si consideramos sólo el ámbito de la Unión Europea (Eurostat), España se encuentra por debajo de la media de los países de la UE, obteniendo la posición 12 de 30 en menor ratio de enfermeras profesionales, superando solamente a los países de Europa del Este. La posición aún es peor, cayendo hasta el puesto 7, en menor ratio de enfermeras totales de atención directa (profesionales y asociadas). Mientras tanto, con los datos de Eurostat 2020, España es el país

con más médicos en ejercicio por 1.000 habitantes de la Unión Europea y el quinto en personal médico que trabaja en hospital por 1.000 habitantes.

La ratio enfermeras asistenciales por cada 1.000 habitantes, puede variar tanto por un cambio en el número de enfermeras como por un cambio el tamaño de la población. Si nos centramos en el numerador, en el gráfico siguiente podemos ver la evolución española de enfermeras en labores asistenciales del año 2000 al año 2021 (número de enfermeras) y la tasa de enfermeras/1.000 habitantes. En dos décadas casi se ha duplicado la tasa de enfermeras por cada 1.000 habitantes, pero seguimos con el déficit histórico, como se puede comprobar a lo largo del documento.

Profesionales de enfermería en ejercicio en España

Gráfico 5-86 Evolución del número de profesionales de enfermería en labores asistenciales y tasa por 1.000 habitantes. España, 2012-2021²⁴⁸

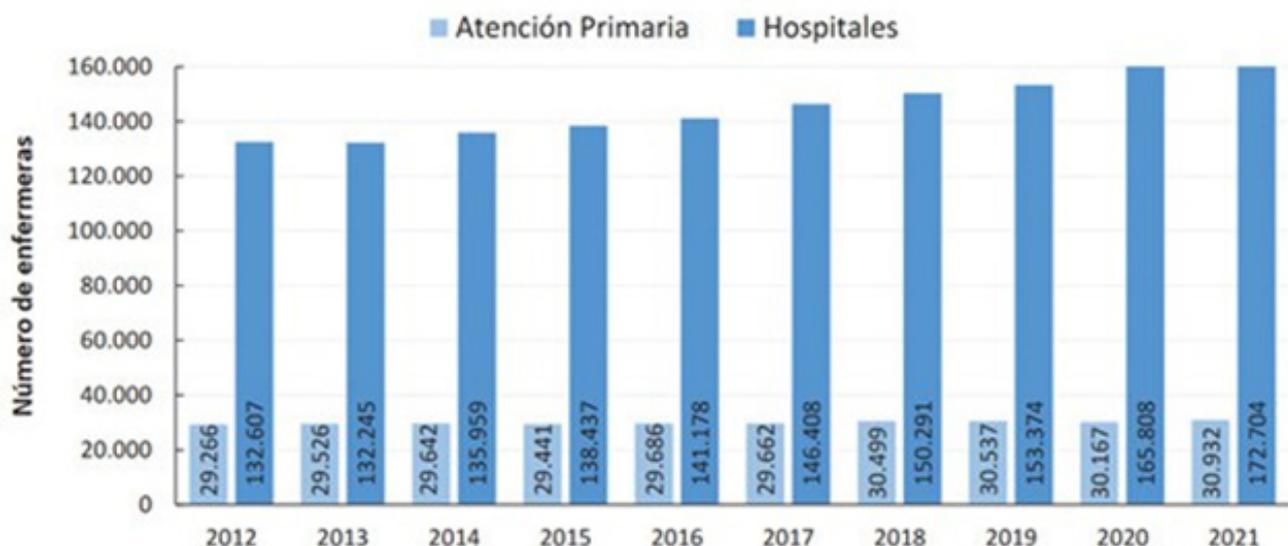


Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022

A continuación, se puede ver la evolución de las plantillas de enfermería en España en los distintos ámbitos, el número de enfermeras en Atención Primaria y Hospitales, del año 2010 al año 2021.

Aunque se ha producido un incremento importante de las plantillas profesionales de enfermeras tanto en la OCDE, como en Europa y en España, el crecimiento de 2012 a 2021 en España ha sido especialmente relevante en los hospitales del SNS y en los Servicios de Urgencias y Emergencias (en torno al 30%)^{3,4}.

Gráfico 5-90 Evolución del número de profesionales de enfermería en labores asistenciales en equipos de atención primaria y hospitales del Sistema Nacional de Salud. España, 2012-2021²⁵⁵

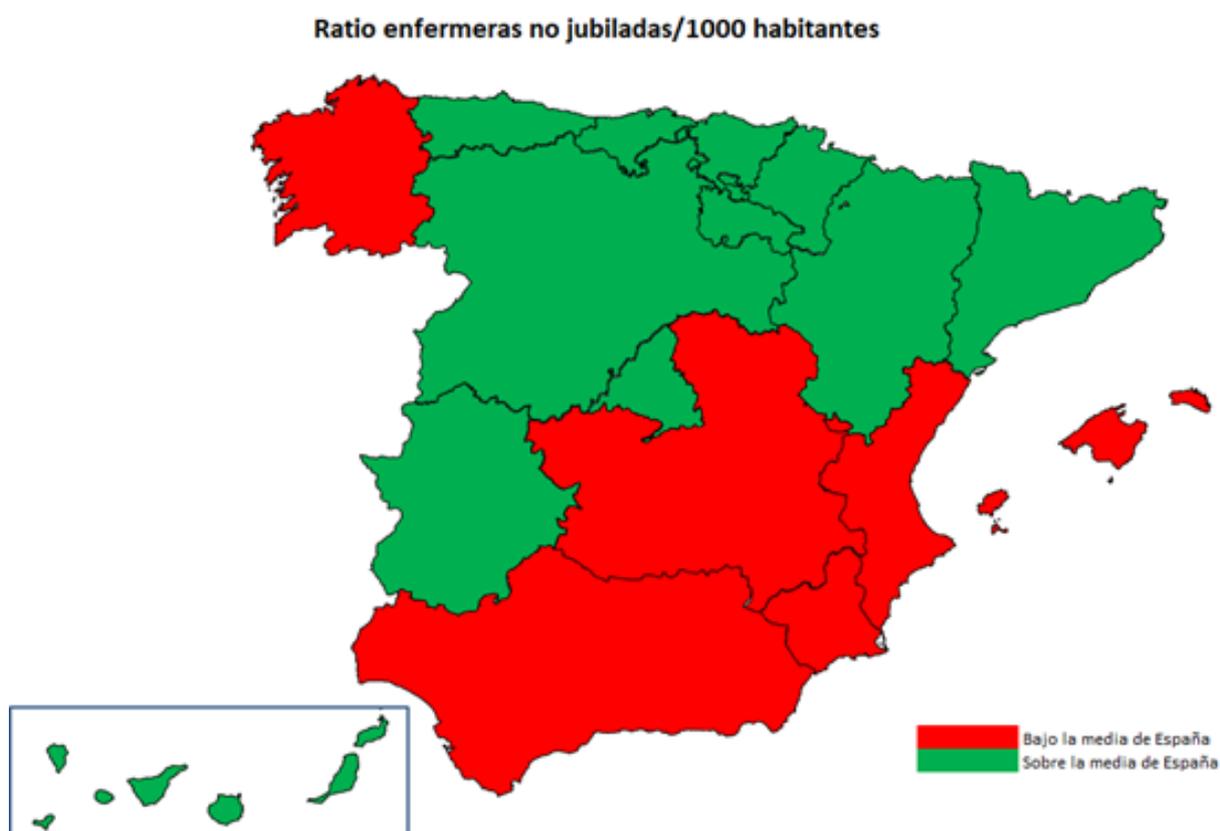


Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022

Según el Consejo General de Enfermería⁵, dentro de los países de la Unión Europea, sólo Eslovaquia, Italia, Hungría, Bulgaria, Grecia y Letonia tienen peor tasa de enfermeras por cada 1.000 habitantes. Con los datos del INE del año 2022, también observamos dentro de España grandes diferencias entre comunidades. Sólo Navarra supera la tasa europea con 8,93 enfermeras colegiadas no jubiladas/1000 habitantes, que tiene casi el doble que Murcia (4,74).

En España, si nos centramos en la ratio de enfermeras colegiadas no jubiladas por 1.000 habitantes, hay 13 Comunidades o Ciudades Autónomas sobre la media de España (6,31). Destacan Navarra (8.93), País Vasco (7.99), Melilla (7.64), Castilla y León (7.22) y Aragón (7,21). Castilla La Mancha es la primera comunidad por debajo de la media (6,20) en el puesto 14 sobre 19 de España, seguida de Illes Balears (5,84), Comunitat Valenciana (5.54), Andalucía (5.47), Galicia (5.09) y Región de Murcia 4.74.

El siguiente mapa de Comunidades Autónomas muestra aquellas que se encuentran sobre la media (en verde) o bajo la media (en rojo) de España.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE.

Según el Instituto Nacional de Estadística, a 31 de diciembre de 2022 había registrados en España un total de 336.321 enfermeras/os colegiadas/os, de los que el 89,37% (300.569) eran enfermeras/os no jubiladas.

En la siguiente tabla desglosamos los datos enfermeras colegiadas no jubiladas y la ratio enfermeras no jubiladas por 1.000 habitantes, datos por Comunidad Autónoma y Provincia.

En España hay grandes diferencias en enfermeras/1.000 habitantes, tanto entre las Comunidades Autónomas como entre las provincias de la misma Comunidad Autónoma.

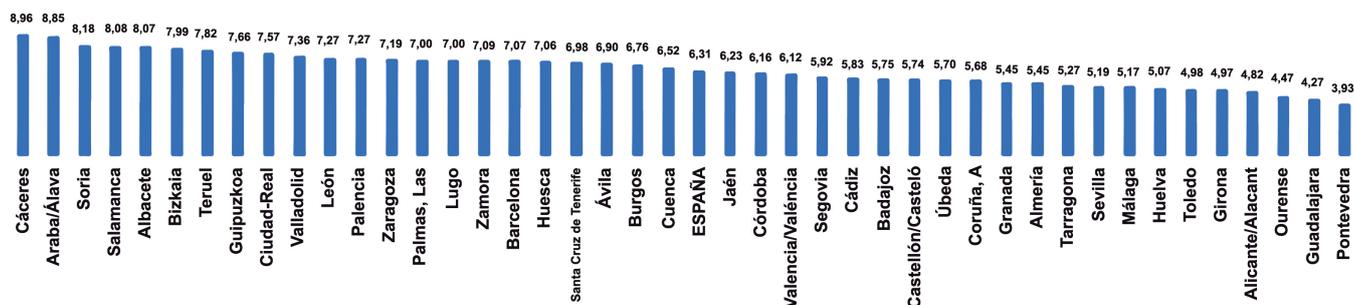
	Enfermeras colegiadas no jubiladas	Ratio enfermeras no jubiladas/1000 habitantes
ESPAÑA	300,569	6,31
Andalucía	46,869	5,47
Almería	3,977	5,45
Cádiz	7,347	5,83
Córdoba	4,787	6,16
Granada	5,089	5,46
Huelva	2,706	5,07
Jaén	3,868	6,23
Málaga	8,908	5,17
Sevilla	10,187	5,19
Aragón	9,517	7,21
Huesca	1,572	7,06
Teruel	1,043	7,82
Zaragoza	6,902	7,19
Asturias, Principado de	7,112	7,07
Baleares, Illes	7,197	5,84
Canarias	15,936	7,00
Palmas, Las	8,241	7,11
Santa Cruz de Tenerife	7,695	6,98
Cantabria	3,874	6,62
Castilla y León	17,19	7,22
Ávila	1,099	6,9
Burgos	2,383	6,76
León	3,282	7,27
Palencia	1,143	7,27
Salamanca	2,636	8,08
Segovia	912	5,92
Soria	732	8,18
Valladolid	3,817	7,36
Zamora	1,186	7,09

	Enfermeras colegiadas no jubiladas	Ratio enfermeras no jubiladas/1000 habitantes
ESPAÑA	300,569	6,31
Castilla-La Mancha	12,830	6,20
Albacete	3,129	8,07
Ciudad Real	3,707	7,57
Cuenca	1,297	6,52
Guadalajara	1,148	4,27
Toledo	3,549	4,98
Cataluña	50,750	6,54
Barcelona	39,981	7,07
Girona	3,891	4,97
Uleida	2,511	5,71
Tarragona	4,367	5,27
Comunitat Valenciana	28,527	5,54
Alicante/Alcant	9,272	4,82
Castellón/Castelló	3,345	5,74
Valencia/València	15,91	6,12
Extremadura	7,294	6,94
Badajoz	3,839	5,76
Cáceres	3,455	8,96
Galicia	13,747	5,09
Coruña, A	6,378	5,68
Lugo	2,303	7,11
Ourense	1,36	4,47
Pontevedra	3,706	3,93
Madrid, Comunidad de	45,823	6,71
Murcia, Región de	7,250	4,74
Navarra, Comunidad Foral	5,911	8,93
País Vasco	17,473	7,99
Araba/Álava	2,930	8,85
Bizkaia	9,069	7,99
Gipuzkoa	5,474	7,66
Ríoja, La	2,051	6,47
Ceuta	585	7,12
Melilla	633	7,64

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

Entre todas las provincias, según el gráfico siguiente, Albacete ocupa la 5ª posición de España con 8,07 enfermeras colegiadas no jubiladas / 1000 habitantes, seguida de Ciudad Real en 9ª posición (7,57), Cuenca en 22ª posición (6,52), Toledo en 38ª posición (4,98) y finalmente Guadalajara en penúltima posición (4,27). Dentro de Castilla La Mancha también hay grandes diferencias entre las 5 provincias.

Enfermeras colegiadas no jubiladas / 1000 habitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE.

Todas las provincias de Castilla-La Mancha están bajo la media de datos internacionales y sólo 3 provincias están sobre la media de España. Como podemos observar en el mapa inferior, Toledo y Guadalajara tienen casi la mitad de las enfermeras que las medias internacionales y casi un tercio menos que la media nacional.

Enfermeras colegiadas no jubiladas / 1000 habitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de distintas fuentes 1⁵.

3.2 Estimación de necesidades de enfermeras para alcanzar medias internacionales.

Para esta estimación, seguimos la metodología del Consejo General de Enfermería, y realizamos el cálculo por Comunidades Autónomas del número de enfermeras asistenciales necesarias para alcanzar la media de las distintas fuentes internacionales. Se trata de cambiar la tasa actual enfermeras por la tasa de comparación para esa población y obtenemos el número de enfermeras necesarias para alcanzar esas ratios:

Nº de Enfermeras necesarias para alcanzar ratios UE-28				
CCAA	Enfermeras no jubiladas	Eurostat	OCDE	OMS
ESPAÑA	300.569	99.555	102.889	118.132
Andalucía	46.869	25.105	25.705	28.447
Aragón	9.517	1.571	1.663	2.086
Asturias, Principado de	7.112	1.338	1.408	1.730
Balears, Illes	7.197	3.155	3.241	3.635
Canarias	15.936	3.187	3.347	4.075
Cantabria	3.874	1.042	1.083	1.270
Castilla y León	17.190	2.809	2.976	3.738
Castilla-La Mancha	12.830	4.553	4.697	5.360
Cataluña	50.750	14.433	14.977	17.460
Comunitat Valenciana	28.527	14.727	15.087	16.735
Extremadura	7.294	1.534	1.608	1.944
Galicia	13.747	8.940	9.129	9.993
Madrid, Comunidad de	45.823	11.541	12.019	14.204
Murcia, Región de	7.250	5.598	5.705	6.195
Navarra, Comunidad Foral de	5.911	-351.000	-304.000	-93.000
País Vasco	17.473	897.000	1.050	1.749
Rioja, La	2.051	612.000	634.000	735.000
Ceuta	585.000	105.000	111.000	137.000
Melilla	633.000	63.000	69.000	95.000

Fuente: Consejo General Enfermería

España necesitaría unas 107.000 enfermeras más y Castilla La Mancha necesitaría unas 4.900 enfermeras más para alcanzar las ratios medias europeas.

Con los datos de diciembre de 2022, como se observa en la tabla anterior y según la fuente de referencia, España necesitaría entre 99.500 y 118.132 enfermeras más, sobre 300.569 enfermeras no jubiladas actuales. Castilla La Mancha necesitaría entre 4.553 y 5.360 enfermeras más, sobre 12.830 enfermeras no jubiladas, para llegar a la media de ratios internacionales (hasta un 42% más de enfermeras asistenciales).

Castilla La Mancha necesitaría un 42% más de enfermeras asistenciales para llegar la media de ratios internacionales

En el gráfico inferior podemos ver el número de enfermeras necesarias en Castilla La Mancha para alcanzar la ratio media internacional según las distintas fuentes. Albacete necesitaría entre 128 y 279 enfermeras más, Ciudad Real entre 406 y 597 enfermeras, Cuenca entre 374 y 452 enfermeras, Guadalajara entre 1.110 y 1.215 enfermeras y Toledo entre 2.437 y 2.715 enfermeras más que las que había en el año 2022.

Nº de Enfermeras necesarias para alcanzar ratios UE-28

Nº de Enfermeros por Provincias (2022 No jubilados)	Ratio 2022 No jubilados	Eurostat 8.40	OCDE 8.47	OMS 8.79	
ESPAÑA	300.569	6.31	99.555	102.889	118.132
Albacete	3.129	8.07	128	155	279
Ciudad Real	3.707	7.57	406	441	597
Cuenca	1.297	6.52	374	388	452
Guadalajara	1.148	4.27	1.110	1.129	1.215
Toledo	3.549	4.98	2.437	2.487	2.715
Castilla-La Mancha	12.830	6.20	4.553	4.697	5.360

Fuente: Elaboración propia

Con las cifras anteriores sólo alcanzaríamos la media de ratios internacional. Sorprende la situación de la profesión enfermera si la comparamos con la profesión médica. Con estos datos, parecería poco realista plantear que España ocupe el primer lugar de la Unión Europea en enfermeras por cada 1.000 habitantes, pero analicemos el número de enfermeras necesarias para alcanzarlo. Recordemos que los médicos españoles ocupan la primera posición de la Unión Europea en médicos/1.000 habitantes, según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022. Para que las enfermeras ocupasen la primera posición de la Unión Europea, comparamos el número de enfermeras no jubiladas en España en 2022 con Finlandia que ocupaba el primer lugar de la UE en 2021 y salen cifras espectaculares, pero si lo comparásemos con el mismo año, todavía sería mayor el déficit enfermero en España.

Para llegar a nivel de Finlandia, primera posición en la Unión Europea en enfermeras / 1.000 habitantes en el año 2021, con una ratio de 12,7 enfermeras/1.000 habitantes, en Castilla la Mancha haría falta un total de 26.135 enfermeras, frente a las 12.830 enfermeras no jubiladas que había en diciembre de 2022, por lo que necesitaríamos más de 13.000 enfermeras (duplicar las enfermeras de CLM).

Para alcanzar el primer puesto de la Unión Europea, Castilla La Mancha tendría que duplicar las enfermeras / 1.000 habitantes actuales.

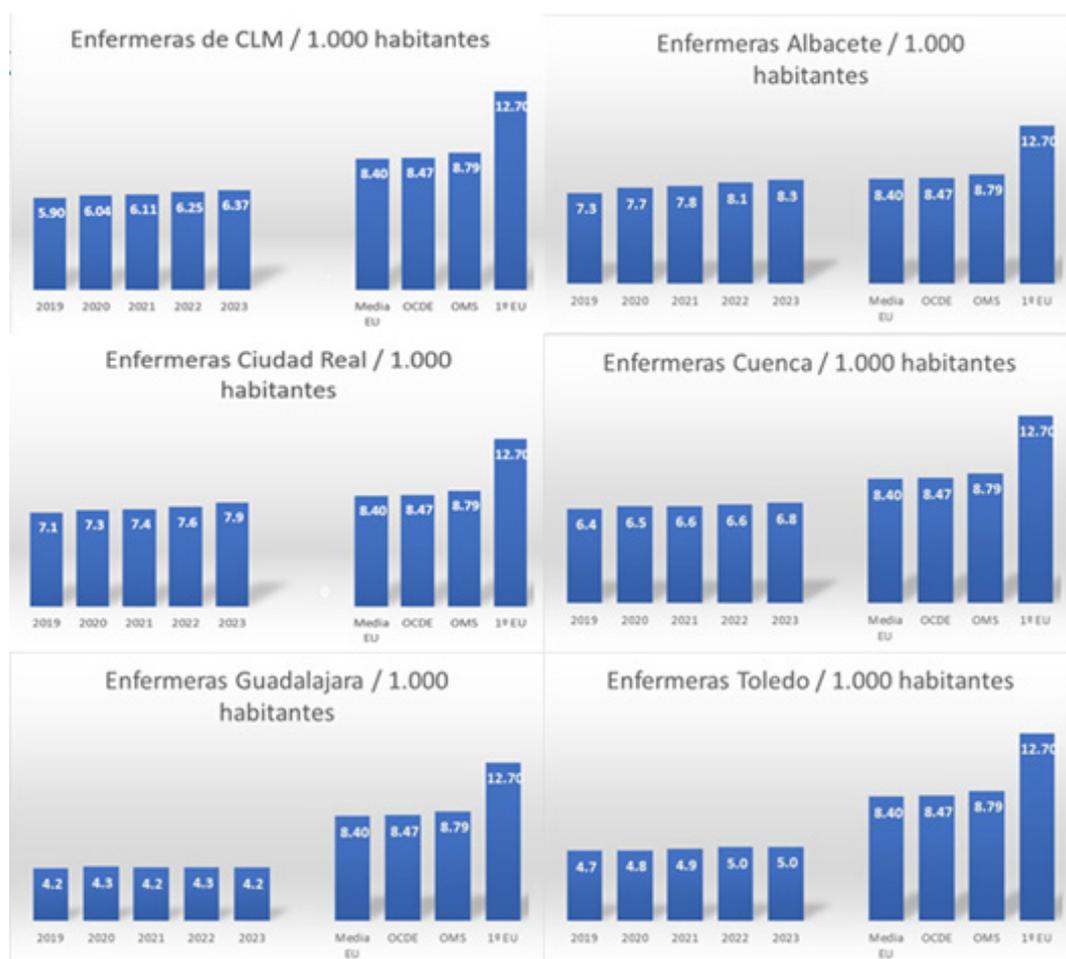
Nº de Enfermeras necesarias para alcanzar el primer lugar de la UE en 2021

Nº de Enfermeros por Provincias (2022 No jubilados)	Ratio 2022 No jubilados	Finlandia (12,7)	
ESPAÑA	300.569	6.31	604.949
Albacete	3.129	8.07	4.924
Ciudad Real	3.707	7.57	6.219
Cuenca	1.297	6.52	2.526
Guadalajara	1.148	4.27	3.414
Toledo	3.549	4.98	9.051
Castilla-La Mancha	12.830	6.20	26.135

Fuente: Elaboración propia

Para conseguir el primer puesto de enfermería con esta ratio (12,7) a nivel provincial tendríamos la siguiente situación: Albacete necesitaría un total de 4.924 enfermeras, Ciudad Real 6.219 enfermeras y Cuenca 2.526 enfermeras. Finalmente, Guadalajara con un total de 3.414 enfermeras y Toledo con 9.051 enfermeras aproximadamente tendrían que triplicar el número de enfermeras no jubiladas en ejercicio de 2022 para estar en el primer lugar de la Unión Europea en 2021.

A continuación, presentamos la evolución de la ratio de enfermeras colegiadas no jubiladas / 1000 habitantes en Castilla La Mancha junto a la comparativa con las ratios internacionales (Media de la Unión Europea, OCDE, OMS y Finlandia como primer país de la Unión Europea).

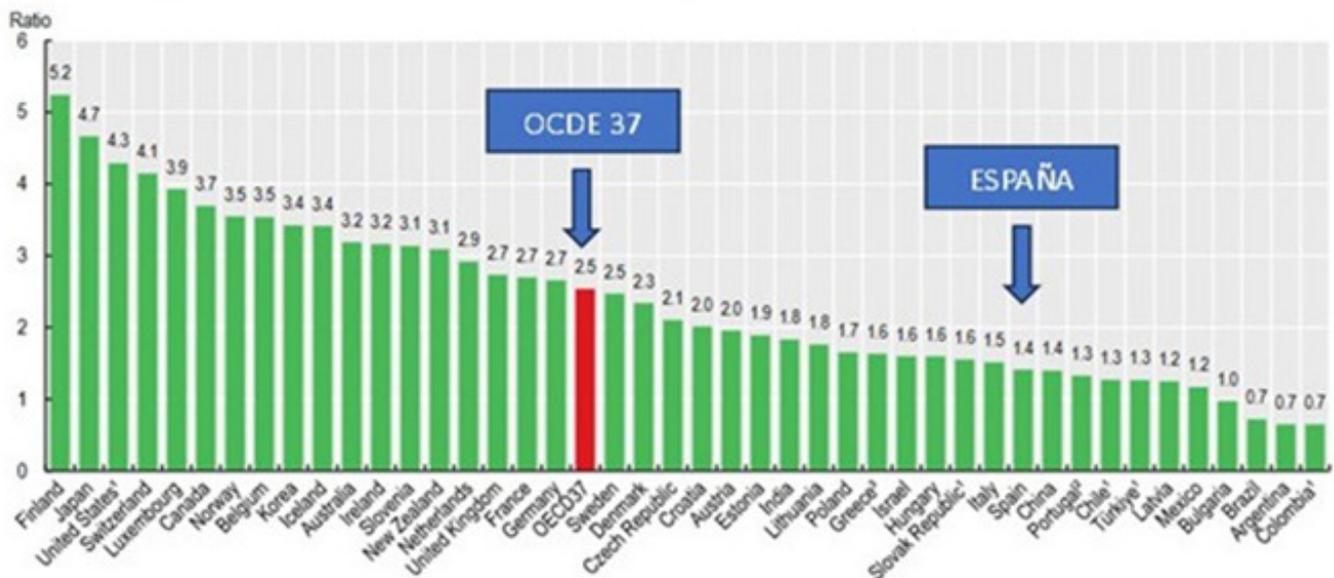


Fuente: Elaboración propia a partir de ratios internacionales²⁻⁵

3.3 Ratio enfermera/médico.

Para ver el contexto de Castilla La Mancha, empezaremos describiendo la situación internacional, con los datos de OCDE del año 2021. La media de la OCDE² es 2,5 enfermeras/médico y en España es de 1,4 enfermeras/médico, como podemos ver en el gráfico siguiente. Por tanto, la ratio de enfermeras por médico es algo más de la mitad que la media de la OCDE, ocupando los últimos puestos en la clasificación de la ratio. En 2021, Finlandia ocupa el primer lugar de Europa y de la OCDE con 5,2 enfermeras por cada médico en ejercicio.

Figure 8.14. Ratio of nurses to doctors, 2021 (or nearest year)



1. For countries that have not provided data on practising nurses and/or practising doctors, numbers relate to the "professionally active" concept for both nurses and doctors (except Chile, where numbers include all nurses and doctors licensed to practise). 2. Ratio underestimated (professionally active nurses/all doctors licensed to practise). 3. Data refer to nurses and doctors employed in hospitals. Source: OECD Health Statistics 2023.

En la tabla siguiente presentamos los datos de la Unión Europea (EU-28 del año 2020), según la OMS. Estos datos forman parte del informe "La escasez de enfermeras. Un riesgo para la seguridad de los pacientes", del Consejo General de Enfermería⁵. Podemos ver tanto la ratio de enfermeras/100.000 habitantes como la ratio enfermera/médico. España ocupa el puesto 22 de los 28 países en enfermeras por cada 100.000 habitantes, por delante de Eslovaquia, Italia, Hungría, Bulgaria, Grecia y Letonia. La ratio está expresada en enfermeras por cada 100.000 habitantes, en lugar de cada 1.000 habitantes. De acuerdo con estos datos, la media de la Eurozona es 2,3 enfermeras por médico, mientras España tiene 1,5 enfermeras por médico.

A partir de los datos brutos de 2020 calculamos la proporción de médicos y enfermeras, España tiene un 60 % de enfermeras y un 40% de médicos, mientras Bélgica tiene un 86% de enfermeras y un 14% de médicos. Bélgica también tiene una ratio de 1.824 enfermeras por cada 100.000 habitantes, tres veces más que España.

Bélgica tiene el triple de enfermeras / 1.000 habitantes y el cuádruple enfermeras por médico que España

Ratios enfermeros vs médicos en UE-28

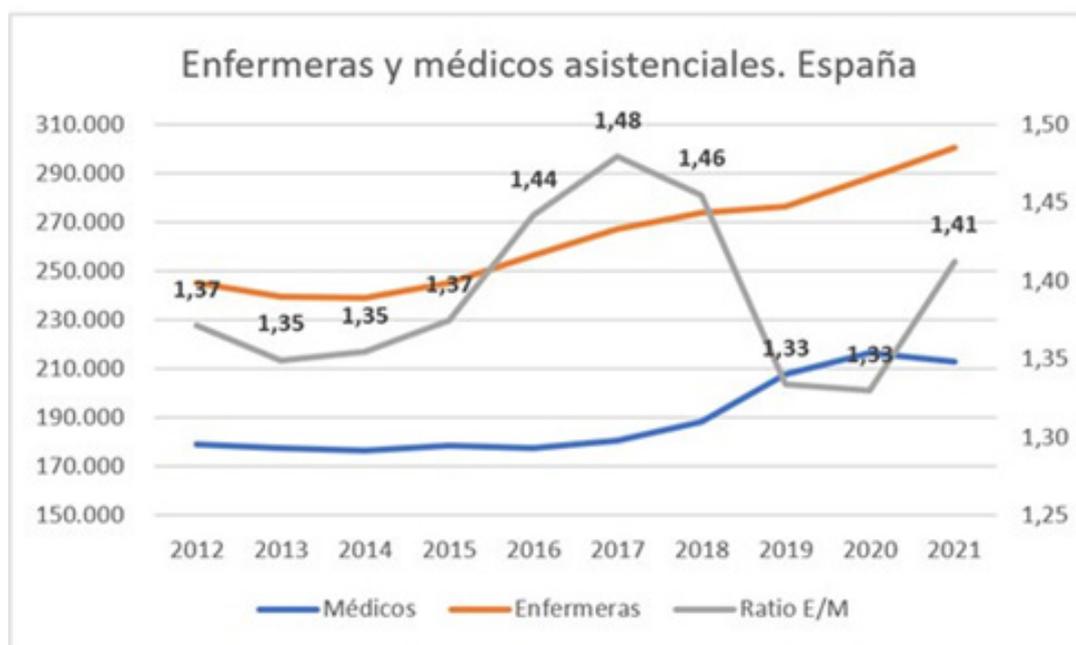
País	Población	Médicos	Enfermeros (Profesionales)	Total personal Enfermería	Ratio enfermeros (profesionales) / 100.000 hab	Ratio médicos/ 100.000 hab	Proporción de enfermeros profesionales (del total de ambos)	Proporción de médicos (del total de ambos)	Ratio enfermera (profesional) / médico
EUROPA	518.706.962	1.889.905	4.262.924	4.611.865	622	364	69,28%	30,72%	2,3
Bélgica	11.539.326	35.069	210.507	210.507	1.824	304	85,72%	14,28%	6,0
Finlandia	5.532.199	20.956	74.877	74.877	1.353	379	78,13%	21,87%	3,6
Dinamarca	5.771.877	22.902	71.276	71.276	1.235	397	75,68%	24,32%	3,1
Irlanda	4.882.498	15.962	58.475	58.475	1.198	327	78,56%	21,44%	3,7
Luxemburgo	615.730	1.781	6.992	6.992	1.136	289	79,70%	20,30%	3,9
Suiza	8.591.361	36.324	95.572	145.602	1.112	423	72,46%	27,54%	2,6
Francia	65.129.731	212.337	722.572	722.572	1.109	326	77,29%	22,71%	3,4
Suecia	10.036.391	39.187	109.463	109.463	1.091	390	73,64%	26,36%	2,8
Países Bajos	17.097.123	61.368	186.370	186.370	1.090	359	75,23%	24,77%	3,0
Alemania	83.517.046	351.195	902.000	1.070.000	1.080	421	71,98%	28,02%	2,6
Lituania	2.799.631	17.796	26.438	26.438	958	645	59,77%	40,23%	1,5
Malta	440.377	1.240	3.772	3.772	857	282	75,26%	24,74%	3,0
Croacia	4.130.299	12.624	34.184	34.184	828	306	73,03%	26,97%	2,7
República Checa	10.689.213	43.951	85.744	85.744	802	411	66,11%	33,89%	2,0
Rumania	19.364.598	58.583	141.821	141.821	732	303	70,77%	29,23%	2,4
Chipre	875.900	2.283	6.145	6.145	702	261	72,91%	27,09%	2,7
Portugal	10.226.178	52.718	68.976	68.976	675	516	56,68%	43,32%	1,3
Austria	8.955.108	45.596	60.224	60.223	673	509	56,91%	43,09%	1,3
Estonia	1.325.649	5.931	8.317	8.317	627	447	58,37%	41,63%	1,4
Reino Unido	67.530.161	188.783	423.200	517.200	627	280	69,15%	30,85%	2,2
Polonia	37.887.771	90.284	233.012	233.012	615	238	72,07%	27,93%	2,6
ESPAÑA	46.736.792	180.633	267.266	267.266	572	386	59,67%	40,33%	1,5
Eslovaquia	5.457.012	18.608	31.183	31.183	571	341	62,63%	37,37%	1,7
Italia	60.590.092	241.136	332.182	332.182	549	398	57,94%	42,06%	1,4
Hungría	9.684.680	33.078	48.332	64.695	499	342	59,37%	40,63%	1,5
Bulgaria	7.000.117	29.038	30.589	30.589	437	415	51,30%	48,70%	1,1
Grecia	10.473.452	57.909	20.672	35.592	197	553	26,31%	73,69%	0,4
Letonia	1.906.740	6.225	2.763	8.392	145	326	30,74%	69,26%	0,4
Eslovenia		6.408							

Fuente: Informe, Enfermería en el Mundo - OMS 2020

Castilla la Mancha tiene la mitad de enfermeras / 1.000 habitantes y la mitad de enfermeras por médico que la media de la Unión Europea

Para ver la evolución de la ratio enfermeras/ médico de los últimos años, disponemos de dos fuentes de información: el número de profesionales asistenciales del Ministerio de Sanidad y el número de profesionales colegiados no jubilados del INE por comunidades autónomas y provincias.

