MARCO ESTRATÉGICO PARA LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA (MECE)

2025-2027

MINISTERIO
DE SANIDAD

Copyright © MINISTERIO DE SANIDAD
Paseo del Prado, 18-20 28014 Madrid

NIPO: preedición pendiente de NIPO

MARCO ESTRATÉGICO PARA LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA (MECE)

Aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 21 de mayo de 2025

GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

Comités del Marco Estratégico para los Cuidados de Enfermería

Comité Institucional:

- D. Javier Padilla Bernáldez. **Ministerio de Sanidad.**
- Dª. Paloma Calleja Toledano. **Ministerio de Sanidad.**
- Dª. Celia Gómez González. **Ministerio de Sanidad.**
- D. Juan Julián García Gómez. **Ministerio de Sanidad.**
- Dª. Sonia Betsabé Gómez Arribas. **Ministerio de Sanidad.**
- Dª. Leticia Carmen Simón López. **Ministerio de Sanidad.**
- D. Saturnino Mezcua Navarro. **Ministerio de Sanidad.**
- Dª. Tamara Álvarez Moreno. **Ministerio de Sanidad.**
- Dª. Mª. Teresa Moreno Casbas. **Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.**
- Dª. Leticia Bernués Caudillo. **Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.**
- Dª. Patricia Bezunartea Barrio. **Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030.**
- Dª. Inmaculada Gómez Pastor. **Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030.**
- Dª. Liliana Marcos Barba**. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030.**
- Dª. Isabel Muñoz Machín**. INGESA**.
- Dª Elena Fernández Gómez. **País Vasco.**
- Dª. Sonia Sevilla Guerra. **Cataluña.**
- Dª. Sindia Fuentes Silva. **Galicia**.
- Dª. Ana María Reales Arroyo. **Andalucía.**
- Dª. Rocío Allande Díaz. **Asturias.**
- Dª. Patricia Corro Madrazo. **Cantabria.**
- Dª. Mª Elena Garrote Cámara. **La Rioja.**
- Dª. Dolores Beteta Fernández. **Región de Murcia**.
- Dª. Ángela Garrido Bartolomé. **Comunidad Valenciana**.
- Dª. Gema Girón Jorcano. **Aragón**.
- Dª. Monserrat Hernández Luengo. **Castilla-La Mancha.**
- Dª. Ruth Auxiliadora Díaz Melián. **Islas Canarias**.
- Dª. Marta Ancín Pagoto. **Comunidad Foral de Navarra**.
- D. José María Villa Andrada. **Extremadura.**
- Dª. Concepción Zaforteza Lallemand. **Islas Baleares.**
- Dª. Elena Fernández Cano. **Comunidad de Madrid.**
- Dª. Laura Callejo González. **Castilla y León.**
- Dª. Mª Jesús del Valle López. **Ceuta**.

- Dª. Mª Teresa Martín Espinosa. **Melilla**.

Comité Científico-Técnico:

- D. Javier Padilla Bernáldez. **Ministerio de Sanidad.**
- Dª. Paloma Calleja Toledano. **Ministerio de Sanidad.**
- Dª. Celia Gómez González. **Ministerio de Sanidad.**
- D. Juan Julián García Gómez. **Ministerio de Sanidad.**
- Dª. Sonia Betsabé Gómez Arribas. **Ministerio de Sanidad.**
- Dª. Leticia Carmen Simón López. **Ministerio de Sanidad.**
- D. Saturnino Mezcua Navarro. **Ministerio de Sanidad.**
- Dª. Tamara Álvarez Moreno. **Ministerio de Sanidad.**
- Dª. Mª. Teresa Moreno Casbas. **Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.**
- Dª. Leticia Bernués Caudillo. **Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.**
- Dª. Engràcia Soler Pardo. **Asociación Científica Española de Enfermería y Salud Escolar (ACEESE).**
- D. José Ramón Martínez Riera. **Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).**
- Dª. Marisa de la Rica Escuín. **Asociación Española de Enfermería de Cuidados Paliativos (AEECP).**
- Dª. Lucía de Luis Cid. **Asociación Estatal de Estudiantes de Enfermería (AEEE).**
- Dª. Concepción Vellido González. **Asociación Española de Enfermería Pediátrica (AEEP).**
- D. Carlos Aguilera Serrano. **Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME).**
- D. Wladimir Carassa. **Asociación EIR (AEIR).**
- D. Javier Gracia Rivera. **Asociación de Enfermería del Trabajo (AET).**
- Dª. Elvira González Santos. **Asociación Española de Técnicos de Enfermería, Emergencias, Sanitarios y Sociosanitarios (AETESYS).**
- D. Julio Sanz Villorejo. **Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE).**
- D. Juan Antonio Caballero Defez. **Confederación Estatal Asociaciones de Vecinales (CEAV).**
- D. Diego Ayuso Murillo. **Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería (CGE).**
- D. Jesús Rubio Pilarte. **Conferencia Nacional de Decanas y Decanos de Enfermería (CNDE).**
- Dª. Esther Nieto García. **Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y AP (FAECAP).**
- Dª. María José Caravaca Berenguer. **Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME).**

- Dª. Mónica de Elío de Bengy. **Foro Español de Pacientes (FEP).**
- Dª. Adelaida Zabalegui Yárnoz. **Nursing Now Challenge (NNC).**
- D. José Manuel Freire Campo. **Plataforma Mayores y Pensionistas (PMP).**
- Dª. Carina Escobar Manero. **Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP).**
- Dª. Julia González Vaca. **Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG).**
- Dª. Mª del Carmen Duque del Río. **Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE)**.
- Dª. María Isabel Mármol López. **Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).**
- D. José Manuel Corbelle Álvarez. **Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería (UESCE).**
- D. Agustín Reoyo Jiménez. **CCOO.**
- D. José María Soto Esteban. **CESM.**
- D. Darío Carrasquilla de la Torre. **CSIF.**
- Dª. Isabel Lozano Sevilla. **SAE.**
- Dª. Paloma Repila Arenas. **SATSE**.
- Dª. Ana María Francés Roger. **UGT.**

Asesores:

- Dª. Montserrat Gea Sánchez
- D. Daniel Cuesta Lozano
- D. Jose Luís Cobos Serrano
- Dª. Elena Altarribas Bolsa
- D. Jordi Adamuz Tomas
- Dª. Elvira González Santos
- D. José Miguel Morales Asencio
- Dª. Nieves Lafuente Robles
- Dª. Inmaculada Moro Casuso
- Dª. Ana María Suárez Guerra
- Dª. Yolanda Morcillo Muñoz
- Dª. Rocio Cáceres Matos
- D. Joan Carles Contell Segura
- Dª. Mª Ángeles Arellano Berni
- Dª. Susana Rodriguez Gómez
- D. Jesús Rubio Pilarte

- D. Serafín Fernández Salazar
- Dª. Núria Cuxart Ainaud
- D. Luis Arantón Areosa
- Dª. Mª Dolores Martínez Márquez
- Dª. Alda Recas Martín
- Dª. Patricia Gómez i Picart
- D. Javier Perdiguero Garés
- Dª. Carmen Ferrer Arnedo
- Dª. Esther Gómez Cordero
- Dª. Adelaida Zabalegui Yárnoz
- Dª. Esther Yolanda González María
- Dª. Azucena Pedraz Marcos
- Dª. Mª Isabel Orts Cortés
- Dª. Eva Abad Corpa
- D. Javier Iruzubieta Barragán
- Dª. Mª Consuelo Company Sancho
- Dª. Mª Ángeles Cidoncha Moreno
- Dª. Claudia Morán del Pozo
- Dª. Edurne Zabaleta del Olmo
- Dª. Pilar Serrano Gallardo
- D. Miguel Ángel Rodríguez Calero

Colaboradoras:

- Dª. Rosa María Alberdi Castell
- Dª. Pilar Arroyo Gordo

Comité de Cuidados en Salud:

- D. Javier Padilla Bernáldez. **Secretario de Estado de Sanidad.**
- Dª. Marina Pollán Santamaría. **Directora del ISCIII.**
- D. Pedro Gullón Tosio. **Director General de Salud Pública y Equidad en Salud.**
- Dª. Celia Gómez González. **Directora General de Ordenación Profesional.**
- D. César Hernández García. **Director General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia.**
- Dª. Noemí Cívicos Villa. **Directora General de Salud Digital y Sistemas de Información para el SNS.**

Comisión Permanente del Comité de Cuidados en Salud:

- Paloma Calleja Toledano. **Ministerio de Sanidad.**
- Mª. Teresa Moreno Casbas. **Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.**
- Alda Recas Martín. **Ministerio de Sanidad**. Hasta octubre de 2024.
- Leticia Bernués Caudillo. **Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.**
- Sonia Betsabé Gómez Arribas. **Ministerio de Sanidad.**
- Saturnino Mezcua Navarro. **Ministerio de Sanidad.**
- Leticia Carmen Simón López. **Ministerio de Sanidad.**
- Tamara Álvarez Moreno. **Ministerio de Sanidad.**

PRÓLOGO

Desde hace años, en todos los foros de debate sobre sistemas sanitarios y políticas de salud se repite de manera constante la necesidad de reorientar nuestros sistemas hacia los cuidados, en un contexto en el que las enfermedades agudas han pasado a un lugar menos preeminente y los procesos crónicos copan la mayor carga de enfermedad de nuestras sociedades.

En el camino hacia una mejor salud y un sistema sanitario que desarrolle las labores de cuidados y lo haga de manera equitativa, accesible y eficiente para todos, las enfermeras y las Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental.

Estas profesionales son parte vertebradora de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS), contribuyendo al bienestar de la población gracias a su trabajo, conocimiento, profesionalidad y humanidad. Estos valores, sin embargo, han de enfrentar desafíos importantes que pueden comprometer la calidad y la eficiencia de nuestro SNS. En cierto modo, estos desafíos también nos presentan oportunidades únicas para actuar con determinación y ofrecer una respuesta que esté a la altura de las necesidades que nos plantea una sociedad cada vez más informada, empoderada y exigente con sus cuidados.

Para afrontar esto retos necesitamos recoger las propuestas de las enfermeras y TCAE en torno a la potenciación de sus competencias, necesidades y condiciones, y alinearlas con las necesidades de la población y del conjunto del sistema.

El presente Marco Estratégico nace con el objetivo fundamental de elaborar un modelo consensuado de referencia para el desarrollo de las profesiones de los cuidados y la mejora de los resultados en salud para toda la población. Esto refleja el compromiso que este equipo ministerial adquirió con las enfermeras y TCAE desde el inicio de su andadura, y marca un punto de partida para el abordaje, en el futuro, de otras profesiones de los cuidados.

Estoy convencida de que con este esfuerzo conjunto lograremos implantar medidas específicas y conseguiremos resultados significativos.

Por último, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todos aquellos profesionales, ciudadanos, vecinos, estudiantes, pacientes y organizaciones que han participado en la elaboración, consenso y aprobación de esta estrategia, sin los cuales este trabajo no hubiera sido posible.

Mónica García Gómez
Ministra de Sanidad

INDICE

1. Acrónimos.....11
2. Definiciones.....13-17
3. Introducción.....18
4. Análisis de la situación.....19-33
    4.1. Otros marcos de referencia y estrategias de cuidados.....22-25
    4.2. Principios transversales.....25-28
    4.3. Evolución de las enfermeras, enfermeras especialistas y otras figuras.....28-31
    4.4. Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.....31-33
5. Justificación.....34
6. Metodología 35
7. Líneas estratégicas, objetivos y acciones.....36-72
8. Seguimiento, implementación y evaluación.....73

Anexo. Marco legislativo.....74-75

1. Acrónimos

AEMPS: Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios

ATS: Ayudante Técnico Sanitario

CCAA: Comunidades Autónomas

CISNS: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas

CNECS: Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud

EIR: Enfermera Interna Residente

IMACU: Iniciativa Marco en Cuidados

INGESA: Instituto de Gestión Sanitaria

INE: Instituto Nacional de Estadística

INSALUD: Instituto Nacional de Salud

ISCIII: Instituto de Salud Carlos III

Investén-isciii: Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud del Instituto de Salud Carlos III

LOPS: Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias

MECE: Marco Estratégico para los Cuidados de Enfermería

OMS: Organización Mundial de la salud

PIB: Producto Interior Bruto

PRAN: Plan Nacional frente a la Resistencia a los antibióticos

SNS: Sistema Nacional de Salud

TCAE: Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

UE: Unión Europea

En este texto el término "enfermeras" hace referencia a enfermeras y enfermeros. El término "TCAE" hace referencia a las y los TCAE. Y el término “médicas” hace referencia a médicos y médicas.

2. Definiciones

CUIDADO:

El término cuidar, según la RAE, alude a acciones que indican esmero, poner atención, asistir, prestar ayuda, guardar, conservar, custodiar, discurrir o pensar, en la solicitud y ejecución de algo.

En este sentido, como término multívoco, el "cuidado" se inscribe en el ámbito de las relaciones humanas bien como "diligencia, atención o solicitud en la ejecución de algo" o como "competencia, incumbencia o responsabilidad", conceptos que permiten asentar el marco conceptual de lo que puede entenderse por "cuidado", tanto como la respuesta necesaria a la condición de vulnerabilidad que atraviesa toda existencia[1] o como un proceso dinámico e interactivo, donde se manifiestan intercambios de acciones o pensamientos dirigidos hacia un fin específico, que incluyen el respeto e individualización de los seres humanos como entidades con características propias y particulares, el cual va más allá de la enfermedad[2].

Los numerosos estudios que abordan el cuidado no terminan de precisar una sola definición de cuidado. Probablemente porque la complejidad de los cuidados y su gran invisibilidad contribuye a ello.

Para el documento que se ha elaborado, parece oportuno utilizar una definición amplia que pueda actuar como marco de referencia.

Para ello, son útiles tanto la definición de Fischer y Tronto, como la de Durán, que se incluyen a continuación:

Fisher y Tronto publican en 1990[3]: *"Actividad genérica que comprende todo lo que hacemos para mantener, perpetuar, reparar nuestro mundo de manera que podamos vivir en él lo mejor posible. Este mundo comprende nuestro cuerpo, nosotros mismos, nuestro entorno y los elementos que buscamos enlazar en una red compleja de apoyo a la vida"*

María Ángeles Durán[4] lo define como: *"Cuidado es la gestión cotidiana del bienestar propio y ajeno; contiene actividades de transformación directa del entorno, pero también de vigilancia que principalmente requieren disponibilidad y resultan compatibles con otras actividades simultáneas"*

Es interesante también destacar que ninguna de las autoras citadas es enfermera.

Para conseguir la mayor claridad del Marco Estratégico para los Cuidados de Enfermería (MECE) hay que explicitar el concepto de "cuidado profesional", "cuidado enfermero" o "cuidado profesional enfermero" (eligiendo o simultaneando el nombre a emplear…).

[1] Ausín Díez T, Triviño Caballero R. Responsabilidad por los cuidados. Bajo Palabra, (30), 155–174. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 2022. DOI: https://doi.org/10.15366/bp2022.30.008

[2] Perez Toriz JE, Báez-Hernández FJ, Flores Merlo M, Nava Navarro V, Morales Nieto A, Zenteno López M Ángel. El significado del cuidado enfermero en el contexto de la pandemia COVID-19. SANUS Rev Enf [Internet]. 31 de diciembre de 2020 [citado 29 de enero de 2025];5(16):1-13. Disponible en: https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/236

3 Tronto JC, Fisher B. Toward a Feminist Theory of Caring. In E. Abel, & M. Nelson (Eds.), Circles of Care (pp. 36-54). SUNY Press, 1990.

4 Durán MA. La riqueza invisible del cuidado. Valencia: Universidad de Valencia, 2018.

CUIDADO PROFESIONAL, CUIDADO ENFERMERO O CUIDADO PROFESIONAL ENFERMERO

Al iniciar este apartado conviene tener en cuenta que el cuidado profesional enfermero ha sido definido desde muy diversas perspectivas. En primer lugar, se puede partir de la definición de la profesora Pilar Arroyo, cuando en la formación de los Grados de la Universidad Autónoma de Madrid, conceptualiza este término en sus clases y conferencias definiéndolo como: *El conjunto de intervenciones planificadas basadas en criterios y conocimientos científicos que realizan los profesionales de la Enfermería dirigidos al mantenimiento o la recuperación de la salud de las personas, así como a la prevención de enfermedades, aplicables en cualquier medio (hogar, centro sanitario, escuelas, etc.), buscando siempre su mayor grado de independencia posible. Constituyen un valor implícito de la Enfermería como profesión y denotan no solo la preocupación por los otros, sino también, la fuerza y la responsabilidad por el trabajo bien hecho*.

A esto, Ferrer Arnedo incorpora a este documento las que considera tres cualidades específicas del cuidado profesional que prestan las enfermeras: "*En primer lugar, que se compone no solo de las acciones e intervenciones visibles sino también de elementos definidos como de cuidado invisible, clase para establecer relación terapéutica. En segundo lugar, el cuidado profesional se propone desde un enfoque individualizado de presencia cuidadora y en tercer lugar que es capaz de responder a los deseos, valores y creencias de cada persona, en su entorno próximo, en su circunstancia concreta y siempre planificado teniendo en cuenta las capacidades de actuación de la persona.*

Igualmente, útil puede ser la conceptualización de Alberdi[5] que define el cuidado enfermero como: *"El conjunto de actuaciones que las enfermeras hacen a y con las personas en situación de carencia de autonomía porque no tienen el conocimiento, la fuerza o la voluntad para hacerlas por ellas mismas y con el objetivo último de promover la vida".*

Otras fuentes[6] han aportado la siguiente definición de cuidado profesional[7]: *"Cuidado guiado por la conceptualización disciplinar propia que el profesional enfermero lleva a cabo con autonomía y responsabilidad".*

Uniendo estos conceptos, el cuidado enfermero profesional puede ser definido como: *"El conjunto de actuaciones que las enfermeras hacen para y con las personas en situación de carencia de autonomía porque no tienen el conocimiento, la fuerza o la voluntad para hacerlas por ellas mismas y con el objetivo último de promover la vida. Dichas actuaciones se realizan siempre guiadas por la disciplina enfermera y son llevadas a cabo por las y los profesionales enfermeros con autonomía y responsabilidad".*

Para terminar este apartado, parece interesante recordar que Marie Francoise Collière[8], en sus estudios para comprender mejor el quehacer de las enfermeras, define el cuidado como las acciones para el mantenimiento de la vida, como lo básico, lo cotidiano, lo de las personas. Para Marie

5 Alberdi Castell RM. La aplicación del valor cuidado en las políticas públicas: las razones de su necesidad. Metas Enferm abr 2022; 25(3):3-6. DOI: https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2022.25.1003081904

6 Colegio de Enfermeras y enfermeros de Barcelona. Infermera virtual. https://www.infermeravirtual.com/esp

7 Diccionari d´infermeria [Internet]. [citado 29 de enero de 2025]; Barcelona: TERMCAT, Centre de Terminología. 2008. Disponible en https://www.termcat.cat/ca/diccionaris-en-linia/34/search/CURA?type=basic&condition=contains

8. Domínguez Alcón, Carmen. Marie-Françoise Collière Biographie: Una oeuvre dediée a la comprensión du prendre soin, de Annie Denayrolles [comentario de texto]. Temperamentvm 2014, 20. Disponible en: https://www.index-f.com/temperamentum/tn20/t2414.php

Francoise Collière "*cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades*", *"cuidar representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener a los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida".*

PROFESIONALES DEL CUIDADO

Centrándonos en la definición del término "profesionales del cuidado", en este texto se adopta la propuesta de Cuxart, que engloba tanto a las enfermeras como a las Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Esta definición se refiere a todas *aquellas personas vinculadas, mediante algún tipo de relación laboral, al proceso de cuidados de personas, familias y comunidades*.

