



**universidad
de león**

**PROGRAMA DE DOCTORADO SALUD, DISCAPACIDAD,
DEPENDENCIA Y BIENESTAR**

TESIS DOCTORAL

**SITUACIÓN DE LA PROFESIÓN ENFERMERA
EN CASTILLA Y LEÓN. POSIBILIDADES DE
DESARROLLO PROFESIONAL.**

SILVIA SÁEZ BELLOSO

LEÓN, ENERO 2020



**universidad
de león**

**PROGRAMA DE DOCTORADO SALUD, DISCAPACIDAD,
DEPENDENCIA Y BIENESTAR**

TESIS DOCTORAL

**SITUACIÓN DE LA PROFESIÓN ENFERMERA
EN CASTILLA Y LEÓN. POSIBILIDADES DE
DESARROLLO PROFESIONAL.**

Presentada por Dña. SILVIA SÁEZ BELLOSO para optar
al grado de doctora por la Universidad de León.

Dirigida por la Dra. Dña. MARÍA NÉLIDA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ.

Codirigida por la Dra. Dña. ANA BELÉN GARCÍA GALLEGO
y el Dr. D. JOSÉ ANTONIO IGLESIAS GUERRA.

Como norma general, para facilitar la fluidez de la lectura y como Enfermería es un colectivo mayoritariamente femenino, en esta tesis se emplea el sufijo femenino haciendo alusión a los dos sexos, excepto cuando citas textuales o las referencias legales requieran otra cosa.

AGRADECIMIENTOS

El mejor momento ha llegado, la hora de dar las gracias a los que han hecho posible que llegara hasta aquí, porque sin duda sin ellos no hubiera completado el recorrido, pues a lo largo de él ha habido varios momentos de desánimo y de pérdida de la visión del por qué quería realizar este trabajo. Es por eso que he necesitado mucho apoyo, no solo académico y profesional, lo cual he recibido de todos los que han estado a mi lado, sino también emocional. Por eso, mis agradecimientos están dedicados a las personas que me han acompañado en todos los sentidos, y que no han dejado ni un momento de animarme y darme fuerzas cuando escaseaban.

En primer lugar, quiero agradecer al Dr. D. Alfredo Escaja Fernández, Presidente del Consejo de Colegios de Enfermería de Castilla y León, referente para mí en lo profesional y amigo en lo personal. Lo conocí en mi etapa como Secretaria Autonómica del Sindicato de Enfermería SATSE en Castilla y León, con el que trabajé unos años impulsando el desarrollo de la profesión enfermera en esta Comunidad, y que me animó a emprender este proyecto y me hizo creer en la importancia de conocer más a fondo a nuestra profesión y de plasmarlo en esta Tesis.

En segundo lugar, a la persona que ha hecho que llegue hasta aquí, mi “madre académica”, si se puede llamar así a la Dra. D^a Ángela Calle Pardo, por haber tenido la iniciativa, por motivarme, ayudarme y acompañarme y alguna que otra vez, reñirme por desfallecer, y haberme ilusionado para llegar a ser Doctor, máximo nivel académico en la rama de nuestro conocimiento enfermero.

En tercer lugar, a mis directores de Tesis, la Dra. M^a Nélida Fernández Martínez, la Dra. D^{ña}. Ana García Gallego y el Dr. José Antonio Iglesias Guerra, por realizar un seguimiento constante dándome el soporte técnico necesario durante todo el proceso, a ellos les debo reconocimiento.

A mis amigas, Alicia Bouzada Rodríguez y Sonia Misiego Jiménez, por estar siempre que las necesito a mi lado, por animarme y por ser quienes son a nivel profesional y personal.

Mi último agradecimiento es para mi familia, porque al final son los que siempre me soportan en los malos momentos y los que muchas veces han sufrido las consecuencias del escaso tiempo dedicado a ellos cuando fue necesario para poder finalizar este proyecto.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	3
PRESENTACIÓN	7
PARTE I. MARCO TEÓRICO.....	11
CAPITULO 1. EL SISTEMA SANITARIO DE CASTILLA Y LEÓN	11
1.1. El Sistema Sanitario Español.....	11
1.2. Competencias sanitarias en el Estado de las autonomías	17
1.3. Estructura y funcionamiento de la sanidad en Castilla y León	22
1.4. Las grandes cifras del Sistema Sanitario de Castilla y León.....	26
CAPITULO 2. LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA SANIDAD PÚBLICA CASTELLANO Y LEONESA	35
2.1. Activos profesionales en la sanidad pública	35
2.2. Distribución de las enfermeras que trabajan en el sistema de salud de Castilla y León.....	37
CAPITULO 3. LA FORMACION SANITARIA ESPECIALIZADA DE ENFERMERIA.....	41
3.1. Evolución de la Enfermería en la España Contemporánea.....	41
3.2. Desde la incorporación en la Universidad hasta el Espacio Europeo de la Educación Superior	48
3.3. La formación sanitaria especializad.....	52
CAPÍTULO 4: OBJETIVOS	59
4.1. Objetivo general.....	59
4.1.1.Objetivos específicos	59
CAPÍTULO 5: MATERIAL Y MÉTODOS	61
5.1. Diseño y muestreo	61
5.2. Instrumentos de obtención de datos.....	63
5.3. Análisis estadístico de los datos	67
5.4. Consideraciones éticas.....	68

CAPITULO 6. RESULTADOS	69
6.1. Análisis de la muestra y de las respuestas al cuestionario.....	69
6.2. Análisis de la relación entre especialización y aspectos laborales	79
6.3. Relación entre estar en posesión de un máster u otro título de postgrado y la situación laboral	85
6.4. Estudio de las enfermeras que buscan mayor cualificación y su situación laboral.	88
CAPITULO 7. DISCUSIÓN	101
7.1. Sobre la situación de las enfermeras especialistas en Castilla y León	101
7.2. Sobre las propuestas de adaptación del sistema sanitario de Castilla y León a las necesidades de la población	126
7.2.1.La readaptacion del modelo hospitalario	126
7.2.2.Poder hacer en Atención Primaria	138
7.3. Sobre la coordinación sanitaria y social.....	146
7.4. Limitaciones	149
CAPITULO 8. CONCLUSIONES	151
BIBLIOGRAFÍA	155
ANEXO	170
SIGLAS Y ACRÓNIMOS	174
RELACIÓN DE TABLAS	176
RELACIÓN DE FIGURAS	181
RELACIÓN DE ESQUEMAS	183

PRESENTACIÓN

Como muchas enfermeras formo parte de una generación universitaria en la que nuestra titulación no nos permitía realizar una tesis doctoral en nuestra rama de conocimiento. Investigar era algo que no formaba parte de nuestro plan de estudios y ser doctor parecía algo sólo cercano para aquellos que habían decidido seguir su camino en el ámbito universitario.

En la época en la que acabé mi formación, antes de tener el certificado de notas finales, ya teníamos ofertas de trabajo y emprendí mi camino, sin más, sólo pensando en trabajar de enfermera asistencial.

Pero rápidamente y a medida que iba saltando de contrato en contrato y de un ámbito asistencial a otro, prácticamente he pasado por todos, me di cuenta que mi futuro no iba a estar solo en el ámbito asistencial, sino que mi profesión la llevaba conmigo a todos lados y en cualquier momento la defendía y peleaba con tal de conseguir el reconocimiento profesional que en el ámbito laboral se nos negaba.

Las circunstancias de la vida me llevaron a entrar en el Sindicato de Enfermería, SATSE, y eso inmediatamente hizo que me convirtiera en una profesional distinta, empecé a ver a la enfermería de otro modo y a desarrollar una capacidad de defensa por lo “nuestro” que no pensé que tenía.

Ya más tarde, durante todos los años que desempeñé mi cargo a nivel regional, me surgieron las inquietudes y motivaciones por buscar cambios en la profesión, por involucrarme no solo en el terreno laboral, que en teoría es lo que le corresponde a una organización sindical, sino también a lo profesional y competencial, todos los avances que a lo largo de estos años ha ido logrando la profesión enfermera.

En SATSE ocupé varios cargos, a nivel provincial, regional y estatal, y tuve la oportunidad de adquirir capacidad de reflexión y experiencia, sobre todo de aquello que estando solo en la asistencia no se ve, y ha sido a través de todos estos años en los que empecé a trabajar sobre la competencia enfermera, nuestro ámbito de desarrollo y a conocer muy a fondo a la población enfermera en la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

Todo esto me permitió llegar a la realidad de la muestra objeto de estudio y a querer sacar conclusiones que puedan permitir en un futuro a medio plazo, encontrar las motivaciones que permitan a la profesión enfermera avanzar en un camino al lado del paciente y consiga hacer cambios de un modelo organizativo que en el momento actual no responde a la necesidad de cuidados de la población.

Entrando en materia, el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos está recogido en el artículo 43 de la Constitución Española, y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar los servicios, medidas y prestaciones que garanticen tal derecho, que será desarrollado posteriormente por la Ley General de Sanidad de 1986, entendiéndose la inversión en salud como una contribución para el bienestar de los ciudadanos.

En esa línea, el abordaje de la salud ha alcanzado un inusitado grado de complejidad debido, entre otras cosas, al envejecimiento de la población, al incremento de la cronicidad, y a la necesidad de contemplar la participación individual y comunitaria en un marco social muy dinámico, lo que plantea reconsideraciones respecto a la estructura, a los procesos y al papel de los profesionales de la salud; y todo ello desde el prisma de la eficiencia que ayude a garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario, uno de los mayores retos del sistema sanitario español.

Ante esta situación las organizaciones sanitarias tienen que ser capaces de adaptarse y modificar su estructura, su organización, su funcionamiento y los procesos que sustentan sus actuaciones, en especial la atención hospitalaria, anclada en una visión medicalizada de la enfermedad para la atención de pacientes con enfermedades agudas, una clasificación de los pacientes según la patología por la que acceden al sistema hospitalario, una estructura interna estanca, deficiencias en la coordinación interniveles o un aislamiento respecto de la comunidad en la que se insertan; lo que no beneficia ni a los pacientes ni a los profesionales de la salud.

Entre estos profesionales, las enfermeras, cuantitativamente las más numerosos del sistema hospitalario, no pueden desplegar todas sus competencias y todo su potencial a pesar de que cuentan con altos niveles de cualificación, y a la emergencia de figuras como la enfermera especialista y la enfermera de práctica avanzada. Los perfiles actuales de estos profesionales permiten progresar hacia prácticas que favorecen la seguridad de los ciudadanos, incrementar la calidad de los cuidados, poner el foco de la evaluación en los resultados en la salud y en la gestión proactiva, potenciar el desarrollo profesional y contribuir a la eficiencia y por lo tanto, a la sostenibilidad del sistema hospitalario.

En esta línea la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) promueven una campaña de ámbito internacional: Nursing Now. Entre sus objetivos durante el período 2018-2020 figuran pedir a los gobiernos, profesionales sanitarios y usuarios de los servicios de salud que valoren a las enfermeras en su justa medida, y aboguen por su liderazgo como medio para mejorar la calidad de los cuidados y la mejora de la salud de la población.

El Sistema Sanitario de Castilla y León no es ajeno a esta situación. Es más, supone un ejemplo arquetípico de lo que se viene diciendo, y de aquí parte la necesidad de esta tesis doctoral, estructurada en tres grandes apartados.

La primera la evolución histórica y contextual del Sistema de Salud de Castilla y León (Sacyl) así como sobre los profesionales de la salud que trabajan en la Comunidad y en especial, sobre las enfermeras; en la que ha realizado una revisión de la situación fundamentalmente desde fuentes históricas, legales y estadísticas.

La segunda, es un estudio sobre la situación laboral y profesional de las enfermeras de Castilla y León sobre lo que se viene diciendo, desde la consciencia de que la gestión del cambio debe ser comprendida por estos profesionales e incluir su visión, ya que además, hay una inercia para continuar haciendo las cosas de la forma tradicional, tal como la cultura organizacional ha marcado en el transcurso del tiempo, y que es uno de los elementos de resistencia al cambio.

Y la tercera parte en la que se discute y proponen líneas de readaptación del modelo hospitalario aprovechando el potencial de Enfermería, y supone una oportunidad de mejora para el Sacyl y para los ciudadanos.

PARTE I. MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1. EL SISTEMA SANITARIO DE CASTILLA Y LEÓN

1.1. El Sistema Sanitario Español.

El sistema sanitario de un país es el conjunto organismos y entidades, públicas y privadas, que producen servicios de salud a través de un conjunto de servicios sanitarios. Es el instrumento operativo del modelo sanitario diseñado por los gobernantes de una zona geopolítica. En muchos países europeos, la atención sanitaria y los sistemas sanitarios son considerados como parte del denominado “Estado del Bienestar”, concepto acuñado en varios países en los años 20 del siglo pasado y generalizado después de la II Guerra Mundial, aunque sus orígenes en Europa datan de las leyes del canciller alemán Bismarck que fundamentaron la acción social del Estado, y dio lugar al desarrollo de la seguridad social europea con el fin de garantizar un acceso de los ciudadanos a los servicios sanitarios.

Uno de los ejes del Estado del Bienestar es la salud, necesidad irrenunciable del ser humano que constituye un derecho fundamental, junto con la educación o la atención social, y para su logro requiere la asignación de los recursos necesarios, una planificación eficiente y unos resultados satisfactorios para la ciudadanía. En esta línea, el sistema de salud como suma de organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud individual y comunitaria, es necesario, pero no suficiente para lograr ese objetivo, por lo que se han de contemplar medidas sobre la educación, la alimentación, la vivienda, el medio ambiente o el empleo, entre otros; para actuar sobre las condiciones de salud de un sujeto o de un grupo.

En España, realizada la transición democrática, el derecho a la salud aparece reflejado en el artículo 43 de la Constitución de 1978, donde se reconoce el derecho a la protección de la salud de todos los españoles y se establece que “compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”¹. Fruto de ese mandato constitucional se promulga en 1986 la Ley General de Sanidad que reconoce el derecho a la protección a la salud y el derecho universal a la asistencia sanitaria², y sienta las bases del actual Sistema Nacional de Salud (SNS) en España.

Pero el SNS actual es el resultado de una larga evolución histórica que se inició documentalmente con Alfonso X, “El Sabio”, y la promulgación del Fuero Real, a mediados del siglo XIII. En el Título XVI del Libro IV se establece la figura del “físico”, que debía ser aprobado por los ya establecidos en el lugar, y reconocido por el alcalde, recibiendo un título

como tal. De aquí provienen los términos “médico titular”, “practicante titular” o “enfermera titular” que se han mantenido en nuestro sistema administrativo y legal hasta hace poco tiempo. También se ha mantenido el término de “igualas”, que tiene su origen en el sistema capitativo de “todos por igual” usado por los gremios medievales para la contratación de un médico para atender a sus miembros y familiares, y que cubría la atención sanitaria con independencia del estado de salud³. Con estos orígenes, en el devenir del sistema hasta la actualidad se pueden diferenciar tres etapas evolutivas.

La primera abarca desde el 1900 hasta el año 1962. Sesenta años en los que se establecieron diversos mecanismos de cobertura de riesgos derivados del trabajo y de situaciones de necesidad. Se constituyeron los primeros seguros sociales laborales, creándose la primera Ley de Accidentes de Trabajo, aprobada el 30 de enero de 1900, contemplando el accidente de trabajo y posibilitando al empresario la opción de asegurar su responsabilidad. También se crea en 1908 el Instituto Nacional de Previsión (INP), para los fines de inculcar la previsión popular, especialmente la realizada en forma de pensiones de retiro, dando así inicio a las medidas reales de protección social, precursoras de la actual Seguridad Social. En 1919 se creó, también con carácter obligatorio, el Seguro de Retiro Obrero para asalariados entre los 16 y 65 años de edad, cuya financiación era bipartita: participaban las empresas y el Estado. Más tarde, en 1929, las trabajadoras de edades entre 16 y 50 años acogidas al Retiro Obrero, quedaron amparadas por un denominado Seguro de Maternidad Obligatorio, con cobertura de asistencia médica y pecuniaria durante la gestación, y que estaba subvencionado por el Estado, Diputaciones, Ayuntamientos y por las cuotas obreras y patronales. En 1931 fue creada la Caja Nacional contra el Paro Forzoso, mediante el otorgamiento de abonos a las entidades aseguradoras por el importe de los subsidios a los desempleados. En 1942 se inician las aportaciones de trabajadores y empresarios al Seguro Obrero de Enfermedad (SOE). En 1938 se crearon el Fuero del Trabajo y la Ley de Bases, creando un mecanismo de protección familiar: el régimen obligatorio de subsidios familiares. La gestión de estos seguros y subsidios fue asumida por el INP a través de la Caja Nacional de subsidios familiares⁴.

Un paso significativo fue la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944, que regulaba la organización de la Sanidad Nacional. Se regía por el criterio de la preservación de la salud individual y colectiva, y su reglamentación correspondía al Ministerio de la Gobernación. En esta Ley se dicta que corresponde al Estado el ejercicio de la función pública de Sanidad, ayudado por las Corporaciones públicas, Organismos paraestatales y del Movimiento, y por las entidades particulares.

En 1947 el subsidio se transformó en Seguro de Vejez e Invalidez gestionado por el Instituto de Reformas Sociales. De 1953 a 1962 fueron creados también diversos regímenes especiales y seguros sociales de base profesional, como los del sector agrario y del mar, el de los estudiantes o el del servicio doméstico, que tuvieron su cobertura reglamentada por Leyes, Mutualidades y Montepío, respectivamente. Todos ellos fueron contemplados como especiales en la citada Ley de Bases. La Protección de la viudedad en el año 1955; la incorporación de los trabajadores autónomos al Mutualismo Laboral en 1960; la generalización, en el año 1961, del Seguro de Enfermedades Profesionales a la totalidad de las enfermedades profesionales conocidas, y la creación en el año 1961 del Seguro Nacional de Desempleo⁵ completan el elenco de los mecanismos de cobertura en estos años.

La segunda etapa comprendida entre 1963 y 1972, denominada de “cristalización”, ya que se articularon medidas legislativas que dieron soporte jurídico a la Seguridad Social, como protección unificada ante situaciones de necesidad con principios que hoy se mantienen: un sistema integrado de mayor alcance profesional y la Seguridad Social de índole corporativa, sindical, con tendencia a la universalización bajo la responsabilidad del Estado. La Ley de Seguridad Social de 1966 que sería modificada 6 años después.

En la tercera etapa, desde el año 1972 hasta la actualidad, se tomaron importantes medidas de reordenación y racionalización de la acción protectora que pasaban por la reforma de la estructura organizativa y la extensión de su ámbito a todos los ciudadanos, y que normativamente comenzaron con la Ley General de la Seguridad Social de 1974, refundida en 1994 y hoy vigente⁷. Se crea entonces una estructura diferenciada. Por Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre⁸, que pondría fin al INP, se configuran la Secretaría de Estado de la Seguridad Social con funciones de dirección y coordinación de la gestión de sus recursos; el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), Entidad que gestiona y administra las prestaciones económicas del Sistema de la Seguridad Social; la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS), a la que compete la gestión de los recursos económicos y financieros del sistema, con base en los principios de solidaridad financiera y caja única; y la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad y, dentro de ella, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y el Instituto Nacional de Empleo (INEM), dotados de personalidad jurídica. Se crea otra entidad gestora más de especial significación en el ámbito de la salud: el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD).

El INSALUD terminaría prestando servicio al conjunto de la población como SNS hasta el año 2001, y gracias a la Constitución Española de 1978 y a la Ley General de Sanidad del año 1986, se universaliza la

asistencia y se transforma el Sistema de Seguridad Social en un SNS. Además, en la Ley General de Sanidad, se define el SNS como se concibe en la actualidad, “conjunto de los Servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas”², y cuyas características fundamentales de financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso se reflejan en:

- La extensión de sus servicios a toda la población.
- La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.
- La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único, es decir, la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud
- La financiación mediante recursos de las Administraciones Públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.
- La prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

Queda establecido un sistema sanitario en dos niveles de actuación: la atención primaria (ambulatorios y Centros de Salud) y la atención especializada con hospitalización con o sin internamiento.

Pero la sanidad española tenía carencias y problemas heredados de la Ley de Bases de 1944, sobre todo derivada de su estructura fragmentada. Surgen entonces propuestas de gerencialismo y de cuasimercado. El conocido como “informe Abril” de 1991, dirigido por Abril Martorell, presidente de la comisión de expertos encargada por el Congreso de los Diputados para evaluar el sistema de sanidad y proponer reformas o mejoras, aboga por la separación de las funciones de financiación, compra y provisión de servicios, y se decide configurar los centros sanitarios como empresas públicas regidas por el derecho privado⁹. El Pleno del Congreso de los Diputados, el 18 de diciembre de 1997, aprueba el informe para la Consolidación y Modernización del SNS, en cuyas conclusiones se establecía que en materia de organización y gestión era preciso, entre otras medidas, impulsar la autonomía en la gestión sanitaria, potenciando la separación de las funciones de planificación, financiación, compra y provisión de servicios, configurando los centros asistenciales como organizaciones autónomas, con facultades de decisión, y facilitando la extensión de las nuevas formas de gestión a toda la red de asistencia pública. En este sentido, la Ley 15/1997 sobre

Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del SNS no excluye ninguna forma jurídica concreta para la gestión de centros sanitarios, siempre y cuando tengan naturaleza o titularidad pública y mantengan el carácter de servicio público de la asistencia¹⁰, lo que provocó no pocas críticas entre los trabajadores y algunos sectores sociales.

Con ese estado de cosas ya se había iniciado el proceso de transferencias de la gestión sanitaria a las Comunidades Autónomas (CC AA) de manera diferencial, y que supuso una transformación del sistema sanitario y la extinción del INSALUD (reducido a la actuación en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla a través del recién creado Instituto de Gestión Sanitaria –INGESA-). El traspaso de funciones y servicios a las comunidades autónomas comenzó en el año 1981 con Cataluña y concluyó en el año 2001, según los Reales Decretos que se relacionan¹¹:

- Cataluña: Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio.
- Andalucía: Real Decreto 400/1984, de 22 de febrero.
- País Vasco: Real Decreto 1536/1984, de 6 de noviembre.
- Valencia: Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre.
- Navarra: Real Decreto 1680/1990, de 28 de diciembre.
- Galicia: Real Decreto 1679/1990, de 28 de diciembre.
- Canarias: Real Decreto 446/1994, de 11 de marzo.
- Asturias: Real Decreto 1471/2001, de 27 de diciembre.
- Cantabria: Real Decreto 1472/2001, de 27 de diciembre.
- La Rioja: Real Decreto 1473/2001, de 27 de diciembre.
- Murcia: Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre.
- Aragón: Real Decreto 1475/2001, de 27 de diciembre.
- Castilla-La Mancha: Real Decreto 1476/2001, de 27 de diciembre.
- Extremadura: Real Decreto 1477/2001, de 27 de diciembre.
- Baleares: Real Decreto 1478/2001, de 27 de diciembre.
- Madrid: Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre.
- Castilla y León: Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre.

Desde este proceso de transferencias competenciales, cada CC AA se encarga de la planificación, administración y gestión de los servicios sanitarios ámbito territorial, siguiendo las directrices marcadas en

la Ley General de Sanidad. El organismo gestor en materia sanitaria de cada Comunidad es la Consejería de Sanidad correspondiente, y coordinados por el Consejo Interterritorial del SNS. Este Consejo es el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los distintos Servicios de Salud Autonómicos entre sí y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud. Está formado entre otros, por los Consejeros de todas las comunidades autónomas y presidido por el Ministro de Sanidad.

1.2. Competencias sanitarias en el Estado de las autonomías.

España es una monarquía parlamentaria que con la promulgación de la Constitución de 1978, desarrolló una profunda transformación de su estructura política y de su territorio. La organización política del Estado Español es la de un gobierno central parlamentario y 17 comunidades autónomas descentralizadas en otros tantos gobiernos autonómicos.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). España es un país con algo más de 45,5 millones de habitantes, de los cuales el 9,5% son extranjeros. Las CC AA del noroeste han perdido población en la última década, en especial Castilla y León (-3,1%) y Asturias (-2,9%); mientras Melilla (32,2%), Ceuta (14,7%), Baleares (14,5%) y Canarias (10,7%) la han ganado¹². Su tasa bruta de natalidad es de 8,8 nacimientos/1.000 habitantes, y ocupa en vigésimoquinto lugar en el número de hijos por mujer de la Europa de los veintiocho. La tasa bruta de mortalidad es del 8,79 por 1.000. La esperanza de vida es la más alta de la Unión Europea (80,3 años para los hombres; 85,8 para las mujeres), con una esperanza de vida a los 65 años de 21,21 años.

En el año 2017 tuvo un gasto en salud per cápita de 2.967 euros, 3 camas hospitalarias por 1.000 habitantes, 5,5 enfermeras y 3,8 médicos por 1.000 habitantes, según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Un 72,2% de la población valora su salud como buena o muy buena. Desde el año 2007 al 2012, la morbilidad hospitalaria cayó en nuestro país (10.660 a 9.909 por 100.000 habitantes), pero a partir de ese año comenzó a subir hasta los 10.430 por 100.000 habitantes en el año 2016¹³.

En lo que respecta al sistema sanitario, el Gobierno Central a través del Ministerio de Sanidad es el responsable de áreas estratégicas como la coordinación general y la legislación sanitaria básica, la configuración de la cartera de servicios básica del SNS, la política farmacéutica, de promover la coordinación entre el Estado y las CC AA, y la formación sanitaria de pre y postgrado; todo ello con financiación estatal a través de los impuestos y de los presupuestos generales del Estado. Las 17 CC AA tienen capacidad para planificar y organizar sus respectivos servicios de salud, respetando la cartera de servicios básica, y el Ministerio sigue siendo responsable directo de la planificación, gestión y administración de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla a través del INGESA.

Con la finalidad de garantizar los principios básicos del SNS, y en especial la cohesión y la calidad del SNS, se promulga la Ley de Cohesión y Calidad del SNS del año 2003, y se establecen las funciones del Consejo Interterritorial del SNS, que según define el artículo 69 de la Ley 16/2003, es “el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud, entre ellos y con la Administración




del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado”¹⁴. El Pleno de este órgano está formado por la figura responsable del Ministerio de Sanidad y de las 17 consejerías de sanidad de las CC AA.

El artículo 8 de la citada Ley contempla que las prestaciones sanitarias del catálogo se harán efectivas mediante la cartera de servicios comunes que, según su artículo 20, se acordará en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, teniendo en cuenta en su elaboración la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo, las necesidades sociales, y su impacto económico y organizativo. Dicha cartera de servicios comunes queda definida en el artículo 2.1 de la norma como “el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias”, necesaria para llevar a cabo una atención sanitaria adecuada, integral y continuada a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

Por su parte, las CC AA deciden cómo organizar y hacer efectivos los servicios sanitarios a su población, y configuran su mapa sanitario. En él se recogen las divisiones territoriales necesarias para lograr la mayor eficiencia posible en la atención sanitaria. Según la ya mencionada Ley General de Sanidad de 1986, en su artículo 56 define las Áreas de Salud como las estructuras fundamentales del sistema sanitario con una dirección, gestión y administración que garantiza la realización de todas las actividades de la atención primaria en las zonas básicas de su influencia. Se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del Área². Como regla general, el Área de Salud extenderá su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000, sin exceder los límites geográficos provinciales. Cada Área de Salud tendrá, al menos, un hospital de referencia. Así mismo establece que las Áreas de Salud se dividirán en Zonas Básicas de Salud con cabecera en el centro de salud, para conseguir la máxima operatividad y eficacia, y en su delimitación deberán tenerse en cuenta: las distancias máximas de las agrupaciones de población más alejadas de los servicios y el tiempo normal a invertir en su recorrido usando los medios ordinarios, así como criterios demográficos, geográficos, sociales y epidemiológicos. Se configura así la zona básica de salud como el marco territorial de la atención primaria de salud (APS).

Por último, las corporaciones locales tienen un papel limitado, quedando relegadas al control sanitario del medio ambiente, de industrias, actividades y servicios, transportes, ruidos y vibraciones, de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, el control sanitario de la distribución y suministro de alimentos, bebidas y demás productos relacionados con el uso o consumo humanos, así como de los cementerios y policía sanitaria mortuoria (Esquema 1).

Esquema 1. Competencias sanitarias de las diferentes Administraciones Públicas

Estado	Comunidades Autónomas	Corporaciones Locales
		
Bases y coordinación en materia sanitaria	Planificación sanitaria	Salubridad global
Política del medicamento	Gestión de Servicios de Salud	Colaboración en la gestión de servicios públicos
Sanidad Exterior	Salud pública	
Gestión INGESA		

Con este marco normativo y estructural, la asistencia sanitaria pública en España queda configurada en dos niveles: Atención Primaria y Atención Especializada. Además, sin adscribirse a ninguno de los previos, el servicio de emergencias sanitarias regulado por cada una de las CC AA.

En referencia a la Atención Primaria (AP), la Conferencia internacional de Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978, con el auspicio de la OMS, la define como “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país”¹⁵. Por lo tanto, es el núcleo del sistema de salud del país en cuando a que es la puerta de acceso del ciudadano al sistema sanitario, y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

En España, el Real Decreto 137/84, de 11 de enero, de estructuras básicas de salud, definió y sentó las bases del entonces llamado “nuevo modelo” de atención sanitaria, con el argumento de que, por una parte, un sistema sanitario moderno no puede seguir contemplando la separación existente entre las actividades preventivas y asistenciales, y por otra, la necesaria reestructuración exigible con el proceso de transferencias competenciales¹⁶ que se estaba produciendo en ausencia de un marco regulatorio específico que vendría 2 años después con la ya mencionada la Ley General de Sanidad. Se inicia así la llamada reforma de la Atención Primaria.

Las características que definen a la Atención Primaria, sobre el desarrollo del trabajo en equipo, la potenciación de la prevención y la educación sanitaria, la participación comunitaria y la desmedicalización de la asistencia, son:

- **Accesibilidad:** los pacientes reciben una atención rápida, oportuna, proporcionada y adecuada a sus necesidades de salud. La accesibilidad es fundamental para garantizar la equidad del sistema sanitario.
- **Continuidad:** la atención de los pacientes es a lo largo de su vida, en sus distintos ámbitos ya sea en domicilio, en la escuela, o en el trabajo. Y en cualquier situación asistencial: a demanda, programada, urgente o seguimiento hospitalario.
- **Integralidad:** valorando a la persona desde una perspectiva biopsicosocial. Las actividades de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social han de formar parte de las actuaciones desarrolladas por la atención primaria. Así como la atención individual, familiar y comunitaria.
- **Coordinación:** basada en el trabajo en equipo de profesionales sanitarios y no sanitarios, que permita que la información de cada paciente o familia esté accesible a las necesidades organizativas y asistenciales de todos los servicios de salud que la necesiten.
- **Enfoque promotor de salud y preventivo** mediante actividades asistenciales, docentes e investigadoras: el equipo de atención primaria da respuesta a las demandas asistenciales de la población, establece necesidades y planifica intervenciones en su ámbito de influencia y, además incorpora la docencia y la investigación como herramientas de crecimiento.

Este primer nivel de atención es llevada a cabo por los Equipos de Atención Primaria (EAP) formados por profesionales sanitarios y no sanitarios. Su núcleo básico lo forman: médicos de familia, profesionales de enfermería, trabajadores sociales y técnicos no sanitarios.

Respecto al segundo nivel de atención, la Atención Especializada (AE), y tras la Ley 37/1962, de 21 de julio, sobre Hospitales, el Real Decreto 137/1984, de 11 enero, sobre estructuras básicas de salud y la Ley General de Sanidad de 1986; queda definido por el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril por el que se aprueba el reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el INSALUD que sigue vigente en nuestros días¹⁷.

La Atención Especializada se presta en los hospitales y en centros de especialidades, en régimen ambulatorio o de internamiento. Comprende

las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel especializado. Así mismo garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la Atención Primaria y hasta que aquél pueda seguirse de nuevo en dicho nivel.

El tipo de prestaciones que se hacen efectivas desde estos dos niveles de atención está definida por la llamada cartera de servicios, que es el conjunto de servicios que el SNS ofrece a los ciudadanos. Contiene los servicios básicos y comunes, necesarios para llevar a cabo una atención sanitaria adecuada, integral y continuada a todos los usuarios con independencia de la Comunidad Autónoma en la que residan. La cartera de servicios vigente quedó definida en el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones¹⁸, siempre dentro del marco de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, y diferencia entre:

- La cartera común básica de servicios asistenciales, cubiertos de forma completa por financiación pública.
- La cartera común suplementaria que incluye aquellas prestaciones cuya previsión se realiza mediante dispensación ambulatoria y está sujeta a aportación del usuario, como las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica, productos dietéticos y transporte sanitario no urgente.
- La cartera común de servicios accesorios que incluye todas aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico, estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario.

Por su parte, las CC AA definirán la cartera de servicios complementaria, incorporando una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera común de servicios del SNS, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios, es decir, no estarán incluidos en la financiación general de las prestaciones del SNS.

1.3. Estructura y funcionamiento de la sanidad en Castilla y León.

Castilla y León es la comunidad autónoma más extensa de España, con una superficie de 94.226 km², lo que representa el 18,6% de la superficie española. Su población es de 2.425.801 habitantes en el año 2017 (5,20 % de España)¹⁹. La tasa bruta de mortalidad es de 11,96/1.000 habitantes, la segunda más elevada del país por detrás de Asturias, con 28.979 defunciones en el año 2017. De ellas, casi el 70% están causadas por tres grupos de enfermedades: las enfermedades del sistema circulatorio (29,23%), los tumores (26,72%) y las enfermedades del aparato respiratorio (13,04%)²⁰. Las morbilidades más frecuentes son las relacionadas con aparato circulatorio (1.735/100.000 hab.), el aparato digestivo (1.596/100.000 hab.), el aparato respiratorio (1.386/100.000 hab.) y las neoplasias (1.051/100.000 hab.)²¹.

El producto interior bruto (PIB) por habitante es de 23.446 euros, por debajo del PIB per cápita nacional (33.824 euros)²². El gasto sanitario en el año 2016 fue de 3.601 millones de euros, que representó el 6,5% del PIB de la Comunidad, ligeramente superior al su equivalente en todo el Estado (6%)²³.

Desde el punto de vista normativo, y tras la promulgación del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, el primer antecedente en el ámbito sanitario es la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León²⁴, que configura el Sistema de Salud y dicta una primera regulación de las actividades sanitarias. En esta norma se crea la Gerencia Regional de Salud (GRS).

Después, han visto la luz otras que inciden en el derecho a la protección a la salud de los ciudadanos de la comunidad. Por ejemplo, la Ley 13/2001, de 20 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica²⁵, que describe las acciones y mecanismos necesarios para la obtención de una atención farmacéutica o la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre los Derechos y Deberes de las Personas en Relación a la Salud²⁶, en la que se regulan e introducen las garantías para el ejercicio de los derechos de los pacientes en el Servicio de Salud de Castilla y León (Sacyl), así como sus deberes.

El devenir temporal trajo la asunción estatutaria de nuevas competencias por la Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de Reforma del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Castilla y León²⁷, y normativa estatal y de la Unión Europea que tenía implicaciones en el ordenamiento jurídico; pero también la evolución de la concepción de la salud pública y de las necesidades de salud de la población castellanoleonés. En esta línea, el artículo 74 de la Ley establece las funciones globales en materia de sanidad y salud pública del Sistema Público de Salud de Castilla y León, y garantiza las prestaciones como derecho individual y colectivo, que se

desarrollarán proactivamente con equidad y orientadas a la disminución de las desigualdades; y se definen los ámbitos funcionales y de actividad de las administraciones competentes y de los agentes implicados.

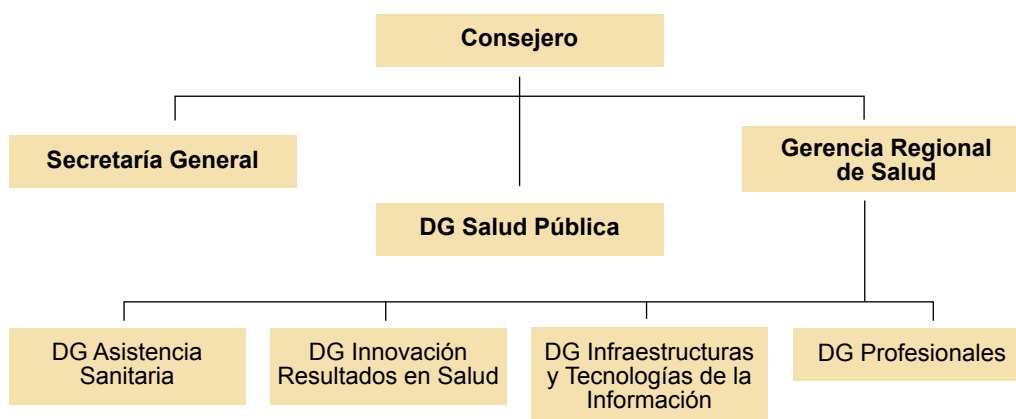
Como consecuencia, casi tres años más tarde se promulga la Ley 8/2010, de 30 de agosto por la que se regula la Ordenación del Sistema Sanitario, que deroga la Ley 1/1993, de 6 de abril, y trata de ser un instrumento efectivo para ordenar y administrar los recursos y competencias actuales²⁸, y anticiparse a los cambios que necesariamente han de producirse en el SNS.

En su título III, dicta que la ordenación territorial del sistema se articula en Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud, Demarcaciones sanitarias y otras divisiones territoriales que puedan crearse en el futuro. Estas estructuras se integran y ordenan en Atención Primaria, Atención Especializada, y Salud Pública y Atención Sociosanitaria. Todo ello configura el mapa sanitario de Castilla y León.

En esta norma también se reestructura el Servicio de Salud de Castilla y León (Sacyl), denominado Gerencia Regional de Salud (GRS), como un organismo autónomo creado para la administración y gestión de centros, servicios, prestaciones y programas públicos sanitarios de carácter asistencial y de atención a la salud que le encomiende la Comunidad Autónoma. Queda adscrito a la Consejería competente en materia de sanidad, dotado de personalidad jurídica, patrimonio y tesorería propios, y con plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines. Además queda facultada para emplear cuantas fórmulas contractuales se prevean en la legislación estatal u operar a través de las entidades instrumentales que al efecto sean constituidas, de cara a la optimización de recursos propios y ajenos.

Después de varios reajustes estructurales en la Consejería de Sanidad, tras la Orden SAN/957/2016, de 17 de noviembre, con modificaciones en virtud de la Orden SAN/1211/2019, se desarrolla la Estructura Orgánica de los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad y de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, buscando la mayor integración funcional y coordinación entre todos los órganos y unidades que conforman la Consejería de Sanidad y la GRS, permitiendo una gestión más eficiente del Sistema Público de Salud de Castilla y León²⁹, conforme se aprecia en el organigrama. (Esquema 2).

Esquema 2. Organigrama de los servicios centrales de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.



Por lo tanto, la GRS es el organismo encargado de gestionar la asistencia sanitaria a los ciudadanos, y desde su creación mediante la Ley 1/1993, de 6 de abril de Ordenación del Sistema Sanitario de Salud de Castilla y León, y su reglamentación por el Decreto 287/2001, de 13 de diciembre, se estructura periféricamente. Este desarrollo comienza en el año 2003 con el Decreto 24/2003, de 6 de marzo, y actualmente se rige en este asunto por el Decreto 42/2016, de 10 de noviembre³⁰, en cuya exposición de motivos figura que se dicta ante la necesidad de reducir y simplificar estructuras, sino también y de forma prioritaria para lograr la continuidad, integración y coordinación funcional entre los niveles asistenciales de primaria y especializada del Servicio Público de Salud de Castilla y León.

El Decreto establece en su artículo tercero que en el ámbito del área de salud, la dirección y gestión de la Gerencia Regional de Salud se realiza a través de las Gerencias de Asistencia Sanitaria, y que en el ámbito periférico la gestión de los servicios y actividades de emergencias sanitarias se realiza a través de la Gerencia de Emergencias Sanitarias, cuyo ámbito de actuación comprende todas las áreas de salud de la Comunidad Autónoma. Además recuerda la posibilidad de la constitución de Unidades de Gestión Clínica (UGC), según establece el Decreto 57/2014, de 4 de diciembre³¹.

Con estas referencias normativas, la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, a través del Sistema de Salud de Castilla y León (Sacyl), ha de garantizar a los ciudadanos las prestaciones de atención sanitaria vigentes, constituidas por el conjunto de servicios

preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos, que incluyen en su cartera de servicios:

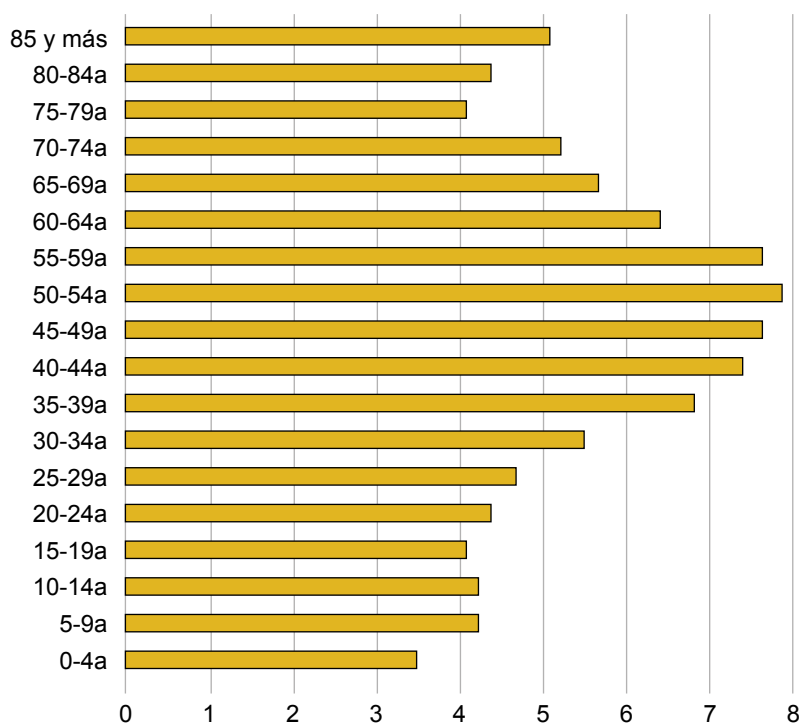
- Prestaciones de salud pública.
- Prestación de atención primaria.
- Prestación de atención especializada.
- Prestación de atención sociosanitaria, compartida con los servicios sociales.
- Prestación de atención de emergencias.
- Prestación farmacéutica.
- Prestación ortoprotésica.
- Prestación de productos dietéticos.
- Prestación de transporte sanitario.