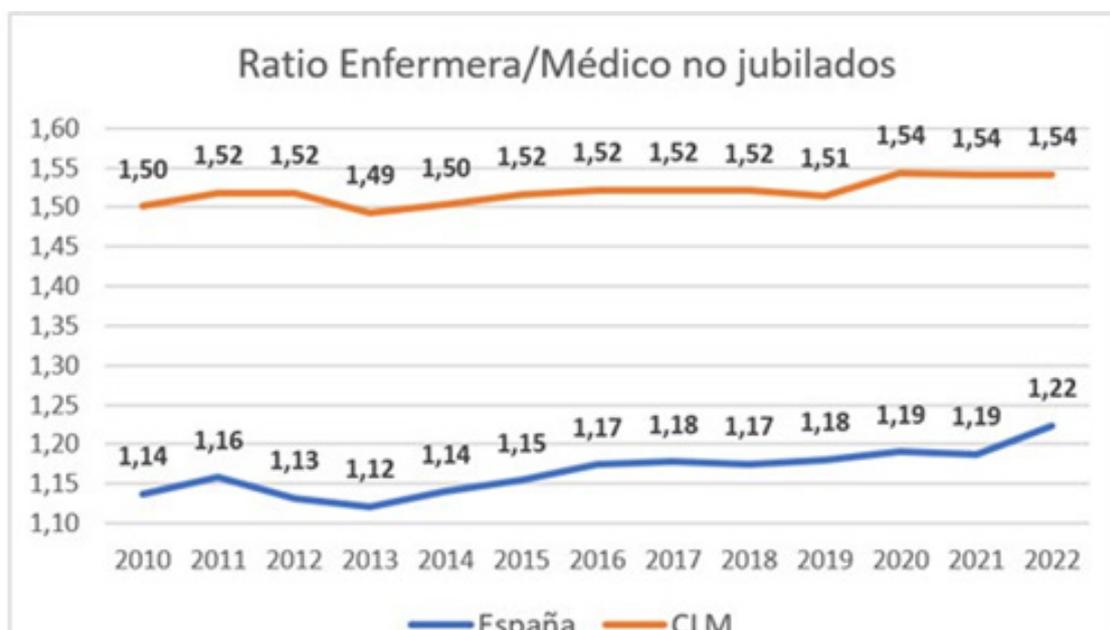
A partir de los datos de enfermeras y médicos asistenciales del Ministerio de sanidad, podemos ver los datos brutos y la ratio enfermera/médico (ratio E/M) en el siguiente gráfico:



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad de profesiones asistenciales

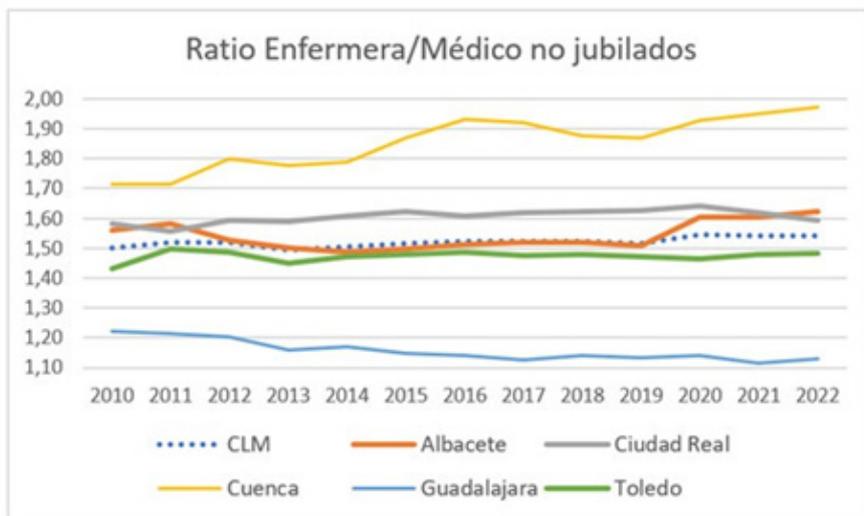
En España, según el Ministerio de Sanidad, desde el año 2012 hubo un incremento de la ratio de enfermeras asistenciales respecto a los médicos asistenciales hasta el año 2017, bajando desde entonces y especialmente durante la pandemia. La ratio de 2021 era de 1,41 enfermera/médico asistencial (Ministerio de Sanidad), frente a la ratio de 1,37 en el año 2012. Como se puede ver en el gráfico, la variación de la ratio se debe fundamentalmente al mayor incremento del número de médicos desde 2017 (ver línea azul), mientras el crecimiento de enfermeras se ha mantenido más estable durante todo el período (línea naranja).

Según los datos del INE de Enfermeras y médicos colegiados no jubilados, obtenemos los dos gráficos siguientes:



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE de profesiones no jubilados

Como podemos apreciar en el gráfico, la ratio enfermera/ médico no jubilado ha crecido 8 centésimas en España (línea azul) de forma constante, con un importante incremento en el año 2022. El crecimiento en Castilla La Mancha (línea naranja) ha sido la mitad (4 centésimas), con un estancamiento desde el año 2020 frente al repunte en España. Desglosando los datos de la ratio de enfermas no jubiladas/médicos no jubilados por provincias, en este gráfico podemos ver la evolución:



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE de profesionales no jubilados

Recordemos que, según los datos del Consejo General de Enfermería⁵, la ratio enfermera/médico de Europa era de 2,3 y la ratio en España era de 1,5. Según el último informe de la OCDE² (página 45), la media de los 37 países de la OCDE es 2,5 enfermera/médico y España tiene 1,4 enfermera/médico.

Por la heterogeneidad de los datos, las comparaciones son complejas tanto por fechas de datos disponibles como por lo que se mide en cada informe. Si observamos los colegiados no jubilados, en Castilla-La Mancha tenemos 1,54 enfermera/médico colegiado no jubilado frente a una ratio de 1,22 en España (página 47). Según el Ministerio de Sanidad con datos de 2021, en España tendríamos una ratio enfermera/médico asistencial de 1,41 (página 47).

Estos datos demuestran que lejos de evolucionar hacia una ratio de enfermera/médico acorde con los estándares internacionales (2,3 o 2,5), se puede apreciar un estancamiento en Castilla La Mancha, aunque se observa un ligero aumento de la ratio en España.

CONCLUSIONES GENERALES

- El número de enfermeras colegiadas en Castilla La Mancha ha experimentado un ascenso durante el periodo analizado (años 2019-2023).
- Existe cierta diferencia en los registros colegiales de la Región en relación al registro de enfermeras colegiadas jubiladas.
- La distribución etaria de las enfermeras colegiadas en Castilla La Mancha presenta 3 grupos bastante homogéneos: menores de 35 años, de 35 a 44 y de 45 a 54 años. Los colegios de Cuenca y Guadalajara presentan una distribución etaria más envejecida con un porcentaje mayor que la media regional del grupo de 55 a 64 años.
- La distribución por sexo sigue la tendencia de los datos a nivel nacional; 83% mujeres por 17% hombres.
- Castilla La Mancha es una Región que forma más enfermeras de las que emplea a tenor de los datos registrados (ha formado en el período analizado unas 700 enfermeras más de las que ha empleado).
- Las jubilaciones de profesionales de enfermería están incrementadas en la serie analizada en los años 2020 y 2021. Este hallazgo es congruente con otros análisis.
- El saldo migratorio global profesional de la Región analizando los traslados de expedientes es prácticamente neutro: un saldo positivo de 33 para todo el período analizado (2019-2023).
- Castilla La Mancha está por debajo de la media española de enfermeras por cada 1.000 habitantes. Hay que considerar que España es el sexto país por la cola en Europa en el número de enfermeras.
- Ninguna provincia de Castilla La Mancha llega a la media de la Unión Europea en enfermeras en ejercicio por cada 1.000 habitantes.
- España necesita alrededor de 100.000 enfermeras más para igualar la media europea. Castilla La Mancha necesitaría entre 4.553 y 5.360 más, sobre las actuales 12.830 enfermeras no jubiladas, para llegar a la media de la Unión Europea (un 42% más de plantilla).
- España está por encima de la media europea en el número de médicos, y Castilla La Mancha también.
- En Europa hay 70% de enfermeras por un 30% de médicos. En Castilla la Mancha hay un 56% de enfermeras y un 44% de médicos.
- Los médicos en ejercicio en el año 2021 en España ocupan la primera posición de la Unión Europea por cada 1.000 habitantes. Para conseguir la primera posición de enfermeras en ejercicio por cada 1.000 habitantes, Castilla La Mancha tendría que duplicar el número de enfermeras, mientras que Guadalajara y Toledo casi tendrían que triplicar el número de enfermeras.
- La ratio enfermera/médico en Castilla La Mancha es muy baja y se ha estancado en los últimos años, mientras que en España y en la Unión Europea continúa aumentando la proporción de enfermeras respecto a los médicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo. Ginebra; 2020.
2. OEDC. Health at a Glance 2023 OECD INDICATORS. Paris: OECD Publishing; 2023.
3. Ministerio de Sanidad. Recursos humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2022. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad; 2022.
4. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad; 2023.
5. Consejo General de Enfermería. La escasez de Enfermeras. Un riesgo para la seguridad de los pacientes. Madrid; 2021.



CONSEJO DE COLEGIOS
DE ENFERMERÍA
DE CASTILLA-LA MANCHA

JUBILACIONES



CONTENIDO

04

PRESENTACIÓN

05

INTRODUCCIÓN

06

1. La nulidad del impacto del saldo migratorio según datos años 2019 - 2023

07

2. Crecimiento vegetativo y formación de profesionales años 2019 - 2023

08

3. La pérdida de profesionales por jubilaciones años 2019 - 2023

09

4. Proyección de jubilaciones esperables años 2025 - 2040

11

5. Impacto de las jubilaciones esperables sobre el crecimiento vegetativo profesional

12

6. Datos provinciales sobre jubilaciones esperables, periodo 2025 - 2040

15

7. ¿Puede el volumen de jubilaciones comprometer el crecimiento del número de enfermeras en la región?

17

8. ¿Y puede el volumen de jubilaciones comprometer la reposición de profesionales enfermeros en la región?

20

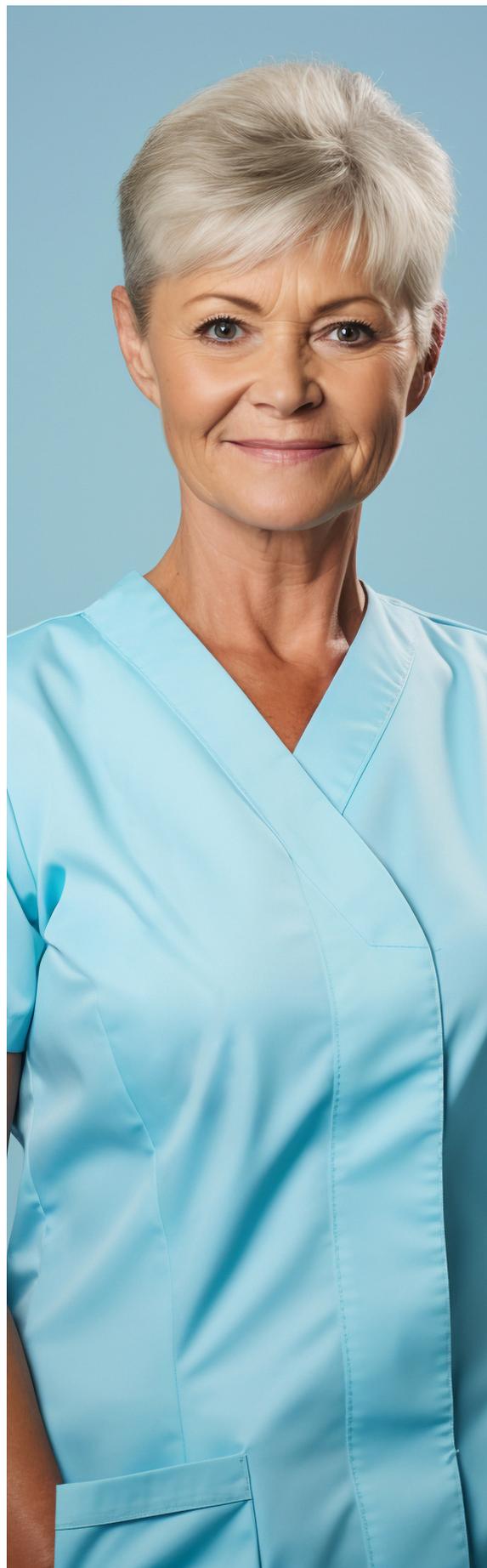
9. Apuntes sobre los cambios cualitativos que apuntan a un incremento de la demanda de profesionales enfermeros

22

Conclusiones generales

23

Epílogo: Algunas ideas a futuro





PRESENTACIÓN

La realización del documento Enfermeras y enfermeros colegiados en Castilla La Mancha ha supuesto un haz de luz en algunas cuestiones de las enfermeras regionales como lo son el conocimiento de su evolución cuantitativa los últimos años o la comparación de su disponibilidad con estándares nacionales, europeos e internacionales. El análisis de los movimientos migratorios profesionales también cuantificó el impacto del mismo en un período temporal de 5 años en el conjunto de la Región.

La realización de dicho documento ha supuesto, a su vez, para el Grupo de Asesoramiento y Estudio del Consejo Autonómico de Colegios de Enfermería de Castilla La Mancha el avistamiento de otras trayectorias posibles de conocimiento a las que ha apuntado el documento citado. Así, la distribución etaria de las enfermeras regionales plantea preguntas sobre la posibilidad de crecimiento de los efectivos profesionales a la vista de los factores que influyen en su disponibilidad: el crecimiento vegetativo, dependiente a su vez de la producción y la pérdida de profesionales y el saldo migratorio, producto de las decisiones de las enfermeras en materia de emigración hacia otras comunidades o de inmigración hacia la nuestra procedente de otras.

El presente documento, pretende profundizar en la cuestión de la evolución de la disponibilidad de efectivos profesionales a la vista del papel central que la profesión está llamada a ocupar en un entorno asistencial ya caracterizado por una alta prevalencia de personas con patologías crónicas que son tributarios de demandar y consumir una elevada cantidad de recursos de cuidados y actividades de promoción de la salud, mantenimiento de la autonomía y prevención de la dependencia.

En este documento se utilizará parte de la información arrojada en el documento Enfermeras y enfermeros colegiados en Castilla La Mancha junto con nueva información solicitada a los Colegios de Enfermería provinciales.

INTRODUCCIÓN

Es habitual escuchar noticias en los medios acerca del impacto que la jubilación de las próximas generaciones va a tener en el sistema de pensiones y de provisión social de recursos para atenderlos. Lo cierto es que medidas enérgicas sólo se están viendo por la parte de ir ajustando las condiciones en las que se va a acceder a las prestaciones económicas que denominamos pensiones de jubilación. En este sentido no somos ajenos a las modificaciones que se vienen sucediendo en los últimos años. El INE realiza proyecciones demográficas cada 2 años con un horizonte temporal de 50 años para el territorio nacional y de 15 años para el nivel autonómico. Según dicho organismo la población de 65 años y más supondrá el 26% de la población general en un horizonte temporal tan próximo como el año 2037. Es fácil adivinar el aumento de la demanda de servicios muy diversos, incluidos los cuidados y la atención a la salud, que este sector de la población necesitará. Así, la esperanza de vida proyectada a los 65 años en el año 2039 estará entre los 21 y los 25 años.

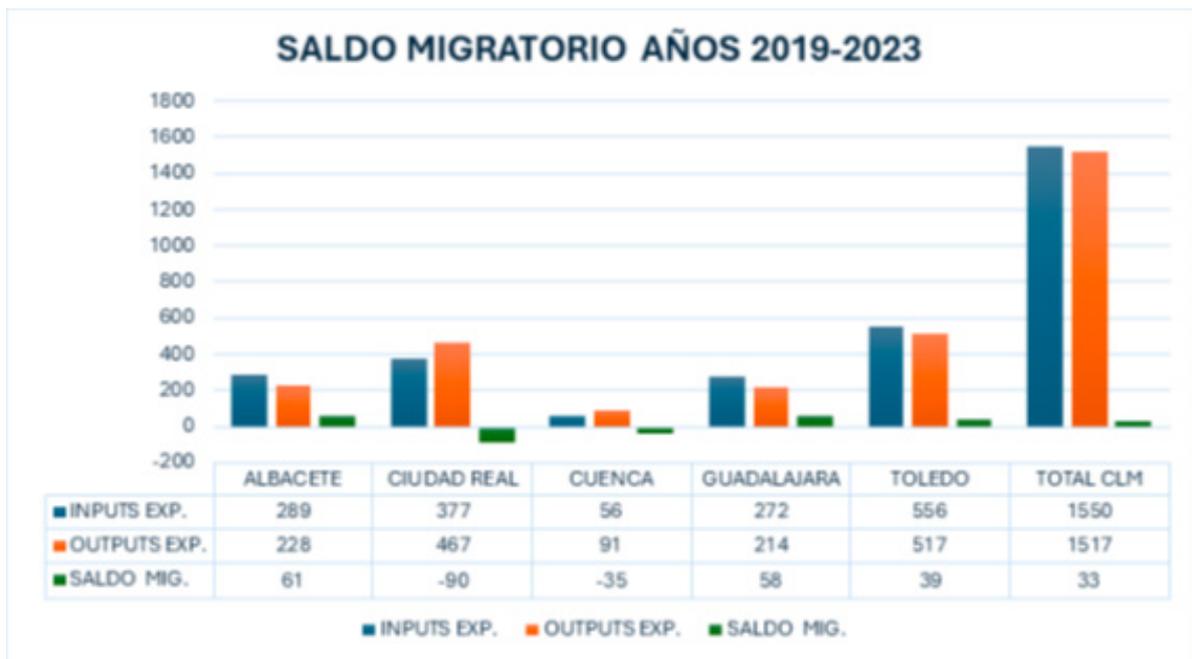
España tiene un crecimiento vegetativo negativo desde el año 2016. Y así seguirá, según las proyecciones del INE, durante todo el período proyectado, hasta más allá del año 2070. Por tanto, es el saldo migratorio, positivo, el que permite establecer, habida cuenta de las proyecciones, un crecimiento de la población española durante los próximos decenios. La cuestión tiene muchas aristas y excede las pretensiones de este trabajo. Pero, básicamente, simplificando, podemos establecer dos categorías dentro del impacto global que pueda tener la jubilación de las cohortes poblacionales más numerosas en nuestro país: a saber, por un lado, el impacto en recursos económicos y asistenciales que demanda dicho proceso y, por otro lado, lógicamente, la detracción de recursos profesionales activos para hacer frente a lo anterior. Este documento intenta aproximarse a la disponibilidad de recursos activos enfermeros en la Región habida cuenta del volumen de jubilaciones esperables los próximos años.

Para ello comenzamos por justificar el por qué nos centramos en dicho fenómeno, el de las jubilaciones, como el más determinante de la ecuación que nos ocupa.

1. LA NULIDAD DEL IMPACTO DEL SALDO MIGRATORIO, según datos años 2019-2023.

Del análisis de los datos recopilados por el documento Enfermeras y enfermeros colegiados en Castilla La Mancha se desprende un impacto casi nulo de los movimientos migratorios profesionales de las enfermeras en Castilla La Mancha.

Recordemos el gráfico del fenómeno:

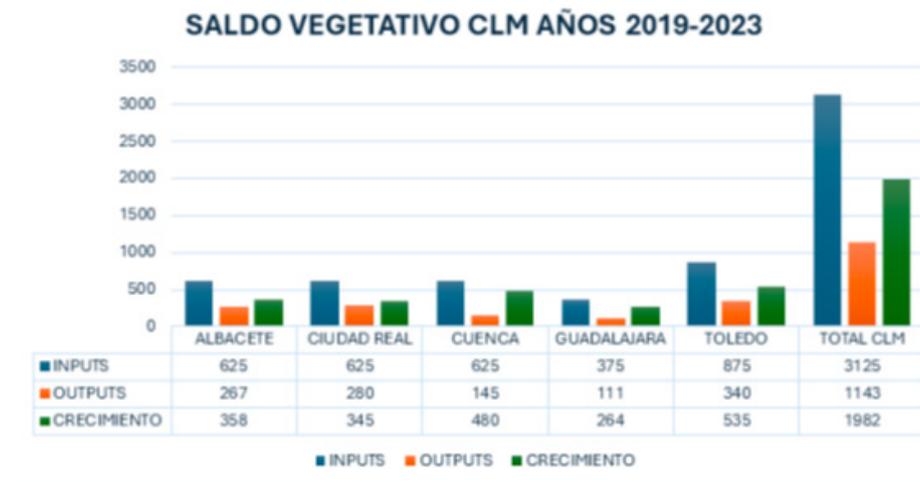


Como puede apreciarse, para un global de 5 años, del 2019 al 2023 el saldo migratorio ha sido de 33 profesionales, lo cual implica una ganancia de 6,6 expedientes/año para toda la Región. Por ello, entendemos que este fenómeno no impacta significativamente en la disponibilidad de recursos profesionales y por tanto hemos de virar nuestra mirada hacia el otro fenómeno que determina la disponibilidad que no es otro sino el saldo vegetativo.

Por supuesto, este impacto migratorio puede modificarse obviamente si median políticas de atracción de profesionales, ya sea de profesionales autóctonos que hayan podido emigrar o de profesionales formados en otras comunidades que vengan a la Región atraídas por las condiciones, en términos amplios, bajo las cuales se desarrolla y se ejerce la profesión. A la vista de que, a cierre de este informe, Castilla La Mancha es la única Comunidad Autónoma sin Carrera Profesional activa no parece que, por ese lado, nuestra Región sea un polo de atracción de profesionales enfermeros.

2. CRECIMIENTO VEGETATIVO Y FORMACIÓN DE PROFESIONALES, años 2019-2023.

En el documento Enfermeras y enfermeros colegiados en Castilla La Mancha realizado sobre un horizonte temporal de 5 años, del 2019 al 2023 se analizó el crecimiento vegetativo con el siguiente resultado:



Cabe recordar que se trata de un crecimiento vegetativo potencial, en un ideal sistema cerrado. Así, este crecimiento vegetativo es el resultante de las ganancias de profesionales en base a la producción (formación) de los mismos en comparación con las pérdidas de profesionales debido fundamentalmente a jubilaciones, aunque también se apuntó otra nebulosa de casuística, cuantitativamente menor eso sí. En el saldo vegetativo las entradas al sistema profesional (a la profesión) se producen vía formación de profesionales. Como ya se apuntó, la formación exige planificación y no es un concepto muy elástico en el sentido de agilidad en el aumento de dicha producción.

La producción actual de profesionales en Castilla La Mancha recordemos que está en unos 625 profesionales/año. Lo recordamos en el gráfico siguiente:



3. LA PÉRDIDA DE PROFESIONALES POR JUBILACIONES, años 2019-2023.

La recopilación de los datos sobre jubilaciones en los colegios de enfermería castellano-manchegos durante el período 2019-2023 arrojó la siguiente gráfica:



Al recopilar estos datos observamos una situación contraintuitiva en el sentido de observar una línea de tendencia estable o descendiente en el número de jubilaciones. Es cierto que, en un período temporal tan corto como 5 años, hay que observar un fenómeno como la evolución de las jubilaciones con un alto grado de cautela. Y más si además en dicho período de observación ha ocurrido un suceso tan impactante como la vivencia del COVID-19 que supuso irremediamente un potente estresor especialmente en las profesiones sanitarias y particularmente en los profesionales del cuidado. Por tanto, ya en ese momento se decidió la realización de un estudio y/o aproximación a las jubilaciones esperables durante un horizonte temporal más amplio.

Otra forma de presentar los datos anteriores, poniéndolos en relación a la formación de profesionales es calcular el peso de las jubilaciones sobre el número de profesionales formados. El gráfico que arrojan los datos es el siguiente:

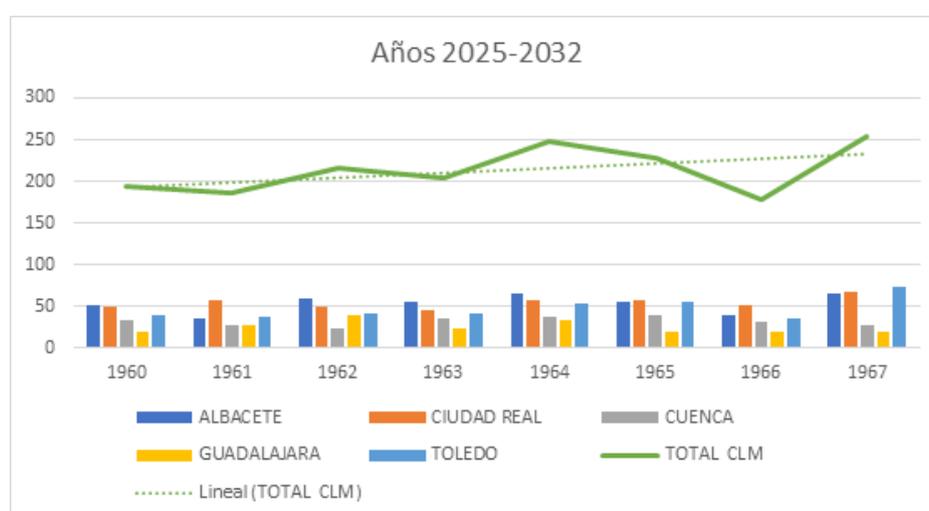


Como se ha dicho anteriormente, la serie se inicia y termina con un peso relativo en torno al 30 %, presentando dos picos durante los años 2020 y 2021 con un porcentaje de hasta el 44% en el 2020 y del 42,56 % en el 2021.

4. PROYECCIÓN DE JUBILACIONES ESPERABLES, años 2025-2040.

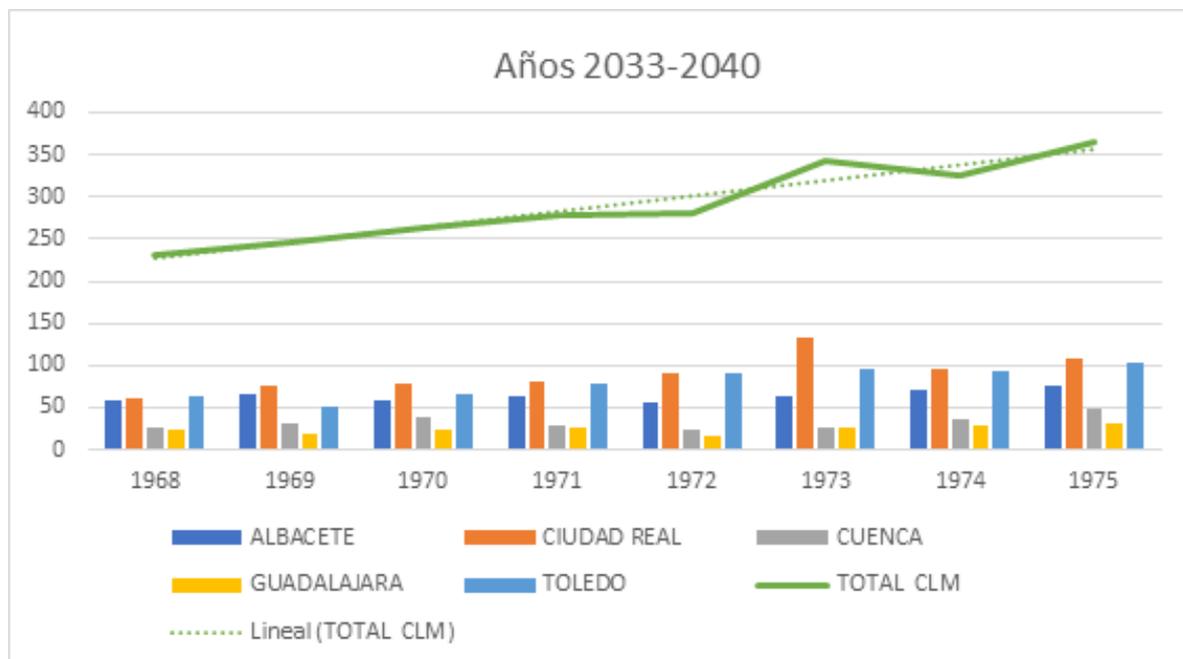
En el año 2025 cumplirán 65 años las personas que nacieron en el año 1960. Si bien es cierto que las sucesivas reformas vienen suponiendo un retraso en la edad de jubilación, lo cierto es que jubilarse antes de la edad legal de jubilación es una práctica habitual especialmente para un colectivo como las enfermeras donde suele confluír en un gran número de ellas una larga trayectoria profesional y una situación de penosidad (turnos rotatorios y nocturnos) que estimula el debate individual interno sobre la conveniencia de adelantar la jubilación. En el mes de abril de 2024 se han solicitado a los Colegios de Enfermería de la Región datos sobre las fechas de nacimiento de sus colegiadas, recopilando el número de colegiadas en los registros que nacieron en 1960, 1961, 1962 y así sucesivamente hasta el año 1975. Disponemos así de un período de 15 años que coincide casi exactamente con el período demográfico español conocido como el baby-boom entre 1960 y 1975. Mostramos los datos en dos series para una exposición más clara de los mismos; una serie que va del 1960 a 1967 y una segunda serie de 1968 a 1975. Los datos recopilados son los siguientes: -Para las enfermeras nacidas entre 1960 y 1967, que cumplen los 65 años entre 2025 y 2032:

	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967
ALBACETE	51	36	60	56	65	55	40	65
CIUDAD REAL	49	58	50	46	58	58	51	68
CUENCA	34	27	24	35	38	40	32	28
GUADALAJARA	20	27	40	24	33	20	20	20
TOLEDO	30	38	42	42	54	55	35	73
TOTAL CLM	193	186	216	203	248	228	178	254



-Para las enfermeras nacidas entre 1968 y 1975, que cumplen 65 años entre 2033 y 2040:

	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
ALBACETE	58	67	58	63	56	64	71	75
CIUDAD REAL	61	77	78	82	91	133	95	109
CUENCA	27	32	38	28	24	25	37	48
GUADALAJARA	23	20	23	27	17	26	28	32
TOLEDO	63	50	67	79	92	96	94	102
TOTAL CLM	232	246	264	279	280	344	325	366

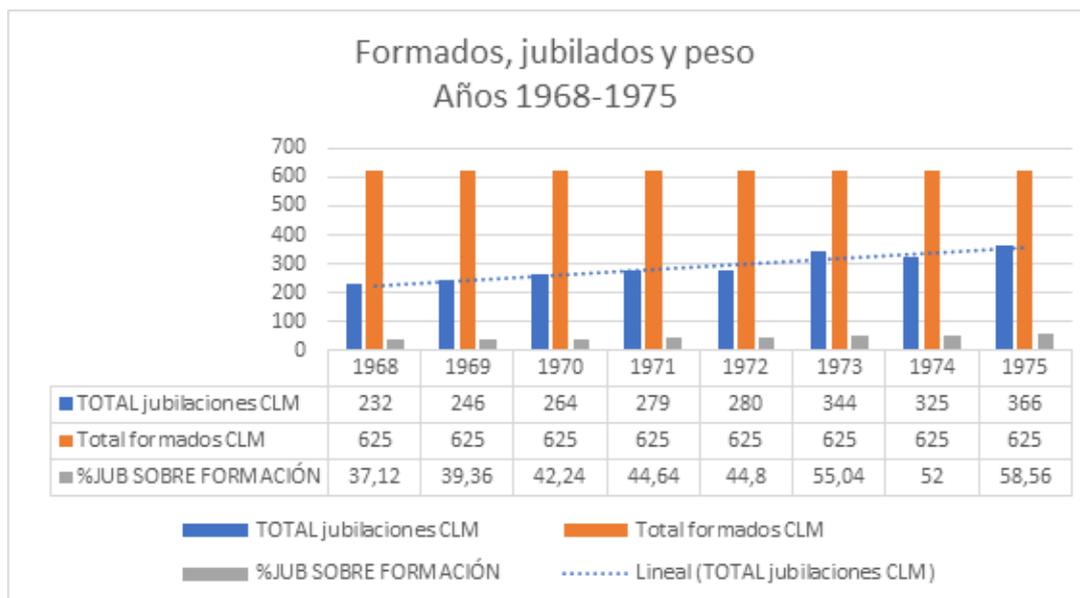
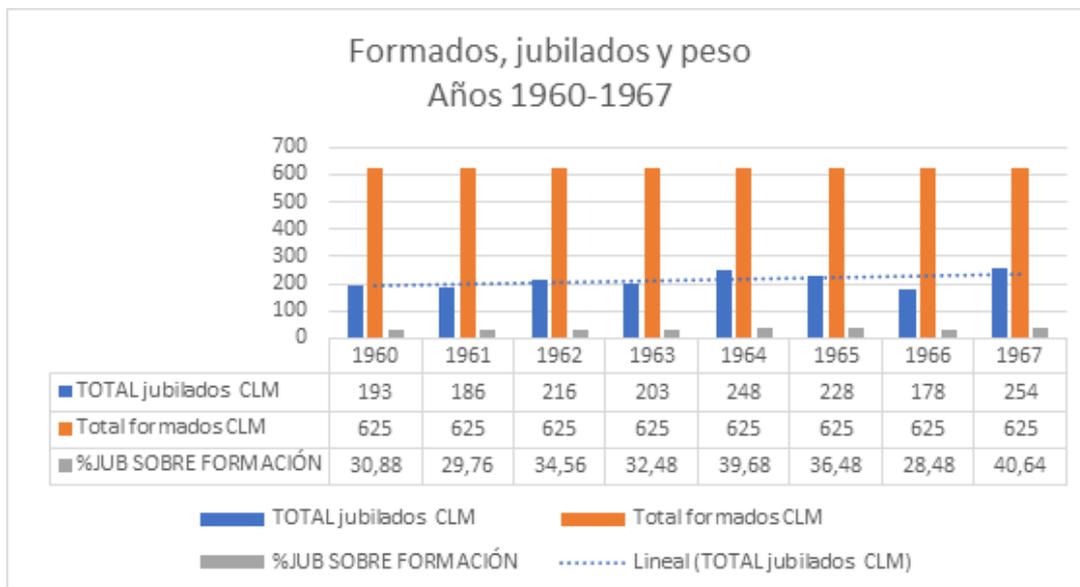


Si tomamos en consideración el número de jubilaciones del periodo de 5 años de Documento Enfermeras y enfermeros colegiados en Castilla La Mancha (1143), el incremento del número de jubilaciones respecto al último periodo de 5 años de la serie analizada en este documento (1594) es de un 39,45%.

