

INFORME

CUIDADOS EN TODAS LAS POLÍTICAS



**LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN LA
SOCIEDAD DEL CUIDADO Y LOS
NUEVOS RETOS PROFESIONALES**

Febrero 2023



**COLEGIO OFICIAL
DE ENFERMERÍA DE LAS PALMAS**



Cuidado en todas las políticas.

Las políticas públicas en la *Sociedad del Cuidado* y los nuevos retos profesionales.

Un informe de Juan F. Hernández Yáñez para el Colegio de Enfermería de Las Palmas. **Febrero 2023.**

Contenido

| | | |
|-----|---|----|
| 1. | Presentación. | 3 |
| 2. | Resumen Ejecutivo informe: Cuidado en todas las políticas. | 4 |
| 3. | La fuerza de los hechos (1): demografía y salud. | 9 |
| 4. | La fuerza de los hechos (2): salud y dependencia. | 13 |
| 5. | Los cuidados de larga duración. | 22 |
| 6. | La fuerza de los hechos (3): demografía profesional | 26 |
| 7. | La fuerza de los hechos (4): la crisis de la Atención Primaria..... | 33 |
| 8. | La infancia condiciona la vida adulta y el envejecimiento. | 39 |
| 9. | La transición hacia la <i>sociedad del cuidado</i> | 41 |
| 10. | Un reto formidable (y apasionante)..... | 46 |



Índice de gráficos.

| | |
|--|----|
| Gráfico 1. Índice de envejecimiento por CCAA. | 9 |
| Gráfico 2. Índice de envejecimiento. Evolución 2012-2021, Canarias y España..... | 10 |
| Gráfico 3. Índice de envejecimiento por CCAA. Base 100 = 2012..... | 11 |
| Gráfico 4. Crecimiento de la población de 85+ años, España y Canarias. | 11 |
| Gráfico 5. Crecimiento de la población de 14– años. Canarias y España..... | 12 |
| Gráfico 6. Crecimiento de la población de 65+ años y de 14– años. Canarias. | 12 |
| Gráfico 7. Valoración del estado de salud, población general. 2009 – 2020. | 13 |
| Gráfico 8. Población que declara su estado de salud como malo o muy malo..... | 14 |
| Gráfico 9. Población que valora su estado de salud como bueno y como no bueno. | 14 |
| Gráfico 10. Porcentaje de personas de 15+ años que acudieron a urgencias en los últimos 12 meses. Canarias y España..... | 17 |
| Gráfico 11. % población que declara algún problema crónico de salud por grupos etarios. Canarias y España (2020)..... | 18 |
| Gráfico 12. % población de 15+ años con sobrepeso u obesidad, por CCAA. | 19 |
| Gráfico 13. Evolución hogares unipersonales, general y 65+ años, Canarias y España. | 21 |
| Gráfico 14. Plazas residenciales/100 habitantes. 65+ años, por CCAA. | 25 |
| Gráfico 15. Crecimiento vegetativo de Enfermeras y Médicos, España (2021 - 2025)..... | 26 |
| Gráfico 16. Alumnos matriculados en grado Enfermería y Medicina (España, 2015 – 2021). 28 | |
| Gráfico 17. Alumnos egresados, grado de Enfermería y Medicina (España, 2015 - 2021).... | 28 |
| Gráfico 18. Alumnos matriculados en 1er curso en Enfermería y Medicina (España). | 29 |
| Gráfico 19. Alumnos matriculados en Enfermería y Medicina (Canarias, 2015 - 2021)..... | 30 |
| Gráfico 20. Alumnos egresados en Enfermería y Medicina (Canarias, 2015 - 2021). | 30 |
| Gráfico 21. Alumnos matriculados en 1er curso, Enfermería y Medicina (Canarias)..... | 31 |
| Gráfico 22. Plazas EIR y MIR ofertadas. España (Base 100 = 2011). | 31 |
| Gráfico 23. Satisfacción con los diferentes ámbitos asistenciales, 2019 - 2022. | 34 |
| Gráfico 24. Opinión sobre el sistema sanitario español, 2019 - 2022. | 42 |

1. **Presentación.**

El Colegio Oficial de Enfermería de Las Palmas (CELP), en su condición de organismo representante de los más de 8.000 profesionales de Enfermería que desarrollan su labor en las islas de Gran Canaria, Fuerteventura, Lanzarote y La Graciosa, asume como propia la función de identificar y defender las demandas e intereses de la población relacionados con los cuidados profesionales de salud. Una tarea que forma parte de la línea de trabajo del CELP dirigida a orientar la acción de esta profesión, de alta motivación y elevada capacitación, ante los retos del segundo cuarto del siglo XXI, en el que pronto estaremos inmersos.

La rápida adaptación a los nuevos escenarios y las nuevas realidades sociales es uno de los principales valores de la profesión enfermera, como ha puesto de manifiesto la crisis pandémica de 2020. Estamos entrenados para ofrecer soluciones a los problemas sobrevenidos, pero, más allá de las urgencias, como profesionales sanitarios y en aras de una mayor eficiencia del sistema, tenemos el deber de adoptar una mirada más a largo plazo, que nos permita analizar en profundidad los cambios y las transformaciones estructurales que se están produciendo en nuestra sociedad.

Son muchos y de gran calado los desafíos a los que nos enfrentamos: las consecuencias del cambio climático en la salud de las personas, el envejecimiento de la población, la desigualdad social, la dependencia o la pluricronicidad son realidades que demandan respuestas del sistema sociosanitario y de los profesionales que desempeñamos nuestra labor en este ámbito. Afrontamos un escenario de profundas transformaciones demográficas, sociales y sanitarias que exigen un cambio de paradigma en el sistema de salud, una reorientación de los recursos públicos y una rápida adaptación de los profesionales.

Ya no es posible concebir la sociedad sin una estrategia de cuidados universal con un creciente componente de financiación pública, que tenga en cuenta a todos los factores y agentes tradicionalmente implicados en proporcionar cuidados a las personas y que promueva la consecución de una sociedad más justa e igualitaria. Esta nueva realidad nos interpela a todos.

Juntos podemos y debemos propiciar los cambios precisos para ofrecer los cuidados que la ciudadanía espera y merece.

Rita Mendoza.

Presidenta del Colegio de Enfermería de Las Palmas.

2. Resumen Ejecutivo informe: Cuidado en todas las políticas.

Informe: Cuidado en todas las políticas.

Las políticas públicas en la *Sociedad del Cuidado* y los nuevos retos profesionales.

Febrero 2023 – Resumen

El Colegio Oficial de Enfermería de Las Palmas (CELP) asume la tarea de identificar las nuevas necesidades e intereses de la población en el ámbito de la salud. En este informe se analizan algunos de los cambios y las transformaciones estructurales que se están produciendo en nuestra sociedad y que exigen un cambio de paradigma en los sistemas de salud, una reorientación de los recursos públicos y una rápida adaptación de los profesionales para ofrecer los cuidados que la ciudadanía espera y merece.

Envejecimiento

Canarias está viviendo una profunda y acelerada transformación demográfica con importantes repercusiones en el ámbito de la salud. Es la comunidad con mayor crecimiento en el Índice de Envejecimiento de la Población (IEP). De los 416 municipios españoles de más de 20.000 habitantes, los cuatro municipios con menor tasa de fecundidad están en Canarias: La Laguna (0,83), Las Palmas de Gran Canaria (0,90), Santa Cruz de Tenerife (0,90) y Telde (0,92). La media nacional es de 1,24.

Peor salud percibida

El porcentaje de población que declara su estado de salud percibido como malo o muy malo es en Canarias el segundo más alto de España. La autopercepción negativa es un predictor de enfermedad y de deterioro del estado de salud 'objetivo'; de plurimedicación y automedicación; de deterioro en los hábitos nutricionales –y otros relacionados con el autocuidado– y de aislamiento social; que a su vez es un robusto predictor de ansiedad, depresión e insomnio crónicos. Se refleja, además, una considerable brecha de género: el estado de salud 'objetivo' de las mujeres es considerablemente peor que el de los hombres.

Deterioro en salud mental

En relación con la salud mental, un 21% de las personas más mayores (75+ años) residentes en Canarias ha experimentado alguna vez depresión (16% en el resto del país); de ellas, el 90% la padece actualmente (frente al 76% nacional). Por lo que respecta a la ansiedad, las cifras son aún más altas: el 25% (8%) la ha experimentado alguna vez, de los cuales el 92% (88%) la sufría en el momento de la encuesta.

Cronicidad

La población de Canarias, en todos sus tramos de edad, muestra una mayor presencia de problemas de salud crónicos (68%) que el resto de los españoles (61%). En Canarias hay más de un millón de personas con alguna condición crónica, el 60% de ellas, mujeres. Una de las enfermedades crónicas donde la diferencia entre Canarias y el resto del país es más notable es la diabetes, con una prevalencia nacional del 7%, que en Canarias se eleva hasta el 11%. Nuestra comunidad autónoma está en tercera posición en el ranking de sobrepeso y se sitúa en la segunda posición (36%), solo superada por la Región de Murcia (40%), en cuanto a la población infantil y adolescente (2 a 17 años) con obesidad o sobrepeso.

Fragilidad social

Otros dos problemas que empiezan a ser endémicos son la soledad no deseada y el aislamiento social, a menudo dos caras de una misma moneda. Vivir solo siendo mayor es uno de los componentes más relevantes –solo superado por la pobreza– de la denominada ‘fragilidad social’.

Necesidad de cuidados

En este contexto, los cuidados de larga duración son ya una necesidad imperiosa para la población. ¿Están preparadas las administraciones públicas y los operadores privados para dar respuesta a este nuevo paradigma social y sanitario? Claramente, no. España apenas destina el 0,9% del PIB (2019) a cuidados de larga duración (incluida la asistencia sanitaria y social), por debajo de la media de los países de la OCDE, donde este gasto representa el 1,5%. Los Estados que más aportan son Países Bajos, donde esta partida alcanza el 4,1% del PIB, y Noruega, donde supone el 3,7%.

Disponibilidad de profesionales

En 2020 había en España 42.500 médicos y 41.000 enfermeras en activo con edades entre 60 y 65 años. En su mayoría se jubilarán entre 2021 y 2025. En ese mismo período se graduarán 33.600 médicos y 59.000 enfermeras. Entre 2021 y 2025 habrá entre 8.000 y 10.000 médicos menos en España y entre 16.000 y 18.000 enfermeras más.



En Canarias, en los próximos 10 años se jubilarán unos 2.850 médicos, lo que supone una cuarta parte (24%) del total de colegiados en activo. El sistema educativo de la Comunidad Autónoma, de seguir con la tendencia actual, producirá un número inferior de nuevos médicos, 2.700. La enfermería canaria, la más joven de España, tendrá dentro de 10 años, un saldo positivo de 5.300 profesionales más, alcanzando en 2031 la cifra de 20.000 enfermeras y enfermeros, lo que supone un 36% más que en la actualidad.

Necesidad de cambiar el modelo

La Atención Primaria está en crisis. Ha dejado de ser una puerta de entrada al sistema de salud para convertirse en una barrera, un estresado cuello de botella. El 80% de las consultas que se atienden en la atención primaria son causadas por patologías o condiciones crónicas, físicas y/o mentales. Al médico de primaria se le pide cada vez en mayor medida que dé respuesta a problemas que estarían mejor tratados por un psicólogo, un fisioterapeuta, un farmacéutico o un enfermero. El modelo ideado hace 40 años ha quedado obsoleto y precisa una refundación.

Cada vez son más los expertos que consideran que deberíamos diferenciar la atención primaria, liderada por los médicos, de la atención en la comunidad, liderada por las enfermeras con una visión de las necesidades de cuidados de larga duración de la ciudadanía, especialmente la población con problemas complejos de cronicidad y fragilidad. Es imprescindible convertir un sistema reactivo, que solo responde ante demandas, en un sistema proactivo que, por centrarse en las necesidades, se adelanta en buena medida a las demandas.

Nuevo paradigma

El nuevo paradigma emergente, que se consolidará en el segundo cuarto del Siglo XXI, sitúa al hogar como el centro de la atención sanitaria, no solo como alternativa a la atención primaria y el sistema residencial, sino también como alternativa al tratamiento en el hospital, siempre que sea evitable, en personas frágiles, dependientes y con necesidades complejas de cuidados. Y cuando la hospitalización convencional es inevitable, también en los hospitales deben existir programas y unidades de atención al paciente frágil y vulnerable hospitalizado.

Salud escolar

Existen dos segmentos de población que deben ser puestos de manera prioritaria y urgente en las agendas públicas: la población mayor, principal demandante de atención sanitaria y social, y la población más joven, niños/as



y adolescentes. Es necesario enseñar a edades tempranas hábitos saludables en todas las esferas de su vida, muy especialmente alimenticios y de actividad física, así como prevenir y detectar problemas de salud en la infancia y la adolescencia, antes de su cronificación.

España es a día de hoy el único país de la Unión Europea, junto con la República Checa, donde no existe un programa formal de salud escolar. El 23 de septiembre de 2022, todos los grupos del Parlamento de Canarias aprobaron una moción instando al Gobierno regional a implantar la figura de la enfermería escolar, «que deberá contar con un espacio propio en los centros educativos».

El Colegio Oficial de Enfermería de Las Palmas ha impulsado un proyecto piloto de salud escolar en tres municipios de Lanzarote –Tías, Tinajo y San Bartolomé– y otros tres en Gran Canaria –Agüimes, Gáldar y Santa Brígida. Ambas experiencias cuentan con un modelo de evaluación de su impacto en la comunidad (alumnos, familias y docentes) que servirá de referencia para la futura universalización de la enfermería escolar en todos los centros educativos de Canarias. La plena implantación de estos servicios sería una inversión absolutamente rentable para los sistemas educativo y de salud, con una elevada tasa de retorno en términos económicos, pero también de salud y bienestar de la población.

Sociedad de los cuidados

El cuidado es objeto de creciente interés sociológico, económico e institucional. De hecho, cada vez tiene más presencia en el debate público. Muchos de los problemas asistenciales, organizativos, financieros y reputacionales que están experimentando los sistemas de salud están altamente relacionados con las insuficiencias e ineficiencias en el ámbito de los cuidados.

La sociedad del cuidado es un concepto que se viene utilizando al menos desde 1995 y se concibe como una sociedad en la que los cuidados no se circunscriben a los ámbitos familiar y asistencial, sino que penetran en todas las instituciones sociales, por ejemplo, escuelas o centros de trabajo. Pero también es una sociedad en la que los cuidados y los cuidadores se valoran como un elemento de civilización y progreso y donde son dispensados igualitariamente, sin sesgos de género, clase social u otros. En la sociedad del cuidado, los cuidados son concebidos como un derecho fundamental y universal.



Cuidado en todas las políticas

Las políticas públicas deben ser una palanca para actuar ante los problemas derivados de la pluricronicidad, la vulnerabilidad y la dependencia. Al igual que hace 40 años se acuñó la fórmula salud en todas las políticas, en el segundo cuarto del Siglo XXI debe desarrollarse, sin dilaciones, una cultura transversal de cuidado en todas las políticas.