Se defiende ese cambio de denominación porque como dice Begoña Urien[9], existe la idea de que, en el ámbito de los cuidados, la diferencia entre "profesión" y "profesional" es relevante, destacando esta segunda por ser más inclusiva dado que considera a cualquier trabajador que realiza su labor cuidando con conocimiento y habilidad, independientemente de su nivel de cualificación.

Concretamente, dice Urien: "En el ámbito de los cuidados, es relevante la diferenciación entre "profesión" y "profesional". Así, este último es más relevante ya que se centra en cómo las personas realizan su trabajo con conocimiento y habilidad, en lugar de enfatizar el tipo específico de trabajo que hacen[10]. En este ámbito, no solo se considera "profesionales" a los trabajadores con preparación y capacidad para decidir, actuar o ayudar sino también a cualquier otro trabajador, ya que estos trabajadores también son profesionales al desempeñar su trabajo "con profesionalidad".

Al respecto de la definición legal de las profesiones sanitarias, de acuerdo con el artículo 2 de la Ley de Ordinación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), el ahora Grado en Enfermería (aunque en esta Ley se hace mención de la antigua titulación de Diplomado en Enfermería) es una profesión sanitaria titulada, junto con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, podólogos, ópticos y optometristas, logopedas y graduados en nutrición humana y dietética, así como los especialistas en Ciencias de la Salud de estas titulaciones.

Como se desarrollará más adelante, según el artículo 7 de la LOPS, corresponde, en general, a los Diplomados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para que les faculta su correspondiente título, la prestación personal de los cuidados o los servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención de salud, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en tal proceso.

Específicamente, este mismo artículo, para las enfermeras, establece las siguientes funciones: co*rresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades*. Así como establece en el artículo 4, des*arrollan, entre otras, funciones en los ámbitos asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias*.

9 Urien B. Identidad profesional e identidad organizacional en las "Profesiones del cuidado". Conocimiento y Acción, 2024; 4(2):1-12. DOI: https://doi.org/10.21555/cya.v4.i2.3217

10 https://ecommons.cornell.edu/items/7312c2c3-a84c-44c5-8d06-5d16b76bdb81

El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en la LOPS y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico.

Asimismo, respecto de la titulación de las TCAE, en el artículo 3 de la LOPS se establece como profesión del área sanitaria de formación profesional, de grado medio.

Además, el Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas, reconoce que las competencias de las TCAE son: "*Proporcionar cuidados auxiliares al paciente/cliente y actuar sobre las condiciones sanitarias de su entorno como: miembro de un equipo de enfermería en los centros sanitarios de atención especializada y de atención primaria, bajo la dependencia del diplomado de enfermería*[11] *o, en su caso, como miembro de un equipo de salud en la asistencia sanitaria derivada de la práctica del ejercicio liberal, bajo la supervisión correspondiente.*"

CUIDADO FORMAL E INFORMAL

¿Los cuidados son informales o son las personas cuidadoras quienes cuidan de manera informal? Este es el centro del dilema, no solo hay que hablar de cuidados sino de quien hace la provisión de cuidados, en qué condiciones, con qué estructura y en base a qué responsabilidad aplica valoración, negociación, planificación y evaluación de resultados o en qué medida está vinculado a su ejecución y los presta desde una colaboración operativa.

Numerosos autores han acometido la tarea de estudiar si es correcto el empleo de estos términos y si ambos tipos de cuidados son sustitutivos o complementarios y en qué grado, aunque parece que el consenso en torno al tema está todavía muy lejos. Por este motivo, ofrecemos unas ideas sobre dichos conceptos y también sobre quiénes pueden ser considerados cuidadores formales e informales.

En cuanto a las personas cuidadoras, "*el cuidador informal suele aludir a una persona miembro de la red social del receptor del cuidado, que brinda atención de manera voluntaria y sin que medie remuneración económica. Sin embargo, el denominado cuidador formal hace referencia a personas que no forman parte de la familia o del entorno próximo de la persona enferma, pero que pueden estar capacitadas o no para ejercer dicho rol, pero recibiendo a cambio una remuneración económica*[12]*.*

La denominación de "cuidados informales" según consta en el texto de Sánchez[13] aplicada a los "cuidados de larga duración" son los provistos por el entorno familiar y social más próximo a las personas con alguna dependencia o situación de discapacidad. El autor también apunta que es una

[11] Al igual que la LOPS, este Real Decreto aún hace referencia a la antigua titulación de Diplomado en Enfermería, ahora Grado en Enfermería.
12 Cerquera Córdoba AM, Galvis Aparicio MJ. Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. Pensamiento Psicológico 2014; 12(1):149-167.
13 Sánchez Reinón M, Los "cuidados informales" de larga duración en el marco de la construcción ideológica, societal y de género de los "servicios sociales de cuidados" Cuadernos de Relaciones Laborales Vol. 30, Núm. 1 (2012) 185-210 ISSN: 1131-8635

definición muy extendida en el ámbito académico y profesional[14], y en el de las instituciones nacionales e internacionales competentes en la materia[15,16] .

Pero cabe destacar que los "cuidados informales" son también "cuidados formales" en tanto que tienen que tener como base un contenido material y necesitan de unos mínimos conocimientos, formación, entrenamiento y experiencia. Es en estos casos que son apoyados, entrenados y supervisados por seguridad, en el medio donde la persona vive por profesionales del cuidado como las enfermeras.

DISCIPLINA ENFERMERA

Por último, atendiendo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermería es la disciplina que abarca el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas y en todos los entornos[17]. La enfermería tiene como preocupación especial la necesidad del individuo para la acción del autocuidado, su provisión y administración de modo continuo, para sostener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad o daño y adaptarse a sus efectos.

Además, Watson, Leininger y otras autoras, aun con distintos enfoques, definen la disciplina en enfermería como un proceso que implica la aplicación de la teoría, la ciencia y la práctica en la atención del paciente.

En el reciente libro publicado por la Conferencia Nacional de Decanos de Enfermería (CNDE), *Propuestas para la normalización de las palabras de enfermería, enfermera y enfermero*[18], referencian en este sentido el concepto de disciplina enfermera de Kérouac et al. como aquella disciplina científica profesional que profundiza en la manera de intervención para la práctica. Además, tiene como objetivo orientar la práctica profesional de sus miembros, teniendo en cuenta la relación particular de los conceptos "cuidado", "persona", "salud" y "entorno", que constituyen su núcleo.

A lo largo de los años se han producido diferentes corrientes de pensamiento que han ido nutriendo lo que hoy conocemos como enfermería y es donde se enmarca la práctica profesional en las distintas áreas de competencia.

[14] Salazar Agulló, M. y Martínez Marco, E.A. (2000). La familia y la comunidad como unidades de atención. En A. Sánchez Moreno, V. Aparicio Ramón, C. Germán Bes, L. Mazarrasa Alvear, A. Merelles Tormo, y A. Sánchez García (Ed.). Actuación en enfermería comunitaria. Sistemas y programas de salud, (pp 105-117). Getafe (Madrid): McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S.A.U.

[15] Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO.

[16] Organización Mundial de la Salud y Milbank Memorial Fund (2000). Hacia un consenso internacional sobre los cuidados de larga duración para las personas mayores. IMSERSO. Portal Mayores. Obtenido el 6 de marzo de 2009 http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-consenso-01.pdf

[17] https://www.who.int/health-topics/nursing#tab=tab_1

[18] https://www.dropbox.com/scl/fi/y35emchoypal63ko0ka7f/Propuestas-para-la-normalizaci-n-de-las-palabras-Enfermer-a-y-Enfermera-o_CNDE.pdf?rlkey=ldavkdvqgnxn7no4bm7b69bhh&e=2&st=r021twz3&dl=0

3. Introducción

Este Marco Estratégico surge de la Iniciativa Marco de Cuidados (IMACU), trabajo desarrollado por un grupo de expertos y un equipo ministerial iniciado en el año 2022.

En el año 2024 se decidió enfocar la estrategia hacia un Marco Estratégico, **con el objetivo de establecer un modelo de referencia para el desarrollo de las profesiones de los cuidados, que suponen el colectivo más numeroso del Sistema Nacional de Salud (SNS) y, en consecuencia, repercutir en una mejora de los resultados en salud para la población.**

Situando a la ciudadanía en el centro de los cuidados, las acciones de este Marco estratégico están encaminadas a potenciar las competencias de las profesionales de los cuidados, fomentando su presencia en todos los ámbitos: en la asistencia clínica, en la investigación e innovación y los puestos de toma de decisiones, permitiendo mejorar la calidad de los cuidados prestados, aumentar la seguridad del paciente y, en última instancia, mejorar la salud y bienestar de la población.

Las enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) son la población diana secundaria de esta estrategia. Es la primera vez que desde el Ministerio de Sanidad se plantea una hoja de ruta para maximizar el desarrollo profesional y proponer mejoras que permitan **garantizar unas condiciones óptimas** que permitan a los profesionales prestar unos **cuidados de mayor calidad.** Así mismo, se prevén actuaciones para conseguir un mayor **reconocimiento por parte de la población**, y una **mayor satisfacción laboral**. En un futuro se prevé el desarrollo de estrategias para otros profesionales que prestan cuidados profesionales.

El desarrollo del Marco ha seguido la perspectiva y enfoque común de las "*Orientaciones estratégicas mundiales sobre Enfermería y Partería (2021-2025)"* de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este documento recoge las orientaciones estratégicas y las prioridades normativas mundiales sobre enfermería, que son: Educación, Empleo, Liderazgo y Prestación de servicios.

El contexto normativo bajo el cual se desarrolla este Marco Estratégico es el del mandato constitucional recogido en el artículo 70 de la Ley 14/1986, por el que se establece la coordinación general sanitaria, referido específicamente al Estado, que establece que este aprobará planes de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, en los que se preverán las inversiones y acciones sanitarias a desarrollar, anual o plurianualmente.

Además, este Marco, en virtud del artículo 71 de esta misma Ley, como implica a todas las comunidades autónomas, se ha consensuado y aprobado en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), según define la Ley 16/2003, como órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado.

4. Análisis de la situación

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población de España aumentó en 115.612 personas durante el cuarto trimestre de 2024 y se situó en 49.007.984 habitantes a 1 de enero de 2025[19].

De acuerdo con el último **Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023** (*Publicado el 5 de agosto de 2024*)[20], el 50,5% de la población es mayor de 45 años y una de cada cinco personas tiene 65 o más años. La esperanza de vida al nacer en España en el año 2022 se sitúa en 83,1 años; 80,4 años para los hombres y 85,7 años para las mujeres.

Durante el 2023, el número de nacimientos experimentó un descenso del 2,6% con respecto al año 2022, continuando así con la tendencia a la baja durante la última década, según datos del INE[21].

Con respecto a las defunciones, con arreglo a la **Estadística de defunciones según la causa de muerte[22]**, realizada por el INE, en 2023, los tumores se situaron, **por primera vez**, como primera causa natural de muerte seguidos de las enfermedades del sistema cardiocirculatorio. Este orden se ha modificado con los datos provisionales de esta misma estadística referida al primer semestre de 2024, que se impuso como primera causa de muerte las enfermedades del sistema cardiocirculatorio y, después, los tumores[23].

Y, en cuanto a la tasa bruta de mortalidad, en 2023, esta se situó en 895,4 fallecidos por 100.000 habitantes, lo que ha supuesto un descenso del 7,9% con respecto del año anterior.

Es decir, ya desde hace años, como se recogió en la *Estrategia de Salud Pública* del año 2022[24], venimos experimentando una transición demográfica en la que se ha observado un envejecimiento de la población secundario al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la natalidad y mortalidad, así como, una transición epidemiológica[25], mediante la cual la carga de enfermedad en nuestra población pasó de tener un patrón epidemiológico de enfermedades transmisibles a caracterizarse por la prevalencia mayoritaria de enfermedades crónicas no transmisibles y multifactoriales.

Esto hace que los cuidados deban adaptarse a dichos cambios para estar a la altura de la demanda de necesidades de la ciudadanía. Una ciudadanía cada vez más empoderada y autónoma en sus propios cuidados, pero también más exigente con la prestación de estos por parte de los profesionales.

El cambio en el patrón sociodemográfico y epidemiológico también demanda una respuesta sólida y acorde de un sistema sanitario robusto y eficiente que necesariamente pasa por expandir la capacidad de respuesta ante el previsible crecimiento continuo de la demanda de la población Esto no podrá conseguirse sin el desarrollo de las competencias de enfermeras y TCAE para una

[19] https://www.ine.es/dyngs/Prensa/es/ECP4T24.htm
[20] https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf
[21] https://www.ine.es/dyngs/Prensa/es/MNP2023.htm
[22] https://www.ine.es/dyngs/Prensa/pEDCM2023.htm
[23] https://www.ine.es/dyngs/Prensa/es/EDCM2023.htm
[24] https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Publica_2022___Pendiente_de_NIPO.pdf
[25] https://academia-lab.com/enciclopedia/transicion-epidemiologica/?utm_source=chatgpt.com

prestación de cuidados de alta calidad, proporcionando un ambiente seguro y que facilite la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de la discapacidad, la recuperación del paciente y la mejora de la calidad de vida.

Respecto de la inversión en el SNS, según la **Estadística del Gasto Sanitario Público**[26], este, en el año 2022, a nivel nacional, supuso 92.072 millones de euros, lo que representa el 6,8 por ciento del producto interior bruto (PIB), el cual es ligeramente inferior que en los años 2021 y 2020 con un 7,2% y 7,5% del PIB, respectivamente. Aumentando el gasto per cápita a 1.927 euros por habitante.

Atendiendo a la clasificación económica de este gasto, el 43,7% se destinó a cubrir las remuneraciones de los profesionales del sector, alcanzando un total de 40.272 millones, siendo el grupo que más porcentaje absorbe del total.

Con respecto a la clasificación funcional del gasto, el ámbito de asistencia sanitaria que más peso representó fueron los servicios hospitalarios y especializados con un 67% del gasto total consolidado.

Por último, en esta estadística se destaca que en el año 2022 los gastos de farmacia fueron un 0,4% superior a los gastos de atención primaria.

Siguiendo con datos del último **Informe Anual del SNS**, en el año 2022, había un total de 221.406 enfermeras trabajando en el SNS. De estas enfermeras, 42.094 se encontraban en atención primaria, 171.963 en atención hospitalaria, 3.959 en el servicio de urgencias y emergencias 112/061 y 3.390 realizando la formación sanitaria especializada (es decir, la formación EIR).

Sin embargo, el número total de enfermeras colegiadas en España según el INE[27] en el año 2023 fue de 345.969.

En atención del informe **Situación actual y estimación de la necesidad de enfermeras en España, 2024**[28], en los últimos 8 años, el número de enfermeras experimentó un crecimiento notable tanto en atención primaria, el ámbito de las urgencias y emergencias (112/061) y atención hospitalaria.

Sin embargo, la ratio enfermera por 1.000 habitantes, aun con ciertas limitaciones, parece seguir siendo insuficiente en comparación con otros países de nuestro entorno.

Atendiendo a la distribución por género, en el total de enfermeras del SNS encontramos un 14,5% de hombres y un 85,5% de mujeres.

Este informe también evidencia la desigualdad en el reconocimiento de las diferentes categorías profesionales de las especialidades de enfermería, así como su reconocimiento salarial. Exceptuando la especialidad obstétrico-ginecológica, que está reconocida como categoría profesional específica en todas las CC.AA., llevando asociado un incremento salarial.

[26] https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf
[27] https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=49002
[28] https://www.sanidad.gob.es/areas/cuidadosEnSalud/investigacionDatos/informe.htm

En relación a las enfermeras especialistas, en el informe **Situación laboral y necesidades percibidas por las Enfermeras en España. 2024**[29]**,** que publicó este Ministerio el pasado enero de 2025 y que recoge las respuestas de más de 55.000 enfermeras a una encuesta diseñada ad. hoc, solo el 34,5% de las enfermeras que habían cursado estudios de formación sanitaria especializada trabajaba con contrato de especialista.

En relación a los datos de las TCAE, en el **Informe Anual del SNS** se publica, como único dato al respecto, el número de profesionales que estaban trabajando en atención primaria durante el año 2022, que era de 5.038.

En el año 2019, el INE realizó la segunda edición de la **encuesta**[30] **de transición educativa-formativa e inserción laboral**, y la empleabilidad del grado medio de TCAE tenía una tasa de empleo del 76,7%; tasa superior a la arrojada por los Ciclos Formativos de Grado Medio que era del 74,6%. Esto hace que sea uno de los ciclos formativos más demandados.

Respecto a la valoración que las personas usuarias del SNS, mayores de 18 años, declaran en el avance de resultados de la tercera oleada del **Barómetro Sanitario**[31], publicados en el mes de octubre de 2024, sobre la atención prestada por las enfermeras, en el ámbito de atención primaria la puntuación recibida fue de 8,13 sobre 10 y en atención hospitalaria, 8,64 sobre 10. Estos datos son ligeramente superiores a los obtenidos en la misma oleada del año 2023, donde la atención de las enfermeras recibió un 7,9 sobre 10 en atención primaria y un 8,4 sobre 10 en atención hospitalaria.

Como resultados finales del Barómetro Sanitario 2024[32], la confianza y seguridad que transmiten las enfermeras es valorada por la población que ha sido atendida en consultas de Atención Primaria, como uno de los aspectos mejor valorados, con 8,08 puntos sobre 10 y de los pacientes atendidos en régimen hospitalario, los cuidados prestados por las enfermeras obtienen una valoración de 8,54 puntos sobre 10.