5. IMPACTO DE LAS JUBILACIONES ESPERABLES SOBRE EL CRECIMIENTO VEGETATIVO PROFESIONAL.

Dado que, como se ha visto en los primeros apartados el impacto de la migración es prácticamente nulo, la posibilidad de crecimiento y disponibilidad de efectivos profesionales recae especialmente en el lado del saldo vegetativo. Por tanto, es preciso aproximarse al impacto (peso) que las jubilaciones venideras de las cohortes poblacionales profesionales tendrán sobre dicho saldo vegetativo.

Basándonos en la capacidad de formación de la Región, 625 egresados anuales, el peso que las jubilaciones esperables tendrán sobre dicho volumen de egresados será el siguiente:

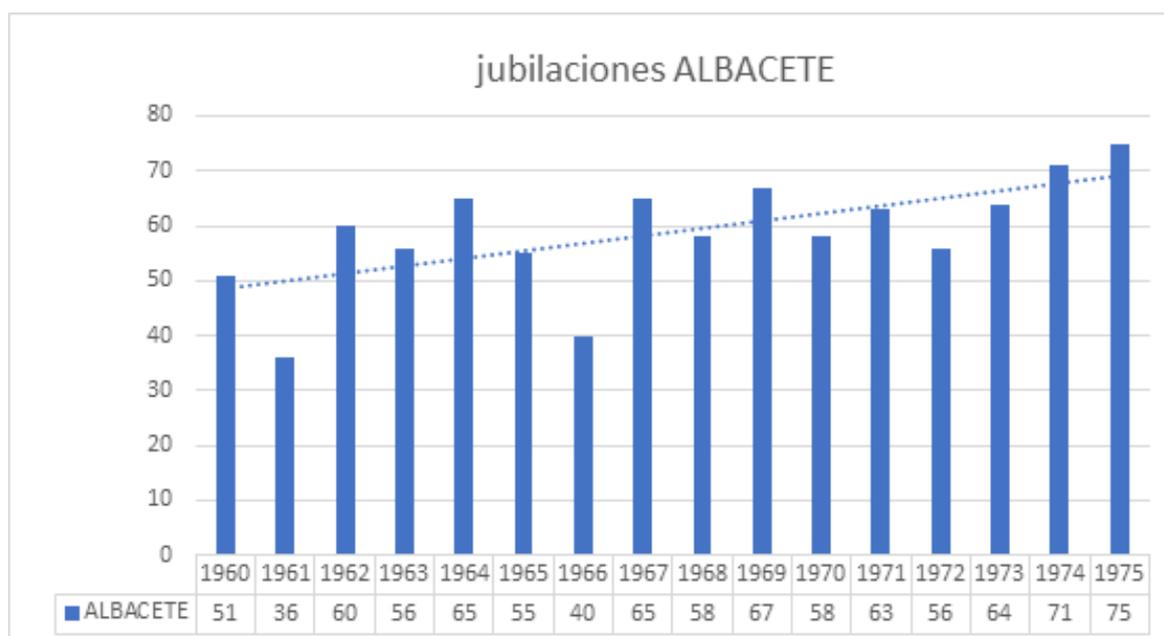


Como puede apreciarse la serie se inicia con un peso relativo de las jubilaciones respecto de la formación del 30,88% para terminar con un peso del 58,56 %, lo que representa un incremento de casi un 90% (un 89,63% exactamente).

6. DATOS PROVINCIALES SOBRE JUBILACIONES esperables, período 2025-2040.

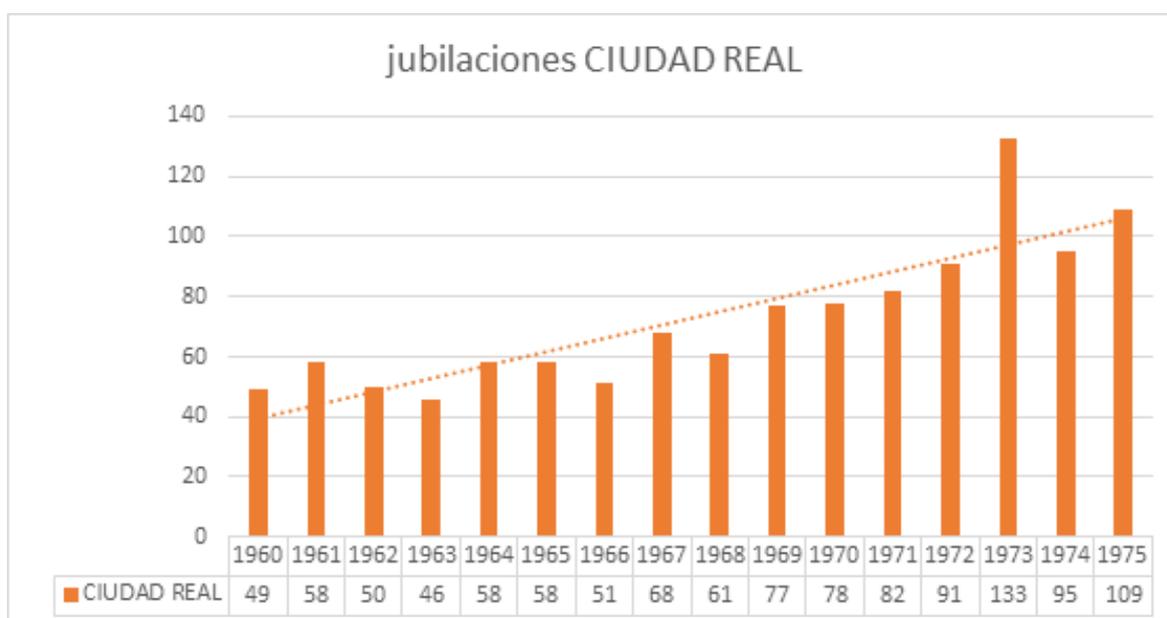
ALBACETE

Como se puede ver en el gráfico se aprecia una tendencia creciente en todo el período analizado. El incremento de jubilaciones entre el primer trienio de la serie (147 jubilaciones) y el último (210) es de un 42, 85%.



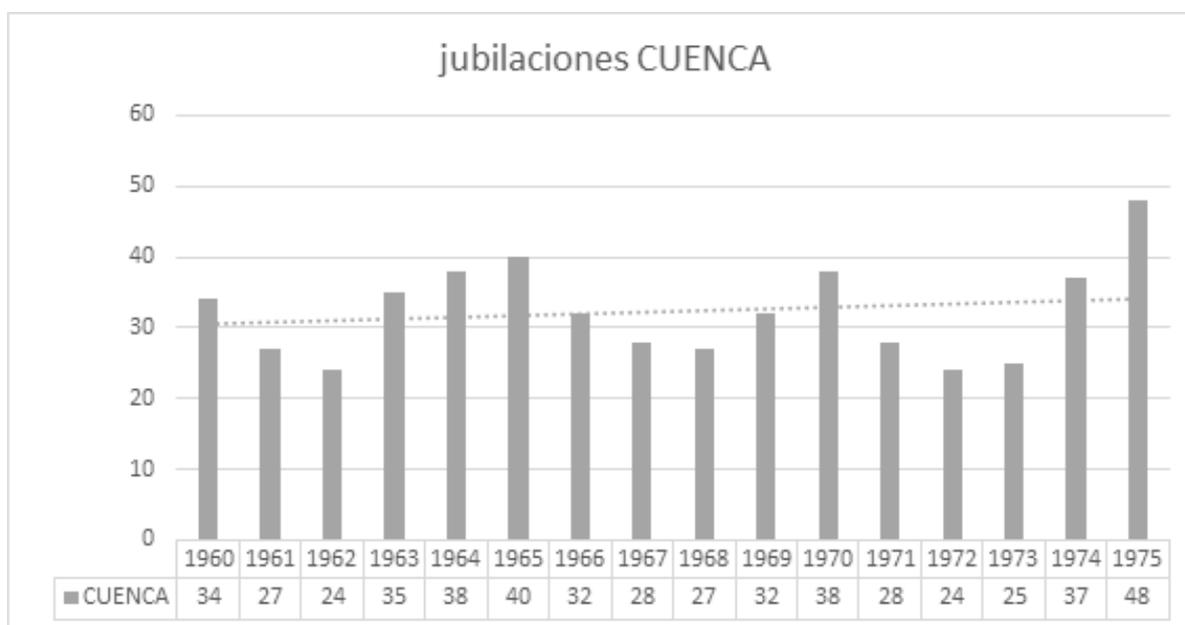
CIUDAD REAL

Se aprecia un fuerte aumento mantenido en el número de jubilaciones. El aumento entre el primer trienio (157) y el último (337) es de un 114, 64%.



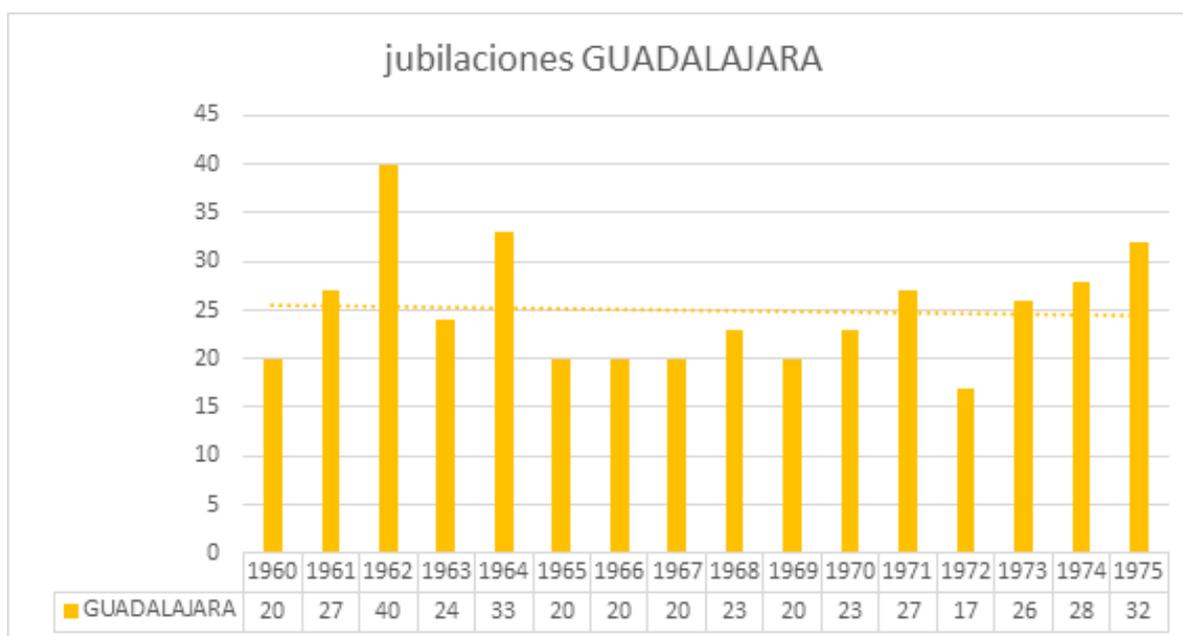
CUENCA

El volumen de jubilaciones se mantiene bastante estable desde el nivel inicial, con un crecimiento suave mantenido. El incremento entre el primer trienio (85) y el último (110) es de un 29,41%.



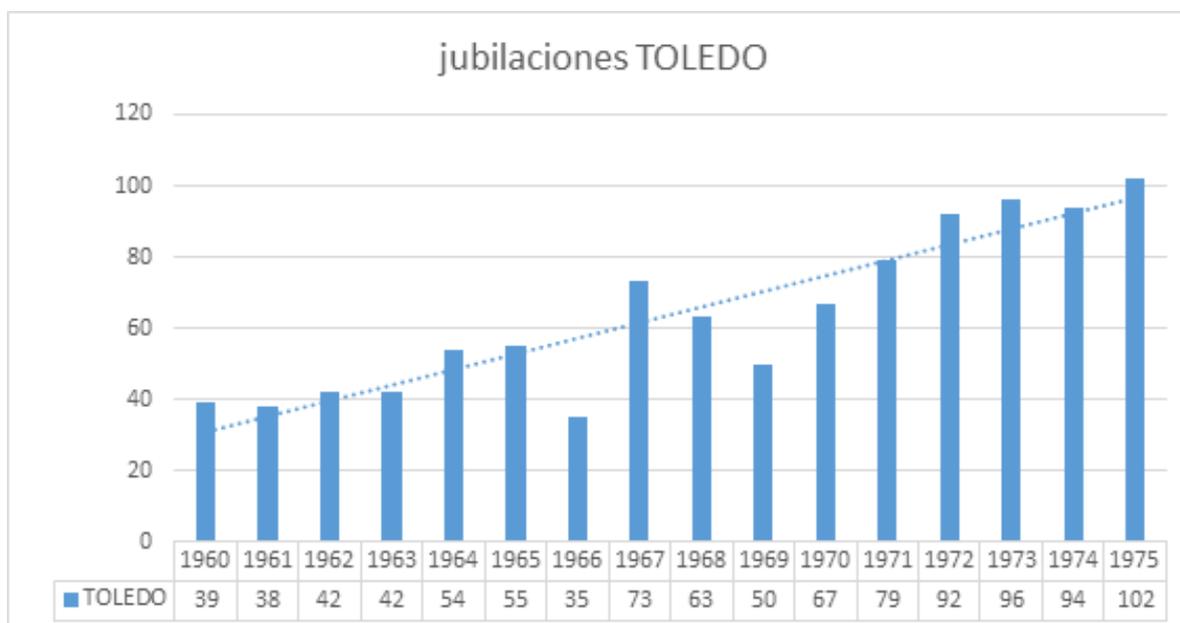
GUADALAJARA

Se trata de la única provincia que presenta un crecimiento negativo, casi neutro, en el número de jubilaciones teóricas atendiendo a las edades de sus colegiadas. El incremento de jubilaciones entre el primer trienio de la serie (87) y el último (86) es de un -1,14%.



TOLEDO

Se trata de la provincia con el mayor crecimiento de las jubilaciones esperables en el período analizado. El incremento entre el primer trienio (119) y el último (292) es de un 145,37%.



Para el global de Castilla La Mancha, siguiendo el procedimiento realizado para el análisis provincial, los tres primeros años de esta serie temporal contabilizan un total de 595 teóricas jubilaciones; los tres últimos años de la serie suponen un total teórico de 1035 jubilaciones, que viene a ser un incremento del 74%.

6. ¿PUEDE EL VOLUMEN DE JUBILACIONES COMPROMETER EL CRECIMIENTO DEL NÚMERO DE ENFERMERAS EN LA REGIÓN?



Obviamente lo que sigue es un ejercicio especulativo considerando que el saldo migratorio se mantiene neutro en la región tal como el período analizado de 5 años (2019-2023). Igualmente, lo que sigue también implica considerar que la capacidad formativa permanece constante. Si no se planifican y/o incrementan las plazas de formación de profesionales de enfermería, obviamente la capacidad formativa no variará. Ello deja fundamentalmente en mano del volumen de jubilaciones la disponibilidad de efectivos profesionales.

Si el crecimiento en el número de enfermeras colegiadas experimentado en el período conocido, 2019-2023, hubiera sido en un contexto de jubilación como el que, a la luz de los datos, se plantea en un horizonte de 15 años nos encontraríamos con la siguiente tabla:

CONCEPTOS	2019-2023	2036-2040
Nº Jubilaciones CLM	1143	1594
Nº Prof. Formados CLM	3125	3125
SALDO VEGETATIVO	1982	1531
Increment. Prof. Coleg. 2019/2023	1342	1342
EXCEDENTES TEÓRICOS	640	189

Lo anterior implica una reducción de efectivos disponibles en el período de 2036 al 2040 del 70,46% para el global de Castilla La Mancha respecto del período 2019-2023, tras un crecimiento similar. Hay que considerar en este punto que en la realidad de la asistencia sanitaria nos encontramos con que una misma plaza y/o hueco puede suponer la necesidad de empleo de más de un profesional. Y ello ocurre con las necesidades que se derivan de atender situaciones de reducciones de jornada por motivo de guarda legal de menores de 12 años o ascendentes con necesidades de cuidados, bajas laborales, excedencias, sustituciones vacacionales, etc.

En dicha situación nos encontramos con realidades provinciales diferentes. Atendiendo a los datos aquí mostrados y considerando un escenario similar al período analizado 2019-2023 nos encontramos con Colegios Provinciales que entrarían en imposibilidad de crecimiento de sus efectivos si no fuera por la vía de la inmigración profesional, como serían los de Albacete, Toledo y en mayor medida Ciudad Real. Por su parte los Colegios de Cuenca y Guadalajara afrontan este período con mayores garantías de disponibilidad de efectivos habida cuenta de la estabilidad o leve incremento de su tendencia en el número de jubilaciones, manteniendo relativamente una alta capacidad relativa, en relación con su empleo, de formación de profesionales.

Hay que recordar igualmente que, para la aproximación del saldo vegetativo, sólo se han contemplado las causas de jubilación, cuando es evidente que existen otras causas de pérdidas de efectivos profesionales como ya se apuntaron en el documento Enfermeras y Enfermeros colegiados de Castilla La Mancha. En este sentido, una aproximación basada en los datos del COE Albacete cifraba en 166 las pérdidas regionales adicionales en 5 años para el período 2019-2023. Conviene decir explícitamente que este ejercicio especulativo supone la estabilidad de factores que pueden no estar presentes o influir en mayor medida. Pero en planificación sanitaria es necesario plantear (varios) escenarios a futuro por si de ello de deriva la necesidad de realizar ciertas acciones en el presente cuya implementación requieren de un prolongado período de estudio y acometida efectiva. Y ello implica acciones que pueden ir desde el incremento del número de profesionales formados hasta la implementación de condiciones laborales y profesionales que impliquen que la Región sea considerada polo de atracción de enfermeras, pasando por la reorganización de algunas responsabilidades y tareas que impliquen liberar a las enfermeras de unas tareas para acometer otras.

Hay que considerar también que no se ha realizado una determinación del volumen de alumnos que son formados en nuestra Región, pero que son migrantes formativos. Se trata de personas que vienen a formarse a nuestra Región porque no accedieron al grado en otros (sus) lugares de residencia y vuelven a sus domicilios al terminar la formación, muchas veces sin tener ningún contacto con nuestro sistema sanitario regional. Es una cuestión que podemos decir que afecta especialmente al volumen de profesionales formados en Guadalajara y Toledo, por la cercanía de un polo poblacional tan potente como Madrid. Indudablemente esta cuestión detrae un volumen indeterminado de profesionales formados dispuestos, lo que incide negativamente en el crecimiento vegetativo.

Dicho todo lo anterior, es razonable pensar que existen muchos motivos de peso para pensar que la respuesta a este apartado es afirmativa.

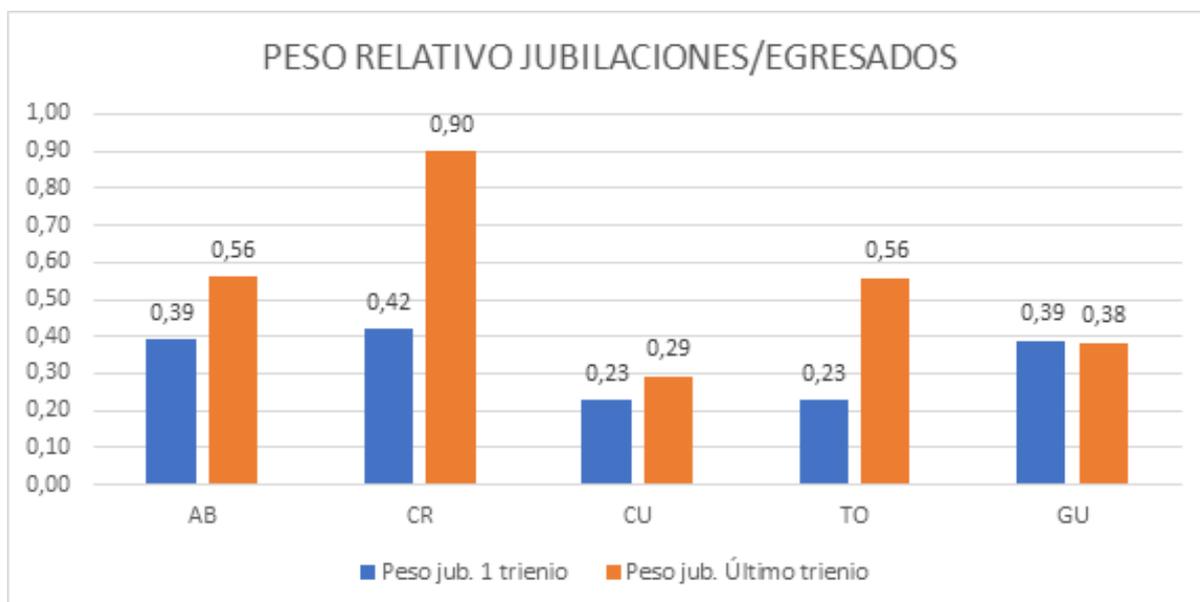
7. ¿Y PUEDE EL VOLUMEN DE JUBILACIONES COMPROMETER LA REPOSICIÓN DE PROFESIONALES ENFERMEROS EN LA REGIÓN?



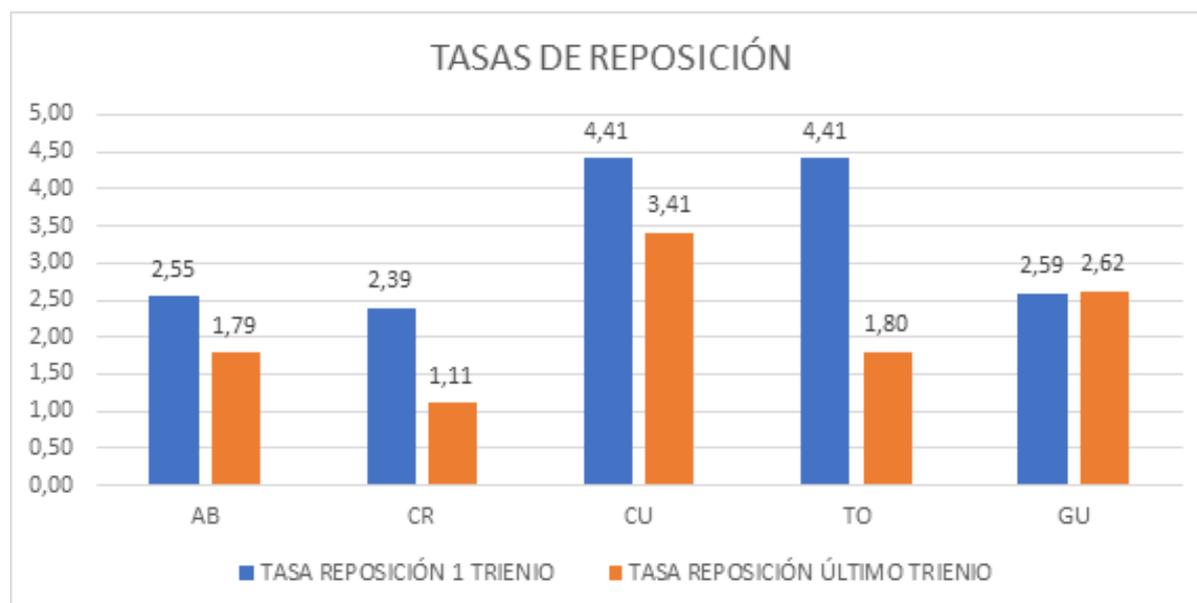
El escenario que se plantea en esta ocasión es si a la vista de las jubilaciones esperables, manteniendo un crecimiento cero de las plantillas, puede haber problemas de reposición de los profesionales que se jubilan. Hemos realizado el cómputo de las jubilaciones del primer trienio de la muestra y del último y lo hemos comparado con la formación de egresados en dichos trienios. Recordemos que Albacete, Cuenca y

Ciudad Real forman 125 profesionales al año, Guadalajara forma a 75 (mediante el Grado que imparte la Universidad de Alcalá en la capital alcarreña) y Toledo forma un total de 175 enfermeras al año (75 en el campus de Talavera y 100 en el campus de Toledo).

El peso relativo de las jubilaciones respecto de los egresados lo podemos observar en el siguiente gráfico:



Otra forma de presentar los datos es mediante tasas de reposiciones y así obtenemos el siguiente gráfico:



Al final del periodo analizado la situación más comprometida la tiene el Colegio de Ciudad Real que dispondrá de 1,11 profesionales egresados por cada jubilación (último trienio). La situación más holgada para reponer a sus profesionales la tiene el Colegio de Cuenca que contará con 3,41 profesionales formados por cada profesional jubilado. La situación holgada de partida del Colegio de Toledo, con 4,41 colegiados formados por cada profesional jubilado se debe a su mayor capacidad de formación, pues es la provincia que más profesionales forma, 175.

Como viene observándose en el documento, la situación del Colegio de Guadalajara es excepcional en cuanto a estabilidad de sus jubilaciones lo que hace que la tasa de reposición, manteniendo estable el número de egresados, no varíe. Por otra parte, y esa sería una cuestión para profundizar habría que calibrar qué porcentaje de los alumnos formados en la Universidad de Alcalá terminarán ejerciendo en la provincia.

No disponemos de datos concretos desde los que valorar qué tasa de reposición se considera crítica para comprometer el recambio de profesionales, pero quizás un conocimiento del porcentaje de enfermeras con reducción de jornada, con excedencias o tasas de bajas laborales pudiera añadir luz a esta cuestión.

En cualquier caso, se viene observando en los períodos veraniegos cierta "tensión contratacional", en el sentido de que las bolsas o se agotan o quedan próximas a su agotamiento para las coberturas de verano. Y si miramos a nuestro alrededor, a otros Servicios de Salud, nos encontramos con medidas conducentes a la preservación de jornadas de trabajo enfermeras mediante un cambio en las condiciones para el disfrute de licencias de reducción de las mismas¹.

Es cierto que en ese último trienio analizado que presenta una situación preocupante se contará con el volumen de excedentes de años anteriores, pero también es cierto, y hay que volverlo a decir, que estamos contando únicamente pérdidas de profesionales vía jubilación cuando sabemos que existen otras causas. Unas de ellas relacionadas con contingencias personales de la existencia (accidentes con incapacidad y fallecimientos las más relevantes) y otras relacionadas con decisiones profesionales (emigración a otras comunidades y/o países y excedencias como las de mayor impacto). En este último sentido, los empleadores deben tener en cuenta que un Sistema de Salud "magnético" será un seguro ante las situaciones que están por llegar en términos de disponibilidad de profesionales.

¹ <https://www.elsaltodiario.com/sanidad-publica/enfermeras-denuncian-hospitales-madrilenos-estan-bloqueando-reducciones-jornada>

8. APUNTES SOBRE LOS CAMBIOS CUALITATIVOS QUE APUNTAN A UN INCREMENTO DE LA DEMANDA DE PROFESIONALES ENFERMEROS.

Los datos presentados arrojan conclusiones basadas en datos históricos y registros demográficos de los Colegios Profesionales de la Región. Lo dicho hasta ahora supone un acercamiento a las situaciones que influyen en la disponibilidad de profesionales por el lado cuantitativo. Sin embargo, es preciso apuntar aquellos cambios y/o situaciones que, desde un punto de vista cualitativo, están llamados a operar sobre el volumen de profesionales necesarios para satisfacer la demanda de cuidados.

Así, es preciso recalcar que los sistemas sanitarios modernos se encuentran inmersos en un proceso de cambio (transición sanitaria) como consecuencia de los complejos fenómenos sociales y culturales que atraviesan las sociedades actuales. Por tanto, los sistemas sanitarios están en un proceso de transición continua enfrentándose a nuevos retos y a la redefinición de los roles profesionales.



Los dos cambios más evidentes, ya apuntados en la presentación de este documento, son el cambio demográfico y el cambio epidemiológico asociado a él. Aumento de la longevidad, baja tasa de natalidad e incremento de la inmigración son el triunvirato de factores que definen al primero de ellos. Se observa en las sociedades desarrolladas actuales un envejecimiento poblacional que da pie a

un cambio en la morbilidad que presentan. El resultado es un incremento de la prevalencia de patologías crónicas generadoras de dependencia que implican un aumento de la complejidad en su abordaje por la presencia concomitante de varias patologías. Por su lado, el incremento de la inmigración supone retos asistenciales derivados de los diversos sistemas culturales que entran en contacto y también la llegada de nuevas (o viejas conocidas) enfermedades, fundamentalmente transmisibles, características de las sociedades subdesarrolladas o en vías de desarrollo. Por tanto, la transición demográfica genera retos para atender a más pacientes mayores, de mayor edad, pluripatológicos, con patologías crónicas, polimedicados y con mayor necesidad de cuidar que de curar. Implica también la necesidad de atender a pacientes con distintos valores, costumbres y creencias y situaciones en las que ha de enfrentarse a nuevas enfermedades. En este sentido, cabe hacer un apunte sobre el probable impacto que el cambio climático pueda tener sobre los ecosistemas de los microorganismos causantes de patogenicidad en los humanos, que a ciencia cierta provocará cambios en la epidemiología



habitual de las diversas regiones geográficas.

Los cambios demográficos y epidemiológicos producen sinérgicamente retos como el aumento de frecuentación del sistema sanitario, aumento de la complejidad de la asistencia demandada implicando en numerosos

casos a los sistemas de previsión social y la necesidad de una alta coordinación entre diversos niveles asistenciales. Podemos también apuntar el impacto del cambio económico derivado de la evolución de las sociedades actuales con la aparición de cambios en los modelos productivos; los cambios tecnológicos, especialmente la confluencia de la robotización y el desarrollo de la Inteligencia Artificial, están llamados a originar procesos y situaciones que sin lugar a dudas generarán retos asistenciales novedosos. A nivel asistencial, los cambios tecnológicos están suponiendo la fractura de la asistencia basada únicamente en la presencialidad, de manera que el desarrollo de la e-salud y la salud digital están adquiriendo un rol progresivamente más importante. Muy en relación con el cambio económico podemos hablar del intenso cambio en la gestión del conocimiento, información y sistema sanitario. Si bien tradicionalmente la relación profesional-paciente se caracterizaba por ser intensamente asimétrica en el conocimiento y con un rol pasivo del paciente, actualmente los profesionales atienden pacientes cada vez más informados y con un rol más activo y participativo en las decisiones sobre su salud. El volumen de información disponible en la red y en las redes abre nuevos retos asistenciales como la necesidad de prescribir información fiable basada en la evidencia científica y la necesidad de luchar contra la información directamente falsa, la información sesgada o la incorrecta interpretación de dicha información. El aumento del volumen de la información y del conocimiento disponible genera la necesidad de un aumento de especialización por parte de los profesionales, impactando sobre los sistemas de formación de los profesionales sanitarios, sus roles profesionales y la cartera de servicios de los sistemas sanitarios. Por todo lo dicho en este apartado podemos concluir que el futuro asistencial demandará especialmente profesionales que sean capaces de incidir positivamente sobre las decisiones en materia de autocuidado de los pacientes y sus familias desde una óptica de fomento de la salud y prevención (primaria, secundaria y terciaria) de la enfermedad y sus repercusiones.