Es necesario actuar desde el ámbito sanitario con una perspectiva más integrada con los servicios sociales y educativos. La enfermería comunitaria es el grupo profesional idóneo para una cooperación creciente que nos dirija hacia la integración efectiva, tanto vertical del sector sanitario como horizontal con los servicios sociales, los centros educativos y otros recursos públicos que extiendan esta perspectiva de los cuidados, más allá de los mayores y los más jóvenes, a todos los grupos poblacionales.

Los problemas derivados de las nuevas realidades sociales y demográficas ya están aquí y su solución no puede retrasarse más. Ha llegado el momento de ponerse manos a la obra, incorporando la visión enfermera para avanzar en la implantación de un nuevo modelo de cuidados a la comunidad.

3. La fuerza de los hechos (1): demografía y salud.

Utilizando el famoso símil de la rana sumergida en agua fría en una olla puesta a fuego lento, la protagonista del cuento muere mucho antes de que se desencadene el cambio cualitativo real: que a los 100° centígrados el agua cambie del estado líquido al gaseoso. Este cuento se suele referir a asuntos sistémicamente complejos, como es el cambio climático, pero también a asuntos relativamente más simples, cual es la transición demográfica en la que estamos inmersos.

Pues bien, por ser directos desde el principio: **la transición demográfica en Canarias es una bomba de relojería.**

A primera vista pudiera parecer que la demografía canaria, por la juventud relativa de su población, no supone un condicionante tan urgente como en otros territorios para las políticas públicas. Si nos dejamos llevar por la *mirada transversal* –vamos a saber cómo nos va comprobando cómo les va a nuestros vecinos–, la Comunidad Autónoma de Canarias podría estar tranquila: en términos de envejecimiento, Canarias *va bien*.

Pero la *mirada transversal* es una gran trampa porque los fenómenos sociales y demográficos se interpretan y entienden mucho mejor a través de una *mirada longitudinal* –vamos a saber cómo nos va comprobando cómo estábamos antes–. Y vamos a proponerle al lector de este documento un ejemplo; en concreto, sobre el tema estrella de estos tiempos, el envejecimiento de la población:

La mirada transversal nos muestra esta panorámica:

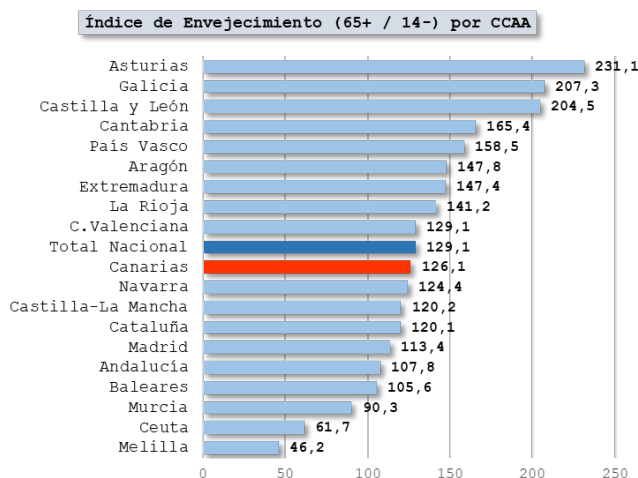


Gráfico 1. Índice de envejecimiento por CCAA.

En cuanto al Índice de Envejecimiento de la Población (IEP)¹, Canarias está ligeramente por debajo de la media nacional y bien alejada de las regiones más envejecidas, alguna de las cuales casi duplica el índice de la población canaria.

Sin embargo, la mirada longitudinal nos muestra una panorámica mucho más inquietante:

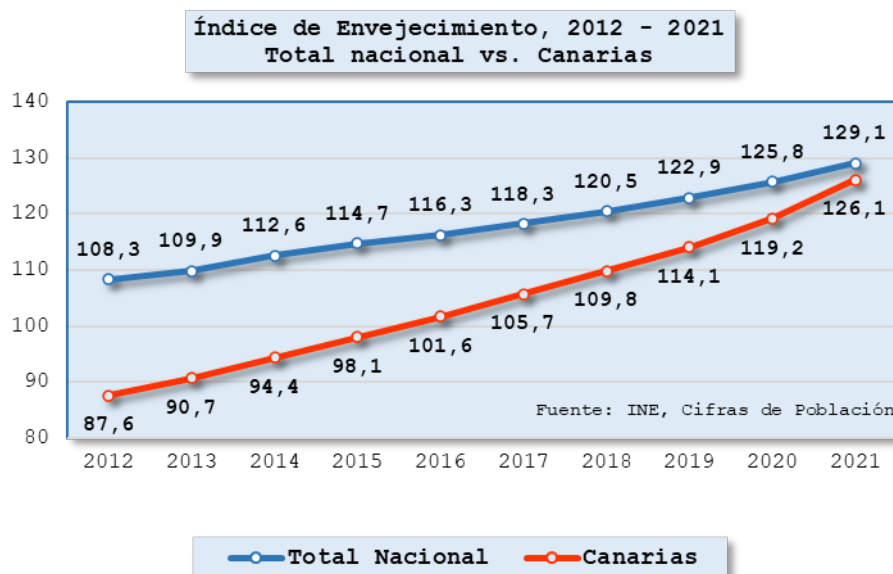


Gráfico 2. Índice de envejecimiento. Evolución 2012-2021, Canarias y España.

En solo 10 años, Canarias ha pasado de tener un Índice de Envejecimiento un 19% inferior a la media nacional (88 vs. 108) a prácticamente igualarla (126 vs. 129). En 2012, Canarias era, tras la Región de Murcia y Andalucía, la tercera comunidad autónoma con la población más joven; 10 años después, ya es la octava.

Pero si analizamos el ritmo de crecimiento del IEP, la situación es dramática: todas las CC.AA. han crecido entre el 9% de Aragón y el 26% de Andalucía... excepto Canarias, que lo ha visto crecer casi el doble que Andalucía, hasta un 49%:

¹ Se calcula dividiendo la población de 65 y más años entre la de 14 y menos años.

**Índice de Envejecimiento de la Población.
Evolución 2012-2021. Base 100 = 2012**

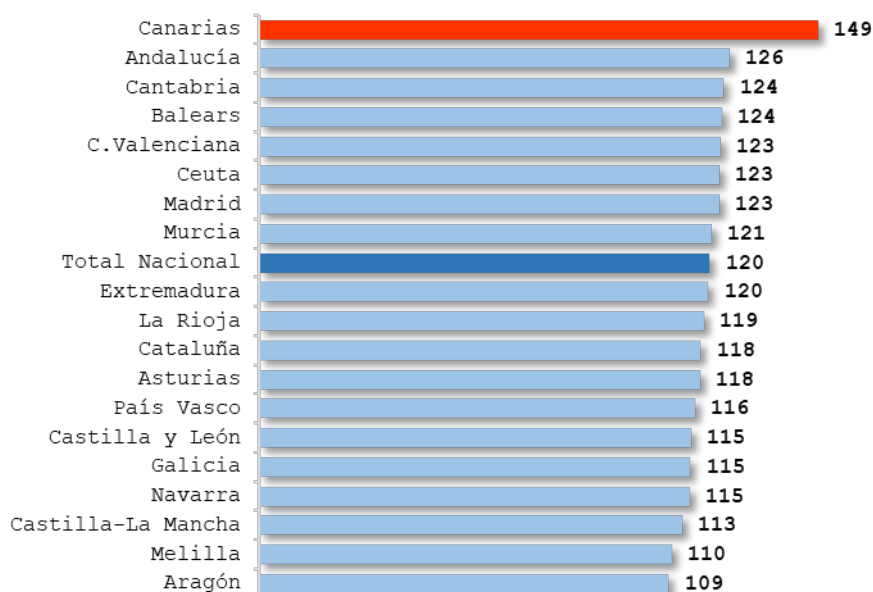


Gráfico 3. Índice de envejecimiento por CCAA. Base 100 = 2012.

Y lo más desalentador es que ello se debe a dos causas: la más evidente, que la tasa interanual de crecimiento de la población más anciana es mucho mayor en Canarias que en el conjunto del estado:

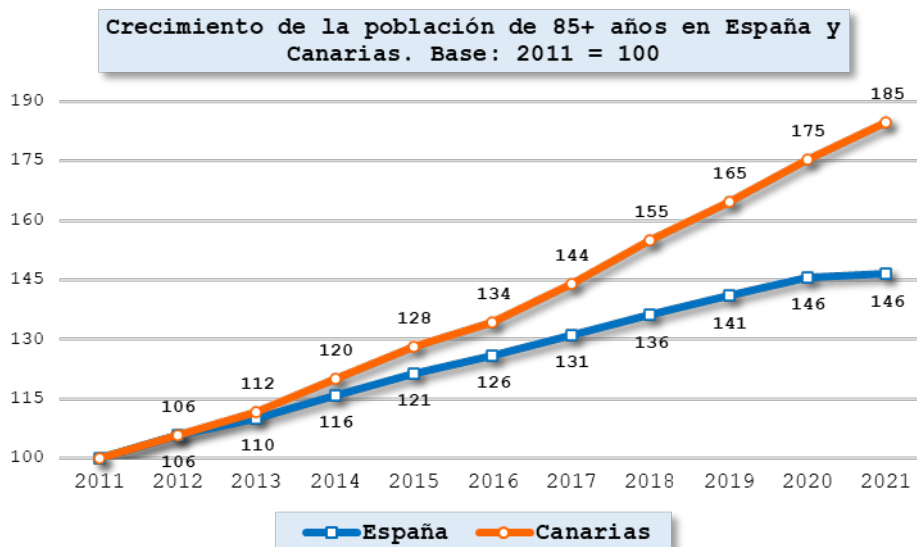


Gráfico 4. Crecimiento de la población de 85+ años, España y Canarias.

Pero hay otra causa en el otro extremo del arco demográfico: la tasa de decrecimiento de la población menor de 15 años es mucho más acentuada en nuestra Comunidad Autónoma que en el conjunto nacional:

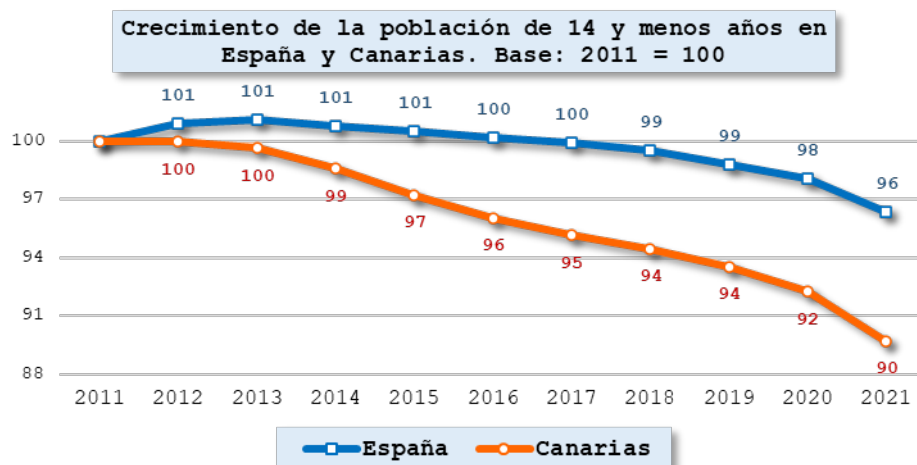


Gráfico 5. Crecimiento de la población de 14- años. Canarias y España.

De hecho, los cuatro municipios españoles con más de 20.000 habitantes –un total de 416– que menor tasa de fecundidad² presentan están en Canarias: La Laguna (0,83), Las Palmas de Gran Canaria y Santa Cruz de Tenerife (0,90) y Telde (0,92). La media nacional es 1,24.

Tenemos, así, una grave situación dual, creciendo mucho los más mayores y menguando bastante los más jóvenes.

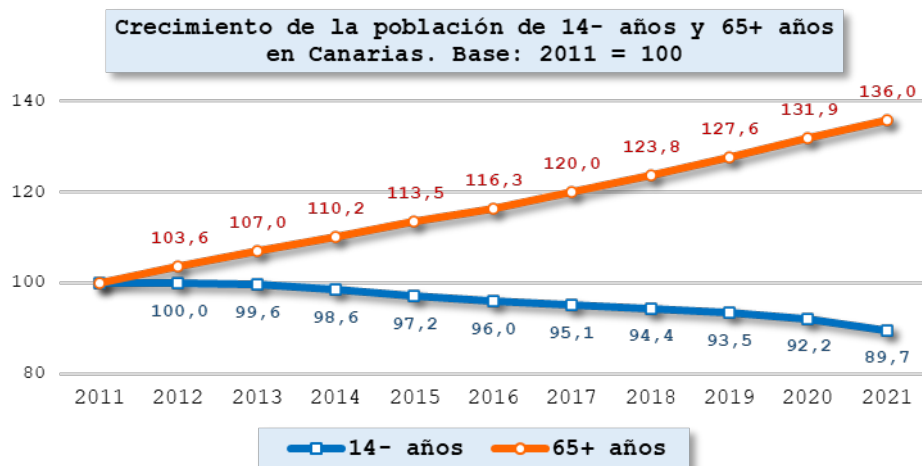


Gráfico 6. Crecimiento de la población de 65+ años y de 14- años. Canarias.

² Número medio de hijos que tienen las mujeres en edad fértil.

4. La fuerza de los hechos (2): salud y dependencia.

En cuanto a la situación de salud y autonomía personal, también existen algunas señales que deberían captar nuestra atención.

El porcentaje de residentes en Canarias mayores de 15 años que declaran que su estado de salud es bueno o muy bueno no ha dejado de disminuir. En la Encuesta Europea de Salud en España de 2009³ suponían el 73% de los encuestados y en la de 2020 decreció ocho puntos porcentuales, hasta el 65%, que suponen una bajada del 11% en términos relativos. Y el de quienes declaran que es malo o muy malo va creciendo poco a poco: del 7% en 2009 al 10% en 2020 (33%, en términos relativos).