En ambos ámbitos, en el Barómetro Sanitario también se pregunta acerca de la valoración a otros profesionales y acerca de otros aspectos relacionados con la atención, y, a la vista de estos datos, **las enfermeras son las profesionales mejor valoradas por la población atendida en el SNS**.

Sin embargo, esta buena valoración por parte de la población no parece repercutir en las condiciones laborales de las enfermeras, ya que, según el informe **Situación laboral y necesidades percibidas por las Enfermeras en España. 2024**, debido a sus condiciones laborales (92,7%), el **39,4%** de las enfermeras que contestaron la encuesta, se plantea **abandonar** la profesión en algún momento dentro de los próximos **10 años. Siendo esta intención mayor en enfermeras generalistas que especialistas.** La encuesta también preguntó a las profesionales acerca de sus prioridades, las cuales fueron, en orden descendente: establecer un **modelo de desarrollo competencial**, avanzar en un modelo de **Enfermería de Práctica Avanzada (EPA),** promoción de **la práctica clínica basada en la evidencia**, seguido muy de cerca de **potenciar el liderazgo** a través de los cambios legislativos necesarios para aumentar su presencia en puestos de toma de

[29] https://www.sanidad.gob.es/areas/cuidadosEnSalud/investigacionDatos/encuesta.htm

[30] https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736056996&idp=1254735976597&menu=ultiDatos

[31] https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2024/BS_2024_3a_oleada/NOTA_TECNICA_BS_3Ola_2024.pdf

[32] https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2024/BS_2024_Totales/Informe_BS_2024.pdf

decisiones, así como, incluirlas como **profesionales prescriptoras** en el Real Decreto-Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, entre otras, que pueden consultar detalladamente en dicho informe.

Por último, respecto a datos internacionales, el último informe de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), **Health at a Glance: Europe 2024**[33], la esperanza de vida en la Unión Europea (UE) alcanzó los 81,5 años, aunque varía entre países. España, Italia y Malta alcanzan unos valores de 2 años superior a esta media y, sin embargo, Letonia y Bulgaria se encuentran más de 5 años y medio por debajo de ella.

En este informe se cita, a su vez, al informe publicado por la Red EURES, *European Employment Services,* que es una red de cooperación para el empleo y la libre circulación de los trabajadores, el 75% de los países encuestados reportaron una falta de médicas en la segunda mitad de 2022 y primera mitad de 2023, un 60% de los países reportaron falta de enfermeras y un 55% de los países reportaron falta de *healthcare assistants*, que podría ser equiparable a la figura española de TCAE.

Además, como también se muestra en el informe **Situación laboral y necesidades percibidas por las Enfermeras en España. 2024,** se muestran datos acerca de que un cuarto de las enfermeras de la UE tiene más de 55 años y, por lo tanto, están próximas a jubilarse.

A diferencia de España, donde la matriculación en el Grado de Enfermería ha mostrado una tendencia ascendente en los últimos años (18,8% desde 2018/2019 a 2023/2024), tanto en instituciones públicas como privadas, parece que este interés disminuyó en más de la mitad de los países de la UE.

Este fenómeno debe ser valorado junto con la intención de abandono de la profesión reflejadas en la encuesta ya mencionada, el envejecimiento presente en las profesiones sanitarias y al balance de los movimientos migratorios. En su conjunto se observa que la sostenibilidad del sistema a medio plazo podría estar comprometida, lo que podría afectar de forma negativa a la calidad y seguridad de los cuidados prestados a la ciudadanía en última instancia.

4.1. Otros marcos de referencia y estrategias de cuidados

- *Estrategias internacionales de cuidados*

A continuación, se muestra una revisión integrada[34] de varias estrategias de enfermería en todo el mundo. Si bien la mayoría de estos programas y enfoques están dirigidos o son autorizados por la OMS, muchos de ellos también son ejemplos específicos de varios países. Todos estos programas y estrategias buscan lograr una atención sanitaria equitativa, accesible y de alta calidad,

[33] https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en/full-report.html

[34] Caponnetto, V., Dante, A., Aoufy, E., Melis, M., Ottonello, G., Napolitano, F., Ferraiuolo, F., Camero, F., Cuoco, A., Erba, I., Rasero, L., Sasso, L., Bagnasco, A., Alvaro, R., Manara, D., Rocco, G., Zega, M., Cicolini, G., Mazzoleni, B., & Lancia, L. (2024). Community health services in European literature: A systematic review of their features, outcomes, and nursing contribution to care. *International nursing review*. https://doi.org/10.1111/inr.13033.

donde las enfermeras desempeñen un papel activo tanto en la atención primaria como en la respuesta a las necesidades de salud pública de las comunidades. Sin embargo, cada país ha personalizado estas iniciativas y las ha adaptado a su propio contexto y desafíos individuales. Al mismo tiempo, la formación y especialización del personal de enfermería, la implementación de nuevas tecnologías y la mejora de las condiciones laborales para evitar el agotamiento del personal son los aspectos más comunes de cada estrategia. A continuación, se presentan los enfoques en varias regiones y países: Europa, América del Norte, Oceanía, Asia, América Latina y la estrategia general de la OMS.

La OMS, como se ha mencionado anteriormente, ha elaborado una estrategia mundial enfocada en potenciar el liderazgo y la educación en enfermería: "*Orientaciones estratégicas mundiales sobre Enfermería y Partería (2021-2025)"*[35], con el fin de garantizar que el personal esté correctamente formado y distribuido en todas las naciones. Esta estrategia persigue la sostenibilidad de los sistemas sanitarios mediante tres fundamentos esenciales:

- Formación y educación constante: Optimizar la formación y las posibilidades de educación para el equipo de enfermería.

- Liderazgo e independencia: Promover la dirección de las enfermeras en la elaboración de políticas y en la administración del cuidado de la salud.

- Condiciones laborales y permanencia: Fomentar condiciones de trabajo justas y disminuir el desgaste del personal, particularmente en regiones de alta demanda y escasez de recursos.

En general, las estrategias de cuidados en Europa muestran un enfoque claro en la integración de los servicios y en el fortalecimiento del papel de las enfermeras en la atención primaria y comunitaria, lo que favorece un acceso más equitativo. En este contexto, cada país adapta sus políticas sanitarias para hacer frente a los retos específicos de sus sistemas, poniendo énfasis en la formación de profesionales[36], en las habilidades avanzadas del personal de enfermería[37,38,39], el cuidado comunitario y la implementación de tecnologías para proporcionar una atención integral y de alta calidad[40]. Las estrategias comunes a países como Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Portugal y el Reino Unido incluyen la mejora de la fidelización de las enfermeras mediante una mejor gestión de los recursos humanos y la mejora del entorno de las prácticas[41].

Las estrategias de enfermería en América del Norte resaltan por el empeño en expandir el ámbito del desempeño profesional de las enfermeras y optimizar el acceso a la asistencia en áreas rurales y comunidades desprotegidas. En Estados Unidos y Canadá, las entidades de enfermería se esfuerzan por potenciar el liderazgo y las habilidades avanzadas del personal de enfermería, lo que les facilita adoptar roles más independientes e involucrarse en la gestión y tratamiento de

[35] https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/351147/9789240036529-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
[36] Bachem, E., & Kuck, L. (2021). International Journal of Nursing Education Scholarship, 18(1), 1-9.https://doi.org/10.1515/ijnes-2020-0154
[37] *Health Service Executive (HSE). (2020).* National Strategy for Nursing and Midwifery Education in Ireland: Preparing for the Future.Disponible en: https://www.hse.ie/eng/about/who/nursing
[38] Norwegian Directorate of Health. (2020). Report on the Future of Health Care Services in Norway: Addressing Nursing Workforce Issues. Disponible en: https://www.helsedirektoratet.no
[39] Maier, C., Winkelmann, J., & Wismar, M. (2022). *The European Journal of Public Health*, 32. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac129.447.
[40] Asurakkody, T., & Shin, S. (2018). *Asian nursing research*, 12 4, 237-244 . https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.11.003.
[41] Attree, M., Flinkman, M., Howley, B., Lakanmaa, R., Lima-Basto, M., & Uhrenfeldt, L. (2011). Journal of nursing management, 19 6, 786-802 . https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01214.x.

pacientes de forma autónoma. Además, se está impulsando la adopción de tecnologías como la telesalud como un método para disminuir las barreras geográficas en el cuidado de la salud.

Las estrategias de enfermería en Australia y Nueva Zelanda reflejan un compromiso con la equidad en el acceso a la salud y la atención centrada en la comunidad, especialmente en poblaciones rurales e indígenas. Ambas naciones se enfocan en fortalecer el papel de las enfermeras en la atención primaria y en el cuidado domiciliario, promoviendo así un sistema de salud más accesible y continuo. En Australia, se prioriza la salud mental y la prevención de enfermedades, mientras que en Nueva Zelanda se da especial importancia al bienestar laboral y la resiliencia de las enfermeras para asegurar un sistema de salud sostenible.

Las estrategias en Japón, China y Corea del Sur abordan de manera innovadora los desafíos de sus sistemas de salud, impulsados en gran parte por el envejecimiento de la población y la necesidad de mejorar el acceso en áreas rurales. Japón se centra en la especialización en geriatría y el uso de tecnologías avanzadas, como la robótica, para apoyar el cuidado domiciliario. China, por su parte, promueve el manejo de enfermedades crónicas y la prevención en comunidades, integrando tecnologías digitales para mejorar la cobertura. Corea del Sur apuesta por la educación en salud pública y el desarrollo de competencias digitales en enfermería, ampliando el uso de herramientas de salud digital en zonas con acceso limitado.

En América Latina, los países se han volcado a innovar en las estrategias para garantizar el acceso y la calidad de sus sistemas de salud, respetando la diversidad de sus entornos y necesidades. Chile, ha priorizado la atención primaria y equidad mediante su modelo familiar y comunitario; Colombia, ha apostado por un esquema de servicios cíclico y ajustado a las realidades territoriales; al tiempo que Uruguay, ha reforzado la formación y bienestar de sus trabajadores de la salud para actuar en situaciones de crisis. Estas apuestas son reflejo y muestra de la seriedad con que estos países han asumido la tarea de ser resilientes, adaptándose para mejorar la forma en la que enfrentan las demandas de sus poblaciones, garantizando así, una atención accesible y equitativa, centrada en las necesidades de cada persona.

En conclusión, en todo el mundo, las estrategias de enfermería ponen un gran énfasis en educación, liderazgo y reestructuración, especialización y tecnología y telesalud. Las recomendaciones comunes incluyen permitir que las enfermeras tengan una voz en la formulación de políticas de salud y en la atención a los pacientes, mejorando la capacitación para enfrentar los nuevos retos en salud presentes y futuros, y ampliar el acceso, la equidad y la calidad de la tecnología y la telesalud.

- *Estrategias estatales*

La "Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad: Un proceso de desinstitucionalización (2024-2030") ha sido elaborada por el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 y es una apuesta por transformar el sistema de apoyos y cuidados para que todas las personas, puedan desarrollar sus proyectos de vida elegidos en la comunidad. Esta Estrategia se dirige fundamentalmente a las personas con necesidades de apoyo y cuidados, así como, para quienes presten cuidados formales y no formales. [42]

[42] https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/

- *Estrategias de cuidados en las CC.AA.*

Varias comunidades autónomas en España están impulsando planes estratégicos de cuidados que buscan adaptarse a los desafíos contemporáneos a los que se enfrenta la atención sanitaria, como el envejecimiento de la población, el aumento de enfermedades crónicas y los avances tecnológicos. Estos planes tienen como objetivo garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario, mejorar la calidad asistencial y situar a las personas en el centro de los cuidados.

Un rasgo común en estos planes es la promoción de la atención integral, la personalización de los cuidados y el fortalecimiento de la autonomía del paciente. Además, se fomenta la colaboración multidisciplinar y la implantación de tecnologías para optimizar la eficiencia y accesibilidad de los servicios. La formación continua, la investigación y la innovación son también pilares esenciales en estas estrategias para asegurar la mejora constante de la atención y el desarrollo profesional del personal sanitario.

Ejemplos representativos incluyen la Estrategia de Cuidados de la Comunidad Valenciana[43], la Estrategia AmbCura en las Islas Baleares[44], el plan PICUIDA en Andalucía[45], o la Estrategia Canaria de Cuidados de Enfermería[46]. Estas iniciativas reflejan un compromiso generalizado por crear sistemas de salud resilientes y centrados en las personas y representan una respuesta colaborativa y adaptativa que se prepara para enfrentar las necesidades actuales y futuras de la sociedad, promoviendo un sistema sanitario más humano, sostenible y eficaz.

4.2. Principios transversales

Las políticas públicas pueden influir, entre otros factores, en los resultados de salud de la población. Es por esto que es fundamental incorporar de manera transversal a este Marco Estratégico para los Cuidados de Enfermería la perspectiva **de equidad en salud** en el diseño y desarrollo de todas las políticas e intervenciones de la administración pública, para mejorar su impacto en la salud poblacional y reducir las desigualdades en salud.

La salud fluctúa en un constante continuo salud-enfermedad. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es el completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad[47]. Esto abrió las puertas a entender la salud como un todo donde se ve influenciada por diversos factores, la propia biología de los individuos, las condiciones socioeconómicas donde se desarrolla, etc.

Mediante la resolución EB101.R214, adoptada en la 101ª Sesión de su Comité Ejecutivo celebrada en enero de 1998 y aprobada en la 52ª Asamblea, la OMS modifica la definición de salud de 1946. Dice: *"un estado dinámico de completo bienestar físico, mental, espiritual y social y no*

[43] https://www.san.gva.es/es/web/enfermeria/estrategia-de-cuidados-de-la-comunidad-valenciana

[44] https://www.ibsalut.es/docs/Plans_programes_estrategies/ES/Projecte%20Estrat%C3%A8gia%20de%20Cures%20de%20les%20Illes%20Balears_ESP%20(corregit%2026052023).pdf

[45] https://www.picuida.es/wp-content/uploads/2015/07/PiCuida-Estrategia-de-Cuidados-v1.pdf

[46] https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1980/Resolucio%CC%81n%20estrategia%20canaria%20de%20Cuidados%20de%20Enfermeri%CC%81a.pdf

[47] https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1973-682#:~:text=La%20salud%20es%20un%20estado,o%20condici%C3%B3n%20econ%C3%B3mica%20o%20social.

solamente la ausencia de padecimiento o enfermedad[48]*",* introduciendo el carácter dinámico del concepto y la dimensión espiritual.

Si bien es cierto que hay que tener en cuenta el concepto de salud visto en la realidad del siglo XXI y debido a su estructura conceptual, continúa estando hoy en día descontextualizado, resulta importante afrontar su correcta definición.

La definición actual de salud como un "estado de completo bienestar" quizás ya no sea adecuado dado el aumento de las enfermedades crónicas, o el envejecimiento y porque la palabra "completo" en relación con el bienestar, contribuye involuntariamente a la medicalización de la sociedad en la búsqueda de algo demasiado absoluto.

El requisito de una "salud completa" nos dejaría a la mayoría de nosotros sin salud la mayor parte del tiempo, de ahí la necesidad de introducir a la idea de salud otros conceptos como adaptación, salud plena percibida, salud con calidad de vida, satisfacción con la propia salud o salud individualizada, dado que su importancia es relevante porque determina la definición de gran parte de las políticas de salud.

Los determinantes[49] sociales, se clasifican en dos ejes: determinantes estructurales de las desigualdades en salud y determinantes intermedios. En el marco de los determinantes estructurales influye el contexto socioeconómico y político, es decir, el Gobierno y tradición política con el desarrollo de políticas macroeconómicas y el mercado de trabajo; y los actores económicos y sociales a través de políticas del Estado del Bienestar, así como la cultura y valores.

Estos determinantes también se ven influenciados por unos ejes de desigualdad como son la clase social, el género, la edad, la etnia, el territorio y el reparto del poder.

Por otro lado, el segundo eje de los determinantes intermedios son los recursos materiales como las condiciones de empleo y trabajo, trabajo doméstico y de cuidados, ingresos y situación económica, vivienda y situación material y el entorno residencial, además de factores psicosociales y factores conductuales y biológicos, así como los servicios de salud.

Todos ellos pueden potencialmente generar desigualdades en salud y deben guiar cualquier acción en este ámbito.

Por ello, para la realización de este Marco Estratégico se ha tenido en cuenta la *lista de chequeo para el análisis de la equidad en Estrategias, Programas y Actividades (EPAs)*[50] de salud propuesto por la Subdirección General de Promoción de la Salud, Prevención y Equidad en Salud del Ministerio de Sanidad, con el objetivo de identificar y extraer propuestas de mejora para integrar la equidad en el mencionado Marco.

Otro de los principios transversales que guían la elaboración de este Marco es el concepto de **One Health**, en español, "*una sola salud*"; un concepto que alude a la interrelación de la salud humana, la salud animal y la salud ambiental, formando todas parte de un mismo ecosistema.

---

[48] https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB101/pdfspa/spar2.pdf

[49] Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. MIGUEL RUIZ ÁLVAREZ et al. Rev Esp Salud Pública Volumen 96 12/5/2022 e202205041

[50] https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/actividadDeDesarrollo/docs/2022_listadechequeo_equidadVF.pdf

El principio **de salud en todas las políticas** es uno de los principios que rigen la Ley General de Salud Pública y, a consecuencia de los principios destacados anteriormente, este enfoque también tiene su impronta en este Marco que persigue incorporar el enfoque de los cuidados en salud en la toma de decisiones Incluso de podría ir más allá introduciendo el concepto de cuidados en todas las políticas.

Todo ello, se enmarca en el contexto de los 17 **Objetivos de Desarrollo Sostenible** desarrollados en la Agenda 2030 que en 2015 aprobó la Organización de las Naciones Unidas (ONU), y que persiguen estrategias para que países y sociedades logren un mundo mejor, sin dejar a nadie atrás. Estos objetivos varían desde la erradicación del hambre y la pobreza, la educación, la sanidad, la protección social y las perspectivas de empleo, al tiempo que se combate el cambio climático y se protege el medio ambiente. En todos ellos los cuidados en salud tienen un impacto determinante.

El cuidar se ha convertido en una necesidad fundamental y es una evidencia. **El derecho a ser cuidados,** aunque todavía no reconocido formalmente, ha de tener un reconocimiento explícito.

Como explicaremos más adelante, las profesiones de los cuidados en los que se basa, en gran parte, este Marco Estratégico, son desarrolladas en una gran proporción por población femenina, de manera tradicional. Si bien es cierto que se ha observado una evolución en la perspectiva de la sociedad sobre los temas relacionados con el género y los cuidados, se considera importante reseñar que este Marco Estratégico ha sido desarrollado **con perspectiva de género.**

Además, el ODS número 5 señala que la **igualdad de género** es un derecho humano fundamental y, por lo tanto, los esfuerzos deben de ir encaminados a conseguir una igualdad real y efectiva. Invertir y diseñar programas destinados a la mejora de las profesiones de los cuidados puede contribuir a mejorar la situación de un elevado porcentaje de mujeres, contribuyendo a la lucha contra las desigualdades de género.