CONCLUSIONES

1. La tendencia de jubilaciones en el período 2019-2023 se ha visto fuertemente influenciada por el impacto de la pandemia por COVID y los cambios legislativos llevados a cabo en materia de pensiones.
2. De mantenerse el saldo migratorio profesional de los años 2019-2023, que es prácticamente neutro, la disponibilidad de efectivos profesionales para el período 2025-2040 recaerá en el crecimiento vegetativo.
3. Comparando el quinquenio 2019-2023 con el quinquenio 2036-2040 el incremento de las jubilaciones será de casi un 40%.
4. El peso relativo de las jubilaciones respecto de la formación es del 30,88% para el año en el que comenzarían a jubilarse los profesionales de enfermería nacidos en el año 1960 y del 58,56 % para el año en el que comenzarían a jubilarse los profesionales de enfermería nacidos en el año 1975 (un incremento de casi un 90%).
5. El impacto del aumento de jubilaciones será provincialmente muy desigual; habrá colegios con un impacto casi nulo como Guadalajara o Cuenca y colegios que experimentarán un fuerte impacto, como por ejemplo Toledo y Ciudad Real.
6. Para la serie analizada, correspondiente a jubilaciones teóricas entre el 2025 y el 2040, el incremento de las mismas entre el primer y el último trienio será del 74% para el global de Castilla La Mancha.
7. El volumen de jubilaciones comprometerá la reposición de profesionales de enfermería en la región en general y en algunas provincias en particular (Ciudad Real) para el periodo estudiado.
8. El volumen de jubilaciones comprometerá el crecimiento del número de profesionales de enfermería en la región en general y en algunas provincias en particular (Albacete, Ciudad Real y Toledo) para el periodo estudiado.
9. Las tasas de reposición al final del período analizado, 2025-2040, caerán por debajo del 2 en los colegios de Ciudad Real, Albacete y Toledo.

Habida cuenta de los datos anteriores sobre el crecimiento vegetativo y, de mantenerse el saldo migratorio neutro en la Región, existe una alta probabilidad de encontrarnos ante una situación en la que sea difícil no ya el crecimiento de las plantillas (en consonancia con las necesidades de cuidados que una sociedad progresivamente envejecida va a demandar), sino la reposición misma de las plantillas existentes.

Los factores del crecimiento vegetativo (formación del número de profesionales y jubilación de los mismos fundamentalmente) se caracterizan por tener una naturaleza principalmente inelástica; es decir, no se puede operar sobre ellos en el corto plazo. Se pueden aumentar plazas en las universidades pero ello no es posible de un momento a otro: necesita ser planificado con antelación. Por su parte, el factor de personas que se jubilan puede verse alterado por cambios en la legislación de manera que el alargamiento de la edad de jubilación comporte una mayor disponibilidad de efectivos en activo. Pero es evidente que existe un límite e incluso hay que plantearse el efecto de dichos cambios normativos, especialmente en poblaciones profesionales enfermeras sometidas a condiciones de trabajo de las cuales precisamente se intenta escapar conforme se incrementan los años de vida laboral, como por ejemplo en trabajo a turnos y rotatorio. Podemos tener mayor disponibilidad de efectivos en activo, pero quizás haya que plantearse en qué medida se incrementan las bajas laborales y jubilaciones anticipadas de dicha población profesional.

Por el lado del saldo migratorio los factores presentan una mayor elasticidad, ya que los ecosistemas laborales presentan cierta característica de competitividad que lleva a la movilidad profesional. Es por ello que no es descabellado plantear que se ha de trabajar desde los diversos empleadores la generación de entornos de trabajo magnéticos, que retengan y atraigan profesionales. Ahí caben toda una serie de medidas entre las que se pueden incluir las siguientes a modo de enumeración no exhaustiva:

-Mejora de las condiciones retributivas y de reconocimiento profesional (Carrera Profesional).

-Iniciativas para la mejora de la conciliación familiar y laboral.

-Mejora de la duración de los contratos, disminuir la temporalidad.

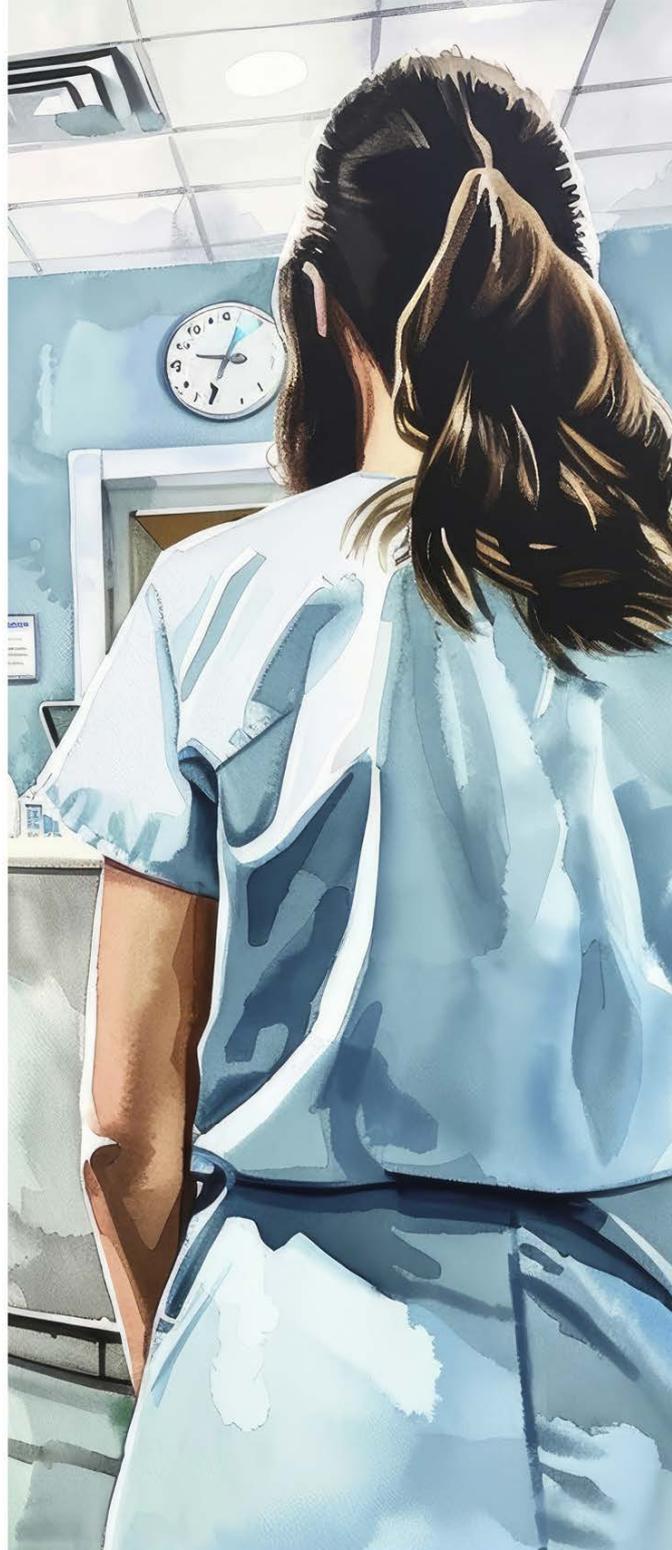
-Mejora de las condiciones bajo las cuales se desarrolla la práctica de la profesión enfermera en aquellas unidades que así lo precisen (disminuir el número de pacientes por enfermera). Esta cuestión adquiere una gran relevancia a la luz de las ratios existentes en la Región, tal como ha apuntado el documento Enfermeras y Enfermeros colegiados en Castilla La Mancha.

-Si bien la regulación de las condiciones de jubilación según sectores pertenece a la Administración Central, cabe plantearse si a nivel Regional se pueden idear iniciativas para mantener el conocimiento experto en los lugares de trabajo y que no experimentemos movilidad por motivos laborales, no profesionales (exención de noches mayores de 55 años en A. Hospitalaria).

-Desarrollo de las especialidades de enfermería que impliquen que la Región sea considerada buen lugar para el desarrollo profesional pleno de las capacidades de la Profesión Enfermera.

-Favorecer la implementación de las figuras de Enfermería de Práctica Avanzada allí donde los entornos de trabajo así lo aconsejan: enfermera de enlace, enfermera escolar, enfermera de capital venoso, enfermera estomaterapeuta, etc.





DOSSIER ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA





ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRESENTACIÓN _____ 04

INTRODUCCIÓN _____ 05

1 UNA APROXIMACIÓN CRÍTICA A LOS DATOS. _____ 07

- a) Registros colegiales de especialistas registrados en colegios de CLM.
- b) Registros de las unidades docentes de profesionales formados hasta la fecha.
- c) Plazas acreditadas vs plazas formadas.
- d) Una mirada al contexto nacional.

2 REGULACIÓN NORMATIVA Y SITUACIÓN DE CADA ESPECIALIDAD A NIVEL REGIONAL. _____ 21

- 2.1. Especialidad Enfermería Obstétrico-Ginecológica.
- 2.2. Especialidad Enfermería Salud Mental.
- 2.3. Especialidad Enfermería Familiar y Comunitaria.
- 2.4. Especialidad Enfermería del Trabajo.
- 2.5. Especialidad Enfermería Geriátrica.
- 2.6. Especialidad Enfermería Pediátrica.

3 ASOCIACIONISMO COMO CRITERIO DE MADUREZ DE DESARROLLO DE LAS ESPECIALIDADES. EXPERIENCIAS REGIONALES. _____ 42

4 ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA: IMPACTO PARA EL SISTEMA Y RECONOCIMIENTO DE LA ESPECIALIDAD PARA EL INDIVIDUO. _____ 45

5 CURSOS CÓDIGO Y EPA's: LA REALIDAD ES TOZUDA. _____ 52

6 CONCLUSIONES. _____ 57

PRESENTACIÓN

La especialización en la profesión enfermera recorre un (tortuoso) camino desde hace décadas. El gap, o desfase, entre las necesidades de formación especializada demandadas por los cambios en la práctica asistencial y la formación de grado, es notable en varias áreas de práctica profesional.

Las especialidades enfermeras han sufrido diversos cambios en su formulación y determinación hasta la consideración de las 6 actualmente vigentes. La 7ª, la especialidad en Enfermería Médico-Quirúrgica es un cajón de sastre o cajón desastre que ni se ha desarrollado ni se va a desarrollar en los términos planteados y debe ser objeto de una acometida muy diferente de la establecida inicialmente. Precisamente al hilo de la imposibilidad del desarrollo de esta última es dónde tienen cabida experiencias y desarrollos como los de la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA).

Acometer un trabajo que plasme la situación de las especialidades de enfermería en la Región supone reconocer la complejidad de un tema con múltiples recorridos que se transitan a velocidades muy diferentes.

También implica reconocer la dificultad de acceder al conocimiento de los profesionales existentes pues no existe obligación legal alguna de que los profesionales especialistas lo comuniquen a sus Colegios Provinciales. Únicamente en la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica, en base a sus particularidades y su historia, se da una continuidad entre formación-plazas-registros.

Es preciso apuntar en esta presentación que la intención de un documento como el presente, aparte de presentar los datos y registros existentes sobre las diferentes especialidades y su desarrollo en la Región, no es sino contribuir al necesario debate que se ha de producir en el momento actual: un debate sobre los diferentes ámbitos de trabajo existentes y la llegada a dichos ámbitos de las diferentes especialidades.

Agradecemos a las diferentes Unidades Docentes consultadas su colaboración a la hora de recopilar algunos de los datos aquí mostrados.

Esperamos que este documento sirva para conocer algo más la situación del desarrollo de las especialidades de enfermería en la Región y que conciencie sobre la necesaria puesta en valor de la formación enfermera especializada.

INTRODUCCIÓN



Tras casi 20 años desde que entrara en vigor el RD 450/2005, sobre especialidades de enfermería, los profesionales han asistido a una incomprensible parálisis de las Administraciones Públicas para incorporar nuevos roles competenciales que vienen a responder a las demandas y nuevos retos asistenciales planteados por los nuevos contextos sanitarios actuales.

Únicamente una especialidad, la de Enfermera Obstétrico-Ginecológica o matrona se encuentra actualmente en pleno desarrollo e inclusión en el mercado laboral.

El despliegue de las especialidades de enfermería sigue dos modelos diferentes en nuestro país: aquellas comunidades que apuestan por una categoría genérica de Enfermera Especialista (en la que se nombran las diferentes especialidades) y aquellas comunidades que apuestan por crear categorías diferenciadas para cada especialidad

enfermera. Luego nos encontramos con Comunidades como Cataluña y Navarra que no reconocen ninguna categoría salvo la de matrona¹. Y encontramos igualmente Comunidades Autónomas que tienen reconocidas unas especialidades, pero no otras.

Castilla La Mancha se sitúa en el modelo de Comunidades Autónomas que han optado por la creación de una categoría genérica de Enfermera Especialista. Así, el Decreto 6/2019, de 12 de febrero, viene a sancionar la creación de dicha categoría generalista a la par que modifica la denominación de la categoría de matrona, que pasa a llamarse “enfermera especialista en enfermería obstétrico-ginecológica”. Dicho Decreto establece las condiciones relativas al régimen jurídico aplicable, el acceso a dicha categoría, la determinación de las plazas disponibles, funciones y cuestiones laborales relativas a retribución, jornada y horario. Sus disposiciones transitorias establecen los principios de cómo ha de ser la convivencia entre el modelo anterior (sin plazas de especialistas) y el nuevo modelo que ha de incorporar progresivamente los nuevos perfiles competenciales de las enfermeras especialistas.

Para el abordaje de este proceso se crea una estructura de trabajo presidida al más alto nivel con el mandato de impulsar la Estrategia de Desarrollo de las Especialidades de Enfermería en la Región (EDERCAM). Dicha estructura de trabajo incluye actores de la representación laboral, profesional y del

¹Guía sobre especialidades de enfermería para el desarrollo profesional. Instituto Español de investigación enfermera. Consejo General de Enfermería. Abril, 2024

Disponible en: www.consejogeneralenfermeria.org/images/GUA_ESPECIALIDADES_DE_ENFERMERA.pdf

asociacionismo científico de la Región.

Este documento se inicia con una panorámica relativa al registro de profesionales especialistas, siendo conscientes de la no obligatoriedad del colegiado de comunicar al Colegio si dispone de una especialidad. Es presumible suponer que la reciente posibilidad de consultar los títulos de enfermeras especialistas pueda venir a complementar los registros colegiales disponibles en esta materia. También se incluyen en este primer apartado datos sobre una aproximación al número de profesionales formados desde sus inicios, lo que pueda dar una idea del stock de profesionales disponibles en cada área de especialización. Posteriormente se trata la situación de las especialidades abordando para ello diversos aspectos como: la situación de la especialidad en la Región atendiendo al marco histórico-legal, la formación en nuestra región, los lugares de trabajo ocupados y la existencia de plazas.

Realizamos también una mirada al asociacionismo de las enfermeras especialistas en la Región que podemos considerar a la vez causa y consecuencia del desarrollo o subdesarrollo, según el caso, de las especialidades en cuestión. Plantearemos tres situaciones diferenciadas en la madurez asociativa, que debe ser vista por la Administración como una fuente de conocimiento y unos interlocutores técnicos de excepción.

La cuestión económica implicada en esta materia también tiene su lugar en este dossier-documento. Una cuestión que tiene en realidad dos trayectorias: el coste de formación de los profesionales y el coste-oportunidad de su no empleo. Pero también se muestra el coste de esta situación para el profesional. Consideramos que en un dossier sobre las especialidades de enfermería se ha de hablar del necesario desarrollo de capacidades avanzadas en numerosos ámbitos de trabajo de la profesión. Es por ello por lo que realizaremos un breve repaso de la existencia en nuestra Región de enfermeras que puedan ser llamadas Referentes o más bien Enfermeras de Práctica Avanzada (EPA), asumiendo el camino mostrado por muchas de las Comunidades Autónomas a nuestro alrededor como una realidad a la que se ha de dar un marco de regulación.

Finalizamos este documento planteando varias conclusiones. Algunas de ellas son datos objetivos procedentes de los registros consultados. Otras de ellas se acercan más a la categoría de reflexiones que deben ser consideradas por los decisores en materia sanitaria, los representantes de los trabajadores (por sus implicaciones laborales), y los representantes de la profesión (por su influencia en el ejercicio y desarrollo de la profesión).



1. UNA APROXIMACIÓN CRÍTICA A LOS DATOS.

A veces, lo más relevante de unos datos es mostrarlos sabiendo previamente que lo que muestran no es una imagen cercana a la realidad. Lo dicho no se trata de una apología de la distorsión de la realidad, sino precisamente de un punto desde el cual impulsar el cambio. En este caso, un cambio en la mejora de los registros existentes.

Como se ha comentado en la Introducción, no existe en la actualidad la obligatoriedad de que las enfermeras comuniquen a sus colegios que se encuentran en posesión de una determinada especialidad. El registro más ajustado a la realidad es sin duda el de matronas existentes, pues por su lugar en la práctica asistencial son objeto de una monitorización más estrecha de su número en parte debido a su importancia a la hora de la contratación/determinación del seguro de responsabilidad profesional del Colegio. También juega a favor de este registro, obviamente, su mayor trayectoria histórica como especialidad de enfermería en la que se ha producido la alineación de formación-reconocimiento de la especialidad y existencia de plazas disponibles para el ejercicio de dicha especialidad.

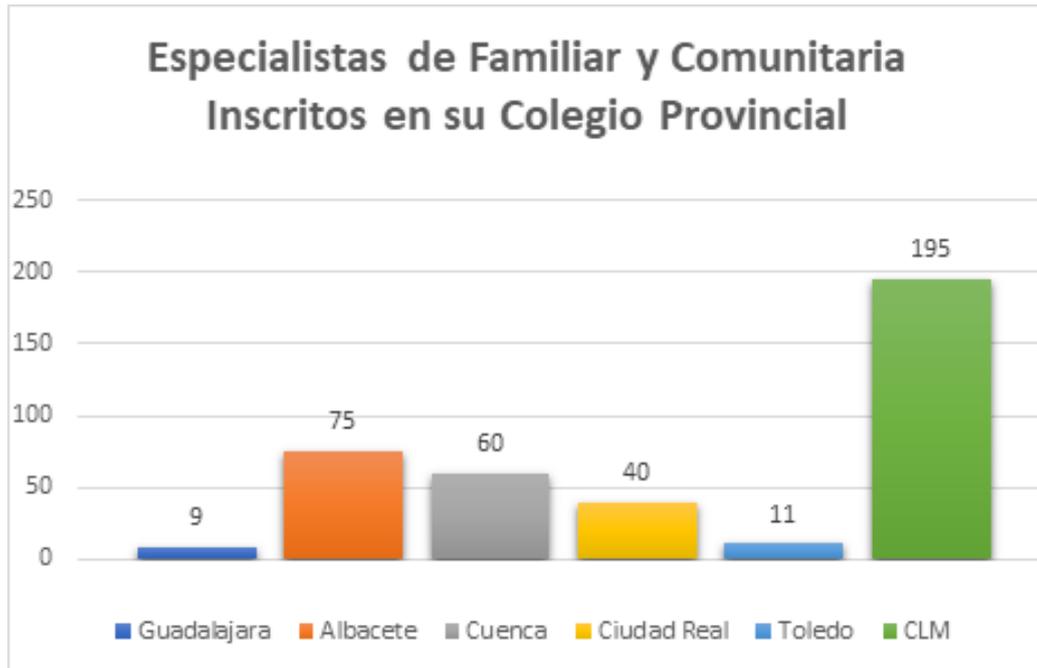
Los errores proceden de varios frentes. En primer lugar, debido a la no obligatoriedad de su comunicación, es evidente que existe una infradeclaración de dicho dato. Pero es que además, el propio documento para la recolección de datos del INE obvia una categoría de especialidad enfermera: la de Enfermería del Trabajo, que no aparece como el resto de especialidades acorde al RD 450/2005, sobre especialidades de enfermería.

Lo que sigue es una foto actual de los registros de enfermeras especialistas declarados por los Colegios en su declaración anual de datos al INE (correspondientes al cierre del año 2023).

a) Registros colegiales de especialistas registrados en colegios de CLM.

Mostramos los datos de cada una de las especialidades de enfermería según su registro provincial añadiendo el dato regional agregado resultante. Es evidente que se necesita un esfuerzo por parte de todos, Instituciones Colegiales y profesionales, para mejorar el registro existente de manera que se pueda disponer de unos datos que nos acerquen a la realidad del stock existente, fundamental para poder disponer de información útil para planificar con éxito el proceso (y velocidad) de implantación de las diferentes especialidades. En estos registros se encuentran tanto profesionales formados en la región vía EIR como profesionales que han accedido a las diferentes especialidades mediante vías extraordinarias según los casos.

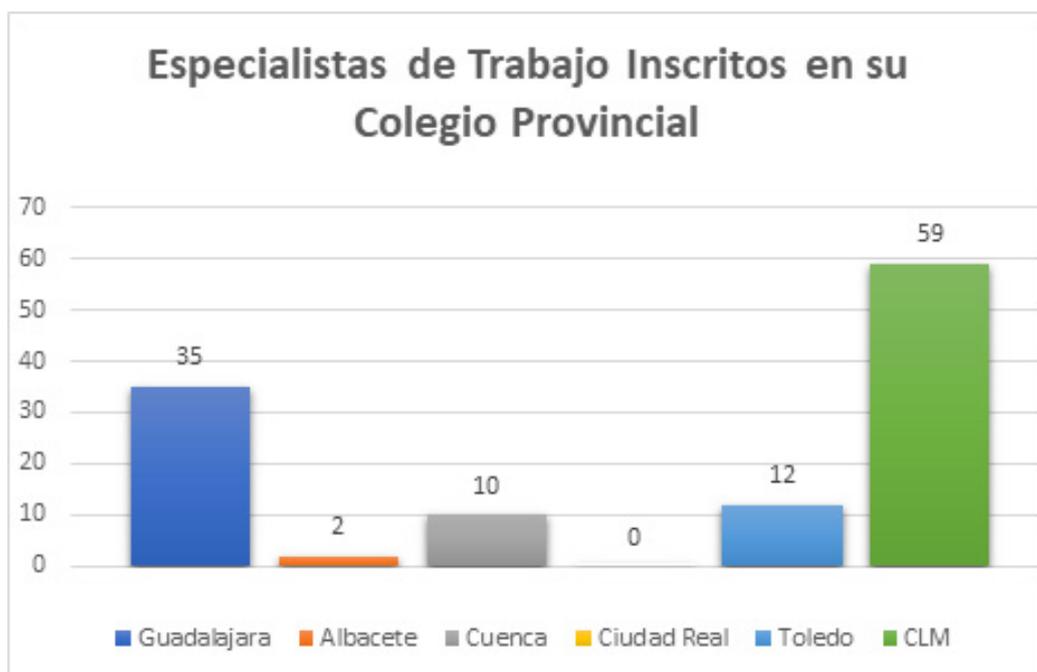
- Enfermería Familiar y Comunitaria:



Fuente: Archivo Colegios Oficiales de Enfermería. Elaboración propia

Es evidente la infradeclaración existente sobre la disponibilidad de la especialidad, ya que hay que recordar que, de las especialidades existentes, la de Enfermería Familiar y Comunitaria es aquella especialidad, que coincide con un ámbito de trabajo, que agrupa un mayor número de profesionales.

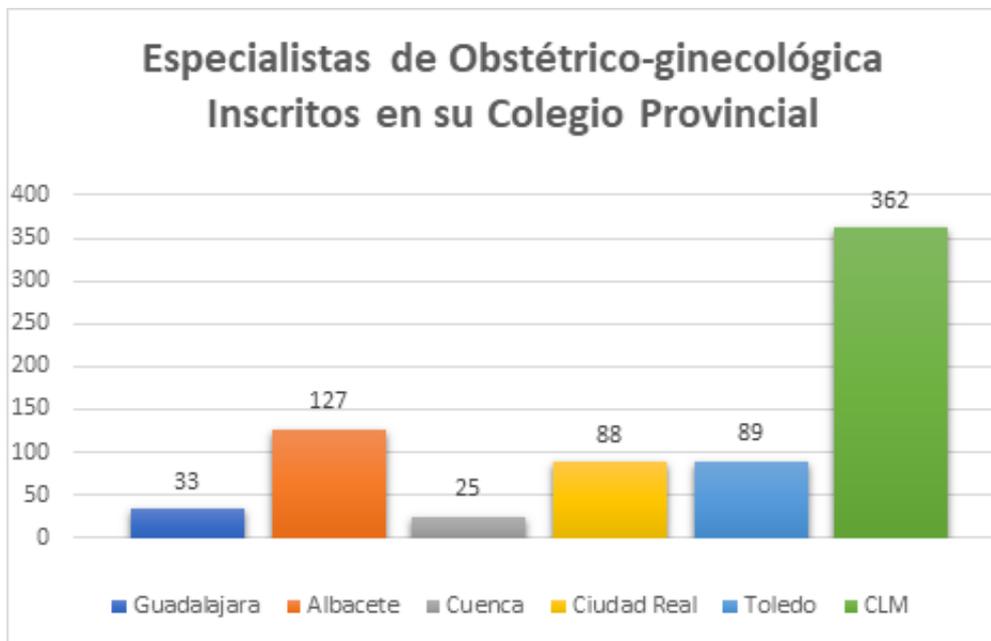
- Enfermería del Trabajo:



Fuente: Archivo Colegios Oficiales de Enfermería. Elaboración propia

Se trata de la única especialidad donde hoy en día todavía no se ha formado ningún profesional en Castilla La Mancha, pues la Unidad Docente comenzará a funcionar en 2025. Por tanto, los registros existentes suponen los de aquellos profesionales que han accedido al título de especialista por la vía extraordinaria, o que se han formado en otras comunidades y están actualmente ejerciendo en nuestra Región.

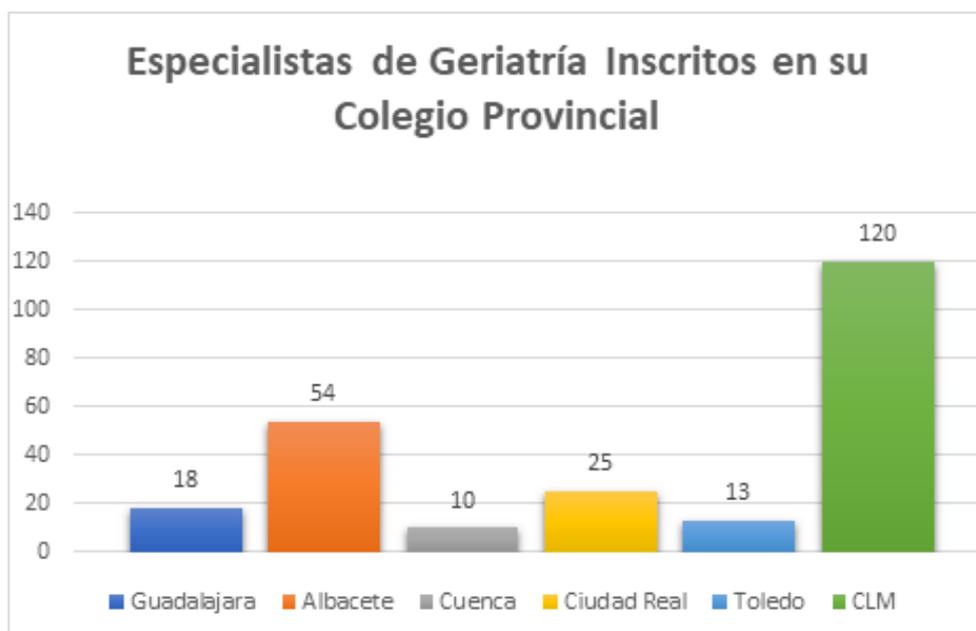
- Enfermería Obstétrico-Ginecológica:



Fuente: Archivo Colegios Oficiales de Enfermería. Elaboración propia

Como era de esperar, los registros de las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología son los más numerosos y, por los motivos apuntados anteriormente, los más cercanos a la realidad.

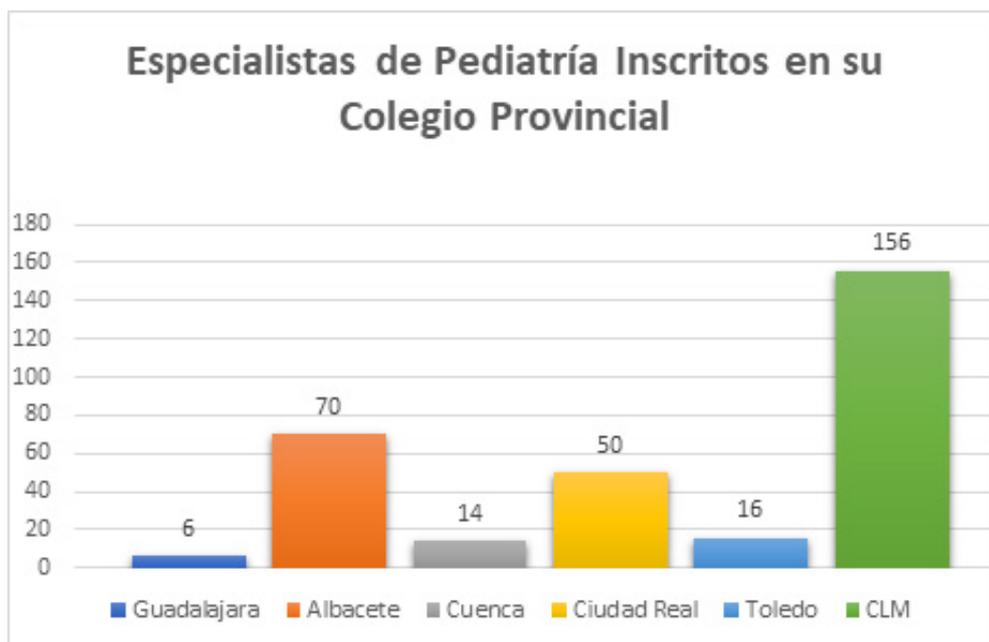
- Enfermería Geriátrica:



Fuente: Archivo Colegios Oficiales de Enfermería. Elaboración propia

Se trata de una especialidad en la que CLM fue pionera a nivel nacional en la formación de especialistas, junto con Asturias.

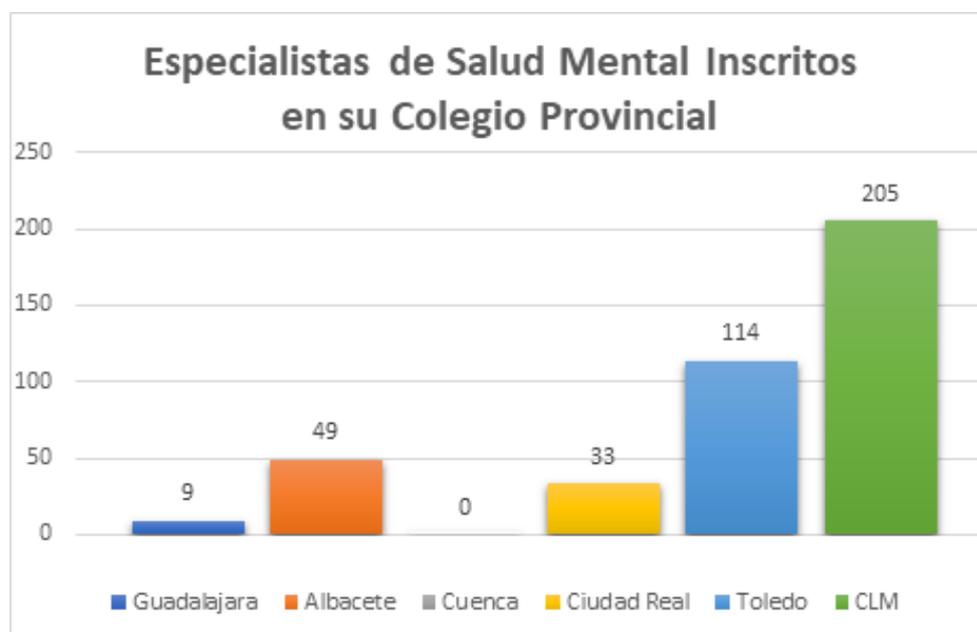
- Enfermería Pediátrica:



Fuente: Archivo Colegios Oficiales de Enfermería. Elaboración propia

Resaltan en este gráfico los datos de inscritos en Albacete que representa casi el 45% de todas las enfermeras especialistas en Enfermería Pediátrica registradas en CLM.