Estos datos contrastan con los obtenidos a nivel nacional: en 2020 lo calificó como bueno o muy bueno un 76%, 11 puntos porcentuales más que en Canarias, lo que representa un 17% en términos relativos:

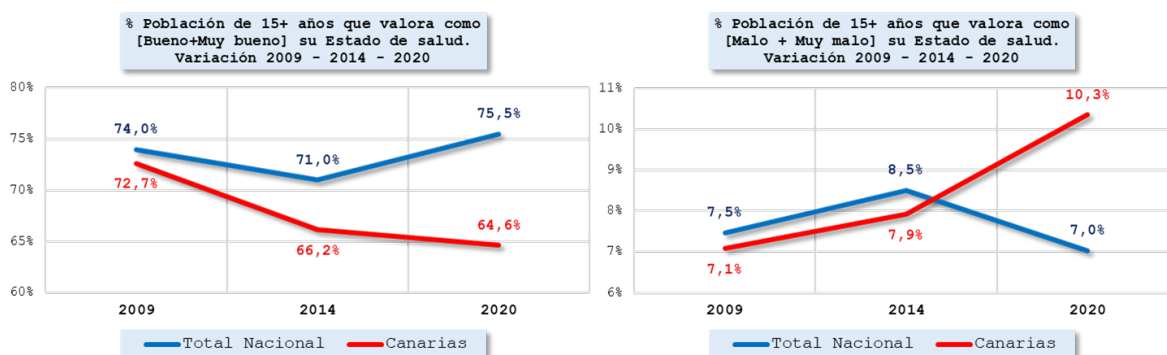
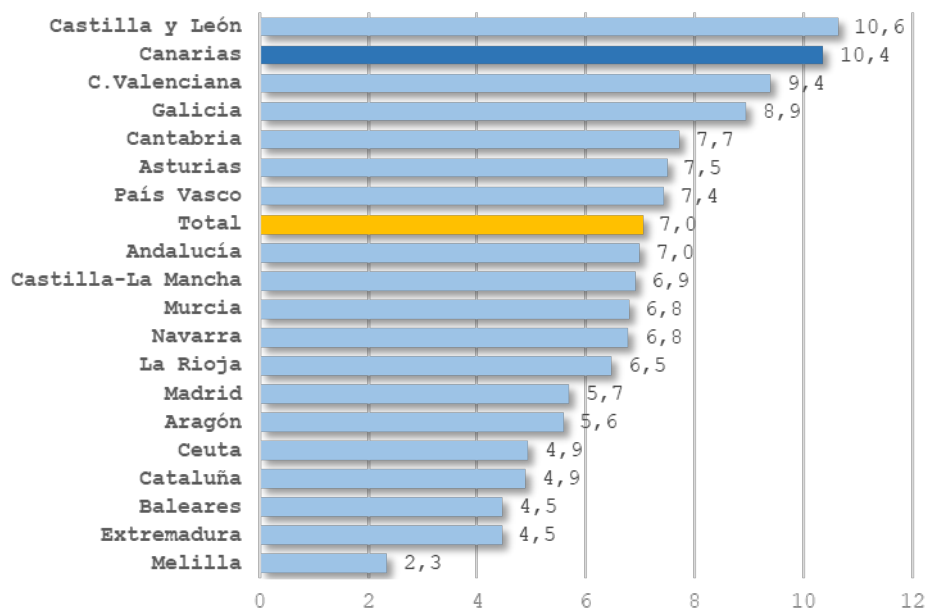


Gráfico 7. Valoración del estado de salud, población general. 2009 – 2020.

Junto con Castilla y León, Canarias es la comunidad autónoma en la que el porcentaje de población de 15+ años que declara su estado de salud percibido como malo o muy malo es más alto de España; y a una cierta distancia de la tercera:

³ La [Encuesta Europe de Salud en España](#) se realiza cada 5 – 6 años; hasta ahora, en 2009, 2014 y 2020.

Población 15+ años: % que declara su estado percibido de salud como 'Malo' o 'Muy malo' (2020)



Elaboración propia sobre datos de la Encuesta Europea de Salud en España (INE., 2020)

Gráfico 8. Población que declara su estado de salud como malo o muy malo.

Si nos referimos exclusivamente a la **población de 65+ años**, Canarias es la comunidad donde menos gente califica su estado de salud como muy bueno o bueno (30,1% vs. 50,4% nacional) y más gente lo hace como no bueno (regular, malo o muy malo: 69,8% vs. 49,7%):

Población de 65+ años: % de personas que califican su estado de salud como bueno y como no bueno (2020)

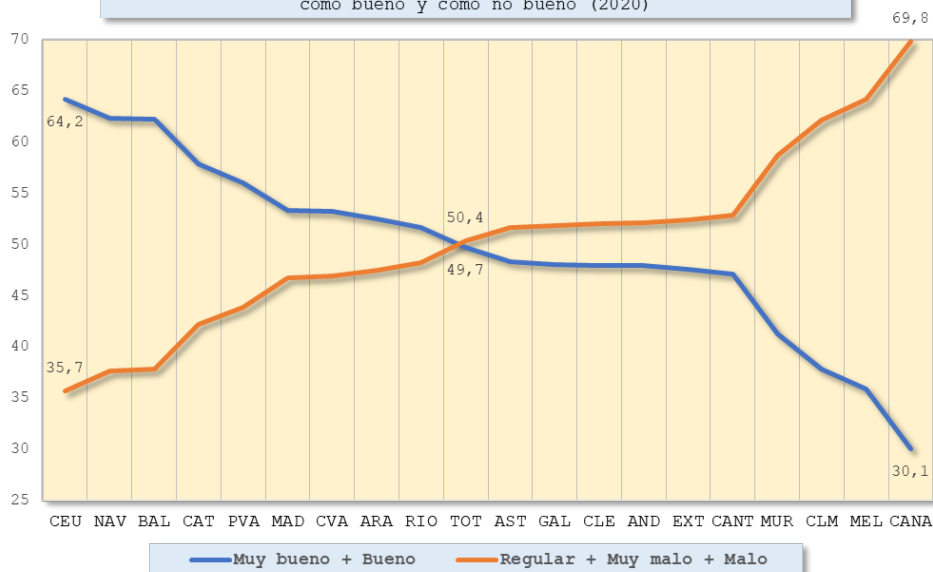


Gráfico 9. Población que valora su estado de salud como bueno y como no bueno.

¿Por qué debería preocuparnos, si se trata solo de una percepción subjetiva, no de una realidad valorada mediante parámetros clínicos objetivos? Es sencillo: **la autopercepción negativa del estado de salud está ampliamente reconocida como un predictor robusto de enfermedad y deterioro del estado de salud 'objetivo'; de plurimedicación y automedicación; de deterioro en los hábitos nutricionales –y otros relacionados con el autocuidado– y de aislamiento social; que a su vez es un robusto predictor de ansiedad, depresión e insomnio crónicos. Incluso de mortalidad por todas las causas.**⁴

Lógicamente, no todas las personas desarrollan estos rasgos desadaptativos. Un reciente estudio español⁵ concluye que hay tres variables con gran impacto en la (mala) salud percibida: el sexo, el nivel educativo y el tipo de hogar; **ser mujer con bajo nivel educativo viviendo sola es un cóctel que conduce casi inevitablemente a un deterioro de la salud percibida.**

En el caso de Canarias, aunque la percepción del estado de salud como malo o muy malo no parece variar *tan* significativamente según el sexo (9,3% los varones, 11,3% las mujeres) y parece más notorio en el caso de la percepción como bueno o muy bueno, que llega al 71% de los canarios, muy por encima del 58% de las canarias, en ambos casos es más de un 20% superior. Por esta y otras realidades, **a la brecha social más evidente (pobres) hay que añadirle la brecha de género, que suele pasar más desapercibida, a la hora de diseñar políticas y aplicar programas.**

Como hemos señalado, la mala salud percibida es predictor también de problemas relacionados con la salud mental. Un 21% de las personas más mayores (75+ años) residentes en Canarias ha experimentado alguna vez depresión (16% en el resto del país); de ellas, el 90% la padece actualmente (frente al 76% nacional). Por lo que respecta a la ansiedad, las cifras son aún más altas: el 25% (8%) la ha experimentado alguna vez, de los cuales el 92% (88%) la sufría en el momento de la encuesta.

Estos problemas relacionados con la salud mental a menudo conllevan una prescripción excesiva de benzodicepinas y otros medicamentos psicotrópicos, para aliviar la ansiedad, la tristeza o el insomnio, que crean adicción; y a medio plazo, según va aumentando la dosis, pueden producir un

⁴ González Hernández MD, [La influencia de la salud percibida en la mortalidad de las personas mayores](#). Tesis doctoral, UCM, 2017.

⁵ Gumà J y otros, *Determinantes sociales de la salud de distintos niveles por género: educación y hogar en España*. Gaceta Sanitaria, 2017, 1.556.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.010>.

fuerte deterioro mental, como confusión, demencias o delirios. Además, producen un riesgo de caídas entre tres y cinco veces superior en comparación con quienes no las consumen, un factor muy alarmante, sobre todo en la población de mayor edad o institucionalizada.⁶

Según la encuesta de salud de 2020, **la mitad de los canarios con 75+ años (51%) consume benzodiacepinas (31% en el resto de España). Y el 75% (55%) está consumiendo medicamentos contra el dolor⁷**, la mayoría de los cuales, en fases avanzadas de consumo (opioides), producen adicción y problemas mentales. La combinación de ambos tipos de medicamentos, benzodiacepinas y opioides, llega a ser letal a medio plazo, según advirtió en 2016 la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA).⁸

Las reconocidas deficiencias en el nivel de la Atención Primaria de Salud (APS)⁹ fomentan esta prescripción excesiva de sustancias psicotrópicas¹⁰, sin duda para tratar de ayudar a personas que acuden muy alteradas y ansiosas, con la única herramienta que tienen unos médicos de familia a su vez estresados y agobiados; muy especialmente en el caso de personas mayores, que son altamente demandantes de atención sanitaria^{11,12}. Ello está llevando a que cada vez más residencias de ancianos acometan

⁶ Gallagher y otros, What is the risk of falls due to psychotropic medications in a large population-representative cohort of community-dwelling older people? Age and Ageing, 2022 (<https://doi.org/10.1093/ageing/afac218.153>).

⁷ Ello guarda relación con una prevalencia insólita de personas con dolor de espalda crónico lumbar -22%- o cervical -19%-. Mientras en el conjunto del Estado lo sufre un 25% de la población, en Canarias lo sufre nada menos que 4 de cada 10 (41%).

⁸ [*FDA warns about serious risks and death when combining opioid pain or cough medicines with benzodiazepines: requires its strongest warning*](#), 2016.

⁹ Algo que se viene advirtiendo desde la propia profesión Médica desde hace más de una década. Por ejemplo, Repullo JR, *Primaria y estrategias de crónicos: venciendo reticencias propias e ignorando despropósitos ajenos*. Atención Primaria, 2013;45(7):335-337. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.07.001>.

¹⁰ Aunque no hemos podido encontrar datos homologables a nivel autonómico, España es el país de la Unión Europea con mayor consumo de benzodiacepinas, según la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes: *Sustancias sicotrópicas. Previsiones de las necesidades anuales para fines médicos y científicos para 2022*. Naciones Unidas, 2022 (Pág. 107): <https://www.incb.org/incb/en/psychotropics/technical-report.html>.

¹¹ Reus X y otros, *LESS-PHARMA Study: Identifying and Deprescribing Potentially Inappropriate Medication in the Elderly Population with Excessive Polypharmacy in Primary Care*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19,13241. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013241>.

¹² Cruz-Esteve I y otros, *Análisis poblacional de la prescripción potencialmente inadecuada en ancianos según criterios STOPP/START (estudio STARTREC)*. Atención Primaria, 2017;49(3):166-176. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.013>.

programas de deshabituación de benzodicepinas y opioides. Programas, por cierto, generalmente liderados por enfermeras¹³.

Muy relacionado con lo anterior está la utilización de los servicios de urgencias. El porcentaje de personas que acudieron alguna vez a estos servicios es mayor en Canarias que en el conjunto de España en todos los grupos de edad (32% vs. 23%), pero la diferencia es mucho mayor para los grupos de edad más avanzados:

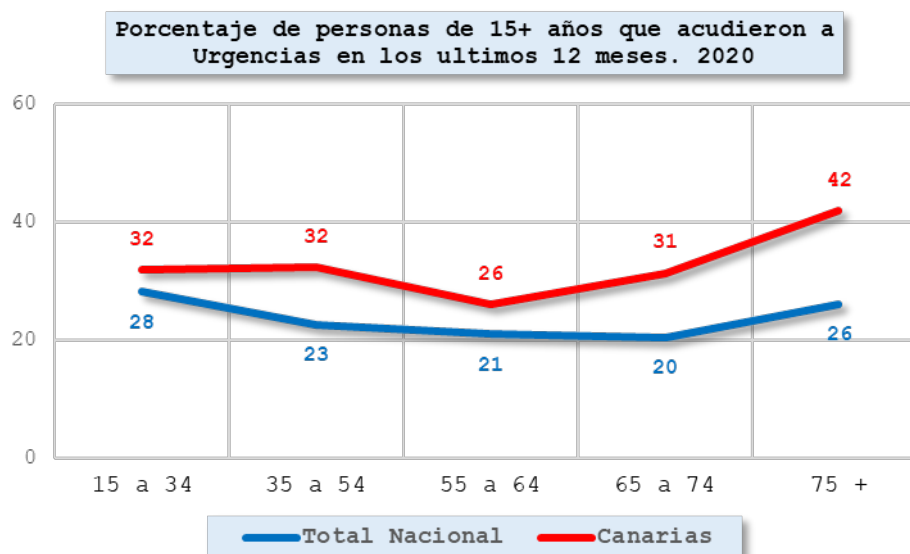


Gráfico 10. Porcentaje de personas de 15+ años que acudieron a urgencias en los últimos 12 meses. Canarias y España.

Esa diferencia de 9 puntos para el total de la población pasa a ser del 11% para el grupo de 65 a 74 años y del 16% para los de 75+ años; este grupo de más mayores acude a urgencias en Canarias un 65% más que en el resto del territorio español.

Esto se debe en buena medida a que la población de Canarias, en todos sus tramos de edad, muestra una mayor presencia de problemas de salud crónicos (68%) que el resto de los españoles (61%)¹⁴:

¹³ Socidrogalcohol, [Guía de consenso para el buen uso de benzodicepinas](#), 2019.

¹⁴ En el caso de las mujeres llega al 75% en Canarias y al 65% en el resto del país.

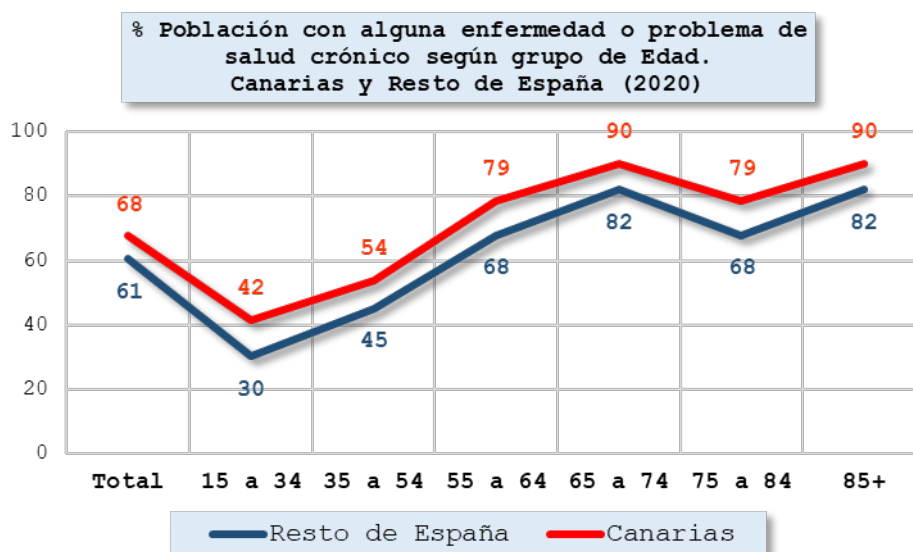


Gráfico 11. % población que declara algún problema crónico de salud por grupos etarios. Canarias y España (2020)

Y es que el 39% de la población canaria con cronicidad (28% en el resto de España) visita urgencias al menos una vez al año, frente a solo un 17% del resto de la población (15% en el resto de CCAA). Este saldo positivo se produce en todos los grupos de edad.