Continuando con el derecho a la igualdad, el artículo 14 de la Constitución de 1978 proclama el derecho a la igualdad y a la no discriminación, citando como motivos especialmente rechazables el nacimiento, la raza, el sexo, la religión o la opinión, y prohibiendo la discriminación por cualquier otra circunstancia personal o social. Por lo tanto, este Marco Estratégico se alinea con todas aquellas Declaraciones a favor de la defensa de los Derechos Humanos y, especialmente en este apartado, en trabajar para la **igualdad de trato y la no discriminación,** por cualquier causa.

Además, un eje en el marco debe constituirlo también la Declaración Universal de los Derechos Humanos que en su artículo 25.1 dice que las personas tienen **derecho a un estándar de vida adecuado para la salud y el bienestar propio y de su familia[51].** Se relaciona el derecho individual a la vida con el derecho económico y social a la salud y se integra en entorno próximo de las personas como un eje y un elemento de valor cuando se diseñe el desarrollo de esta Estrategia Marco.

Los cuidados profesionales constituyen un elemento esencial para la preservación de la salud y el bienestar de las personas y su entorno próximo, generándose conductas orientadas al

[51] Torres Cazorla MI. Lección de derecho internacional público. Madrid:Tecnos 2002

objetivo de alcanzar una salud integral donde los aspectos físicos, emocionales y sociales se encuentran en equilibrio ante la amenaza de los procesos de enfermar.

Otro de los principios que guían el desarrollo de este Marco Estratégico es la **participación ciudadana** con el objetivo de involucrar a todos los actores sobre los que van a repercutir las acciones y objetivos contenidos en este Marco en su diseño, elaboración y seguimiento,

En la Constitución Española de 1978, España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político, esto quiere decir que el camino es a conseguir un Estado del Bienestar. Cualquier Gobierno debe de asumir la salud como un derecho y no como un privilegio, así como entender la salud como un aspecto de justicia social. Esto se traduce en que la elaboración de este Marco Estratégico también ha tenido en cuenta el principio de **gobernanza para la salud,** que, incluye, a su vez, los principios promovidos por el Gobierno Abierto que son: **transparencia, integridad y rendición de cuentas.**

Como en el resto de las políticas o medidas, es imposible determinar el impacto final en salud en la población o el grado de consecución de los objetivos propuestos en este Marco si no se hace una evaluación de los mismos; por lo tanto, y aplicando el **principio de evaluación** contenido en la Ley General de Salud Pública, al final de este documento, se encontrará la forma que se determina para el seguimiento, implementación y evaluación de este Marco Estratégico.

Algo que no se debería de olvidar es como principio que este Marco de la Estrategia de cuidado es la necesidad de pensar en **personas cuidando a personas**[52]**,** por tanto, no perder de vista el valor de una estrategia fundamentada en el valor de lo humano y en la creación de estructuras de salud humanizadas.

Del mismo modo el valor de **la promoción del autocuidado** que juega un papel fundamental e implica proporcionar recursos y apoyo adecuados por parte de las Instituciones con este fin. Se trata de fomentar una cultura organizacional que valore y priorice la salud integral y el bienestar para los ciudadanos y para los trabajadores que proporcionan los servicios de salud mediante la promoción del autocuidado en las Organizaciones[53].

Por último, hay que destacar que este Marco Estratégico está en línea con el resto de las estrategias, marcos y planes de acción desarrollados por el Ministerio. Ejemplos de ello son la propia estrategia de salud pública, el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria[54], la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad[55] o la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva[56] entre otros.

[52] West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. The Lancet, 388(10057), 2272–2281. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X

[53] C. Ruiz-Huerta; G.Vega; C. Ferrer; M.V. Canto; MA Diaz; Ana Palmar. Are hospital workers´healthy habits adequeate? Influence of social determinants on healht. Medicina Clinica Practica, Vol 8, Issue 2,2025 100487,ISSN 2603-9249. http://doi.org/10.1016/j.mcpsp.2024.100487

[54] https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/home.htm

[55] https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

[56] https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf

4.3. Evolución de las enfermeras, enfermeras especialistas y otras figuras

Determinar con precisión el origen de la enfermería es una tarea compleja, dado que los cuidados han estado profundamente vinculados al desarrollo de las sociedades a lo largo de la historia, desempeñados tradicionalmente por mujeres, como una parte fundamental del entramado social y cultural. Sin embargo, existe un amplio consenso en situar la primera escuela de formación para enfermería en 1860 fundada por Florence Nightingale, marcando un hito en la profesionalización de esta disciplina. Este avance tuvo repercusiones internacionales, como la creación en Estados Unidos del primer Consejo Internacional de Enfermeras en 1899. En España, bajo la influencia del ejemplo de Nightingale, el doctor Federico Rubio y Galí fundó en 1896 la Escuela de Santa Isabel de Hungría, la primera en ofrecer esta enseñanza de forma gratuita.

La evolución de la enfermería en España alcanzó hitos clave con el desarrollo de marcos normativos que impulsaron su profesionalización y reconocimiento. La Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944 estableció la creación del Colegio Oficial de Auxiliares Sanitarios, que agrupaba a enfermeras, comadronas y practicantes, reflejando un esfuerzo por organizar la profesión, aunque, en esa etapa, el rol de la enfermera permanecía subordinado al del médico. Un cambio significativo se produjo en 1953[57], cuando, tras la adhesión de España a la Organización Mundial de la Salud, los títulos de matrona, practicante y enfermera fueron unificados bajo la figura de Ayudante Técnico-Sanitario (ATS), lo que marcó un avance en la consolidación de la profesión.

En los años 70, una reforma educativa redefinió el panorama de la formación en enfermería. El Real Decreto 2128/1977[58], de 23 de julio, integró las Escuelas de ATS en el ámbito universitario como Escuelas Universitarias de Enfermería, otorgando a los profesionales con títulos previos los derechos equivalentes a los nuevos diplomados en enfermería. Este avance sentó las bases para el reconocimiento académico y profesional de la enfermería como disciplina.

Tras estos avances, la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) estableció un marco normativo integral definiendo los aspectos fundamentales para el ejercicio de las profesiones sanitarias tituladas, abarcando tanto su práctica autónoma como dependiente, la estructura general de su formación, y el desarrollo profesional continuo. Asimismo, esta ley promueve la implicación activa de estos profesionales en la planificación y ordenación del sistema sanitario, reconociendo su papel esencial en la sostenibilidad y calidad de los servicios de salud.

En 2010, como resultado del proceso de armonización de los sistemas universitarios iniciado con la Declaración de Bolonia en 1999, el título de "Diplomado en Enfermería" evolucionó al de "Grado en Enfermería". Este cambio no solo actualizó la formación de los profesionales, sino que también amplió sus horizontes académicos y laborales, permitiendo el acceso a estudios superiores como másteres y doctorados, fortaleciendo aún más la posición de la enfermería en el ámbito sanitario y científico.

Enfermeras especialistas y otras figuras

La regulación de la especialización en enfermería en España tiene su marco normativo en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), que

[57] https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-22315#:~:text=El%20Decreto%20de%20cuatro%20de,profesional%20de%20Ayudante%20T%C3%A9cnico%20Sanitario.
[58] https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-20006

establece los fundamentos para la formación especializada, el acceso a la misma, y las funciones de órganos como el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS). Este órgano colegiado, adscrito al Ministerio de Sanidad, entre otras funciones, coordina las Comisiones Nacionales de Especialidad, promueve la investigación e innovación en especialización sanitaria, ratifica los programas formativos, informa sobre la oferta anual de plazas y asesora técnicamente al Ministerio.

Históricamente, la primera especialidad reconocida oficialmente fue la de matronas, regulada por el Real Decreto de 16 de noviembre de 1888, que establecía el Reglamento para las carreras de Practicantes y Matronas[59]. Más adelante, el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio[60], consolidó el título de Enfermero especialista, dando origen a las especialidades de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas), Pediátrica, Salud Mental, Salud Comunitaria, Cuidados Especiales, Geriátrica, y Gerencia y Administración de Enfermería.

En la actualidad, el Real Decreto 450/2005[61], de 22 de abril, regula las especialidades de enfermería, estableciendo siete reconocidas oficialmente:

a) Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

b) Enfermería de Salud Mental.

c) Enfermería Geriátrica.

d) Enfermería del Trabajo.

e) Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos.

f) Enfermería Familiar y Comunitaria.

g) Enfermería Pediátrica.

A lo largo de los años han ido surgiendo, internacional y nacionalmente, otras figuras relacionadas con la enfermería como son las Enfermeras de Práctica Avanzada. En España, diversas comunidades autónomas han incorporado nuevos roles de enfermeras para responder a las crecientes demandas de la atención sanitaria, destacando especialmente el papel de la enfermera gestora de casos. Sin embargo, estos no cuentan con un reconocimiento específico en ninguna normativa de rango legal.

En este contexto, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), menciona únicamente los Diplomas de Acreditación y de Acreditación Avanzada en su artículo 35. Estos diplomas certifican el nivel de formación en áreas funcionales específicas, basándose en actividades de formación continuada acreditada. También contempla los Diplomas de Área de Capacitación Específica, reservados a especialistas. Tanto los Diplomas de Acreditación como los de Acreditación Avanzada y de Capacitación Específica pueden ser considerados méritos para acceder a determinados puestos de trabajo.

[59] https://www.boe.es/gazeta/dias/1888/11/18/pdfs/GMD-1888-323.pdf
[60] https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1987-17866
[61] https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2005-7354

En cuanto al régimen jurídico de su personal, los servicios sanitarios presentan peculiaridades organizativas y funcionales que explican la coexistencia, en los servicios de salud y sus centros asistenciales, de profesionales con distintas modalidades de vinculación: funcionarial, laboral y estatutaria. La Ley 55/2003[62], de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, regula las características específicas de la organización y el funcionamiento del personal estatutario, estableciendo las bases para su relación funcionarial especial. Este marco se complementa con el Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, que aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, aplicable al personal estatutario según de los Servicios de Salud la legislación estatal y autonómica específica.

La actividad profesional de las enfermeras no se limita al Sistema Nacional de Salud. También desempeñan funciones en el sector sanitario privado, sociosanitario, mutuas colaboradoras con la seguridad social, en servicios de prevención de riesgos laborales, en consultas de empresas privadas, en colegios y en la Administración General del Estado. Su presencia es notable en instituciones públicas como el Congreso de los Diputados, el Banco de España, Centros de Vacunación Internacional, Ministerios y en organismos como: algunas Comisarías de Policía Nacional, Comandancias de la Guardia Civil, Instituciones Penitenciarias y dependencias del Ministerio de Defensa, donde coexisten enfermeras civiles y militares.

Asimismo, las enfermeras están a bordo de buques de titularidad estatal, como los buques-hospitales Juan de la Cosa y Esperanza del Mar, gestionados por el Instituto Social de la Marina (ISM), y en los Servicios de Sanidad Marítima. Su presencia se extiende también a universidades, buques de pasajeros privados, residencias sociosanitarias y centros gestionados por comunidades autónomas, diputaciones o corporaciones locales, reflejando la creciente diversificación de su labor profesional.

4.4 . Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería

Los orígenes de las TCAE en lo respectivo al cuidar pueden situarse en los mismos orígenes de la enfermería. Los orígenes como profesión con la denominación de “Auxiliar de Clínica” se sitúa en 1960, mediante el Decreto 2319/1960[63] de 17 de noviembre, del Ministerio de la Gobernación, sobre el ejercicio profesional de Ayudantes Técnicos Sanitarios, Practicantes, Matronas y Enfermeras, mediante el cual quedaban autorizadas a desempeñar funciones básicas (aseo, alimentación, higiene, etc.)

Unos años más tarde, a través de la Orden de 7 de mayo de 1963 del Ministerio de la Gobernación[64], se regula la actuación de las auxiliares de clínica.

Su Estatuto se aprobó a través de la Orden de 26 de abril de 1973[65] por la que se aprueba el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social.

La denominación de Auxiliar de Clínica fue sustituida por la de Auxiliar de Enfermería con la creación de esta categoría profesional a través de la Orden de 26 de diciembre de 1986[66] por la

[62] https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23101
[63] https://www.boe.es/boe/dias/1960/12/17/pdfs/A17308-17308.pdf
[64] https://www.boe.es/boe/dias/1963/05/25/pdfs/A08591-08591.pdf
[65] https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1973-602
[66] https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1987-578

que se introduce la categoría profesional de Auxiliar de Enfermería en sustitución de la de Auxiliar de Clínica con el correspondiente Estatuto de Personal de la Seguridad Social y se modifican los baremos para la provisión de vacantes de esta categoría.

A lo largo de los años 90, se aprobaron leyes que modificaban ciertos ámbitos educativos y así, en 1995 se aprobaron dos Reales Decretos fundamentales para las profesionales TCAE puesto que supuso el cambio de nombre; desparece el término auxiliares de enfermería y se sustituye por el actual Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), así como se renovaba su plan de estudios. Estos Reales Decretos son: el Real Decreto 546/1995[67], de 7 de abril, por el que se establece el título de técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas y el Real Decreto 558/1995[68], de 7 de abril, por el que se establece el currículo del ciclo formativo de grado medio correspondiente al título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Según la Ley 44/2003, de conformidad con el artículo 35.1 de la Constitución, son profesionales del área sanitaria de formación profesional quienes ostentan los títulos de formación profesional de la familia profesional sanidad, o los títulos o certificados equivalentes a los mismos. Entre ellos, están los títulos de grado medio de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Además, como se mencionó anteriormente, el Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas, reconoce que las competencias de las TCAE son: *"Proporcionar cuidados auxiliares al paciente/cliente y actuar sobre las condiciones sanitarias de su entorno como: miembro de un equipo de enfermería en los centros sanitarios de atención especializada y de atención primaria, bajo la dependencia del diplomado de enfermería o, en su caso, como miembro de un equipo de salud en la asistencia sanitaria derivada de la práctica del ejercicio liberal, bajo la supervisión correspondiente.*"

Al igual que las enfermeras, son una profesión altamente feminizada y su presencia no se circunscribe únicamente a hospitales o Sistema Nacional de Salud. También se encuentran en clínicas de odontología, residencias sociosanitarias y determinados Servicios Médicos de dependencias de la Administración General del Estado.

Las TCAE son quienes complementan la longitudinalidad en la aplicación de los cuidados de enfermería y, junto a las enfermeras, completan los cuidados que necesitan las personas en los distintos ámbitos sanitario y sociosanitario. Enfermeras y TCAE son esenciales para avanzar en la excelencia de los cuidados de enfermería.

[67] https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1995-13533
[68] https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1995-13592

5. Justificación

España se enfrenta a un reto sociodemográfico importante de cara a los próximos años, aunque podría decirse que actualmente ya se encuentra inmersa en él. Los cambios epidemiológicos nos exigen respuestas oportunas, específicas y acorde a los mismos.

Los recursos de los que dispone el sistema sanitario no son infinitos, por eso es necesario implementar políticas públicas eficaces y eficientes.

Se ha señalado que un porcentaje importante de las enfermeras españolas podría abandonar su profesión en los próximos años debido, en su mayor parte, a causas laborales. Aun con todo, son las profesionales mejor valoradas por la población atendida en el SNS.

Con la encuesta, se ha podido identificar que las prioridades de las enfermeras varían entre establecer un modelo de desarrollo competencial, avanzar en un modelo de Enfermería de Práctica Avanzada (EPA), promocionar en l práctica clínica basada en la evidencia, seguido muy de cerca de potenciar el liderazgo y ser incluidas como profesionales prescriptoras, entre otras.

También se ha evidenciado el alto grado de feminización en la profesión enfermera. Este hecho está relacionado íntimamente con la situación de actual de enfermeras y TCAE en comparación con otras profesiones que, tradicionalmente, han sido ocupadas por población masculina. Por eso, en este Marco se pretende mitigar las desigualdades que esto genera.

Una consecuencia de esta alta tasa de feminización puede observarse en las agresiones a profesionales del SNS[69]. Sin ir más lejos en el año 2023 el 78% de las notificaciones de agresiones fueron cometidas contra mujeres, en su mayoría en consultas.

Respecto a las profesionales TCAE, se han encontrado grandes dificultades para conocer el número exacto de TCAE tituladas que hay en España, así como de cuántas se encuentran ejerciendo, tanto en el SNS, como en el sector sociosanitario e instituciones y centros privados. Limitación observable también en el caso de las enfermeras.

Y en cuanto al contexto internacional, puede concluirse que España se está enfrentando a una situación similar a lo de otros países de nuestro entorno. Muchos de ellos han optado por el desarrollo de estrategias para afrontar los desafíos sociodemográficos con las adaptaciones propias a cada realidad, pero con unos objetivos y líneas de trabajo semejantes.

[69] https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/agresiones/docs/InformeAgresiones_2023.pdf

6. Metodología

Como se ha mencionado en apartados anteriores, el Marco Estratégico para los Cuidados de Enfermería tiene su origen en trabajos previos del Ministerio de Sanidad, que se agrupaban en la Iniciativa Marco en Cuidados (IMACU).

Desde el Ministerio de Sanidad se inició un trabajo de análisis, priorización y consenso con la participación de los principales agentes implicados mediante un proceso desarrollado entre abril y noviembre de 2024 con las siguientes etapas:

1. Recogida de información sobre los trabajos desarrollados hasta entonces en el Ministerio sobre IMACU.
2. Constitución del Comité de Cuidados en Salud como órgano colegiado por orden ministerial. De este Comité participan el titular de la Secretaría de Estado, que lo preside, así como, la titular de la Dirección del ISCIII, que ostenta la vicepresidencia y sus vocales son las personas titulares de las siguientes Direcciones Generales del Ministerio de Sanidad:
   - Dirección General de Salud Pública y Equidad.
   - Dirección General de Ordenación Profesional.
   - Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia.
   - Una persona designada por la Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS que ha sido la titular de la Dirección General de Salud Digital y sistemas de información para el SNS.
3. Recogida de información sobre necesidades y prioridades formuladas por las personas que integran el Comité de Cuidados en Salud.
4. Elaboración de las líneas estratégicas.
5. Constitución de un grupo de trabajo formado por un conjunto de asesoras, divididas por cada línea estratégica, en base a criterios de competencia y experiencia profesional, con las que se han elaborado los objetivos estratégicos y las acciones.
6. Recogida de información sobre necesidades y prioridades formuladas por las personas que integran el Comité Institucional, del que forman parte todas las comunidades autónomas a través de un representante elegido por ellas entre aquellos con responsabilidad en la materia, así como, de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla e INGESA. En este Comité Institucional también están representantes del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, específicamente a través de representantes del Instituto de Salud Carlos III, y representantes del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030.
7. Análisis de la información generada.
8. Recogida de información de las personas que integran el Comité Científico-Técnico, del que forman parte representantes de las principales sociedades científicas, organizaciones sindicales (UGT, CCOO, CSIF, CESM, SATSE, SAE), asociaciones de pacientes y de vecinos.
9. Análisis de la información generada.
10. Presentación y discusión en reuniones del Comité Institucional y Científico-Técnico.
11. Reuniones con las organizaciones sindicales representadas en el Ámbito de Negociación (FSES, FSS-CCOO, UGT SERVICIOS PÚBLICOS, CSIF Y CIG-SAÚDE)
12. Integración de aportaciones discutidas en las reuniones de los Comités.