- Enfermeras especialistas en Salud Mental:



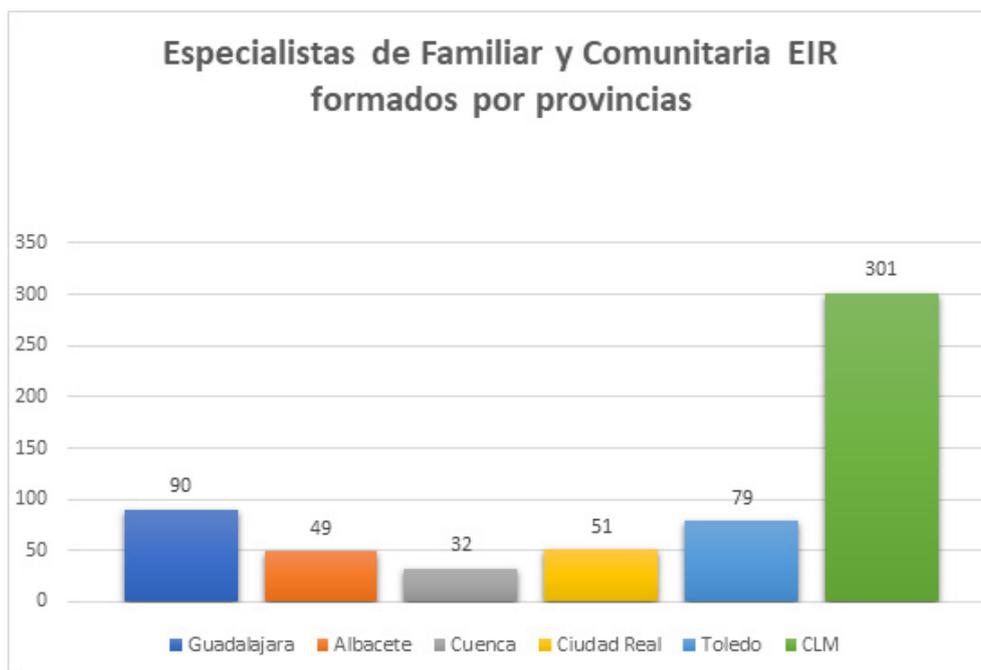
Fuente: Archivo Colegios Oficiales de Enfermería. Elaboración propia

Junto con la especialidad de enfermería obstétrica y ginecológica es la especialidad con una trayectoria más larga de formación en la Región. A pesar de contar con un ámbito que puede identificarse plenamente en muchos lugares de trabajo no se ha producido su implantación efectiva vía plazas de especialistas.

b) Registros de las unidades docentes de profesionales formados hasta la fecha.

En la búsqueda de unos datos más ajustados al stock real de especialistas existentes se ha contactado con las diferentes Unidades Docentes que forman enfermeras especialistas en la Región. Los registros históricos aportados por dichas Unidades exponen los datos que mostramos a continuación. Dichos datos se han recopilado entre los meses de abril a julio de 2024. No obstante, al igual que al hablar de stock de profesionales disponibles, hemos de considerar que nuestra Región ha formado profesionales que, procedentes de otras regiones, han realizado su etapa formativa como especialistas con nosotros. De igual manera, existe un número indeterminado de profesionales que ha sido formado fuera de nuestras fronteras y engrosan, caso de haberse comunicado, nuestros registros colegiales de enfermeras especialistas.

- Enfermería Familiar y Comunitaria:

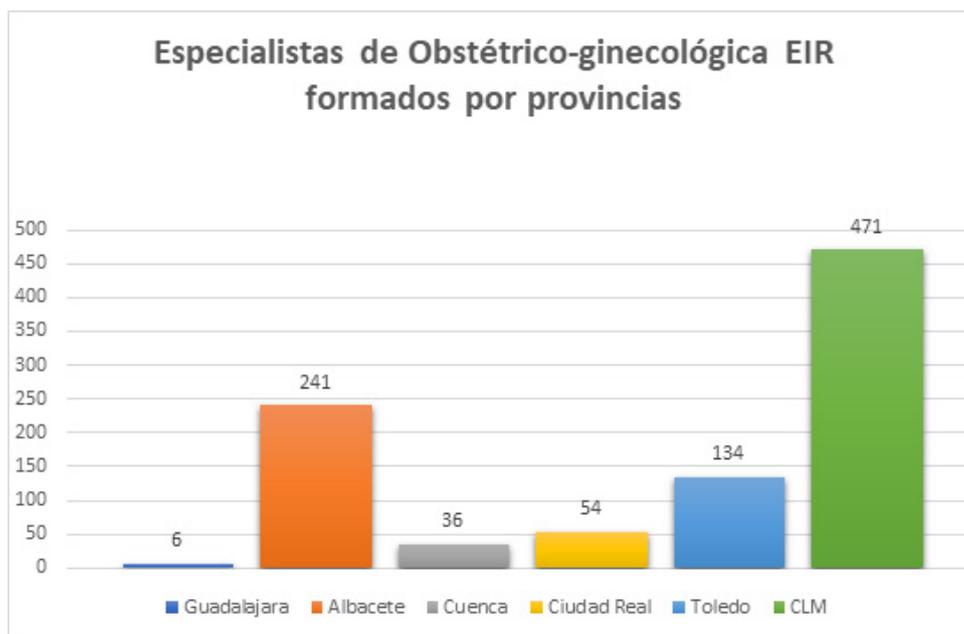


Fuente: Archivo Colegios Oficiales de Enfermería. Elaboración propia

- Enfermería del Trabajo:

No procede la realización de este gráfico al no haberse puesto en marcha la formación de especialistas en Enfermería del Trabajo en nuestra Región a fecha de cierre de este informe, si bien conocemos que está próximo su inicio.

- Enfermería Obstétrico-Ginecológica:



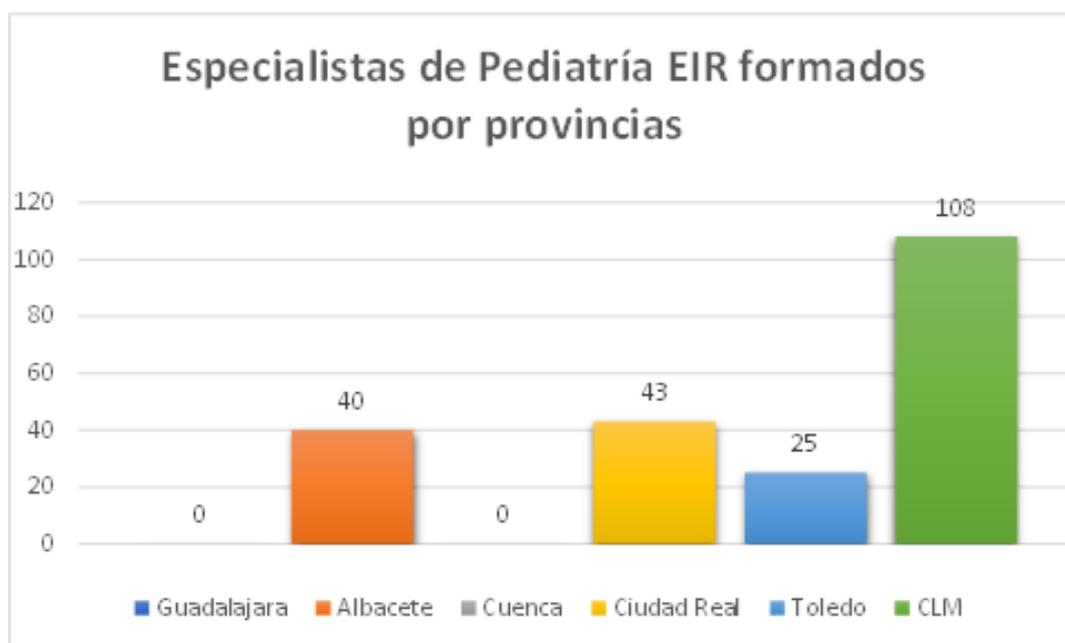
Fuente: Archivo Colegios Oficiales de Enfermería. Elaboración propia

- Enfermería Geriátrica:



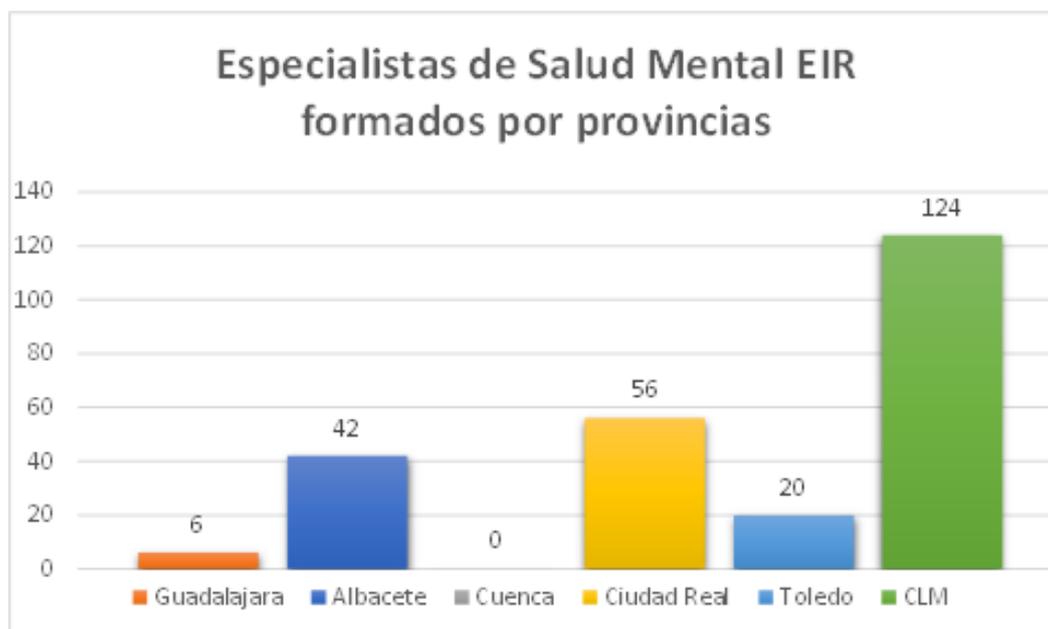
Fuente: Archivo Colegios Oficiales de Enfermería. Elaboración propia

- Enfermería Pediátrica:



Fuente: Archivo Colegios Oficiales de Enfermería. Elaboración propia

- Enfermeras especialistas en Salud Mental:

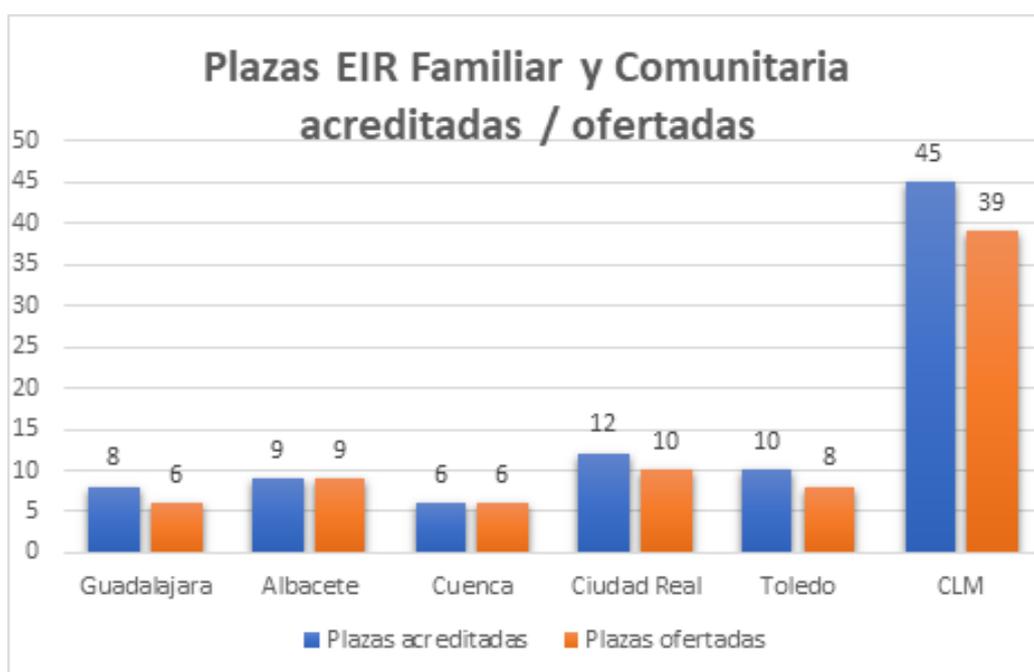


Fuente: Archivo Colegios Oficiales de Enfermería. Elaboración propia

c) Plazas acreditadas vs plazas ofertadas.

Dejando a un lado los registros históricos existentes sobre enfermeras especialistas formadas cabe realizar una mirada al presente formativo para conocer el volumen de profesionales que se forman actualmente observando que existe una desviación entre las plazas acreditadas y las plazas finalmente ofertadas.

- Enfermería Familiar y Comunitaria:



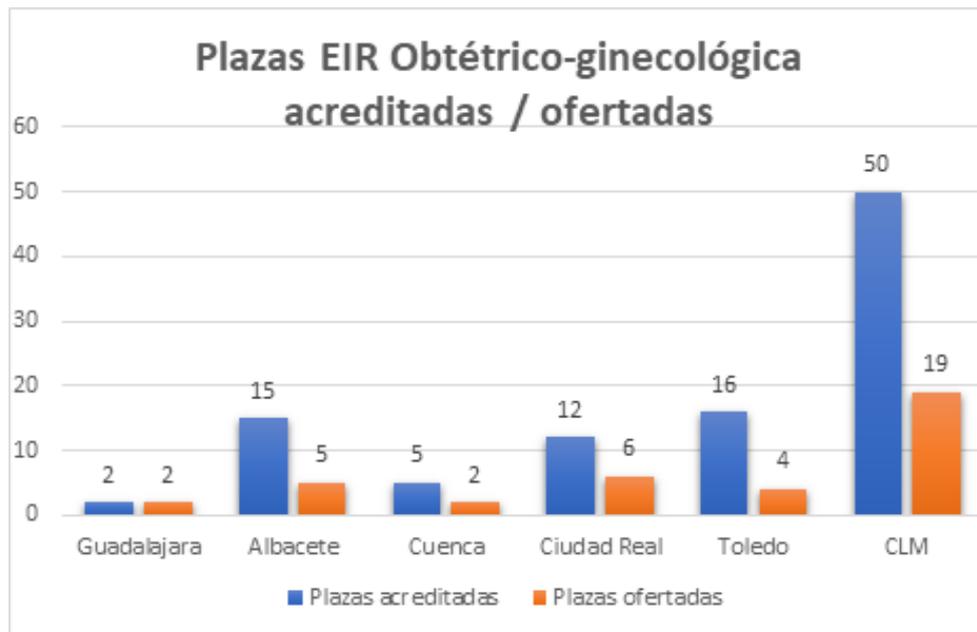
Fuente: Unidades Docentes CLM. Elaboración propia.

Actualmente se están ofertando un 86,66% de las plazas acreditadas.

- Enfermería del Trabajo:

No habiéndose puesto en marcha la formación de enfermeras especialistas en Enfermería del Trabajo en Castilla La Mancha a fecha de cierre de este informe no procede la presentación de datos sobre plazas acreditadas vs plazas ofertadas.

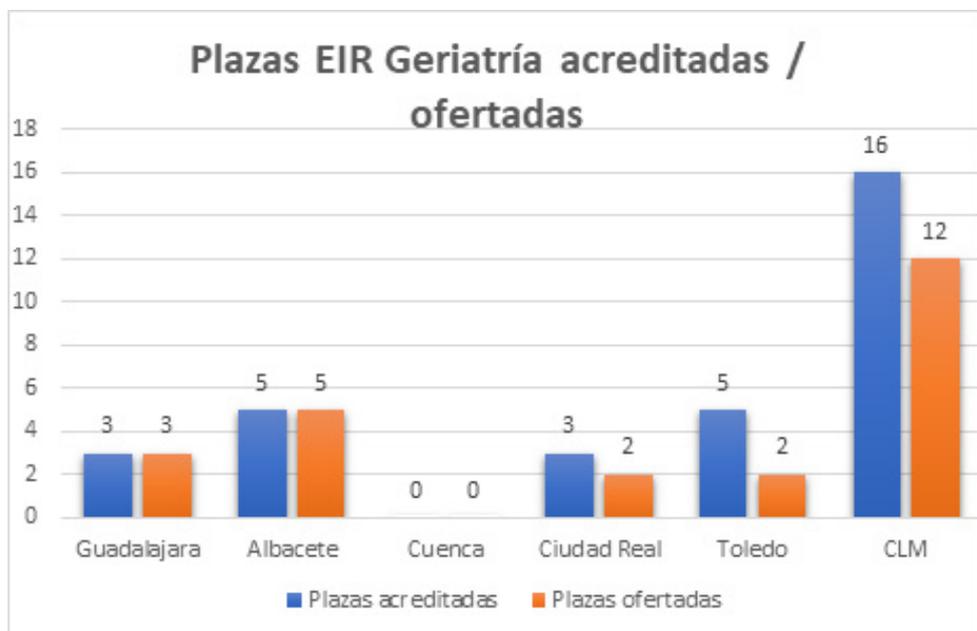
- Enfermería Obstétrico-Ginecológica:



Fuente: Unidades Docentes CLM. Elaboración propia.

Se ofertan a nivel global en CLM en la actualidad un 38% de las plazas acreditadas.

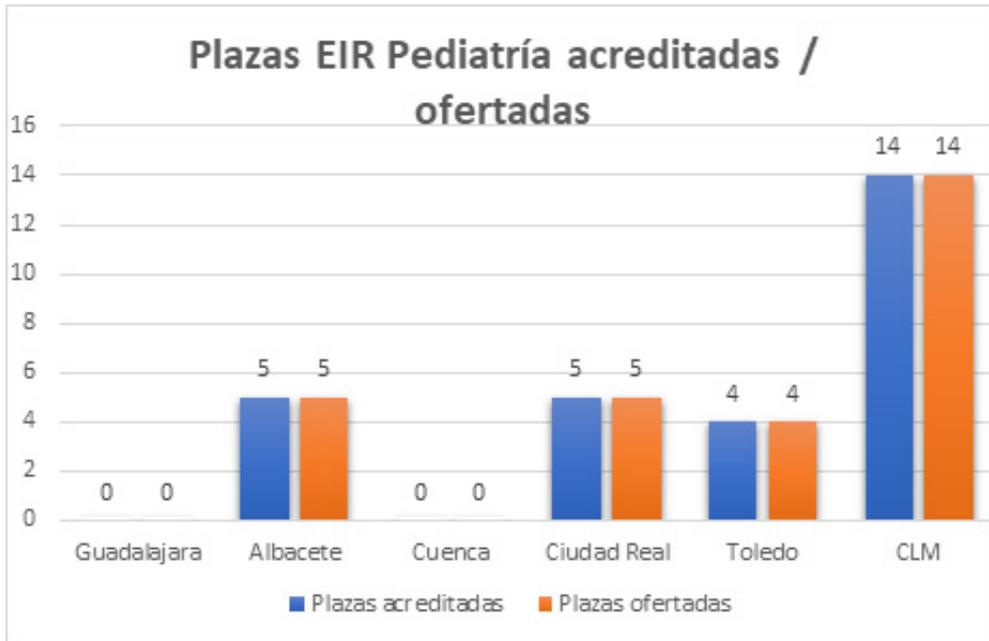
- Enfermería Geriátrica:



Fuente: Unidades Docentes CLM. Elaboración propia.

Se está ofertando el 75% de las plazas acreditadas.

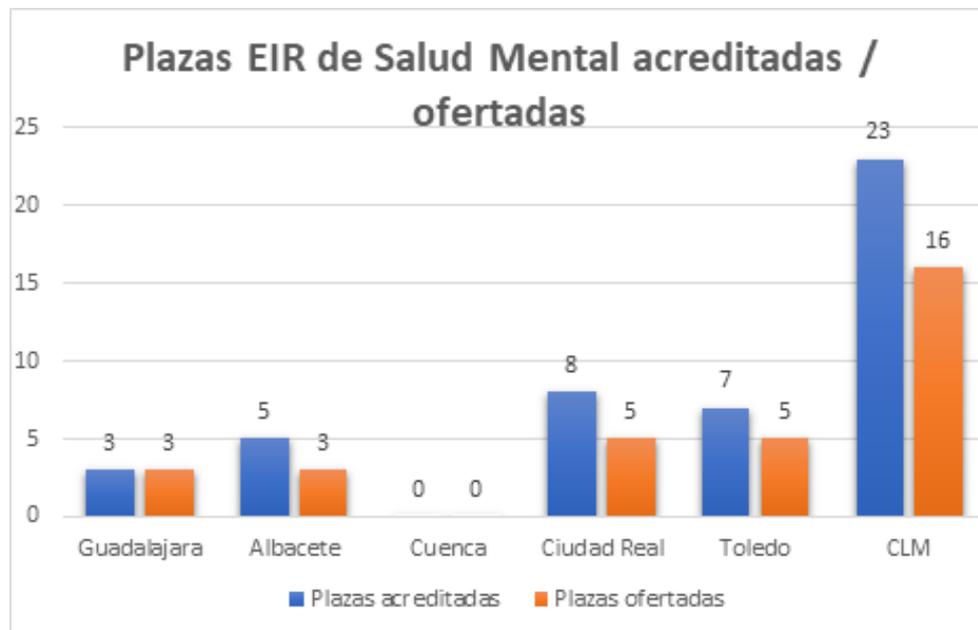
- Enfermería Pediátrica:



Fuente: Unidades Docentes CLM. Elaboración propia.

Actualmente es la única especialidad que oferta el 100% de las plazas acreditadas a nivel regional.

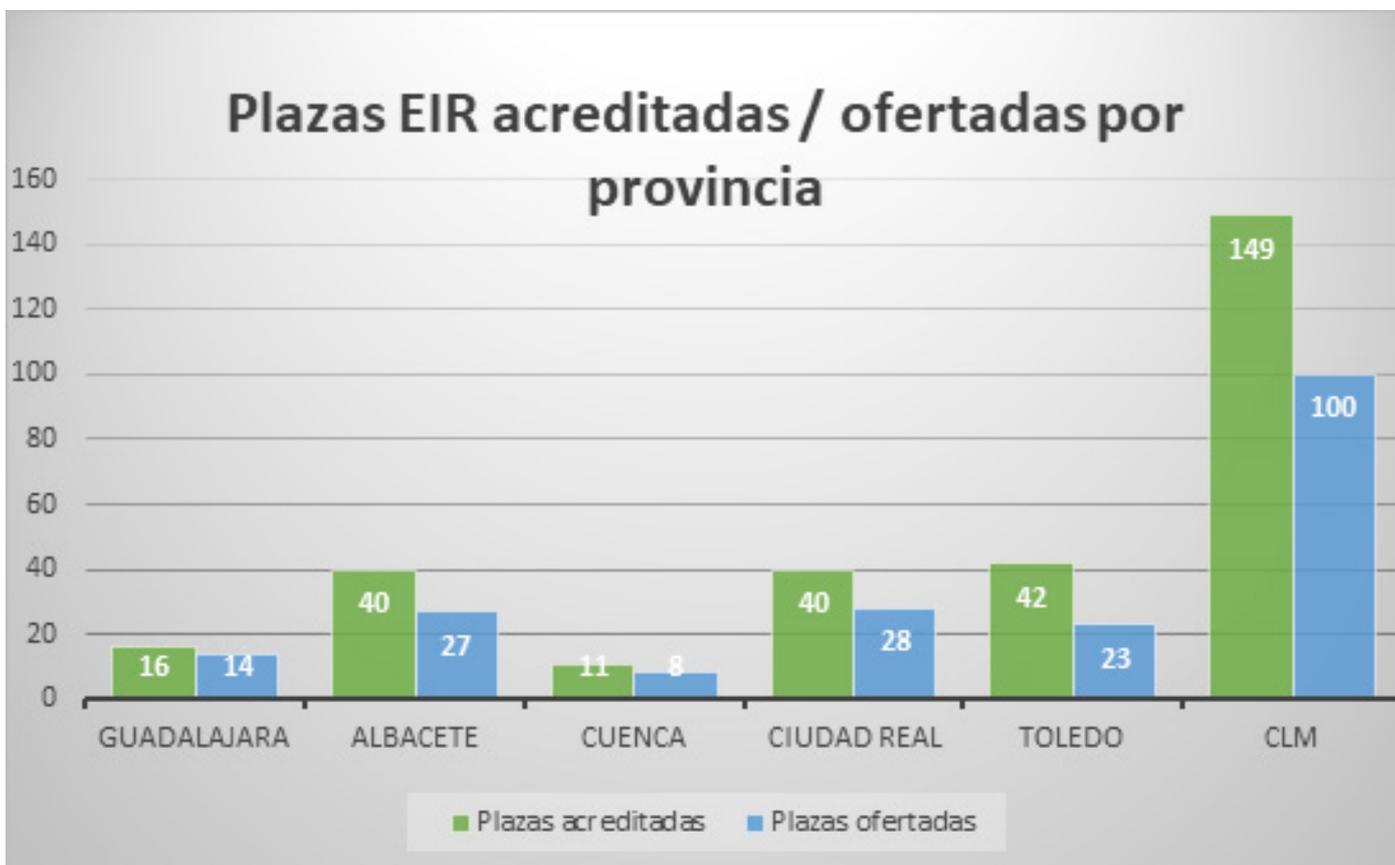
- Enfermeras especialistas en Salud Mental:



Fuente: Unidades Docentes CLM. Elaboración propia.

Actualmente se oferta casi el 70% de las plazas que están acreditadas.

Atendiendo a la relación entre acreditación y oferta de plazas por provincias el gráfico acumulado queda de la siguiente manera:



Fuente: Unidades Docentes CLM. Elaboración propia.

Según el anterior cuadro podemos establecer que en Castilla La Mancha se ofertan el 67% de las plazas acreditadas. Guadalajara es la provincia que más plazas oferta (respecto de las que tiene acreditadas) con un 88%, seguida de Cuenca con el 73%, Ciudad Real con el 70%, Albacete con el 68% y Toledo con el 55%. Habida cuenta de la planificación sanitaria que deba realizarse estos datos pueden servir para intensificar y/o reorientar el esfuerzo formativo de especialistas en la Región. Conviene apuntar que, del total de la desviación, el 63,26% procede de una única especialidad, la de enfermería obstétrico-ginecológica.

d) Una mirada al contexto nacional.

Cabe plantear una mirada al contexto nacional para completar el acercamiento al stock de profesionales y su formación, abordado en este apartado sobre los datos disponibles.

Tal como conocemos, las especialidades de la profesión enfermera se vehiculizan a través de programas formativos reglados y de carácter oficial que tienen como objeto dotar a los profesionales de Enfermería de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la correspondiente especialidad, de forma progresiva y simultánea a la adquisición de responsabilidades necesarias para su ejercicio autónomo y eficiente mediante un sistema de práctica profesional programada y supervisada. Pero el devenir histórico del desarrollo de las especialidades enfermeras ha provocado que hayan existido 4 vías de acceso al título de Especialista:

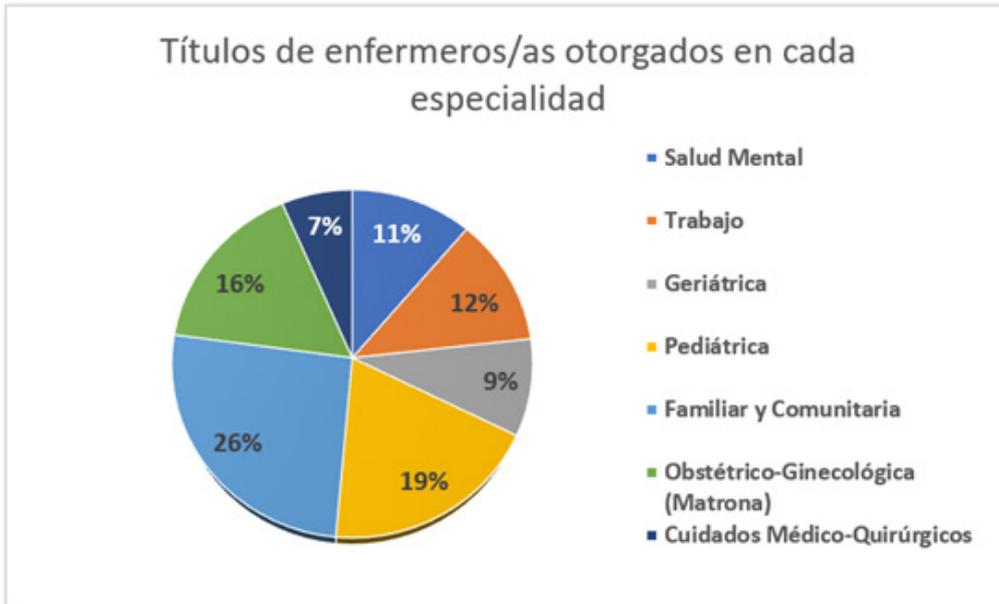
- Sistema de Residencia en Unidades Docentes Acreditadas (vía EIR). Actualmente, y para todas las especialidades, se trata de la única vía existente para acceder a la titulación de Enfermera Especialista.
- Expedición de nuevos títulos a partir de los que se suprimen.
- Acceso excepcional para la obtención del título de Especialista.
- Régimen especial de acceso al título de Especialista en Enfermería del Trabajo.

Actualmente nos encontramos enfermeras especialistas con un título obtenido por cualquiera de las 4 vías mencionadas, si bien es cierto que los títulos obtenidos por las otras vías distintas a la vía EIR se extinguirán en un plazo de menos de dos décadas por la jubilación y otras causas que impliquen cese de la actividad profesional.

Disponemos del número de enfermeras especialistas en España por las distintas vías de acceso y el total de Especialistas que han obtenido la titulación. No obstante, parte de los Especialistas que tienen la titulación ya no ejercen y buena parte de los que tienen el título no trabajan actualmente en el ámbito de la especialidad. Los datos de titulados especialistas son los siguientes:

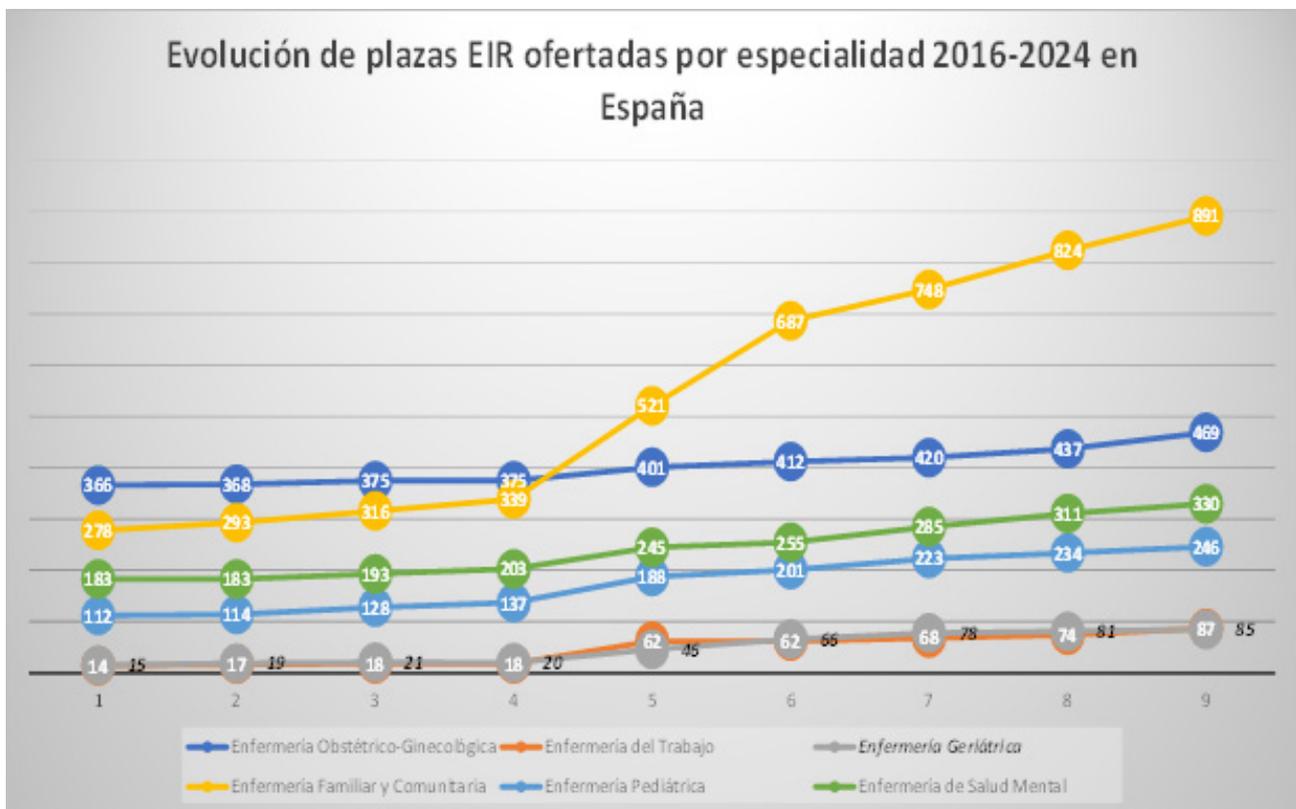
Especialidad enfermera	Disposición Adicional Segunda RD 450/2005	Disposición Transitoria Segunda RD 450/2005	Disposición Adicional Cuarta RD 183/2008	Disposición Transitoria Tercera RD 450/2005	Disposición Transitoria 1ª RD 450/2005	Enfermero Interno Residente (EIR)	TOTAL
Salud Mental	2.206	1.381	892			3.222	7.702
Trabajo		2.132		5.708	9	338	8.193
Geriátrica		5.919			9	238	6.166
Pediátrica	2.908	8.698			5	1.480	13.091
Familiar y Comunitaria		13.800			9	3.780	17.589
Obstétrico-Ginecológica (Matrona)	2.890					8.271	11.161
Cuidados Médico-Quirúrgicos	4.475				8		4.483
TOTAL	12.479	31.937	892	5.708	40	17.329	68.385

Fuente: Archivo Consejo General de Enfermería



Fuente: Archivo Consejo General de Enfermería

Si nos centramos en el sistema de Residencia en Unidades Docentes Acreditadas (vía EIR), único sistema de obtención del título actual y futuro, los datos de España son los siguientes en el período 2016-2024 (casi la última década):



Fuente: Archivo Consejo General de Enfermería

En la siguiente tabla podemos ver los datos agregados y la diferencia entre el inicio y el final del período considerado:

Especialidades/ Años	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL	Evolución desde 2016-2024
Enfermería Obstétrico-Ginecológica	366	368	375	375	401	412	420	437	469	3.631	103
Enfermería del Trabajo	14	17	18	18	62	62	66	74	87	420	73
Enfermería Geriátrica	15	19	21	20	46	66	78	81	85	433	70
Enfermería Familiar y Comunitaria	278	293	316	339	521	667	748	824	891	4.916	613
Enfermería Pediátrica	112	114	128	137	188	201	223	234	246	1.581	134
Enfermería de Salud Mental	183	183	193	203	245	255	285	311	330	2.193	147
TOTAL	968	994	1.051	1.092	1.463	1.683	1.822	1.961	2.108	13.174	1.140

Fuente: Archivo Consejo General de Enfermería

Podemos apreciar en ella el importante incremento en oferta de plazas experimentado por la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria en línea con la importancia a la que está llamada la especialidad en el manejo de los cuidados en ámbito comunitario, clave entre otras cuestiones para permitir la viabilidad de los sistemas de salud que no pueden basar su filosofía de asistencia sobre la demanda de atención en los problemas de salud, sino sobre la gestión de los cuidados para mantener la salud y la autonomía personal.