Por último, con sus dispositivos, que se tratarán en el epígrafe siguiente, la Red Asistencial Sanitaria de Utilización Pública de Castilla y León está formada por todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos y privados que están financiados públicamente y que satisfacen las necesidades sanitarias de los usuarios del Sistema Público de Salud de Castilla y León, y a las que tienen derecho las personas que tienen su residencia en cualquiera de los municipios de Castilla y León y los españoles y extranjeros que residan en cualquier otro municipio del territorio español, así como los no residentes de acuerdo con la normativa nacional y supranacional aplicable. Sin perjuicio de ello, se garantiza a todas las personas la atención en situación de urgencia y emergencia independientemente de su situación administrativo-legal.

1.4. Las grandes cifras del Sistema Sanitario de Castilla y León.

La población de Castilla y León es de 2.425.801 habitantes en el año 2017, de los cuales el 50,73% eran mujeres³². Como se aprecia en la figura 3, los grupos de edad de 65 y más años son mayores que los del 0 a 24 años, lo que unido al progreso en edad de las cohortes de castellanoleoneses de 50 a 64 años en los próximos 15 años, hará que el porcentaje de personas de 65 y más años sea más elevado que en la actualidad.

Figura 1. Distribución de la población por grupos de edad en porcentajes.



Además, a partir de los 70 años las mujeres que viven en la Comunidad son más que los hombres, hasta el punto que en el grupo de los 80 años, prácticamente hay dos mujeres por cada varón.

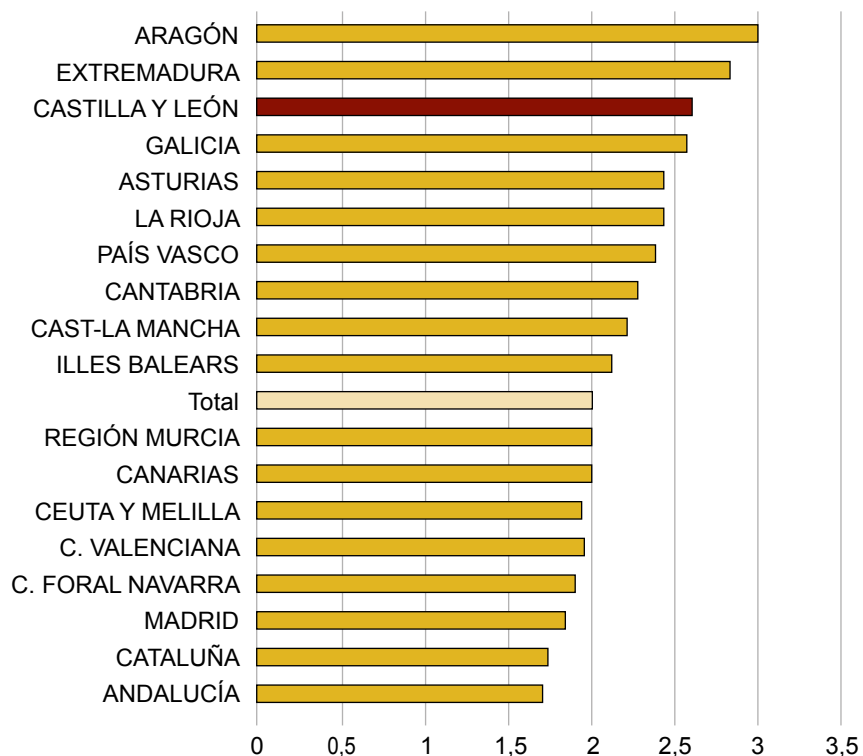
Para atender a esa población, en el año 2018 la Comunidad de Castilla y León cuenta un total de 16 hospitales públicos, de los cuales 14 son hospitales generales, y 20 centros hospitalarios privados³³. Los hospitales generales de la Comunidad tienen un total de 7.620 camas en funcionamiento, de las que el 83,03% son públicas (tabla 1).

Tabla 1. Número de camas hospitalarias en funcionamiento según finalidad y dependencia.

	Dependencia		Total
	Hospitales públicos	Hospitales privados	
Hospitales generales	6.327	1.293	7.620
Hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías	52	545	597
Hospitales de media y larga estancia	13	146	159
Total	6.392	1.984	8.376

En número de camas en funcionamiento en los hospitales públicos de Castilla y León es de 2,62 camas/1.000 hab. Como puede apreciarse en la figura 2, Castilla y León es la tercera Comunidad en dotación de camas hospitalarias en funcionamiento por 1.000 habitantes, por detrás de Extremadura y Aragón³⁴.

Figura 2. Número de camas en funcionamiento en hospitales por 1.000 habitantes en cada Sistema Regional de Salud.



La actividad desplegada en estas instalaciones se traduce en 102 altas hospitalarias por cada 1.000 tarjetas sanitarias como media de la Comunidad, situándose el Complejo de Segovia como el centro con menos altas (82/1000) y el Hospital Santiago Apóstol de Miranda de Ebro como el centro con la tasa más elevada (124/1000). El índice de ocupación de las camas hospitalarias del Sacyl es del 71,5%, siendo más elevada en Medicina Interna (94,6%). La estancia media global en estas camas es de 7,7 días, pasando ligeramente de los 9 días en unidades como Medicina Interna o Cuidados Paliativos.

El número de consultas externas en los hospitales de Sacyl es de más de 1.835 consultas por cada 1.000 tarjetas. Cinco de los catorce hospitales de la Comunidad superan las 2.000 consultas, destacando en Complejo de Palencia con unas 2.400 consultas.

En cuanto al número de urgencias atendidas en los hospitales del Sacyl, se sitúa en una media de 420 urgencias cada 1.000 asegurados. Los Hospitales “Santiago Apóstol” de Miranda de Ebro y “Santos Reyes” de Aranda de Duero son los que más urgencias atienden de la toda la Comunidad, entre 570 y 640 por cada 1000 tarjetas, mientras que Avila y Palencia están alrededor de las 300 urgencias³⁵.

En lo que respecta a la dotación de recursos estructurales en Atención Primaria, Sacyl cuenta Castilla y León cuenta con 247 centros de salud y 3.669 consultorios locales³⁶ distribuidos por toda su geografía (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de recursos estructurales en Atención Primaria en Sacyl.

Área de Salud	Zonas Básicas de Salud (ZBS)				Centro Salud	Consultorio Local	PAC*	Centro Guardia
	Total	Urbana	Semiurbana	Rural				
Ávila	23	5	2	16	22	339	19	1
Burgos	37	11	5	21	37	596	24	3
León	28	6	2	20	28	598	21	2
El Bierzo	11	4	0	7	11	143	8	1
Palencia	21	5	1	15	20	310	16	1
Salamanca	36	11	2	23	36	412	26	2
Segovia	16	3	1	12	16	285	13	6
Soria	14	2	0	12	14	345	12	2
Valladolid Oeste	17	8	0	9	17	105	11	0
Valladolid Este	24	12	1	11	24	125	13	1
Zamora	22	4	3	15	22	411	16	1
Castilla y León	249	71	17	161	247	3.669	179	20

*PAC: Punto de Atención Continuada

Por otra parte, la Gerencia de Emergencias Sanitarias (GES) de Castilla y León, es una Gerencia única, cuyo ámbito de actuación se extiende a toda la Comunidad Autónoma, que presta asistencia sanitaria extrahospitalaria a las urgencias y emergencias, y coordina los diferentes medios asistenciales intervinientes. Los recursos asistenciales con los que cuenta son:

- 1 Centro Coordinador de Urgencias (CCU)
- 23 Unidades Medicalizadas de Emergencias (UME)
- 3 Helicópteros Sanitarios
- 17 Unidades de Transporte Sanitario Interhospitalario (UVI-TIH)
- 117 Unidades de Soporte Vital Básico (USVB)

Con este soporte, la ratio de por habitantes se refleja en la tabla 3.

Tabla 3. Emergencias sanitarias Castilla y León 2017. Ratio de recursos móviles.

	Medio rural	Medio urbano	Total Castilla y León
USVB	1 / 11.532 Hab.	1 / 58.402 Hab.	1 / 20.370 Hab.
UME	1 / 90.333 Hab.	1 / 122.113 Hab.	1 / 103.621 Hab.
Helicópteros	--	--	1 / 794.435 Hab.
UVI-TIH	--	--	1 / 140.194 Hab.

Los recursos enfermeros con los que cuenta la GES son de 145 efectivos, del total de 304 profesionales enfermeras y médicos (tabla 4), de los que el 87% prestan sus servicios en las Unidades Medicalizadas de Emergencias (UMEs)

Tabla 4. GES. Recursos humanos sanitarios por categorías profesionales.

	Efectivos (absoluto)
Director Médico	1
Enfermeras	145
Jefe Unidad Coord Médica Equipos	1
Médicos de Urgencias y Emergencias	157

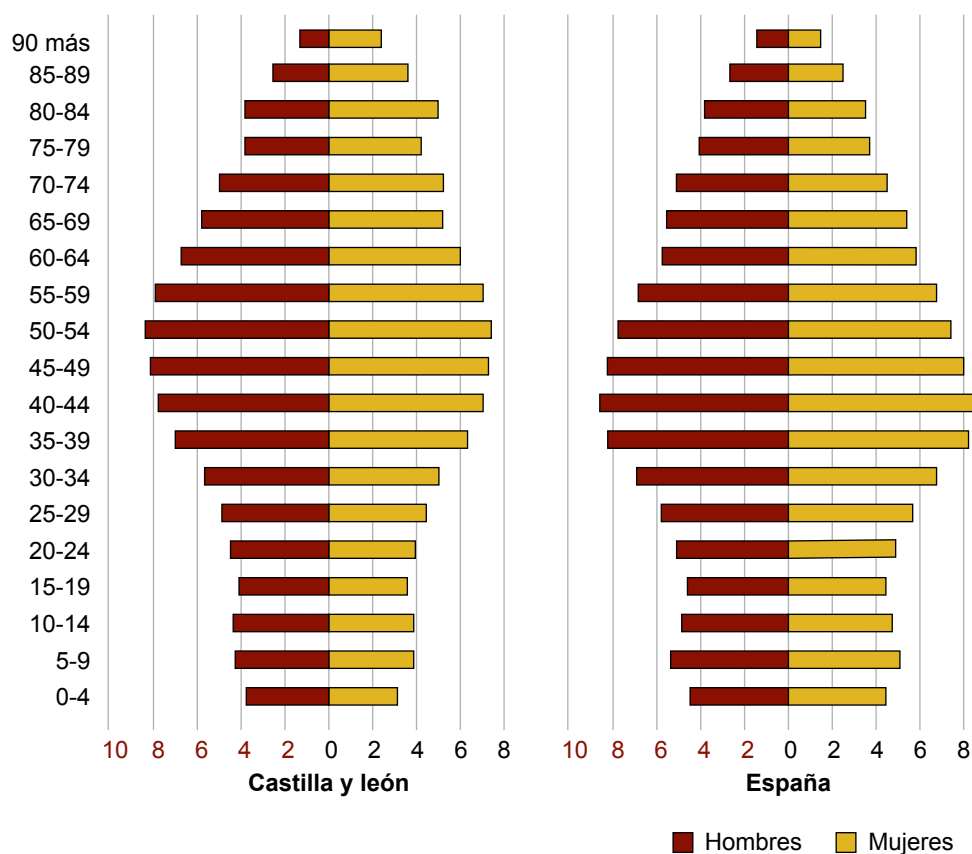
Respecto a su actividad, en el año 2017, la Gerencia de Emergencias Sanitarias de la Junta de Castilla y León atendió a más de medio millón de llamadas, de las cuales 257.885 fueron de tipo asistencial, y en demanda de ayuda urgente, que suponen el 52% de todas las llamadas recibidas. Cada día se recibieron una media de 1.371 llamadas, con un tiempo medio de respuesta de 13,29 minutos en el caso de las UMEs de Castilla y León, atendiendo a 269.885 pacientes³⁷. Con estos recursos estructurales, en ambos niveles asistenciales se atiende a una población en la que 1 de cada 4 ciudadanos tiene 65 o más años³⁸ (Tabla 5).

Tabla 5. Población de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) por área de salud y grandes grupos de edad en miles.

Área de Salud	0-13 años	14-64 años	≥65 años	Población total
Ávila	17,1	95,8	38,3	151,4
Burgos	42,9	231,6	81,4	356
León	30,3	195,1	84,4	309,8
El Bierzo	12,3	86,7	34,1	133,1
Palencia	16,1	101,3	38,5	156,1
Salamanca	33,7	210,6	82,2	326,6
Segovia	17,8	96,3	31,8	145,9
Soria	9,6	55,6	22,1	87,4
Valladolid Oeste	35,1	175,3	50,5	261
Valladolid Este	28	170,3	63,8	262,2
Zamora	14,7	100,2	49,6	164,6
Castilla y León	258,1	1.519,30	577	2.354,50

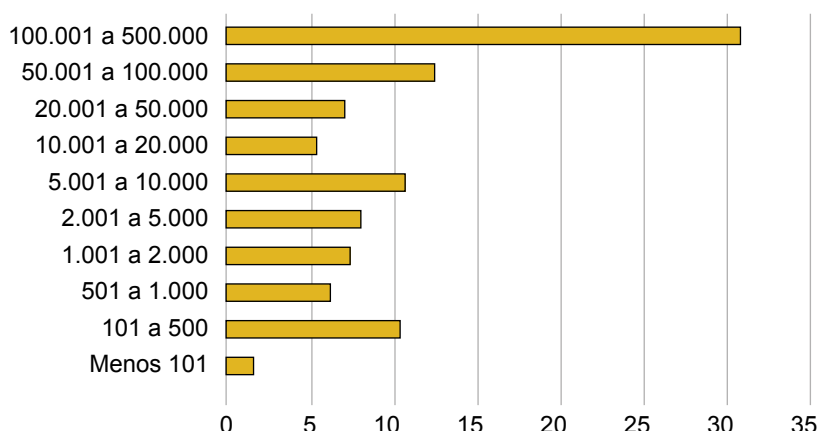
Y es que Castilla y León está experimentando cambios demográficos ligados a un mayor envejecimiento y a un saldo migratorio negativo. Si comparamos las pirámides poblacionales española y castellanoleonesa³² apreciamos como las proporciones de niños y niñas en los primeros grupos de edad son menores en Castilla y León que en España; ocurriendo lo contrario en la parte alta de la pirámide, es decir, los efectivos de 65 y más años tienen un peso bastante mayor en la Comunidad que en el resto de España (Figura 3). Además asiste a una evolución del perfil epidemiológico caracterizado por un incremento de patologías crónicas y cambios en los estilos de vida, que repercuten en el tipo de demandas sanitarias y sociales.

Figura 3. Pirámides poblacionales de Castilla y León y España 2017.
Porcentajes por grupos de edad.



Otro elemento que hay que tener en cuenta es la dispersión geográfica. Castilla y León, con una superficie de 94.225,96 Km², es una de las Comunidades más extensas y con menor densidad de población de toda Europa (25,97 hab/km²). La media española se sitúa en 92.02 hab/km². De esta forma, Castilla y León, cuya superficie representa el 18,62% del territorio español, aporta el 5,26% de la población al país. De hecho, de los 2.248 municipios que tiene la Comunidad, en sólo 4 (Valladolid, Salamanca, Burgos y León) se concentran casi el 31% de toda la población³⁹. (Figura 4).

Figura 4. *Distribución de la población castellanoleonesa según número habitantes del municipio.*



Por otro lado, tomando como base las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), y analizadas las previsiones de los indicadores hasta el año 2030, las proyecciones estiman que la población de Castilla y León decrecerá un 10,68%, mientras que para el conjunto del país disminuirá un 1,19%. Por provincias, las variaciones relativas de la población estimada para ese periodo son: Ávila (-13,09%), Burgos (-9,78%), León (-12,05%), Palencia (-11,46%), Salamanca (-10,75%), Segovia (-11,34%), Soria (-11,47%), Valladolid (-6,48%) y Zamora (-16,98%), en especial a expensas de la población rural⁴⁰.

Esas estimaciones datan que se producirá un crecimiento de población en el grupo de edad de mayores de 65 años (19,53%), mientras que se prevé un decrecimiento tanto en el grupo de edad de menores de 16 años (-28,17%) como en el de 16 a 64 años (-18,75%). Como resultado de la evolución prevista de la estructura por edades, la tasa de dependencia continuará su tendencia ascendente, pasando en Castilla y León de 59,56% en 2016 a 75,34% en 2031. En el conjunto de España la tasa de dependencia se incrementaría siete puntos porcentuales desde el 52% actual.

Por lo tanto, el patrón poblacional de Castilla y León corresponde al de una población envejecida, con un índice de envejecimiento del 190,36; muy superior a la media nacional que se sitúa en 118,26, y considerablemente mayor en el caso de las mujeres⁴¹. La situación de envejecimiento estructural se produce en todas las provincias aunque se aprecian diferencias que considerar. Valladolid mantiene la estructura más joven seguida de Segovia y Burgos mientras que Zamora y León presentan los índices más elevados (Tabla 6).

Tabla 6. Castilla y León 2017. Índice de Envejecimiento por provincia.

Provincia	Índice envejecimiento
Ávila	191,15
Burgos	166,46
León	227,70
Palencia	202,55
Salamanca	204,39
Segovia	154,20
Soria	191,30
Valladolid	154,24
Zamora	287,51
Castilla y León	190,36

Dentro del este grupo de edad, cada vez más representación las personas de 85 años y más, el índice de sobre-envejecimiento se comporta de una forma similar, representando un 19% en la población castellana y leonesa frente al 14,76% nacional, y el INE estima que en 2021 ascenderá al 21,1% en la Comunidad de Castilla y León. Esto tiene importantes consecuencias desde el prisma sociosanitario pues implica un aumento de la dependencia global, marcada por el aumento de la dependencia senil, y una disminución del índice de recambio de población activa.

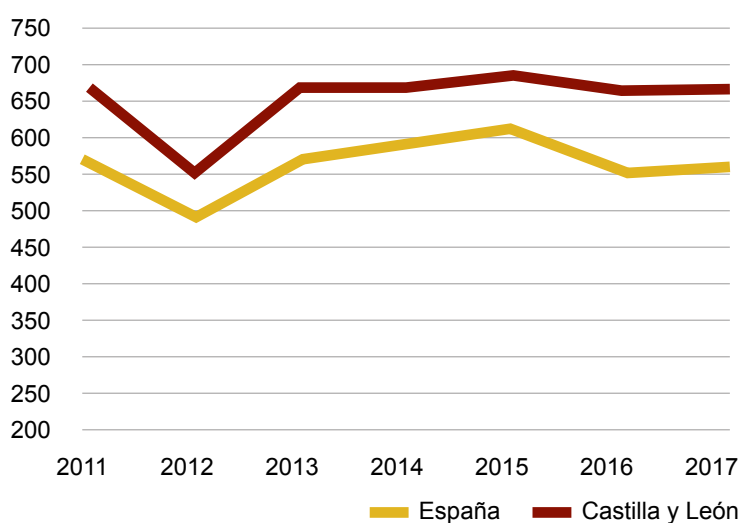
Se define por tanto, un escenario en el que algunas enfermedades que presentaban elevada mortalidad a corto plazo, han ido modificando su evolución transformándose en muchos casos en enfermedades crónicas que hoy representan el 33,21% de los pacientes atendidos en Sacyl, pero generando al mismo tiempo limitaciones funcionales asociadas a situaciones de dependencia, hechos que en la Comunidad de Castilla y León son especialmente relevantes.

CAPITULO 2. LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA SANIDAD PÚBLICA CASTELLANO Y LEONESA.

2.1. Activos profesionales en la sanidad pública.

El número total de enfermeras colegiadas no jubilados en Castilla y León en el año 2017 es de 16.662 efectivos, lo que supone una tasa de 6,68 enfermeras por cada 1.000 hab., mientras a nivel nacional es de 5,58 profesionales de Enfermería^{39,42}. Evolutivamente, y tras el descenso que se produjo en los años 2011-12, la tasa de enfermeras en el año 2017 se sitúa en niveles similares al año 2011 (Figura 5).

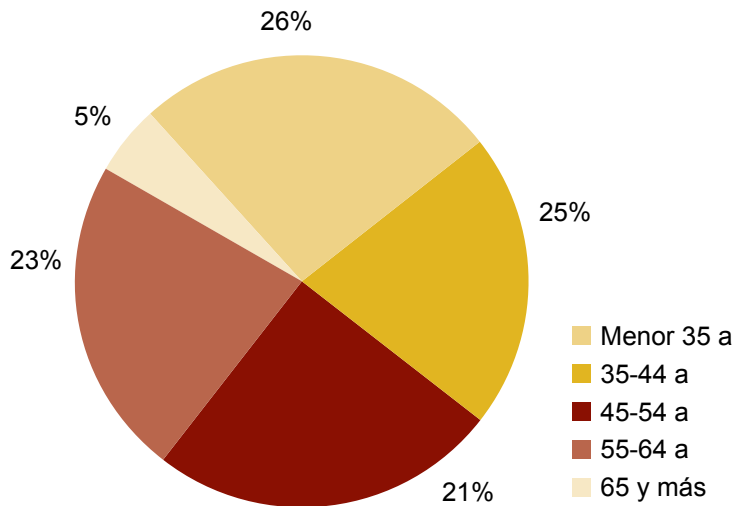
Figura 5. España y Castilla y León. Evolución tasa de enfermeras por 100.000 habitantes.



En los últimos años, Soria mantiene el número mayor de enfermeras por 1.000 habitantes de la Comunidad, mientras que Segovia y Zamora están en el extremo contrario, con diferencias entre esos extremos de 3,5 enfermeras por millar de habitantes.

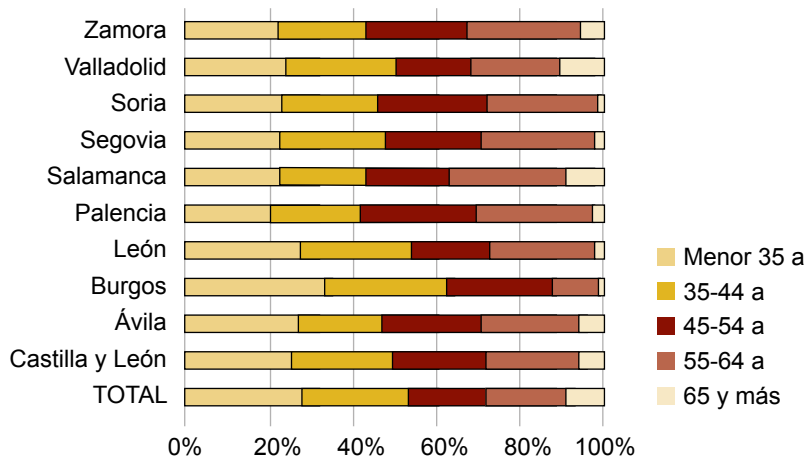
Respecto a la distribución por sexos, casi 89 de cada 100 son mujeres en Castilla y León, porcentaje superior al total del país (84%). La distribución por grupos de edad constata que el porcentaje de profesionales enfermeras de 55 y más años está en el 23% (Figura 6), por lo que uno de cada cinco enfermeras se podría jubilar en la próxima década en la comunidad, lo que supondrían casi 4.000 efectivos.

Figura 6. Distribución por grupos de edad de las enfermeras en Castilla y León 2017.



Las provincias de Salamanca, Zamora, Valladolid y Avila tienen los porcentajes de enfermeras de 55 y más años más altas, aunque la situación es bastante pareja en todas las provincias excepto en Burgos, donde la distribución de los grupos de 35 años y menos, y de 45 a 54 años difiere del resto de las provincias (Figura 7).

Figura 7. Castilla y León. Distribución porcentual de efectivos de Enfermería por grupos de edad y provincias.



2.2. Distribución de las enfermeras que trabajan en el sistema de salud de Castilla y León.

Las enfermeras que trabajan en el Sacyl son 9.057 en el año 2017, lo que representa el 54,35% de las enfermeras colegiadas en la Comunidad, y una tasa de 3,84 profesionales por millar de usuarios de tarjeta sanitaria individual (TSI) en la Comunidad^{43,44}. Las enfermeras que trabajan en Atención Especializada suponen algo más del 75% (6.806) de los efectivos enfermeros de Sacyl. La mayoría desarrollan su trabajo en unidades de atención directa al paciente, y sólo 199 (2,92%) son enfermeras especialistas (Tabla 7).

Tabla 7. Distribución de enfermeras de Sacyl en Atención Especializada según vinculación y puesto.

	Estatutarios	Funcionarios	Laborales	Total
Director Enfermería	14	1		15
Director Técnico de Enfermería	1			1
Enfermera Jefe Serv. Atenc. Paciente	6			6
Enfermera Profesora	4			4
Enfermera	5.838	360	102	6.300
Enferm especialista Enf. Trabajo	6			6
Enferm especialista Matrona	166	3		169
Enferm especialista Pediatría	15			15
Enferm especialista Salud Mental	9			9
Enferm especialista Obstetricia y Ginecología	20			20
Enferm especialista Salud Mental	132			132
Enferm especialista Atención Geriátrica	52			52
Enferm especialista Pediátrica	65			65
Enferm especialista en Salud Laboral	12			12

Fuente: GRS. Personal por puesto de trabajo 2017.

La dotación de estos profesionales por centro hospitalario en el año 2017 se releja en la tabla 8 en la que se aprecia que centros como el Hospital Clínico Universitario de Valladolid o el de Soria las tasas por millar de usuarios de TSI más altas, mientras que en el extremo opuesto se sitúan el Hospital de Medina del Campo, perteneciente al Area de Salud de Valladolid Este, o el Complejo de Segovia con diferencias de más de una enfermera por mil habitantes⁴³⁻⁴⁵.

Tabla 8. Dotación de enfermeras hospitales de Castilla y León.

Centro hospitalario	Nº enfermeras	Enfermeras/1.000 habitantes
C.A. ÁVILA	402	2,65
C.A.U. BURGOS	867	3,31
H. SANT APOSTOL	115	2,71
H. SANTOS REYES	121	2,34
C.A.U. LEÓN	885	2,86
H. EL BIERZO	348	2,61
C.A.U. PALENCIA	437	2,80
C.A.U. SALAMANCA	1002	3,07
C.A. SEGOVIA	316	2,17
C.A. SORIA	290	3,32
H. U. RÍO HORTEGA	641	2,46
H. CLÍNICO U. VALLADOLID	796	3,82
H. MEDINA DEL CAMPO	114	2,11
C.A. ZAMORA	471	2,86
TOTAL	6806	2,89

Se incluyen enfermeras especialistas y miembros de los equipos directivos

En lo que se refiere a la Atención Primaria de Salud, Sacyl cuenta con 2.797 enfermeras y 3.246 médicos de familia y pediatras. Las especialistas enfermeras en este nivel de atención son matronas, que representan el 6,24% (163) de los profesionales enfermeros^{43,44,46}. (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución de enfermeras en At. Primaria según vinculación y puesto.

	Efectivos	Temporales	Total
Director Enfermería	11		11
Enfermera	2.586	25	2.611
Enfermera especialista matrona	157	6	163
Jefe unidad coordinac. enfermería equipos	12		12

Fuente: GRS. Personal por puesto de trabajo 2017.

La ratio de enfermeras por cada 1.000 usuarios de TSI es sensiblemente inferior en Atención Primaria (1,18) que en Atención Especializada (2,89), lo que sugiere que es un aspecto que hay que analizar pues, teóricamente, la Atención Primaria es la puerta de acceso del usuario al sistema sanitario, constituyendo además una atención integral y a lo largo de la vida del ciudadano. La distribución de estos efectivos⁴³⁻⁴⁷ en cada una de las once áreas de salud de la Comunidad se refleja en la

tabla 10, donde se constatan diferencias de dotación según las áreas, de forma que en Avila hay el doble de enfermeras por millar de usuarios que en Valladolid Oeste.

Tabla 10. Dotación enfermeras según Area de Salud. 2017.

	Nº enfermeras	Enfermeras/1000
ÁVILA	240	1,58
BURGOS	375	1,05
LEÓN	371	1,20
EL BIERZO	163	1,22
PALENCIA	204	1,31
SALAMANCA	394	1,21
SEGOVIA	174	1,19
SORIA	135	1,54
VA OESTE	209	0,80
VA ESTE	270	1,03
ZAMORA	250	1,52
TOTAL	2785	1,18

CAPITULO 3. LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA DE ENFERMERÍA

3.1. Evolución de la Enfermería en la España Contemporánea.

En el año 1861, bajo el gobierno de O'Donnell, el Ministerio de Fomento aprueba el Reglamento al que hace referencia el artículo 40 de la Ley de Instrucción Pública de 1857 desarrollando las enseñanzas de los practicantes⁴⁸. Es una norma articulada en 3 títulos, 12 capítulos y 51 artículos, en la que se desarrollan materias como “el arte de los vendajes y apósitos más sencillos en la cirugía menor”, las curas y las aplicaciones de sustancias blandas, líquidas y gaseosas, la vacunación, la práctica de sangrías, escarificaciones y ventosas y sobre el arte del dentista y la pedicura. Además, esa norma regula la duración de las enseñanzas, el régimen y funcionamiento de los centros docentes, los estudios necesarios para obtener el título de practicante. Por último, y las obligaciones de los alumnos.

Ese Reglamento fue modificado en 1888, y regulaba las carreras de los practicantes y la de las matronas siendo Ministro del ramo D. José Canalejas y Méndez⁴⁹. Allí se refiere a los practicantes como auxiliares del médico, habilitándoles para el arte de la cirugía menor, supervisadas siempre por el licenciado o doctor en medicina. Se les habilitaba también para ayudar en las grandes operaciones quirúrgicas, lo que sin duda sirvió como base para el futuro desarrollo de la especialidad. Este plan privó a los practicantes el ejercicio del arte de dentista, lo que supuso no pocos enfrentamientos entre los profesionales y la administración⁵⁰.

El año 1902 se aprueba una norma por la que se regula el sistema organizativo de matriculación, condiciones, requisitos, etc⁵¹. Se exige tener dieciséis años cumplidos para poder iniciar las enseñanzas y tener acreditada la primera enseñanza superior en Instituto General o Técnico. Y se aprueba también un nuevo plan de estudios en el que sus enseñanzas ya no son tan genéricas como las dictadas en 1888, sino que se concretaban en 46 temas⁵².

En el año 1904 se reorganizan nuevamente los estudios de los practicantes y de las matronas⁵³. En este plan hay una importante modificación en la medida de que se diferencian las enseñanzas denominadas como oficiales, que se impartirán en las facultades de medicina, de aquellas enseñanzas no oficiales a los que se les exigía también realizar una reválida para obtener el título de practicante una vez concluidas las enseñanzas teóricas y prácticas.

El año 1905 supone un hito porque, por primera vez en la historia, las enfermeras españolas tienen un plan de estudios legalmente avalado, un plan oficial y con validez en todo el territorio nacional. Gracias a la

iniciativa de las Siervas de María, Ministras de los Enfermos, se aprueba el programa de los conocimientos que son necesarios para habilitar a las enfermeras a las que lo soliciten, pertenezcan o no a comunidades religiosas⁵⁴. Es un plan exigente, que superaba incluso a las enseñanzas de los practicantes, y constaba de 76 lecciones con prácticas que deberían realizar en clínicas, consultorios, asilos u hospitales.

Los Colegios Profesionales, aunque todavía no estaban constituidos legalmente, hecho que ocurrió en 1929, ya estaban en gran medida implantados en un número importante de provincias, y denunciaron ante los tribunales este plan de estudios. La controversia fue profunda y larga en el tiempo. No solo se debatía sobre las enseñanzas sino también sobre aspectos relacionados con el hecho de ser mujer, como por ejemplo, si las mujeres debían quitar puestos de trabajo a los hombres, podían deambular por las calles solas a ciertas horas haciendo avisos a domicilio, etc. Toda una serie de argumentos que aunque pudieran tener cierta lógica para las mentalidades de la época, no lograron convencer a los tribunales de justicia y al final, éstos, dieron la razón a las enfermeras⁵⁰.

Con ello, las Siervas de María vieron un reconocimiento a su labor, y a la del resto de las instituciones que iniciaron sus enseñanzas en esos años, como las enfermeras de la Escuela de Santa Isabel de Hungría en Madrid, o la Escuela de Enfermeras de Santa Madrona. Sin embargo, a pesar de que ya existían unas enseñanzas enfermeras oficiales y con validez para todo el territorio nacional, la Cruz Roja consiguió convencer a las autoridades académicas para disponer de un plan de estudios propios para enfermeras que trabajan en instituciones dependientes de la citada Organización. Así, se publica un Real Decreto el 28 de febrero de 1917 aprobando las instrucciones generales para la organización del Cuerpo de Damas enfermeras de la Asociación de Cruz Roja Española y el programa para sus enseñanzas⁵⁵. Es un programa de 35 lecciones, muy completo, y que sirvió de base para futuras enseñanzas de enfermeras, pero que sin embargo abrió la vía a nuevas aprobaciones de enfermeras que trabajaban en otras instituciones de características similares y no de ámbito nacional, como es el caso de las Hijas de la Caridad que se aprobarían años después, en 1922.

En el año 1921 nuevamente el Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes publica lo que consideran como “núcleos fundamentales de las enseñanzas en las distintas Facultades y las carreras de Odontólogos, Practicantes y Matronas”⁵⁶. En este Real Decreto se fija el cuadro mínimo de enseñanzas para cada una de las titulaciones citadas, estableciendo para las enseñanzas de los practicantes de anatomía y fisiología elemental, la antisepsia, los apósitos y vendajes y la cirugía menor; y para las matronas, la anatomía y fisiología elemental, la asepsia, antisepsia y elementos de higiene y la obstetricia normal.

Probablemente este Real Decreto marcó el fin de esta denominación, la de los practicantes, dado que no volvieron a tener revisión alguna de sus enseñanzas, a pesar de que en todos sus congresos siempre reivindicaron ampliar sus enseñanzas, ya superadas por las de las enfermeras.

En el año 1922 se publica una Real Orden por la que se aprueba el Reglamento para las hermanas enfermeras de San Vicente de Paúl, de los hospitales militares, más conocidas como las Hijas de la Caridad⁵⁷. Se trata de un programa muy bien estructurado, consta de 45 lecciones distribuidas en cinco grandes capítulos en las que se las prepara para su asistencia en los hospitales militares.

Valórese que, a pesar de que en el año 1915 se aprobó un plan de estudios, el que propusieron las Siervas de María que al final acabó siendo un plan de estudios para las enfermeras de congregaciones religiosas o para las laicas, no sirvió de nada, ya que la Cruz Roja consiguió hacerse con un plan hecho a su medida, y ahora las instituciones militares hacen también lo propio dotándose de otro plan de enfermeras distinto al del año 1915. Esto ha sido una constante en la profesión enfermera hasta su unificación en la denominación de ATS (Ayudante Técnico Sanitario).

En el año 1932 se aprueba una Orden del Ministerio de Gobernación⁵⁸ el programa para obtener el diploma de enfermero psiquiátrico. Es un plan nuevo mas no una especialidad desde el punto de vista legal, pero en la práctica se convierte en un diploma que acaba habilitando para trabajar en los hospitales psiquiátricos a todos los enfermeros y enfermeras que quieran cursarlo.

No hubo modificaciones importantes en lo que a planes de estudios se refiere hasta después de la Guerra Civil Española, en el año 1941 en el que se publica el programa oficial de las alumnas enfermeras de las Facultades de Medicina⁵⁹. El programa consta de una parte teórica con 32 lecciones y otra práctica, en la que contempla desde la higiene en las habitaciones, la desinfección de las ropas, limpieza del enfermo, alimentación, asepsia, etc.

En el año 1942 se hace público dos planes de estudios que propone la Delegación Nacional de Falange Española y Tradicional de las Juntas de Ofensiva Nacional-Sindicalista (J.O.N.S.) y que aprueba el gobierno. El primero es un programa de dos años de duración de enseñanzas integradas en Formación Profesional, y el segundo, bajo la denominación de "Programa de Enfermeras de guerra". Es otra demostración del poco valor político y académico que se les da a las enfermeras, cualquiera puede impartir tales enseñanzas, lo mismo da que sean instituciones privadas, religiosas, militares, oficiales, instituciones sin ánimo de

lucro o políticas, lo que supuso una desestructuración académica con repercusiones en el ámbito socioprofesional.

El año 1953 fue el año de la unificación de las denominadas profesiones auxiliares a la médica, en torno a una figura controvertida desde el punto de vista semántico como es la del Ayudante Técnico Sanitario, que unifica a los practicantes, enfermeras y matronas, comenzando así la segunda gran etapa de la enfermería española en el siglo XX. La figura de Ayudante Técnico Sanitario es única en el mundo, al igual que lo era el término practicante, pero en España tenían mucha más fuerza y raigambre, sobre todo en el ámbito rural, donde en ausencia de médico el practicante era la primera autoridad sanitaria. Y así siguió siendo durante más de 20 años, de manera que la población siguió denominando practicantes a los ATS que trabajaban en el ámbito rural.

Las enfermeras, sin embargo, son un colectivo emergente y con organizaciones ya establecidas a nivel internacional, pero con escaso poder político y profesional en España. Pero el gran desarrollo del ámbito hospitalario frente a la asistencia domiciliaria, el progresivo impulso académico a través de los planes de estudios de las enfermeras frente al de los practicantes, que no se había actualizado desde el año 1921, inclinó la balanza a favor de las enfermeras. Sin embargo el peso y poder de los practicantes era lo suficientemente fuerte como para no consentir una denominación “humillante” como era la de enfermeras y propusieron a las autoridades políticas una denominación que inicialmente fue la de “Afiliado Técnico Sanitario Único” y al final quedó como “Ayudante Técnico Sanitario”.

El estado de alerta y debate entre los practicantes se refleja en documentos de la época, como las conclusiones a las que llegaron a través de una comisión que creó el Consejo General de Colegios Oficiales de Practicantes de España en el año 1951.

Por otro lado, los profesionales médicos, reconocidos como maestros de “la clase” de los practicantes, cada vez apoyaban menos a los practicantes⁶⁰. Así las cosas, la comisión propuesta con el Consejo General de Colegios Oficiales de Practicantes de España aprueba en asamblea proponer el Auxiliar Técnico Sanitario Único. Así surge la denominación de Ayudante Técnico Sanitario, como declaración de fracaso y frustración por parte de un colectivo muy importante en su día, el de los practicantes⁶¹. Esta denominación tiene connotaciones peyorativas como trabajadores subalternos de los hospitales y se trasladaba en los planes de estudio pues el objetivo de la formación era la preparación de un profesional destinado a ayudar al médico y no al paciente⁶¹. Ni las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre la idoneidad de mantener la denominación universal de “enfermera” en España, tuvo traslado. Tanto fue así que obligó a al

colectivo de enfermeras a cambiar su título por el de Ayudante Técnico Sanitario.

El Ministerio de Educación Nacional publica una Orden en el año 1953 por la que se regulan las escuelas de las enfermeras y sus estudios. Se establece que las enseñanzas de enfermeras se cursarán en régimen de internado y en las Escuelas oficiales reconocidas por el Ministerio de Educación Nacional, que su duración será de tres años, la edad para iniciar sus enseñanzas será de diecisiete años, tener aprobado el bachiller elemental o el laboral, superar un examen de ingreso y otro al final del periodo de formación, y otras normas más o menos comunes al resto de las enseñanzas oficiales.

Poco después, el Decreto de 4 de diciembre de 1953, sobre la unificación de los estudios de Practicantes, Enfermeras y Matronas, regula los estudios de los Ayudantes Técnicos Sanitarios, y se establece la posibilidad de especialización de estos profesionales, que se concretará años más tarde en: matrona para los ATS femeninos (enero de 1957), fisioterapia (julio de 1957), radiología y electrología (1961), podología (1962), pediatría y puericultura (1964), neurología (1970), psiquiatría (1970), análisis clínicos (1971) y urología y nefrología (1975). En 1980, las especialidades de fisioterapia y podología pasaron a ser estudios finalistas con la creación de sendas Diplomaturas propias.

En 1955 se aprueba una nueva Orden sobre las normas para la nueva organización de los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios con una duración de tres años académicos. Se mantiene que las ATS femeninas mantendrán el régimen de internado, que no será obligatorio en los masculinos.

En el año 1960 se promulga el Decreto 2319/60 de 17 de noviembre en el que se establecían las competencias profesionales de los ATS que incluían: “la administración de medicamentos, inyecciones o vacunas y tratamientos curativos”; “auxiliar al personal médico en las intervenciones de cirugía general y de las distintas especialidades”; “practicar curas a los operados”; “prestar asistencia inmediata, en casos de urgencia, hasta la llegada del médico o titular de superior categoría”; “asistir a partos normales cuando en la localidad no existan titulares capacitados para ello”; y “desempeñar todos los cargos y puestos que en la actualidad se exigen a los títulos de practicante o enfermera, con la sola distinción que en cada caso corresponda a los ATS masculinos o los femeninos”⁶². Esta norma facultaba además para la creación de una nueva figura bajo la denominación de Auxiliar de Clínica, que llevaba a cabo funciones de asistencia de carácter doméstico como el aseo, la alimentación, la recogida de algunos datos clínicos y la administración de medicamentos a los enfermos, con exclusión de la vía parenteral.