Extrapolando los datos de la Encuesta Europea de Salud en España de 2020, con los márgenes de error de los datos, es seguro que hay en Canarias un millón largo de personas con alguna condición crónica, el 60% de ellas, mujeres; no obstante, la mitad no tiene ninguna limitación para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) y solo en el 9% de los casos esas limitaciones son graves.

Una de las enfermedades crónicas donde la diferencia entre Canarias y el resto del país es más notable es la **diabetes**, con una prevalencia nacional del 7%, que en Canarias se eleva hasta el 11%. Y no es de extrañar, dado que nuestra comunidad autónoma está en tercera posición en el ranking de **sobrepeso**:



Gráfico 12. % población de 15+ años con sobrepeso u obesidad, por CCAA.

Lo más preocupante de cara al futuro es que **Canarias se sitúa en la segunda posición (36%), solo superada por la Región de Murcia (40%), en cuanto a la población infantil y adolescente (2 a 17 años) con obesidad o sobrepeso**, según el estudio más reciente (Estudio Nutricional de la Población Española, ENPE; datos de 2019). Es bien conocida la relación causal, independiente de otras variables, entre pobreza y obesidad –*pobresidad*– y Canarias ocupa la tercera posición, tras Andalucía y Extremadura, en población en riesgo de pobreza y el primero, claramente destacado (duplicando el promedio nacional) en cuanto a la carencia material severa. Pero aun así, es posible –y necesario– actuar, como lo demuestra el experimento *micro* ‘Nereu’, llevado a cabo por primera vez en un colegio de Las Palmas de Gran Canaria y que el Ministerio de Sanidad planea evaluar en su segunda fase para incorporarlo a un Plan Nacional contra la obesidad infantil, coordinado por el Alto Comisionado contra la Pobreza.

Otros dos problemas que empiezan a ser endémicos son la soledad no deseada y el aislamiento social. A menudo, dos caras de una misma moneda. Aunque vivir solo no es en sí un factor de riesgo, puede llegar a serlo cuando no es una opción deseada o adoptada libremente, sino forzada por acontecimientos personales como divorciarse o enviudar.

Aunque teóricamente es así, los datos (interpretables en términos de causalidad; no de correlación, que es inequívoca) muestran que, como determinante de salud, vivir solo en personas con necesidades crónicas complejas es un factor de riesgo ante determinados problemas. Así lo

evidencia un estudio muy reciente sobre la población de Canarias con estas características¹⁵; vivir solo, independientemente de otras condiciones, muestra una correlación significativa con:

- » Riesgo de caídas.
- » Conductas ineficaces para el mantenimiento del hogar.
- » Déficit de autocuidados.
- » Deterioro de la memoria.
- » Aislamiento social.
- » Riesgo de soledad no deseada.
- » Ansiedad.
- » Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- » Insomnio.
- » Dolor crónico.
- » Riesgo de intolerancia a la actividad.
- » Afrontamiento ineficaz del estrés.

En términos más generales y universales, una reciente revisión sistemática de la literatura científica¹⁶ demostró con un nivel de evidencia sólido algo que ya se había hipotetizado: la estrecha relación entre soledad y fragilidad, tanto transversal (en un momento dado), como longitudinal (con el paso del tiempo). De ahí que **la lucha contra la soledad no deseada y el aislamiento social forme parte de las políticas de salud y de los cuidados de larga duración, no solo, como hasta ahora, de las políticas y servicios sociales.**

Y un estudio longitudinal, con 18.000 personas mayores que fueron seguidas desde 2002 hasta 2020, mostró que la probabilidad de muerte por todas las causas fue un 46% mayor entre quienes vivían solas; **vivir solo siendo mayor es uno de los componentes más relevantes –solo superado por la pobreza– de la denominada ‘fragilidad social’.**¹⁷

¹⁵ Rodríguez-Álvaro M y otros, *Care needs of highly complex chronic patients in the Canary Islands: An observational study*. Nurs Rep, 2023; 13:1-16.
<https://doi.org/10.3390/nursrep13010001>.

¹⁶ *Associations between loneliness and physical frailty in community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis*. Ageing Research Reviews (2022).
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101705>.

¹⁷ Ragusa y otros, *Social frailty increases the risk of all-cause mortality: A longitudinal analysis of the English Longitudinal Study of Ageing*. Experimental Gerontology, octubre 2022.
<https://doi.org/10.1016/j.exger.2022.111901>.

Según los datos oficiales disponibles¹⁸, el número de hogares unipersonales se incrementó **en Canarias entre 2013 y 2020** en un 13%, lo que en términos relativos es un 18% más que en el resto de España. Pero **si miramos los hogares unipersonales donde el residente es una persona de 65+ años, el incremento es de 34 puntos, lo que supone casi duplicar (+86%) el porcentaje en que creció este tipo de hogares en el conjunto del país (18%).**

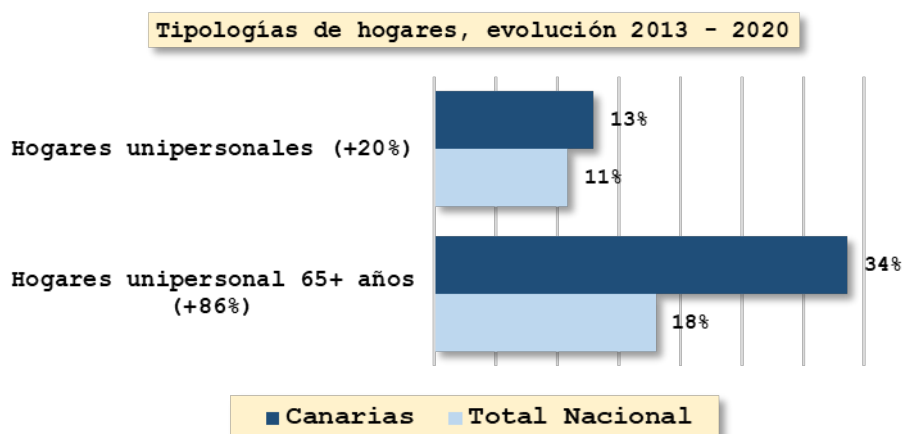


Gráfico 13. Evolución hogares unipersonales, general y 65+ años, Canarias y España.

Aun así, dado que la situación de partida era muy buena, el porcentaje que representan los hogares unipersonales en los que reside una persona de 65+ años es el más bajo de España: 41%, frente a una media nacional del 48%. Pero con las actuales dinámicas de crecimiento acelerado, no se ocupará esta privilegiada posición por demasiado tiempo.

Destacamos también **que casi una de cada cuatro (24%) personas que viven solas en Canarias padece algún tipo de discapacidad**; un porcentaje ligeramente más alto que en el conjunto de España (23%), pero a considerable distancia de la comunidad que muestra una tasa más elevada (Región de Murcia, 30%).

¹⁸ [Encuesta Continua de Hogares](#) del Instituto Nacional de Estadística de 2020 (último año disponible).

5. Los cuidados de larga duración.

Tenemos, en definitiva, un proceso de transición sociodemográfica muy acelerado que sin duda va a repercutir notablemente en las demandas sanitarias y sociales (y el cruce de ambas que constituye la atención sociosanitaria). En el que **los cuidados de larga duración van a ser los principales protagonistas y para los que será necesario redefinir sus dimensiones cultural, organizativa y relacional**. Así lo reconoció hace apenas unos meses el Consejo Europeo en su *Recomendación de 8 de diciembre de 2022 sobre el acceso a cuidados de larga duración de alta calidad asequibles*.

Antes de seguir, conviene advertir que **no debe identificarse cuidados de larga duración y personas de mucha edad**; hay muchas personas, incluidos niños/as, que precisan cuidados de larga duración y por algunos motivos que se han expuesto –y otros condicionante sociales de la enfermedad y la dependencia que no encajan en este encargo, necesariamente resumido– esta realidad será cada vez más frecuente entre la población joven.

Pero ciertamente, en los presupuestos públicos y privados, los cuidados de larga duración que se comen la mayor parte de la tarta están dirigidos a las personas más mayores, más dependientes y con peor estado de salud. **¿Están preparadas las administraciones públicas y los operadores sanitarios privados para dar respuesta a este nuevo paradigma social y sanitario? Claramente, no.**

España apenas destina el 0,9% del PIB (2019) a cuidados profesionales de larga duración (incluida la asistencia sanitaria y social), por debajo de la media de los países de la OCDE, donde este gasto representa el 1,5%. Los Estados que más aportan son Países Bajos, donde esta partida alcanza el 4,1% del PIB, y Noruega, donde supone el 3,7%. Una explicación razonable y contrastada con datos es que *«en España, las personas con necesidades de cuidados es más probable que reciban cuidados informales: 92% en España, comparado con una media de la Unión Europea del 84%»*¹⁹

El modelo español de protección social forma parte del enfoque mediterráneo. Esto significa que depende mucho de la familia, específicamente de la mujer, y poco de los sistemas públicos.

¹⁹ Comisión Europea, Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión, [*Study on exploring the incidence and costs of informal long-term care in the EU*](#), 2021.

Más en concreto, dentro de este modelo de protección social, el de ayuda a la dependencia no se sostiene básicamente sobre la institucionalización, sino sobre los cuidados en la comunidad; es básicamente un sistema que soportan mayoritariamente las familias y los cuidadores informales, generalmente inmigrantes con gran precariedad laboral. En lugar de invertir en residencias públicas y otros dispositivos de apoyo, las administraciones públicas españolas funcionan, al menos teóricamente, con el modelo de *vouchers* (vales), dinero en efectivo que se entrega a las familias para que contraten por su cuenta aquellos servicios externos de ayuda en las actividades de la vida diaria (AVD) o de refuerzo a los cuidadores informales que requieran las personas dependientes.

Al margen de sus bondades en términos humanitarios o de cohesión social, este modelo es absolutamente insostenible, incluso a corto plazo. No solo por las ineficiencias e inequidades que ha mostrado durante los 15 años que han transcurrido desde la entrada en vigor de la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, sino también porque las necesidades de cuidados, como ya hemos explicado, van a crecer exponencialmente.

Tal como recomienda la Comisión Europea²⁰, **es fundamental reforzar la atención y cuidados en los hogares, pero ello exige un grado alto de formalización**: no puede basarse en el voluntarismo de las familias y cuidados informales, sino que debe formar parte de los planes de cuidados de larga duración y estar dotado presupuestariamente, poniéndose un mayor énfasis en el apoyo profesional experto y en la formación de los cuidadores informales.

Desde el punto de vista de la eficiencia sanitaria, no tiene nada que ver atender a 70 personas en una residencia con tener que hacerlo con 70 personas, cada cual en su propio domicilio. Pero si queremos garantizar que cualquier persona siga teniendo los mismos derechos asistenciales – básicamente, disponer de *su* médico y *su* enfermera de cabecera que se encargan de atender sus necesidades de cuidados de salud, lo que se conoce como *longitudinalidad*– al margen de su lugar de residencia, hogar particular o dispositivo comunitario, **como regla general no podemos/debemos aspirar a que, como norma, en los centros residenciales existan recursos médicos y enfermeros propios, sino que sean los centros de salud quienes sigan ocupándose de esta tarea**. Es lógico que en centros con

²⁰ Comisión Europea, Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión, [Challenges in long-term care in Europe. A study of National policies](#), 2018.

cientos de plazas sí se disponga de recursos propios, pero la tendencia es a una clara reducción del tamaño de las residencias, incluso a seguir creando domicilios compartidos para mayores.²¹

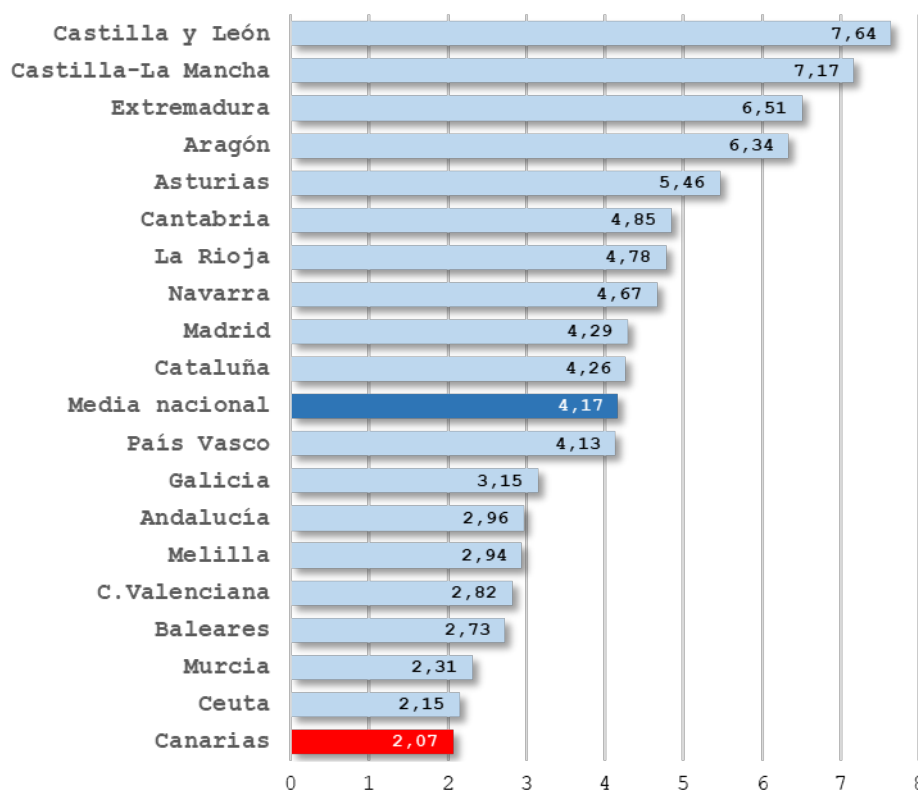
Eso no quiere decir que no haya enfermeras en los dispositivos residenciales, pero su tarea debe ser la elaboración, supervisión y evaluación de programas esenciales, como prevención de caídas y úlceras por presión, alternativas a la sujeción mecánica de personas con demencias, deshabitación de benzodicepinas y opioides, adherencia a los tratamientos terapéuticos, como la administración de los medicamentos prescritos, fomento de estilos de vida –alimentarios, cognitivos, sociales, de higiene personal o ejercicio– saludables, etc.

Es difícilmente discutible desde una mínima racionalidad económica, social y sanitaria que **las plazas residenciales van a seguir creciendo y, al parecer, a un ritmo muy intensivo. Así lo tiene de claro la iniciativa privada**, que entre 2021 y 2024 añadirá a las 385.000 plazas residenciales existentes (en 2020, último año disponible) otras 46.500 de nueva planta, un ritmo de crecimiento del 3% anual.

Canarias tiene una posición muy deficitaria en cuanto a número de plazas residenciales (7.300 en 95 centros), ocupando el último lugar en cuanto a la ratio de plazas residenciales sobre la población de 65 y más años:

²¹ Precisamente, mientras se escribía este documento, el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y las comunidades autónomas (Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia) han aprobado el nuevo modelo de atención residencial ([*Criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*](#)), que sigue las recomendaciones de expertos y *think-tanks*; sin embargo, su aprobación por un margen mínimo (10 CCAA a favor y 9 en contra) no asegura nada bueno en cuanto a su aplicación, por muchas normas que se aprueben: las competencias las tienen las CCAA, por lo que este “nuevo modelo” se quedará en un conjunto de recomendaciones.