7. Líneas estratégicas, objetivos y acciones

Las acciones por desarrollar se han agrupado en 5 líneas estratégicas, con objetivos generales, específicos, acciones y resultados para cada una de ellas. La consecución de los resultados se ha establecido entre los años 2025 y 2027.

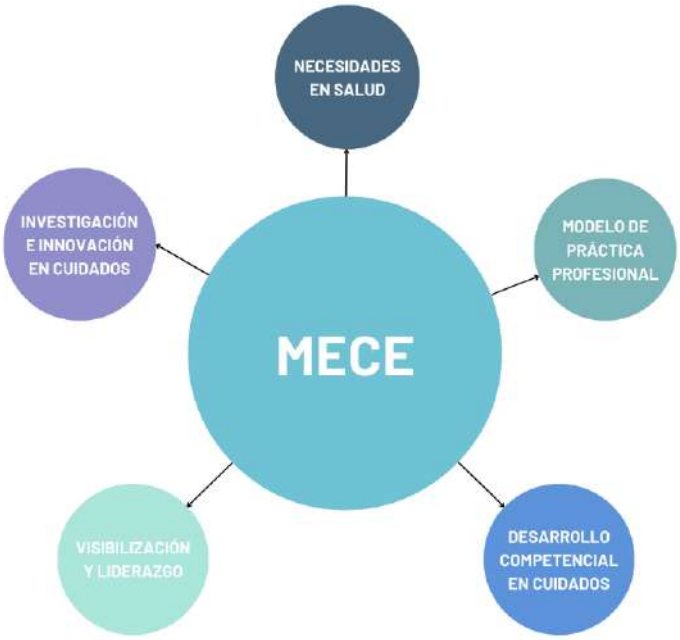

Figura 1: Líneas estratégicas del MECE. Elaboración propia.

L.E.1. SITUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN Y DE LA ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA ATENDERLAS

Objetivo general: Determinar las dotaciones necesarias de recursos humanos en el ámbito de los cuidados en salud (enfermeras generalistas, especialistas, otras categorías de enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería) para garantizar una atención de calidad en la prestación de cuidados profesionales. Este objetivo abarca los diferentes ámbitos asistenciales, incluyendo atención primaria, atención hospitalaria, atención sociosanitaria, servicios de urgencias y emergencias, y salud pública, entre otros.

Para establecer estas dotaciones, se priorizará la identificación de las necesidades de salud de la población, considerando tanto los determinantes actuales como los futuros, incluidos los determinantes sociales de la salud. De esta manera, se busca adaptar los recursos humanos a las necesidades específicas de cada contexto, promoviendo una atención centrada en la persona y en la sostenibilidad del sistema sanitario.

O.E.1.1. Definir la proyección de las necesidades de salud de la población

ACCIÓN O.E.1.1.1 *Informe sobre las necesidades de salud presentes y futuras de la población.*

Explicación: Se pretende identificar las necesidades de salud de la población desde una perspectiva integral de sus determinantes, incluidos los determinantes sociales de la salud. Este análisis permitirá estimar las dotaciones necesarias de recursos humanos para garantizar una prestación de cuidados seguros y de calidad dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el ámbito de los cuidados profesionales.

Asimismo, se busca proyectar estas dotaciones a futuro, teniendo en cuenta los principales desafíos demográficos, como el envejecimiento de la población y las migraciones, además de incorporar estrategias relacionadas con la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la atención a la cronicidad, a la discapacidad y la integración de los avances tecnológicos en la práctica asistencial.

Resultado:

R1: Informe sobre necesidades de salud de la población a partir de fuentes de información intersectoriales (datos demográficos, encuestas de salud e indicadores sanitarios y sociales). 2025-2026.

R2: Informe sobre necesidades de salud de la población presente teniendo en cuenta los indicadores clasificación/estratificación óptimos según la complejidad que requieran los cuidados. 2026-2027.

R3: Proyección de las necesidades de salud futuras de la población a 10 años vista utilizando las herramientas tecnológicas disponibles para analizar grandes volúmenes de datos. 2027.

ACCIÓN O.E.1.1.2 *Estudio de clasificación de la población según sus necesidades de salud.*

Explicación: Se plantea el diseño de un modelo de clasificación y estratificación de personas basado la complejidad de los procesos y en la intensidad de sus necesidades de cuidados, integrado por indicadores relacionados con los determinantes de salud que afectan el estado de salud y enfermedad, como el nivel socioeconómico, cultural, factores estructurales y contextuales, entre otros.

El modelo deberá ser consensuado y estandarizado para su implantación uniforme en el SNS, garantizando su coherencia con los principios de equidad y sostenibilidad. Su desarrollo e implantación se realizarán bajo un enfoque intersectorial de "salud en todas las políticas", en colaboración con las comunidades autónomas

(CC.AA.), los sistemas de información sanitaria, las plataformas de salud digital, y bajo la coordinación y supervisión del Comité Institucional del Marco Estratégico para los Cuidados de Enfermería.

Resultado:

R1: Informe de identificación de los diferentes modelos de clasificación/estratificación de pacientes/población que utilizan las diferentes CC.AA. e INGESA para establecer las necesidades de cuidados y estimar los RRHH necesarios para atenderlas. 2025-2026.

R2: Revisión sistemática identificando a nivel internacional los diferentes modelos de clasificación/estratificación de pacientes/población en base a sus necesidades de cuidados desde un punto de vista holístico e identificando las mejores prácticas basadas en la evidencia. 2025-2026.

R3: Documento de consenso sobre la propuesta de un modelo de clasificación/ estratificación de pacientes/población para implantación en el SNS y aprobación en el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS). 2026-2027.

ACCIÓN O.E.1.1.3 *Seguimiento y monitorización de la implantación de manera cohesionada del modelo de clasificación/estratificación de pacientes/población en el SNS.*

Explicación: El plan de implantación incorporará un sistema integral de indicadores de proceso y resultado diseñados específicamente para el seguimiento y la monitorización de la implantación del modelo en las CC.AA. y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). Durante la construcción de estos indicadores, se establecerá como línea base la situación inicial proyectada para el periodo 2025-2026, lo que permitirá evaluar de manera precisa el progreso y los resultados alcanzados.

Asimismo, se acordará con las CC.AA. y el INGESA la periodicidad de las evaluaciones, garantizando un enfoque coordinado. Como mínimo, se realizará una evaluación intermedia y una evaluación final al término de la estrategia, programada para el año 2027, con el objetivo de identificar áreas de mejora, medir el impacto y orientar futuras acciones estratégicas.

Resultado:

R1: Definición y aprobación de un sistema de indicadores para la monitorización de la implantación del modelo de clasificación/estratificación de pacientes/población. 2025-2026.

R2: Al menos, una evaluación de la implantación del modelo al finalizar la estrategia. 2027.

O.E.1.2. Analizar la situación de necesidades de recursos humanos dentro de las profesiones de los cuidados (enfermeras generalistas, especialistas, otras figuras enfermeras y TCAE)

ACCIÓN O.E.1.2.1 *Realización y análisis de la encuesta acerca de la situación de profesionales Enfermeras y TCAE.*

Explicación: Actualmente, se carece de un diagnóstico global sobre la situación de las enfermeras y de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el SNS en los ámbitos en los que estos profesionales trabajan y prestan cuidados. Aunque existen estudios parciales que analizan aspectos específicos como las condiciones laborales, los riesgos psicosociales y el abandono de la profesión, estos están fragmentados por CC.AA., INGESA o por ámbitos de atención (primaria, hospitalaria, urgencias y emergencias, y sociosanitaria). No obstante, no se dispone de un estudio integral que proporcione una visión más completa de la situación actual y que, en consecuencia, permita una planificación estratégica y efectiva de los recursos humanos en esta área.

En España, las funciones y competencias de las enfermeras han sido objeto de diversas actualizaciones en los últimos años, aunque su implementación ha sido desigual entre las distintas comunidades autónomas. Asimismo, la implantación de las especialidades enfermeras y otros roles de práctica avanzada ha seguido también un desarrollo heterogéneo tanto entre las CC.AA. como en el INGESA. En el caso de las TCAE, sus funciones fueron actualizadas, por última vez, en 1973.

Resultado:

R1: Informe sobre la encuesta de situación de las enfermeras en España. 2024.

R2: Informe sobre la encuesta de situación de las TCAE en España. 2025.

ACCIÓN O.E.1.2.2 *Elaborar un informe de las necesidades de recursos humanos (RRHH) de enfermeras y TCAE, según necesidades de cuidados en salud en los diferentes ámbitos (atención primaria, hospitalaria, urgencias extrahospitalarias y sociosanitaria).*

Explicación: Diferentes estudios nacionales e internacionales han demostrado que mayores ratios de enfermeras graduadas por paciente mejoran significativamente los resultados en tres áreas clave: resultados para los pacientes, para el personal y para la organización. Por ejemplo, los resultados en los pacientes de algunos estudios muestran una reducción del 14% en la mortalidad hospitalaria, especialmente en

unidades de cuidados intensivos y cardiología[70]. También se asocia con menos eventos adversos, como errores de medicación, infecciones y úlceras por presión[71], además de tasas de readmisión más bajas y estancias hospitalarias más cortas[1]. Con estos estudios, se demuestra el papel crucial de una dotación adecuada de profesionales del cuidado en la mejora de la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

En resumen, una dotación adecuada y segura de personal de enfermería ("*Safe Nurse Staffing*") implica contar con un número suficiente de profesionales con las competencias y conocimientos necesarios en cada caso, disponibles en el lugar y momento oportunos, para garantizar la prestación de cuidados seguros, efectivos y de alta calidad a usuarios de los servicios sanitarios y a la población en general. Parece oportuno que, en esta dotación segura de personal de enfermería, se considere la capacidad instalada[72] y la totalidad del equipo de enfermería, con un firme enfoque en los resultados que sirvan de orientación para que los servicios determinen la dotación de personal de enfermería y la combinación de capacidades necesarias[73].

Además, es importante ir más allá de las ratios que establecen las dotaciones de profesionales de los cuidados según el número de personas atendidas e incluir factores como la complejidad y las necesidades de cuidados, ya que estos factores varían entre personas y entre comunidades, por lo que la estimación de la dotación de personal de enfermería debe tenerlos en cuenta, permitiendo prestar cuidados seguros en base a la complejidad y las necesidades individuales detectadas.

Resultado:

R1: Informe y dotación de las profesionales necesarias para una prestación de cuidados segura en base a las necesidades de la población detectadas en la ACCIÓN O.E.1.1.1. 2027.

R2: Informe de proyección a 10 años vista de las profesionales necesarias para atender a la población según sus necesidades de cuidados futuros (incluyendo planes de contingencia para posibles situaciones de crisis). 2027.

[70] McHugh, M., Aiken, L., Sloane, D., Windsor, C., Douglas, C., & Yates, P. (2021). Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. Lancet (London, England), 397, 1905 - 1913. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00768-6.

[71] Kouatly, I., Nassar, N., Nizam, M., & Badr, L. (2018). Evidence on Nurse Staffing Ratios and Patient Outcomes in a Low-Income Country: Implications for Future Research and Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15, 353–360. https://doi.org/10.1111/wvn.12316.

[72] "La capacidad instalada en el sector sanitario implica evaluar el número de profesionales disponibles en comparación con las demandas de atención, teniendo en cuenta variables como las cargas de trabajo y la complejidad de los casos, para asegurar la eficiencia y la calidad del servicio." Organización Mundial de la Salud (2014). Health systems strengthening: A toolkit for decision-makers. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

[73] Framework for Safe Nurse Staffing and Skill Mix in General and Specialist Medical and Surgical Care Settings in Ireland 2018. Disponible en: https://assets.gov.ie/10011/e1a93e955329405694bb7b16aea50b98.pdf.

ACCIÓN O.E.1.2.3 *Propuesta de intervenciones para atraer y fidelizar el talento.*

Explicación: Diferentes estudios internacionales[74,75] y nacionales, ente ellos el informe recientemente presentado sobre la situación laboral y necesidades percibidas por las enfermeras en España[76], han puesto de manifiesto que la retención y fidelización de profesionales de enfermería es un tema crítico en el ámbito de la salud, dado el impacto que tiene en la calidad del cuidado y en la estabilidad del personal. Estos estudios han explorado los factores que influyen en la intención de las enfermeras de permanecer en sus puestos de trabajo y las estrategias efectivas para mejorar su fidelización.

La actual crisis global de profesionales del cuidado, reconocida por organismos internacionales[77] plantea un desafío significativo, especialmente, la retención y fidelización de profesionales de enfermería en áreas rurales y sociosanitarias[78]. Afortunadamente, en nuestro contexto, las personas jóvenes muestran un gran interés por los estudios de Enfermería y de TCAE. Sin embargo, a menudo, las condiciones laborales generan abandono de la profesión o migración. Es esencial planificar adecuadamente la oferta de plazas públicas, al tiempo que se mejoran las condiciones laborales. Estas últimas incluyen la gestión de cargas de trabajo, el liderazgo, la participación en decisiones, la conciliación entre la vida personal y profesional, y las oportunidades de desarrollo. El equilibrio entre formación y bienestar profesional es clave para afrontar este desafío y garantizar la sostenibilidad del sistema público de salud y el sociosanitario.

Resultado:

R1: Mapa de la oferta de plazas públicas y privadas en los estudios de FP, universitarios y de formación especializada relacionados con la prestación de cuidados a la población. 2025.

R2: Informe de recomendaciones para fidelizar el talento en materia de cuidados en base a la evidencia disponible. 2025-2026.

R3: Plan de atracción y fidelización del talento. 2025-2026.

R4: Informe de recomendaciones de oferta de plazas en los estudios relacionados con la prestación cuidados presente. 2026-2027.

[74] Nei, D., Snyder, L., & Litwiller, B. (2015). Promoting retention of nurses: A meta-analytic examination of causes of nurse turnover. *Health care management review*, 40 3, 237-53 . https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000025.

[75] Cardiff, S., Gershuni, O., & Giesbergen-Brekelmans, A. (2023). How local, first-line nurse leaders can positively influence nurse intent to stay and retention: A realist review. *Journal of clinical nursing*. https://doi.org/10.1111/jocn.16813.

[76] Situación laboral y necesidades percibidas por las enfermeras en España. 2024. Disponible en: Ministerio de Sanidad - Áreas - Investigación y datos - Situación laboral y necesidades percibidas por las enfermeras en España. 2024.

[77] Comisión Europea y Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2024). *Panorama de la salud: Europa 2024*.

[78] Mackay, S., Smith, A., Kyle, R., & Beattie, M. (2021). What influences nurses' decisions to work in rural and remote settings? A systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Rural and remote health*, 21 1, 6335 . https://doi.org/10.22605/RRH6335.

R5: Informe de recomendaciones de oferta de plazas en los estudios relacionados con la prestación cuidados futura. 2027.

R6: De acuerdo con los resultados **R1, R4 y R5**, en su caso, proponer el aumento de oferta de plazas públicas de estudios de FP, universitarios y de formación especializada. 2027.

ACCIÓN O.E.1.2.4 *Implantar programas de mentoría enfermera*

Explicación: Hoy en día se está produciendo un gran volumen de jubilaciones de las primeras enfermeras que se incorporaron de manera profesional al Sistema de Salud[7,79]. Dicha tendencia irá en aumento, como mínimo, en los próximos 10 años de manera que se producirá una pérdida de conocimiento, de liderazgo, pudiendo comprometer la seguridad de los cuidados que se prestan a la población. La relación entre la experiencia del personal de enfermería y la ocurrencia de eventos adversos ha sido objeto de estudio en diversas investigaciones[80]. La ansiedad y la inexperiencia son también factores significativos que afectan a las enfermeras, especialmente a aquellas que están comenzando su carrera[81]. Lo anteriormente citado, puede influir en el desempeño profesional y bienestar personal, así como en la calidad de la atención que se brinda a los pacientes.

Los programas de mentoría en el ámbito de los cuidados son herramientas fundamentales para el desarrollo profesional, la retención del personal y la mejora de competencias. Estos programas, implementados en diversos contextos de la práctica clínica, tienen como objetivo brindar apoyo tanto a enfermeras recién graduadas como a aquellas en etapas más avanzadas de su carrera[82,83].

La mentoría permite un intercambio de conocimientos enriquecedor entre profesionales con mayor experiencia y aquellas que se encuentran iniciando su trayectoria. Este tipo de programas no pretende solapar ninguno de los aspectos competenciales de la formación pregrado, ni de la formación continuada y ha demostrado ser una estrategia efectiva para apoyar a los nuevos profesionales en su desarrollo y adaptación al entorno laboral. También ha demostrado que impacta

[79] Situación actual y estimación de necesidades de enfermeras en España. 2024. Disponible en: Ministerio de Sanidad - Áreas - Investigación y datos - Situación actual y estimación de necesidades de enfermeras en España 2024

[80] Morrison, A., Beckmann, U., Durie, M., Carless, R., & Gillies, D. (2001). The effects of nursing staff inexperience (NSI) on the occurrence of adverse patient experiences in ICUs. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 14 3, 116-21 . https://doi.org/10.1016/S1036-7314(01)80028-X.

[81] Lin, Y., Tseng, C., Wang, M., Wu, S., Jane, S., & Chien, L. (2020). Anxiety and work stress among newly employed nurses during the first year of a residency program: A longitudinal study.. *Journal of nursing management*. https://doi.org/10.1111/jonm.13114.

[82] Miller, C., Wagenberg, C., Loney, E., Porinchak, M., & Ramrup, N. (2020). Creating and Implementing a Nurse Mentoring Program: A Team Approach. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000895.