En esos años se produjo un gran cambio en la política económica y social del Régimen que tuvo repercusiones inmediatas en la política sanitaria como la promulgación de la conocida como “Ley de hospitales”⁶³ y la construcción de nuevos hospitales, de forma que en apenas 8 años se triplicó su número en España. Esto produjo el desarrollo de los hospitales con un modelo de base que pervive en la actualidad. Este desarrollo favoreció el aumento de personal, especialmente femenino, aunque también se produjo una incorporación considerable de ATS masculinos a estas instituciones coincidiendo con la unificación de las titulaciones. No obstante, las áreas de actuación en razón del género estaban bien delimitadas, de forma que pocos de estos varones trabajaban en unidades de hospitalización, y desarrollaban su labor en quirófanos, laboratorios o unidades de radiodiagnóstico.

En ese contexto, a principios de los años 70, comenzó a llegar a España material bibliográfico sobre los modelos conceptuales de Enfermería que se estaban generando en Estados Unidos desde 1950, y en menor medida en Inglaterra y Canadá, que aportaban una nueva visión del trabajo de Enfermería. Coincidiendo también con una mayor receptividad general de España a las aportaciones extranjeras, comenzaron a surgir grupos de enfermeras que se cuestionaron aspectos sobre su competencia, sobre orientación que debía de tener su trabajo, y sobre su contribución en el sistema sanitario con un rol más independiente del médico, de modo que se constituye plataformas reivindicativas de los cambios que se desean para la profesión y para los profesionales, y de búsqueda de una identidad propia⁶⁴.

Coincidiendo en el tiempo se promulga la Ley General de Educación⁶⁵, contemplando dos posibilidades para los estudios de ATS: la integración en las escuelas de enfermería en la Formación Profesional de Segundo Grado o su integración en la Universidad, con rango de Escuelas Universitarias. Esta ley abre la posibilidad, por primera vez en la historia de España, de crear una titulación universitaria de un grado inferior a la licenciatura, para profesiones que no precisaran de una formación tan larga. A este primer ciclo universitario se le denominó Diplomado Universitario. Y es necesario recordar que los estudios de formación profesional de la época estaban muy desprestigiados, por lo que el colectivo de ATS no deseaba integrarse en él, con lo que se manifiesta de forma masiva por todo el país⁶¹.

Prácticamente, todos los grupos implicados se inclinaron por la opción de integrarse en la universidad. Los movimientos de todo el colectivo culminaron en la creación de la Coordinadora Nacional, que aglutinó y llevó a cabo los planteamientos reivindicativos durante todo el período de trabajo de la Comisión Interministerial, creada en 1976 para la reforma de los estudios de ATS, por la presión de sus colegios profesionales,

y que propuso la creación de Escuelas Universitarias en Enfermería (EUE) ⁶¹.

En el año 1977 la Comunidad Económica Europea aprueba una Directiva⁶⁶ sobre la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas, relativas a las actividades de los enfermeros responsables de cuidados generales. Esta directiva tiene por objeto homogeneizar los criterios en el ámbito comunitario con la mirada puesta en la creación de un espacio académico europeo único. La enfermería resulta fortalecida de este proceso toda vez que se empieza a atisbar un espacio enfermero con cierta independencia del poder médico quien hasta este momento había tomado a la enfermera como una auxiliar creada a su servicio sin un espacio profesional propio. A partir de esta norma, la enfermera empieza a crecer académica y profesionalmente hablando, llegando poco después a ingresar en el ámbito universitario⁶⁰.

Esta disposición de ámbito europeo obliga a las autoridades españolas a trasponer la citada directiva al derecho español, y comienza una batería de medidas legislativas que se inician con la entrada de los estudios enfermeros en la universidad⁶⁷, mediante el Real Decreto 2128/1977 relativo a la conversión de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en Escuelas Universitarias de Enfermería, así como la homologación de los títulos a efectos nominativos, corporativos y profesionales.

El primer plan de estudios, ya en el ámbito universitario, se aprobó mediante la Orden de 31 de octubre de 1977⁶⁸. En él se establecen las directrices para la elaboración de los primeros planes de estudios para Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE). Se estructuran en tres años, con una carga de 4.600 horas con al menos la mitad de prácticas, distribuidas en asignaturas troncales, obligatorias y otras de libre configuración, y 5 grandes áreas temáticas: Ciencias básicas, ciencias médicas, ciencias de enfermería, ciencias de la conducta y salud pública.

3.2. Desde la incorporación en la Universidad hasta el Espacio Europeo de la Educación Superior.

Desde la incorporación de los estudios de Enfermería a la universidad, se abre un lento periodo de consolidación profesional, laboral y académico que propician el paso de oficio a profesión. Con los cambios acaecidos, y a partir de las directivas comunitarias 77/452/CEE del Consejo, de 27 de junio de 1977, sobre el reconocimiento recíproco de los diplomas, certificados y otros títulos de enfermero responsable de cuidados generales; la Directiva 77/453/CEE, de 27 de junio de 1977, sobre la ordenación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de los enfermeros responsables de los cuidados generales; y la 77/454/CEE, de 21 de enero, sobre la formación enfermera, los legisladores españoles se ven obligados a modificar las normas educativas vigentes hasta el momento.

Así, y como ya se ha mencionado, mediante el Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, se convierten las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en Escuelas Universitarias de Enfermería⁶⁷. El Real Decreto 111/1980, de 11 de enero, sobre la homologación de los títulos a efectos nominativos, corporativos y profesionales, unificaba la denominación del colectivo en “enfermeros”⁶⁹, solo habría un colegio profesional, no podría haber discriminación de los ATS con respecto a los Diplomados, en lo que respecta a sus funciones y a sus derechos laborales. No obstante, a efectos académicos, fue necesario que aquellos enfermeros que desearan estar también homologados en este ámbito, deberían hacer un curso de convalidación de conocimientos. Su regulación se produjo mediante la Orden de 15 de julio de 1980 en la que se estableció la superación de un curso de nivelación de conocimientos para la convalidación académica del título de ATS por el de Diplomado en Enfermería⁷⁰, y cuya organización y desarrollo corrió a cargo de la Universidad Nacional de Educación a distancia (UNED).

Por otro lado, el tránsito hacia una verdadera Comunidad Europea hacia necesario homogeneizar las titulaciones universitarias y profesionales que, entre otras cosas, garantizaran la circulación y el establecimiento libres de los profesionales sanitarios y el intercambio entre universidades. Tras una serie de trabajos, vio la luz la llamada “Declaración de Bolonia”, en la que los rectores firmaron la Carta Magna de las Universidades, el 18 de septiembre de 1988. Posteriormente, en la “Declaración de la Sorbona” de mayo de 1998 se sentaron las bases para que el 19 de junio de 1999, 29 ministros de Educación y Cultura de distintos países, firmaran un acuerdo de mínimos sobre el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), cuyo proceso debería concluir en el año 2010.

España incorpora a su ordenamiento jurídico los fundamentos establecidos en este proceso a través de dos reales decretos, el Real

Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado⁷¹ y el Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Postgrado⁷². Estas enseñanzas permiten el acceso a la especialización y al doctorado.

Posteriormente, el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales adecuadas al EEES⁷³, y la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, establece los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero⁷⁴. Allí se dicta que los planes de estudios conducentes a la obtención del título de Graduado/a en Enfermería tendrán una duración de 240 créditos, ya referidos en créditos el artículo 5 del Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre; y que deberá incluir como mínimo, los módulos de “formación básica común”, “Ciencias de la Enfermería”, “Prácticas Tuteladas” y “Trabajo Fin de Grado” con una asignación total de 210 créditos.

Por lo tanto, los cambios fundamentales que afectan a la profesión enfermera pasan por el incremento de las horas lectivas quedando la carga en 240 créditos y un año académico más, desapareciendo la diplomatura en enfermería, estableciendo un sistema de créditos diferente, en el que el crédito ya no tiene el valor o equivalencia a 10 horas lectivas, sino que está condicionado a las horas de estudio y/o trabajos que el estudiante pueda realizar durante el periodo lectivo de manera presencial y no presencial. Es el Sistema Europeo de Transferencia y Acumulación de Créditos (European Credit Transfer and Accumulation System –ECTS-), basado en la carga de trabajo necesaria para alcanzar los logros académicos y competencias que debe adquirir el estudiante y que además, permite la convalidación de créditos entre las diferentes universidades europeas, lo que facilita la movilidad de estudiantes dentro de la misma universidad o entre universidades del mismo país o del ámbito europeo, la flexibilidad del aprendizaje y el reconocimiento de estudios y títulos.

Así, el graduado en Enfermería es un profesional competente para la prestación de cuidados de enfermería generales, y por lo tanto, responsable de los mismos. Para ello deberá proveerse de los contenidos científicos, de las habilidades y de las actitudes necesarias para valorar e identificar situaciones de salud, de riesgo y de enfermedad, para planificar y evaluar las intervenciones adecuadas en cada caso, de forma que proporcionen:

- Conocimiento adecuado de las ciencias que constituyen la base de los cuidados generales, por lo que incluye un conocimiento suficiente de la estructura y la función del cuerpo humano y del comportamiento de las personas tanto en un estado de salud

como de enfermedad, así como de la relación existente entre el estado de salud y el entorno físico y social del ser humano; además de un conocimiento suficiente de los principios generales de la naturaleza y la ética profesional relacionados con los cuidados de Enfermería.

- Experiencia clínica adecuada que por su valor formativo, que se adquiere bajo la tutoría de profesionales de la Enfermería, en aquellos lugares donde la calidad de los equipos de personal cualificado es la apropiada para el aprendizaje de los cuidados de Enfermería que se deben prestar a las personas sanas y enfermas.
- Habilidades y experiencias en la colaboración con otros profesionales de Ciencias de la Salud.
- Capacidad para la formación de profesionales sanitarios y experiencia en la colaboración con los mismos.

La formación en enfermería, deberá igualmente, dotar a los estudiantes de las capacidades necesarias para integrarse en el equipo de salud, teniendo siempre presente que el centro de atención de todos y cada uno de los profesionales que configuran un equipo de salud, debe ser la persona sana o enferma de forma integral, así como la familia y comunidad.

La enfermera deberá por tanto adquirir los conocimientos, las habilidades y las actitudes que le capaciten para asistir a las personas sanas o enfermas, bien para mejorar su situación de salud con acciones encaminadas a potenciarla, o para identificar los problemas relacionados con su enfermedad y mejorar sus condiciones de vida, así como a prestar los cuidados necesarios a las personas en el momento de su muerte.

Las enseñanzas de este Grado están orientadas a formar profesionales generalistas, con preparación científica y capacitación para describir, identificar, tratar y comparar problemas de salud a los que se puede dar respuesta desde la Enfermería, utilizando para ello el conjunto de métodos, procedimientos, modelos, técnicas y actuaciones que mejoren el estado de salud y contribuyan a la prevención de las enfermedades y de sus consecuencias. Todo ello considerando al individuo en su triple dimensión: biológica, psicológica y social

El punto de inicio para la adquisición de esas competencias pasa por cursar los estudios universitarios correspondientes. En esta línea, la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, establece, entre otras cosas, las competencias del recién graduado y las áreas de contenido mínima que deben cursarse para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero⁷⁴. Señala una relación de 18 competencias que podemos agrupar así:

1. Competencias asociadas con la función del enfermero y con los valores profesionales, que implica proporcionar cuidados en un entorno en el que se promueve el respeto a los valores, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad, y ejercer con responsabilidad y excelencia, bajo la vigilancia de un código deontológico.
2. Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas, que implica, entre otros, emitir juicios y tomar decisiones clínicas, así como intervenir con la persona o personas, desde valoraciones integrales. Además, implica utilizar adecuadamente un abanico de intervenciones y actividades con pleno conocimiento de causa, con destreza y habilidad, y con la máxima seguridad para las personas que interactúan. Este grupo de competencias incluyen las competencias cognitivas necesarias para usar, como herramientas transversales, la formación continuada y la evidencia científica
3. Competencias interpersonales y de comunicación, lo que supone proporcionar la información adaptada a las necesidades de cada caso y situación, y proporcionar un óptimo soporte emocional y motivacional. También implica el uso de las nuevas tecnologías como activo para la salud de las personas.
4. Competencias relacionadas con el liderazgo, la gestión y el trabajo en equipo, que implica capacidad para para trabajar en equipo, y liderarlos optimizando los recursos.

Mientras tanto, Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias⁷⁵ regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que en su ejercicio por cuenta propia o ajena, la estructura general de su formación, de su desarrollo profesional de éstos y de su participación en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias (artículo 1). Entre ellas, Enfermería aparece como profesión sanitaria titulada de nivel diplomado (artículo 2). En su artículo 7, se lee que “corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”; y dedica todo su capítulo segundo a la formación sanitaria especializada (FSE).

3.3. La formación sanitaria especializada.

La formación Especializada en Ciencias de la Salud tiene por objeto dotar a los profesionales de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la Especialidad. Si hay una norma nuclear en materia de las especialidades en ciencias de la salud, ya que ha contribuido al prestigiar el sistema de formación de especialistas sanitarios en España, es sin duda el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista⁷⁶. Posteriormente fueron aprobándose disposiciones de diferente rango legislativo que fueron desarrollando el sistema. En lo que a Enfermería atañe de manera específica, el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero Especialista⁷⁷, con el fundamento de llevar a cabo una progresiva especialización sin perder la posibilidad del ejercicio polivalente de la actividad profesional. Con esa idea se puso a trabajar el Consejo Nacional de Especialidades en Enfermería creado en 1988. Diecisiete años después ve la luz el vigente Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, previo informe la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, el Comité Asesor de Especialidades de Enfermería y el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería⁷⁸.

Hasta entonces, las especialidades vigentes eran las correspondientes a los Ayudantes Técnico-Sanitarios y a los Diplomados Universitarios en Enfermería y, por orden temporal, eran:

- Asistencia Obstétrica –Matrona- (Decreto de 18 de enero de 1957, modificado por el Real Decreto 2287/1980, de 26 de septiembre).
- Radiología y Electrología (Decreto 1153/1961, de 22 de junio).
- Pediatría y Puericultura (Decreto 3524/1964, de 22 de octubre).
- Neurología (Decreto 3192/1970, de 22 de octubre).
- Psiquiatría (Decreto 3193/1970, de 22 de octubre).
- Análisis Clínicos (Decreto 203/1971, de 28 de enero).
- Urología y Nefrología (Decreto 2233/1975, de 24 de julio).
- Cuidados Especiales (Real Decreto 992/1987, de 3 de julio).
- Salud Comunitaria (Real Decreto 992/1987, de 3 de julio).

Gerencia y Administración de Enfermería (Real Decreto 992/1987, de 3 de julio).

El Consejo Nacional de Especialidades en Enfermería preveía la creación de las especialidades de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matronas), Enfermería de Salud Mental, Enfermería Pediátrica, Enfermería de Salud Comunitaria, Enfermería de Cuidados Especiales, Enfermería Geriátrica, y Gestión y Administración de Enfermería. Hasta 1994 no se volvió a impartir ninguna especialidad, comenzando por la especialidad de Enfermera Obstétrico- Ginecológica -matrona-, y siguiendo con la especialidad de Enfermería de Salud Mental en el año 2002, las dos con la trayectoria más larga de todas las existentes actualmente.

Pero, por un lado, la constante evolución de los conocimientos científicos y tecnológicos, de los patrones epidemiológicos, de las necesidades y demandas de los pacientes y los usuarios, y del propio sistema sanitario; y por otro los cambios normativos liderados por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, que marca una nueva regulación de las especialidades en Ciencias de la Salud.

Las especialidades de Enfermería vigentes son las creadas en el ya mencionado Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, y son las siguientes:

- Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
- Enfermería de Salud Mental.
- Enfermería Geriátrica.
- Enfermería del Trabajo.
- Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos.
- Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Enfermería Pediátrica.

Son enfermeras residentes aquellas que, para obtener su título de Enfermero Especialista, permanecen en las unidades docentes acreditadas durante un período, limitado en el tiempo, de práctica profesional programada y tutelada conforme a lo previsto en el programa formativo, para obtener los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción por el residente de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de aquélla.

La formación de los enfermeros especialistas se realizará por el sistema de residencia en unidades docentes acreditadas para la formación especializada, según dicta el artículo 20.2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias tras superar una prueba anual, única y simultánea de carácter estatal⁷⁵.

Así mismo, la disposición transitoria segunda de la norma abre el acceso

excepcional para la obtención del título de Especialista a los profesionales que ya lo eran en virtud de normas anteriores.

Posteriormente, el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, determina y clasifica las especialidades en Ciencias de la Salud y regula las características específicas de dichos títulos, de las unidades docentes, de los órganos que intervienen en la supervisión y organización de los períodos formativos, y de los procedimientos de evaluación de los especialistas en formación y de los distintos elementos que configuran las estructuras docentes⁷⁹. Por ello, no es hasta el año 2009 cuando se convocan las primeras pruebas para acceder a la formación de enfermeras especialistas, con excepción de las especialidades de las de Matrona y Salud Mental, que ya venían convocándose.

Mientras tanto se han promulgado órdenes para su desarrollo, como la Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor⁸⁰. La obtención del título de Enfermero Especialista está actualmente regulada en el Real Decreto 639/201481.

Sus programas formativos se publican entre el año 2009 y el año 2011:

- Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
- Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo.
- Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica.
- Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica.
- Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental.

A nivel autonómico, se han ido promulgando normas para desarrollar este sistema. Se inicia con Decreto 75/2009, de 15 de octubre, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León, y cuyo objeto la regulación de la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León⁸², en consonancia con lo establecido en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero.

Ese Decreto se desarrolla a través de diversas órdenes que regulan el procedimiento para la autorización de las rotaciones externas de los especialistas en formación en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León (Orden SAN/561/2010, de 31 de marzo), la evaluación y control de la calidad de la formación sanitaria especializada (FSE) mediante el desarrollo de los planes de gestión de calidad docente y de los instrumentos de participación de los residentes (ORDEN SAN/702/2010, de 19 de mayo), el plan formativo transversal común para los especialistas en formación que se formen en los centros y unidades docentes acreditados del Sacyl y dirigido a proporcionar una formación integral en áreas de competencias esenciales y compartidas por las distintas especialidades (ORDEN SAN/914/2010, de 17 de junio) y la regulación del procedimiento de acreditación y reacreditación de los tutores de FSE (Orden SAN/496/2011, de 8 de abril, modificada mediante Orden SAN/438/2011, de 17 de noviembre), o la Orden por la que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud (Orden SSI/81/2017, de 19 de enero).

Especial mención requieren el plan formativo transversal común y el programa de formación del tutor. Respecto al primero, se establece que es una formación común a todos los especialistas en formación en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia, complementaria y compatible con los programas específicos, una formación de mínimos, sin perjuicio de que los centros y unidades docentes pretendan alcanzar objetivos de formación más ambiciosos, flexible pues favorece la autonomía de los centros y unidades docentes, coordinada que permite organizar actividades conjuntas para los residentes facilitando la interrelación y homogeneidad, en permanente adaptación a los cambios en los programas formativos, a las nuevas necesidades y demandas del sistema sanitario, y que incorpora las tecnologías de la información y nuevas formas de gestión del conocimiento. Los contenidos de este plan se relacionan con tres áreas competenciales: de planificación y gestión, asistenciales y de investigación y docencia.

Respecto al programa de formación del tutor, pretende garantizar unas competencias básicas en el tutor, facilitando su participación en

programas específicos de formación relacionados con la mejora de la competencia en áreas de práctica clínica y en metodologías docentes. Con esos objetivos se desarrollan actividades relacionadas con el conocimiento y aprendizaje de métodos educativos, técnicas de comunicación, metodología de la investigación, gestión de calidad o aspectos éticos. Esta formación es uno de los criterios de idoneidad para el nombramiento como tutor de residentes y también se contempla como requisito dentro del sistema de acreditación y reacreditación de tutores de la comunidad autónoma.

Por último, señalar que en Castilla y León hay 206 unidades docentes acreditadas de Formación Sanitaria Especializada (FSE) para formar a profesionales de la salud residentes. De ellas, las específicas para Enfermería según la especialidad se localizan en:

- Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona): Complejo Asistencial de Ávila, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Complejo Asistencial de Segovia, Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid y Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
- Enfermería del Trabajo: Complejo Asistencial Universitario de León, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid y Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
- Enfermería Geriátrica: Complejo Asistencial de Segovia.
- Enfermería Familiar y Comunitaria: Gerencias de At. Primaria de Ávila, Burgos, León, Ponferrada, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid Este y Valladolid Oeste.
- Enfermería Pediátrica: Complejo Asistencial Universitario de León, Complejo Asistencial de Segovia, Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid y Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
- Enfermería de Salud Mental: Complejo Asistencial Universitario de León. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Hospital Clínico Universitario de Valladolid y Complejo Asistencial de Zamora.

Además también pueden rotar por dos unidades de ámbito regional (la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral y la Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública), y por las unidades multiprofesionales, en las que se forman residentes de varias especialidades y de diferentes titulaciones.

La última convocatoria de plazas de EIR ofrecía 1092 plazas⁸³. Las más ofertadas son para las especialidades de Enfermería Obstétrico-

Ginecológica y Enfermería Familiar y Comunitaria, que suponen el 65,75% de las plazas, destacando el incremento en la de Enfermería Familiar y Comunitaria y el descenso en la de Enfermería Geriátrica respecto de la convocatoria precedente (Tabla 11).

Tabla 11. Plazas de Enfermería especialista ofertadas en las convocatorias 2017/18 y 2018/19.

ESPECIALIDAD	Convocatoria 2017/18	Convocatoria 2018/19	Variación %
Enfermería Obstétrico-Ginecológica	375	379	1,07
Enfermería del Trabajo	18	18	0,00
Enfermería Geriátrica	21	20	-4,76
Enfermería Familiar y Comunitaria	316	339	7,28
Enfermería Pediátrica	128	133	3,90
Enfermería de Salud Mental	193	203	5,10
TOTAL	1051	1092	3,90

De ellas, a Castilla y León le corresponden 68 plazas (6,22% del total nacional), de las que 14 son Enfermería Obstétrico-Ginecológica, 2 para Enfermería del Trabajo, 1 para Enfermería Geriátrica, 35 para Enfermería Familiar y Comunitaria, 6 para Enfermería Pediátrica y 10 para Enfermería de Salud Mental.

En el curso 2017/18 se formaron 149 enfermeras residentes en Castilla y León, cuatro menos que en el curso precedente, distribuidas conforme se relaciona en la tabla 12. De ellas, 76 lo hicieron en dispositivos de Atención Especializada y 73 en Atención Primaria⁸⁴.

Tabla 12. Castilla y León. Censo de residentes de Enfermería según Gerencia y año de residencia. Curso 2017/18.

	R1	R2	TOTAL
Atención Especializada			
C.A. Ávila	3	3	6
C.A.U. León	5	5	10
C.A.U. Palencia	4	4	8
C.A.U. Salamanca	4	7	11
C.A. Segovia	3	4	7
H.U. Río Hortega Valladolid	5	7	12
H.Clínico U. Valladolid	10	10	20
C.A. Zamora	1	1	2
Total At Especializada	35	41	76
Atención Primaria			
GAP Ávila	4	4	8
GAP Burgos	4	3	7
GAP León	5	4	9
GAP El Bierzo	5	4	9
GAP Palencia	3	3	6
GAP Salamanca	3	3	6
GAP Segovia	2	3	5
GAP Soria	2	3	5
GAP Valladolid Oeste	4	4	8
GAP Valladolid Este	5	5	10
Total At Primaria	37	36	73
TOTAL	72	77	149

CAPÍTULO 4: OBJETIVOS

4.1. Objetivo general.

El objetivo general es evaluar la formación que tienen los profesionales de Enfermería en el Sistema Sanitario de Castilla y León, y su relación con el desarrollo potencial de sus competencias en el sistema sanitario público.

4.1.1. Objetivos específicos.

Los objetivos específicos son:

- Analizar las características laborales de las enfermeras que tienen formación sanitaria especializada.
- Definir el perfil laboral de las enfermeras que son especialistas.
- Establecer el perfil profesional y laboral de las enfermeras que tienen formación de postgrado.
- Evaluar el perfil laboral de las enfermeras que buscan una mayor cualificación en su formación.

CAPÍTULO 5: MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. Diseño y muestreo.

Se diseña un estudio cuantitativo transversal en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León.

La población la constituyen las enfermeras colegiadas no jubiladas que, en el momento del diseño del estudio ese año eran 17.060 efectivos

Se realiza un muestro probabilístico estratificado de afijación proporcional al número de colegiados de cada provincia. Para una muestra representativa con un error de muestreo del $\pm 3\%$ para un nivel de confianza del 95%, y siendo $p=q=0,5$. Al desconocer la varianza de variables relevantes, se necesitan 1.004 cuestionarios válidos. En la tabla 13 se recogen el número de cuestionarios necesarios por provincia.

Tabla 13. Número de cuestionarios válidos por provincia.

	Proporción (%)	Tamaño muestral
Ávila	6,44	64
Burgos	14,29	144
León	19,28	193
Palencia	7,29	73
Salamanca	14,70	147
Segovia	5,19	53
Soria	4,61	47
Valladolid	20,94	210
Zamora	7,26	73
Castilla y León	100,00	1.004

El cuestionario se alojó en la plataforma de encuestas on-line de SurveyMonkey^R, previa adquisición de dominio, en www.limesurvey.org. Los participantes fueron captados e invitados a participar a través del correo electrónico, según estos pasos:

1. Se solicitó a los colegios provinciales de la Comunidad el listado con los correos electrónicos anonimizados de los colegiados.
2. Selección aleatoria de correos electrónicos según la muestra necesaria en cada provincia.
3. División en 3 bloques para cada uno de los estratos, para formar los tres ciclos de envío de petición de cumplimentación.

Además, se tuvo en cuenta que:

- a) Es necesaria una muestra de sustitución de igual tamaño a la muestra original y escogida con el mismo método.

- b) El grado de penetración de internet corresponde a una población no saturada, y se combinan métodos de captación online y offline.
- c) Los datos obtenidos de la revisión bibliografía sobre las tasas de apertura, de respuesta y de abandono.

Se diseñó el envío de 4 llamadas de peticiones de cumplimentación a respuesta a través del correo electrónico de los colegiados, separados por 10 días, excepto entre el segundo y tercer envío en el que hubo un intervalo de 20 días, conforme a la secuencia que se recoge en la tabla 14.

Tabla 14. Secuencia de envío de llamadas de respuesta.

	Diciembre	Diciembre	Enero	Enero
Envío invitaciones 1er ciclo	4200			
Recordatorio a no respuesta 1er ciclo Envío invitaciones 2º ciclo		3600 4200		
Recordatorio a no respuesta 2º ciclo Envío invitaciones 3er ciclo			3600 4200	
Recordatorio a no respuesta 3er ciclo				3600

Se cerró el envío de invitaciones tras alcanzar los 1.919 cuestionarios válidos, lo que supone un error de muestreo del $\pm 2,10$ % para un nivel de confianza del 95 % en población finita.

5.2. Instrumentos de obtención de datos

Respecto al instrumento, al no existir ningún cuestionario validado en la literatura que satisfaga los objetivos de la tesis, se optó por diseñar uno *ad hoc*. Tras la revisión bibliográfica, se elaboró un cuestionario con 36 preguntas, algunas de respuesta dicotómica y otras policotómicas, agrupadas en las cuatro categorías siguientes:

- Sociodemográficos.
- Laboral y profesional
- Valoración del reconocimiento profesional
- Formación continua, especializada y de postgrado.

Además se incluyó una pregunta dicotómica final.

Posteriormente fue sometido a un estudio piloto. Primero, se solicitó una revisión a cuatro expertos mediante una ficha elaborada al efecto en la que se pedía revisión de:

- Claridad de redacción (estructura sintáctica)
- Coherencia interna
- Inducción a la respuesta
- Lenguaje adecuado a nivel informante
- Valora lo que se pretende
- Aspectos generales:
- El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario
- Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación
- Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial
- El número de ítems es suficiente para recoger la información.
- Sugiera los ítems a añadir y/o eliminar.

Se contactó con los expertos primero telefónicamente y después a través de correo electrónico, explicándoles el marco del proyecto, el objetivo del proceso de validación y la necesidad de su valoración. Se estableció un plazo de 20 días para remitir las evaluaciones.

Se calcularon los valores por pares de revisores. La fiabilidad, como consistencia inter-observador, para cada ítem se realizó calculando

el porcentaje de acuerdos observados y el índice kappa ponderado, otorgando el siguiente baremo:

- Dos respuestas “Sí”: 1
- Una o dos respuestas “No”: 0
- Una o dos respuestas “parcialmente”: 0,75.

Las proporciones de acuerdo superiores al 70% se consideraron adecuadas

Como resultado, el 63,88% de las cuestiones mostraron acuerdos superiores al 70%, lo que añadido a los comentarios de los revisores, supuso que se revisasen 12 preguntas.

Posteriormente, se redujo el cuestionario a 23 cuestiones, y fue sometido a la consideración de 18 enfermeras de la Comunidad seleccionadas por muestreo aleatorio y proporcional al número de colegiados de cada provincia. Se les envió una plantilla donde debían responder a los siguientes aspectos:

- ¿Comprende el objetivo del cuestionario?
- ¿Se siente cómodo al responder las preguntas?
- ¿La redacción de la encuesta es clara?
- ¿Las opciones de respuestas se relacionan con las experiencias de los encuestados en el tema de la pregunta?
- ¿Algunos de los puntos los obligan a pensar demasiado antes de responder?
- ¿La encuesta es demasiado extensa?
- ¿Se pasaron por alto otros temas importantes para la profesión?
- Observaciones

Como resultado, se modificó la redacción de dos de las preguntas, y las alternativas de respuesta de una de ellas.

Tras este proceso, el cuestionario quedó configurado por 23 cuestiones distribuidas en 4 secciones y una pregunta dicotómica final:

Sección A: Sociodemográficos:

- Estado civil
- Provincia de residencia

- Fecha de nacimiento
- Sexo

Sección B: Datos de tipo laboral y profesional:

- Razón por la que decidió estudiar enfermería
- Titulación académica
- Posesión de otra carrera universitaria
- Enfermera especialista
- Estudios de máster.
- Estudios de doctorado
- Empleabilidad en los últimos 12 meses.
- La institución empleadora principal
- Vinculación con la empresa
- Turno y horario de trabajo
- Conciliación de la vida laboral y familiar
- Baja laboral
- Agresión en el lugar de trabajo

Sección C: Reconocimiento profesional:

- Reconocimiento profesional por diferentes colectivos.

Sección D: Formación realizada por el profesional:

- Formación continua en los últimos 5 años
- ¿Con quién realiza principalmente la formación continuada?
- Preferencias de la modalidad de la formación continua

Cuestión sin catalogar: ¿volvería a elegir la enfermería como profesión?

Se consideraron cuestionarios no válidos los que tenían 7 o más preguntas sin responder, y en los que se detectasen incongruencias en las respuestas.

Además del cuestionario se emplearon los siguientes recursos:

- Bases de datos: Instituto Nacional de Estadística (INEBase), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ministerio de Educación, y Formación Profesional, Consejería de Sanidad

de la Junta de Castilla y León, portal estadístico de la Junta de Castilla y León.

- Gestor bibliográfico Zotero.
- Recursos bibliográficos de la Universidad de León.
- Recursos de bases de datos de acceso online.
- Plataforma de encuestas on line de SurveyMonkey^R.
- Software de ofimática de Microsoft ^R 2013: Word, Excel y Access.
- Software de análisis estadístico SPSS v24^R bajo la licencia de la Universidad de León.

5.3. Análisis estadístico de los datos.

Los datos se analizaron de manera descriptiva univariante en una primera fase, en forma de porcentajes, media, error de la media, moda, varianza, rango y percentiles, en función de la variable que se estudia.

La segunda parte del análisis se centra en los un análisis bivariados con el objetivo de establecer la dependencia o independencia entre las variables de interés, para lo que se emplearon tablas cruzadas con la prueba no paramétrica de χ^2 para las variables cualitativas; así como la diferencia de medias con la prueba T de Student para variables cuantitativas. En todos los casos se tomaron niveles de confianza del 95%, y de significación bilateral del 0,05. La herramienta de análisis estadístico es el programa SPSS v24 bajo la licencia de la Universidad de León.

5.4. Consideraciones éticas.

En el diseño del protocolo de esta tesis y en la obtención y tratamiento de los datos se ha preservado, con carácter general, lo dispuesto a tal fin en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; y de forma específica en lo tocante a la protección de datos, la intimidad de la personas y la confidencialidad de su información personal, lo dispuesto en la Ley 14/2007, de 3 de julio de investigación biomédica, en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales (LOPD) y garantía de los derechos digitales.

En todo caso, se garantizó la confidencialidad de los datos y el anonimato con la configuración de la recepción de los cuestionarios en la plataforma SurveyMonkey^R, de forma que se ocultó el correo electrónico de procedencia de cada cuestionario para que las respuestas fuesen anonimadas.

Por último, la parte investigadora de esta tesis no recibió financiación de terceros, no se declaran conflicto de intereses.

CAPITULO 6. RESULTADOS

Los resultados de la tesis se despliegan en cinco apartados:

1. Análisis de las repuestas a los cuestionarios.
2. Análisis de la relación entre ser enfermera especialista o manifestar la intención de serlo, y la situación laboral.
3. Relación entre especialización y empleo
4. Estudio de la relación entre estar en posesión de un máster u otro título de postgrado universitario o manifestar desear cursarlo, y la situación laboral.
5. Estudio de las enfermeras que buscan mayor cualificación y su situación laboral.

6.1. Análisis de la muestra y de las respuestas al cuestionario.

Como resultado del envío de solicitudes de cumplimentación del cuestionario se mandaron 23.400 peticiones de cumplimentación en cuatro series, de las que fueron respondidas 2.258 (9,65 %). De esos cuestionarios se eliminaron 177 por no cubrir el número mínimo de preguntas establecidas como criterio de inclusión, 107 por no responder a las preguntas clave, y 55 al detectar respuestas incongruentes. Tras ello, la muestra productora de datos fue 1.919 enfermeras.

La edad media de la nuestra fue de 42,44 años (24-75 años), con una desviación estándar de 11, situándose la edad mediana en 42 años. El 25% de individuos tiene más de 51 años (tabla 15). En el 88,2% de los casos son mujeres.

Tabla 15. Distribución de la muestra según la edad.

N	Válido	
		1781
Media		42,44
Mediana		42,00
Moda		41
Desviación estándar		11,00
Varianza		120,99
Rango		51
Mínimo		24
Máximo		75
Percentiles	25	33,00
	50	42,00
	75	51,00

Respecto al estado civil, casi el 51% de individuos estaban casados y el 39% solteros (tabla 16).

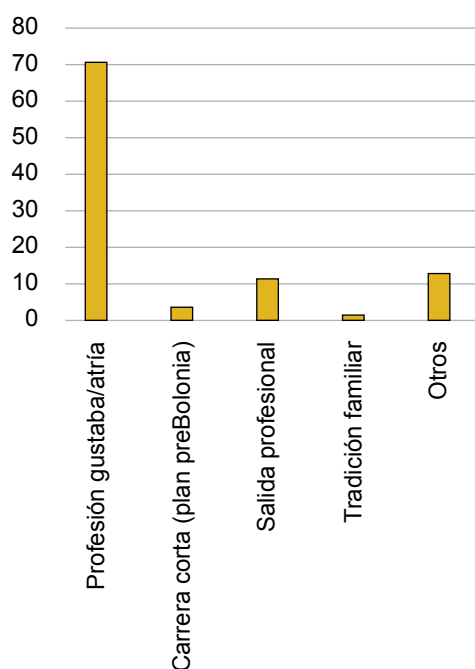
Tabla 16. Distribución de la muestra según el estado civil declarado.

	Frecuencia	Porcentaje válido
Soltero	721	38,9
Casado	942	50,8
Otros	192	10,4
Total	1855	100,0

Las provincias de residencia de los encuestados cubren toda la Comunidad de Castilla y León, y sólo el 3,5% residen fueran de ella. El 55,7% residen entre Valladolid (22,7%), León (18,3%) y Salamanca (14,6%).

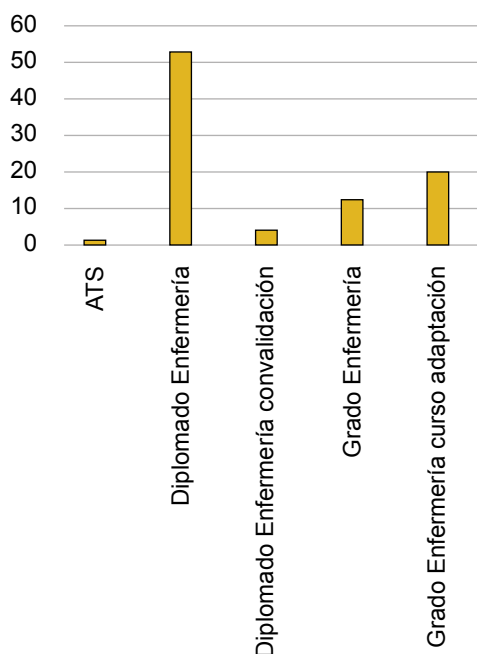
En relación a la razón principal que les motivó para cursar los estudios de Enfermería, el 71,3% de la muestra respondió que a priori, era la profesión que más les gustaba y atraía, es decir, una motivación de tipo vocacional, entendida como la inclinación o interés que una persona siente para emprender una carrera, una profesión o cualquier otra ocupación o actividad cuando todavía no se han adquirido todas las aptitudes necesarias ni conoce en profundidad su realidad; mientras que el 11,2% manifestó que la eligió por sus salidas profesionales vinculadas a la facilidad para encontrar empleo (figura 8).

Figura 8. Distribución de las razones esgrimidas por los encuestados para cursar estudios de Enfermería.



En la figura 9, referente a la titulación académica, se constata que más de la mitad de las personas encuestadas son Diplomadas en Enfermería (52%), seguidas de las que han obtenido el Grado de Enfermería por un curso de adaptación a Grado en Enfermería (20,3%), y de las que su primera titulación ha sido Graduado en Enfermería (15,4%).

Figura 9. Titulación académica para el ejercicio profesional.



Además de esta titulación, el 11,4% de los sujetos tienen otra titulación o están cursando otra carrera universitaria en el momento de la encuesta (tabla 17).

Tabla 17. Encuestados en posesión de otra titulación universitaria o que la estaban cursando.

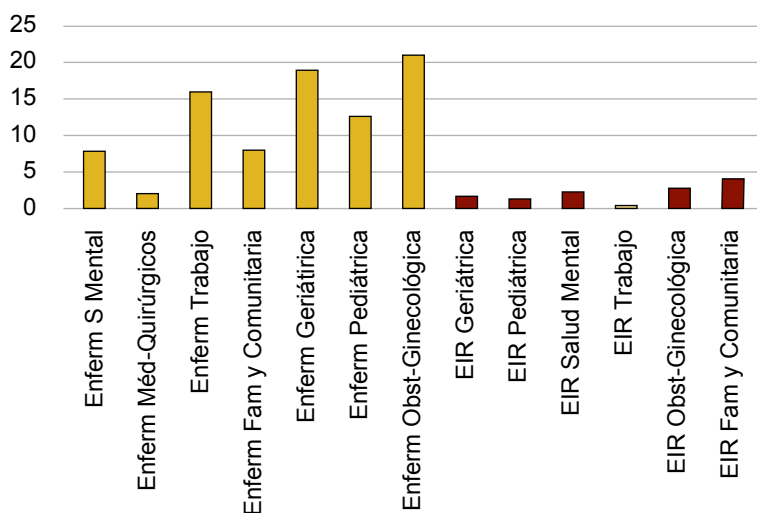
	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	204	11,4
No	1579	88,6
Total	1783	100,0

En referencia a la especialización en Enfermería, analizamos dos vertientes: una ya ejecutada, es decir, que ya se están formando en esos ámbitos; y otra volitiva, en el sentido de desear cursar ese tipo de estudios en el futuro. Esta misma línea se siguió con la formación de postgrado, pero en esta ocasión, además, establecemos tres situaciones en las enfermeras:

- Los que tienen algún título de master universitario relacionado con este ámbito académico.
- Los que son doctores.
- Aquellos que están en posesión de alguna otra titulación de postgrado universitario relacionado con este ámbito académico.

Siguiendo esta línea, el 22,5% de individuos era enfermera especialista o enfermera interna residente (EIR). La especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas) es la que tienen en mayor proporción las enfermeras que ya son especialistas de la muestra, seguida de la Enfermería Geriátrica y de Enfermería del Trabajo. Entre las tres suponen el 60% de la muestra. Entre los que están cursando la residencia en el momento de la encuesta, la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria es la más cursada (38,4%), siguiéndole la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (20,8%).

Figura 10. Número de especialistas y en profesionales formación para la especialidad.