Plazas residenciales por 100 habitantes de 65+ años por comunidades/ciudades autónomas (2020)



Elaboración propia sobre datos de *Estadísticas sobre residencias*. EnR? (CSIC)

Gráfico 14. Plazas residenciales/100 habitantes. 65+ años, por CCAA.

Esta situación, sin embargo, no es achacable a las administraciones públicas (especialmente las insulares y locales), ya que **la nuestra es la segunda comunidad autónoma con mayor porcentaje de plazas públicas**, con un 53% que prácticamente duplica la media estatal (27%). Es, por tanto, una consecuencia del escaso interés de la iniciativa privada en invertir en la región menos envejecida de España.

Pero esta situación se va revirtiendo, ya que según la consultora especializada Alimarket **existen actualmente 41 proyectos inversores en el Archipiélago –prácticamente todos para ser finalizados antes de 2025– que suponen 3.906 plazas, es decir, un aumento de un 54% de las 7.276 plazas existentes en 2020**. Estas inversiones suponen, en número de plazas, el 8% de los proyectos nacionales (46.533), cuando la población canaria de 65+ años ni siquiera llega al 4% de la de España (3,8%). La iniciativa privada suele tener bastante olfato para anticipar las oportunidades inversoras.

Los complejos retos que se presentan en este panorama, ciertamente complicado, pueden ser enfrentados, pero no puede hacerse a través de los

enfoques, políticas y sistemas organizativos de siempre: **hacen falta nuevos paradigmas y enfoques y eso es lo que en este documento tratamos de argumentar y proponer.**

6. La fuerza de los hechos (3): demografía profesional

Según la Encuesta de Población Activa del INE (microdatos), en el conjunto del Estado en 2020 había 42.500 médicos y 41.000 enfermeras en activo con edades entre 60 y 65 años. Eso implica que en su más amplia mayoría se jubilarán entre 2021 y 2025 (solo hay un 2% de médicos que trabajen más allá de los 65 años; y estadísticamente, ninguna enfermera).

Según las Estadísticas de Estudiantes del Ministerio de Universidades, extrapolando los datos disponibles, en ese mismo período, 2021–2025 se graduarán 33.600 médicos y 59.000 enfermeras.

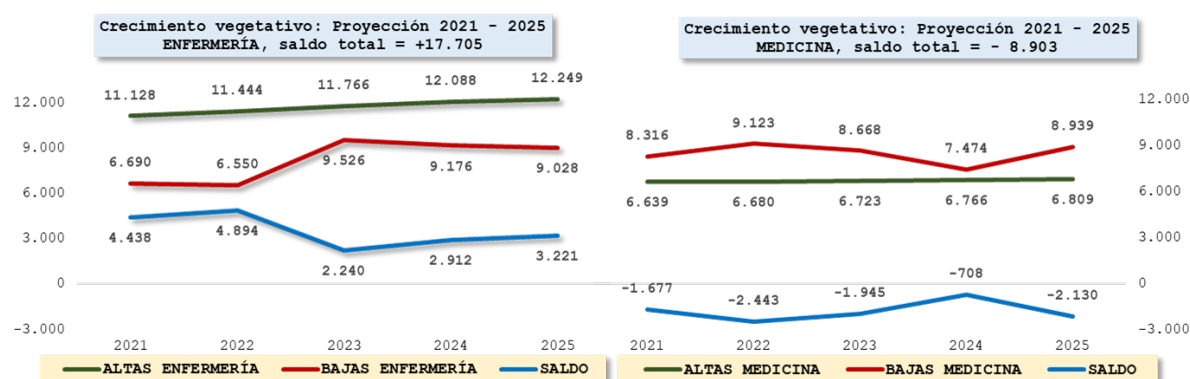


Gráfico 15. Crecimiento vegetativo de Enfermeras y Médicos, España (2021 - 2025).

Tomados estos datos en conjunto, con los márgenes de error con que trabajamos, **entre 2020 y 2025 habrá entre 8.000 y 10.000 médicos menos en España y entre 16.000 y 18.000 enfermeras más²²**. Ello se está traduciendo, y de manera angustiosa, en una población médica menguante, que ya no tiene efectivos para cubrir muchas de las bajas: ni las definitivas ni las ocasionales.

A eso se añaden los efectos del sistema MIR, dado que en los centros públicos del Sistema Nacional de Salud, en estos momentos no se puede

²² Estos datos, que son los más aproximados a la realidad, solo son analizables a nivel nacional, no por comunidades autónomas: las muestras autonómicas son demasiado escasas para permitirnos extrapolar.



ejercer sin ser especialista. Y que la Formación Sanitaria Especializada para los médicos tiene planes docentes de entre cuatro y cinco años.

En Canarias, la situación no es tan dramática a corto plazo. Con los datos disponibles, en los próximos 10 años se jubilarán en torno a 2.850 médicos, lo que supone una cuarta parte (24%) del total de colegiados en activo. El sistema educativo de la Comunidad Autónoma, de seguir con las mismas tendencias que los últimos seis años, producirá un número solo algo inferior de nuevos médicos, 2.700. De confirmarse que la Universidad Fernando Pessoa tiene el visto bueno de ANECA para comenzar con 50 plazas los estudios de Medicina en Gran Canaria, la primera promoción no titularía hasta 2029 y no obtendría la especialidad –obligatoria para ejercer en la sanidad pública– hasta 2034.

El número de médicos disponible para la sanidad pública solo podría crecer gracias al excedente de plazas de Formación Sanitaria Especializada (MIR); en el último curso (2020-2021), se graduaron 256 médicos en el Archipiélago, mientras que las plazas MIR ofertadas sumaron 317, es decir, 61 plazas más que graduados, que podrían significar, de seguir igual las cosas y suponiendo que una vez acabado el MIR decidieran empezar a trabajar donde se formaron, podrían añadirse unos 600 nuevos médicos.

Porque hay que tener en cuenta la **presión que están introduciendo – y cada vez lo harán más– las restantes comunidades autónomas, así como los operadores privados, que afrontan una severa carestía de profesionales, especialmente médicos**. Las plazas ofertadas por el sistema educativo para estudiar el grado en Medicina, no solo no han ido creciendo, sino que han ido incluso decreciendo (menos los dos últimos años, que muestran un ligero repunte, pero sin siquiera llegar a las cifras de 2015 – 2016), al contrario que las de Enfermería, que no han hecho más que crecer:

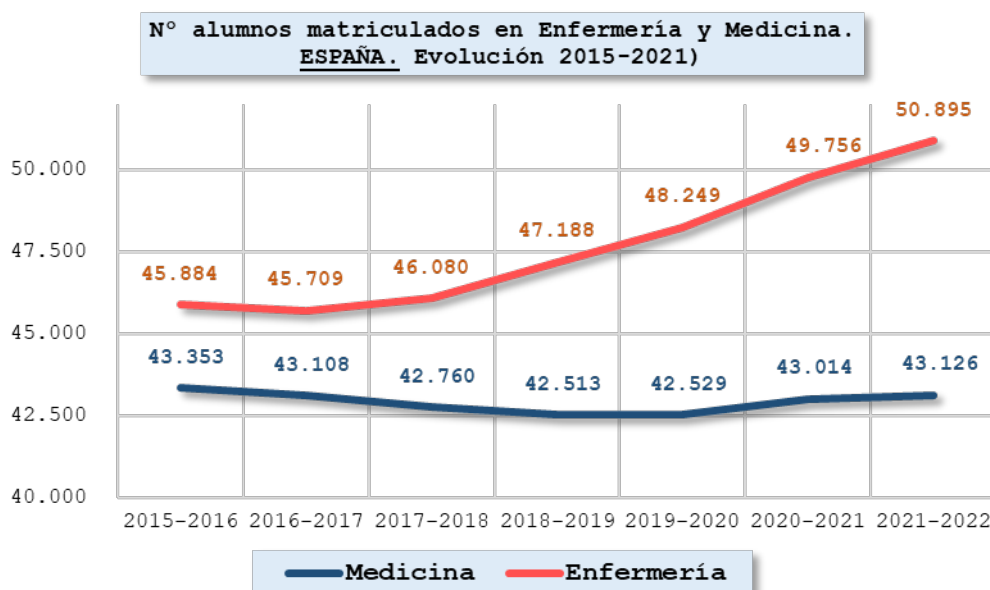


Gráfico 16. Alumnos matriculados en grado Enfermería y Medicina (España, 2015 – 2021).

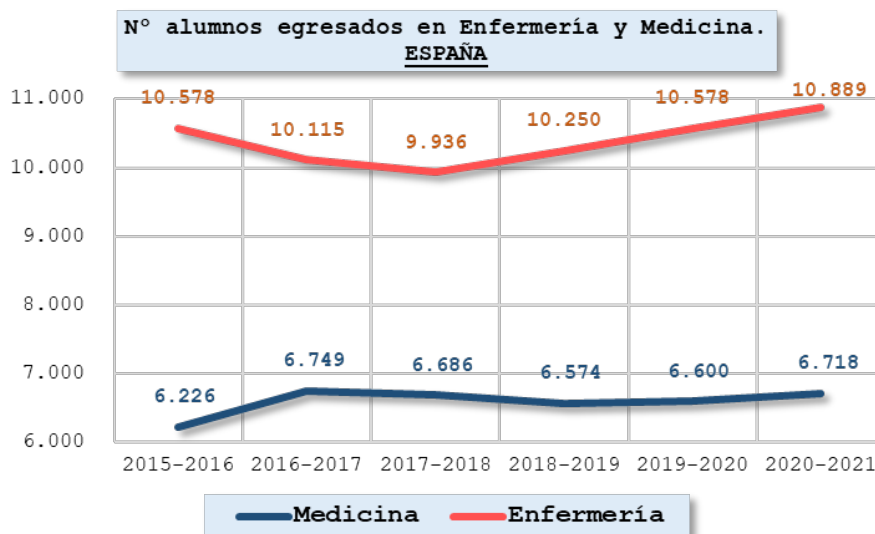


Gráfico 17. Alumnos egresados, grado de Enfermería y Medicina (España, 2015 - 2021).

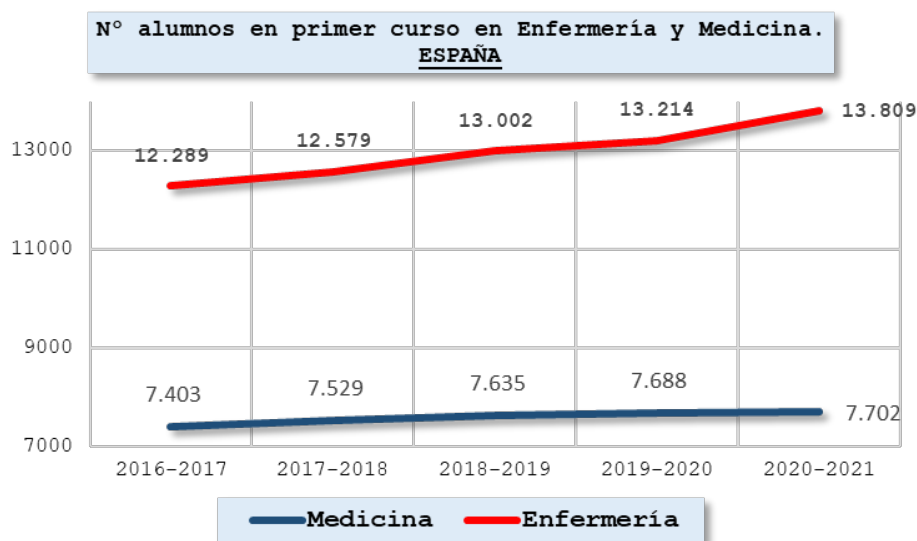


Gráfico 18. Alumnos matriculados en 1er curso en Enfermería y Medicina (España).

Por esa razón, comunidades que no viven una situación tan grave, como la de Canarias, deberán asumir que la competitividad hará que médicos formados aquí —empezando por quienes han accedido en Canarias a la Formación Sanitaria Especializada desde otras CCAA— serán *seducidos* con mejores condiciones laborales para comenzar su vida profesional fuera. Algo que, aunque aún de manera muy *light*, ya está pasando:



AsturSalud
@astursalud · Seguir

📍 Si eres enfermera o médico de familia
Y... quieres vivir en un paraíso 🌄

😊 Pincha aquí 📍
astursalud.es/trabajarsespa/...

🗣️ Corre la voz
#AtenciónPrimaria #MedicinadeFamilia
#Salud #Asturias

www.astursalud.es

¿Eres médic@ de familia y buscas un lugar donde trabajar?

SERVICIO DE SALUD
PRINCIPADO DE ASTURIAS

Volviendo a nuestra comunidad, la enfermería canaria, que es la más joven de España según su media de edad, verá jubilarse hasta 2031 en torno a 1.700 profesionales, que supone solo el 11% del total de enfermeras colegiadas en activo. Con la actual tendencia de incremento en el número de plazas ofertadas por las universidades canarias, públicas y privadas, el sistema educativo canario generará estos 10 años 7.000 nuevas enfermeras (unas 700 por año)²³:

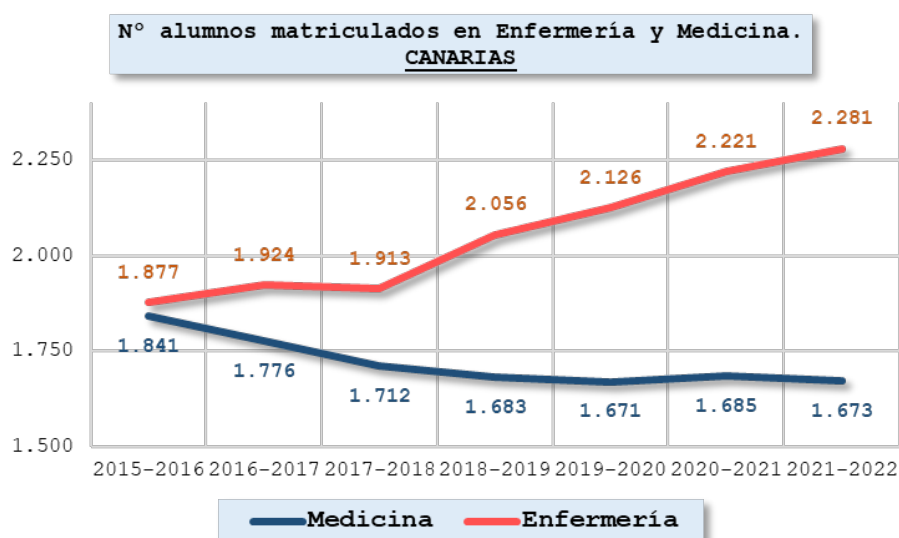


Gráfico 19. Alumnos matriculados en Enfermería y Medicina (Canarias, 2015 - 2021).