[83] Vlerick, I., Kinnaer, L., Delbaere, B., Coolbrandt, A., Decoene, E., Thomas, L., Vanderlinde, R., & Van Hecke, A. (2023). Characteristics and effectiveness of mentoring programmes for specialized and advanced practice nurses: A systematic review. *Journal of advanced nursing*. https://doi.org/10.1111/jan.16023.

positivamente en la calidad de la atención y la seguridad del paciente[84]. Este proceso, diseñado de manera pausada y planificada, destaca la importancia del liderazgo enfermero en cualquier ámbito de actuación: asistencia, gestión, docencia o investigación. Así, no solo se potencia el crecimiento individual, sino también el fortalecimiento de las organizaciones sanitarias.

Resultado:

R1: Programas de mentoría enfermera en centros asistenciales, docentes, laboratorios o centros de investigación. 2025-2026.

[84] Brody AA, Edelman L, Siegel EO, Foster V, Bailey DE, Bryant AL, et al. Evaluation of a peer mentoring program for early career gerontological nursing faculty and its potential for application to other fields in nursing and health sciences. Nurs Outlook [Internet]. 2016;64(4):332–8. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2016.03.004

L.E.2. MODELO DE PRÁCTICA PROFESIONAL

Objetivo general: Definir un modelo de práctica profesional como recomendación a nivel estatal, así como su sistema de implantación y monitorización, para enfermeras y TCAE que abarque los ámbitos asistenciales de atención primaria, hospitalaria, urgencias extrahospitalarias y atención en centros sociosanitarios.

O.E.2.1. Identificar modelos de práctica profesional de cuidados existentes en los ámbitos de atención primaria, hospitalaria, urgencias extrahospitalarias y atención en centros sociosanitarios.

ACCIÓN O.E.2.1.1 *Identificar y analizar modelos de práctica profesional, de estratificación de niveles competenciales y de sistemas de prestación de cuidados puestos en marcha actualmente en los ámbitos de atención primaria, hospitalaria, urgencias extrahospitalarias y atención en centros sociosanitarios.*

Explicación: El objetivo es identificar modelos de práctica profesional, o elementos clave de estos, que puedan ser replicados en el SNS. Estos modelos deben ser coherentes con el conocimiento actual en cuidados en nuestro contexto nacional y regional, responder a las necesidades de la población y demostrar un nivel avanzado de desarrollo y factibilidad en la implantación. Para ello, se analizarán las publicaciones disponibles tanto a nivel nacional como internacional, y se realizarán consultas específicas a las CC.AA. y al INGESA a través de los representantes del Comité Institucional del Marco Estratégico para los Cuidados de Enfermería. Finalmente, se buscará la colaboración de las diferentes *Chief Nursing and Midwifery Officers* de países con características asistenciales similares a las de España.

Resultado:

R1: Revisión bibliográfica: 2025.

R2: Descripción de modelos de práctica profesional, de estratificación de niveles competenciales y de sistemas de prestación de cuidados puestos en marcha actualmente en España e Internacionalmente. 2025.

ACCIÓN O.E.2.1.2 *Identificar los componentes de los modelos de práctica profesional reportados por las enfermeras y TCAE del SNS, atención sociosanitaria y en otros contextos asistenciales equiparables.*

Explicación: Estos componentes explorarán[85]:

- **Misión y valores organizacionales**: Exploración de la misión, los valores y la filosofía de la enfermería definidos en cada contexto.
- **Poblaciones diana**: Análisis de las poblaciones atendidas por los distintos servicios enfermeros ofrecidos en el SNS.
- **Trayectorias profesionales**: Identificación de los perfiles profesionales que intervienen en los principales escenarios asistenciales y su interacción.
- **Sistemas de prestación de cuidados**: Evaluación de cómo están organizados los cuidados destinados a pacientes, cuidadores, familias y comunidades, incluyendo la definición de atención centrada en la persona y la participación en la toma de decisiones informadas.
- **Criterios organizativos**: Análisis de los criterios que determinan la organización de los cuidados, considerando las características de las poblaciones diana y los perfiles profesionales implicados.
- **Seguridad y calidad de los cuidados**: Identificación de mecanismos para garantizar la seguridad en la atención y su integralidad.
- **Liderazgo y gobernanza**: Evaluación del nivel de liderazgo y participación de las enfermeras en la toma de decisiones y en la gobernanza a todos los niveles organizativos.
- **Evolución organizativa**: Análisis de las modificaciones en los sistemas de organización de los cuidados, incluyendo su impacto en la eficiencia y calidad.
- **Recursos humanos**: Percepción de la adecuación de la dotación de personal para garantizar una atención segura e integral.
- **Entorno laboral:** Percepción del entorno de trabajo y su influencia en la prestación de cuidados.

El análisis se realizará mediante metodología de viñetas con profesionales, se explorarán escenarios tipo habituales en la prestación de cuidados para que los participantes reporten su percepción y datos sobre los componentes anteriormente

[85] Hamilton, Wendy DNP, APRN, AGCNS-BC, RN-BC; Javed, Mariyam Pharm-D, MPH; Orina, Judy MBA, CCRP; Pierce, Taylor BS; Campbell, Caitlin Marley PhD, RN; Williams, Kathy MSN-BC, RN, ACNS-BC; Foots, Lozay III COL(R), DNP, RN, FACHE; Levenson, Jonathan MHA, RN, CCRN, FACHE; Robins, Katherine MSN, RNC-MNN, CNS; Hodson, Patricia DNP, RN; McCarthy, Mary PhD, RN, CNSC, FAAN, FASPEN; Patrician, Patrician A. PhD, RN, FAAN; Swiger, Pauline A. PhD, RN. Components, Implementation, and Outcomes of a Nursing Professional Practice Model: A Systematic Review. Nursing Administration Quarterly 47(1):p 84-93, January/March 2023. | DOI: 10.1097/NAQ.0000000000000554

citados. Se presentarán las viñetas necesarias para abarcar la máxima representatividad de provisión de cuidados en el SNS y entorno sociosanitario.

Resultado:

R1: Descripción de los componentes básicos de un modelo de práctica profesional percibidos por enfermeras y TCAE en su práctica habitual dentro del SNS en los contextos asistenciales más frecuentes. 2025

R2: Descripción de diferentes posiciones y roles profesionales de enfermeras y TCAE a nivel SNS y atención sociosanitaria: 2025

O.E.2.2. Definir un modelo de práctica profesional para la práctica de cuidados de enfermeras y TCAE aplicable a los ámbitos de atención primaria, hospitalaria, urgencias extrahospitalarias y atención en centros sociosanitarios.

ACCIÓN O.E.2.2.1 *A partir de la información obtenida en las acciones O.E. 2.1.1 y O.E. 2.1.2 elaborar y consensuar con todos los actores implicados (profesionales, CC.AA.* e INGESA*, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, representantes de la profesión y otras instituciones) un modelo de práctica profesional desde el Comité de Cuidados en Salud aplicable a enfermeras y TCAE y que abarque todos los ámbitos del SNS: atención primaria, hospitalaria, urgencias extrahospitalarias y coordinación sociosanitaria*

Explicación: En base al análisis y las conclusiones recogidas en el OE.2.1, se definirá una propuesta de Modelo de Práctica Profesional desde el Comité de Cuidados en Salud, que se consensuará con representantes de otras líneas estratégicas de dicho Comité, con la Comisión Permanente, los Comités Institucional y Científico-Técnico, y aquellos grupos que tienen un rol y competencias en la toma de decisiones sobre la regulación de los recursos humanos de enfermería y la organización de los sistemas sanitarios en España, incluyendo los que forman parte de las organizaciones sindicales del Ámbito de Negociación y otros órganos de gestión y planificación del sector salud. Tras el acuerdo de las partes, dicho Comité de Cuidados en Salud promoverá la aplicación del modelo.

Resultado:

R1: Elaboración de una propuesta de modelo de práctica profesional desde el Comité de Cuidados en Salud consensuada con grupos de interés: 2025-2026.

Este modelo deberá contener los siguientes componentes esenciales:

1. La misión organizacional y los valores o filosofía de Enfermería que se quieren proponer, con la atención centrada en la persona como eje transversal.

2. Poblaciones diana de los distintos servicios enfermeros que el SNS ofrecerá (definidas por su nivel de necesidad de cuidados, complejidad socioeconómica y sanitaria, y contexto de atención).

3. Trayectorias profesionales, roles, responsabilidades.

4. Sistemas de prestación de cuidados a personas, cuidadores, familias, comunidades y definición de atención centrada en la persona y con participación en la toma de decisiones informadas.

5. Criterios de decisión para la organización de los cuidados en función de las características de las poblaciones diana y de los roles y posiciones de enfermeras y TCAE disponibles en España.

6. Recursos humanos necesarios para la garantía de seguridad en la prestación de cuidados, y que garanticen unas condiciones de práctica saludables y con pleno desarrollo del potencial del conocimiento enfermero.

7. Aseguramiento del liderazgo y participación de las enfermeras en la gobernanza y toma de decisiones en todos los niveles.

8. Sistemas de reconocimiento, acreditación, certificación, de las distintas trayectorias profesionales.

9. Modificaciones normativas necesarias para garantizar la implantación del MPP

10.Recomendaciones para la implementación en función de las características de los contextos asistenciales e indicadores de evaluación de impacto

O.E.2.3. Orientar la práctica clínica hacia la preservación y la promoción de la autonomía y la funcionalidad, la prevención de discapacidades, la promoción del autocuidado, el fortalecimiento de la alfabetización en salud y el fomento de la toma de decisiones compartidas de la ciudadanía asegurando que el modelo de práctica profesional sea inclusivo, equitativo y centrado en la persona.

ACCIÓN O.E.2.3.1: *Identificar y analizar modelos y experiencias para preservar y promover la autonomía y funcionalidad, la prevención de la discapacidad, favorecer la promoción del autocuidado, asegurar y fortalecer la alfabetización en salud, y fomentar la toma de decisiones compartidas de la ciudadanía, publicados y/o puestos en marcha actualmente. Estos modelos y experiencias deben integrar una perspectiva de igualdad de género, garantizando que tanto la ciudadanía como los profesionales que prestan los cuidados, independientemente de su género, tengan acceso equitativo a los recursos de*

salud, puedan participar activamente en los procesos de toma de decisiones y cuenten con el apoyo necesario para ejercer su autonomía de manera plena y digna. Además, se debe asegurar que los profesionales de la salud sean capacitados en prácticas inclusivas que promuevan la equidad de género en la atención y en el entorno laboral.

Explicación: El abordaje de las necesidades de la población y la sostenibilidad del sistema sanitario requiere una reorientación del SNS. El modelo de práctica profesional consensuado desde el Comité de Cuidados en Salud debe reflejar un cambio de paradigma en la prestación de servicios, situando la alfabetización en salud y la participación activa de la ciudadanía en su proceso asistencial como elementos centrales. Además, debe promover el autocuidado como uno de los pilares fundamentales de las profesiones de los cuidados.

Además, según establece el artículo 7 de la LOPS, son funciones de las enfermeras: la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

Desde una perspectiva de igualdad de género, este modelo debe garantizar que tanto la ciudadanía como los profesionales de la salud participen en condiciones de equidad, asegurando que las intervenciones y recursos consideren las necesidades específicas de género y eliminen cualquier barrera que limite la autonomía, funcionalidad o participación de las personas.

Se pretende identificar prácticas replicables en todo el territorio español que hayan sido publicadas y/o que se encuentren actualmente en marcha en las CC.AA. e INGESA o en entornos con características similares, mediante una revisión de la literatura y encuestas a representantes de CC.AA., INGESA y otros actores clave. Este análisis debe también evaluar cómo dichas prácticas contribuyen a la equidad de género tanto en los servicios ofrecidos a la ciudadanía como en las condiciones laborales y organizativas de los profesionales de la salud.

Resultado:

R1: Revisión de prácticas para promover la autonomía y favorecer la promoción del autocuidado, la alfabetización en salud y la toma de decisiones compartida: 2025-2026.

R2: Descripción de prácticas para promover la autonomía y favorecer la promoción del autocuidado, la alfabetización en salud y la toma de decisiones compartida: 2025-2026.

ACCIÓN O.E.2.3.2 *Orientar la práctica clínica hacia la preservación y promoción de la autonomía personal, la prevención de la discapacidad, el fomento del autocuidado, el fortalecimiento de la alfabetización en salud y la toma de decisiones compartidas por parte de la ciudadanía. Este enfoque debe alinearse con las estrategias en salud del Ministerio de Sanidad, incluyendo el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad y la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención, así como su guía de implementación local en colaboración con la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).*

Explicación: Promover el autocuidado, preservar y fomentar la autonomía, así como prevenir las discapacidades, fortalecer la alfabetización en salud y potenciar la participación de la ciudadanía en su propio bienestar es una parte fundamental del cuidado. Para ello, se busca definir e implantar acciones que integren la visión enfermera, favoreciendo el desarrollo de las capacidades, habilidades y recursos tanto de las personas como de las comunidades para vivir de forma saludable. Estas acciones deberán ser replicables a nivel local en todo el territorio nacional, basarse en la colaboración intersectorial y aprovechar los activos en salud disponibles.

Resultado:

R1: Incorporación del mantenimiento de la autonomía, la promoción del autocuidado, alfabetización en salud y la toma de decisiones compartidas de la ciudadanía en colaboración con el ámbito local en el modelo de práctica profesional consensuado desde el Comité de Cuidados en Salud: 2025-2026.

O.E.2.4. Contribuir a la sostenibilidad de los cuidados en el SNS y en la atención sociosanitaria.

ACCIÓN O.E.2.4.1 *Reconocer e impulsar el papel de las enfermeras y TCAE en la sostenibilidad de la sociedad en general y en todos los ámbitos en los que prestan cuidados: atención primaria, hospitalaria, urgencias extrahospitalarias y atención en centros sociosanitarios.*

Explicación: La sostenibilidad es un concepto que implica la capacidad de mantener un equilibrio en el uso de los recursos naturales y sociales, garantizando su disponibilidad para las generaciones futuras. Las enfermeras y las TCAE pueden desempeñar un papel clave en este ámbito mediante la adopción de cuidados respetuosos con el medio ambiente, como la reducción de residuos, el ahorro energético y la implementación de prácticas más ecológicas. Además, su contribución se extiende a

la promoción de estilos de vida saludables y sostenibles entre la población, fomentando una alimentación equilibrada y sostenible, la actividad física, el uso de transporte sostenible y la prevención de enfermedades relacionadas con el entorno. Estas acciones están alineadas con los principios establecidos en la estrategia de "Salud en todas las políticas" (*Health in All Policies*) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y con las recomendaciones del documento "*Towards environmentally sustainable health systems in Europe*" publicado por la Oficina Regional para Europa de la OMS[86]. Para maximizar este impacto, es fundamental que estos valores y prácticas sean inculcados desde la formación de pregrado.

Resultado:

R1: Incorporación de la perspectiva de la sostenibilidad en el modelo de práctica profesional consensuado: 2025-2026.

O.E.2.5. Garantizar la contribución de los servicios enfermeros en cualquier contexto asistencial de los cuidados de larga duración.

ACCIÓN O.E.2.5.1 *Colaborar con el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 para la definición, medición e implantación de la Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad: un proceso de desinstitucionalización y coordinación sociosanitaria*

Explicación: Se participará en los grupos de trabajo previstos para el impulso de la Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad: un proceso de desinstitucionalización: domicilio, residencias y coordinación sociosanitaria.

Resultado:

R1: Revisión desde el punto de vista del Comité de Cuidados en Salud de la Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad: un proceso de desinstitucionalización y propuesta de informe preceptivo al organismo público competente en materia de gestión y coordinación de la atención social: 2025

ACCIÓN O.E.2.5.2 *Proponer y acordar con el organismo público competente en materia de gestión y coordinación de la atención social, la contextualización del modelo de práctica profesional consensuado desde el Comité de Cuidados en Salud, que asegure la calidad, la seguridad, las buenas prácticas y la ACP (Atención Centrada en las*

[86] World Health Organization. Towards environmentally sustainable health systems in Europe: A review of the evidence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.

Personas), de manera continua, coordinada, integral e integrada (independientemente de donde vivan las personas)

Explicación: El modelo de práctica profesional consensuado desde el Comité de Cuidados en Salud deberá dar cabida a la totalidad de las prácticas de cuidados desarrolladas por enfermeras y TCAE con independencia del lugar donde vivan las personas. Una vez elaborado, se pretende abordar su implantación en los cuidados de larga duración y en el ámbito comunitario a través de acuerdos con los organismos públicos competentes en materia de gestión y coordinación de la atención sociosanitaria.

Resultado:

R1: Incluir en el modelo de práctica profesional consensuado desde el Comité de Cuidados en Salud recomendaciones para contextualizarlo a los cuidados de larga duración y en el ámbito comunitario: 2025-2026.

R2: Consensuar con los organismos públicos competentes en materia de gestión y coordinación de la atención sociosanitaria un itinerario para la implantación de las recomendaciones del modelo de práctica profesional consensuado desde el Comité de Cuidados en Salud en los cuidados de larga duración y en el ámbito comunitario: 2026-2027.

ACCIÓN O.E.2.5.3 *Acordar y establecer líneas de coordinación y comunicación interprofesional entre los distintos ámbitos del cuidado y los cuidados transicionales derivados.*

Explicación: Desde una perspectiva de atención integrada, resulta esencial establecer de manera clara y operativa los circuitos asistenciales, así como definir los roles y competencias de las figuras de coordinación, con especial énfasis en la gestión de casos en salud. Este enfoque debe incluir el diseño y fortalecimiento de las estructuras de salud digital, que actúan como elementos clave para garantizar la provisión eficiente y sostenible de los servicios. Asimismo, es imprescindible asegurar que la población residente en centros sociosanitarios tenga acceso, en condiciones de equidad y accesibilidad, a los mismos planes de salud, cuidados y programas de promoción del autocuidado que el resto de la ciudadanía. Para ello, será necesario articular estrategias específicas que minimicen las barreras estructurales y maximicen la efectividad de las intervenciones en este ámbito, alineadas con las políticas de salud pública y los objetivos estratégicos del SNS**.**

Resultado

R1: Incluir en el modelo de práctica profesional elementos de coordinación y comunicación entre los distintos ámbitos del cuidado: 2025-2026.

R2: Consensuar con el organismo público competente en materia de gestión y coordinación de la atención social la implantación de las líneas de coordinación y comunicación interprofesional entre diferentes ámbitos del cuidado: 2025-2026.