No obstante, porcentualmente, el mayor incremento lo experimenta la especialidad de Enfermería del Trabajo, que multiplica por 6,21 su oferta de plazas debido a la imperiosa necesidad de disponer, de acuerdo con la normativa en prevención de riesgos laborales, de perfiles de enfermeras especialistas en este ámbito una vez que ha cesado la expedición del antiguo título de Enfermera de Empresa.

Por otra parte, a pesar del importante incremento de plazas experimentado por la especialidad de Enfermería Geriátrica, que multiplica su oferta por 5,66 es probable que el número de profesionales formados esté lejos de las necesidades existentes en el contexto de una población envejecida como la española y la castellano-manchega. La experiencia de la pandemia por COVID nos ha mostrado la necesidad de contar en los centros sociosanitarios con perfiles de profesionales con capacitación avanzada.

2.

REGULACIÓN NORMATIVA Y SITUACIÓN DE CADA ESPECIALIDAD A NIVEL REGIONAL.

2.1. ESPECIALIDAD ENFERMERÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA.



a) Marco histórico-jurídico de la profesión.

Pese a que la profesión de matrona cuenta con una historia al menos tan larga como la de la enfermería, el establecimiento de la misma como especialidad de enfermería es muy reciente dentro de los siglos de historia que posee.

Con la incorporación de España a la Comunidad Económica Europea en el año 1986, ésta adquiere un compromiso de adecuación de los contenidos formativos de matrona a las directrices promulgadas por la C.E. 80 /154/CEE y 80/155/CEE. Estas directrices especifican los requisitos para que los diplomas españoles y de los Estados miembros sean homologados, define un ámbito común de actuación de

las matronas y las actividades mínimas para las que están facultadas.

En 1987, un Real Decreto regula las nuevas especialidades para enfermería, pasando la de matrona a llamarse especialista en enfermería obstétrico-ginecológica por lo que queda derogado el anterior plan de estudios de matrona, que databa de la mitad del siglo XX. Cinco años después, una Orden de 1 de junio de 1992 que aprueba el programa de formación de la nueva especialidad, establece los requisitos mínimos de las unidades docentes y el sistema de acceso para la obtención del título. En 1996 termina los estudios la primera promoción de matronas adaptada a la normativa europea. La profesión de matrona es una de las profesiones sanitarias mejor reguladas y la única especialidad de enfermería que conlleva definición con el puesto de trabajo, una vez obtenido el título de especialista. Las 2 normativas maestras que regulan la formación y el ejercicio profesional son:

1- Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, reguladora del programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) que contempla ampliamente todas las implicaciones competenciales de las matronas en el manejo de programas de salud en aspectos preventivos y de promoción así como la atención directa de procesos reproductivos específicos

2- Directiva 2005/36/CE y Directiva 2006/100/CE, ambas del Parlamento Europeo y del Consejo, que han sido traspuestas al ordenamiento español y que versan sobre el reconocimiento de cualificaciones profesionales.

b) **Ámbito de actuación.**

El ámbito de actuación de las matronas abarca tanto la atención primaria, que incluye centros de salud, comunidad, familia y domicilio, como la atención especializada, que incluye el hospital u otros dispositivos dependientes del mismo. Así mismo, las matronas pueden ejercer su profesión en el sector público, en el privado, por cuenta ajena y por cuenta propia.

Las matronas deben tener una participación activa en los programas de atención a la mujer en todas las etapas de la vida, de salud sexual y reproductiva y de salud materno-infantil. En estos programas, la matrona favorece la normalidad en el proceso fisiológico en la atención del embarazo, parto y puerperio, además de desarrollar actividades de promoción y prevención de salud sexual, reproductiva y en el climaterio, en consonancia con las demandas de la sociedad y en el marco de políticas globales de salud como la “Estrategia del parto normal” aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en noviembre de 2007.

Por tanto, y analizando las competencias de las matronas, podemos diferenciar varios roles que la matrona puede desarrollar dentro de su actividad. Dichos roles, que se han ido diversificando a medida que la salud se establece y conceptualiza de manera diferente, son:

- Rol asistencial de atención directa (atención a la mujer, R.N., jóvenes, familia).
- Rol administrativo (programas, datos estadísticos, sistema de registros, coordinación con otros profesionales médicos, psicólogos, nutricionistas, enfermeras, etc.).
- Rol educativo (con estudiantes, promoción y prevención, jornadas educativas embarazadas, familias, hijos, promoción lactancia, promoción paternidad responsable, sexualidad, etc.).
- Investigación (es importante un proceso evaluativo y reflexivo para reorientar los objetivos).

c) **Formación de matronas Castilla la Mancha.**

En Castilla la Mancha actualmente en todas las provincias hay plazas acreditadas para la formación de enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología, aunque la trayectoria de las diferentes unidades docentes es muy diferente. Al respecto, Albacete fue la pionera en la creación de plazas para la formación de matronas y ya desde el primer año de la creación de las mismas (1993) dispuso de plazas acreditadas. En la actualidad dispone de 15 plazas acreditadas de las que tan sólo oferta 5. Tras Albacete, Cuenca y Toledo crearon sendas unidades docentes para la formación de estos profesionales en 2003 y 2004 respectivamente.



En la actualidad Cuenca oferta 2 plazas de las 5 que tiene acreditadas y Toledo tan sólo oferta 4 plazas de las 16 que tiene acreditadas.

El caso de Ciudad Real es singular, pues es Alcázar de San Juan y su hospital donde en 2008 se acredita una unidad docente para la formación de enfermeras especialistas incorporándose después Ciudad Real a la formación de estas especialistas pero dentro de la estructura de la unidad docente de Alcázar de San Juan. En la actualidad, en la suma de ambos centros se ofertan un total de 8 plazas de formación de las 12 acreditadas. Por último en 2020 se incorpora a la formación de estos especialistas la Gerencia de Guadalajara, pero dentro ya del formato de Unidades docentes multidisciplinares, modelo implantado desde el Ministerio y que establece unidades docentes que aúnan la estructura formativa de distintos profesionales (médicos especialistas, enfermeras especialistas...). En la actualidad Guadalajara oferta las dos plazas que tiene acreditadas para la formación de matronas.

En total podemos decir que en la actualidad en Castilla la Mancha se ofertan 19 plazas de esta especialidad de las 50 que sus diferentes Gerencias tienen acreditadas, lo que supone que un poco más del 50% quedan sin ofertar. Hasta la actualidad, en el régimen de EIR se han formado en Castilla la Mancha 471 profesionales, pero cabe preguntarse cuántos se han dejado de formar, dado el elevado número de plazas acreditadas que no se ofertan para esta formación.

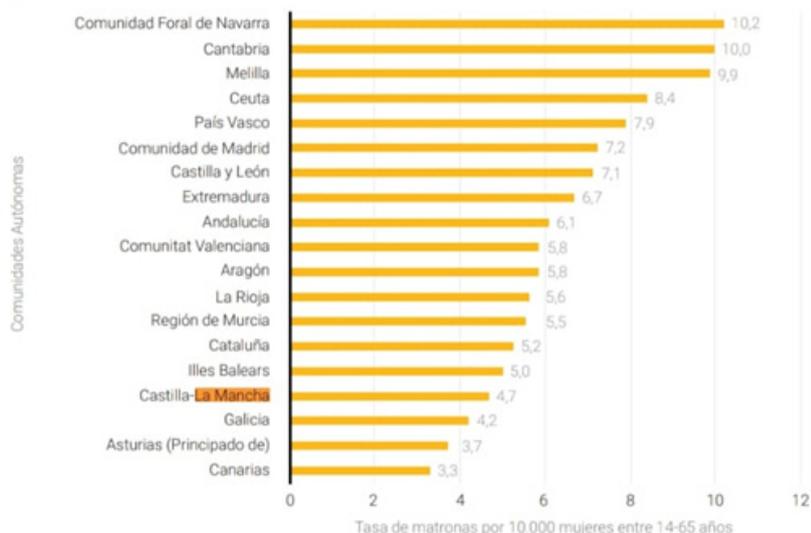
d) Situación de las matronas en Castilla la Mancha.

Partiendo de que se trata de la especialidad de enfermería que ha desarrollado completamente su marco laboral y jurídico, habiéndose creado plazas específicas de la misma, a continuación analizaremos el número de profesionales trabajando en el SESCOG, en los diferentes ámbitos de actuación. El sistema público es la principal fuente de actividad laboral de las matronas, pero no el único pues es cada vez más habitual el establecimiento de matronas como profesionales autónomos que ejercen su profesión al margen del sistema público. También trataremos de ver las ratios de profesionales que hay con respecto a la población comparándolo con otras CCAA y con las recomendaciones elaboradas por organismos oficiales.

Para este análisis se ha utilizado el informe sobre el estado de la profesión elaborado por la Asociación Científica de Matronas de Castilla la Mancha en el año 2023.

España tiene una tasa de 6,1 matronas/10.000 mujeres entre 14-65 años en 2020, la 3ª tasa más baja de Europa. La mediana europea se encuentra en 9,1/10.000 mujeres entre 14-65 años. En Castilla- La Mancha la tasa de matronas es de 4,7/10.000 mujeres entre 14-65 años, según los datos de INE 2020, lo que establece nuestra comunidad como la cuarta con peor tasa de matronas de España.

Gráfico 13: Tasa de Matronas por cada 10.000 mujeres (14-65 años) en el 2020 en cada Comunidad Autónoma de España



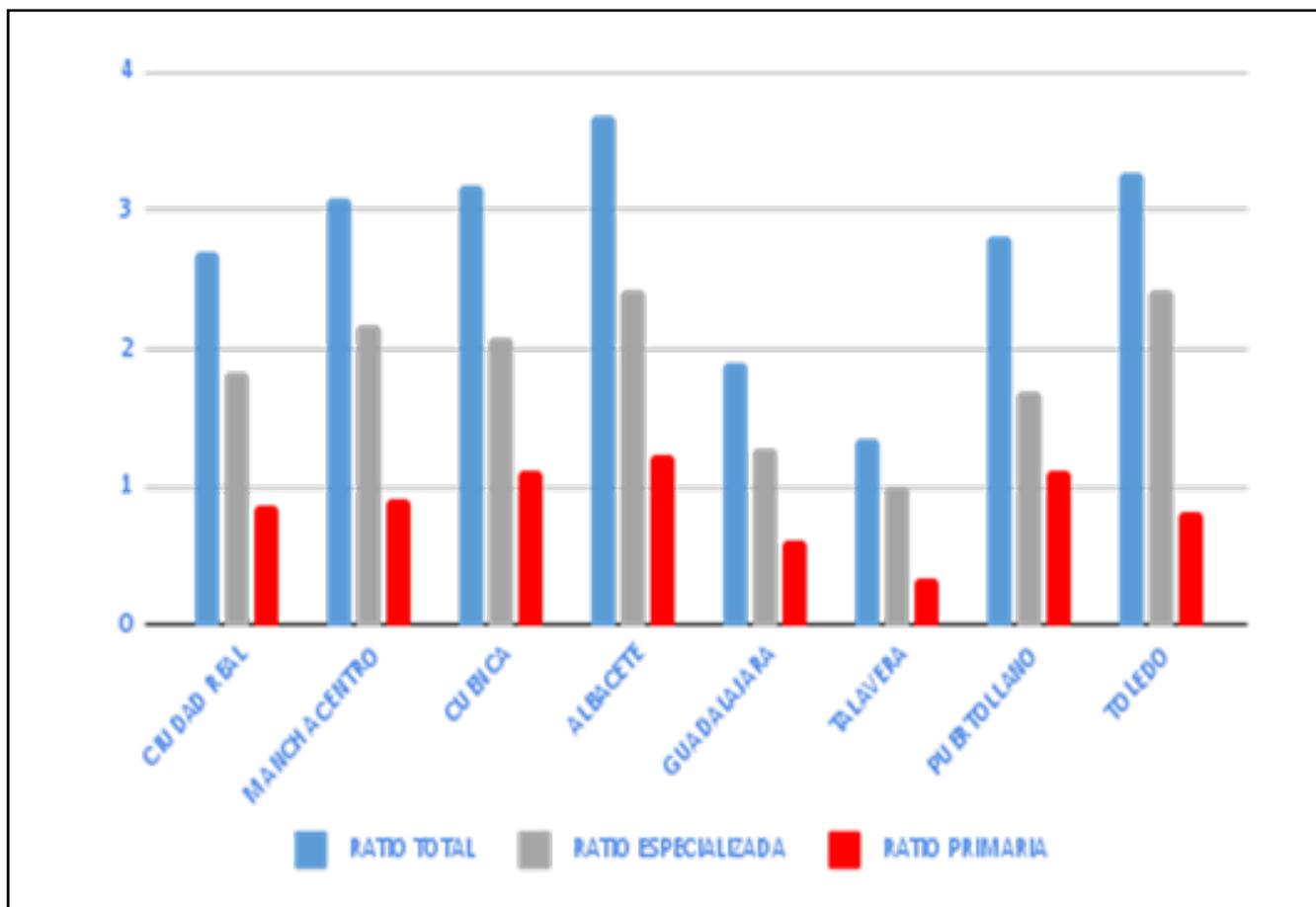
Fuente: Elaboración propia con Datos INE, 2022

Ahondando en la situación de las matronas en Castilla-La Mancha, en nuestra comunidad tenemos 8 áreas de Salud, con un total de 275 plazas de matrona, de las cuales, 84 están en Atención Primaria y 191 en Atención Especializada. Con estas 275 plazas se realiza la cobertura sanitaria de la población de mujeres en Castilla-La Mancha, la cual es de 1.041.054 mujeres lo que supone el 49,84% de la población.

La distribución de plazas de matronas en el SESCAM es la siguiente:

Tabla 1. Distribución de matronas en el SESCAM						
MATRONAS	ÁREA SALUD CIUDAD REAL 126.040 mujeres		ÁREA SALUD PUERTOLLANO 35.416 mujeres	ÁREA SALUD CUENCA 62.668 mujeres		
	Gerencia CR	Gerencia Valdepeñas	Gerencia Puertollano	Gerencia Cuenca		
ATENCIÓN PRIMARIA	8	3	4	7		
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	17	6	6	13		
MATRONAS	ÁREA SALUD MANCHA CENTRO 119.689 mujeres			ÁREA SALUD GUADALAJARA 132.237 mujeres	ÁREA SALUD TALAVERA REINA 149.620 mujeres	
	Gerencia Alcázar San Juan	Gerencia Tomelloso	Gerencia Manzanares	Gerencia Guadalajara	Gerencia Talavera	
ATENCIÓN PRIMARIA	5	3	3	8	5	
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	13	6	7	17	15	
MATRONAS	ÁREA SALUD ALBACETE 193.115 mujeres				ÁREA SALUD TOLEDO 180.798 mujeres	
	Gerencia Albacete	Gerencia Hellín	Gerencia Villarrobledo	Gerencia Almansa	Gerencia Toledo	
ATENCIÓN PRIMARIA	14	3	4	3	15	
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	28	7	6	6	44	

Para poder realizar una comparativa entre las diferentes áreas de Salud de Castilla la Mancha presentamos a continuación un gráfico en el que mostramos la ratio de matronas (Atención primaria y especializada) y el número de mujeres en edad fértil que hay en cada una de las mismas. Analizando este gráfico podemos ver que hay grandes diferencias dentro de la misma Comunidad. Hay áreas como Albacete que casi doblan a otras áreas como Talavera y Guadalajara, y esta diferencia se produce tanto en atención primaria como especializada. El resto de áreas tienen ratios bastante similares, pero siempre muy por debajo de las medias españolas ya de por sí bajas en comparación con el resto de países de la OCDE y muy por debajo de las recomendaciones de organismos oficiales como la OMS.



Fuente: Informe Asociación Científica de Matronas de Castilla La Mancha

	Mujeres >14 años	Matronas AP	Matronas AE	Matronas (AP+ AE)	Ratio matronas AP/mujeres
Á. Albacete	193.115	24	47	71	1,24
Á.C. Real	126.040	11	23	34	0,87
Á. Mancha Centro	119.689	11	26	37	0,92
Á. Cuenca	62.668	7	13	20	1,12
A. Guadalajara	132.237	8	17	25	0,6
A. Talavera	149.620	5	15	20	0,33
A. Puertollano	35.416	4	6	10	1,13
A. Toledo	180.798	15	44	59	0,83

Gráfico matronas / N.º mujeres en edad fértil*10000 de las áreas de salud de Castilla la Mancha

2.2. ESPECIALIDAD ENFERMERÍA SALUD MENTAL.



a) Trayectoria histórico-legal de la especialidad.

El inicio de la formalización de los cuidados a las personas con problemas de salud mental arranca en nuestro país tras Ley Española de Beneficencia (en 1849), mediante la cual el Estado deviene en el responsable de los enfermos. En España se establece por primera vez la enfermería con formación específica en salud mental como una categoría profesional durante la II República. En 1953 se crean los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) y en 1970 se crea la especialidad de Psiquiatría mediante el Real Decreto 3193/1970, de 22 de octubre, que regula diversos aspectos de la formación y preveía incluso la necesidad del diploma de especialista en Psiquiatría para acceder a puestos de trabajo de dicha especialidad.

Posteriormente, el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, viene a regular la obtención del título de enfermero especialista para los Diplomados Universitarios en Enfermería, aunque no comenzó a desarrollarse hasta 1995, año en el que el Ministerio de Sanidad y Consumo convoca un grupo de Trabajo con expertos en Enfermería en Salud Mental para elaborar el programa formativo de la especialidad. Finalmente, el 9 de junio de 1998, la Secretaría de Estado de Universidades, Investigación y Desarrollo del Ministerio de Educación y Cultura, publica una orden ministerial que, desarrollando el RD 992/1987, establece el perfil profesional del especialista en Salud Mental y aprueba, con carácter provisional, el programa formativo de la especialidad. Es así como en el año 2000 se incorporaron al mercado laboral la primera promoción de especialistas en salud mental formadas con el nuevo sistema.

Sin embargo, una vez implantada la formación no se produjo la necesaria regulación de los aspectos vinculados a ella: reconocimiento del título anterior, la vía de acceso extraordinaria y la creación de puestos específicos de especialistas.

En el año 2005, se cambia la denominación a Enfermería de Salud Mental, que impregna la especialidad de un marco más positivista y menos medicalizado. Respecto a la vía excepcional para obtener el título de especialista, la resolución de 30 de agosto de 2013, de la Dirección General de Política Universitaria, convocó la prueba objetiva correspondiente al acceso al título de Enfermero Especialista en Enfermería de Salud Mental, al amparo de lo previsto en la disposición transitoria segunda del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, de especialidades de Enfermería. En el segundo semestre de 2013 se realizó la Prueba de Evaluación de la Competencia para aquellas enfermeras que reunían los requisitos. El segundo examen se realizó el 27 de marzo de 2010, finalizando ese año el proceso de la vía excepcional

y, aquellas personas que superaron la prueba de Evaluación de la Competencia, obtuvieron su título de Enfermera Especialista.

b) Marco teórico profesional de la especialidad de Enfermería de Salud Mental.

La aportación profesional específica de los enfermeros de Salud Mental viene definida por el trabajo que desarrollan con las personas y con las respuestas humanas derivadas de las alteraciones de la salud mental, con los aspectos afectivos que la conducta humana lleva implícitos y la potencialidad de éstos para incidir en la capacidad de integración socialmente aceptable de los individuos. Para ello prestan cuidados utilizando la relación interpersonal como instrumento terapéutico básico. Para llevar a cabo lo enunciado deben:

1. Prestar cuidados a personas, familias y grupos, de acuerdo con el concepto de atención integral para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental.
2. Asesorar, en calidad de experto, a profesionales de enfermería y a otros profesionales de la salud.
3. Educar en materia de salud mental a la persona, familia, grupos y comunidad.
4. Formar en materia de salud mental a los futuros profesionales de enfermería, así como colaborar en la formación de otros profesionales.
5. Investigar en el campo de Enfermería en Salud Mental y participar en otros proyectos de investigación.
6. Dirigir y/o participar en la organización y administración de los servicios de salud mental.
7. Participar en la determinación de objetivos y estrategias en materia de salud mental, dentro de las líneas generales de la política sanitaria y social del país.
8. Actuar como consultores de las diferentes Administraciones locales, autonómicas y estatal, así como de organismos internacionales en materia de Enfermería de Salud Mental.

El programa de formación de Salud Mental consiste en un sistema de residencia de 2 años (22 meses laborables), en los que la enfermera residente deberá rotar en distintas unidades clínicas: Unidades de Rehabilitación de Larga Estancia (2 meses); Unidad de hospitalización de agudos (6 meses); Unidades especiales (3 meses); Unidades de Media estancia y Programas de Rehabilitación comunitaria (4 meses); Centro de Salud Mental Comunitario y Unidad de Salud Mental Comunitaria (5 meses) y Programas o Servicios de Salud Mental Infanto Juvenil (2 meses).

c) Ámbito de actuación de la especialidad Enfermería de Salud Mental.

El ámbito de actuación de las enfermeras especialistas en salud mental abarca tanto la atención hospitalaria, en régimen de hospitalización total o parcial, como la atención a la comunidad a través de los centros de salud mental especializados, centros de Atención Primaria, domicilios, instituciones sociales (escuelas, residencias, centros de acogida...) o centros destinados a realizar

actividades rehabilitadoras relacionadas con la salud mental.

Esta actuación especializada se desarrolla tanto en los centros del Sistema Nacional de Salud como en centros privados debidamente autorizados. Podría decirse que muchos son los beneficios que rodean la especialidad de Enfermería de Salud Mental, siendo las enfermeras de salud mental verdaderamente privilegiadas si se echa la vista atrás. Pero el camino no ha sido ni es fácil: existen luces y sombras que eclipsan el desarrollo de la especialidad.

d) Enfermería de Salud Mental en Castilla La Mancha.

En España, el número de plazas EIR de Salud Mental ha pasado en el período 2016-2024 de 183 a 300 plazas ofertadas, siendo la tercera especialidad en número de plazas ofertadas. Este incremento de plazas acreditadas a nivel nacional también ha tenido su reflejo a nivel regional. En Castilla La Mancha, en 2011 se acreditaron 16 plazas, pero en 2012 se redujo a 15 plazas acreditadas y se mantuvo esa cifra varios años. En 2024 hay 24 plazas acreditadas EIR de salud mental y 16 plazas ofertadas, lo que supone una oferta del 70% de las plazas acreditadas.

En 2021 los Servicios Centrales del SESCAM, en reunión conjunta con representantes de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME), establecieron ciertas bases para la ocupación de los puestos de Enfermería de Salud Mental de la Región disponiendo que:

- Todos los puestos de enfermera que queden vacantes en el Servicio de Salud Mental serían transformados en puestos de enfermera especialista y cubiertos con los integrantes de la bolsa de especialistas. A todos los efectos tendrían la misma consideración que los puestos de matrona. En este sentido se estableció el envío de instrucciones a las diversas Gerencias para que no oferten estas plazas a traslado interno, ni queden disponibles para Salud Laboral.
- Se ha creado la bolsa de trabajo para especialistas en Salud Mental, está activa y se está utilizando para cubrir los puestos necesarios. Las enfermeras que estén en posesión del título de especialistas, tanto si están trabajando en Salud Mental como en otros servicios de los hospitales, pueden apuntarse en estas bolsas en las distintas Gerencias, y así pueden ocupar los puestos de especialistas por Promoción Interna Temporal, en tanto salen las convocatorias definitivas en próximas Ofertas Públicas de Empleo.
- En cuanto a las residentes de enfermería, con el fin de no perder en nuestra Comunidad las enfermeras especialistas que formamos, se estableció la intención de mantenerlas dentro del SESCAM, contemplando cada caso y dependiendo de la situación de las distintas gerencias.

Por otra parte es preciso apuntar que, en su desarrollo competencial, el Plan de Salud Mental de Castilla La Mancha 2018-2025 está estructurado en torno a 10 líneas estratégicas y contempla el trabajo enfermero en salud mental.

2.3. ESPECIALIDAD ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA.



a) Trayectoria histórico-legal de la especialidad

Aportar datos sobre la evolución de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria como especialidad supone considerar que está insertada en la propia historia de la enfermería como tal, siempre focalizada en los cuidados de la comunidad. La enfermería siempre ha estado ligada a los cuidados que los grupos humanos hemos prestado a las personas y comunidades, con la intención de cuidar en la salud y en la enfermedad.

En el contexto nacional, el inicio de la formalización del origen de la Enfermería Comunitaria se remonta al primer tercio del siglo XX, época en la

cual se forman a las enfermeras visitadoras sanitarias, aunque no es hasta finales de siglo cuando se publica el Real Decreto 992/1987 de 3 de julio que regula la obtención de título de Enfermería Especialista, en el que aparecen 7 especialidades, incluida la de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC). Sin embargo, dicho RD no se desarrolló en lo relativo a esta especialidad, a pesar de existir un cuerpo asociativo de creciente peso con la creación en 1994 de la Asociación científica española en Enfermería Comunitaria (AEC).

El desarrollo de la especialidad se produce tras la publicación del RD 450/2005 del 22 de abril sobre especialidades de enfermería, en el cual se establecen los programas formativos de seis de las siete especialidades, incluida la EFyC. Dicho RD crea e impulsa el trabajo desarrollado por la Comisión de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, cuyo objeto es posibilitar la materialización de la formación de especialistas siguiendo el sistema EIR.

Así, en el año 2010, paralelamente a la reforma universitaria que transformó la Diplomatura en Grado, se aprueba el programa formativo de la Especialidad que establece los contenidos y capacitaciones a desarrollar y obtener en el período formativo y la Orden SAS 2447/2010 de 15 de septiembre, por la que se publica la convocatoria de acceso a 132 plazas de formación sanitaria especializada de EFyC. Por tanto, la primera promoción de EFyC no ve la luz hasta 2013, a pesar de su larga trayectoria histórica de desarrollo de su trabajo en un ámbito tan concreto. Ya en el año 2019, en nuestra Región, se publica el Decreto 6/2019 de 12 de febrero, por el cual se crea la categoría estatutaria de personal enfermero Especialista en el ámbito del Servicio de Salud de CLM, categoría que engloba a todas las especialidades de enfermería, incluida la Especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria, sin que hasta la fecha de redacción de estas

líneas se tenga conocimiento de la creación de una plaza de especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria en nuestra Región.

Finalmente, añadir que, la prueba objetiva correspondiente al acceso al título de Enfermero Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, al amparo de lo previsto en la disposición transitoria segunda del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, de especialidades de Enfermería, se ha desarrollado muy recientemente en comparación con otras especialidades. La primera de ellas tuvo lugar en diciembre del año 2021 y la segunda ha tenido lugar en noviembre de 2022.

b) Marco teórico profesional de la especialidad de la Enfermería Familiar y Comunitaria.

La misión de la Enfermera Familiar y Comunitaria es la participación profesional en el cuidado compartido de la salud de las personas, las familias y las comunidades, en el «continuum» de su ciclo vital y en los diferentes aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, en su entorno y contexto socio-cultural.

La acción de la Enfermera Familiar y Comunitaria está orientada por principios y fundamentos científicos humanísticos y éticos de respeto a la vida y a la dignidad humana. Su práctica requiere de un pensamiento interdisciplinario, de una actuación multiprofesional y en equipo, y de una participación activa de las personas a las que atiende, con visión holística del ser humano en su relación con el contexto familiar, social y ambiental.

c) Ámbito de actuación de la especialidad Enfermería Familiar y Comunitaria.

Las enfermeras especialistas en enfermería familiar y comunitaria pueden desempeñar su labor en una variedad de entornos, incluyendo:

1. Centros de salud: Trabajan en centros de atención primaria, donde brindan atención directa a pacientes y familias.
2. Hospitales: Aunque su enfoque es más comunitario, pueden estar involucradas en programas de transición del hospital a la comunidad.
3. Programas de salud pública: Participan en iniciativas gubernamentales o no gubernamentales que buscan mejorar la salud de la población.
4. Escuelas: Pueden trabajar en el ámbito escolar, promoviendo la salud y el bienestar entre los estudiantes y sus familias.
5. Organizaciones comunitarias: Colaboran con ONG y otras entidades para desarrollar programas de salud y educación en la comunidad.
6. Centros de rehabilitación: Pueden participar en la atención a personas que se recuperan de

enfermedades o cirugías, enfocándose en su reintegración a la vida diaria.

7. Investigación y docencia: Algunas enfermeras especialistas también trabajan en instituciones académicas o centros de investigación, formando a futuros profesionales y contribuyendo al desarrollo del conocimiento en el área.

En general, su lugar de trabajo está orientado hacia el contacto directo con las personas y comunidades, buscando siempre mejorar la calidad de vida y promover la salud integral.

d) Situación de la especialidad EFyC en Castilla la Mancha.

El programa de formación de esta especialidad guarda una estructura específica consistente en un sistema de residencia de 22 meses, en los que el residente deberá rotar: en Atención Primaria (13 meses), Atención Especializada (5 meses), en los Servicios Centrales de Salud Pública y otros (4 meses) y en Centros de Salud Mental (2 semanas) incluyendo servicios de urgencias y de transporte sanitario. Cada provincia de Castilla La Mancha adapta las rotaciones según los servicios que haya y las necesidades de cada uno, intentando ajustarse en lo máximo al programa de residencia. La especialidad de EFyC es la que oferta un mayor número de plazas EIR a nivel nacional desde el año 2020, superando a enfermería obstétrica-ginecológica que era la más ofertada previamente. En Castilla La Mancha, la primera unidad docente de esta especialidad comenzó en el año 2008 en Guadalajara uniéndose las demás provincias en años contiguos: Albacete en 2010, Toledo en 2011, Cuenca en 2012, y siendo la última provincia en unirse Ciudad Real en 2019. Desde que comenzó la formación, el total de especialistas formados en Castilla la Mancha es de 301.

La oferta de plazas acreditadas ha ido aumentando, comenzando por 7 plazas en 2010, y llegando a la actualidad a 51 plazas acreditadas, aunque sólo se han ofertado 45 ya que Toledo, Guadalajara y Ciudad Real no ofertan el total de plazas para la formación de dicha especialidad.

La oferta para este año 2024/25 en Castilla la Mancha es de 50 plazas entre las diferentes Gerencias (Albacete 10, Toledo 8, Tomelloso 4, Ciudad Real 9, Cuenca 4, Guadalajara 6, Talavera 7 y Alcázar 2). Recientemente, el 30 de julio de 2024 se han publicado en el B.O.E, los requisitos de acreditación de las Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención familiar y comunitaria estableciendo la necesidad, para mantener la acreditación docente, de contar con 2 especialistas en EFyC y 4 enfermeros de cuidados generales.