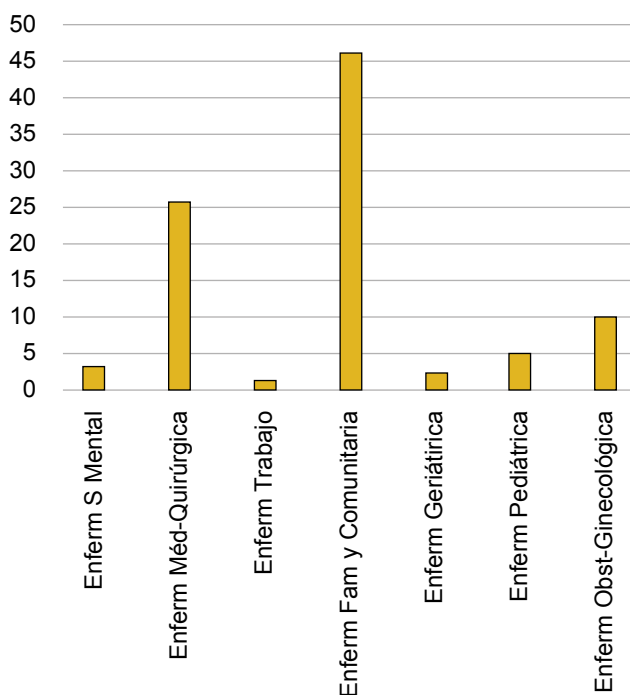


Continuando con este tema, el 35,1% de la muestra declara tener entre sus aspiraciones la de cursar alguna especialidad (tabla 18). La especialidad más pretendida por las enfermeras de Castilla y León a los que sí les gustaría cursar alguna en el futuro es la de Enfermería Familiar y Comunitaria con casi la mitad de las opciones, seguidas de la especialidad de Enfermería Médico-Quirúrgica (Figura 11).

Tabla 18. Encuestados que tienen aspiraciones de cursar alguna especialidad.

	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	478	35,1
No	885	64,9
Total	1363	100,0

Figura 11. Especialidades que desearían cursar los encuestados.



Casi la 1/3 parte de los encuestados declara tener o estar cursando algún máster u otro curso de postgrado universitario, pero aumenta hasta el 55,5% los individuos a los que les gustaría cursar en el futuro algún máster o postgrado universitario (tablas 19 y 20).

Tabla 19. Sujetos que tienen o están cursando algún máster u otro título de postgrado.

	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	576	32,5
No	1197	67,5
Total	1773	100,0

Tabla 20. *Sujetos que desearían cursar algún máster u otro título de postgrado.*

	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	981	55,5
No	786	44,5
Total	1767	100,0

Respecto a los estudios de doctorado, en la tabla 21 destaca el hecho de que solamente un 3,2% de las personas encuestadas son doctores o están cursando estudios de doctorado.

Tabla 21. *Sujetos que tienen el doctorado o están en algún programa de doctorado.*

	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	56	3,2
No	1710	96,8
Total	1766	100,0

El porcentaje aumenta hasta el 32% cuando se pregunta si les gustaría cursar este tipo de estudios en el futuro. No obstante, el 28% parece no tenerlo claro pero no lo descarta (tabla 22).

Tabla 22. *Enfermeras a las que les gustaría cursar un doctorado.*

	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	442	31,9
No	942	68,1
Total	1384	100,0

En otro orden de cosas, en el aspecto laboral, el 83% de individuos ha estado empleado todo el año durante los últimos 12 meses. El 65,5% de las enfermeras trabajaron como mínimo 6 meses en el año, y un 25% de individuos ha trabajado más de 9 meses (Tabla 23).

Tabla 23. *Porcentaje de encuestados que han estado empleados todo el año.*

	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	1466	83,2
No	295	16,8
Total	1761	100,0

Las enfermeras de Castilla y León trabajaron para instituciones públicas en el 86,2 % de los casos, mientras que el 13,8% lo hizo en instituciones privadas (Tabla 24).

Tabla 24. Institución empleadora principal.

	Frecuencia	Porcentaje válido
Institución pública	1257	86,2
Institución privada	202	13,8
Total	1459	100,0

Según se muestra en la tabla 25, la mayoría de individuos trabaja actualmente en Atención Especializada (55%), seguida de Atención Primaria (21%), siendo minoritarios el resto de ámbitos laborales.

Tabla 25. Ambito laboral de los encuestados.

	Frecuencia	Porcentaje válido
Atención Primaria	353	20,8
Atención Especializada	934	54,9
Emergencias Sanitarias	29	1,7
Docencia / Universidad	15	0,9
Mutuas/Servicios de Prevención	41	2,4
Otros	208	12,2
Desempleado ahora	121	7,1
Total	1701	100,0

En cuanto al régimen jurídico que vincula a las enfermeras con la entidad empleadora, el predominante es el estatutario, con algo más del 63% de los profesionales. El 21,3% es personal laboral, y el 14% funcionario (figura 12). De ellos casi el 51 % es personal fijo, y el 45,2% se reparten casi por igual entre contratos de interinidad y eventualidad (tabla 26).

Figura 12. Régimen jurídico de vinculación con la entidad empleadora.

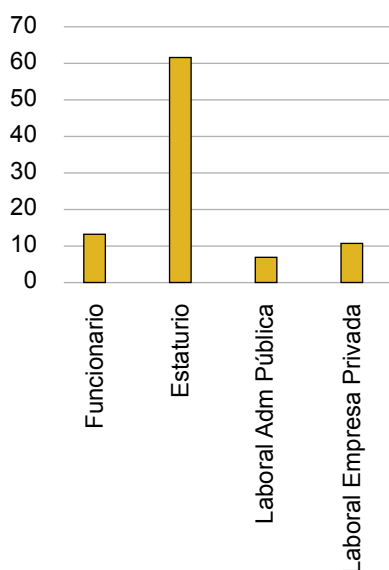


Tabla 26. Tipo de vinculación con la entidad empleadora.

	Frecuencia	Porcentaje válido
Fijo	825	50,9
Interino	387	23,9
Eventual	345	21,3
Otro	65	4,0
Total	1622	100,0

Estos profesionales trabajan en turnos rotatorios de mañanas, tardes y noches el 41% de los casos, siguiéndole el turno diurno con mañanas y/o tardes con un 28,5% (figura n° 13).

En este sentido, el 62% de las enfermeras piensa que sí puede conciliar su vida laboral y familiar, pero casi 38% declara que con sus turnos de trabajo tiene dificultades para conciliar su vida laboral y su vida personal. (tabla 27).

Figura 13. Distribución de la jornada laboral.

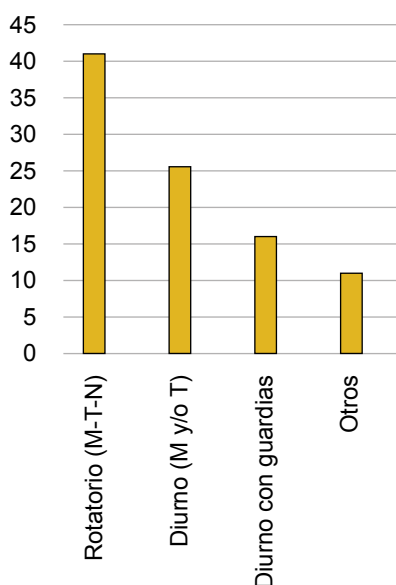


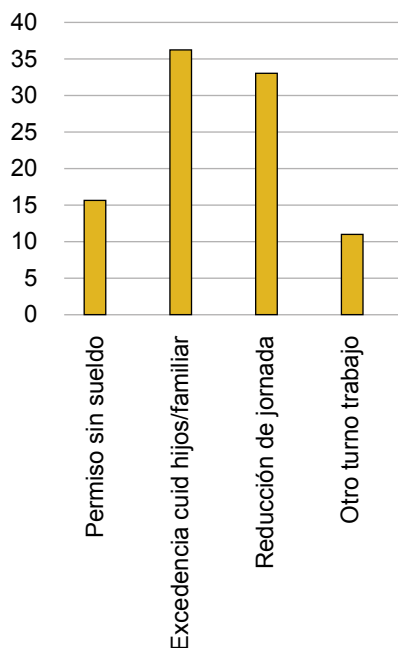
Tabla 27. Conciliación de la vida laboral y profesional.

	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	1002	62,2
No	608	37,8
Total	1610	100,0

Los que más dificultades manifiestan tener para conciliar la vida laboral y profesional son los profesionales que tienen turno rotatorio. En este caso, casi el 62% manifiesta tener problemas para conciliar estos aspectos de sus vidas. En los casos de los turnos diurnos, de mañana y/o tarde o con

guardias, sólo entre el 17% manifiestan tener problemas para conciliar. En este sentido, más de la tercera parte de los encuestados ha solicitado algún tipo de permiso para poder conciliar la vida laboral y familiar. Los tipos de permisos más solicitados son la excedencia por cuidado de hijos y otros familiares, y la reducción de jornada. Entre ambos suponen el 72% de los permisos solicitados para este fin (figura 14).

Figura 14. Tipo de permisos solicitados para conciliar la vida laboral y familiar.



Por otro lado, casi el 19% (299) de los encuestados ha estado en situación de incapacidad transitoria (IT) al menos una vez (tabla 28). Y sólo el 2% declara que esas bajas estuvieron directamente relacionadas con conflictos en sus centros de trabajo.

Tabla 28. Encuestados que han estado en situación de incapacidad transitoria durante el último año.

	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	299	18,6
No	1306	81,4
Total	1605	100,0

Respecto a la percepción de reconocimiento profesional que sienten los profesionales de Enfermería, el 66% si se siente reconocido por los pacientes y familiares y el 40% por la sociedad en general. (Tabla 29. Anexo nº 1).

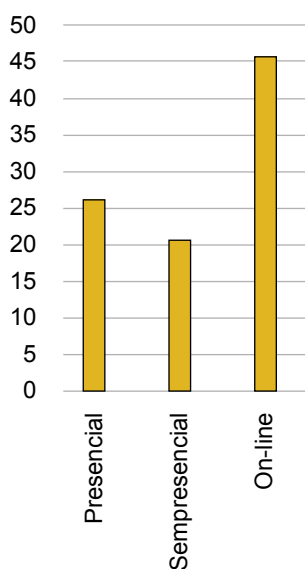
En mucha menor medida perciben el reconocimiento por parte de los mandos (28,4%), otras categorías profesionales (31%), o por la empresa

en la que prestan sus servicios (15%). No obstante, en estas cuestiones los porcentajes de duda acechan a casi la 1/3 parte de los encuestados.

En referencia a la formación continuada, prácticamente la totalidad de la muestra (97,4%) ha realizado alguna actividad de formación continuada en los últimos cinco años. Los proveedores de esa formación han sido los colegios profesionales (57,5%), los centros de trabajo (54,6%) y los sindicatos (50%) fundamentalmente. Les siguen las entidades privadas y las universidades, aunque en proporciones significativamente menores (Tabla 30. Anexo nº 2).

Como evidencia la figura 15, la modalidad de formación continua que prefieren las enfermeras de la Comunidad es la formación online (48,4%), de manera significativamente superior a la presencial (29,5%) o a la formación semipresencial (22,2%).

Figura 15. Modalidad de formación continuada que prefieren los profesionales de Enfermería.



Por último, en el cuestionario se hizo esta pregunta: “¿volvería a elegir la enfermería como profesión?”. Los resultados constatados en la tabla 31 reflejan que el 81,8% de los encuestados contestaron afirmativamente ($p < 0,01$).

Tabla 31. Los encuestados, ¿volverían a elegir la enfermería como profesión?

	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	1401	81,8
No	312	18,2
Total	1713	100,0

6.2. Análisis de la relación entre especialización y aspectos laborales.

Con el fin de analizar la relación entre los aspectos formativos relativos a la especialización en Enfermería y los aspectos laborales se han aplicado contrastes de independencia o de diferencia de medias para muestras independientes, según la naturaleza de las variables. Así, como se aprecia en la tabla 32, hay el 89,7% de las enfermeras especialistas están empleadas todo el año vs el 10,3% que no lo están. En líneas similares se manifiestan las enfermeras que carecen de especialidad ($\chi^2 = 15,169$; $p < 0,01$).

Tabla 32. Relación entre ser enfermera especialista y estar empleada todo el año.

			Empleo todo año	
			Sí	No
Enfermera especialista	Sí	Recuento	356	41
		% dentro de enfermera especialista	89,7%	10,3%
	No	Recuento	1110	254
		% dentro de enfermera especialista	81,4%	18,6%

Por otra parte, según se observa en la tabla 33, hay un porcentaje significativamente mayor de individuos que están empleados en instituciones públicas entre los especialistas que entre los no especialistas (90,3% frente a 84,8%), mientras que con las enfermeras que trabajan en la empresa privada ocurre lo contrario ($\chi^2 = 6,701$; $p < 0,001$).

Tabla 33. Relación entre ser enfermera especialista y la institución empleadora principal.

			Empleadora principal	
			Institución pública	Institución privada
Enfermera especialista	Sí	Recuento	317	34
		% dentro de enfermera especialista	90,3%	9,7%
	No	Recuento	940	168
		% dentro de enfermera especialista	84,8%	15,2%

Dentro de las enfermeras que no tienen empleo todo el año, las enfermeras especialistas de la Comunidad no trabajan durante más tiempo que las enfermeras generalistas. En este aspecto se obtiene un estadístico t de Student de 0,439, que lleva asociado un valor-p igual a 0,661, lo que no permite rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias en los

dos grupos de individuos (especialistas frente a no especialistas). De hecho, el número medio de meses trabajados para grupo es 6,76 y 6,53 respectivamente, como se muestra en la tabla 34.

Tabla 34. Diferencia entre el número de meses al año que trabajan las enfermeras especialistas vs las generalistas.

		N	Media	Desviación estándar	Media error estándar
Enfermera especialista	Si	41	6,76	3,200	,500
	No	253	6,53	3,101	,195

Por tanto, podemos concluir que no existen diferencias en cuanto al número de meses trabajados según la especialización.

Por otro lado, parece existir relación entre ser enfermera especialista y el ámbito donde las enfermeras prestan sus servicios ($\chi^2=66,568$; $p<0,01$). En concreto, podemos observar en la tabla anterior que hay un porcentaje más alto de especialistas en Atención Primaria, mientras que el porcentaje de no especialistas en Atención Especializada es superior. También es mayor el porcentaje de especialistas que trabajan en el momento actual en Mutuas y Servicios de Prevención (Tabla 35).

Tabla 35. Enfermeras especialistas vs generalistas. Ambito de trabajo actual.

Enfermera especialista		At Primaria	At Especializada	Emergencias (112)	Docencia Universidad	Mutuas/Servicios Prevención	Otros	Desempleo
Sí	Recuento	95	188	0	5	25	51	10
	% dentro enfermera especialista	25,4%	50,3%	0,0%	1,3%	6,7%	13,6%	2,7%
No	Recuento	258	746	29	10	16	157	111
	% dentro enfermera especialista	19,4%	56,2%	2,2%	0,8%	1,2%	11,8%	8,4%

Ahora bien, no se observa relación entre la especialización y el cargo que ocupan las enfermeras según trabajen como docentes, como mandos superiores e intermedios, o en la asistencia directa a los pacientes ($\chi^2=4,196$; $p=0,380$). De hecho, en la tabla 36 se constata que los porcentajes de individuos para cada categoría de trabajo son bastante similares en el grupo de especialistas y de no especialistas.

Tabla 36. *Enfermeras especialistas vs generalistas. Puesto de trabajo actual.*

Enfermera especialista		Asistencial	Dirección	Supervisión	Docencia	Otros
Sí	Recuento	332	5	13	4	30
	% dentro enfermera especialista	86,5%	1,3%	3,4%	1,0%	7,8%
No	Recuento	1121	12	35	8	69
	% dentro enfermera especialista	90,0%	1,0%	2,8%	0,6%	5,5%

Además, como se aprecia en la tabla siguiente, el porcentaje de personal fijo es más alto entre los especialistas mientras el porcentaje de eventuales es mayor entre los no especialistas, siendo similares los porcentajes de interinos ($\text{Chi}^2= 22,373$; $p<0,01$).

Tabla 37. *Enfermeras especialistas vs generalistas. Tipo de relación contractual.*

Enfermera especialista		Fijo	Interino	Eventual	Otro
Sí	Recuento	219	81	56	24
	% dentro enfermera especialista	57,6%	21,3%	14,7%	6,3%
No	Recuento	606	306	289	41
	% dentro enfermera especialista	48,8%	24,6%	23,3%	3,3%

A continuación se trabajan los mismos aspectos laborales pero relacionados con la intención de cursar alguna modalidad de especialización en el futuro (Tabla 38). De esta manera, el 72,3% de las enfermeras que tienen empleo durante todo el año, pretenden cursar alguna especialidad en el futuro, en contraposición del 27,7% de profesionales que sí querrían cursarla pero que no trabajan durante todo el año. ($\text{Chi}^2 =62,998$; $p<0,01$).

Tabla 38. *Intencionalidad de cursar alguna especialidad y estar empleada todo el año.*

Especialidad en un futuro		Empleo todo año	
		Sí	No
Sí	Recuento	342	131
	% dentro especialidad futuro	72,3%	27,7%
No	Recuento	784	95
	% dentro especialidad futuro	89,2%	10,8%

En relación a la institución empleadora principal de las enfermeras y su intención de cursar alguna especialidad en el futuro, se obtiene un estadístico χ^2 de 26,761, que lleva asociado un valor-p igual al 1%, lo que implica el rechazo de la hipótesis nula de independencia. En este caso, podemos destacar que entre los individuos que trabajan en el ámbito privado, el porcentaje de las enfermeras que manifiestan intencionalidad de cursar alguna especialidad es más elevado que los que no (19,6% frente a 8,7%); mientras que los vinculados a una institución pública es más alto el porcentaje de los que no desean hacer una especialidad, según se muestra en la tabla que sigue.

Tabla 39. Intencionalidad de cursar alguna especialidad según el tipo de institución en la que se trabaja.

Especialidad en un futuro		Institución pública	Institución privada
Sí	Recuento	274	67
	% dentro especialidad futuro	80,4%	19,6%
No	Recuento	712	68
	% dentro especialidad futuro	91,3%	8,7%

En relación a las aspiraciones de cursar especialización en el futuro y empleo en el momento actual, es mayor el porcentaje de individuos que trabajan en atención especializada que no van a cursar ninguna especialización, mientras que es claramente superior el porcentaje de individuos desempleados en el momento actual que si van a cursar alguna especialización en el futuro ($\chi^2=61,525$; $p<0,01$), Los porcentajes para ambos grupos en algunas categorías son similares, como se aprecia en la tabla 40.

Tabla 40. Intencionalidad de cursar alguna especialidad y ámbito laboral.

Especialidad en un futuro		At Primaria	At Especializada	Emergencias (112)	Docencia Universidad	Mutuas/ Servicios Prevención	Otros	Desempleo
Sí	Recuento	96	219	8	2	5	68	64
	% dentro especialidad futuro	20,8%	47,4%	1,7%	0,4%	1,1%	14,7%	13,9%
No	Recuento	186	494	12	10	28	81	33
	% dentro especialidad futuro	22,0%	58,5%	1,4%	1,2%	3,3%	9,6%	3,9%

Sobre el puesto de trabajo principal que desempeñan las enfermeras y su intención de ser enfermeras especialistas en el futuro, se obtiene un valor del estadístico χ^2 de 10,212, que lleva asociado un valor-p igual a 0,037, por lo que se rechaza la hipótesis nula de independencia a un

nivel de significación del 5%, lo que significa que existe relación entre las dos variables. Según podemos observar en la tabla 41, es mayor el porcentaje de individuos con un trabajo de carácter asistencial entre los que van a cursar alguna especialidad en el futuro, mientras que los porcentajes para el resto de categorías son superiores en el otro grupo que no pretende cursar alguna especialidad.

Tabla 41. *Intencionalidad de cursar alguna especialidad según el puesto de trabajo.*

Especialidad en un futuro		Asistencial	Dirección	Supervisión	Docencia	Otros
Sí	Recuento	377	2	6	1	23
	% dentro especialidad futuro	92,2%	0,5%	1,5%	0,2%	5,6%
No	Recuento	737	13	30	10	49
	% dentro especialidad futuro	87,8%	1,5%	3,6%	1,2%	5,8%

En relación al régimen jurídico bajo el que desempeñan su labor, podemos constatar en la tabla siguiente que, si bien el porcentaje de estatutarios es bastante similar, el porcentaje de funcionarios es más alto entre los que no van a cursar especialidad, siendo más alto el porcentaje de laborales, en especial entre los que trabajan en una empresa privada (Tabla 42). Se obtiene un estadístico χ^2 igual a 26,523, que lleva asociado un valor-p inferior al 0,1%.

Tabla 42. *Relación jurídica con la empresa e intención de cursar alguna especialidad.*

Especialidad en un futuro		Funcionario	Estatutario	Laboral Administración Pública	Laboral Empresa Privada
Sí	Recuento	44	256	39	66
	% dentro especialidad futuro	10,9%	63,2%	9,6%	16,3%
No	Recuento	152	538	61	70
	% dentro especialidad futuro	18,5%	65,5%	7,4%	8,5%

Estos datos son isomórficos con esa intención según su vinculación con la empresa (Tabla 43). Así, el porcentaje de personal fijo es más alto entre los que no van a cursar especialidad en el futuro, mientras el porcentaje de eventuales es mayor entre los que sí, siendo similares los porcentajes de interinos ($\chi^2 = 69,885; p < 0,01$).

Tabla 43. Vinculación con la empresa e intencionalidad de ser especialista.

Especialidad en un futuro		Fijo	Interino	Eventual	Otro
Sí	Recuento	166	90	128	25
	% dentro especialidad futuro	40,6%	22,0%	31,3%	6,1%
No	Recuento	488	208	118	19
	% dentro especialidad futuro	58,6%	25,0%	14,2%	2,3%

6.3. Relación entre estar en posesión de un máster u otro título de postgrado y la situación laboral.

En el siguiente bloque analizamos la posible relación entre tener o estar cursando un máster u otro postgrado universitario y los mismos aspectos laborales que los trabajados anteriormente. Esta relación respecto de si han estado o no empedados todo el año no existe, ya que el estadístico Chi² es igual a 2,994 y lleva asociado un valor-p de 0,084, lo que no permite rechazar la hipótesis nula de independencia a un nivel de significación mínimo exigible. Como se observa en la salida de la información siguiente, los porcentajes entre los que tienen o están cursando un máster u otro postgrado universitario y los que no son bastante similares entre sí.

Tabla 44. Enfermeras con titulación de postgrado y estar empleada todo el año.

Titulo postgrado		Empleo todo año	
		Sí	No
Sí	Recuento	461	108
	% dentro master postgrado	81,0%	19,0%
No	Recuento	1005	187
	% dentro master postgrado	84,3%	15,7%

Sobre la institución empleadora principal, el porcentaje de individuos que trabajan en una institución pública es significativamente menor entre los que tienen máster o postgrado universitario, ocurriendo lo contrario respecto de los que trabajan en una institución privada (tabla 45) para un estadístico Chi²= 4,528, con una significación del 3,3%, lo que implica el rechazo de la hipótesis nula de independencia.

Tabla 45. Enfermeras con titulación de postgrado y tipo de institución empleadora.

Titulo postgrado		Institución pública	Institución privada
Sí	Recuento	379	76
	% dentro master postgrado	83,3%	16,7%
No	Recuento	878	126
	% dentro master postgrado	87,5%	12,5%

En relación al ámbito de trabajo, destaca el mayor porcentaje de individuos en Atención Especializada que no tienen ningún máster o postgrado universitario respecto a los que sí están en posesión de alguna titulación de este tipo (Tabla 46), mientras que en el resto de

porcentajes son similares, incluso para la categoría de desempleados ($\text{Chi}^2 = 35,995$; $p < 0,01$).

Tabla 46. *Enfermeras con titulación de postgrado y ámbito de trabajo.*

Titulación postgrado		At Primaria	At Especializada	Emergencias (112)	Docencia Universidad	Mutuas/ Servicios Prevención	Otros	Desempleo
Sí	Recuento	107	281	15	14	17	70	44
	% dentro postgrado	19,5%	51,3%	2,7%	2,6%	3,1%	12,8%	8,0%
No	Recuento	246	653	14	1	24	138	77
	% dentro postgrado	21,3%	56,6%	1,2%	0,1%	2,1%	12,0%	6,7%

En la tabla siguiente se aprecia que, nuevamente, es mayor el porcentaje de individuos con un trabajo de carácter asistencial entre los que no tienen máster o postgrado, con un valor del estadístico Chi^2 de 40,349, que lleva asociado un valor-p inferior al 0,1%.

Tabla 47. *Puesto de trabajo y profesionales con títulos de postgrado.*

Título postgrado		Asistencial	Dirección/ Subdirección	Supervisión	Docencia Universidad	Otros
Sí	Recuento	439	10	16	12	44
	% dentro postgrado	84,3%	1,9%	3,1%	2,3%	8,4%
No	Recuento	1014	7	32	0	55
	% dentro postgrado	91,5%	0,6%	2,9%	0,0%	5,0%

Al analizar la posible relación entre tener un máster u otro título de postgrado universitario y régimen jurídico con la empresa de las enfermeras (Tabla 48), los porcentajes que se muestran en la tabla siguiente dentro de cada grupo son bastante similares en todas las categorías, no existiendo diferencias estadísticamente significativas ($\text{Chi}^2 = 4,684$, $p = 0,196$).

Tabla 48. Régimen jurídico con la empresa según se tenga una titulación de postgrado.

Título postgrado		Funcionario	Estatutario	Laboral Administración Pública	Laboral Empresa Privada
Sí	Recuento	71	316	50	74
	% dentro postgrado	13,9%	61,8%	9,8%	14,5%
No	Recuento	176	699	92	125
	% dentro postgrado	16,1%	64,0%	8,4%	11,4%

Por lo que respecta a la vinculación laboral con la empresa (Tabla 49), existe relación con el hecho de tener máster o postgrado universitario, ya que el estadístico χ^2 , que es igual a 13,385 lleva asociado un valor-p igual al 0,4%, En este caso, destaca el hecho haya más individuos fijos entre los que no tienen máster o postgrado universitario y sea más alto el porcentaje de eventuales entre los que lo tienen.

Tabla 49. Vinculación laboral y tenencia de titulación de postgrado.

Título postgrado		Fijo	Interino	Eventual	Otro
Sí	Recuento	242	117	137	24
	% dentro de postgrado	46,5%	22,5%	26,3%	4,6%
No	Recuento	583	270	208	41
	% dentro de postgrado	52,9%	24,5%	18,9%	3,7%

6.4. Estudio de las enfermeras que buscan mayor cualificación y su situación laboral.

A tener la intención de cursar en el futuro algún máster universitario u otro curso de postgrado universitario se dedican los párrafos siguientes. Su relación con estar empleado todo el año es significativamente mayor entre los que no van a cursar máster o postgrado universitario en el futuro ($\text{Chi}^2=24,226$, $p<0,001$), como se muestra en la tabla que sigue.

Tabla 50. Empleo todo el año e intencionalidad de cursar estudios de postgrado.

Postgrado futuro		Empleo todo año	
		Sí	No
Sí	Recuento	775	202
	% dentro postgrado futuro	79,3%	20,7%
No	Recuento	691	93
	% dentro postgrado futuro	88,1%	11,9%

En esta línea, entre los que no trabajan todo el año, el número medio de meses trabajados no parece marcar diferencias en la intencionalidad de cursar algún máster o postgrado en el futuro ($t = -0,472$; $p = 0,637$). Así, entre los que tienen intención y no de cursarlo apenas hay 0,18 meses trabajados al año de diferencia, como se muestra en la tabla 51.

Tabla 51. Número de meses trabajados al año e intencionalidad de cursar estudios de postgrado.

	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Sí	202	6,50	3,200	,225
No	92	6,68	2,916	,304

Siguiendo en esta línea, el porcentaje de individuos empleados en una institución pública es significativamente mayor entre los que no van a cursar máster o postgrado universitario en el futuro versus los que trabajan en instituciones privadas, que se alinean más con la intención de cursar este tipo de estudios ($\text{Chi}^2=15,894$; $p<0,001$), como se constata en la tabla siguiente.

Tabla 52. Tipo de institución empleadora e intencionalidad de cursar estudios de postgrado.

Postgrado futuro		Institución pública	Institución privada
Sí	Recuento	638	133
	% dentro postgrado futuro	82,7%	17,3%
No	Recuento	619	69
	% dentro postgrado futuro	90,0%	10,0%

Por otro lado, como se refleja en la tabla 53, destacar el mayor porcentaje de individuos que trabajan en Atención Primaria entre los que no van a cursar ningún máster o postgrado universitario en el futuro, y el mayor porcentaje de individuos que si tienen intención de cursarlo en la categoría de desempleados ($\text{Chi}^2=15,721; p=0,015$). En el caso de las enfermeras que trabajan en Atención Especializada apenas hay diferencias. No obstante, 517 encuestadas respondieron afirmativamente a esta cuestión.

Tabla 53. Intencionalidad de cursar estudios de postgrado según ámbito laboral.

Postgrado futuro		At Primaria	At Especializada	Emergencias (112)	Docencia Universidad	Mutuas/ Servicios Prevención	Otros	Desempleo
Sí	Recuento	175	517	18	6	24	126	81
	% dentro postgrado	18,5%	54,6%	1,9%	0,6%	2,5%	13,3%	8,6%
No	Recuento	178	417	11	9	17	82	40
	% dentro postgrado	23,6%	55,3%	1,5%	1,2%	2,3%	10,9%	5,3%

En relación al puesto de trabajo desempeñado, en la muestra no existe relación entre el mismo y su intención de cursar alguna actividad formativa de postgrado en el futuro ($\text{Chi}^2=2,837; p=0,585$). Los porcentajes dentro de cada grupo para cada una de las categorías son similares, pero globalmente, 893 enfermeras desearían cursar alguna de estas actividades (Tabla 54).

Tabla 54. Intencionalidad de cursar estudios de postgrado según el puesto de trabajo principal desempeñado.

Postgrado futuro		Asistencial	Dirección/ Subdirección	Supervisión	Docencia Universidad	Otros
Sí	Recuento	796	9	26	4	58
	% dentro postgrado futuro	89,1%	1,0%	2,9%	0,4%	6,5%
No	Recuento	657	8	22	8	41
	% dentro postgrado futuro	89,3%	1,1%	3,0%	1,1%	5,6%

Estos mismos aspectos laborales se han estudiado en relación a la intencionalidad de entre cursar en el futuro algún máster o postgrado universitario. En el caso del régimen jurídico con la empresa sí existe relación con el hecho de cursar un máster o postgrado en el futuro. Se obtiene un estadístico Chi2 de 39,338, que lleva asociado un valor-p inferior al 0,1%. Como se observa en la tabla 55, el porcentaje de funcionarios es significativamente superior entre los que no van a cursar ningún máster o postgrado universitario, mientras que el porcentaje de laborales es mayor entre los que sí van a cursarlo.

Tabla 55. Intención de cursar un postgrado y régimen jurídico con la entidad empleadora.

Postgrado futuro		Funcionario	Estatutario	Laboral en Administración Pública	Laboral Empresa Privada
Sí	Recuento	94	566	88	129
	% dentro postgrado futuro	10,7%	64,5%	10,0%	14,7%
No	Recuento	153	449	54	70
	% dentro postgrado futuro	21,1%	61,8%	7,4%	9,6%

También existe relación con la vinculación con la empresa, como se aprecia en la tabla 56. En este caso, destaca el alto porcentaje de fijos entre los que no van a cursar máster o postgrado universitario frente a los que sí (63% frente a 40,8%), mientras que en este grupo son más altos los porcentajes para el resto de categorías. (Chi2 = 86,890; p<0,01).

Tabla 56. Intención de cursar un postgrado y modalidad de vinculación con la entidad empleadora.

Postgrado futuro		Fijo	Interino	Eventual	Otro
Sí	Recuento	363	239	247	40
	% dentro postgrado futuro	40,8%	26,9%	27,8%	4,5%
No	Recuento	462	148	98	25
	% dentro postgrado futuro	63,0%	20,2%	13,4%	3,4%

Vistos los resultados, a continuación se muestran los resultados derivados de la **agrupación de algunas variables** de interés para diferenciar a las enfermeras que tienen o desean tener mayor cualificación para mejorar y ampliar sus competencias profesionales mediante la realización de alguna especialidad de enfermería, o cursando el doctorado u otros títulos oficiales de postgrado; versus las que no la tienen ni manifiestan desearlo. Para ello se ha seguido una secuencia en tres pasos:

- a) Primero, se ha creado la variable “especialización_enfermería”, por combinación de dos variables originales, que recoge aquellos individuos que son especialistas y/o que pretenden cursar una especialidad en el futuro, frente a los que no son especialistas ni pretenden serlo.

Tabla 57. Enfermeras especialistas o con intención de serlo.

	Porcentaje	Porcentaje válido
Sí	67,8	67,8
No	32,2	32,2

La diferencia de proporciones es estadísticamente significativa con un IC (0.329-0.390); $p < 0.001$.

- b) Después, se crea la variable “especialización_máster”, que diferencia los individuos que tienen o están cursando un máster o postgrado universitario y/o que lo van a cursar en el futuro, y los que no tienen esta titulación ni la van a tener; en las que se constatan diferencias con significación estadística (0,337-0,397; $p < 0.001$).

Tabla 58. Enfermeras con titulación de postgrado o con intención de obtenerlo.

	Porcentaje	Porcentaje válido
Sí	68,2	68,2
No	31,8	31,8

- c) Por último, se agrupan las dos variables anteriores, con el fin de crear una variable que mida el “nivel de cualificación”, en referencia a las enfermeras que tienen o desean tener mayor cualificación, frente a los que ni lo tienen ni lo pretenden.

Tabla 59. *Enfermeras que tienen o desean una mayor cualificación.*

	Porcentaje	Porcentaje válido
Sí	85,2	85,2
No	14,8	14,8

La diferencia de proporciones también es estadísticamente significativa con un IC (0.688-0.743); $p < 0.001$.

Con estos resultados, podemos seguir considerando la agrupación de las variables señaladas, por lo que de forma similar a los análisis previos, se analizan estas tres variables con las que recogen los aspectos laborales, a través de un contraste χ^2 de independencia y su correspondiente prueba.

Hay un porcentaje significativamente menor de individuos que están empleados todo el año entre los “especializados en enfermería” (80,6%) que entre los no especializados (88,2%), obteniéndose un estadístico χ^2 de 16,728, que lleva asociado un valor-p inferior al 0,1%, lo que implica el rechazo de la hipótesis nula de independencia, según se observa en la tabla siguiente.

Tabla 60. *Empleo todo año y especializados en enfermería.*

Especialización enfermería		Empleo todo año	
		Sí	No
Sí	Recuento	926	223
	% dentro especialización enfermería	80,6%	19,4%
No	Recuento	540	72
	% dentro especialización enfermería	88,2%	11,8%

Sobre la institución empleadora principal (tabla 61) se obtiene un estadístico χ^2 igual a 17,486, que lleva asociado un valor-p inferior al 0,1%, lo que implica el rechazo de la hipótesis nula de independencia. Según se observa en la tabla siguiente, hay un porcentaje significativamente menor de individuos que están empleados en instituciones públicas entre los especialistas que entre los no especialistas (83,3% frente a 91,1%).

Tabla 61. Institución empleadora y especializados en enfermería.

Especialización enfermería		Institución pública	Institución privada
Sí	Recuento	766	154
	% dentro especialización enfermería	83,3%	16,7%
No	Recuento	491	48
	% dentro especialización enfermería	91,1%	8,9%

Sin embargo, no hay diferencias estadísticamente significativas con el número de meses trabajados. En este caso se obtiene un estadístico t de $-0,762$, que lleva asociado un valor-p igual a $0,447$, lo que no permite rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias en los dos grupos de individuos (especialistas frente a no especialistas). De hecho, el número medio de meses trabajados para grupo es $6,48$ y $6,80$ respectivamente, como se muestra en la tabla 62.

Tabla 62. Meses al año ocupados entre los especializados en enfermería vs los no especializados.

Especialización enfermería	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Sí	223	6,48	3,091	0,207
No	71	6,80	3,179	0,377

En la búsqueda de la posible relación entre especialización en enfermería y el ámbito del puesto de trabajo en el momento actual, se observa en la tabla siguiente que hay un porcentaje más alto de no especialistas en Atención Especializada, mientras que el porcentaje de desempleados es mayor entre los especializados ($\text{Chi}^2=30,315$; $p<0,001$).

Tabla 63. Comparación en el ámbito de trabajo entre los especializados en enfermería y los no especializados.

Postgrado futuro		At Primaria	At Especializada	Emergencias (112)	Docencia Universidad	Mutuas/ Servicios Prevención	Otros	Desempleo
Sí	Recuento	223	576	17	8	34	34	95
	% dentro especialización enfermería	20,1%	52,0%	1,5%	0,7%	3,1%	3,1%	8,6%
No	Recuento	130	358	12	7	7	7	26
	% dentro especialización enfermería	21,9%	60,4%	2,0%	1,2%	1,2%	1,2%	4,4%

Por otro lado, el porcentaje de personal estatutario es más alto para los no especialistas, mientras que los laborales predominan entre los

especialistas en enfermería. Se obtiene un estadístico χ^2 igual a 20,528, que lleva asociado un valor-p inferior al 0,1%. Ello implica el rechazo de la hipótesis nula de independencia, lo que significa que existe relación entre ambas variables (Tabla 64).

Tabla 64. Tipo de relación contractual en ambos colectivos.

Especialización enfermería		Funcionario	Estatutario	Laboral en Administración Pública	Laboral Empresa Privada
Sí	Recuento	150	627	106	149
	% dentro de especialización enfermería	14,5%	60,8%	10,3%	14,4%
No	Recuento	97	388	36	50
	% dentro de especialización enfermería	17,0%	68,0%	6,3%	8,8%

En la tabla 65 se observa que la vinculación con la empresa sí parece establecer diferencias pues el porcentaje de fijos es más alto entre los especialistas, mientras el porcentaje de eventuales es mayor entre los no especialistas, siendo similares los porcentajes de interinos ($\chi^2 = 32,217$; $p < 0,01$).

Tabla 65. Vinculación con la institución empleadora en ambos colectivos.

Especialización enfermería		Fijo	Interino	Eventual	Otro
Sí	Recuento	497	236	259	52
	% dentro de especialización enfermería	47,6%	22,6%	24,8%	5,0%
No	Recuento	328	151	86	13
	% dentro de especialización enfermería	56,7%	26,1%	14,9%	2,2%

Sobre la relación entre especialización con máster o postgrado y empleado/a todo el año (Tabla 66), se obtiene un estadístico χ^2 igual a 30,284, que lleva asociado un valor-p inferior al 0,1%, lo que implica el rechazo de la hipótesis nula de independencia. Según se observa en la tabla siguiente, hay un porcentaje significativamente mayor de individuos que están empleados todo el año entre los que no tienen especialización con máster o posgrado universitario frente a los que sí (90% frente a 79,7%).

Tabla 66. Empleabilidad entre los profesionales que tienen o quieren cursar un postgrado.

Pretensión postgrado		Sí	No	
Especialización	Sí	Recuento	918	234
		% dentro de postgrado	79,7%	20,3%
	No	Recuento	548	61
		% dentro de postgrado	90,0%	10,0%

De la misma forma, entre especialización con máster o postgrado e institución empleadora principal, se obtiene un estadístico χ^2 igual a 14,998, que lleva asociado un valor-p inferior al 0,1%, lo que implica el rechazo de la hipótesis nula de independencia. En este caso, podemos destacar el porcentaje de individuos cuya institución empleadora principal es privada, que es más alto entre los que tienen especialización con máster (20,3% frente a 10,0%), según se muestra en la tabla 67.

Tabla 67. Tipo de institución empleadora entre los profesionales que tienen o quieren cursar un postgrado.

Pretensión postgrado		Institución pública	Institución privada
Sí	Recuento	761	151
	% dentro de postgrado	83,4%	16,6%
No	Recuento	496	51
	% dentro de postgrado	90,7%	9,3%

Sobre tener una especialización con máster o postgrado y número de meses trabajados, el estadístico t es, en este caso, de $-0,025$, que lleva asociado un valor-p igual a 0,980, lo que no permite rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias en los dos grupos de individuos. De hecho, entre los que no están empleados todo el año, el número medio de meses trabajados para los que tienen o desean tener un postgrado y los que no es 6,56 y 6,57 meses, respectivamente, como se muestra en la tabla 68.

Tabla 68. Meses trabajados al año de los profesionales que tienen o quieren cursar un postgrado vs los que no.

	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Sí	234	6,56	3,150	0,206
No	60	6,57	2,977	0,384

En la relación entre especialización con máster o postgrado y empleo en el momento actual se obtiene un estadístico χ^2 igual a 32,080, que lleva asociado un valor-p inferior al 0,1%, lo que implica el rechazo de la hipótesis nula de independencia. Esto significa que existe relación entre ambas variables.

En este caso, podemos destacar el mayor porcentaje de individuos en atención primaria y especializada entre los que no tienen especialización, mientras que es superior el porcentaje de individuos desempleados en el momento actual que sí tienen un postgrado o desean cursarlo.

Tabla 69. *Ambito de trabajo entre los profesionales que tienen o quieren cursar un postgrado vs los que no.*

Postgrado		At Primaria	At Especializada	Emergencias (112)	Docencia Universidad	Mutuas/ Servicios Prevención	Otros	Desempleo
Sí	Recuento	209	596	22	15	31	146	97
	% dentro de postgrado	18,7%	53,4%	2,0%	1,3%	2,8%	13,1%	8,7%
No	Recuento	144	338	7	0	10	62	24
	% dentro de postgrado	24,6%	57,8%	1,2%	0,0%	1,7%	10,6%	4,1%

Este aspecto relacionado con el trabajo principal, el valor del estadístico χ^2 en este caso es 10,212 que lleva asociado un valor-p igual a 0,037; por lo que se rechaza la hipótesis nula de independencia a un nivel de significación del 5%, lo que significa que existe relación entre las dos variables. Según podemos observar en la tabla, es mayor el porcentaje de individuos con un trabajo de carácter asistencial entre los que van a cursar algún postgrado en el futuro, mientras que los porcentajes para el resto de categorías son superiores en el otro grupo.