O.E.2.6. Impulsar y monitorizar la implantación del modelo de práctica profesional consensuado desde el Comité de Cuidados en Salud del SNS

ACCIÓN O.E.2.6.1 *Aprobación del modelo de práctica profesional establecido (mediante consenso) desde el Comité de Cuidados en Salud del SNS y su plan de implantación en el CISNS.*

Explicación: Una vez consensuado el modelo de práctica profesional desde el Comité de Cuidados en Salud del SNS, es esencial respaldar a las CC.AA. e INGESA en su implementación homogénea en todo el territorio nacional. Para ello, se presentará ante el CISNS tanto el documento de consenso como un plan de implantación, elaborado junto con la Línea 3. Este plan incluirá una propuesta con las modificaciones necesarias en el sistema de selección y contratación de personal, la identificación de las administraciones competentes para llevar a cabo los cambios, así como un cronograma de actuaciones detallado. El desarrollo del plan se realizará en consenso con los principales actores del Comité de Cuidados en Salud, como asesores de las líneas estratégicas, la Comisión Permanente, el Comité Institucional y el Comité Científico-Técnico, así como con los grupos responsables de la regulación de los recursos humanos en enfermería incluyendo las organizaciones sindicales del Ámbito de Negociación y otros órganos de gestión y planificación del sector salud, con el fin de garantizar una implantación efectiva y coordinada. Tanto el modelo de práctica profesional como su plan de implantación integrarán una perspectiva de igualdad de género asegurando la capacitación de los profesionales de la salud en prácticas inclusivas que promuevan la equidad de género en la atención y en el entorno laboral.

Resultado:

R1: Consensuar un plan de implantación del modelo de práctica profesional: 2025-2026.

R2: Aprobación en el pleno del CISNS del modelo de práctica profesional consensuado desde el Comité de Cuidados en Salud del SNS y su plan de implantación: 2025-2026.

ACCIÓN O.E.2.6.2 *Seguimiento y monitorización de la implantación del modelo de práctica profesional consensuado desde el Comité de Cuidados en Salud del SNS.*

Explicación: El plan de implantación contará con una serie de indicadores de proceso y de resultado que se emplearán para el seguimiento y monitorización de la implantación del modelo en las diferentes CC.AA. e INGESA, así como de un cronograma de implantación. En la construcción de dichos indicadores se definirá la situación en el año 2025 a fin de poder evaluar el progreso y los resultados obtenidos. Se acordará con las CC.AA. e INGESA la periodicidad de la evaluación incluyéndose, al menos, una evaluación al final de la estrategia (año 2027) y una evaluación intermedia.

Resultado:

R1: Definición y aprobación de un sistema de indicadores para la monitorización de la implantación del modelo de práctica profesional: 2025.

R2: Al menos, una evaluación de la implantación del modelo al finalizar la estrategia: 2027.

ACCIÓN O.E.2.6.3 *En el marco del principio normativo Salud en todas las políticas y de las políticas preventivas sobre los determinantes de la salud, se facilitará la participación de los sistemas de gobernanza ya constituidos en el SNS y en el conjunto de Comunidades y Ciudades Autónomas.*

Explicación: Para la implantación, el desarrollo y seguimiento del modelo de práctica profesional consensuado desde el Comité de Cuidados en Salud del SNS, se posibilitará la colaboración de los diferentes órganos de participación formalmente constituidos en el conjunto de las CC.AA. y Ciudades Autónomas, cuyo objetivo sea la promoción de salud y la prevención de la enfermedad y la discapacidad.

Resultado:

R1: Definición de los diferentes órganos o estructuras de participación constituidos en el SNS y en el conjunto de las CC.AA. y ciudades autónomas. 2027.

R2: Diseño marco de un circuito/protocolo de coordinación que propicie que el modelo de práctica profesional consensuado desde el Comité de Cuidados en Salud se oriente al debate y la participación intersectorial en los órganos constituidos para la promoción de salud. 2027.

L.E.3 DESAROLLO COMPETENCIAL EN CUIDADOS

Objetivo general: Impulsar y reorientar las competencias en cuidados de la salud de las diferentes posiciones y roles profesionales implicados en el ámbito de los cuidados, así como promover los cambios normativos, organizativos y formativos que permitan su implantación de manera alineada con el modelo de práctica profesional consensuado desde el Comité de Cuidados en Salud.

O.E. 3.1. Definir los itinerarios de desarrollo competencial para las diferentes posiciones y roles profesionales implicados en el ámbito de los cuidados (enfermeras generalistas, especialistas, otras figuras enfermeras [como la enfermería de práctica avanzada] y TCAE)

ACCIÓN O.E.3.1.1 *Desarrollar una propuesta de itinerario formativo que debería tener cada profesional asociado a cada uno de las diferentes posiciones y roles profesionales que forman parte del modelo de práctica profesional consensuado desde el Comité de Cuidados en Salud, en colaboración con los organismos públicos competentes en dicha materia.*

Explicación: Se propondrá el establecimiento de itinerarios formativos adecuados para cada posición y rol profesional identificado en el modelo de práctica profesional, con el fin de mejorar la provisión de cuidados de salud. Estos itinerarios se diseñarán en colaboración con los organismos públicos competentes y los responsables de la regulación de los recursos humanos en enfermería y de la organización del sistema sanitario, incluyendo los que forman parte de las organizaciones sindicales del Ámbito y otros órganos de gestión y planificación del sector salud. Se dará prioridad a aquellos itinerarios que requieran formación específica para asegurar un cuidado seguro y de calidad, con especial interés a los dirigidos a especialistas, así como aquellas posiciones que puedan asumir prácticas avanzadas y otros roles que, de verse necesario y, por consenso, necesiten mayor atención formativa.

Resultado:

R1: Documento de recomendación de itinerarios formativos para las posiciones y roles profesionales consensuados. 2025-2026.

ACCIÓN O.E.3.1.2 *Diseñar las recomendaciones para implantar el itinerario formativo resultante de la anterior acción y asociado a cada uno de las diferentes posiciones y roles profesionales que forman parte del modelo de práctica profesional consensuado desde el Comité de Cuidados en Salud.*

Explicación: Para la implantación efectiva en los servicios de salud de las CC.AA. e INGESA de los itinerarios formativos establecidos se pretende elaborar recomendaciones o, en su caso, alianzas con los órganos competentes en esta materia para que el itinerario formativo asociado a cada posición y rol profesional identificado sea lo más homogéneo y cohesionado en el territorio. Asimismo, se trabajará la actualización de los programas formativos de las especialidades que, tras el análisis realizado, se considere necesario modificar para dar respuesta a las necesidades de la población de forma integrada con el modelo de práctica profesional consensuado desde el Comité de Cuidados en Salud.

Resultado:

R1: Documento de recomendación de implantación. 2026- 2027.

R2: Actualización de los programas formativos de las especialidades priorizadas. 2026-2027.

ACCIÓN O.E.3.1.3 *Identificar los sistemas de reconocimiento, de acreditación y certificación recomendados para las diferentes posiciones y roles profesionales que formen parte del modelo de práctica profesional consensuado desde el Comité de Cuidados en Salud, en colaboración con los organismos públicos competentes en dicha materia.*

Explicación: Teniendo en cuenta el modelo de práctica profesional consensuado y el desarrollo del itinerario formativo para las diferentes posiciones y roles profesionales, se analizarán y consensuarán, con todos los actores implicados, una serie de criterios o elementos mínimos que conformen el sistema de reconocimiento, acreditación y certificación como recomendación estatal.

Resultado:

R1: Documento de recomendaciones sobre los requisitos de sistemas de reconocimiento, de acreditación y certificación. 2026-2027.

ACCIÓN O.E.3.1.4 *Fomentar la adaptación de la práctica de cuidados a la Estructura del Marco Español de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente (MECU).*

Explicación: El objetivo es analizar y definir los pasos necesarios para la configuración de un sistema de acceso a puestos de trabajo en función del nivel académico y profesional que pueda ser complementado con un sistema de definición de puestos atendiendo a niveles de responsabilidad. Para ello, se pondrá en marcha un grupo de trabajo formado por expertos asesores de la línea 3, asesores externos y representantes de las CC.AA., para elaborar una serie de recomendaciones para adaptar la práctica de cuidados a la Estructura del Marco Español de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente (MECU)[87]. Dichas recomendaciones se elevarán al Comité de Cuidados en Salud y, posteriormente, al organismo decisor competente.

Resultado:

R1: Documento de propuesta de recomendaciones de adaptación de la práctica de cuidados a la Estructura del Marco Español de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente (MECU). 2024-2025

O.E.3.2. Adaptar el marco normativo relacionado con los cuidados en el SNS

ACCIÓN O.E.3.2.1 *Analizar el marco normativo estatal relacionado con los cuidados.*

Explicación: Se llevará a cabo un análisis de la normativa vigente para identificar los cambios normativos necesarios para el desarrollo competencial de las diferentes posiciones y roles profesionales definidos en el modelo de práctica profesional consensuado desde el Comité de Cuidados. Con los cambios identificados se llevará a cabo una metodología de priorización teniendo en cuenta la previsión de reformas normativas programadas, el impacto esperado en la población y en el sistema sanitario o el desarrollo de otros planes y estrategias en salud. Con todo ello se clasificarán los cambios normativos necesarios a corto, medio y largo plazo.

Resultado:

R1: Documento de relación de normas, por orden de prioridad, y su articulado identificado susceptible de cambio. 2024-2027.

[87] Marco Español de cualificaciones. Disponible en: https://www.educacionfpydeportes.gob.es/mc/mecu/mecu.html

ACCIÓN O.E.3.2.2 *Elaborar una propuesta de actualización de las normas relacionadas con los cuidados y promover las modificaciones necesarias que permitan su avance y desarrollo en el SNS.*

Explicación: Siguiendo la priorización desarrollada en la acción O.E.3.2.1 el Comité de Cuidados en Salud emitirá propuestas para la modificación de la exposición de motivos, articulado y disposiciones adicionales o transitorias de la normativa susceptible de ser actualizada para el completo desarrollo competencial de las diferentes posiciones y roles profesionales definidos en el modelo de práctica profesional consensuado desde el Comité de Cuidados en Salud.

Resultado:

R1: Se presentan propuestas de actualización, al menos, para toda la normativa susceptible de modificación priorizada como a corto y medio plazo antes del 31 de diciembre de 2027. 2024-2027.

O.E.3.3. Definir y desarrollar las acciones necesarias para la adecuada implantación y desarrollo de las diferentes posiciones y roles profesionales incluidos en el modelo de práctica profesional consensuado desde el Comité de Cuidados en Salud y su plan de implantación.

ACCIÓN O.E.3.3.1 *Elaborar un documento de referencia que describa las competencias y áreas de práctica recomendadas para el desarrollo de las diferentes posiciones y roles profesionales que forman parte del modelo de práctica profesional consensuado.*

Explicación: Para la implantación efectiva en los servicios de salud de las CC.AA. e INGESA se considera oportuno elaborar un documento que recoja las competencias de las diferentes posiciones y roles profesionales para los ámbitos de atención primaria, hospitalaria, urgencias extrahospitalarias y sociosanitaria.

Resultado:

R1: Documento especifico de competencias para las diferentes posiciones y roles profesionales, según el modelo de práctica profesional, para los ámbitos de atención primaria, hospitalaria, urgencias extrahospitalarias y atención sociosanitaria.2025- 2027.

ACCIÓN O.E.3.3.2 *Definir los criterios para la incorporación y desarrollo de las diferentes posiciones y roles profesionales del modelo de práctica profesional en las CC.AA. e INGESA.*

Explicación: Para la incorporación efectiva y desarrollo de las diferentes posiciones y roles profesionales del modelo de práctica profesional consensuado desde el Comité de Cuidados en Salud en las diferentes CC.AA., se pretende desarrollar una serie de criterios y recomendaciones que agilicen la puesta en marcha en los diferentes territorios y que, a su vez, esté contextualizada a los diferentes puntos de partida de cada región. Dichas recomendaciones se elaborarán en consenso con los principales actores del Comité de Cuidados en Salud, en especial con los miembros del grupo de trabajo de la línea 2 y formarán parte del Plan de implantación del Modelo de Práctica Profesional consensuado desde el Comité de Cuidados en Salud del SNS, que será aprobado en el CISNS.

Resultado:

R1: Hoja de ruta con pautas para la implantación y desarrollo de las posiciones y roles profesionales del modelo de práctica profesional en las CC.AA. e INGESA. 2025-2026.

ACCIÓN O.E.3.3.3 *Establecer una hoja de ruta con los pasos necesarios para la implantación de las nuevas posiciones y roles profesionales definidos en el Modelo de Práctica Profesional consensuado desde el Comité de Cuidados en Salud.*

Explicación: En consenso con los principales actores del Comité de Cuidados en Salud (representantes de líneas estratégicas, Comisión Permanente, Comités Institucional y Científico-Técnico, y aquellos grupos que tienen un rol y competencias en la toma de decisiones sobre la regulación de los recursos humanos de enfermería y la organización de los sistemas sanitarios en España, incluyendo las organizaciones sindicales del Ámbito de Negociación y otros órganos de gestión y planificación del sector salud) se elaborará una hoja de ruta que formará parte del Plan de Implantación del Modelo de Practica Profesional para la incorporación de las nuevas posiciones y roles profesionales que hayan sido identificados y definidos previamente en el modelo. Esta hoja de ruta describirá los cambios organizativos y de gestión a desarrollar en la administración general del estado y/o en las CC.AA. e INGESA necesarios para la formación, selección e incorporación de los nuevos roles en el conjunto del SNS.

Resultado:

R1: Hoja de ruta para la implantación de las nuevas posiciones y roles profesionales definidos en el Modelo de Practica Profesional consensuado desde el Comité de Cuidados en Salud. 2025-2026.

L.E.4. VISIBILIZACIÓN Y LIDERAZGO

Objetivo general: Fomentar la visibilidad y el liderazgo de los cuidados en general y de las enfermeras y TCAE en particular en el ámbito nacional e internacional destacando tanto las figuras como los resultados en salud de sus acciones alineando los objetivos de España a los de la Organización Mundial de la Salud y resto de comunidad internacional en torno a la ciencia y las profesionales del cuidado.

O.E. 4.1. Aumentar la visibilidad de las enfermeras y TCAE y el resultado de sus cuidados con un enfoque de cuidados en todas las políticas.

ACCIÓN O.E.4.1.1 *Elaborar un plan de comunicación para dar a conocer el valor añadido de los cuidados y las profesionales relacionadas.*

Explicación: Se pretende elaborar un plan de comunicación que favorezca la visión del cuidado y sus resultados en salud tanto para los medios de comunicación como para profesionales y población en general, con terminología adecuada al contexto social y normativo vigente.

Asimismo, se considera relevante destinar un espacio en la página web del Ministerio al Comité de Cuidados en Salud contribuyendo a la transparencia y rendición de cuentas con la ciudadanía, donde se podrá consultar el trabajo que se realice desde el Comité de Cuidados en Salud, el seguimiento del Marco Estratégico en Cuidados para la Salud, así como quiénes son las personas que trabajan en ello. Un segundo motivo de este espacio web es, sin duda, compartir información de calidad con la ciudadanía que puedan utilizar y esto revierta, por un lado, en un aumento de la salud de la población y, por otro lado, en un aumento del reconocimiento y satisfacción de las enfermeras y TCAE.

Igualmente, se introducirá la prescripción de recursos e información en temas sobre salud y cuidados por parte de las enfermeras y TCAE.

Dentro de la visibilidad de los cuidados parece imprescindible trabajar en este plan la mayor presencia de las enfermeras y TCAE y sus buenas prácticas dentro de los sitios web de las instituciones sanitarias y sociosanitarias.

La perspectiva de género en este plan será primordial.

Resultado:

R1: Plan de comunicación. 2025.

R2: Publicación en los medios de difusión del Ministerio de Sanidad del Plan de comunicación. 2025.

R3: Contar con un espacio en la página web del Ministerio de Sanidad al Comité de Cuidados en Salud y sus actuaciones. 2025.

R4: Informe sobre cómo dar visibilidad a los cuidados dentro de las Instituciones.2026

ACCIÓN O.E.4.1.2 *Diseñar/ elaborar formación y recursos sobre cómo informar a los medios de comunicación específicos para profesionales de salud relacionadas con los cuidados*

Explicación: Se propone desarrollar recursos específicos dirigidos a enfermeras y TCAE para facilitar su comunicación con los medios de comunicación. Estos recursos incluirán terminología adaptada al contexto social y normativo vigente, promoviendo una interacción más efectiva y profesional con la prensa. Asimismo, se fomentará la colaboración con periodistas para difundir avances, publicaciones científicas y proyectos realizados por los equipos de salud, con el objetivo de contribuir a la alfabetización en salud de la población.

Resultado:

R1: Realización de acciones tipo webinar con material de apoyo a la formación. 2026.

ACCIÓN O.E.4.1.3 *Fomentar lugares de encuentro en la comunidad con la ciudadanía y las profesionales de los cuidados*

Explicación: Por lo general, la población sana no es captada en su totalidad por los profesionales sanitarios entornos tradicionales de atención. Por eso, se propone que los profesionales de los cuidados amplíen este alcance y se acerquen a espacios donde ya se realicen encuentros comunitarios o actividades dirigidas a grupos específicos. Esto permitirá centrar las acciones de cuidados en poblaciones concretas, sin abarcar a toda la comunidad de manera general.

Resultado:

R1: Apoyo al fomento y realización de actividades de difusión en las que participen enfermeras y TCAE por parte de todos los actores implicados: 2025-2027.

ACCIÓN O.E.4.1.4 *Incorporar a las profesionales de los cuidados, su ciencia y visión, en las campañas de salud del Ministerio de Sanidad como profesional de valor en el continuum salud-enfermedad a lo largo de todas las etapas de la vida y en los diferentes niveles asistenciales*

Explicación: El proceso salud-enfermedad no puede comprenderse sin la participación de todos los profesionales implicados, destacando el papel fundamental de las enfermeras y TCAE, quienes tienen en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad dos de sus pilares principales. Por tanto, no deben de trasladarse a la ciudadanía como compartimentos estancos y sí como un todo interrelacionado. La visión del cuidado como valor en toda campaña.

Resultado:

R1: Campañas de salud elaboradas por el Ministerio de Sanidad con perspectiva de los cuidados. 2024-2027.

ACCIÓN O.E.4.1.5 *Establecer alianzas con los actores implicados en las políticas de salud y del cuidado para dar visibilidad al mismo.*

Explicación: Es fundamental sumar esfuerzos y establecer alianzas con organismos nacionales e internacionales de enfermería, interlocutores sociales en los distintos ámbitos de la profesión, sociedades científicas multiprofesionales y de cuidados, así como con todos los actores clave en la promoción del cuidado. Este enfoque resulta indispensable para maximizar el impacto de las acciones realizadas.

Resultado:

R1: Alianzas con los diferentes actores y participación del Ministerio de Sanidad en las mismas. 2025-2027.