En cuanto a la implantación de la figura de EFyC, cabe señalar inicialmente que, a nivel nacional, el Ministerio menciona específicamente a las especialistas en EFyC en el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022/2023, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 15 de diciembre de 2021. En él se apuesta de inicio por fomentar los nombramientos de Enfermeras de AP incluyendo cómo mérito prioritario el título de especialista en EfyC y arbitrar las medidas organizativas necesarias para ello y para el desarrollo de sus funciones. Añade que

uno de los objetivos es que el 100% de las CCAA actualicen su normativa para la contratación prioritaria de enfermeras/os especialistas en EFyC en AP en 2023.

Pese a ello, y pese a disponer desde el año 2019 de la categoría creada por Decreto 6/2019 pocos pasos se han dado en esa dirección a fecha de hoy. La única contratación de especialistas en EFyC en Castilla La Mancha se ha producido al amparo del Plan de Perspectiva Contractual y Retención de Talento; una iniciativa que arranca en 2020 en el contexto de la pandemia pero que por ejemplo en el año 2024 no ha tenido continuidad.

Respecto a la creación de bolsa de especialistas en EFyC dicha bolsa fue creada en el año 2022, pero no ha llegado a tener un uso pleno por cuanto sólo se usa para sustituciones de corta duración.

A pesar de todo lo dicho, en la actualidad, a fecha de redacción de este informe, no existen plazas específicas de dicha especialidad en ninguna provincia de nuestra Región.

2.4. ESPECIALIDAD ENFERMERÍA DEL TRABAJO.



a) Trayectoria histórico-legal de la especialidad.

Comprender la historia de la especialidad de Enfermería del Trabajo supone integrar los intensos cambios acaecidos tanto en la normativa española, europea e internacional relativa a la protección de los trabajadores como en la propia evolución de los estudios formativos de la Profesión Enfermera en nuestro país. Podemos situar el origen de la especialidad en el año 1959, ligada a la creación de la Organización de los Servicios Médicos de Empresa (OSME)². Desde ese mismo año, la formación de los ATS para trabajar en empresa requería una capacitación especial otorgada por la Escuela Nacional de

Medicina del Trabajo: el Diploma de ATS de Empresa. Una vez regulado el carácter universitario de la profesión a finales de la década de los 70's, el RD 992/1987 deja fuera de las especialidades

² Enfermería del Trabajo 2014; III: 20-40 Historia de la Enfermería del Trabajo desde la OSME hasta nuestros días Robles Martínez, JA, Hernández Martín, M, Novoa García, M
Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4727968>

enfermeras a la especialidad que nos ocupa. Sin embargo, en el segundo quinquenio de los años 90's suceden intensos cambios en la legislación española en materia de protección a la salud laboral (especialmente la Ley 31/95, de Prevención de Riesgos Laborales y Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención) espoleados por normativas europeas (Directiva Marco Europea 89/391/CEE) de obligada trasposición al marco legal nacional.

Llegamos así al año 2005, año en el que la especialidad de Enfermería del Trabajo aparece sancionada por el RD 450/2005, cesando en ese momento la convocatoria de los Diplomas de Enfermera de empresa que venía realizando la ENMT. Así pues, el acceso a partir de ese momento a la titulación será vía EIR como al resto de las especialidades, estableciéndose diferentes vías de acceso excepcional para aquellos profesionales que cumpliendo una serie de requisitos puedan acceder a la titulación de Enfermería del Trabajo.

Posteriormente se regula la formación teórica y práctica que deben superar los EIR de Enfermería del Trabajo a través de Orden SAS/1348/2009 de 6 de Mayo, publicada el 28/05/2009 y ese mismo año, se aprueban las primeras 12 plazas de formación de la especialidad de Enfermería del Trabajo mediante la ORDEN SAS/2511/2009, de 14 de Septiembre.

En cuanto al acceso extraordinario a la especialidad, la prueba de evaluación de la competencia tuvo lugar en el primer semestre del año 2011.

b) Marco teórico profesional de la especialidad de Enfermería del Trabajo.

El Enfermero Especialista en Enfermería del Trabajo, como miembro del equipo pluri-multi-interdisciplinar que constituye el Servicio de Prevención, debe estar capacitado para llevar a cabo las funciones que el artículo 31.1 de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales asigna a dichos servicios: diseño, aplicación y coordinación de los planes y programas de actuación preventiva; evaluación de factores de riesgo; determinación de prioridades en la adopción de medidas preventivas y vigilancia de su eficacia información y formación a la población trabajadora; prestación de primeros auxilios y planes de emergencia y tareas de vigilancia de la salud.

c) Lugar de trabajo de las especialistas en Enfermería del Trabajo.

Actualmente, en el ámbito público, el trabajo desarrollado en los Servicios de Prevención viene siendo ejercido por Enfermeras Especialistas en Enfermería del Trabajo a las cuales se les reconoce dicha titulación para acceder al puesto, si bien no se ha cambiado la catalogación de dichas plazas. Otra cuestión diferente es que existen hospitales donde no está constituido el Servicio de Prevención propio y funcionan al auspicio de Servicios de Prevención configurado

como Servicios de Prevención del Área de Salud. En dichos lugares es más habitual encontrar enfermeras generalistas.

La Ordenación territorial de la Sanidad en nuestra Región se estructura en 8 Áreas de Salud. En relación con la existencia de especialistas en Enfermería del Trabajo nos encontramos en la actualidad con:

3 en el Área de Salud de Albacete, 2 en el Área Mancha Centro, 2 en el Área de Ciudad Real, 1 en el Área de Puertollano, 1 en el Área de Cuenca, 2 en Área de Guadalajara, 1 en el Área de Toledo y 1 en el Área de Talavera de la Reina.

Son en total 13 enfermeras especialistas en Enfermería del Trabajo. Sin embargo, de todas ellas, únicamente 2 ocupan plaza específica creada como Enfermera especialista en Enfermería del Trabajo, habiendo accedido a ellas vía promoción interna.

Por otra parte, la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha tiene un Servicio de Prevención de Riesgos Laborales propio, que depende de la Consejería de Hacienda, Administraciones Públicas y Transformación Digital. En dicho servicio trabajan un total de 8 profesionales de enfermería. Todas ellos ocupan plaza como especialistas en enfermería del trabajo, estando ubicados en Toledo (3), Guadalajara (1), Albacete (1), Cuenca (1) y Ciudad Real (2).

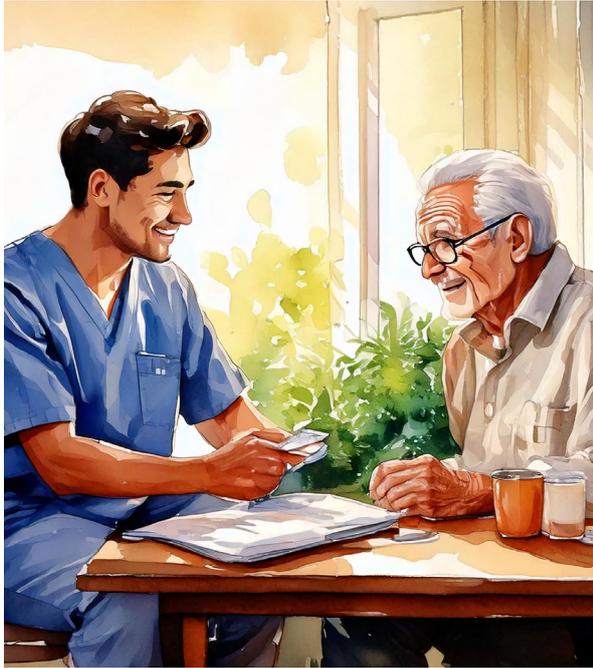
d) Situación de las especialistas en Enfermería del Trabajo en CLM.

En Castilla La Mancha se inicia la constitución de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral en octubre de 2023. Dicha Unidad Docente iniciará la formación de especialistas en Mayo del año 2025. Dispondrá de acreditación para formar a 8 profesionales al año. La formación de enfermeras especialistas en Salud Laboral se llevará a cabo en los siguientes lugares de trabajo: GAI Albacete, GAI Ciudad Real, GAI Guadalajara, GAI Hellín, GAI Manzanares, GAI Talavera, GAI Toledo y GAI Tomelloso.

A fecha de redacción de este informe podemos acreditar en función de lo dicho que al menos contamos en nuestra región con una plaza de Especialista en Enfermería de Trabajo en Albacete y otra en Toledo.

En el ámbito privado la inclusión laboral de las enfermeras especialistas en enfermería del trabajo se producirá paulatinamente una vez que ha cesado la convocatoria y expedición de títulos de Enfermera de Empresa. A nivel laboral siguen siendo títulos equivalentes mientras no exista (que no se le espera) un cambio en la materia legislativa sobre el personal sanitario de los Servicios de Prevención. Pero obviamente, vía jubilación, irá disminuyendo el número de profesionales con el Diploma de Enfermería de Empresa e irán quedando únicamente las enfermeras especialistas en Salud Laboral formadas vía EIR y las que en su momento pudieron y realizaron la convalidación del título.

2.5. ESPECIALIDAD ENFERMERÍA GERIÁTRICA.



a) Trayectoria histórico-legal de la especialidad.

Históricamente, el cuidado informal de las personas mayores se realizaba fundamentalmente por mujeres y dentro del entorno familiar. En la segunda mitad del siglo XX se producen los primeros cambios normativos relacionados con la profesionalización y especialización de estos cuidados.

La formalización de la formación en cuidados enfermeros geriátricos en nuestro país tiene en el Dispensario Geriátrico de la Cruz Roja, de mediados del siglo pasado, el inicio de la impartición de cursos sobre Geriátrica destinados

a enfermeras y otros miembros del equipo multidisciplinar.

Ya en 1977 el Ministerio de Educación y Ciencia, dictando las directrices para la elaboración de los Planes de Estudio Universitarios de Enfermería, incluye la formación en enfermería geriátrica dentro del currículum básico. Una década después, el Real Decreto 992/1987 estableció la creación de la especialidad de Enfermería Geriátrica. La fundación ese mismo año de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología supuso así mismo un punto de inflexión en el desarrollo y defensa del ámbito competencial de la Enfermería Geriátrica y Gerontológica.

Si bien, como en el caso de otras especialidades enfermeras, la primera regulación de la especialidad una vez considerada la enfermería como una disciplina universitaria es de 1987, la actual regulación de la Especialidad de Enfermería Geriátrica en nuestro país procede del Real Decreto de Especialidades 450/2005.

Dos años después, en el 2007, se nombró oficialmente la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Geriátrica, llamada a ser órgano asesor y de apoyo para la Administración, cuya principal función fue elaborar la propuesta del programa formativo de la especialidad.

Finalmente, la Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica. Ello supone al año siguiente la primera convocatoria de plazas de especialista en enfermería geriátrica.

Respecto a la vía excepcional para obtener el título de especialista, al amparo de lo previsto en la disposición transitoria segunda del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, la Dirección General de Política Universitaria, convocó la prueba objetiva para el segundo semestre del año 2013. Tal como se ha comentado, en el ámbito regional, en 2019, se publica el Decreto 6/2019 de Creación de la

categoría estatutaria de personal enfermera especialista, aunque cinco años después todavía no se ha reconocido a nivel laboral la categoría de Enfermera Especialista en Geriatría en el SESCAM.

b) Marco teórico profesional de la especialidad de la Enfermería Geriátrica.

La enfermera especialista en Enfermería Geriátrica es el profesional que presta atención y cuidados de enfermería a la población anciana, estando capacitada para enseñar, supervisar, investigar, gestionar y liderar los cuidados destinados a este colectivo en situaciones complejas en las que también actúa como asesor en todos los niveles del sistema socio-sanitario.

En este contexto, las especialistas en enfermería geriátrica, como fuerza social, tienen la responsabilidad específica de suministrar y fomentar la mejor atención enfermera y colaborar con el sistema socio-sanitario para la correcta utilización de los recursos, obteniendo como resultado la mejora del coste-beneficio y la calidad de vida de la población anciana.

El programa de formación de Geriatría consiste en un sistema de residencia de 2 años (22 meses laborables), en los que la enfermera residente deberá rotar obligatoriamente por las áreas de atención especializada (44 semanas y 3 unidades de rotación mínima), atención primaria (24 semanas), instituciones sociales (24 semanas) y otros recursos (4 semanas).

c) Ámbito de actuación de la especialidad Enfermería Geriátrica.

El ámbito de actuación de las enfermeras especialistas en Enfermería Geriátrica abarca todos los dispositivos asistenciales, tanto la atención hospitalaria, en régimen de hospitalización total o parcial, centros socio-sanitarios, así como la atención a la comunidad a través de los centros de atención primaria, domicilios, y dispositivos específicos destinados a garantizar una atención integral de la persona anciana.

La complejidad de las funciones que se atribuyen a la enfermera especialista en enfermería geriátrica se inscribe en el marco de los principios de interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria que consagra la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

El aumento de la población anciana, según los datos sociodemográficos y la creciente demanda de cuidados por parte de dicho colectivo, justifica por sí mismos, la importancia de la especialidad de enfermería geriátrica.

Ampliando el ámbito de actuación multidisciplinar a la gerontología, la enfermería geriátrica y gerontológica tiene como fin el cuidado integral del adulto mayor, ocupándose de las necesidades fisiológicas psicosociales, de desarrollo, económicas, culturales y espirituales, con el propósito de mantener una alta calidad de vida y bienestar que favorezcan el rol social y la autonomía en salud de este grupo etario.

La mayor parte de los problemas de salud que afectan a las personas de edad avanzada no son, sin embargo, consecuencias del envejecimiento biológico, sino el resultado de exposiciones antiguas y actuales a riesgos de varias clases. La prevalencia e incidencia de la enfermedad son netamente superiores en el grupo de edad más avanzado, como lo son también las tasas de cronicidad, incapacidad y dependencia que inciden de forma directa en el incremento de la necesidad de cuidados. Por ello, la actuación de la enfermera Especialista en Enfermería Geriátrica puede contribuir de forma considerable a mejorar los estados de salud de las personas mayores. La complejidad de los cuidados enfermeros a la persona anciana, tanto en salud como en enfermedad y generalmente la larga duración de los mismos, requieren un nivel de competencia profesional (conocimientos, actitudes y habilidades especializadas) que no son cubiertos en la formación básica y que justifica esta especialización.

Para alargar la vida sin discapacidades y mejorar la calidad de vida a edades avanzadas, las políticas públicas deben ocuparse de la promoción de la salud, de los estilos de vida saludables, de la rehabilitación y del fomento de las posibilidades de acción en todas las fases de la vida, y mejorar la prevención, el tratamiento y los cuidados que exigen las enfermedades, la fragilidad y las discapacidades de la edad avanzada.

A nivel nacional, el Consejo de Ministros, en agosto del 2003, ha aprobado el Plan de Acción para las personas mayores 2003-2007, en el que se contemplaban las estrategias para impulsar la formación y cualificación profesional especializada.

Desde 2019, el Ministerio de Sanidad, a través de la Dirección General de Salud Pública está trabajando en la promoción del envejecimiento saludable en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, siguiendo la "Hoja de ruta para el abordaje de la fragilidad".

d) Enfermería Geriátrica en Castilla La Mancha.

La especialidad de Enfermería Geriátrica tiene escaso protagonismo año tras año en la convocatoria de plazas EIR a nivel nacional, con regiones que ofertan dos o tres plazas de Geriátrica e incluso otras que no ofertan ninguna, con un total de unas 80 plazas anuales ofertadas. Si nos fijamos sólo en el ámbito sociosanitario, hay cerca de 400.000 mayores que viven en residencias y que son el colectivo más vulnerable. Con la grave escasez de personal que padece este sector, se

llegó a plantear la creación de un título de FP para suplir estas carencias y cubrir competencias enfermeras. La pandemia de COVID también ha puesto de manifiesto la falta de profesionales cualificado en los servicios sociosanitarios.

El número de plazas acreditadas y ofertadas en Castilla La Mancha ha ido variando a lo largo de los años. Desde las 10 plazas acreditadas y 10 plazas ofertadas en el año 2010, hemos pasado en el año 2024 a 16 plazas acreditadas y 12 plazas ofertadas. Según los datos proporcionados por las unidades docentes, desglosamos las plazas acreditadas/ofertadas por provincia: Guadalajara (3/3), Albacete (5/5), Toledo (5/2), Ciudad Real (3/2). El total de plazas acreditadas en CLM es de 16 y sólo 12 plazas son ofertadas, solo el 75% de las plazas acreditadas en la región.

Es significativo que Toledo sólo oferta el 40% de las plazas acreditadas y Ciudad real el 67% de sus plazas acreditadas. Pero resulta curioso que Toledo sólo oferte el 40% de las plazas cuando su unidad docente multidisciplinar está ubicada en un hospital geriátrico, monográfico del SESCAM. A día de hoy, en nuestra Región, no tenemos constancia de la existencia de ni una sola plaza de enfermera especialista en enfermería geriátrica.

2.6. ESPECIALIDAD ENFERMERÍA PEDIÁTRICA.



a) Trayectoria histórico-legal de la Enfermería Pediátrica en España.

La historia de la especialidad de enfermería pediátrica en España es un reflejo de la evolución que ha tenido la atención sanitaria infantil en este país, de la legislación que regula su formación y el ejercicio de la misma. Es por ello que en España, la enfermería pediátrica tuvo sus inicios en el siglo XIX cuando fueron creados los primeros hospitales dedicados a la atención sanitaria infantil. El primer intento de profesionalizar la Enfermería Pediátrica española tiene sus orígenes en el año 1923 cuando se funda la Escuela Nacional de Puericultura de

Madrid adscrita al Consejo Superior de Protección de la Infancia. En esta escuela se imparten principalmente dos titulaciones la de Médico puericultor y enfermera visitadora puerocultora. Posteriormente, ya en el año 1964, el Decreto 3524/1964 establece la especialidad de Pediatría y Puericultura para los Ayudantes Técnicos Sanitarios. Tras el logro de la profesión enfermera en la década de los 70's al ser considerada una formación universitaria, en el año 1987 se aprueba el Decreto 992/1987 que regula la obtención del título de Enfermero Especialista, creándose 7

especialidades enfermeras. Entre ellas está la Enfermería Pediátrica.

A pesar del logro anterior, dicho RD no se llegó a desarrollar salvo en dos especialidades: la de matrona y la de salud mental, y la especialidad de enfermería pediátrica hubo de esperar hasta la publicación de un nuevo decreto de especialidades para relanzar su implantación. Ello sucedió con la aprobación del Real Decreto 450/2005, que vino a establecer el marco normativo para la formación especializada de las enfermeras españolas a través del sistema de residencia (EIR).

En 2008 se convoca la Comisión Nacional para la Especialidad de Enfermería Pediátrica, órgano asesor del Ministerio de Sanidad, formada por enfermeras expertas en enfermería pediátrica para la elaboración del programa formativo. Y finalmente en el año 2010 tiene lugar el impulso definitivo para la especialidad con la publicación de la Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y determina el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica, la cual describe los objetivos, competencias, rotaciones y duración de la formación EIR en esta especialidad.

La vía excepcional para obtener el título de especialista, al amparo de lo previsto en la disposición transitoria segunda del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, la Dirección General de Política Universitaria, se materializó con la convocatoria de la prueba objetiva para la evaluación de la competencia; prueba que tuvo lugar en el segundo semestre del año 2015.

b) Marco teórico profesional de las enfermeras especialistas en Enfermería Pediátrica.

Tras superar el examen de acceso al EIR, el enfermero residente en Enfermería Pediátrica inicia un recorrido de 2 años de residencia en el que va adquiriendo diferentes competencias en todos los ámbitos de la Enfermería Pediátrica (investigadora, docente, asistencia y formadora) y en las diferentes etapas de la vida de un niño desde que nace hasta que llega a ser adulto joven.

En el programa formativo de la especialidad se recoge la definición del perfil «La enfermera especialista en enfermería pediátrica es el profesional capacitado para proporcionar cuidados de enfermería especializados de forma autónoma, durante la infancia y adolescencia, en todos los niveles de atención, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia al recién nacido, niño o adolescente sano o enfermo y su rehabilitación, dentro de un equipo multiprofesional y en colaboración con enfermeras especialistas de otras áreas. Asimismo, es el profesional que, con una actitud científica responsable, ejercerá el liderazgo en el ámbito del cuidado al recién nacido, niño y adolescente, sano y con procesos patológicos agudos, crónicos o discapacitantes, estando capacitado para planificar ejecutar y evaluar programas de salud relacionados con su especialidad y desarrollar trabajos de investigación y docencia para mejorar la calidad de los servicios y colaborar en el progreso de la especialidad».

c) Ámbito de actuación de las especialistas en Enfermería Pediátrica.

Si nos referimos estrictamente al ámbito de actuación de la especialidad de Enfermería Pediátrica en CLM éstas desarrollan su labor diaria en la atención hospitalaria, que es donde se encuentran las unidades docentes en el SESCAM. Es preciso apuntar que existen contextos no hospitalarios donde se lleva a cabo una labor de atención a población infantil, como es el caso de las consultas de atención comunitaria donde se ocupan del desarrollo de los programas de atención al niño y adolescente sano así como la atención a la patología de dicha población. Pero además cabe señalar en este punto el papel que desarrollan las enfermeras en el contexto de la salud escolar, lo que ha configurado la denominación de enfermeras escolares. Esta cuestión, la determinación de los lugares donde se han de ubicar en el ámbito comunitario las enfermeras pediátricas debe ser objeto de una planificación de recursos que requerirá de un diálogo entre profesionales, gestores e instituciones colegiales y sindicales.

d) Situación de las enfermeras especialistas en pediatría en CLM.

Nuestra comunidad autónoma cuenta con 14 plazas EIR destinadas a la especialidad de pediatría distribuidas en 4 hospitales acreditados, como son el Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Complejo Universitario Mancha Centro de Alcázar de San Juan y el Hospital General Universitario de Ciudad Real. La especialidad de Enfermería Pediátrica cuenta, a nivel nacional con 265 plazas ofertadas para la convocatoria del año 2024/ 2025, siendo la 4^o especialidad con más oferta de todas las especialidades existentes en la actualidad. En CLM, la oferta de plazas EIR de la especialidad de Enfermería Pediátrica para el ejercicio 2024-2025 es de 14 plazas, distribuidas como sigue:

- C.H.U. Albacete, 5 plazas; H.G.U. La Mancha Centro de Alcázar de San Juan (C. Real), 2 plazas; H.G.U. Ciudad Real, 3 plazas; H. G. U. Toledo, 4 plazas.

El número total de plazas convocadas a nivel nacional en el año 2010, primera convocatoria de la especialidad de enfermería pediátrica, fue de 848 plazas distribuidas entre las 6 especialidades, siendo 52 de ellas para la especialidad de Pediatría. De esas 52 plazas, 5 fueron convocadas en CLM, más concretamente en el C.H.U. de Albacete. Así, puede establecerse que se ha producido un aumento desde la convocatoria del año 2010/11 hasta la convocatoria del año 2024/25 de un 256% del número total de plazas EIR de todas las especialidades. En este período el incremento de plazas de enfermería pediátrica ha experimentado a nivel nacional un aumento del 509 %. En cambio, el incremento en CLM ha sido del 280%. Por tanto, si bien la región de CLM ha aumentado considerablemente el número de plazas del total de las 6 especialidades de Enfermería, en el caso concreto de las plazas ofertadas para la especialidad de Pediatría ha aumentado a la mitad de la velocidad de las creadas en España.

La evolución de plazas ofertadas en Castilla La Mancha para la formación de enfermeras especialistas en pediatría ha evolucionado desde las 5 iniciales ofertadas en 2010 hasta las 14 ofertadas en 2024. En total se han formado 108 enfermeras especialistas en enfermería pediátrica.

Por tanto, desde el año 2010 hasta la actualidad, y teniendo en cuenta las distintas vías de acceso, la cifra total de enfermeras pediátricas es de 12480 (datos del CGE de 2023), cifra a todas luces insuficiente para cubrir las necesidades de la población infantil y adolescente de nuestro país, máxime si analizamos el modelo actual de formación de este tipo de profesionales especialistas vía EIR, que tras ser formados (con el gasto personal, profesional, académico y económico que ello conlleva), no ejercen en el ámbito de la pediatría en el momento que están disponibles en el mercado laboral, o al menos a corto-medio plazo, situación que podría suponer un mal aprovechamiento de unos recursos disponibles.

A fecha de este informe no tenemos constancia de que en nuestra Región existan plazas creadas para enfermeras especialistas en Enfermería Pediátrica.

Por otra parte, en lo que respecta a la bolsa regional del SESCAM, en la baremación que se le asigna a una enfermera especialista en compensación por su formación, el periodo de residencia (EIR) se barema con 25 puntos (equivalente a 8 meses de experiencia profesional) y el título de enfermero especialista de Pediatría con tan sólo 15 puntos (equivalente a 5 meses de experiencia profesional). Además, el tiempo trabajado como especialista sólo puntúa al 100% en la categoría de enfermera especialista (recordemos que no hay puestos creados), pero puntúa en menor medida para la bolsa de enfermera generalista al ser considerada otra categoría distinta a la de enfermero especialista. Y respecto a la manera de proceder para la contratación de este tipo de profesionales en el SESCAM y centrándonos en las 4 Gerencias que forman en la actualidad a enfermeros especialistas de Pediatría en CLM, debemos decir que en 3 de ellas existe bolsa específica para contratar a estos profesionales mediante contratos de corta duración (Gerencias de Ciudad Real, Alcázar de San Juan y Albacete), pero no así en la Gerencia de Toledo. En el caso de los contratos de larga duración, debemos decir que ninguna de las 4 Gerencias ofrece contratos de larga duración a estos especialistas mediante esta bolsa específica. Quizá la situación anterior sea debido a que en ninguna de las 4 Gerencias existen puestos específicos para esta especialidad de enfermería, siendo por tanto ocupadas por enfermeras generalistas si se trata de contratos de larga duración o bien a través de las mencionadas bolsas específicas si se trata de contratos de corta duración. Destacar que sólo la Gerencia de Alcázar de San Juan oferta "Cursos Código" para poder acceder a una bolsa creada "ad hoc" para poder trabajar en el futuro en servicios y/o centros que atienden a pacientes pediátricos.

3. ASOCIACIONISMO COMO CRITERIO DE MADUREZ DE DESARROLLO DE LAS ESPECIALIDADES. EXPERIENCIAS REGIONALES.

El derecho de asociación, sancionado por el art. 22 de la Constitución Española y regulado normativamente por la Ley Orgánica 1/2002, viene a dar respuesta a los deseos de los individuos de constituirse en grupos con unos intereses comunes y objetos de trabajo compartidos. Las asociaciones profesionales son pues, a la vez, causa y consecuencia de una identidad profesional definida. A su vez, son interlocutores técnicos de representación de la profesión ante la ciudadanía y la Administración y son frecuentemente consultadas por la Representación Colegial y las Organizaciones Sindicales a la hora de tratar cuestiones que afecten a las condiciones y el ejercicio profesional de sus respectivas especialidades.

Es por ello por lo que se puede considerar que la existencia de una Asociación Profesional y su nivel de actividad puede ser una medida indirecta de la madurez de una especialidad profesional.

Por otra parte, hay que decir que el asociacionismo no está presente en nuestra profesión únicamente en aquellos profesionales que trabajan el objeto de las especialidades sancionadas por el RD 450/2005. Y prueba de ello es la existencia de Asociaciones Enfermeras cuya identidad está muy alejada de las Especialidades reconocidas por el citado RD, si bien es cierto que algunas de ellas corresponden con áreas de especialización de la profesión enfermera que fueron sancionadas por regulaciones normativas anteriores. Como muestra de ello en el panorama nacional podemos constatar la existencia de asociaciones como la Asociación de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor; la Asociación Española de Enfermería Vasculard; la Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar; la Asociación Nacional de Enfermeros de Instituciones Penitenciarias o la Asociación Nacional de Directivos en Enfermería. Cada una de ellas integra a profesionales que desarrollan en su día a día competencias que los llevan a identificarse como un área específica del desarrollo del ejercicio de la Profesión Enfermera.

En este apartado pretendemos mostrar los mimbres del Asociacionismo Enfermero en nuestra Región como una muestra indirecta de la conciencia de grupo de los especialistas que trabajan en cada especialidad y como una medida de la capacidad de influencia que pueden tener de cara ante los diferentes interlocutores (Administración y Colegios Profesionales fundamentalmente, aunque también debemos incluir la representación sindical por las implicaciones que el desarrollo de las especialidades tiene sobre la configuración del mercado de trabajo profesional enfermero).

Nos encontramos en nuestra Región con tres situaciones-tipo en las cuales se pueden encuadrar unas u otras especialidades:

- a. Aquellas especialidades con larga tradición de desarrollo y que han generado estructuras asociativas maduras: es el caso de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica y la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.
- b. Aquellas especialidades con un desarrollo no autónomo, sino ligado a la existencia de una Asociación Nacional Enfermera de la especialidad en cuestión (caso de la Especialidad de Enfermería de Salud Mental o de la Especialidad de Enfermería Pediátrica) o a una Asociación Castellano Manchega multiprofesional (caso de la Especialidad de Enfermería Geriátrica).
- c. Aquellas especialidades que por unos motivos u otros no han generado regionalmente gérmenes claros de asociacionismo, como el caso de la Especialidad de Enfermería del Trabajo.

Obviamente, la especialidad de Enfermería Médico-Quirúrgica no ha generado un tejido asociativo específico por su no regulación tal como se apuntó al inicio de este trabajo.

- a. Especialidades con larga tradición de desarrollo y que han generado estructuras asociativas maduras:
 - 1. Aquí hemos de nombrar a la Asociación Científica de Matronas de Castilla La Mancha (ACMCM), web: www.matronascastillalamancha.org, organización científica cuya misión es la representación de los intereses profesionales de todas las matronas de Castilla La Mancha estableciendo para ello los fines específicos señalados en el art. 3 de sus Estatutos. Creada a caballo entre los años 1997-1998, tras una alternancia en su actividad, se ha relanzado recientemente con una nueva Junta Directiva nombrada en el año 2023. En su web disponen de información sobre la propia asociación, noticias, cursos y actividades de la Asociación. Puede considerarse una asociación plenamente madura. La formación de especialistas en enfermería obstétrico-ginecológica se inicia en el Área de Albacete en el año 1993, sumándose el resto de provincias a la formación de matronas posteriormente. Actualmente existe Unidad Docente para la formación de matronas en todas las áreas de Salud, salvo en Puertollano y Talavera de la Reina. Lo anterior, sumado a la existencia en el Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM) de la categoría de matrona con sus efectos laborales y profesionales de disposición de plazas, permiten hablar de una situación que ha facilitado y/o generado la existencia de la ACMCM.
 - 2. Por su parte, ACAMEC (Asociación Castellano Manchega de Enfermería Comunitaria) es una asociación científica de enfermeras y enfermeros de ámbito regional circunscrita a Castilla La Mancha que, en palabras de la propia asociación, entiende como Enfermería Comunitaria aquella “disciplina que desarrollan estos profesionales basados en la aplicación de los cuidados en la salud y en la enfermedad, al individuo, la familia y la comunidad, tratando de contribuir a su capacitación en habilidades, hábitos y conductas que promuevan su autocuidado”. Puede consultarse su web en: www.acamec.es Hay que decir que su andadura se inicia en septiembre del 2004, meses antes de la publicación del RD 450/2005 por lo que puede decirse que su existencia obedece a la experiencia compartida del trabajo en Atención

Primaria, no al supuesto impulso que puede ocasionar la sanción legal de la especialidad, hecho que ocurre posteriormente, si bien es cierto que ya el RD 992/1987 establece la Enfermería Comunitaria como una de las especialidades a desarrollar...hecho que no sucedió. Dispone de un carácter autónomo en el sentido de establecer cuotas asociativas y dispone de web propia. No obstante, al estar integrada en la FAECAP (Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria), muchas de las noticias y actividades que aparecen en su web son enlaces a la web de la FAECAP.

b. Especialidades con un desarrollo no autónomo, sino ligado a la existencia de una Asociación Nacional Enfermera de la especialidad en cuestión o a una Asociación Regional Multiprofesional:

01. En la Especialidad de Enfermería de Salud Mental no encontramos un desarrollo autónomo y maduro de una asociación representativa de la especialidad de ámbito regional. El tejido asociativo regional de las enfermeras especialistas de Enfermería en Salud Mental se sustenta en la existencia de la AESME (Asociación Española de Salud Mental). Puede consultarse la web en: www.aeesme.org Dicha asociación establece una vocalía de representación para cada una de las Comunidades Autónomas, de manera que la actividad asociativa de las enfermeras castellano manchegas especialistas en Enfermería de Salud Mental o que trabajan en dicho ámbito se configura bajo la constitución de un foro con uno/a delegado/a de la Región.