Tabla 70. *Tipo de puesto de trabajo entre los profesionales que tienen o quieren cursar un postgrado vs los que no.*

Postgrado		Asistencial	Dirección/ Subdirección	Supervisión	Docencia Universidad	Otros
Sí	Recuento	920	13	31	12	74
	% dentro postgrado	87,6%	1,2%	3,0%	1,1%	7,0%
No	Recuento	533	4	17	0	25
	% dentro postgrado	92,1%	0,7%	2,9%	0,0%	4,3%

En cuanto al régimen jurídico con la empresa (tabla 71), se obtiene un estadístico χ^2 igual a 13,088, que lleva asociado un valor-p igual a

1,1%. Ello implica el rechazo de la hipótesis nula de independencia, lo que significa que existe relación entre ambas variables.

En concreto, podemos observar que, si bien el porcentaje de estatutarios y laborales en Administración Pública es bastante similar, el porcentaje de funcionarios es más alto entre los que no tienen especialización, siendo más alto el porcentaje de laborales en empresa privada en el otro grupo.

Tabla 71. Régimen jurídico entre los profesionales que tienen o quieren cursar un postgrado vs los que no.

Postgrado		Funcionario	Estatutario	Laboral Administración Pública	Laboral Empresa Privada
Sí	Recuento	124	658	102	149
	% dentro postgrado	12,0%	63,7%	9,9%	14,4%
No	Recuento	123	357	40	50
	% dentro postgrado	21,6%	62,6%	7,0%	8,8%

En lo tocante a la relación entre especialización con máster o postgrado y vinculación con la empresa, se obtiene un estadístico χ^2 igual a 76,666, que lleva asociado un valor-p inferior al 0,1%, lo que implica el rechazo de la hipótesis nula de independencia. Por tanto, existe relación entre ambas variables, como puede observarse en la tabla 72, en la que el porcentaje de fijos es más alto entre los que no tienen especialización con máster, mientras el porcentaje de eventuales es mayor entre los que sí, siendo similares los porcentajes de interinos.

Tabla 72. Vinculación con la institución entre los profesionales que tienen o quieren cursar un postgrado vs los que no.

Postgrado		Fijo	Interino	Eventual	Otro
Sí	Recuento	455	264	279	48
	% dentro postgrado	43,5%	25,2%	26,7%	4,6%
No	Recuento	370	123	66	17
	% dentro postgrado	64,2%	21,4%	11,5%	3,0%

Sobre la relación entre las enfermeras que quieren mejorar su cualificación, y tener empleo todo el año, se obtiene un estadístico χ^2 igual a 20,847, que lleva asociado un valor-p inferior al 0,1%, lo que lleva al rechazo de la hipótesis nula de independencia. Como se observa en la tabla, existe un porcentaje significativamente mayor de individuos empleados todo el año entre los que no aspiran a mejorar su cualificación ni tienen especialización (tabla 73).

Tabla 73. Estabilidad en el empleo y mejora de la cualificación.

Especialización		Empleo todo el año	
		Sí	No
Sí	Recuento	1205	274
	% dentro de especialización	81,5%	18,5%
No	Recuento	261	21
	% dentro de especialización	92,6%	7,4%

En cuanto a la institución empleadora principal (tabla 74), el estadístico χ^2 igual a 8,962, que lleva asociado un valor-p igual a 0,003, lo que implica el rechazo de la hipótesis nula de independencia. Por tanto, existe relación entre estas variables, pues el porcentaje de individuos en institución pública es significativamente menor entre los que tienen especialización o buscan mejorar su cualificación.

Tabla 74. Tipo de institución empleadora y mejora de la cualificación.

Especialización		Institución pública	Institución privada
Sí	Recuento	1017	181
	% dentro de especialización	84,9%	15,1%
No	Recuento	240	21
	% dentro de especialización	92,0%	8,0%

Por otro lado, podemos destacar el mayor porcentaje de individuos en atención primaria y especializada entre los que no tienen especialización, mientras que en la categoría de desempleados es superior el porcentaje de los que tienen especialización. Se obtiene un estadístico χ^2 igual a 28,687, que lleva asociado un valor-p inferior al 0,1%, lo que implica el rechazo de la hipótesis nula de independencia. Esto significa que existe relación entre ambas variables (tabla 75).

Tabla 75. Ambito de trabajo y mejora de la cualificación.

Especialización		At Primaria	At Especializada	Emergencias (112)	Docencia Universidad	Mutuas/ Servicios Prevención	Otros	Desempleo
Sí	Recuento	283	766	26	15	39	185	115
	% dentro especialización	19,8%	53,6%	1,8%	1,0%	2,7%	12,9%	8,0%
No	Recuento	70	168	3	0	2	23	6
	% dentro especialización	25,7%	61,8%	1,1%	0,0%	0,7%	8,5%	2,2%

No existe relación entre las enfermeras que quieren mejorar su cualificación, y trabajo principal, ya que el valor del estadístico χ^2 en este caso es 3,051, que lleva asociado un valor-p igual a 0,549, por lo

que no se rechaza la hipótesis nula de independencia. Según podemos observar en la tabla 76, los porcentajes en los dos grupos son similares para todas las categorías.

Tabla 76. Tipo de puesto de trabajo y mejora de la cualificación.

Especialización		Asistencial	Dirección/ Subdirección	Supervi- sión	Docencia Universidad	Otros
Sí	Recuento	1208	15	39	12	84
	Porcentaje	89,0%	1,1%	2,9%	0,9%	6,2%
No	Recuento	245	2	9	0	15
	% dentro postgrado	90,4%	0,7%	3,3%	0,0%	5,5%

El régimen jurídico con la empresa en este mismo aspecto, destaca que el estadístico χ^2 es igual a 19,775, que lleva asociado un valor-p inferior al 0,1%, que permite rechazar la hipótesis nula de independencia. (Tabla 77).

Tabla 77. Tipo de régimen jurídico y mejora de la cualificación.

Especialización		Funcionario	Estatutario	Laboral Ad- ministración Pública	Laboral Em- presa Privada
Sí	Recuento	189	842	126	181
	Porcentaje	14,1%	62,9%	9,4%	13,5%
No	Recuento	58	173	16	18
	Porcentaje	21,9%	65,3%	6,0%	6,8%

En este caso, hay un porcentaje superior de funcionarios entre los que no tienen especialización, mientras que el porcentaje de laborales, sobre todo en empresa privada, es mayor entre los que tienen algún tipo de especialización.

Por último, por lo que respecta a la vinculación con la empresa (tabla 78), existe relación con la especialización, ya que el estadístico χ^2 , que es igual a 38,402 lleva asociado un valor-p inferior al 0,1%, lo que implica el rechazo de la hipótesis nula de independencia.

Tabla 78. Tipo de vinculación con la institución empleadora y mejora de la cualificación.

Especialización		Fijo	Interino	Eventual	Otro
Sí	Recuento	648	325	320	59
	Porcentaje	47,9%	24,0%	23,7%	4,4%
No	Recuento	177	62	25	6
	Porcentaje	65,6%	23,0%	9,3%	2,2%

En este caso, destaca el hecho de que haya más individuos fijos entre los que no tienen o buscan mejorar su cualificación especialización respecto de los profesionales eventuales.

CAPITULO 7. DISCUSIÓN

7.1. Sobre la situación de las enfermeras especialistas en Castilla y León.

El sistema sanitario es el instrumento operativo del modelo sanitario y son considerados como parte del denominado “Estado del Bienestar”, pues la salud es un derecho fundamental y constituye una necesidad irrenunciable del ser humano, por lo que el sistema sanitario requiere de la asignación de los recursos necesarios, una planificación eficiente y unos resultados satisfactorios para la ciudadanía.

La asistencia sanitaria pública en España queda configurada en dos niveles: Atención Primaria y Atención Especializada. Desde el traspaso competencial en materia sanitaria, las Comunidades Autónomas tienen capacidad para planificar y organizar sus respectivos servicios de salud para hacer efectivos los servicios sanitarios a su población. En Castilla y León, tras la promulgación de su Estatuto de Autonomía, las transferencias sanitarias se dispusieron en el Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre⁸⁵. Posteriormente crea el Servicio de Salud de Castilla y León (Sacyl), con rango de Gerencia: la Gerencia Regional de Salud (GRS).

Como ya se ha visto, 1 de cada 4 ciudadanos de Castilla y León tiene 65 o más años, y como resultado de la evolución prevista de la estructura por edades, la tasa de dependencia continuará su tendencia ascendente, pasando en Castilla y León de 59,56% en 2016 a 75,34% en 2031⁸⁶. Es una situación de envejecimiento estructural que se produce en todas las provincias, aunque con diferencias geográficas.

Por otro lado, la evolución del perfil epidemiológico se caracteriza por un incremento de las patologías crónicas, que ya representan el 33,21% de los pacientes atendidos en Sacyl⁸⁷, así como cambios en los estilos de vida, que repercuten en el tipo de demandas sanitarias y sociales.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son procesos de larga duración (más de 6 meses) y con una progresión generalmente lenta, y el paciente crónico es la persona que padece uno o varios de dichos procesos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca cuatro tipos principales:

- Enfermedades cardiovasculares, como los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares.
- Cáncer.

- Enfermedades respiratorias crónicas, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma.
- Diabetes.

Además se contemplan dentro de las enfermedades crónicas las que, independientemente del momento en que comiencen, son ya de por vida. Aunque varían entre ellas y presentan múltiples formas, incluido su comienzo, sus síntomas característicos y su curso en el tiempo.

En este sentido, el Informe anual del Sistema Nacional de Salud, destaca que la atención a la cronicidad supone más del 70% de la actividad sanitaria y casi el 80% del consumo de recursos del sistema de salud. Los pacientes crónicos generan aproximadamente un 80% de las consultas totales, 60% de las consultas de atención primaria, 60% de los ingresos hospitalarios y 33% de las visitas a los servicios de urgencias hospitalarias^{88,89}. Sin embargo, la organización de la mayor parte de los sistemas de atención sanitaria se ha venido basando, desde mediados del siglo XX, en modelos asistenciales diseñados para atender principalmente procesos agudos y de forma reactiva. Por lo tanto, la cronicidad es un reto actual en el sistema sanitario de Castilla y León.

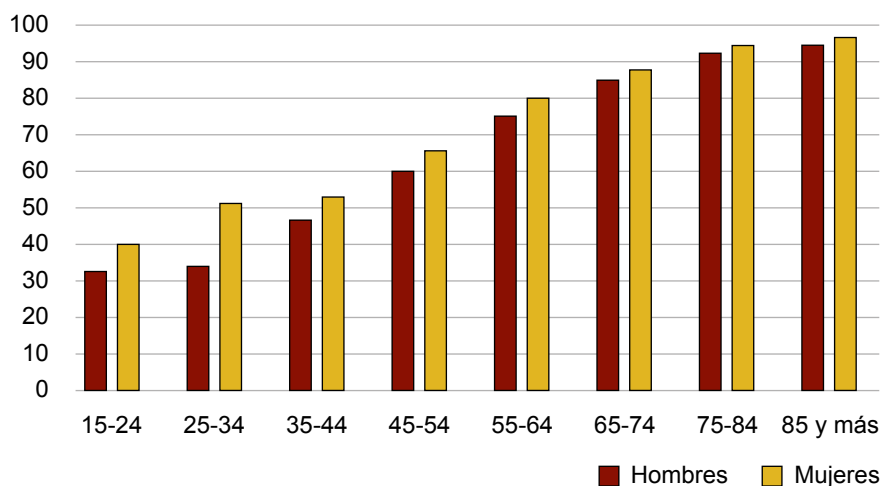
La prevalencia de enfermedades crónicas está aumentando en los últimos años de forma que 42% de la población española padece al menos un proceso crónico, siendo los más frecuentes la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el dolor lumbar y cervical. Estas cifras aumentan hasta el 70% de los mayores de 65 años, con una media de cuatro enfermedades crónicas por persona⁹⁰. En este sentido, el envejecimiento de la población y unos hábitos de vida poco saludables como el sobrepeso y el sedentarismo son razones importantes de este incremento; y ambos factores siguen creciendo, excepto el sedentarismo. Así, en los últimos 25 años, la hipertensión ha pasado del 11,2% al 18,5%, la hipercolesterolemia del 8,2% al 16,4%, y la diabetes del 4,1% al 7,0%⁹¹ (tabla 79).

Tabla 79. España. Principales enfermedades crónicas o de larga evolución diagnosticadas por sexo en 2017. Porcentajes de población de 15 y más años.

	Hombres	Mujeres
Hipertensión arterial	20,3	20,0
Hipercolesterolemia	18,2	17,8
Dolor de espalda crónico (lumbar)	15,8	23,5
Alergia crónica: rinitis, conjuntivitis o dermatitis alérgica, alergia alimentaria o de otro tipo	13,9	18,0
Artrosis (excluyendo artritis)	11,9	24,3
Dolor de espalda crónico (cervical)	9,7	21,5
Diabetes	8,6	7,1
Varices en las piernas	5,4	17,3
Migraña o dolor de cabeza frecuente	5,1	13,6
Problemas crónicos de piel	5,1	6,3

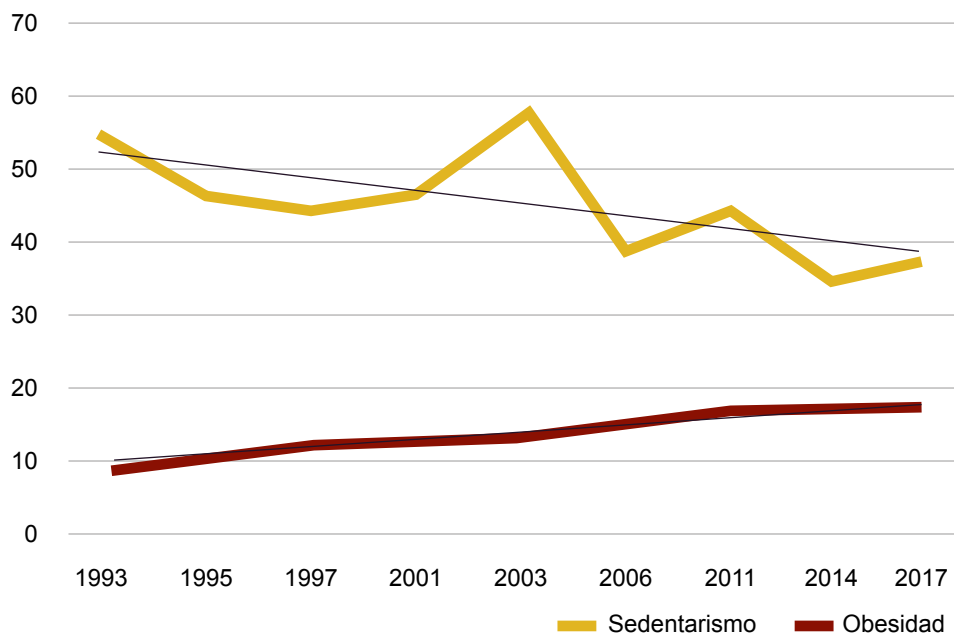
La prevalencia de las enfermedades crónicas aumenta con la edad. Así, a partir de los 65 años, más del 85% de la población padece al menos una de ellas (figura 16), aunque en las últimas décadas se viene observando una desviación a la izquierda en este parámetro, es decir, se está produciendo un incremento en los grupos de 45 a 64 años.

Figura 16. España 2017. Distribución de las enfermedades crónicas por grupos de edad en porcentajes.



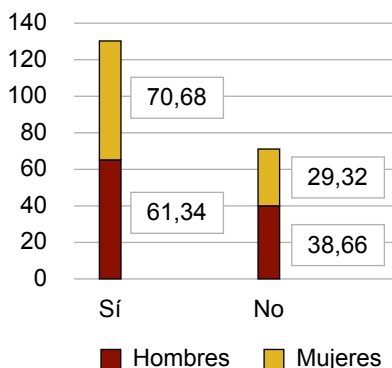
En relación a sus factores de riesgo más importantes relacionados con el estilo de vida, la obesidad ha pasado del 9,22% al 17,45%, mientras que el sedentarismo pasó de 54,23% en 1993 al 38% en 2017, apreciándose el descenso desde el año 2003^{92,93} (Figura 17)

Figura 17. España 1993-2017. Evolución de la obesidad y del sedentarismo.



En Castilla y León la situación es similar a la española. Así, el 66,08% de la población de 15 y más años tiene alguna enfermedad crónica, siendo más frecuentes en las mujeres, de modo que casi el 71% de las mujeres declaran padecer alguna versus el 61% de los hombres (Figura 18).

Figura 18. Castilla y León 2017. Población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos percibido según sexo y Comunidad Autónoma. Población de 15 y más años.



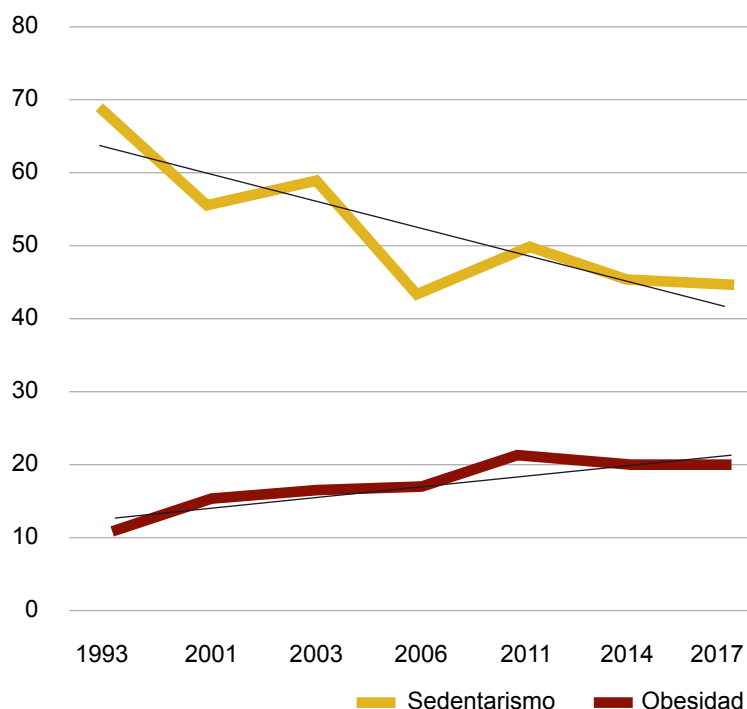
Por otro lado, según se aprecia en la tabla 80, las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en Castilla y León la hipertensión arterial (20,43%), la artrosis (20,40%), y la hipercolesterolemia (19,85%). Las cifras son similares a las del resto del país, excepto que en Castilla y León la prevalencia de la artrosis es mayor^{87,91}.

Tabla 80. Castilla y León 2017. Principales enfermedades crónicas o de larga evolución diagnosticadas por un médico por sexo. Porcentaje en población de 15 y más años.

	Hombres	Mujeres
Hipertensión arterial	21,04	19,83
Artrosis (excluyendo artritis)	14,98	25,67
Hipercolesterolemia	20,29	19,41
Dolor de espalda crónico (cervical)	11,15	22,52
Alergia crónica: rinitis, conjuntivitis o dermatitis alérgica, alergia alimentaria o de otro tipo (asma alérgica excluida)	16,64	17,01
Varices extremidades inferiores	6,59	18,65

Respecto a los factores de riesgo relacionados con el estilo de vida en estos procesos, la tendencia descendente del sedentarismo, más fuerte en Castilla y León, y creciente de la obesidad se mantiene como en el resto de España^{86,90} (Figura 19).

Figura 19. Castilla y León 1993-2017. Evolución de la obesidad y del sedentarismo.



Como se ha dicho, la prevalencia de las enfermedades crónicas aumenta con la edad, y en Castilla y León, la esperanza de vida a los 65 años es mayor que en el resto del país en casi un año de diferencia (22,32 vs 21,45 años), así como los años de vida saludable a los 65 años^{94,95}. En este caso la diferencia es mayor pues se sitúa en 12,04 años en Castilla

y León, mientras que en España es de 10,12 años, siendo mayor en el caso de las mujeres con casi tres puntos porcentuales de diferencia (12,42 vs 9,61 años).

Este aspecto es relevante porque aunque la mortalidad por esas enfermedades desciende progresivamente gracias a las mejoras en la detección precoz y en el tratamiento, pero su carga de enfermedad aumenta. En España, las enfermedades crónicas representan el 89,2% del total de carga de enfermedad medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)⁹⁵, que es una medida de carga de la enfermedad global, expresado como el número de años perdidos debido a enfermedad, discapacidad o muerte prematura. En el estudio de Soriano et al⁹⁶, se constata que las enfermedades no transmisibles fueron la principal causa de muerte (92,8%), seguidas de los accidentes (3,6%), y de las enfermedades transmisibles (3,5%). Las 5 principales causas específicas de muerte fueron la cardiopatía isquémica con el 14,6% de todas las muertes, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias (13,6%), el accidente cerebrovascular (7,1%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (6,9%) y el cáncer de pulmón (5,0%). Los dolores de espalda y cervicales se convirtieron en la causa principal de AVAD en España en 2016, superando a la cardiopatía isquémica. También se destaca que los 10 principales factores de riesgo por AVAD en España en 2016 son el tabaquismo, la hipertensión presión arterial, el índice de masa corporal (IMC) elevado, el consumo de alcohol, la glucemia basal elevada y la hipercolesterolemia. Además, estos factores de impacto en el AVAD, pueden modificarse mediante la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

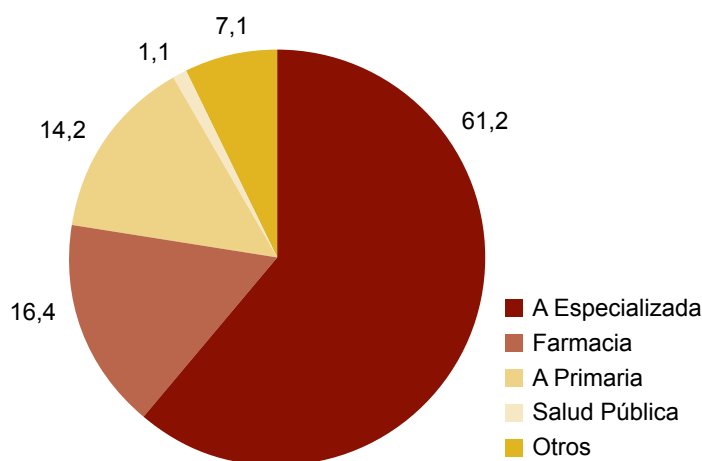
El problema de la cronicidad y la atención a los pacientes afectados con estas enfermedades es uno de los retos más importantes del ámbito sanitario español. Además de ser causa de muerte prematura, las patologías crónicas provocan importantes efectos adversos en la calidad de vida de los enfermos afectados y tienen efectos económicos importantes y subestimados por las familias, comunidades y la sociedad en general. De hecho, supone el 60% de los ingresos hospitalarios, el 80% de las consultas de Atención Primaria, y la primera causa de gasto sanitario en España.

Además, desde la perspectiva del paciente, se produce en el ámbito familiar. La existencia de un enfermo crónico 'obliga' a readaptarse al resto de miembros, incluso con cambios de roles y alteraciones en la dinámica, estructura y emocionalidad de la familia. El impacto de la enfermedad en el paciente crónico se acentúa en situaciones de complejidad, condicionada por su pluripatología, que se caracteriza por: presencia de varias enfermedades crónicas a la vez, frecuentes visitas al hospital, polimedicación, disminución de la autonomía personal,

situaciones de discapacidad y dependencia; uso elevado de recursos sociosanitarios^{97,98}.

En este contexto, el gasto sanitario público en el año 2017 en España supuso 68.483 millones de euros, lo que representa el 5,9% del producto interior bruto (PIB). El gasto per cápita ascendió a 1.472 euros por habitante. La media anual de crecimiento del gasto sanitario público en el quinquenio 2013-2017 fue de un 2,6%, mientras que el PIB creció, en este mismo período y en términos medios anuales, un 3,3%⁹⁹. La clasificación funcional del gasto sanitario público¹⁰⁰ refleja que la función que mayor peso tiene en el ámbito de la asistencia sanitaria pública es la de los servicios hospitalarios y especializados, que representaron un 62,1% del gasto total consolidado en el año 2017; mientras que los servicios de Atención Primaria de Salud 14,2% (figura 20).

Figura 20. España 2017. Clasificación funcional del gasto sanitario público.



El gasto en servicios hospitalarios y especializados Servicios hospitalarios representa la asistencia sanitaria prestada por personal sanitario y no sanitario mediante la actividad asistencial que se realiza en hospitales o centros de especialidades. Incluye además los gastos correspondientes a las estructuras de gestión necesarias para el desarrollo de la actividad, y los servicios especializados los servicios de asistencia especializada concertados para la realización de actividades propias de este nivel asistencial con recursos patrimoniales suscritos con profesionales, instituciones o empresas que sean de titularidad pública o privada.

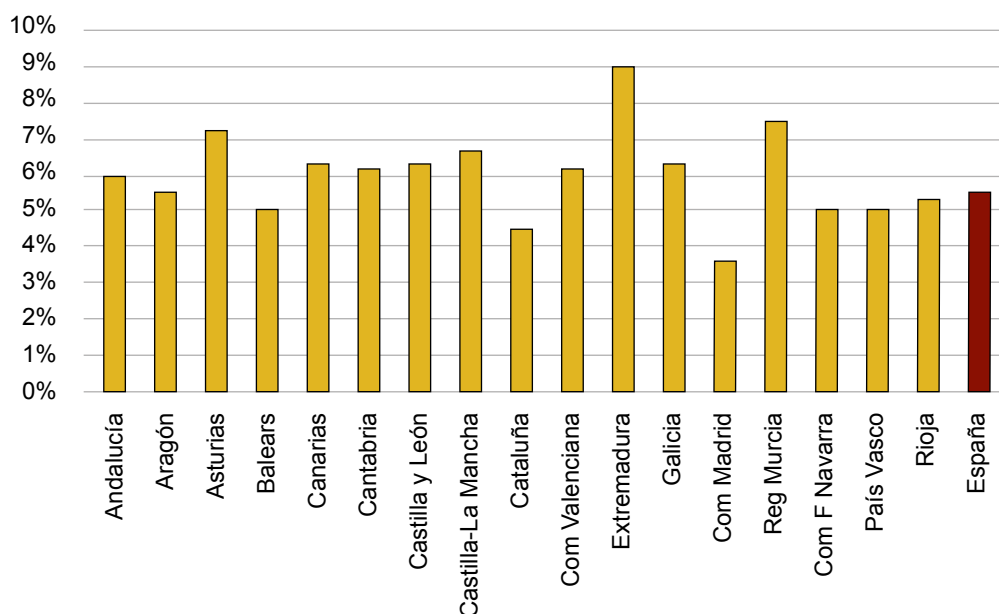
En el quinquenio 2013-2017, el gasto en las tres principales funciones asistenciales fue diferencial para ambos niveles de atención. Los servicios hospitalarios y especializados se mostraron como los más dinámicos, experimentando un incremento de 1,5 puntos porcentuales, mientras que en los servicios de Atención Primaria de Salud descendió algo más del 0,5%. (tabla 81).

Tabla 81. España 2013-2017. Gasto sanitario público consolidado según clasificación funcional. Millones euros.

	2013	2014	2015	2016	2017
A Especializada	37.401	38.010	41.093	41.571	42.533
Farmacia	9.124	9.033	9.343	9.528	9.742
A Primaria	667	657	674	753	763
Servicios colectivos	1.993	1.744	1.890	1.808	1.853
Salud Pública	10.456	10.389	10.483	10.849	11.223
Traslados, prótesis, aparataje	1.138	1.238	1.216	1.221	1.243
Gastos de capital	923	872	1.036	948	1.126
Total	61.702	61.943	65.735	66.679	68.483

En la Comunidad de Castilla y León, el gasto sanitario público consolidado en el año 2017 fue del 6,5% del PIB100, un punto porcentual por encima de la media nacional, lo que se tradujo en 1.514 euros per cápita. (Figura 21). Solamente cinco Comunidades Autónomas tienen más porcentaje del PIB dedicado a la sanidad.

Figura 21. Gasto sanitario público consolidado por Comunidad Autónoma 2017.



Pero, por un lado, la constante evolución de los conocimientos científicos y tecnológicos, de los patrones epidemiológicos, de las necesidades y demandas de los pacientes y los usuarios, y del propio sistema sanitario; y por otro los cambios normativos liderados por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias¹⁰¹, que marca

una nueva regulación de las especialidades en Ciencias de la Salud; todo ello en el nuevo marco del Espacio Europeo de Educación Superior: La Formación Sanitaria Especializada (FSE) en Ciencias de la Salud.

En el año 2018, a Castilla y León le correspondieron 68 plazas para la FSE de Enfermeros Internos Residentes (6,22% del total nacional), de las que 14 son Enfermería Obstétrico-Ginecológica, 2 para Enfermería del Trabajo, 1 para Enfermería Geriátrica, 35 para Enfermería Familiar y Comunitaria, 6 para Enfermería Pediátrica y 10 para Enfermería de Salud Mental¹⁰².

En esta línea, el gasto sanitario en el total del capítulo I del presupuesto, que recoge la remuneración de personal, supuso de media un 45,10% del total del gasto español. En la Comunidad de Castilla y León fue superior en cuatro puntos porcentuales. La FSE de los profesionales internos residentes alcanzó en total los 1.067 millones de euros en el año 2017, representando el 3,70% de los gastos de personal, y en Castilla y León se quedó en el 3,5%^{99,100} (Tabla 82). Por lo tanto, en la Comunidad de Castilla y León, el gasto destinado a la formación de residentes es menor que la media nacional, en términos porcentuales, respecto del gasto de personal.

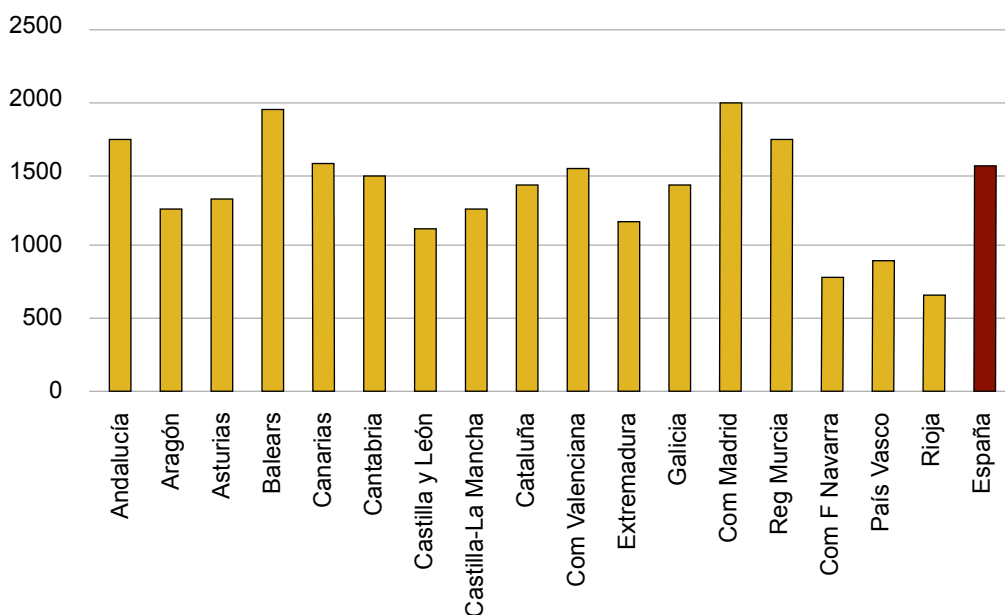
Tabla 82. Porcentaje de gasto de personal y en docencia de residentes por Comunidad Autónoma en 2017.

	Personal respecto gasto sanitario	Docencia residentes respecto del total personal
Andalucía	48,70%	3,90%
Aragón	52,20%	2,60%
Asturias	47,20%	3,50%
Baleares	49,00%	2,70%
Canarias	49,20%	3,10%
Cantabria	48,80%	5,00%
Castilla y León	49,70%	3,50%
Castilla-La Mancha	51,30%	2,90%
Cataluña	35,20%	2,60%
Com Valenciana	37,40%	4,60%
Extremadura	49,80%	3,00%
Galicia	45,20%	3,60%
Com Madrid	44,90%	5,80%
Reg Murcia	48,40%	3,80%
Com F Navarra	51,50%	2,50%
País Vasco	52,00%	3,10%
Rioja	48,80%	3,20%
España	45,10%	3,70%

En este contexto trabajan los profesionales de Enfermería en Castilla y León, con una tasa de 6,68 enfermeras por cada 1.000 hab., en el Sacyl trabajan el 60%. De ellos, un 70% lo hace en Atención Especializada, mientras que en Atención Primaria, sólo trabajan el 28% de las enfermeras, aunque con la ratio de profesional por tarjeta sanitaria más baja de España (figura 22). La mayoría desarrolla su trabajo en unidades de atención directa al paciente, y sólo 199 (2,92%) son enfermeras especialistas; y en Atención Primaria, la práctica totalidad las enfermeras especialistas son matronas, sin apenas presencia de los especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria⁴³⁻⁴⁶.

Además, el porcentaje de profesionales de Enfermería de Castilla y León de 55 y más años sobrepasa el 28%¹⁰³, por lo que en una década podría jubilarse 1 de cada 3 enfermeras de la Comunidad.

Figura 22. Ratio de pacientes por profesional de Enfermería en Atención Primaria por Comunidad Autónoma 2017.



En el Servicio de Salud de Castilla y León el modelo de los hospitales está diseñado en función de una visión medicalizada de la salud, agrupando a los pacientes en función de la patología por la que acceden al sistema sanitario de atención especializada, los grupos de diagnósticos relacionados (GRD), obviando otros factores. Esto, además del diseño de los centros hospitalarios, favorece la estanqueidad de los servicios hospitalarios que alargan en ocasiones el periodo asistencial cuando el usuario depende de varias unidades, facilitando los efectos adversos propiciados por la falta de coordinación. Además, el Atención Primaria de Salud en la Comunidad cuenta con un presupuesto notoriamente inferior.

Las organizaciones sanitarias públicas desarrollan su actividad en entornos cambiantes, pero predecibles en no pocos aspectos, sin embargo, parecen evolucionar de forma lenta para dar respuestas adecuadas. En esta línea, conscientes de que el objetivo principal de la planificación de los recursos humanos es conseguir a corto y medio plazo un número adecuado de profesionales sanitarios que cuenten con la competencia necesaria para alcanzar los objetivos del de salud de la población previamente determinados, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha llevado a cabo ya tres estudios de oferta y necesidad de médicos especialistas, publicados en 2007, 2009 y 2011. En diciembre de 2011, se publicó el primer informe en nuestro país relativo a los profesionales de Enfermería, del Sistema Nacional de Salud¹⁰⁴. En Castilla y León no hay publicado ninguno.

Por lo tanto, hay aspectos que suponen una oportunidad de mejora para acercar más y mejor el sistema sanitario de Castilla y León a las necesidades cambiantes de la población, y a la sostenibilidad y eficiencia del Sistema. Entre ellos está el redimensionamiento y aprovechamiento de los recursos de Enfermería existentes, enfermeras formadas y enfermeras especialistas. Para ello, son necesarios replanteamientos estratégicos, tácticos y operativos en la estructura y en el funcionamiento del sistema público de salud de Castilla y León, aprovechando la formación de los profesionales de Enfermería, sus nuevas competencias y cualificaciones, en especial de la enfermera especialista.

En la muestra de esta tesis, la razón principal que motivó al 71% de los encuestados a cursar los estudios de Enfermería, se basa en que era la profesión que más les gustaba y atararía, es decir, una motivación de tipo vocacional, conceptualizando vocación como término proveniente del latín *vocatio*, *-ōnis*, “acción de llamar” o “inclinación a cualquier estado, profesión o carrera”, y no como la “inspiración con que Dios llama a algún estado, especialmente al de religión”, primera acepción de la palabra referida a la definición de la Real Academia Española de la Lengua¹⁰⁵.

Estos datos coinciden con los de Martínez Arribas et al¹⁰⁶, en cuyo estudio realizado en Burgos concluyen que la mayoría de los encuestados estudia Enfermería “por vocación y/o deseo de ayudar a los demás”, independientemente de la edad y de los años de profesión. Y es que, en una profesión de servicio con un componente humanístico tan grande como la Enfermería, socialmente persiste la idea que tiene un alto componente vocacional, pero la idea clásica de la vocación como la ayuda de los demás es infrecuente en el seno de la disciplina enfermera actual como apuntan San Rafael-Gutiérrez et al¹⁰⁷.

Sea como fuere, decantarse a que el cuidado sea el eje de la profesión que se elige, es una decisión fruto de una reflexión profunda, y más cuando el entorno laboral no es el más adecuado para el desarrollo

profesional que históricamente ha sido, y es en la actualidad, un proceso complejo con factores económicos, políticos y culturales, en los que hay un nivel de desarrollo de acuerdo a criterios generales como el estatus y la ética por una parte, y a elementos específicos por otra, como las experiencias personales de contacto con el mundo sanitario, con la salud y la enfermedad o las expectativas del mercado laboral.

Por otro lado, más de la mitad de las personas encuestadas son Diplomadas en Enfermería, bien según lo dispuesto en Real Decreto 1466/90, de 26 de octubre, por el que se establecen las directrices generales de los planes de estudio del Diplomado en Enfermería, después de que las escuelas ayudantes técnicos sanitarios como escuelas universitarias de enfermería en 1977; o por la Orden Ministerial de 15 de julio de 1980 regula el plan de convalidación por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) a Diplomado Universitario de Enfermería (DUE). Cuantitativamente le siguen los que han obtenido el Grado de Enfermería por un curso de adaptación a Grado en Enfermería que constituyen la quinta parte de las enfermeras, la mayoría a través de una de las diez ediciones del Curso de adaptación al Grado en Enfermería puestos en marcha la Universidad de León (ULE) y la Organización Colegial de Enfermería de Castilla y León (OCECyL) hasta el curso académico 2015-2016, y que puso de manifiesto el gran interés de los profesionales de Enfermería para la obtención del Grado, interés derivado de la vieja reivindicación de la licenciatura enfermera. Por último, el 15% son Graduados en Enfermería gracias a lo prevenido en el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.

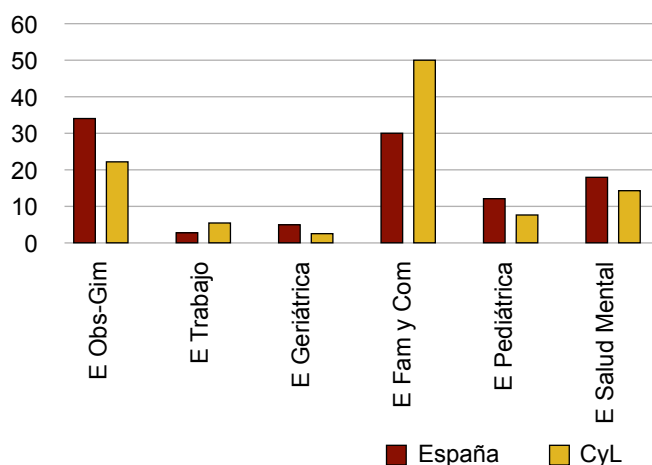
Por otro lado, la mayoría de individuos trabaja actualmente en Atención Especializada (55%), seguida de Atención Primaria (21%), siendo minoritarios el resto de ámbitos laborales; y predomina la vinculación de tipo estatutario fijo, que componen la mitad de la muestra, de análoga manera a lo que ocurre en el resto del país.

Respecto a las especialidades, más de la quinta parte de las enfermeras de la Comunidad es ya especialista o está cursando la especialidad en el momento de la encuesta. Destaca el hecho que la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) es la que tienen en mayor proporción las enfermeras que ya son especialistas, cuestión explicable porque es la especialidad que cuenta con un mayor desarrollo histórico respecto del resto, junto con la de Salud Mental. Además, sigue cursándose en un porcentaje elevado pues son la quinta parte de los EIRs de la Comunidad, sólo superada por la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (38,4%). En este sentido, es ésta la especialidad más apetecible por las enfermeras de Castilla y León, a los que más de

la tercera parte les gustaría cursar alguna especialidad en el futuro, y de ellos, a la mitad les gustaría ser residentes en Enfermería Familiar y Comunitaria.

Siguiendo en esta línea, como se aprecia en la gráfica nº 23, las especialidades de Enfermería Obstétrico-Ginecológica y de Familiar y Comunitaria tienen el mayor número de plazas convocadas en el conjunto nacional con más del 60% del total de las plazas. En Castilla y León entre ambas son el 70% del total. Únicamente, en esta Comunidad se invierte el peso entre ambas, es decir, el número de plazas ofertadas en la última convocatoria para la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria ha sido de 35 (51% del total) y 14 para Enfermería Obstétrico-Ginecológica (20% del total). Esta distribución difiere de las ofertadas para el total nacional pues las plazas para Enfermería Obstétrico-Ginecológica siguen siendo las más ofertadas. (Figura 23).

Figura 23. Porcentaje de plazas de enfermeras especialistas convocadas en 2018 para España y Castilla y León.



Habida cuenta de la situación demográfica de Castilla y León y de la prevalencia e enfermedades crónicas y de pacientes pluripatológicos complejos, destaca el hecho de la pobre oferta de la Especialidad de Enfermería Geriátrica, con sólo 20 plazas para todo el país (1,83%), de las que 1 es para Castilla y León (1,47%). Esta especialidad junto a la Enfermería Familiar y Comunitaria deberían ser los ejes sobre los que pivote la atención a estas personas a través del desarrollo de las competencias de cuidados avanzados. En la tabla 83 se destacan las competencias directamente relacionadas con la cronicidad de ambas especialidades^{108,109} (Anexo nº 3).

Siguiendo esta línea, la Gerencia Regional de Salud tiene dos programas relativos a la formación sanitaria especializada desde el año 2015:

- a) Programa de intensificación del tiempo de docencia: Es un programa que intensifica el tiempo de docencia de los profesionales sanitarios para dedicar a la formación sanitaria especializada. Persigue maximizar la capacidad y productividad de los profesionales que han de simultanear la capacidad asistencial con la formación. Los profesionales seleccionados pueden compaginar su labor asistencial con la formativa, para lo cual serán exonerados parcialmente de su labor asistencial, mediante una reducción de la jornada de hasta el 50%.