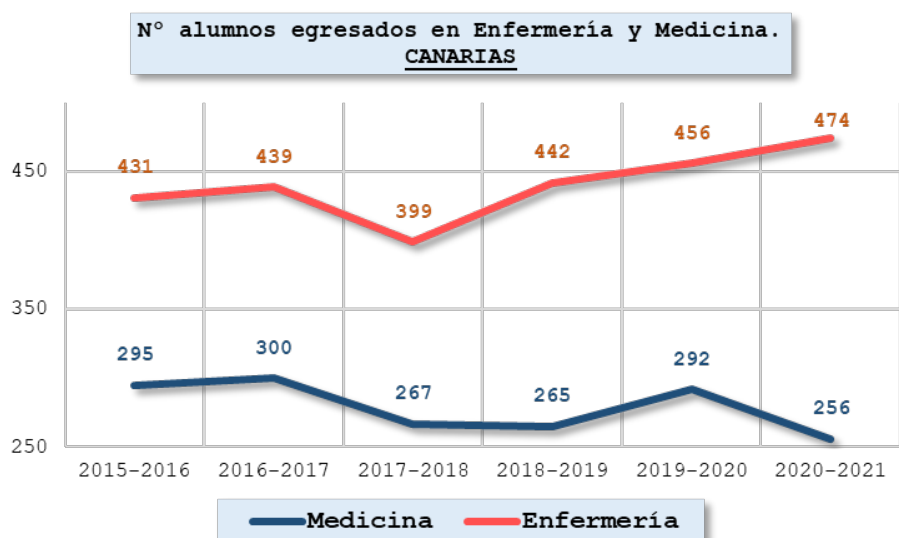


Gráfico 20. Alumnos egresados en Enfermería y Medicina (Canarias, 2015 - 2021).

²³ Para el curso 2022 – 2023 se han ofertado 670. El crecimiento se debe al incremento en la oferta de la Universidad Europea en Canarias, privada, que pasa de 45 a 120 plazas, un incremento de 75 sobre las del curso 2021 – 2022.

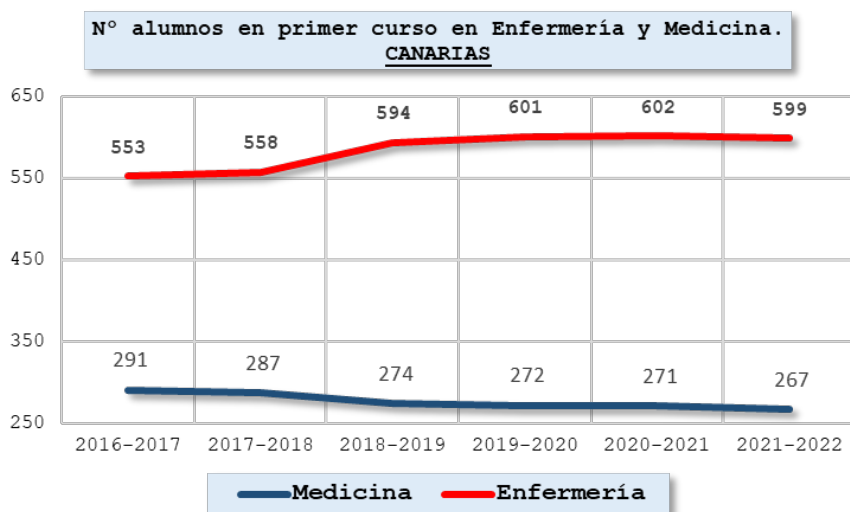


Gráfico 21. Alumnos matriculados en 1er curso, Enfermería y Medicina (Canarias).

El saldo vegetativo, pues, será de $[7.000 - 1.700 = 5.300]$, que supone algo más de un 36% adicional sobre la población enfermera asistencial actual (14.500). El ritmo de crecimiento de las enfermeras será de un 2% anual, lo que significa que el stock de enfermeras y enfermeros en activo en Canarias ascenderá en 2031 hasta casi 20.000.

Poniendo ambos datos en conjunto, mientras que, en el mejor de los casos, el stock de médicos disponible se mantendrá, el de enfermeras aumentará muy sustancialmente (en torno a 5.000).

Por lo que respecta a la **Formación Sanitaria Especializada**, en el conjunto del Estado el número de plazas ha subido en Medicina un 22% en los últimos cinco años, mientras que el de Enfermería lo ha hecho casi el cuádruple, un 82%:

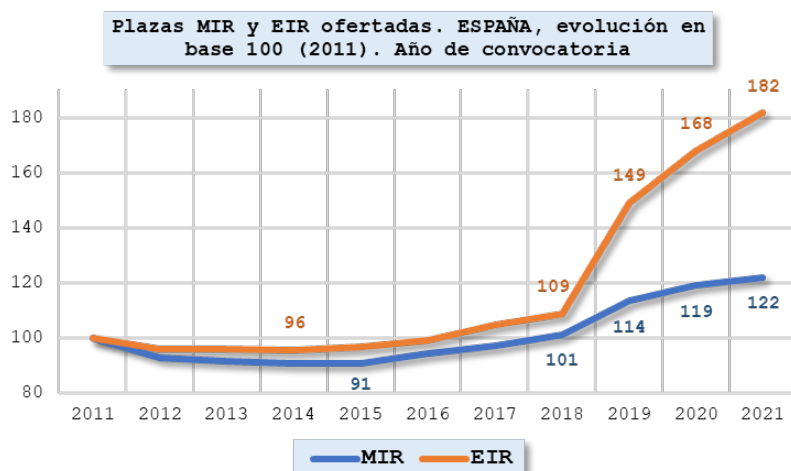


Gráfico 22. Plazas EIR y MIR ofertadas. España (Base 100 = 2011).

No está claro si los sistemas educativo y sanitario han sido clarividentes al preparar a los servicios de salud para que puedan ir trasladando su centro de gravedad desde la atención médica hacia los cuidados o si se trata simplemente de una consecuencia de la defensa numantina de las organizaciones y facultades médicas en defensa del *númerus clausus*. Tampoco ayudó mucho que en 2011 la mayoría de los servicios de salud implantaran, por motivos exclusivamente financieros la jubilación forzosa de los médicos a los 65 años, sin posibilidad de prórroga.

Aunque en 2017 el Ministerio de Sanidad reguló la prórroga voluntaria hasta los 70, en diciembre de 2022 el Consejo Interterritorial del SNS elevó al Gobierno la propuesta de ampliar el plazo a los 72 años. El Ministerio respondió abriendo la posibilidad de durante tres años se permita a los médicos y pediatras de atención primaria continuar ejerciendo después de los 65 años y percibiendo el 75% de sus pensiones, frente al 50% del que podían disfrutar hasta ahora.

Un problema especialmente grave lo encontramos en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria [MFyC]. Este año han quedado 200 vacantes de las 2.336 plazas ofertadas (en Canarias se han cubierto todas). Pero este dato cuantitativo puede ser sopesado con otros que, a pesar de ser numéricos, tienen un fuerte valor cualitativo.

El proceso de elección de plazas en Medicina de Familia durante el pasado mes de abril siguió este guion:

- » Con el 44% de las plazas adjudicadas (4.400) solo se había escogido el 4% de las plazas de MFyC ofertadas (189).
- » Con el 60% de las plazas adjudicadas (6.000), solo se había escogido el 22% de las plazas de MFyC (512).
- » Con el 100% de las plazas adjudicadas (7.672), no solo han quedado vacantes plazas de MFyC, sino también otras 16 en el ámbito de la atención comunitaria, sumando todas las plazas vacantes menos una (Microbiología y Parasitología):
 - Medicina Familiar y Comunitaria: 200 (8,6% de las 2.336 plazas convocadas),
 - Medicina Preventiva y Salud Pública: 8 (7,3% de las 110 convocadas).
 - Medicina del Trabajo: 8 (7,5% de las 107 convocadas).

Las 200 vacantes de MFyC se ofertaron a médicos extracomunitarios, quienes optaron a 107 de las 200 vacantes; sin embargo, a la hora de tomar posesión, 73 de los MIR nacionales y 16 de los extracomunitarios renunciaron, con lo que **finalmente han quedado 182 plazas libres**.

Esto no supone un fenómeno ocasional, sino una tendencia, por eso a estas alturas es inevitable reconocer lo obvio: una inmensa mayoría de los médicos solo escogen el ámbito comunitario cuando no tienen más remedio. Y a veces, ni entonces: prefieren intentar sacar mejor nota en la siguiente convocatoria para poder elegir plazas del ámbito hospitalario.

7. La fuerza de los hechos (4): la crisis de la Atención Primaria.

Esta amarga realidad se enmarca en la profunda crisis en la que está sumida la Atención Primaria, de la que se afirma, cada vez con más contundencia –aunque no siempre con propuestas o ideas muy definidas– que precisa de una *refundación*²⁴, una propuesta que ya se formuló en 2011, en forma no de columna de opinión sino de libro con autoría de algunos de los más relevantes pensadores sanitarios²⁵.

Un capítulo de ese libro publicado hace ya 12 años se titula *¿Por qué los médicos huyen y rehúyen la Medicina de Familia? Datos y claves sobre el problema en busca de soluciones* (por cierto, dos de los tres firmantes del capítulo son profesoras de la ULPGC). Existe, en todo caso, un amplio consenso en reconocer que **el modelo ideado hace 40 años ha quedado obsoleto y es precisa esa refundación**.

No solo desde el punto de vista de la oferta (profesionales), también desde el de la demanda (ciudadanos) se observa esta crisis; es cierto que entre 2019 y 2022 se produjo la crisis pandémica y no sabemos muy bien hasta qué punto ha influido, pero lo cierto es que la percepción de la opinión pública no empeora, incluso mejora, en cuanto a la atención en los hospitales (incluidas sus urgencias), mientras que la atención primaria se desploma:

²⁴ Carlos Rocha, [La atención primaria colapsa y pone la puntilla a un modelo sanitario agotado](#). El Confidencial, 11 de noviembre de 2022.

²⁵ Vicente Ortún, director. *La refundación de la atención primaria*. Madrid: Springer Healthcare Ibérica; 2011. [ISBN: 978-84-938062-0-0](#).

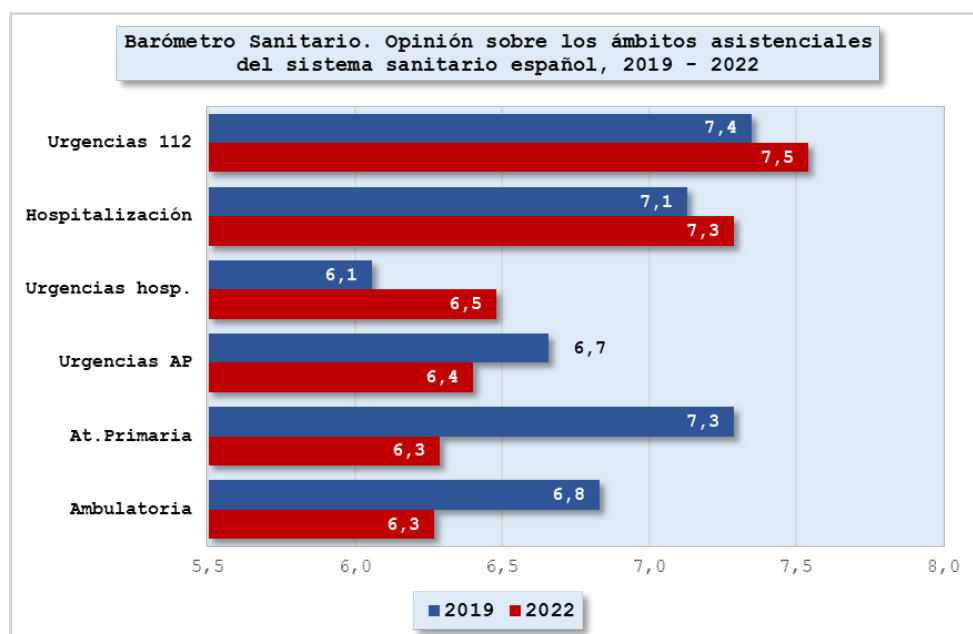


Gráfico 23. Satisfacción con los diferentes ámbitos asistenciales, 2019 - 2022.

La caída general de la AP es brutal: un punto en la escala de 1 a 10, que representa una pérdida relativa del 14%. Si en 2019 la valoración de la atención primaria (7,3) era algo mejor que la de la atención hospitalaria (7,1), apenas tres años después, en 2022 es el hospital (7,3) quien aventaja por un margen considerable a la AP (6,3).

Hace ya 10 años, la revista The Economist advirtió que el modelo biomédico centrado en el paciente agudo y en el tratamiento curativo había quedado obsoleto ante la epidemia de la cronicidad: la Medicina ya no es capaz de curar a la inmensa mayoría de los pacientes que atienden en la atención primaria, el 80% de cuyas consultas son causadas por patologías o condiciones crónicas, físicas y/o mentales.

«Para tratar los problemas del siglo XXI con un enfoque de atención médica del siglo XX se necesitaría un número imposible de médicos. Por otro lado, el cuidado de las condiciones crónicas no es lo que mejor se les da a los médicos. Por estas dos razones, parece que van a ser mucho menos centrales en la atención sanitaria, un proceso que, en algunos lugares, ya ha comenzado», concluía el extenso y documentado artículo.²⁶

²⁶ [Squeezing out the doctor. The role of physicians at the centre of health care is under pressure.](#) The Economist, 2 de junio de 2012.

Y desde la revista oficial de la propia Asociación Médica Británica, ya en 2005, hace casi 20 años, se planteó la necesidad de un liderazgo de las enfermeras en los cuidados de larga duración y la cronicidad.²⁷

En los sistemas sanitarios con modelo de aseguramiento universal (conocidos como *Beveridge*) **la atención primaria se ideó como un nivel altamente resolutivo** que sirviera de puerta de acceso al servicio de salud y liberara a los hospitales de atender problemas que no requerían hospitalización.

Hoy en día ese modelo ha quedado obsoleto, por varios motivos. Uno de ellos es que la AP ha dejado de ser “altamente resolutiva” debido a que el 80% de las consultas (no burocráticas) que recibe corresponden a patologías o condiciones crónicas, cada vez con más frecuencia complejas: **al médico de primaria se le pide cada vez en mayor medida que dé respuesta a problemas que estarían mejor tratados por un psicólogo, un fisioterapeuta, un farmacéutico... o un enfermero.**

El segundo motivo es que **la AP ha dejado de ser una puerta de entrada al sistema de salud para convertirse en una barrera.** Los profesionales de ese nivel asistencial saben que no pueden derivar al paciente a un psicólogo, fisioterapeuta o especialista médico porque estarían diciendo a su paciente que tiene que esperar 8, 12 o 20 meses para que le den una cita con quien podría resolver su problema de salud. **Como consecuencia, lo atienden todo y eso los convierte en un estresado cuello de botella:** acceder en a la consulta del médico de familia que hace solo unos pocos años no llevaba más de tres o cuatro días, ahora no es infrecuente que lleve una, dos o tres semanas; y buena parte de las veces no de manera presencial, sino telefónica.^{28,29}

Es la atención primaria quien necesita ahora una puerta de entrada y esa solo puede ser una atención en la comunidad integral e integrada. Cada vez son más los expertos que consideran que deberíamos diferenciar la atención primaria, liderada por los médicos, de la atención en la comunidad,

²⁷ Bodenheimer T y MacGregor K, *Nurses as leaders in chronic care. Their role is pivotal in improving care for chronic diseases.* British Medical Journal, 2005; ;330;612-613. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7492.612>.

²⁸ Salinas N, [Las listas de espera se desbocan: tres semanas para ver al médico de familia](#). El Periódico de España, 3 de noviembre de 2021.