02. En el caso de las enfermeras especialistas en Enfermería Geriátrica tampoco nos encontramos con una asociación autónoma referente de dicho ámbito de trabajo. En este caso, el tejido asociativo se inserta en una asociación multiprofesional: la Sociedad Castellano Manchega de Geriátrica y Gerontología en la cual existe estatutariamente una Vocalía de Sección de enfermería. Puede consultarse la web en: www.scmgg.com

03. No existe tejido asociativo autónomo generado por los profesionales que trabajan el ámbito de la especialidad de Enfermería Pediátrica en la Región. Existe una asociación de enfermeras pediátricas de ámbito nacional, la Asociación Española de Enfermería Pediátrica, web: www.asociacionenfermeriapediatrica.com , que dispone de Delegaciones Territoriales, existiendo una Delegada territorial de la asociación en nuestra Región.

c. Aquellas especialidades que por unos motivos u otros no han generado regionalmente gérmenes claros de asociacionismo:

01. En el caso de las enfermeras que trabajan en Salud Laboral no encontramos tejido asociativo propio de la Región. A nivel nacional existe la Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo (AET), web: www.enfermeriadeltrabajo.com . En ella nos encontramos con varias asociaciones regionales federadas (Madrid, Cataluña, Andalucía, Castilla y León y Galicia), pero no existe una asociación regional castellano manchega de profesionales de enfermería de la salud laboral.

4.

ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA: IMPACTO PARA EL SISTEMA Y RECONOCIMIENTO DE LA ESPECIALIDAD PARA EL INDIVIDUO.

El desarrollo de las especialidades de enfermería pone a prueba tanto la racionalidad del sistema como la del profesional que pretende iniciar la formación especializada.

4.1. LA CUESTIONABLE RACIONALIDAD DEL SISTEMA.



No podemos pasar por alto en este tema que nos ocupa las dos cuestiones económicas implicadas para el sistema:

- por una parte el coste formativo de las enfermeras especialistas, cuya cuantificación es relativamente sencilla y
- por otra parte el coste de oportunidad de su no empleo, de más difícil cuantificación

En relación con la primera de las cuestiones, ante una pregunta parlamentaria realizada por Eva García Sempere³ (GP UP-ECP-EM) en el año 2018 el Gobierno Nacional cuantificó el coste de

formación de una enfermera especialista en 22000 € el primer año y 23760 € el segundo año. A estos costes hay que añadir las retribuciones del tutor (900€ /año) y el coste de dedicación del Jefe de Estudios en aquellas Unidades Docentes donde existe una Comisión de Docencia propia. En nuestra región, esta remuneración económica no es tal. Tal como establece el Decreto 46/2019, de Ordenación del Sistema de Formación Sanitaria Especializada en Castilla-La Mancha, al tutor no se retribuye de manera económica, se le reconoce una dedicación de 50 horas anuales más 10 horas más por cada residente que tenga a su cargo hasta un máximo de 100 horas. Este mismo Decreto establece como elementos de reconocimiento la consideración de la tutoría como mérito a valorar en la carrera profesional, como criterio de prioridad en actividades de formación vinculadas a su actividad y el ajuste de la actividad profesional que le permita disponer del

³ https://www.congreso.es/entradap/l12p/e11/e_0110586_n_000.pdf

número de horas establecidos para realizar su función de tutor. En ningún momento establece remuneración económica alguna.

Es curioso que en la propia respuesta gubernamental citada se indique que la oferta anual de plazas de especialistas de enfermería se refiere a “plazas acreditadas y financiadas que responden a las necesidades de especialistas y presupestarias”. El subrayado es nuestro para enfatizar dicha aseveración.

Hay que puntualizar que el coste de formación de las enfermeras especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica se ve incrementado, según dicha respuesta del Gobierno, en 23400€ debido al coste del personal docente que debe impartir un programa teórico obligatorio en cumplimiento de la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo relativa al reconocimiento de las cualificaciones profesionales.

El coste anual de la formación de enfermeras especialistas, siempre según la citada respuesta del Gobierno, se estima para Castilla La Mancha en casi 3,5 millones de euros. El coste anual para los sistemas de salud de las diferentes comunidades se acerca a los 50 millones de euros anuales. Considerando el escuálido, cuando no inexistente, desarrollo de la implantación de los profesionales formados, exceptuando a las especialistas en enfermería obstétrico-ginecológica, no parece una situación muy comprensible.

El coste formativo, aunque cuantificable probablemente no sea el más gravoso para los Servicios de Salud y en general para la ciudadanía. Lo cierto es que todos los servicios de salud parecen asumir el nuevo rol al que están llamadas las enfermeras especialistas, pero pocos han sido los movimientos en dicho sentido. “No ha faltado una buena palabra, pero no ha existido una buena acción” ...hemos visto escrito en algún dossier sobre la situación de las enfermeras especialistas⁴.

En palabras de Bengoa, “el modelo actual no podrá hacer frente a las necesidades de los enfermos crónicos ni al envejecimiento de la población. La simple expansión del modelo actual es una oportunidad perdida”. Y es que formar profesionales con una mayor capacidad de resolución y no emplearlos es un indicativo de cierta desorientación estratégica, cuando todas las voces autorizadas apuntan a la necesidad de reorganizar los sistemas de atención dándole a la gestión de cuidados una importancia central.

⁴ https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2022/07/Informe_Formacio%CC%81n-especializada-en-enfermeri%CC%81a_-Asturias.pdf

4.2. EL PROFESIONAL ANTE LAS ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA.

Es preciso que ahondemos a partir de este punto en la racionalidad de iniciar este camino para el profesional.

Abordaremos la situación de los enfermeros/as especialistas desde diferentes ámbitos dentro del SESCAM: Bolsa de trabajo, carrera profesional, desempeño profesional y remuneración económica de los enfermeros especialistas y residentes (EIR).

a. Bolsa Regional del SESCAM (SELECTA): consideración de la experiencia profesional y el título de especialista.

Pese a la creación de Bolsas específicas de las especialidades de enfermería, la no existencia de plazas de especialistas (salvo las existentes de matronas y alguna experiencia reciente en Enfermería del Trabajo y Salud Mental) crea una situación rocambolesca en la que enfermeras especialistas trabajan como generalistas y pese a estar incluidas en bolsas de especialistas no pueden puntuar como especialistas al ocupar puestos de enfermera generalista, lo cual supone que no pueden puntuar al 100% en la bolsa de enfermeras especialistas al haber ocupado puestos de enfermera generalista.

Por otra parte, aquellas enfermeras especialistas (cuasi exclusivamente matronas a día de hoy) que desean inscribirse en la bolsa de enfermeras generalistas sufren una merma considerable de su puntuación al ser consideradas dos categorías profesionales totalmente diferentes, enfermero y enfermero especialista, obviando en el caso expuesto que una matrona es ante todo una enfermera que ha realizado posteriormente una especialidad.

El periodo de residencia (EIR) es valorado con 25 puntos, lo cual equivale a poco más de 8 meses de trabajo. Paradójicamente, a las especialidades médicas (MIR) se les reconoce en ese mismo apartado 150 puntos (6 veces más). Es más, la puntuación dada a estar incluido en alguno de los listados de puestos específicos previstos en Selecta supone 25 puntos, que es la misma puntuación dada a poseer alguna de las especialidades de enfermería creadas.

Por otro lado, y continuando con la bolsa Selecta, el título de enfermero especialista es baremado con 15 puntos (equivalente a 5 meses de experiencia profesional), siendo por tanto inferior en 10 puntos a un máster (25 puntos), ligeramente superior a un experto (10 puntos) e incluso 10 puntos inferior a la puntuación dada al haber superado una OPE convocada por el SESCAM que es de 25 puntos (y un máximo de 2 ocasiones).

b. Carrera Profesional.

En este apartado, debemos advertir que el haber realizado la residencia de enfermera especialista (EIR) y/o haber trabajado como tal, no están incluidos en ninguno de los apartados de baremo de carrera profesional del SESCAM, ya que ésta fue convocada por primera vez en el año 2009 y por tanto no estaban implementadas la gran mayoría de las categorías de enfermeras especialistas en el SESCAM (únicamente Obstétrico-Ginecológica y Salud Mental). Ignoramos la nueva dirección que tomará la Carrera Profesional, pero es evidente que se debe conceder a las especialidades de Enfermería un espacio en el baremo de la misma.

c. Desempeño profesional.

Como se ha comprobado en apartados anteriores, a día de hoy los puestos de enfermeras especialistas lo son de una única especialidad, la de enfermería obstétrico-ginecológica, salvo las experiencias muy puntuales referidas anteriormente. Ello genera en los profesionales cierta sensación de esfuerzo inane por cuanto no se ve reflejado en la posibilidad de acceder al desarrollo de sus capacidades para las cuales se han estado formando durante 2 años.

Por otro lado, existe cierta falta de uniformización en las Gerencias en la contratación de enfermeros especialistas; hay Gerencias en las cuales existe bolsa específica para contratar a enfermeros/as especialistas mediante contratos de corta duración, pero en otras no ocurre lo mismo. Sí que hay uniformización en la contratación de larga duración de la que sólo gozan los especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (al estar creados puestos para la misma), salvo las escasas excepciones de las que se tiene conocimiento (plazas de enfermería de salud mental y plazas de enfermería del trabajo).

La cuestión se complica al considerar que en algunas Gerencias se ofertan en la actualidad "Cursos Código" para poder acceder a una bolsa creada "ad hoc" y así tener la posibilidad en el futuro de trabajar en servicios y/o centros en los que se requiera la presencia de enfermeras con la consideración de cierta formación específica. Es algo, hasta cierto punto comprensible en perfiles necesarios para los cuales no se ha desarrollado especialidad alguna, como por ejemplo pueden ser UCI, quirófano, urgencias, etc. Pero es difícilmente comprensible la oferta de dichos cursos sobre áreas de trabajo a las cuales está llamada una especialidad de enfermería.

No podemos dejar de apuntar la puesta en marcha del Plan de Perspectiva Contractual y Retención de Talento en el ámbito sanitario que se inicia en el año 2020 y que ha sufrido ciertas variaciones en los años posteriores. Tras la Orden 84/2023, de 18 de abril, de la Consejería de Sanidad, se aprueba un nuevo Programa Regional de Perspectiva Contractual y Retención del Talento en la cual se dispuso que el Plan pasase a ser de aplicación al conjunto de especialistas de Enfermería que obtuvieron su especialidad en el año 2022. Debemos decir que es más que cuestionable la utilidad dada a estos profesionales ya que en la mayoría de las ocasiones desarrollan su labor diaria como "enfermeros volante" dentro del ámbito de actuación de su especialidad, no desarrollando por tanto su pleno potencial como enfermero especialista.

d. Diferencia salarial entre las retribuciones que percibe una enfermera especialista y una enfermera generalista en el ejercicio de su profesión en el SESCAM.

La diferencia salarial entre una enfermera de cuidados generales y una enfermera especialista varía en algunos complementos de las retribuciones básicas (complemento de destino, complemento específico y productividad fija así como en los complementos de atención continuada (complemento noches, complemento noches de sábado, domingo, festivos o previa a festivos y guardias si las hiciera). En este caso, nos detendremos en analizar las retribuciones básicas en las que existe diferencias entre ambas, ya que son éstas las que afectarían a la diferencia de sueldo entre una enfermera y una enfermera especialista, en un escenario concreto (SESCAM) y para unas condiciones en el que tanto el contrato, antigüedad y carrera profesional sean iguales para ambas, centrándonos por tanto en los complementos que hacen posible esa pequeña diferencia retributiva. Por todo lo anterior, pasamos a analizar los siguientes complementos retributivos en el ámbito de la atención hospitalaria:

- Complemento de destino: Una enfermera especialista en el SESCAM recibe el nivel 22 de complemento de destino (7320 euros/año) y una enfermera recibe el nivel 21 de complemento de destino (6796,32 euros/año), resultando por tanto una diferencia favorable para la enfermera especialista de 523,68 euros/año (43,64 euros/mes). Así mismo, se recibiría una cantidad mensual en concepto de paga extraordinaria en junio y diciembre, aumentando por tanto la anterior cantidad en 1220 euros para la enfermera especialista y 1132,72 euros para la enfermera (87,28 euros de diferencia a favor de la enfermera especialista), lo cual se traduce en que una enfermera especialista recibe 610,96 euros más al año que una enfermera por este concepto.
- Complemento específico: Una enfermera especialista en el SESCAM recibe en concepto de complemento específico una cantidad de 409 euros al mes (4908 euros/año) y una enfermera en las áreas de hospitalización, UCI, urgencias, quirófano y servicios centrales recibe 408,79 euros al mes por este mismo concepto (4905,48 euros/año), resultando por tanto una diferencia favorable para la enfermera especialista de 2,52 euros/año (0,21 euros/mes). Del mismo modo que en el caso del complemento de destino, se recibiría una cantidad mensual en concepto de paga extraordinaria en junio y diciembre, siendo por tanto 818 euros para la enfermera especialista y 817,58 euros para la enfermera (0,42 euros de diferencia a favor de la enfermera especialista). Si la anterior comparación la hacemos con enfermeras que realizan su labor en consulta externas y Centros de Especialidades y Tratamiento (CEDTs), la diferencia anual por este concepto aumenta ligeramente a los 250,46 euros al año. Por tanto, una enfermera especialista recibe 2,94 euros más al año por este concepto que una enfermera de las áreas de hospitalización, UCI, urgencias, quirófano

y servicios centrales y 250,46 euros más al año que una enfermera de consulta externas y Centros de Especialidades y Tratamiento (CEDTs).

- **Productividad Fija:** Una enfermera especialista en el SESCAM recibe por este concepto una cantidad de 12,23 euros al mes (146,76 euros/año) y una enfermera recibe 1,95 euros al mes por este mismo concepto (23,40 euros/año), resultando por tanto una diferencia favorable para la enfermera especialista de 123,36 euros/año (10,28 euros/mes). Es decir, una enfermera especialista recibe 123,36 euros más al año que una enfermera por este concepto.

En resumen, una enfermera especialista que trabaja en el SESCAM recibe unos 650 euros más al año que una enfermera de hospitalización y unos 900 euros más al año que una enfermera de consulta externas, tal como se podemos mostrar en la siguiente tabla:

	ENFERMERA ESPECIALISTA	ENFERMERA HOSPITALIZACIÓN Y SIMILARES	ENFERMERA CONSULTAS EXTERNAS
C. DESTINO	7.320 euros/ año	6.796,32 euros/ año	6.796,32 euros/ año
C. ESPECÍFICO	4.908 euros/ año	4.905,48 euros/ año	4.657,54 euros/ año
PRODUCTIVIDAD FIJA	146,76 euros/ año	23,40 euros/ año	23,40 euros/ año
TOTAL AÑO	12.374,76 euros/ año	11.725,20 euros/ año	11.477,26 euros/ año

Tabla 1: Retribuciones de varios conceptos entre una enfermera especialista y una enfermera.

e. Retribuciones de una enfermera especialista en formación (EIR) en el SESCAM.

En lo que respecta a las retribuciones de una enfermera durante la realización de sus 2 años de residencia (EIR), es preciso apuntar inicialmente que hasta la última subida aplicada a los empleados públicos en el mes de julio de 2024, las enfermeras residentes no llegaban ni al salario mínimo. A fecha de hoy, estas especialistas cobran un sueldo base de 1.147 euros al mes. Debemos subrayar que, durante su etapa formativa, no pueden realizar cualquier otra actividad profesional para complementar su salario, hecho que supone otro agravio económico para las mismas.

Según el estudio SEYRE (Situación de las Especialistas y Residentes de Enfermería), de la Asociación EIR, las enfermeras son las residentes de Formación Sanitaria Especializada (FSE) que tienen peor salario, ya que son las únicas especialistas que forman parte del grupo profesional A2. La mayoría de los EIR encuestados en dicho estudio manifiesta tener un sueldo que raramente supera los 1.400

euros.

Conocido el salario base y para poder llegar a la anterior conclusión, expondremos la retribución que una enfermera en formación (EIR) percibe por la realización de horas de atención continuada en el SESCAM, la cual es la siguiente:

- De lunes a viernes, 14,94 euros/ hora (R1) y 16,64 euros/ hora (R2).
- Sábados, domingos y festivos, 16,02 euros/ hora (R1) y 17,77 euros/ hora (R2).
- 1,5 y 6 de enero y 24, 25 y 31 de diciembre, 21,61 euros/ hora (R1) y 23,41 euros/ hora (R2).

Dicho lo anterior, podemos deducir que el sueldo de un EIR que realiza su residencia en el SESCAM, hace 2 guardias al mes de 17 horas en días de diario y 1 guardia de 24 horas en sábado, domingo puede rondar, bruto, poco más de los 2000 euros, variando si se trata de una R1 o un R2. Tras las preceptivas retenciones nos encontramos con un sueldo que ronda los 1700 euros; sueldo relativamente modesto para un profesional graduado universitario con 1 o 2 años de formación especializada y con una carga nada desdeñable de horas de atención continuada.

Tras todo lo dicho, a día de hoy, la decisión individual de realizar una especialidad de enfermería tiene que sortear todas estas situaciones a no ser que dicha formación ya se realice (como tenemos constancia de que ha sucedido y sucederá de no variar la situación) con la idea de plantearse un futuro profesional fuera de nuestra Región. Y es que hay que decir que, al igual que en la materialización de la carrera profesional, nuestra Región se está quedando atrás en el desarrollo de la implantación de las especialidades de enfermería, en la determinación de plazas y funciones a desarrollar por este perfil profesional avanzado y el reconocimiento, a todos los niveles, de dicha formación.

5.

CURSOS CÓDIGO Y EPA'S: LA REALIDAD ES TOZUDA.

Hoy en día está plenamente aceptado tanto el cambio en las necesidades de los pacientes como en las expectativas de los mismos. Así, los sistemas de salud están siendo sometidos a la necesidad de reestructuración para adecuarse a las nuevas necesidades y demandas.

Fruto de esas necesidades cambiantes y los nuevos desafíos presentados surge la necesidad de disponer de profesionales cada vez más especializados y con capacidad de respuesta. Por tanto, la realidad, tozuda, impone sus condiciones de necesidad de profesionales enfermeros que en determinados ámbitos y puestos de trabajo deben estar cada vez más especializados. De estas premisas arranca la filosofía que soporta el desarrollo de las especialidades de la profesión enfermera desde hace décadas. Si bien el RD 450/2005 supone la última determinación legal de las especialidades enfermeras, anteriormente hubo también desarrollos normativos que pretendieron sancionar legalmente la necesaria especialización en determinados ámbitos. Para muestra, el RD 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista y que establecía en aquel momento las siguientes especialidades: Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas), Enfermería Pediátrica, Enfermería de Salud Mental, Enfermería de Salud Comunitaria, Enfermería de Cuidados Especiales, Enfermería Geriátrica y Gerencia y Administración de Enfermería. De éstas, solo se desarrollaría la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica en 1992 y la de enfermería de salud mental en 1998. Como podemos apreciar, la regulación posterior de las especialidades en 2005 apostó por la aparición de nuevas especialidades y la eliminación de alguna de las establecidas anteriormente.

Los sistemas de salud se han visto forzados a desarrollar diversas iniciativas conducentes a responder a la demanda de profesionales especializados en determinados ámbitos y lugares de trabajo. Es lo que posibilita hablar del concepto de Enfermeras de Práctica Avanzada (EPA, en adelante) e igualmente lo que se encuentra en la génesis de experiencias como los Cursos Código en nuestra Región, que no son sino una respuesta del Sistema de Salud ante una demanda percibida de necesidad de profesionales especializados.

SOBRE LOS CURSOS CÓDIGO SESCOAM

La experiencia de los Cursos Código en Castilla La Mancha inicia su andadura hace ya más de 20 años mediante experiencias puntuales en diversas Gerencias (las de mayor tamaño), si bien la formalización de su impulso se produce a partir del año 2019 cuando se ofertan en aplicación del apartado 15 del Pacto de Selección de Personal Temporal. Actualmente, se ofrecen Cursos para los siguientes puestos específicos:



UCI Adultos, Quirófano, Hemodiálisis, UCI Neonatal y Pediátrica, Urgencias, Reanimación, Farmacia Hospitalaria, Cuidados Paliativos, Centro Coordinador de la GUETS y CC Familiar y Comunitaria.

A primera vista constatamos que el propio sistema de salud acepta la necesaria especialización de las enfermeras en determinados ámbitos. La mayoría de ellos, como puede apreciarse, están relacionados con el ámbito de la no desarrollada especialidad de Enfermería Médico Quirúrgica.

Sin embargo, sí es posible apreciar en dicha

relación una grave incongruencia que se produce al ofertar Cursos Código del ámbito de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Al menos en tres provincias, Toledo, Cuenca y Ciudad Real se han ofertado recientemente Cursos Código de esta área, obviando la existencia de unos profesionales ya formados específicamente para dicho ámbito. Pareciera más razonable abordar el necesario encaje de los profesionales ya formados antes que plantear una “formación exprés” para “parchar” las necesidades de profesionales formados en la atención comunitaria.

SOBRE LAS EPA ´s

Desde que en el año 2002 el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) estableciera su posición oficial sobre la Enfermería de Práctica Avanzada, el desarrollo de dicha figura ha evolucionado notablemente en numerosos países. En palabras del CIE, año 2008, la EPA es una enfermera registrada que ha adquirido una base de conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para ampliar la práctica, cuyas características se conforman según el contexto y el país en el que se acredita. Para el acceso a este nivel se recomienda el grado de máster.

En nuestro país no existe una regulación nacional sobre dicha figura y el desarrollo o ausencia de desarrollo de las mismas corre paralelo a la sensibilidad de las políticas de RRHH de las diferentes Comunidades Autónomas ante los nuevos retos que plantea la asistencia. La lógica invita a pensar que el deseable desarrollo de la Enfermería de Práctica Avanzada debe pender del Real Decreto 639/2015, de 10 de julio, por el que se regulan los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada. En noticias aparecidas en prensa⁵ parece ser una apuesta del Ministerio de Sanidad para el desarrollo competencial de las enfermeras, pero la iniciativa está aún en fase embrionaria.

⁵ <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/la-nueva-enfermera-del-sns-con-autonomia-en-toma-de-decisiones-complejas-2168>

<https://www.redaccionmedica.com/secciones/ministerio-sanidad/recas-sanidad-apuesta-por-impulsar-un-mapa-de-competencias-de-enfermeria--1076>

Por su parte, la representación institucional de la profesión a nivel nacional, el Consejo General de Enfermería, no dispone de un posicionamiento concreto ante esta figura que apueste por un marco regulatorio común y que establezca la determinación del concepto de práctica avanzada, los ámbitos y estándares de dicho ejercicio profesional, la autonomía, la responsabilidad y las competencias a desarrollar y el marco acreditativo común. No obstante, es cierto que desde el Consejo General de Enfermería sí se ha impulsado y apoyado la implementación de figuras que podrían caer dentro de la consideración de EPA's como es el caso de las enfermeras gestoras de casos en la atención al paciente con problemas de salud crónicos con complejidad o el de las enfermeras expertas en cuidados estomaterapéuticos.

En ausencia de un posicionamiento del máximo órgano de representación de la profesión a nivel nacional, los empujes más estructurados en nuestro país sobre el desarrollo y la implementación de la figura de la EPA las podemos encontrar en las iniciativas de ciertos Servicios de Salud; han sido pioneros el ICS y en el SAS, si bien es cierto que en los últimos años asistimos a un interés de un mayor número de sistemas de salud del resto de comunidades autónomas.



El ICS, a través de su Proyecto IPACAT, apuesta decididamente por la clarificación del concepto de Enfermera de Práctica Avanzada, por la determinación de los roles y competencias asumidas por las mismas y por el reconocimiento y regulación de la figura de la EPA⁶.

Por su parte, desde el SAS se viene trabajando desde el 2015 en una estrategia de cuidados para mejorar la respuesta a las necesidades de la ciudadanía,

potenciar el desarrollo profesional de las enfermeras y garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario apostando por un encaje de la figura de la EPA dentro del desarrollo competencial de las enfermeras en el sistema sanitario público andaluz⁷. En su Estrategia de Cuidados abordan el necesario encaje de las enfermeras generalistas (incluyendo también la necesidad en ellas de un desarrollo competencial específico) con las enfermeras de práctica avanzada y con las enfermeras especialistas.

A la vista del camino andado por Comunidades Autónomas con necesidades y retos muy similares a los que presenta nuestra Región cabe plantearse si procede iniciar en Castilla La Mancha un camino similar, con la garantía de contar de entrada con la experiencia de Sistemas de Salud que ya han transitado este camino.

⁶ <https://www.uab.cat/doc/ipacat22>

⁷ https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pd_publicacion/2021/desarrollo_competencial_enfermeras_y_enfermeros.pdf

Una vez más, las necesidades que plantea la asistencia dictan la realidad de tener que disponer en determinados lugares de trabajo enfermeras especialmente formadas; es el caso, por ejemplo, del trabajo en unidades de atención a personas con ostomías, del trabajo en unidades de atención a personas con heridas crónicas complejas o del trabajo en unidades de gestión de casos (enfermeras de enlace).

EXPERIENCIAS EN CASTILLA LA MANCHA

A pesar de la falta de una apuesta decidida y clara sobre el rol de la Enfermera de Práctica Avanzada desde la Consejería de Sanidad de CLM, sus roles competenciales, su marco regulatorio, y sus criterios de acreditación y reconocimiento, lo cierto es que ya contamos, nuevamente vía hechos consumados, de diversas experiencias en la Región sobre ámbitos y lugares donde puede hablarse de la existencia de EPA's. En algunos lugares se denominan, como ha pasado en otras Comunidades Autónomas, con el nombre de Enfermeras Referentes, si bien en definitiva se acercan a la definición de EPA avanzada por el CIE.

La apuesta por disponer de estos roles competenciales diferenciados, a falta de unas directrices regionales, obedece a iniciativas de las propias Gerencias ante las necesidades que se plantean.

Resulta muy complicado intentar establecer y averiguar la existencia de puestos de trabajo que se aproximan a lo que podemos denominar Enfermera de Práctica Avanzada. La limitación más evidente de la información se debe a la falta de una regulación autonómica sobre la propia figura de EPA, lo cual puede traducirse en un uso no compartido del propio concepto de EPA.

No obstante, podemos aventurar algunas áreas donde todas las gerencias cuentan con perfiles especializados atendiendo a la labor que desarrollan ya que necesidades de asistencia comunes suelen dar lugar a la necesidad de perfiles determinados que estén capacitados para ofertar cuidados especializados eficientes en dichas áreas.

Quizás unos de los ámbitos que más trayectoria histórica tienen en generar un perfil aproximado a lo que pueda ser una EPA sean el ámbito de la estomatoterapia y el cuidado de heridas, que tradicionalmente han sido atendidos de forma autónoma por las enfermeras. También las consultas enfermeras de diabetes en la atención especializada han estado ocupadas tradicionalmente por perfiles especialmente capacitados para dicho ámbito. El desarrollo de los conocimientos y el incremento de la oferta terapéutica han precisado de perfiles profesionales que pueden responder efectivamente a las demandas que plantean las personas con estas problemáticas.

Por otra parte, siendo una figura que goza de una mayor trayectoria en Cataluña y en Andalucía especialmente, existen ya varias experiencias sobre enfermeras gestoras de casos (también llamadas enfermeras de enlace) en nuestra Región. En un contexto en el adquiere importancia el mantener a los individuos con patologías crónicas en sus domicilios previniendo recaídas, un perfil cuya función sea la

de agilizar y priorizar determinadas actuaciones en salud supone una mejora importante de la atención considerando igualmente los posibles beneficios en evitación de estancias hospitalarias evitables.

Es complicado como hemos dicho establecer un catálogo de puestos susceptibles de ser considerados como candidatos a ser ocupados por una EPA. Informalmente podríamos decir que una Gerencia considera que un puesto es susceptible de ser ocupado por una EPA cuando hace lo que esté en su mano por no perder ese perfil profesional de ese lugar. No descubrimos nada nuevo al declarar que esta cuestión se ha manejado desde la oferta/no oferta de determinados puestos en concursos de traslados. Por muy delicado que sea decir esto.

Lo cierto es que asistimos en el ámbito de la atención especializada a un cierto desarrollo de un mayor número de perfiles enfermeros especializados. Entre ellos podemos citar la reciente creación en algunos hospitales de nuestra Región de equipos de acceso vascular central por punción periférica ecoguiada, puestos de enfermeras responsables de monitorización remota cardíaca, experiencias de enfermeras que lideran consultas de pigmentación mamaria en el contexto de la asistencia al cáncer de mama o equipos de enfermeras que atienden los programas de hemodiálisis domiciliaria.

Quizás un criterio útil a la hora de considerar un perfil de EPA sea el del limitado número de profesionales necesarios pero a la vez el gran impacto que pueden tener en la atención de una determinada problemática. Así pues, se dejan de lado aquellas áreas de asistencia con gran volumen de profesionales, como pueda ser un quirófano o una UCI, que precisan de perfiles profesionales especializados y que se configuran como una cuestión diferente que guarda relación con el intento fallido de desarrollo de la especialidad de enfermería médico-quirúrgica.

6. CONCLUSIONES.

1. No existe en la actualidad la obligatoriedad de que las enfermeras comuniquen a sus colegios que se encuentran en posesión de una determinada especialidad, lo cual dificulta el acceso a unos datos fiables sobre el stock de especialistas disponibles.
2. Es presumible suponer que la reciente posibilidad de consultar los títulos de enfermeras especialistas pueda venir a complementar los registros colegiales disponibles en esta materia. Se trata de una tarea que precisa ser valorada por los Colegios Profesionales de la Región.
3. Hay un déficit en la cuantificación de enfermeras especialistas. El registro más fiable por su larga trayectoria de implantación es el de las enfermeras obstétrico-ginecológicas (matronas), en las cuales, en base a sus particularidades y su historia, se da una continuidad entre formación, plazas disponibles y registros de profesionales.
4. En el momento actual las enfermeras especialistas disponibles lo son por diversas vías al haberse completado las disposiciones adicionales y transitorias de los Reales Decretos implicados, fundamentalmente el RD 450/2005. La única actualmente disponible para ser especialista es la vía EIR.
5. La oferta formativa de enfermeras especialistas en Castilla la Mancha alcanza el 67% de las plazas acreditadas. Hay que señalar que la especialidad que presenta el mayor porcentaje de plazas acreditadas no ofertadas es la de matrona.
6. El modelo de implantación de las especialidades con la categoría genérica de enfermero especialista sigue un proceso a distintas velocidades. Junto con la especialidad de matrona contamos en la Región con la existencia de plazas de otras dos especialidades: la de Trabajo y la de Salud Mental, pero son iniciativas muy incipientes sobre las que desconocemos su evolución.
7. La única especialidad que a día de hoy aún no ha formado a ningún profesional en Castilla La Mancha es la de Enfermería del Trabajo.



8. Entre la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica con 471 profesionales formadas (43,45% del total) y la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria con 301 profesionales formadas (27,76% del total), suponen 7 de cada 10 plazas de enfermeras especialistas formadas en la región de CLM (1084 profesionales en total).
9. La inexistencia VS lentitud en el desarrollo de las especialidades enfermeras en la Región puede generar fenómenos de fuga profesional hacia otras comunidades que tienen un desarrollo más avanzado de las plazas de enfermera especialista como la Comunidad de Madrid o la Comunidad Valenciana.
10. El asociacionismo profesional autónomo de enfermeras especialistas en la Región es un reflejo del desarrollo de las especialidades. Únicamente la especialidad de matrona y enfermería familiar y comunitaria tienen un desarrollo regional autónomo. La primera de ellas en base a su desarrollo completo y la segunda de ellas en base a su historia y determinación de su ámbito de trabajo (la Atención Primaria de Salud). El resto de asociaciones siguen un desarrollo ligado a asociaciones de ámbito nacional uni o multiprofesionales. La única especialidad sin un germen de desarrollo asociativo es la de Enfermería del Trabajo.
11. Puede calificarse de cierta “desorientación estratégica” constatar el hecho de invertir un considerable esfuerzo económico y especialmente organizativo por parte de todo el sistema en formar profesionales con una mayor capacidad de resolución y no emplearlos. Por otra parte, el profesional que decide hacerse especialista vía EIR ha de asumir un elevado coste de oportunidad (económico y de puntuación en las bolsas) sin vislumbrar un horizonte claro de desarrollo profesional, salvo en la única especialidad plenamente asentada, la de enfermería obstétrico-ginecológica.
12. Es una notable incongruencia la coexistencia de oferta de Cursos Código con la existencia de especialidades de enfermería del mismo ámbito temático: concretamente la especialidad de enfermería Familiar y Comunitaria.
13. El desarrollo de los sistemas de salud, la evolución de la población a tratar y la implementación de nuevos cuidados y/o terapias están generando la necesidad de perfiles enfermeros especializados que permiten hablar de Enfermeras de Práctica Avanzada (EPA).
14. La existencia de las EPA's no está sustentada en ningún marco legislativo/formativo y no hay un desarrollo uniforme ni a nivel estatal ni autonómico. Ello se traduce en una gran dispersión de las situaciones de dichas EPA's en las distintas Gerencias de la Región.



CONSEJO DE COLEGIOS
DE ENFERMERÍA
DE CASTILLA-LA MANCHA