En la convocatoria del año 2016 fueron seleccionados cuatro médicos, una enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria y una enfermera no especialista; y en la del año 2018, otros tantos médicos pero ninguna enfermera a pesar de que hubo candidaturas, quedando desierta la convocatoria.

- b) Programa de reconocimiento e incentivación: Es un programa de postformación sanitaria especializada de los internos residentes que finalizan su formación en los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud, con el que se pretende reconocer la trayectoria y compromiso de tales profesionales con la prestación asistencial de Sacyl. Desde el año 2017 se denominan “Premios José María Segovia de Arana”. Supone un reconocimiento e incentivación a los mejores profesionales que han finalicen su formación especializada en la Gerencia Regional de Salud, mediante un nombramiento eventual con una duración de tres años para continuar su formación clínico-investigadora en los Centros e Instituciones Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud, habilitado por la Disposición Adicional Sexta de la Ley 10/2014, de 22 de diciembre, de Medidas Tributarias y de Financiación de las Entidades Locales vinculada a ingresos impositivos de la Comunidad de Castilla y León¹¹⁰.

En las convocatorias de 2015 a 2018 fueron seleccionados en cada una 12 médicos especialistas (excepto en la del año 2015 donde fueron 13), y 2 enfermeras de Enfermería Familiar y Comunitaria (excepto en la convocatoria del año 2017 en la que una de las enfermeras era especialista en pediatría). Ninguna era especialista en Enfermería Geriátrica.

Sobre el reconocimiento profesional, los profesionales de Enfermería de Castilla y León perciben el reconocimiento a su labor por parte de los pacientes y familiares, y lo hacen en mucha mayor medida que el que reciben por parte de los mandos o de la institución en la que trabajan (66% vs 15%). En esta línea, diferentes estudios^{111,112} concluyen que los pacientes declaran reconocer de forma mayoritariamente favorable aspectos de la profesión enfermera como conocimiento de su labor,

toma de decisiones o la disposición para el paciente, con independencia del ámbito en el que desarrollan su trabajo; y además, en el ámbito de la Atención Primaria, reconocen la capacidad diagnóstica de necesidades, de resolución de problemas y su impacto en el funcionamiento de los centros de salud. Aunque también se destaca la opinión de pacientes y familiares en la atención hospitalaria donde casi la mitad declaran que los cuidados enfermeros están supeditados a las órdenes médicas.

En este sentido, aunque la percepción del rol de la Enfermería sigue evolucionando hacia una disciplina con competencias propias dentro de equipos interdisciplinarios, la historicidad lastra con un bajo reconocimiento de su labor por parte de las administraciones, de otros profesionales y de la sociedad en general, y sigue latente repitiéndose patrones de creencias acerca de la enfermería como una disciplina con un papel secundario, poco visible y con limitados resultados en salud de forma independiente, lo que se transmite al colectivo enfermero que puede percibir una falta de reconocimiento profesional y social^{113,114}. Ahora bien, la visibilidad enfermera es mayor cuando existen más interacciones de cuidados con los usuarios, y es una fortaleza que se debe aprovechar para la reivindicación profesional.

Y es que aunque la profesión carece del estatus que tienen los médicos, se reconoce su rol importante dentro del sistema sanitario^{115,116}. Parece que los resultados de las encuestas basadas en la opinión de la ciudadanía muestran que la sociedad tiene una buena opinión sobre la enfermería¹¹⁷, de tal forma que las valoraciones de los ciudadanos están incluso por encima de los profesionales médicos en muchos aspectos. Aunque la sociedad todavía no reconoce plenamente la competencia propia, autonomía e independencia pero, como es sabido, estos procesos de cambio son lentos en el tiempo; y además es necesario que la misma profesión lo perciba. Por todo ello, es necesario seguir trabajando en la mejora de la imagen profesional de Enfermería, y de su visibilidad, comunicando lo que hacen las enfermeras a través de una mayor presencia en los medios de comunicación, utilizando las nuevas tecnologías, sin olvidarse de hacer un ejercicio de autorreflexión sobre la propia valía.

En el anhelo de prestar a la población la mejor atención posible, de progresar profesionalmente, y de adherirse a la Deontología Profesional, las enfermeras de la Comunidad no dejan de formarse. En este sentido, casi la 1/3 parte de los encuestados declara tener o estar cursando algún máster u otro curso de postgrado universitario, y aumenta hasta el 55% a los que les gustaría cursar en el futuro algún máster o postgrado universitario. Además, prácticamente la totalidad de la muestra ha realizado alguna actividad de formación continuada en los últimos cinco años.

Habida cuenta de las limitaciones de las enfermeras para seguir actividades formativas presenciales de media o larga duración, relacionados con las dificultades para conciliar la vida laboral y familiar, y a los sistemas de turnos de una gran proporción de las enfermeras, la modalidad de formación continua que prefieren las enfermeras de la Comunidad es la formación online con casi la mitad de las opciones (48,4%), de manera significativamente superior a la presencial. En esta línea, la formación de postgrado y la formación continua no presencial ha tenido un amplio desarrollo en nuestro país desde hace algo más de una década. A modo de ejemplo, desde que en el año 2013 se implantara la modalidad de formación online en la Organización Colegial de Enfermería de Castilla y León, hay diferencias significativas en el número de alumnos por modalidad de curso, siendo la modalidad de mayor valor la On-line y la de menor la presencial.⁶⁰

Respecto a la situación laboral de las enfermeras especialistas, la mayoría están empleadas todo el año (90%), pero lo que es probable que este mayor descenso del paro entre las enfermeras especialistas sea consecuencia de haber conseguido empleo como enfermeras generalistas, ya que prácticamente no han creado plazas de las distintas especialidades de Enfermería en el periodo de cumplimentación de los cuestionarios.

En la Comunidad de Castilla y León están empleados sobre todo en instituciones públicas como personal fijo o interino, especialmente en el ámbito Atención Primaria. Ahora bien, no se constata la existencia de una relación entre ser enfermera especialista y el puesto laboral que ocupan. No hay más especialistas trabajando como mandos superiores e intermedios o en la docencia respecto de los que desempeñan su trabajo en la asistencia directa a los pacientes.

A pesar entonces que la tenencia de una especialidad no garantiza, ni en la norma ni en la realidad, un puesto de trabajo fijo ni que ese puesto sea en gestión o en docencia, aspiraciones de una parte de los profesionales, tres de cada cuatro enfermeras de Castilla y León que trabajan todo el año desean cursar una especialidad, sobre todo los que trabajan fuera del ámbito de la Atención Especializada. Puede subyacer entonces, que la especialización es sentida como una forma de prestar servicios de Enfermería con la mejor formación posible, y no como una herramienta para el progreso profesional vertical.

En relación al régimen jurídico bajo el que desempeñan su labor, podemos constatar que si bien el porcentaje de estatutarios es bastante similar, el porcentaje de funcionarios es más alto entre los que no van a cursar especialidad, siendo más alto el porcentaje de laborales, en especial entre los que trabajan en una empresa privada. Estos datos son isomórficos con esa intención según su vinculación con la empresa. Así,

el porcentaje de personal fijo es más alto entre los que no van a cursar especialidad en el futuro, mientras el porcentaje de eventuales es mayor entre los que sí, siendo similares los porcentajes de interinos

Otra de las formas de realizar estudios de postgrado es cursar un master universitario. En este aspecto, son más las enfermeras que trabajan en el sector privado y que ocupan cargos de mandos intermedios o superiores, las que están en posesión de un máster universitario que las que lo hacen en el sector público. En este sentido, estar en posesión de un título de este tipo parece valorarse más en empresas privadas que en instituciones públicas en Castilla y León, en especial cuando se ocupan cargos de gestión. Estar en posesión de una titulación de este tipo se percibe como una oportunidad para tener más estabilidad en el empleo, pues la intención de cursar uno es mayor entre las enfermeras que no están empleados todo el año o que están de desempleo, sobre todo en Atención Especializada.

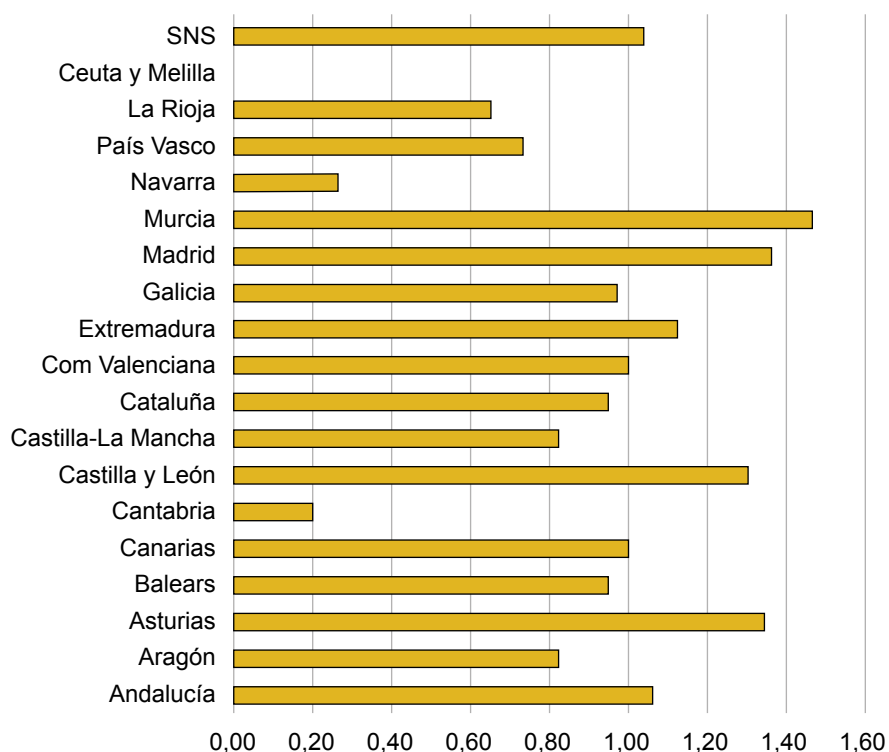
Por lo tanto, y a diferencia de lo que ocurría con las especialidades, tener un master universitario se percibe como una oportunidad para el empleo en Enfermería en la empresa privada, pero no en el Sacyl; y es que tener un máster universitario o no puntúa, o lo hace en escasa proporción a la hora del meritaje en los procesos de selección o de provisión de profesionales sanitarios. A modo de ejemplo, en la última convocatoria para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en plazas de la categoría de Enfermero/a, del Servicio de Salud de Castilla y León¹¹⁸, en la fase de concurso sigue primando la experiencia profesional pues supone un 60% del total de puntos posibles que se pueden obtener. Del resto de puntos, atribuibles a la formación, docencia y actividades científicas y de difusión, estar en posesión de un master universitario se barema con 3 puntos sobre 40 puntos máximos alcanzables, un diploma de especialista universitario con 2 puntos, y un experto universitario con 1 punto. Sin embargo, proporcionalmente se valoran más otros cursos de formación continua pues lo hacen a razón de 0,2 puntos por crédito ordinario asignado o por cada módulo o tramo de 10 horas o fracción, y con 0,5 puntos por crédito asignado (o fracción) los cursos en cuyo título aparezcan créditos europeos (ECTS). Esto implica que es más eficiente en términos de tiempo y coste económico, obtener puntos para ese fin por la vía formación de la continuada en lugar de la formación especializada.

Algo similar ocurre para otros procesos como el de la carrera profesional del personal que trabaja en centros e instituciones sanitarias de la GRS. La Orden que regula el procedimiento ordinario para el reconocimiento individual de grado de carrera profesional¹¹⁹, en el apartado de formación, valora con 1,5 créditos la tenencia de un master en la modalidad presencial, 1,25 créditos si es semipresencial, y 1 crédito si

es no presencial; mientras que la formación continua por cada 10 horas presenciales suponen ya 0,8 créditos, semipresenciales 0,6 créditos y no presenciales 0,4 créditos; o la asistencia a congresos y eventos científicos similares que se valoran a razón de 0,5 créditos por cada uno. Nuevamente se aprecia que, para ese fin, es más eficiente obtener puntuación por estas vías que por la de los estudios de postgrado.

En este sentido, en el año 2017, de los 176.000 profesionales de Enfermería, 142.000 trabajaban en Atención Especializada (80,68%), 29.000 profesionales en Atención Primaria (16,47%), y 3.000 en servicios de urgencia y emergencias (1,7%). De ellos, sólo 2.000 eran especialistas en formación (1,03%). Además la variabilidad en la distribución de los especialistas de Enfermería es alta en todo el SNS (figura 24). Castilla y León contaba con un 1,35% de especialistas en formación respecto del total de enfermeras de la Comunidad.

Figura 24. España 2017. Porcentaje de especialistas de Enfermería en formación por Comunidades Autónomas.



Y es que además, desde la entrada en vigor del Real Decreto 405/2005 de especialidades de Enfermería, aún no se han desarrollado las siete especialidades contempladas, pues la especialidad de enfermería en Cuidados Médico-Quirúrgicos está pendiente de ofertarse. La cronología y el número de plazas ofertadas puede verse en la tabla 84.

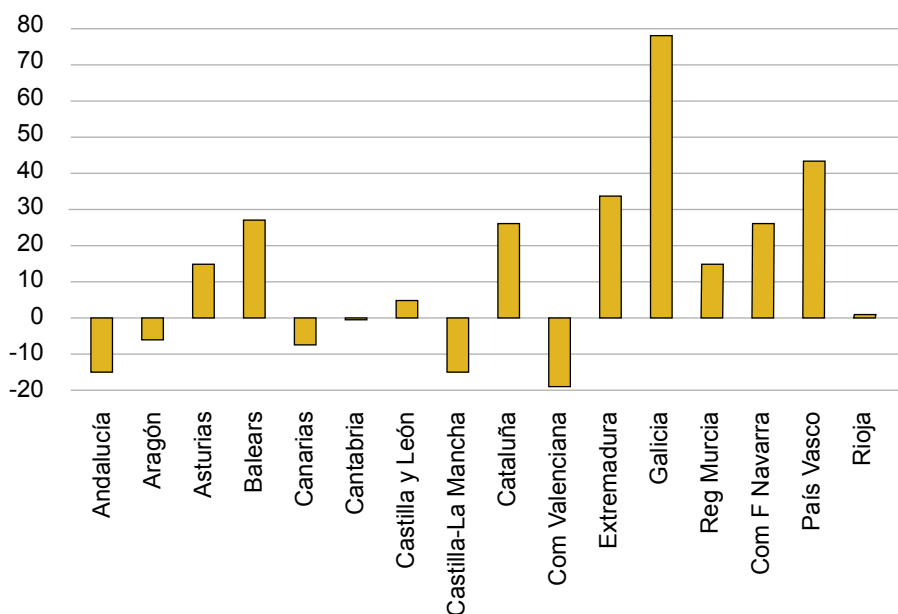
Tabla 84. Oferta de plazas de formación sanitaria especializada por el sistema de residencia para Enfermería en España por especialidad.

	Obstétrico Ginecológica	Salud Mental	Geriátrica	Trabajo	Familiar Comunitaria	Pediátrica	Total
1993/94	174						174
1994/95	86						86
1995/96	161						161
1996/97	101						101
1997/98	183						183
1998/99	97	21					118
1999/00	197	55					252
2000/01	117	71					188
2001/02	204	82					286
2002/03	229	84					313
2003/04	297	101					398
2004/05	314	107					421
2005/06	320	111					431
2006/07	357	124					481
2007/08	355	133					488
2008/09	414	149					563
2009/10	445	154		12			611
2010/11	461	178	12	13	132	52	848
2011/12	462	198	14	15	219	98	1006
2012/13	423	188	11	22	214	105	963
2013/14	395	182	13	21	244	106	961
2014/15	374	181	11	19	267	107	959
2015/16	366	183	15	14	278	112	968
2016/17	368	183	19	17	293	114	994
2017/18	375	193	21	18	316	128	1051
Total	7275	2678	116	151	1963	822	13005

Tomado de Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. pp121-2¹⁰⁴

En los últimos 25 años se han creado en España 13.005 especialistas en Enfermería por el sistema de residencia, de las cuales el 76,53% han sido matronas y enfermeras especialistas en Salud Mental, ya que el primer año en el que se ofertaron plazas para las 6 especialidades disponibles actualmente fue el año 2010/2011. En ese intervalo temporal, el número de plazas ha sufrido discretos incrementos paulatinos a nivel nacional, pero con desigualdades territoriales. En el periodo 2012-2018, tomado pues el año 2012 fue el de mayor oferta hasta el años 2018 (figura 25), comunidades como Galicia, País Vasco o Extremadura tuvieron incrementos de más del 35% en la oferta, otras como Castilla La Mancha o la Comunidad Valenciana sufrieron decrementos mayores del 15% en dicha oferta.

Figura 25. Variaciones porcentuales de la oferta de plazas de formación sanitaria especializada por el sistema de residencia para Enfermería 2012-18 por Comunidades Autónomas.



No se recogen las cifras de la Comunidad de Madrid ni las del INGESA, porque se producen rupturas en la serie ya que, por una parte se incluían las plazas para el Instituto Carlos III y las del Ministerio de Defensa en la Comunidad de Madrid hasta el año 2017; y desde la convocatoria de 2018, éstas y las del INGESA se incluyen dentro del epígrafe “Admon del Estado”.

En el caso de la Comunidad de Castilla y León, ha tenido un aumento de un 4% en las plazas de formación sanitaria especializada por el sistema de residencia, sobre todo a expensas de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Así, de las 70 plazas ofertadas en la última convocatoria, 37 eran de dicha especialidad, lo que supone el 52,85% de todas las plazas en la Comunidad, en comparación con el 30% que supuso esta especialidad en todo el país. Sin embargo, la especialidad de Enfermería Geriátrica fue dotada con una sola plaza en toda la Comunidad para Segovia, dotación inferior a la del resto del país (1,4% vs 1,9%).

Tabla 85. Castilla y León 2011-18: Oferta de plazas de formación sanitaria especializada por el sistema de residencia para Enfermería.

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
53	67	65	65	81	81	73	70	555

Llegados a este punto, conviene plantearse el papel de las especialidades de Enfermería Familiar y Comunitaria y de Enfermería Geriátrica dada la situación epidemiológica de la Comunidad, donde la atención a las personas mayores y a los enfermos crónicos es y seguirá siendo una de las mayores necesidades del Sistema Sanitario de Castilla y León.

En este sentido, el Programa Oficial de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria establece las competencias que debe adquirir la especialista en Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria¹⁰⁸, y habla sobre las competencias avanzadas estableciendo que “se inscriben 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”, y se agrupan en competencias vinculadas con la provisión de cuidados avanzados en la atención clínica directa en el ámbito de la atención familiar y comunitaria a personas a lo largo de su ciclo vital y a las familias en todas sus etapas, vinculadas con la salud pública y comunitaria, la docencia, la gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario, y la investigación, y en el artículo 3.3 establece como competencias prioritarias, entre otras, las siguientes:

- Responder eficazmente a las necesidades de la población con enfermedades crónicas prevalentes, a las situaciones de discapacidad, de riesgo de enfermar y de fragilidad.
- Diseñar y desarrollar estrategias de intervención y participación comunitaria, centradas en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Garantizar la continuidad de la atención y los cuidados, mediante la gestión efectiva y la coordinación de los recursos humanos y materiales disponibles.

Por su parte, el Programa Oficial de la especialidad de Enfermería Geriátrica¹⁰⁹, se dicta que la especialista ha de adquirir la capacidad para “prevenir los factores de riesgo que contribuyan al deterioro funcional, educar en salud, proporcionar bienestar y confort en la situación de fragilidad, sufrimiento, enfermedad, discapacidad, dependencia o muerte” en las áreas de Atención Especializada, Atención Primaria e Instituciones Sociales.

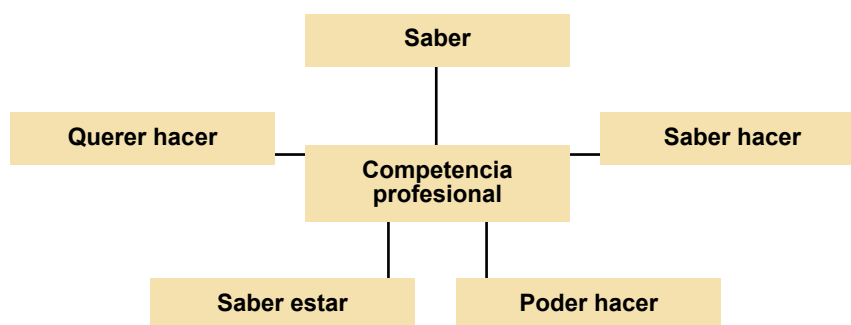
Siendo así, parece pertinente que la especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria desde el ámbito de la Atención Primaria, y la de Enfermería Geriátrica desde la Atención Especializada y desde las Instituciones Sociales, lideren y coordinen la atención a las personas mayores y a los pacientes crónicos, ya que las competencias exigibles a estos

profesionales se adecúan a los perfiles necesarios para satisfacer los requerimientos de esta parte de la población.

Pero cuando hablamos de competencias que se han de traducir en comportamientos que reviertan en la ciudadanía, se han de dar conjuntamente los cinco elementos fundamentales que las componen (esquema 3):

- *Saber*. Conocimientos relacionados con los comportamientos implicados en la competencia.
- *Saber hacer*. Habilidades que permiten poner en práctica los conocimientos.
- *Saber estar*. Actitudes acordes con las principales características del entorno organizacional y/o social, y que tiene en cuenta valores, creencias y actitudes como elementos favorecedores o como barreras de los comportamientos.
- *Querer hacer*. Conjunto de motivaciones intrínsecas y extrínsecas que incitan a que la persona quiera y se esfuerce, o no, en realizar los comportamientos propios de su competencia.
- *Poder hacer*. Conjunto de factores relacionados con la capacidad personal, es decir, las aptitudes y rasgos personales que se contemplan como potencialidades de la persona, y el grado en que el entorno de trabajo favorece y posibilita la utilización y el desarrollo de las competencias.

Esquema 3. Elementos necesarios para el desarrollo profesional de las enfermeras especialistas.



Los tres primeros elementos están desarrollados a través de la experiencia, del desarrollo curricular y de las rotaciones de los residentes. Únicamente sería necesario tener en cuenta los valores, las creencias y las actitudes de los ciudadanos y de los pacientes en lo concerniente a su salud y que, por ejemplo, son fuertes moduladores en el empoderamiento para la salud.

Ahora bien, los factores organizativos y estructurales del entorno sanitario son claves para posibilitar los dos elementos restantes, ya que pueden ofrecer la motivación extrínseca y las condiciones necesarias para el despliegue de dichas competencias.

En este sentido, las bases legislativas en el ámbito sanitario están dispuestas. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS¹²⁰ define la competencia como “la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean”, y en su artículo 40 establece lo siguiente: “El desarrollo profesional constituye un aspecto básico en la modernización del Sistema Nacional de Salud y deberá responder a criterios comunes acordados en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en relación con los siguientes ámbitos: a) La formación continuada. b) La carrera profesional. c) La evaluación de las competencias”. La misma norma establece que dichas competencias han de ser evaluadas y será la Comisión de Recursos Humanos del SNS quien defina los criterios básicos de evaluación de la competencia de los profesionales sanitarios, sin perjuicio de las competencias de las comunidades autónomas.

Por otra parte, la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público¹²¹, en su exposición de motivos afirma: “...el Estatuto Básico permite que se configuren modelos de carrera horizontal, desvinculada de los cambios de puesto de trabajo y basada en el desarrollo de las competencias y en el rendimiento”, y además establece la evaluación del desempeño de los empleados públicos a través de procedimientos fundados en los principios de igualdad, objetividad y transparencia: “ La evaluación periódica deberá tenerse en cuenta a efectos de la promoción en la carrera, la provisión y el mantenimiento de los puestos de trabajo y para la determinación de una parte de las retribuciones complementarias, vinculadas precisamente a la productividad y al rendimiento”.

Pero esta habilitación normativa carece de desarrollo en su totalidad en el Sistema de Salud de Castilla y León, en el que, primero, la Atención Especializada está planteada para atender a pacientes con procesos agudos y sólo en ese entorno, es decir, prácticamente centrada entre las paredes de los hospitales, basados en un reglamento nacional de la década de los 80. Segundo, la infradotación presupuestaria, de profesionales y de equipos, que arrastra y lastra a la Atención Primaria; y tercero, el tergiversado desarrollo de elementos como la carrera profesional, que son poco indicativos del desempeño y del desarrollo profesional de Enfermería y que, prácticamente se ha convertido en un complemento retributivo que no valora ni reconoce los elementos competenciales de los profesionales.

Por todo ello, y conociendo la capacitación de los profesionales sanitarios y las necesidades de la población, es necesario replantearse las líneas estratégicas a medio plazo en los dos niveles de atención y en la coordinación entre ambos, pues la fragilidad de la viabilidad y de la eficiencia del sistema de salud, tal y como lo conocemos hoy, es cada vez más evidente. Y es que se necesita proporcionar servicios eficientes, en el amplio sentido de la expresión, con seguridad para los pacientes y para los profesionales, en tiempo aceptable y por profesionales competentes y motivados con capacidad de adaptación a las demandas de la población.

Las bases del replanteamiento que se desarrolla a continuación están, por un lado, en adaptar la orientación estratégica de la política sanitaria, de manera que se vaya dando paso de la actual estrategia orientada a la enfermedad a otra basada en la promoción, la prevención, y los cuidados a los pacientes crónico, es decir, pasar de un modelo reactivo a otro proactivo; y por otro, en el modelo de financiación, que debería pivotar en el carácter finalista a la financiación sanitaria, con obligación a las CC AA de rendir cuentas de forma transparente, garantizar la equidad entre CCAA, crear una partida económica específica en los Presupuestos Generales del Estado destinada a compensar las diferencias de financiación entre las CC AA, y calcular las necesidades de gasto, según las necesidades de salud proyectadas (carga de enfermedad, enfermedades prevalentes, mortalidad, discapacidad, determinantes medioambientales, diferencias de recursos sanitarios, etc), además de la estructura poblacional y la dispersión geográfica actuales. En este sentido, son también necesarias intervenciones para controlar la financiación destinada a la sobreutilización innecesaria de recursos y al control del crecimiento del gasto farmacéutico y de las tecnologías sanitarias.

En esta línea, conviene recordar las conclusiones principales del informe sobre profesionales de enfermería. Oferta–Necesidad 2010-2025, del Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad¹⁰⁴, en el que se realizó un modelo de simulación para calcular las proyecciones de necesidades de estos profesionales, y concluyen en que todo el sistema sanitario español (público más privado), en el año 2025 habrá 241.594 enfermeras (532 por cada 100.000 habitantes), y que con las necesidades de la población recomiendan:

- Los cambios organizativos en el sistema sanitario y las nuevas estrategias de cuidados deben ser tenidas en cuenta en la planificación de los recursos humanos.
- Para facilitar la planificación, deben definirse estándares de necesidades de profesionales de cuidados de enfermería adaptados a nuestro sistema sanitario.

- La oferta de plazas de formación sanitaria especializada para enfermería debe adaptarse a las necesidades del sistema, profundizando en la utilización de instrumentos para la planificación.
- La incorporación progresiva de enfermeras especialistas al sistema sanitario podrá producir cambios en las necesidades de otros profesionales de cuidados de enfermería, por lo que debería analizarse como se reorganizará la actividad de los profesionales de cuidados enfermeros de acuerdo con sus competencias profesionales.

7.2. Sobre las propuestas de adaptación del sistema sanitario de Castilla y León a las necesidades de la población.

7.2.1. La readaptación del modelo hospitalario.

Como ya se ha dicho, el origen de los sistemas públicos de salud data de finales del siglo XIX, y la estructuración moderna de los hospitales se produce a inicios del siglo XX, especialmente con el Real Decreto 521/1987 de 15 de abril. En este periodo, los hospitales han ido sufriendo mejoras en su organización, que han contribuido de forma clave a la mejora de la salud de la población. Desde entonces, el hospital es identificable por una estructura edificatoria definida, por unos recursos referenciados en la cama hospitalaria, consultas externas y dispositivos tecnológicos de diagnóstico y tratamiento, por un diseño organizativo basado en los profesiones médicos especialistas y por un perfil de paciente agudo.

Sin embargo, desde hace treinta años confluyen una serie de factores que obligan a repensar el papel de los hospitales y si es necesaria o no su readaptación. Estos factores, que son motores para el cambio, son:

- La transición demográfica y epidemiológica.
- La tipología actual del paciente: más informado, demandante y activo.
- La sostenibilidad económica del modelo hospitalario actual.
- La modificación del perfil de profesional y de sus competencias, especialmente patente en los profesionales de Enfermería.
- El desarrollo de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) que facilita la innovación y la personalización en la atención.

Así, por una parte, se han modificado las necesidades de los pacientes y de la población, y por otra, el potencial de actuación de algunos profesionales sanitarios como las enfermeras.

Desde el primer aspecto, el hospital actual ha de atender a pacientes de diversa tipología y, por lo tanto, con necesidades distintas que difícilmente pueden satisfacerse con la organización y la gestión hospitalaria actuales. Un porcentaje relevante de estos pacientes son aquellos con procesos crónicos, y además complejos, que pueden tener asociados pérdida de autonomía y de calidad de vida. A diferencia de otros pacientes, su relación con la enfermedad y con el equipo asistencial es a largo plazo, con múltiples interacciones en diferentes unidades y servicios del hospital y con distintos profesionales; y que acaba teniendo

un alto conocimiento de su enfermedad. Las proyecciones indican que esta situación será cada vez más frecuente, lo que conlleva una mayor complejidad organizativa del modelo hospitalario si se quiere dar respuestas adecuadas.¹²³

En este contexto, el actual modelo hospitalocentrista no es sostenible, porque el modelo se desarrolló a costa de otros elementos del sistema, como la Atención Primaria, y teniendo eventos adversos como las duplicidades, la desvertebración y la descoordinación de la atención integral al paciente, con alto coste y dudosa resolución de las necesidades de los pacientes crónicos. En este modelo enfocado en el hospital y en la superespecialización médica para el paciente agudo no satisface las demandas de los pacientes pluripatológicos con enfermedades crónicas. Además, existe una especie de atrapamiento de profesionales y de pacientes entorno a este dispositivo asistencial. De profesionales porque el hospital ha generado una gran capacidad de atracción de los profesionales, lo que contribuye al desequilibrio de competencias y de prestigio profesional, así como la atracción también de los pacientes, generando demanda y frecuentaciones inadecuadas, independientemente de la capacidad real de resolución de la Atención Primaria¹²⁴. Estos son algunos elementos que hacen que este modelo tradicional contribuya a un atrapamiento de los pacientes crónicos en el hospital y, la consulta externa o la urgencia hospitalaria no son el mejor entorno para generar un paciente proactivo, y con capacidad de manejar autónomamente su enfermedad y sus cuidados, por lo que parece poco eficiente e inapropiado.

En este sentido, los hospitales deben organizar su modelo de cuidados sobre la base de las necesidades de estos pacientes, desarrollando unidades de atención al paciente crónico, lo que conlleva adaptaciones incluso, a nivel del recurso básico: la cama hospitalaria, que no se han de organizar tanto por especialidad médica, sino por necesidades de cuidados.

El modelo actual de los hospitales, con una cultura organizacional muy arraigada, está diseñado en función de una fragmentación de los saberes médicos, es decir, está diseñado única y exclusivamente desde una visión medicalizada de la salud, se agrupa a los pacientes en función de la patología por la que acceden al sistema sanitario de atención especializada, grupos de diagnósticos relacionados (GRD), olvidándose del resto de factores sociodemográficos, epidemiológicos, socioculturales, avances científicos tecnológicos que intervienen e influyen de forma decisiva en la calidad de la atención sanitaria.

Este sistema de clasificación de los pacientes repercute directamente en la profesión enfermera, ya que se ha utilizado de forma tradicional para calcular los ratios mínimos de enfermera-paciente, olvidando que

si lo que se pretende es garantizar unos cuidados de calidad esto no es suficiente y es necesario contar con los factores anteriormente descritos y que la evidencia científica señala como factores determinantes en el producto final de la asistencia sanitaria.

Las organizaciones sanitarias deberían de componerse de subsistemas funcionales interrelacionados de forma dinámica que permitiera contar con la aportación del mayor número de profesionales, todo ello coordinado por una potente estructura de soporte de la organización. Los profesionales han de ser seleccionados por su perfil y nivel de competencia y deben moverse permeablemente por las instituciones del sistema, con proyección y visión, compartiendo logros, favoreciendo la vanguardia y la excelencia.

Para ello se propone lo que sigue:

a) El hospital que amplía capacidad asistencial más allá de la propia arquitectura del hospital.

El hospital fue diseñado para atender a los pacientes agudos dentro de unos límites estructurales definidos y diferenciados, y con un recurso asistencial clave: la cama hospitalaria. Sin embargo, el paciente crónico necesita una atención continuada, integral e integrada que exige diversificar las plataformas asistenciales y abrir el hospital fuera de sus límites estructurales, es decir, abrir el hospital a la comunidad de referencia, de modo análogo, aunque salvando diferencias evidentes, a como lo hicieron los centros educativos en España desde finales del siglo XX, ya que el entorno territorial y cultural es un espacio abierto privilegiado para el desarrollo de activos para la salud.

En este sentido, el desarrollo de las TICs facilita este enfoque, ya que facilita el contacto no presencial y potencialmente permanente entre profesionales, pacientes y familias; y entre los mismos profesionales aunque trabajen desde distintos recursos asistenciales. Así, lo que se ha venido en llamar la e-salud, integra a la teleconsulta, el telediagnóstico, los telecuidados, la historia clínica electrónica (HCE), la geolocalización de recursos y pacientes, etc.

Para dar una mejor respuesta a las necesidades de los pacientes crónicos, y a otra tipología de situaciones, los hospitales deben ser organizaciones cada vez más flexibles y abiertas, y su actividad se extiende más allá de sus propios límites físicos. Tenemos ya ejemplos basados en la atención ambulatoria, el hospital de día, las camas de convalecencia, o en la hospitalización a domicilio, aunque con desarrollos desiguales. A título ilustrativo, en España la hospitalización a domicilio comenzó en el año 1981 en el actual Hospital General Universitario Gregorio Marañón, pero su desarrollo ha sido muy deficitario, a diferencia de otros países en los

que creció por encima de un 50% como fue el caso de Francia entre 2001 y 2009. En la actualidad hay 111 unidades de hospitalización a domicilio en España con una distribución geográfica es irregular. Únicamente Galicia, el País Vasco y la Comunidad Valenciana tienen un programa específico de HAD de ámbito poblacional y dependencia del Servicio Autonómico de Salud¹²⁵. En Castilla y León hay 5 de estas unidades.

A medida que avancen los modelos de atención a la cronicidad, será necesario diseñar un proceso de apertura en la atención, lo que supone, indefectiblemente, la puesta en marcha de múltiples plataformas o recursos, y no centrarse tanto en la cama; lo que obligará a adoptar algunos cambios en la gestión ya que supone un aumento de la complejidad organizativa. Entre ellos:

- Identificar nuevas formas de organización del trabajo, además de incorporar dichas modalidades asistenciales a la medición de su actividad de los profesionales.
- Incluir las nuevas modalidades asistenciales en los sistemas de financiación de los hospitales.
- Revisar los sistemas de medición de la capacidad asistencial de los hospitales. Los indicadores que actualmente se utilizan están enfocados a la cama hospitalaria y a dispositivos diagnósticos como recursos (número de camas, estancia media, tasa de ocupación, número de quirófanos, número de equipos de radiodiagnóstico, etc.), siguen teniendo utilidad, no reflejan la capacidad asistencial total que puede desarrollar un hospital.

b) El hospital con una cartera de servicios asimétrica, comprensible y accesible

La cartera de servicios asistenciales de la mayoría de los hospitales se caracteriza por una tendencia a disponer de toda la gama de servicios y prestaciones posibles. Sólo los hospitales comarcales se mantienen con una cartera de servicios básica. Y es que, por un lado las expectativas del paciente y de los profesionales para dotarse de todos y de los recursos más avanzados, y otro, la creciente presión sobre la eficiencia de los mismos, plantea problemas y debates sobre la financiación de las instituciones sanitarias y de sus servicios, centrados en el déficit y por tanto, en la conveniencia de mantener ciertos servicios o de implementar otros.

En este sentido, para dar respuesta a las necesidades de los pacientes con procesos crónicos, la cartera de servicios de los hospitales tenderá a evolucionar hacia la asimetría, la comprensibilidad, disponibilidad e inmediatez.

En relación al primer aspecto, el desarrollo de las prestaciones asimétricas se basa en configurar una cartera de servicios de proximidad básica, y al a vez, otra con prestaciones en las que se quiera destacar y diferenciarse de otros hospitales próximos, de manera que, en conjunto, permita al hospital posicionarse como un centro de excelencia. De esa forma, además de disponer de los servicios básicos, cada centro puede erigirse en un polo de atracción de demanda de referencia con alto valor en los que puedan ser atendidos pacientes de una zona determinada. Esto implica flexibilizar la cobertura poblacional en el Sacyl, maximizar la colaboración y la coordinación entre dispositivos asistenciales formando redes, y disponer de profesionales con alto nivel de competencia en sus respectivos ámbitos de conocimiento. En esta línea, la redistribución de efectivos, y la implantación de la enfermera especialista y la enfermera gestora de casos juegan un papel central.

Sobre el segundo aspecto, la cartera de servicios más comprensible para los usuarios, conlleva modificaciones en la estructura y en la organización a las que se acaba de apuntar, ya que implica orientar la cartera a patologías, síntomas o a procesos, y no a especialidades. Aunque ya existen en el Sacyl algunos ejemplos como la Unidad de Patología Cervical o la Unidad del Dolor, faltan por desarrollar otras muchas enfocadas a la cronicidad. Unidades y servicios integrados en las que el médico de familia, la enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria o la enfermera gestora de casos decidan qué tipo de asistencia y de profesionales necesita un paciente en su situación concreta. Así, por ejemplo, ante un paciente añoso, pluripatológico y con dolor radicular crónico, según su evolución y su situación de reagudización actual, estos profesionales dirijan, junto con el paciente y el familiar, hacia el circuito más adecuado (Unidad del dolor con revisión del médico geriatra, o del traumatólogo o del neurocirujano o del rehabilitador, evitando que el paciente tenga que acudir a varios especialistas innecesariamente, por ejemplo).

Esta línea, además es isomórfica respecto de la cada vez mayor información de la que dispone y debe disponer el paciente, en un entorno en el que los pacientes generan una significativa demanda espontánea, por lo que los hospitales, entendidos como se propone aquí, necesitarán hacer más inteligible y comprensible su oferta, para hacer valer la transparencia y la comprensibilidad, necesarias para que sean accesibles.

Este aspecto enlaza con la tercera pata de lo que se discute en esta parte: la cartera de servicios disponible e inmediata. Recuérdese que la accesibilidad no se refiere sólo a lo asociado al espacio y a la estructura física (la proximidad del centro, posibles barreras físicas) sino también la disponibilidad y la inmediatez. En el ámbito que nos ocupe, esta variable

está representada especialmente por la ampliación de los horarios de atención, lo que lleva implícita una orientación a las necesidades específicas de los pacientes, y es un elemento cada vez más valorado por pacientes y familiares. De esta forma, los pacientes crónicos podrían disponer de atención especializada 24 h al día, los 365 días del año. Atención que no tiene por qué implicar siempre un contacto cara a cara, por lo que las TICs juega de nuevo un papel preponderante, facilitando el establecimiento de nuevas puertas de entrada a los servicios y modificando el papel que juegan los pacientes, familiares y profesionales. En este sentido, la enfermera especialista o la enfermera de práctica avanzada podrían coordinar este sistema, a través de:

- Las páginas web como elemento para presentar, explicar y orientar al paciente sobre cómo, dónde y en qué circunstancias puede acceder a los recursos asistenciales, cuestión ya implantada en el Sacyl, pero falta que sea una herramienta dinámica y con feedback inmediato, que podría ser liderado por una de las figuras enfermeras antes dichas habida cuenta de sus perfiles competenciales.
- Las aplicaciones interactivas como elemento para realizar determinadas actividades del proceso asistencial: telemonitorización, consultas por teléfono o email, videocontactos, aplicaciones para móviles (app), etc.
- Las herramientas de salud 3.0, basadas en la big data y en el paciente proactivo, como nuevas formas de interacción entre los pacientes y los profesionales de salud.

Para concluir este subapartado, señalar que el impacto potencial en la organización y estructura de los hospitales de estos aspectos está aún poco evaluado, e incluye facetas muy diversas como la mayor la visualidad de los recursos, incluidos los humanos, del sistema, la clara orientación al usuario, la coordinación entre todos los elementos del sistema al generar unidades responsables de determinados procesos, y profesionales responsables de casos, que además puede contribuir a la profesionalización y a la motivación especialmente, de los profesionales de Enfermería, o a la adherencia al proceso por parte del paciente crónico.

c) El hospital como parte de una red de cuidados

De los dos puntos anteriores, se deriva la necesaria integración de los recursos de los que puede disponer el paciente crónico, la familia y los mismos profesionales. El ejemplo más cercano es el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos desarrollado por Sacyl. En él intervienen profesionales de diferentes ámbitos y niveles asistenciales: médicos,

enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales; de Atención Primaria y Especializada, del ámbito público y privado, pues también colabora la Asociación Española contra el Cáncer (AECC), aunque le falta por ampliar la accesibilidad e inmediatez en los términos que se analizan en el subapartado anterior.