²⁹ Según el [Barómetro sanitario del Centro de Investigaciones Sociológicas de 2022](#), Canarias, junto con Madrid (ambas, 27%) y la Comunidad Valenciana (29%), son las tres CCAA en las que mayor porcentaje de la población tiene que esperar más de 10 días para lograr una cita con su médico de familia. La media nacional es 24%.

liderada por las enfermeras con una visión propia, no mecanicista ni biomédica, de las necesidades de cuidados³⁰; algo que desde hace más de 20 años ha sido puesto sobre la mesa³¹. Esta *fuerza de los hechos*, visión objetiva al margen de corporativismos reaccionarios, cada vez va calando más entre la propia Medicina; por poner solo un ejemplo, esta breve y reciente cita:

«Debido al mantra ‘un síntoma = una enfermedad’ enfatizado en la educación médica y al tiempo cada vez más escaso que los médicos pueden dedicar a sus pacientes, la comorbilidad subclínica a menudo se ignora hasta que deja de ser silenciosa y los pacientes regresan al sistema médico con multimorbilidad compleja, o incluso fragilidad. Nuestra capacidad para ofrecer curas y atención a estos pacientes es, en el mejor de los casos, mediocre (...) Hay pruebas de que la comorbilidad, especialmente en personas mayores que también tienen deficiencias físicas y cognitivas, oculta la presentación clínica de una patología emergente, entorpece las respuestas al tratamiento y produce resultados adversos inesperados, a veces incluso debido a la iatrogenia.»³²

Pero no es solo la creciente falta de médicos de atención primaria lo que va a obligar a redefinir las fronteras profesionales, con mayores competencias de la enfermería; según pasan los años, se van necesitando más y mejores cuidados y eso pasa por la planificación de los mismos por parte de las enfermeras: **no se trata de que las enfermeras hagan lo que ya no pueden hacer los médicos de la misma forma, y con la misma mirada, que estos lo hacían antes, sino de que la enfermería aporte su propia respuesta, con una mirada enfermera, a los cuidados de larga duración de la ciudadanía, especialmente los crónicos complejos.**

Es imprescindible convertir un sistema **reactivo**, que solo responde ante **demandas**, en un sistema **proactivo** que, por centrarse en las **necesidades**, se adelanta en buena medida a las demandas. La AP ya no es resolutoria porque el 80% de los problemas que trata no tienen resolución; necesitan ser atendidos clínicamente, por supuesto, pero también disponer de cuidados profesionales de excelencia. Los que prestan las enfermeras

³⁰ Moulton JE y otras, Nurse-led service delivery models in primary care: a scoping review protocol. BJGP Open 2022; 6 (3): BJGPO.2021.0194.
<https://doi.org/10.3399/BJGPO.2021.0194>.

³¹ Lewis R, *Nurse-led Primary Care. Learning from PMS pilots*. Londres, King' Fund 2001.

³² Ferrucci y Kohanski, *Better care for older patients with complex multimorbidity and frailty: a call to action*. The Lancet, septiembre 2022.
[https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00173-8](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00173-8).

comunitarias, preferentemente en el lugar de residencia de los ciudadanos, hogares y dispositivos residenciales y de día, y en los centros educativos.

Es relativamente bien conocida una experiencia, ya bien consolidada: la de *Buurtzorg* (literalmente traducido, ‘cuidado del vecindario’) en Países Bajos, donde equipos autónomos de entre 10 y 12 enfermeras/os se encargan de mantener todo lo sana y funcional posible en sus domicilios a la población en riesgo de fragilidad y discapacidad³³. La base, además de una buena preparación tecnológica y de tratamiento de la información, descansa en la **segmentación** de toda la población del barrio con problemas de salud complejos y en riesgo de fragilidad: todas las personas que tienen aseguramiento médico han sido visitadas, clasificadas según su nivel de necesidades y encuadradas en un plan de cuidados personalizado, que incluye las necesidades de cuidados sanitarias y sociales.

El Informe Fuller³⁴, publicado en mayo del pasado año (2022), articula una visión para la atención primaria de Inglaterra basada en equipos vecinales integrados. [*integrated neighbourhood teams*]. Cita el ejemplo de un centro de salud en Sussex, con 28,500 pacientes asignados, que desde 2019 ha buscado mejorar el acceso a los cuidados de salud y mantener a los pacientes fuera del hospital. **Los pacientes se diversifican mediante triaje sistemático y juicio clínico y se identifican como verde** (generalmente bien, la continuidad es menos importante porque solo tienen necesidades puntuales), **ámbar** (condiciones crónicas, la continuidad es importante, se brinda atención reactiva adecuada) y **rojo** (vulnerable o complejo, la continuidad es primordial, atención proactiva). De esta manera, el centro de salud se convierte en un recinto para atender a los ‘verdes’ que necesitan acceso en el día (y cuando se produce un desbordamiento ‘ámbar’, por ejemplo en epidemias, como la de la gripe, por no hablar de la covid-19), siendo el resto atendidos en sus domicilios.

El objetivo, pues, es triple:

- » Simplificar el acceso a la consulta para las personas que enferman pero que usan los servicios de salud con poca frecuencia, asegurando que la atención esté siempre disponible en su comunidad cuando la necesiten.
- » Brindar una atención más proactiva y personalizada, con apoyo de un equipo multidisciplinario de profesionales, a personas con

³³ Para ampliar: Lumillo y Salto: *Buurtzorg Nederland: una propuesta de atención domiciliaria dirigida por enfermeras*. Enfermería Clínica, 2020. [10.1016/j.enfcli.2020.08.004](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.08.004).

³⁴ NHS England, [Next steps for integrating primary care: Fuller Stocktake report](#), 2022.

necesidades más complejas, incluidas –pero no solo limitada a estas– aquellas con pluricronicidad. El objetivo básico es mantenerlos convenientemente alejados del hospital, donde una salud ya maltrecha se deteriora aún más.

» Ayudar a las personas a mantenerse sanas por más tiempo como parte de un enfoque de prevención más ambicioso y conjunto.

Como dice el título del último libro de lord Nigel Crisp, presidente del Grupo Parlamentario Interpartidario de Salud Global de la Cámara de los Lores británica e impulsor de la campaña *Nursing Now*, '**La salud se hace en casa. Los hospitales son para reparaciones**'.

En los años sesenta del siglo pasado se produce en España la eclosión de un sistema moderno de hospitales públicos. Dado que en la atención a la salud la oferta genera normalmente la demanda, en los años ochenta, ya en democracia, se crea, a partir de la célebre declaración de Alma-Ata, la Atención Primaria de Salud para racionalizar la gestión de demandas y acercar los recursos de salud a la población. Pero **el nuevo paradigma, el emergente que se consolidará en el segundo cuarto del Siglo XXI, sitúa al hogar como el centro de la atención sanitaria**. No solo lo dicen los expertos y las principales aseguradoras sanitarias, también grandes consultoras, como *McKinsey & Company*³⁵ o *Boston Consulting Group*³⁶.

Estos enfoques no se centran solo en el hogar como alternativa a la atención primaria y el sistema residencial, sino también como alternativa al tratamiento en el hospital, siempre que sea evitable, en personas frágiles, dependientes y con necesidades complejas de cuidados.

Pero cuando la hospitalización convencional es inevitable, **también en los hospitales deben existir programas y unidades de atención al paciente frágil y vulnerable internado**. Está bien estudiado el impacto severamente negativo de los procesos de hospitalización en este tipo de pacientes, tanto sobre su capacidad funcional³⁷ como en su deterioro

³⁵ McKinsey & Company, [How 'Care at Home' ecosystems can reshape the way health systems envision patient care](#), 2022.

³⁶ BCG, [An Aging-in-Place Strategy for the Next Generation](#), 2022.

³⁷ Rossi AP y otros, *Hospitalization Effects on Physical Performance and Muscle Strength in Hospitalized Elderly Subjects*. *J Gerontol Geriatr Res*, 2017. <https://doi.org/10.4172/2167-7182.1000401>.

cognitivo³⁸. Solo mediante planes específicos de cuidados integrales –básicos y avanzados– se pueden controlar o reducir estos dramáticos impactos.

En primer lugar, hay que desarrollar de manera más intensiva los existentes programas de hospitalización a domicilio, bien para tratamiento, bien para convalecencia, para que cuando ello sea posible se aplique a todas las personas frágiles o en riesgo alto de fragilidad. Y segundo, creando unidades especiales y especializadas de atención al paciente frágil y vulnerable hospitalizado, lideradas por los equipos de enfermería, naturalmente con la consultoría de los especialistas médicos en todo lo que sea preciso. **De nada sirve detectar las situaciones de fragilidad y vulnerabilidad en urgencias, si cuando se produce el ingreso este se realiza en una unidad estándar** de medicina interna o cardiología –o especialidades quirúrgicas cuando sea precisa una intervención en el quirófano– donde se prestan y reciben cuidados estándar como al resto de los pacientes ingresados.

8. La infancia condiciona la vida adulta y el envejecimiento.

Existen dos segmentos de población que deben ser puestos prioritariamente en las agendas públicas: la población mayor, principal demandante de atención sanitaria y social, de la que hemos hablado extensamente en este documento; pero también de manera prioritaria y urgente la población más joven, niños/as y adolescentes. Aprender hábitos saludables en todas las esferas de su vida, muy especialmente alimenticios y de actividad física; prevenir y detectar las violencias y actuar antes de que se enquisten; detectar y tratar en la comunidad problemas de salud mental, como los desórdenes alimentarios o las ideas autodestructivas –llegando al suicidio en demasiadas, excesivas ocasiones³⁹–, previniendo su cronificación; y un largo etcétera de problemas prevenibles o controlables que afectan a nuestros niños/as y adolescentes.

³⁸ Mathews SB y otros, *Hospitalization and Cognitive Decline: Can the Nature of the Relationship Be Deciphered?* Am J Geriatr Psychiatry, 2014; 22(5), 465-480. <https://doi.org/10.1016%2Fj.jagp.2012.08.012>.

³⁹ Canarias es la tercera comunidad autónoma, tras Asturias y Galicia, en la tasa de suicidios por población residente. En 2020 (último año disponible) fueron un total de 208. Solo uno de ellos fue en menores de 15 años. [Datos del Instituto Nacional de Estadística](#).

A pesar de que en noviembre de 2019 se firmó un Convenio entre los Ministerios de Sanidad y de Educación y Formación Profesional para su desarrollo; y a pesar, también, de que están demostrados hasta la saciedad los beneficios en salud, y también económicos –sobre todo porque reducen notablemente el consumo de recursos propiamente sanitarios–, de este tipo de programas, España es, junto con la República Checa, el único país de la Unión Europea donde no existe un programa formal de salud escolar.⁴⁰

Por tanto, su desarrollo es muy variable en las diferentes comunidades autónomas, tanto en recursos como en características; un factor que sí es común en casi todos los desarrollos es que el papel de la enfermería escolar es predominante frente a las aportaciones de otras profesiones.

Muy recientemente (2021), la Organización Mundial de la Salud aprobó su Guía sobre los Servicios de Salud Escolar, dentro de la cual establece siete áreas de intervención en los centros educativos:

- » Salud y crecimiento positivos.
- » Prevención de heridas y lesiones.
- » Violencia.
- » Salud sexual y reproductiva.
- » Enfermedades transmisibles.
- » Enfermedades no transmisibles, funciones sensoriales, discapacidad física, salud bucodental, nutrición y actividad física.
- » Salud mental, uso de sustancias y autolesiones.

También el Ministerio de Sanidad español recoge dentro de su área de promoción de la salud un programa de Promoción e Impulso de la Red de Escuelas Promotoras de Salud, pero dado que las competencias las tienen las comunidades autónomas, es más bien una guía para que estas –o los ayuntamientos– puedan participar en dicha Red.

Hasta comienzos del pasado año, en la Comunidad Autónoma de Canarias existían 10 enfermeras escolares (para más de 325.000 alumnos). El Colegio de Enfermería de Las Palmas ha impulsado un plan piloto en tres municipios de Lanzarote, con el apoyo del Cabildo y de los propios consistorios, para implantar la enfermería escolar en un total de 17 centros (12 de primaria y 5 de secundaria). La experiencia, puesta en marcha a comienzos del curso 2022-2023 cuenta con un modelo de evaluación de su

⁴⁰ Michaud y otros, *Organization and activities of school health services among EU countries*. European Journal of Public Health, 2021. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa200>.

impacto en la comunidad (alumnos, familias y docentes). A lo largo de este mismo curso se pondrá en marcha en tres municipios de Gran Canaria.

El 23 de septiembre de 2022, todos los grupos del Parlamento de Canarias aprobaron una moción que, entre otros aspectos relacionados con la salud escolar, incluía instar al Gobierno regional a implantar la figura de la enfermera escolar, *«que deberá contar con un espacio propio en los centros educativos»*. Como consecuencia, las consejerías de Salud y Educación han puesto en marcha en enero su propio proyecto piloto, que dotará de enfermeras escolares a 60 centros educativos de la comunidad autónoma, entre ellos los 10 de Educación Especial (dos ya lo tenían desarrollado) y 52 de Infantil y Primaria. A diferencia del piloto del Colegio de Enfermería, los alumnos de ESO y Bachillerato quedan de momento fuera del programa.

Sin duda alguna, la enfermería escolar será con el tiempo un activo de los más importantes dentro de una visión enfermera, holística, de los servicios de salud, ya que trabaja sobre el presente y sobre el futuro de nuestra sociedad. Desde nuestra perspectiva de *Cuidados en todas las políticas* pensamos que debería suponer uno de los principales activos y estrategias.

La implantación a jornada completa de un servicio de enfermería escolar supondría solo, dependiendo de su tamaño, aumentar entre un 1% y un 3% el gasto en personal de un centro educativo: una pequeña inversión financiera con una tasa de retorno exponencial en términos de salud y bienestar de las familias y las comunidades.

9. La transición hacia la *sociedad del cuidado*.

Las dinámicas sociodemográficas –externas e internas– están modificando, aún de manera bastante soterrada, los servicios de salud; pero también están modificando el propio sistema social en el que estos se desenvuelven. **Los cuidados están siendo cada vez más complejos y eso requiere que cada vez estén más profesionalizados.** Y por esa misma razón, la valoración de la necesidad de cuidados es ya una entidad nosológica dentro del campo médico, pero también un proceso social complejo con entidad sociológica, económica y política. De hecho, **el cuidado empieza a formar parte del debate político y tiene cada vez más presencia en los**

programas electorales y en los argumentarios de los partidos y otros agentes políticos.⁴¹

Pero también es cierto que en buena medida sigue estando parcialmente oculto, ya que muchos agentes profesionales y directivos de los servicios de salud parecen obviar –al menos, no destaca en el debate más que en términos demasiado genéricos– que gran parte de los problemas asistenciales, organizativos, financieros y reputacionales que están experimentando están altamente relacionados con las insuficiencias e ineficiencias en el ámbito de los cuidados. Y **desde el punto de vista de la opinión pública, se aprecia claramente este deterioro en el sistema sanitario**⁴².

Mientras que el porcentaje de quienes opinan que nuestro sistema sanitario es muy bueno ha descendido 7 puntos, el de quienes piensan que funciona tan mal que se necesita rehacerlo ha crecido en otros 7 puntos; así, mientras que en 2019 la distancia entre la mejor y la peor opinión era de 19 puntos, apenas tres años después, una vez sometido el sistema al *test de esfuerzo* que ha supuesto la covid-19, esta distancia es de apenas 5 puntos.