En esta línea, la función del hospital ha de considerarse como el nodo de una red centrada en la persona en la que busca, primero, mantenerla sana mediante intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El hospital promotor de la salud optimiza la gestión de pacientes y de recursos, logra reducir costes, mejora su sostenibilidad, fomenta el bienestar y la salud de los usuarios y de las personas que allí trabajan y favorecen unos servicios de alta calidad y seguros. En ese sentido, ya es antiguo el documento editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, pero que poco calado ha tenido en Castilla y León¹²⁶. Después, cuando se ha producido la enfermedad, atenderla mediante el uso costoefficaz de los recursos y con alta satisfacción del usuario.

Pero además, la consideración del hospital como nudo exige analizar lo que ocurre en su interior respecto a si satisface o no las demandas externas, y cómo lo hace; es decir, la medida en que el hospital responde a las exigencias externas, analizando sus relaciones con el mundo universitario, científico, colegios profesionales, asociaciones de pacientes, con la industria y con los pacientes y familiares. Dos aspectos clave en este sentido son, por un lado, la normalización de las prácticas, orientada por las necesidades de las personas y de las comunidades, a lo que contribuye la elaboración y seguimiento participativos de protocolos y guías clínicas para los procesos asistenciales principales de la red, involucrando a todos los actores; y por otro, el ordenamiento de la demanda hacia el hospital, que exige planificar el trabajo del hospital y desarrollar acuerdos de cumplimiento de metas y prestaciones, así como planes de desarrollo de la oferta. En esa configuración, habrá que contar con una Atención Primaria fortalecida e innovar con respecto a la prestación de servicios¹²⁷.

La consecuencia más evidente de la ambulatorización de la atención es que en las unidades de hospitalización convencional se concentran unos cuidados cada vez más complejos y prolongados, pero no circunscritos a la estructura física hospitalaria, lo que tiene consecuencias para Enfermería. En este sentido, indicadores tradicionales como la ratio de personal de Enfermería por cama dejan de tener sentido, y hay que sustituirlos por un análisis de la casuística y de las cargas de trabajo, que se verá incrementada, y requerirá de una mayor integración y coordinación con el resto de agentes del sistema sanitario con el fin de intervenir en la comunidad¹²⁸.

En esta línea, la potenciación y desarrollo de las funciones de los profesionales de Enfermería es clave, lo que exige una redefinición del papel de estos profesionales de forma que sean los profesionales de referencia para los pacientes crónicos, asumiendo las funciones de dirección del paciente a través de la red; y de seguimiento con actividades de educación, asesoramiento, apoyo, análisis de pruebas de control, ajuste del plan terapéutico, etc., mientras que los médicos se centran en actividades principalmente curativas a la entrada del paciente en el circuito y en las agudizaciones de los procesos. Así, con una oferta organizada en Enfermería, ordenada según los niveles de competencia, las enfermeras especialistas y los de práctica avanzada puede liderar este proceso y dar cuerpo a un continuo de cuidado en un sistema integrado que cubre la atención primaria, especializada y la sociosanitaria, centradas en el paciente y en su entorno. Esta redistribución permite mejorar el uso de las competencias de cada profesional y optimizar la prestación de servicios a los pacientes.

Desde hace años hay experiencias similares a las que se proponen en otros países. Por ejemplo, en el Reino Unido, las *nurse practitioners*, tienen las competencias necesarias para realizar diagnósticos simples, prescribir y analizar pruebas diagnósticas, y realizar algunas actuaciones, tradicionalmente médicos, de manera autónoma. En Canadá, el programa de formación de enfermeras *Advanced Nursing Practice*, fortalece el papel de las enfermeras desde los años 70 y cobró un nuevo impulso en los años 90, evolucionando hasta los enfermeros de práctica avanzada (la *expertise*), que tienen las competencias y el liderazgo necesarios en las organizaciones y en las políticas de salud, para tomar decisiones, y juegan un papel clave en los resultados del sistema de salud.

En resumen, se produce un cambio de la función asignada hasta hoy al hospital, que ya no es la cúspide de una pirámide dada por la especialización con el objeto de tratar las enfermedades agudas. El hospital pasa a ser un participante relevante, con determinadas funciones asignadas dentro de un conjunto de procesos configurados en una red de salud.

d) El hospital con visión territorial.

El hospital tradicional es una organización con un funcionamiento bastante independiente del resto de los hospitales. Sin embargo, la presión sobre su sostenibilidad económica y la necesidad de organizar flujos de pacientes crónicos en una zona geográfica genera la necesidad de mayor cooperación entre los hospitales, que adopta dos formas: el desarrollo de servicios compartidos entre distintos hospitales, y los servicios asistenciales de ámbito territorial, que dan cobertura a varios hospitales.

El desarrollo de servicios compartidos supone la integración de funciones, actividades, servicios o recursos (comúnmente servicios hosteleros, de soporte, radiología y de análisis clínicos) de dos o más hospitales en una nueva unidad organizativa, que se convierte en proveedor de dichos hospitales. Tiene ya antecedentes en nuestro país, fundamentalmente en lo que se refiere al diagnóstico, motivado por el elevado coste de la tecnología cuya inversión es difícilmente amortizable por un solo hospital para su población de referencia, y por la escasez de ciertos profesionales especializados. Como ejemplos arquetípicos encontramos la radiología o algunos análisis de laboratorio, en los que, nuevamente, el desarrollo de las TICs es un elemento posibilitador clave. Piénsese en el desarrollo de servicios virtuales de radiología basados en la telerradiología, dentro de los llamados anillos radiológicos como el de la Comunidad de Madrid.

Respecto a los servicios asistenciales de ámbito territorial, son aquellos que se unifican para dar servicio a varios hospitales con el objetivo de conseguir un volumen de pacientes que aseguren un nivel de actividad tal que amortice las inversiones técnicas y humanas y la calidad del servicio prestación mediante la colaboración y en intercambio profesional. Generalmente, el equipo de profesionales está unificado y dirigido por un único jefe de servicio. Ejemplo es la alianza estratégica entre los hospitales de La Paz e Infanta Cristina en el área cardiovascular en Madrid. En Castilla y León, el Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), perteneciente al Hospital Clínico Universitario de Valladolid, o los Centros y Servicios de Referencia de Atención Especializada de Sacyl son unidades de referencia para algunos procesos que necesitan de un alto nivel de especialización o complejidad tecnológico, o bien cuando se trate de enfermedades poco frecuentes, son un ejemplo desarrollo de servicios asistenciales de ámbito territorial de manera parcial, ya que no concurren todos los elementos necesarios, como por ejemplo, el intercambio profesional.

Otra fórmula implantada en la Comunidad de Castilla y León que se acerca a este paradigma, pero a nivel de unidades o servicios son las Unidades de Gestión Clínica (UGC), creadas por la consejería de Sanidad a partir de Decreto 57/2014, de 4 de diciembre, por el que se regula la constitución y funcionamiento de las Unidades de Gestión Clínica del Servicio de Salud de Castilla y León¹²⁹.

El artículo 2 de la Orden dice que las UGC son “unidades orgánicas sin personalidad jurídica propia dotadas de autonomía para la organización y la gestión pública de los recursos humanos, materiales y económicos que se les asignen, para la realización de la actividad propia de su ámbito y nivel asistencial”, pero no son algo estrictamente nuevo, ya que el artículo 27 del Real Decreto 521/1987, de 15 de abril por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento

de los hospitales del INSALUD, ya preveía la constitución de unidades asistenciales interdisciplinarias dotadas de autonomía de gestión.

Esa norma argumenta que las UGC suponen una nueva fórmula organizativa dentro del Sacyl, que incorpora la cultura de la corresponsabilidad de los profesionales en la gestión de los recursos y la descentralización de la gestión, orientando la actividad hacia los resultados en salud y el control de los costes sanitarios, y que fomenta la capacidad autoorganizativa de los profesionales dotándoles de niveles adecuados de autonomía y responsabilidad en la toma de decisiones, e impulsa la agrupación funcional y eficiente de los profesionales, todo ello con el objetivo de facilitar la atención integral al paciente, mejorar la seguridad, la calidad asistencial, y favorecer la accesibilidad y la continuidad de la atención reduciendo su fragmentación.

Dos años más tarde, mediante la Orden SAN/822/2016 de 26 de septiembre, que se crean las 15 primeras UGC Unidades de Gestión Clínica y se determina la composición de los Comités Clínicos de dichas Unidades¹³⁰, pero el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León las anuló al estimar que el modelo no se negoció en mesa sectorial y que la memoria económica de la orden no recogía el mínimo análisis de los costes que implicaría su implantación.

Como puede verse, las UGC también contempla un parámetro básico para la mejora del modelo hospitalario actual: la autonomía de la gestión, condición necesaria, aunque no suficiente, para obtener mejores resultados, y acercarse a satisfacer las necesidades de los enfermos crónicos. Siguiendo a Barrubés et al¹³¹ las condiciones imprescindibles para desarrollar la autonomía de gestión son:

- Personalidad jurídica propia.
- Órgano de gobierno profesional e independiente de las estructuras políticas.
- Criterio objetivo y explícito de designación de los miembros del órgano de gobierno y de la dirección del hospital.
- Transferencia de responsabilidad y decisión.
- Transparencia y rendición de cuentas.

Con estas bases, la autonomía real de gestión de las instituciones favorece una mayor eficiencia y flexibilidad de las organizaciones, reordenar la cartera de servicios, realizar alianzas con otras unidades, servicios y hospitales a nivel territorial, avivar la competencia entre unidades, servicios y hospitales, centralizar centros de gasto, etc; elementos imprescindibles para avanzar hacia la eficiencia.

En esta línea, el liderazgo, la participación en la gestión y el compromiso corporativo y para con la ciudadanía de los profesionales sanitarios son imprescindibles para la gestión de estas organizaciones sanitarias, que cada vez tenderían a ser más complejas. Y esto no se consigue sin el apoyo de la organización que pasa por que los profesionales perciban el apoyo de su organización. En este sentido, los resultados de la encuesta realizada a los profesionales de Enfermería en esta tesis, destaca el hecho que estos se encuentran poco valorados y reconocidos por sus instituciones, pues sólo el 15% manifestó percibir el reconocimiento por parte de la empresa en la que prestan sus servicios, y un 24% por parte de los mandos (28,4%).

Para mejorar este aspecto, se proponen las siguientes líneas, que deberían tenerse en cuenta como otro de los ejes vertebradores del modelo que se propone:

- Mejorar las competencias del equipo en gestión, cada uno dentro del nivel de gestión que les corresponda. Especialmente necesario es en el caso de las enfermeras gestoras de casos y de las de competencia avanzada.
- Establecer un ordenamiento interno y unos circuitos claros, transparentes y compartidos sobre la organización, estrategias y actividades de la organización.
- Desarrollar sistemas de medición del rendimiento de los profesionales consensuado, ligado no sólo a la actividad, sino también al desarrollo de planes y proyectos y a los resultados.
- Establecer complementos retributivos variables ligados a los factores del punto anterior dentro de cada categoría profesional.
- Modificar el actual modelo de carrera profesional implantado en el Sacyl hacia otro modelo basado en su conceptualización inicial contenidos en la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y en la Ley 44/2003 de 21 de Noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, tergiversado actualmente en un complemento retributivo basado sobre todo en la antigüedad.

Todo lo que viene diciéndose tiene implicaciones en una de las características identificativas del hospital clásico: su estructura física claramente identificable. No procede hablar de la estructura física de los hospitales construidos en España entre los años 60 y 80 del siglo XX, pues estaban pensados en pacientes agudos, alojamiento de camas y la atención según la patología; pero ni el diseño de los hospitales españoles de nueva construcción, y las reformas en los más antiguos reúnen las características y condiciones básicas para que el hospital se

mueva en la dirección que se indica, en la que la flexibilidad, con una distribución de espacios adaptables a los cambios de actividad, el diseño espacios que minimicen los desplazamientos innecesarios de pacientes y profesionales (facilitar el control visual o monitorizado, o un sistema logístico eficiente -tubos neumáticos, rampas por gravedad, armarios inteligentes, robots de transporte-); la necesaria durabilidad estructural de edificios y el diseño de espacios más acogedores y energéticamente más eficientes, no se ha conseguido. Y estos son todos elementos que pueden planificarse a medio plazo.

A modo de resumen, los hospitales serían organizaciones cada vez más flexibles y abiertas, y su adaptación en los próximos años debiera pasar por:

- Servicios asistenciales con visión territorial y en colaboración con otros hospitales.
- Reconocimiento real de los distintos perfiles de pacientes, y de la realidad y la previsión a medio plazo para adaptar su modelo asistencial y no solo centrarse en pacientes agudos.
- Un hospital con múltiples recursos que amplifican la capacidad asistencial más allá de la cama, y más allá del espacio físico hospitalario, e integrado en una red de cuidados coordinada.
- Una cartera de servicios asimétrica, presentada según problemas de salud.
- Un hospital con profesionales que trabajan en equipo y el red, con una virtualización de la atención, y una redistribución de funciones y responsabilidades de Enfermería en base las competencias logradas, en las que las enfermeras de enlace, las gestoras de casos, las responsable de los programas de gestión de la cronicidad, etc; planifiquen, coordinen y den respuesta a las necesidades integrales del paciente crónico. Actualmente se está infrutilizando la capacidad de los profesionales de Enfermería: un error mayúsculo de gestión eficiente.

7.2.2. Poder hacer en Atención Primaria.

En el ámbito de la Atención Primaria es necesaria una Estrategia para que impulse el protagonismo de la Atención Primaria y Comunitaria en el Sistema de salud de Castilla y León, ya que la Atención Primaria, debido a sus fines y a su naturaleza, ya esbozadas en la primera parte de la tesis, es clave para la planificación de toda la sanidad pública y, al igual que la Atención Especializada, se sustenta en normativa de las década de los 80 que no da respuesta ni a las necesidades sociosanitarias actuales ni futuras de la Comunidad de Castilla y León, ni a las expectativas y posibilidades de los profesionales enfermeros. Además, como se ha constatado, los profesionales de Enfermería de la Comunidad, cada vez están más y mejor formados, y están dispuestos a seguir formándose. Este desaprovechamiento de la capacitación de los profesionales y de las posibilidades de la Atención Primaria supone un coste de oportunidad e ineficiencias difíciles de cuantificar pero subsanables con la situación actual.

En esta línea, las enfermeras generalistas y los especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria que trabajan en este nivel de la atención, con su nivel de competencia están en condiciones de dirigir su atención a las personas, a las familias y a la comunidad en la que trabajan, como verdaderos agentes de salud de la comunidad en el ámbito de la promoción de la salud, la prevención, la atención y la recuperación, incorporando la perspectiva salutogénica^{132,133}, más cerca aún de donde desarrolla la población sus actividades cotidianas (domicilios, colegios, centro de reunión, etc). Esto supone desarrollar más actividades fuera de los centros de salud y mejorar la capacidad de decisión de las personas, desde la toma de decisiones compartida. Ello posibilita la proactividad en la atención a pacientes crónicos para prevenir complicaciones, además de convertirse en una herramienta para gestionar la demanda, mucho más eficaz que la reciente creación de la figura de la enfermera de atención de la demanda en los centros de salud, ya que esa gestión de la demanda, externa a los centros de salud, quedaría en manos de los propios usuarios.

Esto contribuiría a aumentar la capacidad de resolución y avanzar en la atención estratificada de la población, teniendo en cuenta la carga de enfermedad, las condiciones de vida, las desigualdades en salud y en definitiva, las necesidades de las personas. Además, el avance de las TICs, merced a las posibilidades que ofrecen estos sistemas, permitiría mejorar la capacidad resolutoria, y actuar promocionando la salud, previniendo la enfermedad y resolviendo gran parte de la demanda de salud.

Pero para ello es necesario reorientar la Atención Primaria en Castilla y León, reorganizando y flexibilizando sus recursos, especialmente los

de Enfermería, aprovechando las potencialidades que la experiencia y la formación de las enfermeras que ya trabajan en este nivel tienen, e incorporando a los especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria, dotándolos de más participación en las decisiones organizativas, mayor implicación en la gestión de recursos y de autonomía en la toma de decisiones, desde una asignación más eficiente de los recursos y en la descentralización decisoria. Y eso pasa por:

- Consolidar una política presupuestaria progresiva a medio plazo que cubra las necesidades de la Atención Primaria.
- Impulsar la autonomía de gestión con acuerdos de gestión clínica, que contemple la gestión de cuidados, y en los que una enfermera pueda ser la responsable de esos acuerdos.
- Reforzar la orientación comunitaria y la promoción de la salud, al hilo de lo marcado en la Estrategia Nacional de Promoción de la Salud¹³⁴. Para ello es necesario formar a profesionales en el abordaje biopsicosocial real, a través de la entrevista clínica integral, las técnicas de comunicación y la recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios, desarrollar, protocolos y herramientas de recomendación de activos para la salud (como los mapas de recursos de activos), y trabajar en educación para la salud individual y grupal basados en los determinantes de la salud, y no sólo en los factores de riesgo para la enfermedad como en la actualidad.
- Incorporar perfiles competenciales de la Enfermería de Atención Primaria, sean o no especialistas, y potenciar la capacidad resolutoria de las enfermeras en la gestión de cuidados, incorporando la figura de la enfermera gestora de casos, en especial los dirigidos a pacientes con enfermedad crónica, personas mayores, personas en situación de dependencia y personas en situación de vulnerabilidad y/o riesgo social; de forma que sea una atención sea longitudinal, integrada, interdisciplinar y coordinada entre los distintos niveles.
- Desarrollar la especialidad de Enfermera Familiar y Comunitaria, resolviendo el procedimiento de reconocimiento de la especialidad por la vía excepcional, creando dicha categoría en el marco estatutario y definiendo los puestos de trabajo para estos especialistas.
- Mejorar la coordinación con el resto de los ámbitos asistenciales, servicios e instituciones.
- Impulsar la investigación traslacional en Atención Primaria de Salud.

En esta línea, en el año 2011, un conjunto de sociedades científicas y administraciones sanitarias elaboraron la Declaración de Sevilla sobre la organización de la atención a los pacientes crónicos. Ocho años después, estas dos sociedades médicas consideran que la atención a la cronicidad sigue siendo un tema prioritario y no bien abordado en el sistema sanitario, planteando un cambio en el modelo asistencial, centrado hoy en la atención a las patologías agudas, hacia un nuevo modelo de atención a crónicos con un abordaje centrado en la persona.

Aquí se apoya en parte la necesidad de dos de las figuras emergentes en la Enfermería española: La enfermera gestora de casos y la enfermera de práctica avanzada.

Respecto de la primera, la gestión de casos es un modelo organizativo-asistencial que puede definirse como la coordinación de los servicios que ayudan a las personas dependientes o en situaciones de vulnerabilidad, fragilidad y/o complejidad a identificar y/o proporcionar los servicios apropiados a cada individuo. De esta forma, el gestor que lidera el equipo, planifica y coordina los cuidados, garantizando el nivel de calidad, disminuyendo costes derivados del cuidado fragmentado.

La enfermera gestora de casos, denominada de enlace en otras CC AA, actúa como interlocutora única de todo el equipo asistencial con el propio paciente y sus familiares, facilita información sobre la evolución, resuelve las necesidades clínicas, terapéuticas y diagnósticas que pueda requerir la evolución de sus patologías, en un marco de un proceso colaborativo con todos los profesionales sanitarios.

Actúan en distintos ámbitos: en los centro de salud, atención domiciliaria, servicios sociales, atención especializada... donde desarrollan una labor clave como gestores porque son los responsables del plan de cuidados, de coordinar el trabajo de otros profesionales, y distribuyen los recursos asistenciales y sociosanitarios, siendo el profesional de referencia para el paciente, para su familia y para otros profesionales sanitarios.

Esta figura tiene dos propuestas de desarrollo:

- Enfermera Gestora de casos y continuidad asistencial.
- Enfermera Gestora de Pacientes Crónicos.

Ambas comparten un perfil clínico similar: conocimiento clínico de los procesos, complicaciones potenciales de los mismos y las bases del tratamiento, pero trabajan en diferentes niveles de atención.

- La Enfermera Gestora de Casos y Continuidad asistencial en Atención Primaria, cuyas competencias, entre otras, se incluyen en el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria y deberían ser comunes a todas las enfermeras que

trabajan en el ámbito comunitario. Sus objetivos son:

- Potenciar la coordinación de la atención integral a lo largo de todos los agentes sanitarios implicados.
 - Garantizar la continuidad de los cuidados.
 - Fomentar la coordinación y homogeneización de procesos entre los profesionales de la salud de los diferentes ámbitos asistenciales.
 - Asegurar un Plan de Cuidados personalizado y captar y garantizar el seguimiento de la población diana.
 - Reducir el número de ingresos.
 - Evitar la aparición de complicaciones.
 - Fomentar la autonomía y el autocuidado.
 - Facilitar el acceso a los recursos sanitarios y sociales.
 - Apoyar al paciente y cuidadores desde una perspectiva psicosocial.
 - Captar activamente mediante herramientas de estratificación del riesgo.
- Enfermera Gestora de Pacientes Crónicos en el entorno hospitalario o Enfermera Gestora de Enlace Hospitalaria en Atención Especializada, con competencias enfermeras no exclusivas, pudiendo ser desempeñadas por enfermeras de determinados servicios en función de procesos crónicos en los que la continuidad de cuidados sea un requisito imprescindible para garantizar la calidad de la atención y la efectividad de la intervención sanitaria. Capta a los pacientes cuando ingresan en los hospitales, hace la valoración del paciente junto con la enfermera responsable de dicho paciente y alerta a Atención Primaria para ir gestionando las necesidades que pudieran darse para su traslado al domicilio en el momento en que la situación clínica lo permita. Sus objetivos son:
 - Mejorar la continuidad de cuidados durante la transición al domicilio tras el alta hospitalaria.
 - Potenciar la coordinación de la atención integral durante la estancia hospitalaria.
 - Mejorar la homogeneización de la práctica enfermera en la continuidad de cuidados interniveles.
 - Captar y garantizar el seguimiento de la población diana.

Con ello, en el año 2014 se crearon en Castilla y León las Unidades de Continuidad Asistencial (UCAs), unidades funcionales, creadas como respuesta a las necesidades de reorientación del Sistema Sanitario recogidas en la Estrategia de Atención al Paciente Crónico. Están constituidas por equipos multidisciplinares de ámbito hospitalario, que cuentan facultativos especialistas en Medicina Interna, Geriátrica, así como de Enfermería y de Trabajo Social.

Las UCAs son espacios de atención integrada y compartida, constituidos por dispositivos ubicados en el hospital, en coordinación con los centros de salud de referencia asignados y los Servicios Sociales, y que tienen como principal función prestar atención preferentemente a pacientes crónicos pluripatológicos complejos (PCPPC), clínicamente inestables, con frecuentes necesidades de atención y consumo de recursos, y que mayoritariamente se corresponden con el segmento poblacional G3 de la estratificación mediante Grupos de Riesgo Clínico (CRGs), tratando de asegurar la continuidad en su proceso asistencial. Las funciones de las enfermeras de enlace de las UCAs son:

- La gestión de los PCPPC en el entorno hospitalario
- Enlace para la planificación y continuidad de cuidados con atención primaria, siendo referente en el asesoramiento de casos complejos y gestión de altas que precisan cuidados en el domicilio
- Junto con la enfermera coordinadora de cuidados de Atención Primaria o en su caso con la responsable de dependencia del Área, serán las encargadas de planificar criterios de organización en la continuidad de los cuidados
- Gestionar las pruebas diagnósticas o terapéuticas de los pacientes en las UCAs
- Seguimiento de la situación de los pacientes en observación o ingresados para planificar el alta, valoración de la necesidad de cuidados en domicilio y/o necesidad de cuidados sociales.
- Garantizar, a través del trabajador social del hospital, la continuidad asistencial con los Servicios Sociales cuando se precise su intervención.
- Gestionar y optimizar las citas derivadas del proceso, con el apoyo técnico de la unidad administrativa del Servicio de Medicina Interna.
- Garantizar que la enfermera de primaria reciba los informes de cuidados al alta e incluso gestionando la próxima cita de los pacientes con su enfermera de primaria a través del acceso a las agendas de enfermería de AP.

Por ello, es importante en la atención a las patologías crónicas porque facilita la coordinación y la continuidad asistencial centrada en el paciente, y ha demostrado que mejora la calidad de vida y la seguridad de los pacientes.

En lo que concierne a la enfermera de práctica avanzada, a nivel internacional hay consenso en que la enfermera de práctica avanzada (E.P.A.), también llamada de competencias avanzadas, amplía el ámbito tradicional de la enfermería, maximiza la integración en la práctica del conocimiento teórico, la investigación y la docencia, así como el liderazgo y desarrollo profesionales en un área específica.

En España, sin embargo, no existe regulación concreta y específica que no sea la norma que regula la obtención de diplomas y acreditaciones, el Real Decreto 639/2015, de 10 de julio, por el que se regulan los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada¹³⁵, pero sin desarrollar operativamente en los diferentes servicios de salud. De hecho:

- El artículo 34 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, prevé que la formación y el desarrollo de la competencia técnica de los profesionales sanitarios deberán orientarse a la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud.
- La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas, en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia o ajena, tanto si la profesión se ejerce en los servicios sanitarios públicos como en el ámbito de la sanidad privada.
- En el artículo 36 de LOPS se contemplan los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada como instrumento para certificar el nivel de formación alcanzado por un profesional en un área funcional específica de una determinada profesión o especialidad, en atención a las actividades de formación continuada acreditada desarrolladas por el interesado en el área funcional correspondiente.
- Real Decreto 639/2015, de 10 de julio, por el que se regulan los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada. En el caso de éstos, que constituyen instrumentos para certificar que el profesional sanitario ha alcanzado las competencias avanzadas y los requisitos de formación continuada establecidos en un área funcional específica que admita y requiera una práctica profesional de mayor cualificación, para un período determinado de tiempo. Estos se tramitan en el ámbito del servicio de salud

donde el interesado ejerza su profesión según y el procedimiento establecido por la administración competente, y que en Castilla y León no se ha desarrollado aún.

Mientras que las competencias generales se adquieren con los conocimientos adquiridos en la formación universitaria, y más adelante con la experiencia en la práctica clínica, las competencias avanzadas y su diploma correspondiente regulado en el artículo 8 del ya citado Real Decreto 639/2015, de 10 de julio, se adquieren cumpliendo los requisitos siguientes:

- a) Acreditar, en los últimos cinco años, un mínimo de tres años de práctica profesional con el Diploma de Acreditación en ese área funcional y con evaluación del desempeño positiva certificada por la institución sanitaria o sociedad científica correspondiente. De no existir un Diploma de Acreditación en ese área funcional, el requisito de práctica profesional por un mínimo de tres años, en los últimos cinco, lo será en el conjunto de tareas incluidas en las competencias objeto de acreditación avanzada.
- b) Aportar evidencias de adquisición, en los últimos cinco años, de las competencias definidas en el Diploma de Acreditación Avanzada mediante diferentes acciones formativas acreditadas y específicamente relacionadas con los conocimientos, habilidades y actitudes.
- c) Aportar aquellas otras evidencias que se determinen por cada comunidad autónoma en cuanto a la adquisición, en los últimos cinco años, de las competencias definidas en el Diploma de Acreditación Avanzada a propósito del desempeño y el desarrollo profesional en relación con estancias formativas, docencia, tutorías, ponencias, tesis y/o proyectos de investigación.

Por su parte, los Diplomas de Acreditación exigen la acreditación en los últimos diez años de un mínimo de dos años de práctica profesional en el conjunto de tareas incluidas en las competencias objeto de acreditación, también certificada con evaluación positiva del desempeño, aportar evidencias de adquisición, en los últimos cinco años, de las competencias definidas mediante diferentes acciones formativas específicas, y otras en relación con estancias formativas, docencia, tutorías, ponencias, tesis y/o proyectos de investigación. Por lo tanto, las líneas directrices son las mismas en ambos casos solo que con diferencias en su temporalidad.

Estas competencias avanzadas de enfermería se despliegan de diferentes formas, contemplándose en estrategias, procesos, unidades o consultas, entre otros. Como ejemplos, en Castilla y León hay algunas ya desarrolladas y otras en vías de desarrollo:

- Proceso de Atención al Paciente Crónico Pluripatológico.

- UCAS (Unidades de Continuidad Asistencial).
- Gestión Enfermera de la Demanda.
- Consultas propias de Enfermería en Atención Especializada.
- Enfermera Gestora de Casos.

La evaluación de los resultados obtenidos¹³⁶⁻¹³⁸ respalda la necesidad de potenciar el progresivo desarrollo de los distintos perfiles de EPA y su integración en un nuevo sistema de niveles competenciales. Estos modelos suponen una fuerte apuesta por la sostenibilidad del sistema sanitario y por la calidad, al tiempo que responden a las crecientes expectativas en salud de la población.

La implantación de esas figuras requiere de la creación o adaptación de algunas estructuras, entre ellas, la creación de consultas específicas de Enfermería en el ámbito hospitalario relacionadas con las ya citadas áreas de cuidados. Las consultas de enfermería en el hospital son una modalidad de atención enfermera, en la que se establece una relación cuidadora y terapéutica entre ésta y el paciente, ofreciendo cuidados, asesoramiento e información centradas en los autocuidados desde el enfoque salutogénico. Además, los pacientes que hayan superado las posibilidades diagnósticas, terapéuticas y de cuidados en Atención Primaria podrían ser derivados a estas consultas hasta que pueda reintegrarse de nuevo a dicho nivel. En estos dispositivos, la enfermera de competencias avanzadas (EPA):

- Autogestiona de la agenda de trabajo
- Fomenta la resolución con lo que maximiza la independencia en la competencia asistencial usando el conocimiento científico
- La realiza en un espacio físico estable, propio o compartido, correctamente identificado y accesible, en el que la entrada de pacientes, desde el hospital o desde Atención Primaria; mientras que la salida y/o alta de los pacientes conlleva un informe que se enviará a los profesionales de Atención Primaria para la continuidad de cuidados al paciente, o a otros servicios del Hospital y dejando constancia en la Historia Clínica.

En dichas consultas, las citas se gestionan por el Servicio de Admisión igual que las del resto de profesionales, y se podría realizar atención no presencial a través de las TICs, para paciente, familiares u otros profesionales.

7.3. Sobre la coordinación sanitaria y social.

En nuestra sociedad los problemas sanitarios, sobre todo los de naturaleza crónica y los que generan discapacidad, suelen ir acompañados de importantes necesidades del ámbito social. Sin embargo, las competencias y responsabilidades sanitarias y las de asistencia social dependen de distintas administraciones, observándose déficits importantes en la imprescindible y urgente coordinación de las estructuras responsables de ambos tipos de prestaciones

Una de las opiniones casi unánimes entre los distintos agentes sanitarios, ciudadanos, profesionales y gestores, es que existen problemas de coordinación entre los distintos ámbitos asistenciales. Esta descoordinación asistencial genera costes elevados que no tendrían por qué producirse, aunque no se han realizado estudios que los hayan cuantificado con precisión, generados por tres aspectos fundamentales¹³⁹:

- Deficiente comunicación interprofesional que conlleva una dificultad en la toma de decisiones de los profesionales de ambos niveles. La ausencia o el no seguimiento de unos adecuados circuitos de intercambio de información hace que se dupliquen actividades, y se demoren decisiones clínicas repitiendo consultas innecesarias con la consiguiente ineficiencia, insatisfacción del usuario e incluso iatrogenia que atenta contra la seguridad del paciente.
- Discrepancia de criterios entre esos niveles, lo que provoca el no reconocimiento de las actividades realizadas por otros profesionales, incluso llegando hasta la desacreditación entre unos y otros. El paciente se ve envuelto en el conflicto sin saber a quién otorgar su confianza, debatiéndose entre lo recibido por parte de los profesionales de Atención Primaria, los de Especializada o los que trabajan en el ámbito social; lo que para el usuario es ineficientes y hay evidente riesgo de falta de adherencia, en este caso, atribuible al funcionamiento del sistema.
- Mala calidad percibida por el usuario, debido a los múltiples trámites e información ofrecida desde los distintos niveles que genera una imagen de desorganización y de discontinuidad.

Estos problemas no son independientes, pudiendo presentarse combinados entre sí de distinta forma y proporción. Imaginemos la idea que puede tener un paciente del servicio que recibe cuando en una interconsulta entre los dos niveles aparecen problemas de intercambio de información, de discrepancia entre las recomendaciones profesionales y de dificultad en el acceso. Por ello, las administraciones están optando por establecer programas de coordinación intersectorial que están viendo la luz en los últimos años, pero con deficiente traslación a la práctica.

En este sentido, para fortalecer mejorar la coordinación entre los niveles, los proyectos de mejora deben perseguir los siguientes objetivos:

- a) Ofrecer continuidad en los servicios asistenciales:
 - Mejorar la información disponible en los dos niveles asistenciales y la convergencia en los criterios asistenciales.
 - Disminuir la repetición de estudios diagnósticos.
 - Aumentar la satisfacción de los profesionales.
- b) Aumentar la competencia y capacidad de resolución de Atención Primaria:
 - Mejorar el nivel científico y técnico.
 - Delimitar qué enfermedades y hasta qué punto deben ser tratadas en Atención Primaria.
 - Facilitar el acceso a pruebas complementarias y estudios básicos.
 - Fomentar una utilización adecuada de la tecnología y de las interconsultas a la Atención Especializada.
- c) Mejorar la capacidad de resolución de la Atención Especializada:
 - Facilitar que la actividad se centre sólo en los pacientes que se beneficien de su nivel asistencial.
 - Fomentar la utilización adecuada de la tecnología y la disminución de la iatrogenia.
- d) Aumentar la satisfacción de los usuarios:
 - Disminuir los trámites de acceso y facilitar los procedimientos de cambio entre los dos niveles.
 - Aumentar la percepción de cliente común para el servicio sanitario.

Se vuelve aquí a llamar la atención sobre las potencialidades de una herramienta de la que se habló en esta tesis: la “tele-“ o “e-“, asistencia, cuidados, enfermería, medicina, salud, etc., según denominaciones; que puede dar respuesta a las exigencias de satisfacer una mayor demanda de dichos servicios, con mejor calidad, y compatible con las limitaciones existentes de recursos, las dificultades de coincidencia temporal y espacial entre pacientes, familias y profesionales; en especial en comunidades como la de Castilla y León con una dispersión geográficas relevante.

En este sentido, las TICs son un soporte eficaz que hacen viables modelos organizativos donde el paciente es el eje de todas las actuaciones tales como la equidad en el acceso, la continuidad asistencial o el acercamiento de la atención a su entorno¹⁴⁰, globalidad e interoperabilidad en las organizaciones sanitarias, dando lugar a nuevos entornos organizativos y de trabajo en los que la aplicación inicial de las TICs asociadas exclusivamente a la superación de barreras geográficas va perdiendo vigencia¹⁴¹. Además fomenta la toma de decisiones compartida entre pacientes, familias y profesionales.

Para acabar, muchas de estas líneas aún están pendientes explorar y de evaluar en profundidad, según las directrices de la evidencia científica, pero en los casos en los que se ha pilotado e incluso implementado, parecen demostrar una mejor gestión no solo a nivel de la atención del paciente, sino también a nivel organizativo y del gasto sanitario. Es por lo que, desde un punto de vista personal, esta tesis deberá servir para continuar por esta línea de investigación que permita avanzar en los nuevos campos de trabajo enfermero, y ver cuáles serán mejores para el avance de la profesión por un lado, y por el otro y más importante, en la mejora de la atención prestada en beneficio de los pacientes.

7.4. Limitaciones.

Las limitaciones de esta tesis radican, por una parte en las propias de la recogida de información mediante cuestionarios. Aunque se realizó un pilotaje del mismo, se trata de un cuestionario no validado, estrictamente hablando. No se puede garantizar la sinceridad ni las respuestas no concienzudas, además de las diferencias entre la comprensión e interpretación de las preguntas y las respuestas, aunque se hayan minimizado con el pilotaje.

De otra parte, la limitada evidencia científica disponible a esta fecha en España en cuanto a la efectividad y a la eficiencia de las figuras emergentes de Enfermería de las que se habla en la discusión (Enfermería de Práctica Avanzada, de Gestión de Casos, etc), ni de los nuevos dispositivos asistenciales como las UCAs.

CAPITULO 8. CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación han permitido conocer cuál es la situación laboral y profesional, así como las perspectivas de futuro, inquietudes y objetivos de las enfermeras de Castilla y León, en función de sus necesidades personales y del puesto de trabajo que ocupan y/o querrían ocupar.

Por otro lado, este estudio pretendía analizar y concluir la necesidad o no de la profesión enfermera en seguir avanzando en su desarrollo profesional una vez terminados los estudios del título universitario, y si continúan en el ámbito académico, o realizan una especialidad, o bien desarrollan su competencia en su puesto de trabajo mediante la práctica avanzada.

Por último, la obtención de datos analiza si la actividad profesional y laboral relacionada con el hecho de cursar actividades de postgrado universitarias o la realización de una especialidad, contribuye en mayor o menor medida al desarrollo profesional y motivacional así como a la mejora en la calidad de los cuidados enfermeros, y si este es un hecho de importancia para la profesión.

Así pues las conclusiones obtenidas en este estudio de investigación son las que a continuación se detallan.

1. La mayoría de enfermeras del estudio viven en la Comunidad de Castilla y León sobre todo en Valladolid, León y Salamanca, y son mujeres con una media de edad de entorno a los 42 años. La motivación que inclinó a los encuestados a cursar estudios de Enfermería fue sobre todo motivacional, y muy pocas las posibilidades de colocación laboral.
2. En cuanto a los aspectos laborales, la mayoría ha estado empleado durante todo el año. La mayoría en el sector público. La mitad tienen una vinculación fija con la empresa, y una baja tasa de reposición de plazas en relación a las necesidades generadas tras las jubilaciones.
3. El mayor número de enfermeras se encuentra trabajando en el ámbito hospitalario, lo cual constata que el modelo organizativo en esta Comunidad es “hospitalocentrista”.
4. Las enfermeras especialistas trabajan sobre todo en Atención Primaria y en el sector privado, en el que destacan las mutuas.

5. Las enfermeras de cuidados generales que se plantean cursar una especialidad en el futuro están en el ámbito hospitalario y tienen condiciones contractuales más precarias.
6. Las enfermeras dan poca importancia al hecho de tener una especialidad para conseguir un puesto de trabajo fijo, y destacan el escaso valor que las Administraciones dan al hecho de tener especialistas de Enfermería entre la plantilla de trabajadores, siendo escasa su implantación.
7. Las inquietudes para realizar formación de postgrado tampoco se asocia con lo que puedan suponer para mejorar la empleabilidad en el ámbito público dado el escaso valor que le concede la Administración, mientras que si destaca este aspecto en el ámbito privado.
8. Hay más enfermeras del ámbito hospitalario que han cursado un máster, y es en este ámbito donde se percibe más la necesidad de formarse de manera específica, aunque no sirva para mejorar el puesto de trabajo, pero sí para tener más conocimientos especializados específicos en un área.
9. Las enfermeras valoran el desarrollo académico como muy importante para la profesión, pero destacan que se valora muy poco en el ámbito laboral.

Por lo tanto, las enfermeras ven poco necesario el desarrollo profesional actual respecto a las especialidades de enfermería y la realización de estudios de postgrado, sino está relacionado con el puesto de trabajo y su reconocimiento en el mismo, lo cual deja la vía abierta a seguir avanzando en el estudio en cuanto a analizar qué posibilidades de progreso podría haber si este desarrollo se llevara a cabo desde el puesto de trabajo y se empezaran a reconocer la competencia avanzadas de enfermería como una nueva vía de avance de la profesión, que repercutiría en mejoras de la calidad y en la eficiencia del sistema sanitario.

Aún así, más de la quinta parte de las enfermeras de la Comunidad es ya especialista o está cursando la especialidad. La más numerosa es la de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), cuestión explicable porque es la que cuenta con un mayor desarrollo histórico respecto del resto, junto con la de Salud Mental. Sin embargo, la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria es la más deseada por las enfermeras de Castilla y León.

Dada la situación epidemiológica de la Comunidad, donde la atención a las personas mayores y a los enfermos crónicos es una de las mayores necesidades del Sistema Sanitario de Castilla y León, conviene plantearse el papel de las especialidades de Enfermería Familiar y Comunitaria y de

Enfermería Geriátrica, ya que tienen un perfil formativo adecuado para el liderazgo en la atención a los pacientes crónicos. Se constata una infradotación clara de la especialidad de Enfermería Geriátrica.

Por último, el desarrollo y la potenciación de figuras enfermeras como la Enfermera Gestora de casos y continuidad asistencial, la Enfermera Gestora de Pacientes Crónicos o la Enfermera de Práctica Avanzada suponen una oportunidad para dar respuesta, entre otras cosas, a la cronicidad, mejorar la calidad de la atención y la eficiencia del sistema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado núm. 311 de 29 de diciembre de 1978, pp. 29313-29424.
2. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, núm. 102 de 29 de abril. pp. 15207-15224.
3. Pérez Martín A (ed). Fuero Real de Alfonso X el Sabio. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Madrid, 2015.
4. El sistema español de Seguridad Social. Antecedentes y modelo actual. INSS, Madrid, 2008.
5. Ley de 25 de noviembre de 1944, de Bases de Sanidad Nacional. Boletín Oficial del Estado nº 311 de 26 de noviembre. pp 8908-8936.
6. Monereo Pérez, J.L., Moreno Vida, M^a. y Molina Navarrete, C. (coord). La Seguridad Social a la luz de sus reformas pasadas, presentes y futuras. Comares, Granada, 2008.
7. Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado núm. 173 de 20 de julio, pp 15081-15097.
8. Real Decreto-ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo. Boletín Oficial del Estado núm. 276 de 18 de noviembre, pp 26246-26249.
9. Congreso de los diputados. Diario de sesiones. miércoles, 25 de septiembre de 1991 Sesión núm. 38. [consultado 19 de septiembre de 2008]. Disponible en: http://www.congreso.es/public_oficiales/L4/CONG/DS/CO/CO_306.PDF
10. Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado núm. 100 de 26 de abril, pp 13449-13450.
11. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Organización Institucional. [consultado 6 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.ingesa.mscbs.gob.es/organizacion/quienes/home.htm>
12. Instituto Nacional de Estadística. España en cifras 2018. Catálogo de publicaciones oficiales de la Administración General del Estado. Ed. INE. Madrid 2019.

13. Country statistical profile. Spain. OCDE 2017. [consultado 8 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://data.oecd.org/spain.htm#profile-health>
14. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado núm. 128 de 29 mayo. pp 20567-20588.
15. Alma-Ata. A 32 Años de la Declaración de Alma-Ata. Alma-Ata 1978. [consultado 11 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>
16. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Boletín Oficial del Estado núm. 27 de 1 de febrero, pp 2627-2629.
17. Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. Boletín Oficial del Estado núm. 91 de 16 de abril, pp 11379-11383.
18. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado núm. 98 de 24 de abril, pp 31278- 31312.
19. Instituto Nacional de Estadística. Población por comunidades y ciudades autónomas y tamaño de los municipios 2017. INE. [consultado 19 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2915>
20. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones por causas (capítulos) por sexo y grupos de edad. INE. [consultado 19 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7036>
21. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2017. INE. [consultado 24 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p414/a2017/l0/&file=02020.px>
22. Instituto Nacional de Estadística. Producto interior bruto por habitante. Año 2017. INE [consultado 24 de octubre de 2018]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736167628&menu=ultiDatos&idp=1254735576581

23. Consejo Económico y Social de Castilla y León. Estadística del gasto sanitario público. 2016. [consultado 2 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.cescyl.es/es/publicaciones/fichas-actualidad/estadistica-gasto-publico-sanitario-avance-2016.ficheros/49991-gasto%20sanidad%202016.pdf>
24. Ley 1/1993 de 6 de abril de Ordenación del Sistema Sanitario. Boletín Oficial del Estado núm. 124 de 25 de mayo, pp 15692-15709.
25. Ley 13/2001, de 20 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León. Boletín Oficial del Estado núm. 15 de 17 de enero, pp 2154-2171.
26. Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. Boletín Oficial del Estado núm. 103 de 30 de abril, pp 16650-16659.
27. Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León. Boletín Oficial del Estado núm. 288 de 1 de diciembre, pp 20635-20699.
28. Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León núm. 173 de 7 de septiembre, pp 68602- 68645.
29. Orden SAN/957/2016, de 17 de noviembre, por la que se desarrolla la Estructura Orgánica de los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad y de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, Boletín Oficial de Castilla y León núm. 173 de 17 de noviembre, pp 68602- 68645.
30. Decreto 42/2016, de 10 de noviembre, por el que se establece la organización y funcionamiento de la Gerencia Regional de Salud. Boletín Oficial de Castilla y León núm. 218 de 11 de noviembre, pp 50085- 50100.
31. Decreto 57/2014, de 4 de diciembre, por el que se regula la constitución y funcionamiento de Unidades de Gestión Clínica del Servicio de Salud de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León núm. 235 de 5 de diciembre, pp 81695- 81713.
32. Instituto Nacional de Estadística. Población por comunidades y provincias, edad (grupos quinquenales) y sexo. Estadística del Padrón Continuo. INE. [consultado 28 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p04/a2013/I0/&file=0ccaa003.px&L=0>

33. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Portal de transparencia. Recursos Atención Hospitalaria en promedio anual. [consultado 2 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/transparencia>
34. Estadísticas e Información Sanitaria. Catálogo Nacional de Hospitales 2018. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. [consultado 2 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/2018_CNH.pdf.
35. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Indicadores de actividad en Atención Hospitalaria por Complejo Asistencial u Hospital. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). [consultado 2 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/transparencia>
36. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Recursos materiales en Atención Primaria por Área de Salud. Junta de Castilla y León. [consultado 21 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/transparencia>
37. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Recursos de la Gerencia de Emergencias Sanitarias por provincia. Junta de Castilla y León. [consultado 21 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/transparencia>
38. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Población de Tarjeta Sanitaria Individual por Área de Salud. Junta de Castilla y León. [consultado 21 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/transparencia>
39. Instituto Nacional de Estadística. Población por provincias y tamaño de los municipios. Estadística del Padrón Continuo. INE. [consultado 12 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=2917&L=0>
40. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población. INE. [consultado 12 de septiembre de 2018]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176953&menu=resultados&idp=1254735572981
41. Instituto Nacional de Estadística. Índice de Envejecimiento por provincia. Indicadores Demográficos Básicos. INE. [consultado 7 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=1365&capsel=2083>

42. Instituto Nacional de Estadística. Número de Enfermeros por Comunidades, Ciudades autónomas y Provincias de colegiación, edad y sexo. Profesionales sanitarios colegiados 2017. INE. [consultado 13 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p416/a2016/I0/&file=s08002.px&L=0>
43. Instituto Nacional de Estadística. Población por municipio. Padrón continuo. INE. [consultado 2 de junio de 2019]. Disponible en: <http://www.jcyl.es/web/jcyl/Estadistica/es/>
44. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Personal por puesto de trabajo y Gerencia. Junta de Castilla y León. [consultado 9 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/transparencia>
45. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Número de efectivos en Atención Hospitalaria. Junta de Castilla y León. [consultado 9 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/transparencia>
46. Consejería de Sanidad. Personal por puesto de trabajo y Área de Salud en Atención Primaria. Junta de Castilla y León. [consultado 10 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/transparencia>
47. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Personal por puesto de trabajo en la Gerencia de Emergencias Sanitarias. Junta de Castilla y León. [consultado 10 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/transparencia>
48. Real Orden de 26 de junio de 1861, publicada el 4 de julio, por la que se determinan los estudios prácticos que han de exigirse a los aspirantes el título de practicante. Gaceta de Madrid. [consultado 1 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/institucional/trayectoria/historia?start=1>
49. Real Decreto de 16 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento para las carreras de practicantes y matronas. Gaceta de Madrid del 18 de noviembre. Gaceta de Madrid. [consultado 11 de octubre de 2018]. Disponible en: [https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/1879b97e-bb6a-48a3-91e6-e754fa1872eb/AD184DA4-217B-4E46-B2F2-A3B-F6C2C73C4/3900c342-e015-48b0-9f20-ee8d3af635e8/1888%20Real%20Decreto%20de%2016%20de%20noviembre%20\(Practicantes%20y%20Matronas\).pdf](https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/1879b97e-bb6a-48a3-91e6-e754fa1872eb/AD184DA4-217B-4E46-B2F2-A3B-F6C2C73C4/3900c342-e015-48b0-9f20-ee8d3af635e8/1888%20Real%20Decreto%20de%2016%20de%20noviembre%20(Practicantes%20y%20Matronas).pdf)

50. Martínez Martín M.L., Chamorro E. Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. Ed Elsevier España S.A. Barcelona, 2011.
51. Real Orden de 22 de marzo de 1902 por la que se dictan reglas para la reorganización de las enseñanzas de los practicantes. Gaceta de Madrid del 5 de abril. [consultado 10 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/pdf.raw?query=parent%3A0003181695+type%3Apress%2Fpage&name=-Gaceta+de+instrucci%C3%B3n+p%C3%ABlica+.+6-10-1902>
52. Real Orden de 22 de mayo de 1902, por la que se aprueba el programa para la carrera de practicante. Gaceta de Madrid de 3 de junio. [consultado 10 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.codem.es/estatutaria/1902-real-orden-de-13-de-mayo-practicantes>
53. Real Decreto de 10 de agosto de 1904, por el que se reorganizan los estudios de la Carrera de Practicante y Matrona. Gaceta de Madrid de 12 de agosto. [consultado 10 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1904/225/A00529-00529.pdf>
54. Real Orden de 7 de mayo de 1915. Gaceta de Madrid de 21 de mayo. [consultado 22 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.um.es/documents/479763/2033837/1915+Real+Orden+de+7+de+mayo+plan+de+estudios+Enfermeras%29.pdf/15830d36-5c57-4466-bf51-856cc35aff24>
55. Real Decreto de 28 de febrero de 1917. Gaceta de Madrid de 1 de marzo. [consultado 30 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1917/060/A00504-00506.pdf>
56. Real Decreto de 7 de octubre de 1921. Gaceta de Madrid de 8 de octubre. [consultado 30 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1925/183/A00017-00095.pdf>
57. Real Orden de 21 de junio de 1922, Reglamento-Programa para las Hermanas Enfermeras de San Vicente de Paúl, de los hospitales militares. Gaceta de Madrid. CODEM. [consultado 10 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.codem.es/planes-de-estudio-2/1922-real-orden-de-21-de-junio-enfermeras-de-san-vicente-paul>
58. Orden de 16 de mayo de 1932. Gaceta de Madrid de 17 de mayo. [consultado 28 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1932/141/A01335-01336.pdf>

59. Programa de 6 de julio de 1941 del Ministerio de Educación Nacional. Boletín de 16 de julio. CODEM. [consultado 1 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.codem.es/acuerdos/1941-programa-de-julio-enfermeras-fac-medicina>
60. Escaja Fernández A. Participación de la Organización Colegial Autónoma de Enfermería de Castilla y León en la formación continuada del personal de enfermería en los últimos 6 años. Tesis doctoral. Universidad de León 2015.
61. Sellán, M.C. La Profesión va por dentro: Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea (2a ed). FUDEN. Madrid 2010.
62. Decreto 2319/1960, de 17 de noviembre, sobre el ejercicio profesional de Ayudantes técnicos sanitarios, Practicantes, Matronas y Enfermeras. Ministerio de la Gobernación. Boletín núm. 302, de 17 de diciembre. [consultado 30 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/component/jdownloads/send/8-normativa-colegial/88-competenciaprof0>
63. Ley 37/1962, de 21 de julio, sobre Hospitales. Publicado en: « BOE » núm. 175, de 23 de julio de 1962, pp 10269-10271.
64. Miró-Bonet, M., Gastaldo, D., Gallego-Caminero, G. ¿Por qué somos como somos?. Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976). *Enfermería Clínica*, 2008;18(1): 26–34.
65. Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa. Boletín Oficial del Estado núm. 187, de 6 de agosto de 1970, pp 12525-12546.
66. Directiva del Consejo, de 27 de junio de 1977, sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de los enfermeros responsables de cuidados generales. Directiva 77/453/CEE de 27 de junio de 1977. *Diario Oficial de la Unión Europea* núm. 176, de 15 de julio de 1977, pp 8-10.
67. Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, publicado en el B.O.E. el 22 de agosto. Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. Boletín Oficial del Estado núm. 200, de 22 de agosto de 1977, pp 18716-18717.

68. Orden de 31 de octubre de 1977 por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. Orden de 31 de octubre de 1977, publicado en el Boletín Oficial del Estado del 26 de noviembre.
69. Real Decreto 111/1980, de 11 de enero. Publicado en el B.O.E. de 23 de enero de 1980. Real Decreto 111/1980, de 11 de enero, sobre homologación del título de ATS con el de Diplomado en Enfermería. Boletín Oficial del Estado núm. 20, de 23 de enero, pp 1760.
70. Orden de 15 de julio de 1980 en la que se estableció la superación de un curso de nivelación B.O.E. de 23 de julio de 1980. Orden de 15 de julio de 1980 por la que se establece un curso de nivelación de conocimientos a efectos de la convalidación académica del título de Ayudante técnico sanitario por el de Diplomado en Enfermería. Boletín Oficial del Estado núm. 176, de 23 de julio de 1980, pp 16776.
71. Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado. Boletín Oficial del Estado núm. 21, de 25 de enero, pp 2842-2846.
72. Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Postgrado. Boletín Oficial del Estado núm. 21, de 25 de enero, pp 2846-2851.
73. Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Boletín Oficial del Estado núm. 260 pp 1-28.
74. Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, establece los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Boletín Oficial del Estado núm. 174, de 19 de julio, pp 31680-31683.
75. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado núm. 280, de 22 de noviembre. Pp 41442- 41457.
76. Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista. Boletín Oficial del Estado núm. 26, de 31 de enero, pp 2524-2528.
77. Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero Especialista. Boletín Oficial del Estado núm. 183, de 1 de agosto, pp 23642-23644.

78. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería Boletín Oficial del Estado núm. 108, de 6 de mayo, pp 15480-15486.
79. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, determina y clasifica las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Boletín Oficial del Estado núm. 45, de 21 de febrero, pp 10020-10035.
80. Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor. Boletín Oficial del Estado núm. 56, de 5 de marzo, pp 13586-13587.
81. Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista. Boletín Oficial del Estado núm. 190, de 06 de agosto.
82. Decreto 75/2009, de 15 de octubre, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León núm 202 de 21 de octubre, pp 30635-30644.
83. Orden SCB/947/2018, de 7 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2018 para el acceso en el año 2019, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Enfermeros y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. Boletín Oficial del Estado núm. 223, de 14 de septiembre, pp 88990-89242.
84. Portal de transparencia. Distribución de residentes. [consultado 23 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/transparencia/informacion-datos-publicos/profesionales/efectivos-personal>
85. Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre crea el Servicio de Salud de Castilla y León (Sacyl), Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad de Castilla y León de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. Boletín Oficial del Estado núm. 311, de 28 de diciembre, pp 50038-50044.

86. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores de Estructura de la Población. Tasa de Dependencia por comunidad autónoma. INE. . [consultado 3 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1453&L=0>
87. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Valladolid 2013.
88. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2013.
89. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2013 Informes, Estudios e Investigación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2014.
90. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud de España 2017 Encuesta Nacional de Salud de España 2017 (ENSE 2017). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. [consultado 20 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
91. Instituto Nacional de Estadística. Principales enfermedades crónicas o de larga evolución diagnosticadas por un médico por sexo. 2017. Encuesta Nacional de Salud 2017. MSCBS-INE. [consultado 2 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t00/mujeres_hombres/tablas_1/I0/&file=d03005.px.
92. Instituto Nacional de Estadística. Índice de masa corporal por grupos de edad y sexo. INE. [consultado 20 de noviembre de 2018]. Disponible en: https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t00/mujeres_hombres/tablas_1/I0/&file=d06001.px&L=0
93. Instituto Nacional de Estadística. Sedentarismo por grupos de edad y sexo. INE. [consultado 20 de noviembre de 2018]. Disponible en: https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t00/mujeres_hombres/tablas_1/I0/&file=d06006.px&L=0
94. Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de Vida al Nacimiento por comunidad autónoma, según sexo. INE. [consultado 27 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1448>
95. Instituto Nacional de Estadística. Esperanzas de salud y esperanza de vida por comunidad autónoma, edad y sexo. INE. [consultado 27 de noviembre de 2018]. Disponible en: https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p418/a2008/hogares/p01/esp_vida/I0/&file=02002.px&L=0

96. Soriano, J. B., Rojas-Rueda, D., Alonso, J., Antó, J. M., Cardona, P. J., Fernández, E., et al. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Medicina Clínica*, 2018;151(5):171-90.
97. Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria. Estrategia de Gestión de Crónicos. Documento de Consenso. SEDAP, 2013.
98. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Problemas de salud crónicos: nuevas orientaciones, nuevas estrategias. SEMFYC, 2013.
99. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gasto sanitario público, gestionado por las comunidades autónomas, estructura en porcentaje según los principales elementos de la clasificación económica y funcional del gasto sanitario, por comunidad autónoma.. Indicadores clave Sistema Nacional de Salud. [consultado 2 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla31.htm>
100. Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia. Secretaría General de Sanidad y Consumo. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estadística de gasto sanitario PÚBLICO 2017: Principales resultados. Marzo 2019.
101. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado núm. 280, de 22 de noviembre, pp 41442- 41458.
102. Consejería de Sanidad. Oferta docente de formación sanitaria especializada. Junta de Castilla y León. [consultado 9 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/formacion/es/formacion-sanitaria-especializada/oferta-docente-formacion-sanitaria-especializada>.
103. Instituto Nacional de Estadística. Número de Enfermeros por Comunidades, Ciudades autónomas y Provincias de colegiación, situación laboral y sexo. INE. [consultado 9 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p416/a2016/&file=s08004.px>
104. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe sobre profesionales de Enfermería. Oferta-necesidad 2010-2025. Madrid 2010.
105. Diccionario de la Real Academia Española (acceso 2 May 2018). [consultado 16 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>

106. Martínez Arribas, Sara, et al. Factores motivacionales en la elección de los estudios de Enfermería. *Metas de Enfermería* 2013;16(10):50-5.
107. San Rafael-Gutiérrez, S., Arreciado-Marañón, A., Bernaus-Poch, E., y Vers-Prat, O. Factores que influyen en la elección de los estudios de enfermería. *Enfermería clínica* 2010;20(4): 236-42.
108. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. *Boletín Oficial del Estado* núm. 157, de 29 de junio, pp 57217-57250.
109. Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica. *Boletín Oficial del Estado* núm. 288, de 30 de noviembre, pp 101976-101992.
110. Disposición Adicional Sexta de la Ley 10/2014, de 22 de diciembre, de Medidas Tributarias y de Financiación de las Entidades Locales vinculada a ingresos impositivos de la Comunidad de Castilla y León. *Boletín Oficial del Estado* núm. 32, de 6 de febrero, pp 10074-10106.
111. Errasti-Ibarrondo B., Arantzamendi-Solabarrieta M., Canga-Arroyo N. La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2012; 35(2):269-83. [consultado 15 marzo 2019]. Disponible en:doi.org/10.4321/S1137-66272012000200009.
112. Mena Tudela D; González Chordá V M. Imagen social de la enfermería, ¿estamos donde queremos?. *Index de Enfermería (edición digital)* 2018; 27(1-2). [consultado 23 marzo 2019]. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v27n1-2/11506.php>
113. Fernández-Salazar S, Ramos-Morcillo AJ; Comunicación, imagen social y visibilidad de los Cuidados de Enfermería. *ENE. Revista de Enfermería.(revista en internet)* Abr. 2013; 7(1). [consultado 18 marzo 2019]. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20140513004416/http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/256/210>.
114. Secretaría General Técnica SATSE. Radiografía de la Enfermería española. Visión política y visibilidad social. 2015. SATSE. [consultado 22 marzo 2019]. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20150924125106/http://media.satse.es/media/docs/pyaoxmgl.pdf>.

115. Pedre M, Pita M, Valiño C. Imagen social de la enfermería: un vistazo al espejo público. *Asociación Española de Enfermería Urológica* 2004; 89: 32-3.
116. García Moreno V, Brito Brito P, Fernández Gutiérrez D A, Reyero Ortega B, Ruiz Navarro Menéndez C. ¿Cómo crees que te ven?: imagen de la enfermería percibida por profesionales y usuarios. *Ene.* [Internet]. 2015; 9(3) [consultado 15 marzo 2019]. Disponible en: doi.org/10.4321/S1988-348X2015000300017
117. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. CIS. Estudio nº 8818. Barómetro Sanitario 2018. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. [consultado 29 marzo 2019]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2018/BS2018_ccaa.pdf
118. Orden SAN/1210/2018, de 31 de octubre, por la que se convoca proceso selectivo para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en plazas de la categoría de Enfermero/a, del Servicio de Salud de Castilla y León. *Boletín Oficial de Castilla y León* núm 222 de 16 de noviembre, Pp. 44548-44578.
119. Orden SAN/1443/2009, de 7 de julio, por la que se regula el procedimiento ordinario para el reconocimiento individual de grado de carrera profesional en el ámbito del servicio de Salud de Castilla y León. *Boletín Oficial de Castilla y León* núm 8 de julio 2009, pp 20737-20761.
120. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado* núm. 128, de 29 de mayo. Pp 6-46.
121. Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público. *Boletín Oficial del Estado* núm 89 de 13 de abril, pp 7-58.
122. Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Boletín Oficial del Estado* núm. 91, de 16 de abril, pp 4-14.
123. EU Task Force on eHealth: Redesigning health in Europe for 2020. European Union, 2012. [consultado 26 marzo 2019]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/eu-task-force-ehealth-redesigning-health-europe-2020>
124. Casey D. Transforming the delivery of health and social care: the case for fundamental change. *Br J Gen Pract.* 2013;63(611):292. [consultado 4 marzo 2019]. doi:10.3399/bjgp13X668104

125. Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio. Proyecto HAD 2020. Una propuesta para consolidar la HAD en España. Madrid 2016. [consultado 26 marzo 2019]. Disponible en: <http://www.se-had.org/proyecto-had2020/docs/dossier-ministerio-had20202.pdf>
126. Ministerio de Sanidad y Consumo. La implantación de la promoción de la salud en los hospitales: manual y formularios de autoevaluación. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2007.
127. Organización Panamericana de la Salud. Hospitales en redes integradas de servicios de salud. Recomendaciones estratégicas. Organización Panamericana de la Salud 2018. [consultado 17 febrero 2019]. Disponible en: <http://iris.paho.org>.
128. Klijn EH, Koppenjan J. Institutional design: Changing institutional features of networks. *Public Management Review*. 2006;8(1)141-60.
129. Decreto 57/2014, de 4 de diciembre, por el que se regula la constitución y funcionamiento de Unidades de Gestión Clínica del Servicio de Salud de Castilla y León. Boletín Oficial del Castilla y León. Núm. 235 de 5 de diciembre. P. 81695- 81713.
130. Orden SAN/822/2016, de 26 de septiembre, por la que se crean Unidades de Gestión Clínica y se determina la composición de los Comités Clínicos de las Unidades de Gestión Clínica del Servicio Público de Salud de Castilla y León. Boletín Oficial del Castilla y León de 5 de octubre, pp 43468- 43487.
131. Barrubés J, Carrillo E, Portella E Repensando el hospital: motores de cambio y respuestas innovadoras. Barcelona: Antares Consulting; 2012.
132. Morgan A. Revisar el Modelo de los Activos: aclaración de ideas y términos. *Global Health Promotion* 1757-9759; 2014; 21(2): 91-4.
133. Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Moreno Rodríguez C y Hernán García M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev Esp Salud Pública* 2011; 85:129-39.
134. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Madrid, 2014.
135. Real Decreto 639/2015, de 10 de julio, por el que se regulan los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada. Boletín Oficial del Estado núm. 179, de 28 de julio, pp 64237-64242.

136. Rico-Blázquez M, Sánchez Gómez S, Fuentelsaz Gallego C. [Care as a cross-cutting element in the health care of complex chronic patients. *Enferm Clin.* 2014;24(1):44-50.
137. Sánchez-Martín CI. Chronic diseases and complexity: new roles in nursing. *Advanced practice nurses and chronic patient. Enferm Clin.* 2014;24(1):79-89.
138. Appleby C, Camacho-Bejarano R. Challenges and opportunities: contributions of the Advanced Practice Nurse in the chronicity. Learning from experiences. *Enferm Clin.* 2014;24(1):90-8.
139. Morell, L. La coordinación de niveles y la prescripción de medicamentos: reflexiones y algunas soluciones posibles. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* 2004; 5 (2):41-8.
140. Monteagudo, J.L., Serrano, L. y Hernández, C.: Telemedicine science or fiction? *Ant Sist Sanit Navar.* 2005, 28, (3):309-23.
141. Albuquerque, C., Pérez de Isla, L. y Zamorano, J.L.: Aplicaciones en la Práctica Clínica. En Zamorano, J.L., Gil-Loyzaga, P., Miravet, D.: Coord. Telemedicina. Análisis de la Situación Actual y Perspectivas de Futuro. Fundación Vodafone. 2004: 201-6.

ANEXOS

Anexo nº 1.

Tabla 29. Percepción de reconocimiento por diferentes colectivos

Sociedad		
	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	679	40,6
No	391	23,4
Dudoso	601	36,0
Total	1671	100,0

Pacientes		
	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	679	66,1
No	391	9,4
Dudoso	601	24,5
Total	1671	100,0

Superiores		
	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	475	28,4
No	618	37,0
Dudoso	577	34,6
Total	1670	100,0

Otras categorías		
	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	510	30,8
No	392	23,6
Dudoso	756	45,6
Total	1658	100,0

Administración		
	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	679	14,9
No	391	51,7
Dudoso	601	33,4
Total	1671	100,0

Anexo nº 2.

Tabla 30. Entidad proveedora de la formación

Centro trabajo		
	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	938	54,6
No	781	45,4
Total	1719	100,0

Colegio profesional		
	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	988	57,5
No	731	42,5
Total	1719	100,0

Sindicatos		
	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	679	50,0
No	391	50,0
Total	1671	100,0

Universidad		
	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	215	12,5
No	1504	87,5
Total	1719	100,0

Entidades privadas		
	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	560	32,6
No	1159	67,4
Total	1719	100,0

Anexo nº 3.

Tabla 83. Competencias de Enfermería Familiar y Comunitaria y de Enfermería Geriátrica Geriatria directamente relacionadas con la cronicidad.

Enfermería Familiar y Comunitaria ¹	Enfermería Geriátrica ²
<p>Competencias clínicas avanzadas en el ámbito familiar y comunitario:</p> <p>Realizar técnicas diagnósticas y terapéuticas especialmente relacionadas con la prevención y el control de enfermedades crónicas más prevalentes.</p> <p>Planificar, dirigir, desarrollar y evaluar, junto a otros especialistas y profesionales, programas de atención a las enfermedades crónicas presentes en el ámbito familiar y comunitario.</p> <p>Detectar situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención.</p>	<p>Bases de la gerontología:</p> <p>Desarrollar y realizar valoraciones gerontológicas utilizando las herramientas y marcos adecuados para la persona anciana.</p> <p>Identificar los factores que influyen en el envejecimiento saludable y capacidad para su aplicación.</p> <p>Promover la continuidad de cuidados y adaptarlos a la evolución del proceso de atención.</p> <p>Asegurar la coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos y niveles de atención para dar continuidad al plan de cuidados.</p>
<p>Atención a la salud general en la etapa adulta:</p> <p>Planificar, desarrollar, ejecutar y evaluar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del adulto en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales prevalentes en la edad adulta, tanto individual como grupalmente.</p> <p>Planificar, ejecutar y evaluar programas de gestión de los cuidados a las personas con enfermedad o dependencia en términos de igualdad, desarrollándolos, tanto en los dispositivos sanitarios como en el entorno familiar o domiciliario y comunitario.</p> <p>Planificar, ejecutar y evaluar programas en relación con la cronicidad o discapacidad desarrollándolos tanto en los dispositivos sanitarios como en el entorno familiar o domiciliario y comunitario.</p>	<p>Gerontología clínica:</p> <p>Valorar el estado de salud y de las necesidades básicas e identificar factores de riesgo en personas ancianas</p> <p>Identificar las características de la sintomatología de las enfermedades crónicas y agudas en personas ancianas.</p> <p>Manejar procesos de fragilidad, enfermedad, incapacidad y dependencia en las personas ancianas.</p> <p>Prevenir los factores de riesgo que contribuyan al deterioro funcional, educar en salud, proporcionar bienestar y confort en la situación de fragilidad, sufrimiento, enfermedad, discapacidad, dependencia o muerte.</p>

Enfermería Familiar y Comunitaria¹	Enfermería Geriátrica²
<p>La atención a las personas ancianas:</p> <p>Planificar, desarrollar, ejecutar y evaluar programas de promoción de la salud de las personas ancianas en su entorno familiar y comunitario.</p> <p>Planificar, desarrollar, ejecutar y evaluar, junto con otros profesionales y especialistas, programas de prevención de las complicaciones y problemas de salud más frecuentes en los mayores en su entorno familiar y comunitario.</p> <p>Detectar e intervenir de modo precoz sobre los problemas de salud prevalentes en los mayores en su entorno familiar y comunitario.</p> <p>Detectar e intervenir precozmente en situaciones de fragilidad o aislamiento social de las personas ancianas.</p> <p>Desarrollar programas de salud para la atención en situaciones de dependencia.</p> <p>Gestionar la capacitación de las personas cuidadoras familiares para la atención del anciano en el ámbito familiar.</p> <p>Gestionar los cuidados dirigidos a las personas cuidadoras familiares en el entorno familiar.</p> <p>Identificar y movilizar los recursos (propios, de la red social y/o comunitaria) que mejor se adapten a las necesidades de los mayores y sus cuidadores.</p>	<p>Gestión de cuidados y servicios gerontológicos:</p> <p>Capacidad para liderar, coordinar y dirigir los procesos de gestión clínica.</p> <p>Capacidad para gestionar, liderar y coordinar la mejora continua de la calidad de los cuidados, resolver problemas y tomar decisiones que aseguren alcanzar los estándares de calidad en los servicios y evaluar y auditar según los estándares establecidos.</p> <p>Capacidad para gestionar, liderar y coordinar la continuidad de cuidados con otros agentes proveedores de servicios y usar eficientemente los recursos sociosanitarios.</p> <p>Conocimiento de las tecnologías dirigidas a los cuidados de salud específicos y capacidad para informar, registrar, documentar y derivar los cuidados para mejorar la seguridad y monitorizar el estado de salud y los resultados en personas ancianas.</p> <p>Capacidad para dirigir y coordinar el equipo interdisciplinar, organizando y delegando actividades y cuidados adecuadamente.</p>

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AE: Atención Especializada Hospitalaria.
AECC: Asociación Española contra el Cáncer.
APS: Atención Primaria de Salud.
ATS: Ayudante Técnico Sanitario.
AVAD: Años de vida ajustados por discapacidad.
BOCyL: Boletín Oficial de Castilla y León.
BOE: Boletín Oficial del Estado.
CC AA: Comunidades Autónomas.
CCU: Coordinador de Urgencias.
CE: Comunidad Europea.
DUE: Diplomados Universitarios en Enfermería.
EAP: Equipos de Atención Primaria.
ECTS: European Credit Transfer and Accumulation System.
EEES: Espacio Europeo de Educación Superior.
EIR: Enfermera Interna Residente.
EPA: Enfermera de práctica avanzada.
EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
FSE: Formación sanitaria especializada.
GES: Gerencia de Emergencias Sanitarias.
GRD: Grupos de diagnósticos relacionados.
GRS: Gerencia Regional de Salud.
HAD: Hospitalización a domicilio.
HCE: Historia clínica electrónica.
IC: Intervalo de confianza.
ICICOR: Instituto de Ciencias del Corazón.
IMC: Índice de masa corporal.

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

INEM: Instituto Nacional de Empleo.

INP: Instituto Nacional de Previsión.

INGESA: Instituto de Gestión Sanitaria.

INSALUD: Instituto Nacional de la Salud.

INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social.

IT: Incapacidad transitoria.

JONS: Juntas de Ofensiva Nacional-Sindicalista.

LOPS: Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

OCECyL: Organización Colegial de Enfermería de Castilla y León.

PAC: Punto de Atención Continuada.

PCPPC: Pacientes crónicos pluripatológicos complejos.

PIB: Producto interior bruto.

Sacyl: Servicio de Salud de Castilla y León.

SOE: Seguro Obrero de Enfermedad

SNS: Sistema Nacional de Salud.

TGSS: Tesorería General de la Seguridad Social.

TICs: Tecnologías de la información y de la comunicación.

UCAs: Unidades de Continuidad Asistencial.

UGC: Unidades de Gestión Clínica.

ULE: Universidad de León.

UME: Unidades Medicalizadas de Emergencias.

UNED: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

USVB: Unidades de Soporte Vital Básico.

UVI-TIH: Unidades de Transporte Sanitario Interhospitalario.

RELACIÓN DE TABLAS

Tabla 1. Número de camas hospitalarias en funcionamiento según finalidad y dependencia.....	27
Tabla 2. Distribución de recursos estructurales en Atención Primaria en Sacyl.....	28
Tabla 3. Emergencias sanitarias Castilla y León 2017. Ratio de recursos móviles.....	29
Tabla 4. GES. Recursos humanos sanitarios por categorías profesionales. .	29
Tabla 5. Población de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) por área de salud y grandes grupos de edad en miles.....	30
Tabla 6. Castilla y León 2017. Índice de Envejecimiento por provincia.....	33
Tabla 7. Distribución de enfermeras de Sacyl en Atención Especializada según vinculación y puesto.	37
Tabla 8. Dotación de enfermeras hospitales de Castilla y León.....	38
Tabla 9. Distribución de enfermeras en At. Primaria según vinculación y puesto.	38
Tabla 10. Dotación enfermeras según Area de Salud. 2017.	39
Tabla 11. Plazas de Enfermería especialista ofertadas en las convocatorias 2017/18 y 2018/19.....	57
Tabla 12. Castilla y León. Censo de residentes de Enfermería según Gerencia y año de residencia. Curso 2017/18.	58
Tabla 13. Número de cuestionarios válidos por provincia.	61
Tabla 14. Secuencia de envío de llamadas de respuesta.	62
Tabla 15. Distribución de la muestra según la edad.....	69
Tabla 16. Distribución de la muestra según el estado civil declarado.	70
Tabla 17. Encuestados en posesión de otra titulación universitaria o que la estaban cursando.	71
Tabla 18. Encuestados que tienen aspiraciones de cursar alguna especialidad.....	73

Tabla 19. Sujetos que tienen o están cursando algún máster u otro título de postgrado.....	73
Tabla 20. Sujetos que desearían cursar algún máster u otro título de postgrado.....	74
Tabla 21. Sujetos que tienen el doctorado o están en algún programa de doctorado.	74
Tabla 22. Enfermeras a las que les gustaría cursar un doctorado.	74
Tabla 23. Porcentaje de encuestados que han estado empleados todo el año.....	74
Tabla 24. Institución empleadora principal.	75
Tabla 25. Ambito laboral de los encuestados.	75
Tabla 26. Tipo de vinculación con la entidad empleadora.....	76
Tabla 27. Conciliación de la vida laboral y profesional.	76
Tabla 28. Encuestados que han estado en situación de incapacidad transitoria durante el último año.	77
Tabla 29. Percepción de reconocimiento por diferentes colectivos.....	170
Tabla 30. Entidad proveedora de la formación.....	171
Tabla 31. Los encuestados, ¿volverían a elegir la enfermería como profesión?.....	78
Tabla 32. Relación entre ser enfermera especialista y estar empleada todo el año.	79
Tabla 33. Relación entre ser enfermera especialista y la institución empleadora principal.	79
Tabla 34. Diferencia entre el número de meses al año que trabajan las enfermeras especialistas vs las generalistas.....	80
Tabla 35. Enfermeras especialistas vs generalistas. Ambito de trabajo actual.	80
Tabla 36. Enfermeras especialistas vs generalistas. Puesto de trabajo actual.	81

Tabla 37. Enfermeras especialistas vs generalistas. Tipo de relación contractual.....	81
Tabla 38. Intencionalidad de cursar alguna especialidad y estar empleada todo el año.....	81
Tabla 39. Intencionalidad de cursar alguna especialidad según el tipo de institución en la que se trabaja.....	82
Tabla 40. Intencionalidad de cursar alguna especialidad y ámbito laboral. ...	82
Tabla 41. Intencionalidad de cursar alguna especialidad según el puesto de trabajo.....	83
Tabla 42. Relación jurídica con la empresa e intención de cursar alguna especialidad.....	83
Tabla 43. Vinculación con la empresa e intencionalidad de ser especialista.	84
Tabla 44. Enfermeras con titulación de postgrado y estar empleada todo el año.....	85
Tabla 45. Enfermeras con titulación de postgrado y tipo de institución empleadora.....	85
Tabla 46. Enfermeras con titulación de postgrado y ámbito de trabajo.....	86
Tabla 47. Puesto de trabajo y profesionales con títulos de postgrado.....	86
Tabla 48. Régimen jurídico con la empresa según se tenga una titulación de postgrado.....	87
Tabla 49. Vinculación laboral y tenencia de titulación de postgrado.....	87
Tabla 50. Empleo todo el año e intencionalidad de cursar estudios de postgrado.....	88
Tabla 51. Número de meses trabajados al año e intencionalidad de cursar estudios de postgrado.....	88
Tabla 52. Tipo de institución empleadora e intencionalidad de cursar estudios de postgrado.....	89
Tabla 53. Intencionalidad de cursar estudios de postgrado según ámbito laboral.....	89
Tabla 54. Intencionalidad de cursar estudios de postgrado según el puesto de trabajo principal desempeñado.....	90

Tabla 55. Intención de cursar un postgrado y régimen jurídico con la entidad empleadora.....	90
Tabla 56. Intención de cursar un postgrado y modalidad de vinculación con la entidad empleadora.	91
Tabla 57. Enfermeras especialistas o con intención de serlo.....	91
Tabla 58. Enfermeras con titulación de postgrado o con intención de obtenerlo.....	91
Tabla 59. Enfermeras que tienen o desean una mayor cualificación.	92
Tabla 60. Empleo todo año y especializados en enfermería.....	92
Tabla 61. Institución empleadora y especializados en enfermería.....	93
Tabla 62. Meses al año ocupados entre los especializados en enfermería vs los no especializados.	93
Tabla 63. Comparación en el ámbito de trabajo entre los especializados en enfermería y los no especializados.....	93
Tabla 64. Tipo de relación contractual en ambos colectivos.	94
Tabla 65. Vinculación con la institución empleadora en ambos colectivos.	94
Tabla 66. Empleabilidad entre los profesionales que tienen o quieren cursar un postgrado.	95
Tabla 67. Tipo de institución empleadora entre los profesionales que tienen o quieren cursar un postgrado.....	95
Tabla 68. Meses trabajados al año de los profesionales que tienen o quieren cursar un postgrado vs los que no.	95
Tabla 69. Ambito de trabajo entre los profesionales que tienen o quieren cursar un postgrado vs los que no.	96
Tabla 70. Tipo de puesto de trabajo entre los profesionales que tienen o quieren cursar un postgrado vs los que no.	96
Tabla 71. Régimen jurídico entre los profesionales que tienen o quieren cursar un postgrado vs los que no.	97
Tabla 72. Vinculación con la institución entre los profesionales que tienen o quieren cursar un postgrado vs los que no.	97

Tabla 73. Estabilidad en el empleo y mejora de la cualificación.	98
Tabla 74. Tipo de institución empleadora y mejora de la cualificación.	98
Tabla 75. Ambito de trabajo y mejora de la cualificación.	98
Tabla 76. Tipo de puesto de trabajo y mejora de la cualificación.	99
Tabla 77. Tipo de régimen jurídico y mejora de la cualificación.	99
Tabla 78. Tipo de vinculación con la institución empleadora y mejora de la cualificación.	99
Tabla 79. España. Principales enfermedades crónicas o de larga evolución diagnosticadas por sexo en 2017. Porcentajes de población de 15 y más años.	103
Tabla 80. Castilla y León 2017. Principales enfermedades crónicas o de larga evolución diagnosticadas por un médico por sexo. Porcentaje en población de 15 y más años.	105
Tabla 81. España 2013-2017. Gasto sanitario público consolidado según clasificación funcional. Millones euros.	108
Tabla 82. Porcentaje de gasto de personal y en docencia de residentes por Comunidad Autónoma en 2017.	109
Tabla 83. Competencias de Enfermería Familiar y Comunitaria y de Enfermería Geriátrica Geriátrica directamente relacionadas con la cronicidad.	172
Tabla 84. Oferta de plazas de formación sanitaria especializada por el sistema de residencia para Enfermería en España por especialidad.	119
Tabla 85. Castilla y León 2011-18: Oferta de plazas de formación sanitaria especializada por el sistema de residencia para Enfermería.	120

RELACIÓN DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de la población por grupos de edad en porcentajes. ..	26
Figura 2. Número de camas en funcionamiento en hospitales por 1.000 habitantes en cada Sistema Regional de Salud.....	27
Figura 3. Pirámides poblacionales de Castilla y León y España 2017. Porcentajes por grupos de edad.	31
Figura 4. Distribución de la población castellanoleonesa según número habitantes del municipio.....	32
Figura 5. España y Castilla y León. Evolución tasa de enfermeras por 100.000 habitantes.....	35
Figura 6. Distribución por grupos de edad de las enfermeras en Castilla y León 2017.	36
Figura 7. Castilla y León. Distribución porcentual de efectivos de Enfermería por grupos de edad y provincias.....	36
Figura 8. Distribución de las razones esgrimidas por los encuestados para cursar estudios de Enfermería.....	70
Figura 9. Titulación académica para el ejercicio profesional.....	71
Figura 10. Número de especialistas y en profesionales formación para la especialidad.....	72
Figura 11. Especialidades que desearían cursar los encuestados.	73
Figura 12. Régimen jurídico de vinculación con la entidad empleadora.	75
Figura 13. Distribución de la jornada laboral.	76
Figura 14. Tipo de permisos solicitados para conciliar la vida laboral y familiar.	77
Figura 15. Modalidad de formación continuada que prefieren los profesionales de Enfermería.	78
Figura 16. España 2017. Distribución de las enfermedades crónicas por grupos de edad en porcentajes.....	103
Figura 17. España 1993-2017. Evolución de la obesidad y del sedentarismo.....	104

Figura 18. Castilla y León 2017. Población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos percibido según sexo y Comunidad Autónoma. Población de 15 y más años.	104
Figura 19. Castilla y León 1993-2017. Evolución de la obesidad y del sedentarismo.	105
Figura 20. España 2017. Clasificación funcional del gasto sanitario público.	107
Figura 21. Gasto sanitario público consolidado por Comunidad Autónoma 2017.	108
Figura 22. Ratio de pacientes por profesional de Enfermería en Atención Primaria por Comunidad Autónoma 2017.	110
Figura 23. Porcentaje de plazas de enfermeras especialistas convocadas en 2018 para España y Castilla y León.	113
Figura 24. España 2017. Porcentaje de especialistas de Enfermería en formación por Comunidades Autónomas.	118
Figura 25. Variaciones porcentuales de la oferta de plazas de formación sanitaria especializada por el sistema de residencia para Enfermería 2012-18 por Comunidades Autónomas.	120

RELACIÓN DE ESQUEMAS

Esquema 1. Competencias sanitarias de las diferentes Administraciones Públicas.....	19
Esquema 2. Organigrama de los servicios centrales de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.....	24
Esquema 3. Elementos necesarios para el desarrollo profesional de las enfermeras especialistas.	122