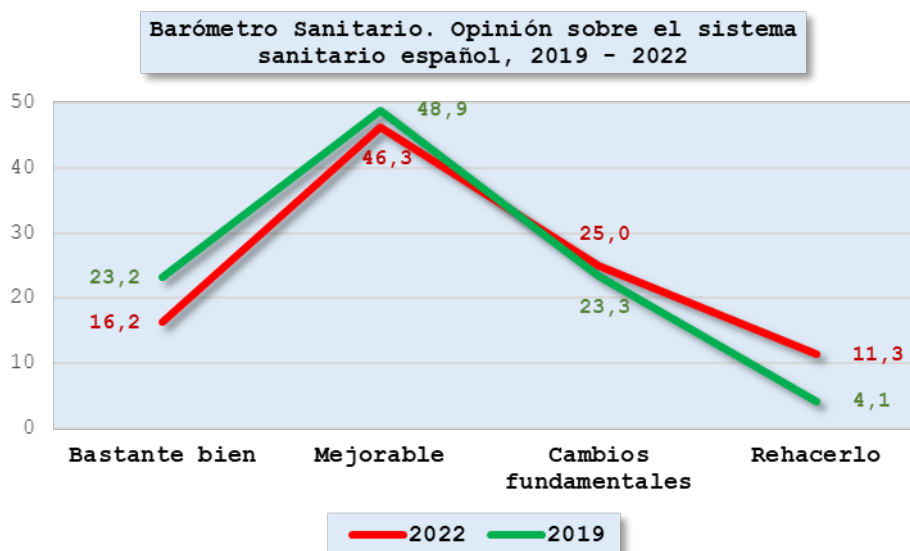


Gráfico 24. Opinión sobre el sistema sanitario español, 2019 - 2022.

⁴¹ Por no ir más lejos, la gran debacle que se ha producido en las residencias de ancianos durante los momentos más críticos de la pandemia de la covid-19 no solo tiene una dimensión judicial, sino que está formando parte también del debate político.

⁴² Recién publicados los resultados del [Barómetro Sanitario 2022 del CIS](#), la satisfacción general con el funcionamiento del sistema sanitario obtiene en Canarias su segunda peor puntuación (6,03 en una escala de 1 a 10), solo superada por Andalucía (5,89) y a más de dos décimas de la meda estatal (6,26).



Tampoco podemos perder de vista que **esta tendencia a su invisibilización en los planos político, mediático y profesional está relacionada con la feminización de los cuidados** a todos los niveles, tanto informales (familias y cuidadores externos) como profesionales. Sin embargo, es precisamente a partir del gran protagonismo que el cuidado está cobrando en el debate y programas feministas que podamos afirmar que su visibilización solo podrá ir en aumento. Ejemplo extraordinario de esta invisibilización de género es que **los cinco consejos generales de colegios profesionales sanitarios más importantes de España⁴³, que suman 800.000 efectivos –de los cuales 560.000 (71%) son mujeres–, están presididos por hombres.**

La sociedad del cuidado (*caring society*) es un concepto que se viene utilizando al menos desde 1995 y se concibe como una sociedad en la que los cuidados no se circunscriben a los ámbitos familiar y asistencial, sino que penetran en todas las instituciones sociales, por ejemplo, escuelas o centros de trabajo. Pero también es una sociedad en la que los cuidados y los cuidadores se valoran como un elemento de civilización y progreso y donde son dispensados igualitariamente, sin sesgos de género, clase social u otros. Añadiremos, además, en esta definición apresurada, que, en la sociedad del cuidado, los cuidados son concebidos como un derecho fundamental y universal.

Las políticas públicas deben ser una palanca potente para actuar ante los problemas derivados de la pluricronicidad, la vulnerabilidad y la dependencia. Al igual que hace 40 años se acuñó la fórmula *Salud en todas las políticas*, en el segundo cuarto del Siglo XXI debe desarrollarse una cultura bien asentada de **Cuidado en todas las políticas**, que debería empezar a plantearse hoy mismo, sin dilaciones ni excusas, ni atendiendo a las presiones –que por supuesto van a existir y no van a ser menores– de las organizaciones profesionales más conservadoras e inmovilistas.⁴⁴

Concretando esta nueva visión en el ámbito de la salud comunitaria, sería muy importante adoptar una **visión salutogénica** de los servicios sanitarios y sociales (y de la política), visión que va más allá de los planteamientos clásicos de la medicina preventiva: no se trata solo de prevenir enfermedades en un plano individual o grupal (salud escolar o

⁴³ Enfermería (330.000), Medicina (284.000), Farmacia (78.000), Fisioterapeutas (63.000) y Dentistas (40.000). [Datos del Instituto Nacional de Estadística.](#)

⁴⁴ Tampoco es descartable que existan sectores de la propia profesión de enfermería que se posicionen en defensa de sus intereses particulares, percibiendo la amenaza que para los mismos podrían suponer estos nuevos enfoques y propuestas.

laboral, por ejemplo), sino de crear salud en un plano social, **convirtiendo los vecindarios en espacios donde se crea salud.**

Naturalmente, no son solo los más mayores y los más jóvenes los grupos poblacionales a considerar desde esta perspectiva salutogénica que proponemos. Los centros de trabajo o las prisiones –ámbitos donde la Enfermería juega un papel muy importante al lado de la Medicina y otros grupos profesionales–; factores específicos de género, como las violencias sobre mujeres jóvenes y adultas, el asociacionismo, especialmente el vecinal, etc. son ámbitos donde es necesario actuar con una perspectiva más integrada con los servicios sociales y educativos. Y la enfermería comunitaria sería el grupo profesional idóneo, por todos los motivos que hemos ido recogiendo, para una cooperación creciente que nos dirija hacia la integración efectiva, tanto vertical del sector sanitario como horizontal con los servicios sociales y otras políticas públicas, que reclaman los centros de pensamiento más influyentes y respetados.

Uno de los aspectos más importantes para el desarrollo de esta visión salutogénica que denominamos *Cuidado en todas las políticas* es la detección y mapeo de **activos en salud**, es decir, aquellos factores o recursos que mejoran la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud.

Tres constataciones, ampliamente reconocidas:

- » La capacidad de capilarización dentro de las comunidades que muestran las enfermeras allí donde se las ha permitido ejercer hasta el límite de sus capacidades la convierte en uno de los activos esenciales a disposición de los poderes públicos en el desarrollo y crecimiento del estado del bienestar.^{45, 46}
- » El papel de una práctica enfermera avanzada, autónoma, ha sido descrito como «*el canario en la mina de carbón: un indicador de hasta qué punto se van aplicando realmente las reformas en los sistemas sanitarios*».⁴⁷

⁴⁵ [Situación de la enfermería en el mundo 2020. Invertir en educación, empleo y liderazgo](#). Organización Mundial de la Salud, 2020. Capítulo tercero.

⁴⁶ Kuijper S y otros, *Assembling care: How nurses organise care in uncharted territory and in times of pandemic. Sociology of Health and Illness*, agosto 2022. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13508>.

⁴⁷ Contandriopoulos D y otros, *Nurse practitioners, canaries in the mine of primary care reform*. Health Policy, 2016; 120:682-689.

- » Una colaboración más estrecha, cooperativa y respetuosa de las propias capacidades y competencias entre médicos y enfermeras se ha demostrado que mejora los resultados en salud.⁴⁸

Pero ello no puede conseguirse si continuamos con la actual falta de integración, incluso coordinación, entre todas las administraciones públicas, entre todos los ministerios o consejerías y entre todos los centros de gestión de las políticas públicas. Es fundamental que esta filosofía de cuidado en todas las políticas se convierta en uno de los ejes fundamentales del debate político y profesional.

Porque no es únicamente en el ámbito de los cuidados en la comunidad donde el potencial de las enfermeras es enorme. La crisis pandémica provocada por el SARS-CoV-2 ha demostrado la alta capacidad de coordinación y gestión de crisis que tienen las enfermeras en lo que fue aquel territorio desconocido y sin mapas que fueron los duros momentos de eclosión de la pandemia. **Sin embargo, solo se los ensalza como “héroes a pie de cama”**, dejando en penumbra su esencial función de coordinación de recursos dentro y entre los centros sanitarios y áreas de salud, asignando espacio a los pacientes para optimizar una capacidad asistencial desbordada. **Sin la aportación técnico-científica (especialmente en la gestión de los algoritmos de decisión) y la experiencia como gestores de recursos (siempre escasos) de las enfermeras (y enfermeros), la crisis pandémica hubiera sido, además de dolorosa, un verdadero caos, algo que solo sucedió precisamente donde las enfermeras no tienen gran presencia: en las residencias**⁴⁹. Por eso, no tiene sentido no incorporar a las enfermeras allí donde se toman decisiones sobre el futuro de los servicios de salud.

Pero solo será posible avanzar en este sentido si existe una cabeza coordinadora, dotada de un rango formalizado adecuado para sus tareas de I+D+i en cuidados y de planificación y coordinación de recursos que ponga a disposición de administraciones públicas, operadores privados,

<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.015>.

⁴⁸ Mattys E y otros, *An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care?* BMC Family Practice (2017) 18:110. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0698-x>.

⁴⁹ Las residencias en Canarias no han sido tan devastadas durante la pandemia: el porcentaje de fallecidos sobre infectados por SARS-CoV-2 en las residencias de mayores, a nivel nacional, es del 11,8%; en Canarias, solo del 3,3% ([datos oficiales del IMSERSO](#)). En buena medida porque han sido ejemplo de gestión en cuidados, con modelos diferentes. En Gran Canaria, a través del equipo de intervención; en Tenerife a través de la gestión de casos; en todas las islas con los sistemas de rastreo, liderados, no exclusivamente pero sí en gran medida, por enfermeras.

profesionales y familias herramientas y programas dirigidos a actuar sobre las necesidades futuras de cuidados antes que limitarse básicamente a responder ante las demandas actuales. Puede adoptar formas administrativas o agenciales, pero debe estar adecuadamente dotada de talento. Y naturalmente debe estar liderada por quienes más entienden de cuidados: las enfermeras como líderes de los equipos multiprofesionales con diferentes perfiles sanitarios y sociales.

Tras la aprobación por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) de la Iniciativa Marco en Cuidados (IMACU), el pasado mes de mayo, el 24 de noviembre de 2022 se ha constituido su Comité Institucional, un organismo formado por representantes del Ministerio de Sanidad y de las comunidades autónomas. Según la nota de prensa del Ministerio, el objetivo de la IMACU es «*promover el avance competencial y el desarrollo enfermero, además de ordenar un modelo organizativo de cuidados que integre los diferentes perfiles existentes*», así como «*fomentar la excelencia en los cuidados, potenciando la promoción de la salud y la prevención, el seguimiento y la continuidad de los cuidados, la orientación al autocuidado y la recuperación*».

En Canarias, sin embargo, a pesar del apoyo formal del Servicio Canario de la Salud a la campaña *Nursing Now*, la situación no avanza sobre el terreno: según un informe del Consejo General de Enfermería, somos una de las únicas cuatro CC.AA. en las que no hay ninguna enfermera en puestos con responsabilidad orgánica⁵⁰, ni en la Consejería de Sanidad ni en el SCS.

10. Un reto formidable (y apasionante).

Ahora bien, ello no debe ser entendido desde la enfermería como una oportunidad, sino como una exigencia y un reto que solo podrá afrontar con tres condiciones fundamentales:

- » Una gran mejora en su **competencia básica de análisis y propuesta sobre los servicios y políticas de salud**, más allá del *ombiguismo* que con frecuencia le impide alcanzar y enriquecer una visión de conjunto que vaya más allá de las ‘reivindicaciones’ profesionales.
- » Conseguir un amplio nivel de **consenso dentro de la profesión, a todos los niveles**: asistencial, gestión, docencia e investigación. Esto conlleva también la necesidad de construir y reforzar

⁵⁰ Consejero, director general, subdirector general, jefe de servicio.

liderazgos sólidos, capaces no solo de liderar internamente, sino también de ser reconocidos dentro del ecosistema profesional sanitario.

- » Convertir a las organizaciones profesionales enfermeras, muy especialmente el entorno colegial, en **opinadores confiables y rigurosos**, tanto por su conocimiento de la realidad, basado en datos contrastables, como por el 'relato' que es capaz de construir para trasladar a la sociedad y a los operadores políticos, económicos y profesionales cómo se concreta la 'mirada enfermera' en nuevos enfoques para las nuevas realidades sociodemográficas y sanitarias.

Asimismo, deberá asumir una mejor formación y práctica en áreas como las competencias tecnológicas y digitales; planes de cuidados que tengan en cuenta las preferencias y valores de sus receptores; tratamientos farmacológicos (adherencia, conciliación, estados transicionales...); atención integral, intra y extrahospitalaria, a la fragilidad; construcción y validación de indicadores que permitan detectar problemas de salud subclínicos; traslación de la investigación en cuidados a la práctica profesional, etc. Un largo etcétera, por cierto.

De ahí que haya llegado el momento de ponerse manos a la obra. Con un hándicap: las enfermeras no pueden decirle a la sociedad y a los poderes públicos *«esperen a que estemos preparadas»*, porque los problemas principales ya están aquí y no pueden ponerse en modo de espera. Desde las universidades se deberán aportar las cajas de herramientas (*toolkits*) que precisan las enfermeras y enfermeros en la comunidad (domicilios, residencias, colegios, empresas...), por lo que resulta de suma importancia que los departamentos universitarios asuman esta visión y se incorporen al proceso de mejora continua profesional, teniendo en cuenta, por encima de todo, las necesidades de las enfermeras en su día a día.

Una observación final sería que desde las instituciones y organizaciones enfermeras se tendrá que realizar un estímulo de la **innovación** y el **emprendimiento** que sirva para extender su práctica hacia nuevos roles y modelos en los cuidados a la comunidad. Existen modelos consolidados, como la de Buurtzorg en Países Bajos o los *integrated neighbourhoods teams*, a los que ya nos hemos referido antes, y otros más cercanos en desarrollo, como las *supermanzanas* de Barcelona, inspiradas en ambas experiencias, pero más centradas en los mayores que viven solos. Estas experiencias se basan en una amplia autonomía de equipos reducidos, pero con alta especialización, que prestan sus servicios en la comunidad.



Acabo: los **colegios profesionales** –como el que ha realizado el presente encargo– tienen una gran virtualidad: desarrollados con una visión, valores y compromisos adecuados, deberían verse a sí mismos como **redistribuidores de rentas**; las que obtienen del conjunto de la colegiación a través de sus cuotas deberían servir, precisamente, para atender los problemas reales de la profesión en su ámbito de actuación; entre otros, facilitar el acceso a formación de vanguardia; financiación de estancias (*stages*) en centros de excelencia y de práctica enfermera avanzada; apoyo a la investigación traslacional en cuidados; convenios con organismos e instituciones para ir incorporando las prácticas más avanzadas de la enfermería en proyectos piloto con vocación de consolidarse...

Tienen capacidad para ello.

Juan F. Hernández Yáñez.

Las Palmas de Gran Canaria, 6 de febrero de 2023.

about.me/juherya