ACCIÓN O.E.4.1.6 *Incorporar a las profesionales de los cuidados en las actividades necesarias para abordar los retos sociales globales en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La visión de los cuidados en todas las políticas.*

Explicación: Vivimos en un mundo donde los cambios climáticos son cada vez más veloces[88], el patrón sociodemográfico nos muestra que nos enfrentamos a nuevas necesidades[89] y el cambio epidemiológico ya ha llegado con el aumento de las enfermedades no transmisibles frente a las transmisibles[90]. Todo esto hace que las

[88] https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health?utm_source=chatgpt.com
[89] The future of sustainable health in the global economy (2024). International Journal of Research in Commerce and Management Studies 06(06):83-102 DOI:10.38193/IJRCMS.2024.6608
[90] https://academia-lab.com/enciclopedia/transicion-epidemiologica/?utm_source=chatgpt.com

profesionales de los cuidados deban posicionarse y tomar acciones para contribuir desde su profesión a los desafíos sociales y climáticos, así como deben favorecer este conocimiento a cómo afectará a la salud de la población. Las enfermeras, por su visión integral y su presencia en todos los eslabones del ámbito asistencial se encuentran en la posición ideal para ejercer de líderes de estrategias de adaptación al cambio climático y descarbonización del sistema sanitario[91].

Resultado:

R1: Elaborar un documento informativo sobre cómo las enfermeras y TCAE pueden realizar acciones en su práctica diaria para contribuir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. 2026.

R2: Colaborar en la elaboración de los documentos ministeriales sobre el cambio climático, las inequidades en salud, movimientos migratorios, salud en todas las edades y adaptación de los cuidados. 2025-2026.

R3: Enfermeras como agentes contra el cambio climático 2025-2026

O.E. 4.2. Posicionar a los cuidados enfermeros en la toma de decisiones estratégicas

ACCIÓN O.E.4.2.1 *Posicionar los cuidados enfermeros dentro del Ministerio de Sanidad como parte imprescindible de las políticas de salud.*

Explicación: Sabiendo que las profesionales del cuidado son un colectivo numeroso dentro del grueso de profesionales que prestan servicio en el SNS y conociendo la transición demográfica y epidemiológica que está produciéndose en nuestro país y que se acrecentará a medio plazo, es necesario contar dentro del Ministerio de Sanidad de una estructura estable para la toma de decisiones que afecten a los cuidados. Por ello se pretende crear un Comité de Cuidados en Salud dependiente del secretario de Estado de Sanidad que asegure la continuidad del Marco Estratégico para los Cuidados de Enfermería. Además, para llevar a cabo todo el trabajo alrededor del Marco Estratégico para los Cuidados de Enfermería, se necesita una dotación de recursos humanos específica y estable.

Para garantizar un consenso de todos los actores implicados en la implantación del Marco Estratégico para los Cuidados de Enfermería es imprescindible la constitución de varias estructuras: tanto la encargada de la recopilación y elaboración de

[91] Opinion Healthcare leadership for a climate resilient future. BMJ 2024; 387 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.q2159 (Published 14 October 2024)

los documentos, como de aquellas estructuras que validen y se comprometan en su ejecución, seguimiento e implantación.

Por otro lado, en otros organismos internacionales y países de nuestro entorno se han venido creando las "*Office of the Chief Nurse*" con el objetivo de trabajar en las políticas de salud en función de las características de los respectivos Sistemas sanitarios con enfoque de los cuidados.

Alinear los objetivos nacionales con los internacionales en la formulación de políticas sanitarias aparte de contar con puestos homólogos que tengan capacidad de comunicación formal e informal para mantener unos flujos de información adecuados, por ello parece imprescindible la creación de la figura de Chief Nursing and Midwifery Officer (CNO) (en nomenclatura utilizada por la OMS) como responsable Ejecutiva de Enfermería (en nomenclatura utilizada por la OMS).

Asimismo, la visión de los cuidados debe impregnar toda estrategia, plan o marco que hable de salud.

Resultado:

R1: Creación del Comité de Cuidados en Salud y fomento de una estructura estable dentro del Ministerio. 2024-2027.

R2: Creación de figuras internacionalmente reconocidas: *Chief Nursing and Midwifery Officer (CNO*) (en nomenclatura utilizada por la OMS) como responsable Ejecutiva de Enfermería (en nomenclatura utilizada por la OMS) y *Deputy Chief Nursing Officer* como directora de Cuidados en España. 2024.

R3: Participación de las enfermeras en las estrategias de salud del Ministerio. 2025-2027.

ACCIÓN O.E.4.2.2 *Impulsar la presencia de los cuidados enfermeros a niveles autonómicos y municipales como parte imprescindible para la toma de decisiones en políticas de salud.*

Explicación: En muchas de las CC.AA. está creada la figura de directora de Cuidados, sin embargo, esto no ocurre en todas. Por lo tanto, se considera importante evidenciar los resultados en gestión y salud de la incorporación en la estructura orgánica de los servicios de salud a una directora general de Cuidados con titulación de enfermera (y en otros cargos específicos que formen parte de la estructura administrativa y con capacidad para la toma de decisiones), para liderar todas aquellas políticas sanitarias o de recursos humanos que se desarrollen en las CC.AA. en relación con las profesiones de los cuidados. De igual manera la visión del cuidado parece imprescindible en las políticas municipales de salud y sus resultados.

Resultado:

R1: Informe del Comité de Cuidados en Salud sobre la necesidad de posicionar a las enfermeras como directoras generales de Cuidados en las CC.AA. y en espacios municipales 2025.

ACCIÓN O.E.4.2.3 *Asegurar la presencia de enfermeras en todos los organismos y/o estructuras donde se tomen decisiones en salud*

Explicación: Cualquier decisión relacionada con actividades que afecten directa o indirectamente con la mejora de la salud de la población, debe de ser tomada en conjunto por los profesionales competentes y, para ello se debe fomentar la presencia de las enfermeras y TCAE, ya que estas han tenido su participación en la toma de decisiones mermada a lo largo de los años.

Resultado:

R1: Elaboración de un informe donde se plasme la necesidad de establecer en los comités de dirección de hospitales y centros de salud, en órganos de gobernanza a cualquier nivel territorial y en asociaciones y sociedades científicas multiprofesionales un mínimo de representación enfermera igualitaria junto a otros profesionales de la salud y recomendaciones para impulsar la igualdad de género dentro de las instituciones. 2026-2027.

O.E. 4.3. Aumentar la colaboración y el desarrollo de las profesiones de los cuidados en el ámbito nacional e internacional

ACCIÓN O.E.4.3.1 *Favorecer el intercambio de Buenas Prácticas (BBPP) en el ámbito del desarrollo de las profesiones de los cuidados.*

Explicación: Se favorecerá la identificación, selección y difusión de buenas prácticas y se promoverá el desarrollo de estas a nivel autonómico, con especial énfasis en la incorporación de tecnologías digitales, sostenibilidad, innovación en la gestión y liderazgo.

Resultado:

R1*:* Número de buenas prácticas transferidas. 2027.

ACCIÓN O.E.4.3.2 *Participación en foros internacionales donde se definen las políticas internacionales para las profesiones de los cuidados.*

Explicación: En consonancia con las acciones internacionales anteriores y, para alinear los objetivos nacionales con los internacionales en la formulación de políticas sanitarias, parte de que las figuras representantes de las enfermeras españolas se reúnan periódicamente en el ámbito internacional y que España participe de estos encuentros.

Resultado:

R1: Asistir a las convocatorias de estos foros. 2025-2027.

L.E. 5. INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN CUIDADOS

Objetivo general: Promover el desarrollo de la investigación en cuidados y servicios de salud, generando evidencia para las políticas sanitarias y la práctica clínica, incluyendo un proceso de implantación y evaluación mediante indicadores que faciliten la identificación de su impacto y su efectividad, además de ofrecer apoyo metodológico a las actividades científicas realizadas por el resto de las líneas.

O.E. 5.1. Promover, entre las enfermeras, el desarrollo de la investigación y la innovación en cuidados y generar evidencia para la práctica clínica y las políticas sanitarias.

ACCIÓN O.E.5.1.1 *Identificar y analizar las estrategias existentes cuya finalidad incluya la investigación e innovación en cuidados a nivel nacional e internacional*

Explicación: La acción tiene como objetivo identificar las principales políticas, enfoques y programas implementados a nivel nacional e internacional, tanto por instituciones como por organizaciones, con el fin de promover la investigación y la innovación en cuidados entre las enfermeras. Además, se analizarán su estructura, objetivos, logros y desafíos. Este análisis permitirá identificar buenas prácticas, tendencias globales y oportunidades de mejora, adaptándolas al contexto local para fortalecer la investigación e innovación en cuidados y mejorar la calidad de los servicios de salud prestados a la población. Se prestará especial atención a aquellas iniciativas que favorezcan la integración de la investigación dentro de la jornada laboral.

Resultado:

R1: Informe de estrategias/iniciativas de promoción de la investigación en cuidados en organismos nacionales e internacionales. 2025-2026.

ACCIÓN O.E.5.1.2 *Definir las líneas prioritarias de investigación en cuidados a nivel nacional según las necesidades de la población y las necesidades de generación de conocimientos en el ámbito de conocimiento de los cuidados.*

Explicación: Esta acción se fundamenta en un análisis exhaustivo de las condiciones de salud prevalentes, las tendencias demográficas y los desafíos emergentes en el ámbito del cuidado. Se considera también la experiencia y las demandas de las enfermeras y otros actores clave en los cuidados, para desarrollar estrategias basadas en evidencia que optimicen la atención sanitaria. De esta manera, se fomenta la investigación orientada a mejorar los resultados en salud, la calidad de los cuidados y la eficiencia del sistema sanitario.

Resultado:

R1: Publicación y difusión de un documento marco que debería actualizarse cada 5 años. 2025.

ACCIÓN O.E.5.1.3 *Propuesta de creación/modificación de estructuras estables de investigación creadas, que permitan el desarrollo de la investigación y la innovación en cuidados*

Explicación: Esta acción tiene como objetivo presentar una propuesta para crear o modificar estructuras organizativas estables que faciliten y fomenten el desarrollo de la investigación y la innovación en cuidados de salud (aumento de la financiación a proyectos y ayudas a la difusión científica de calidad y divulgación a actores no científicos…). Estas estructuras podrían incluir la creación de unidades de investigación e innovación centradas en los cuidados con profesionales sanitarios titulados, redes de colaboración entre instituciones, programas de formación o el fortalecimiento de la financiación y apoyo logístico para proyectos de investigación e innovación en cuidados. El propósito es establecer un entorno institucional y recursos permanentes que garanticen la sostenibilidad y el crecimiento continuo de la investigación y la innovación en este campo, promoviendo la innovación y mejora en la calidad y seguridad de los cuidados en salud, así como mejorar las competencias en investigación de todas las enfermeras del ámbito asistencial.

Resultado:

R1: Observatorio de investigación en cuidados en colaboración con la Acción Estratégica en Salud. 2026-2027.

ACCIÓN O.E.5.1.4 *Publicación de un repositorio abierto, de carácter bienal, donde se recojan, con suficiente cobertura y profundidad, los grupos de investigación en cuidados, su actividad y las contribuciones enfermeras a la investigación en cuidados que hayan demostrado su impacto en la agenda nacional e internacional,*

Explicación: Este repositorio tendría como objetivo poner a disposición pública los datos sobre los diferentes equipos, sus líneas de investigación, proyectos en curso y resultados obtenidos. Al ser de acceso abierto, facilitaría la colaboración entre el personal investigador, fomentaría la visibilidad de las investigaciones en cuidados y permitiría a profesionales de la salud, instituciones y responsables políticos conocer las iniciativas más relevantes en este campo. La actualización bienal garantizaría que la información sea actual, precisa y útil para la toma de decisiones y la planificación estratégica.

Resultado:

R1: Repositorio nacional de grupos y actividad investigadora en cuidados. 2025-2026.

ACCIÓN O.E.5.1.5 *Favorecer el acceso y/o utilización de recursos existentes de resultados científicos que favorecen la práctica clínica*

Explicación: Esto incluye bases de datos, publicaciones, guías clínicas y otras fuentes de evidencia científica que pueden ser aplicadas directamente en el entorno clínico para optimizar la atención al paciente. Al promover el acceso a estos recursos, se busca que los y las profesionales de la salud cuenten con la información más actualizada y validada para tomar decisiones basadas en la evidencia. De este modo, se impulsa una práctica clínica más eficaz, segura y alineada con los últimos avances en investigación, lo que contribuye a una mejor calidad en la atención sanitaria.

Resultado:

R1: Establecimiento de acuerdos necesarios para el acceso universal a dichos recursos. 2025-2026.

O.E. 5.2. Proponer un sistema de indicadores en cuidados para todas las CCAA que evalúe el impacto y efectividad de las intervenciones en cuidados

ACCIÓN O.E.5.2.1 *Establecer factores y criterios relacionados con la complejidad e intensidad de cuidados, que permitan medir la actividad, seguridad, calidad y productividad de la prestación de cuidados con criterio de seguridad (en colaboración con las Líneas 1 y 2)*

Explicación: En colaboración con las Líneas 1 y 2, se busca definir factores y criterios que midan la complejidad de cuidados bajo criterios de seguridad, con el fin de garantizar una atención de calidad y eficiente. Dichos factores permitirán evaluar cómo se relacionan las intervenciones de enfermería con la intensidad de cuidados requeridos por pacientes y usuarios/as, y la dotación segura del personal de enfermería. Al medir la complejidad e intensidad de cuidados, de forma objetiva y alineada con criterios de seguridad, se podrán identificar tanto la calidad de las intervenciones como la eficiencia del equipo en la provisión de cuidados.

Resultado:

R1: Revisión de la literatura existente sobre sistemas de cálculo de la dotación segura del personal de enfermería. 2025-2026

ACCIÓN O.E.5.2.2 *Elaborar una propuesta de indicadores sensibles que midan la actividad enfermera en todos los contextos, con el objetivo último de crear un conjunto mínimo básico de datos de dicha actividad.*

Explicación: La acción consiste en diseñar una propuesta de indicadores sensibles y específicos que permitan medir de manera precisa la actividad de los profesionales de enfermería en distintos contextos asistenciales, así como el impacto en salud de dicha actividad. La finalidad última es crear un conjunto mínimo básico de datos que unifique y estandarice la información sobre la actividad enfermera y su impacto en salud, facilitando así su análisis, comparación y seguimiento a nivel institucional y de sistema. Esto permitirá una mejor visibilidad de la contribución de la enfermería en los resultados de salud y contribuirá a la toma de decisiones informadas para mejorar la planificación de recursos y la calidad asistencial. Lejos de pretender fiscalizar la calidad del trabajo **enfermero**, se presentan como una oportunidad para visibilizar su contribución al proceso de atención sanitaria. Además, facilitan la optimización de la gestión de recursos humanos, la reducción de riesgos y la mejora de los resultados clínicos, garantizando un entorno más seguro para pacientes, usuarios y profesionales. La implementación de indicadores de calidad en enfermería permite evaluar y medir el desempeño de los servicios, identificando áreas de mejora y promoviendo la excelencia en la atención.

Resultado:

R1: Propuesta de un conjunto indicadores de indicadores sensibles al cuidado enfermero, comunes al Sistema Nacional Salud. 2026-2027.

ACCIÓN O.E.5.2.3 *Elaborar una propuesta de consenso con los Sistemas de Información Sanitaria y la Subdirección General de Información Sanitaria para incluir los indicadores que se obtengan de la anterior propuesta, teniendo en cuenta aquellos que ya miden los Centros comprometidos con la Excelencia en centros sanitarios del SNS.*

Explicación: La acción consiste en trabajar conjuntamente con el área de Salud Digital para desarrollar una propuesta que permita integrar los indicadores previamente identificados. Esta propuesta debe ser fruto del consenso entre las partes y enfocarse, en aquellos indicadores que ya son utilizados por los Centros Españoles

Comprometidos con la Excelencia en el Sistema Nacional de Salud, aprovechando su experiencia, y asegurarse de que las métricas incluidas sean pertinentes, factibles, efectivas y alineadas con los objetivos de Salud Digital.

Resultado:

R1: Propuesta de un conjunto mínimo básico de datos de la actividad enfermera. 2026-2027.

R2: Realización de recomendaciones para crear una estrategia que permita incluir indicadores de cuidados globales en los sistemas electrónicos de información sanitaria de todas las CC.AA. .2026-2027.

O.E. 5.3 Promover la síntesis, transferencia e implantación de evidencias y prácticas innovadoras en cuidados.

ACCIÓN O.E.5.3.1 *Desarrollar un grupo de trabajo dentro de la Evidence-informed Policy Network (EVIPNet) Europe, en colaboración con el Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia (CECBE), para desarrollar informes que apoyen las decisiones políticas que afectan a los cuidados.*

Explicación: Este grupo de trabajo combinará la experiencia en la generación y uso de evidencia científica con el conocimiento en cuidados, permitiendo que responsables políticos cuenten con información rigurosa y actualizada para formular políticas más efectivas y alineadas con las necesidades reales del sector sanitario. A través de revisiones e informes, se facilitará la incorporación de la mejor evidencia disponible en la planificación y mejora de los cuidados, impulsando decisiones informadas que fortalezcan la calidad y seguridad en la atención sanitaria. El CECBE, es un centro de referencia nacional e internacional en la síntesis, innovación, difusión e implantación de los cuidados de salud basados en la evidencia.

Resultado:

R1: Grupo de trabajo formalmente constituido en CECBE y EVIPNet. 2025-2026.

ACCIÓN O.E.5.3.2 *Estrechar la colaboración con CECBE, donde están representadas todas las CC.AA., para extender el uso de prácticas de cuidados basadas en la evidencia.*

Explicación: Los Centros Comprometidos con la Excelencia son referentes en la adopción de intervenciones de calidad que se sustentan en la investigación científica y la mejora continua. Al estrechar esta colaboración, se busca compartir conocimientos,

experiencias y estrategias exitosas que promuevan el uso generalizado de prácticas innovadoras y efectivas, lo que permitirá mejorar los resultados de salud y garantizar una atención más segura y eficiente en todo el territorio. Esta acción refuerza la cohesión entre las comunidades autónomas y fomenta un enfoque de cuidados homogéneo y basado en la mejor evidencia disponible.

Resultado:

R1: Informe de indicadores de éxito: mayores tasas de adopción de prácticas innovadoras y basadas en evidencias, mejores resultados para los pacientes vinculados con estas intervenciones, mayor participación en programas de capacitación sobre innovación y comentarios positivos de los equipos de enfermería con respecto a la practicidad y la eficacia de los nuevos métodos. 2025-2026.

O.E. 5.4. Elaborar evidencias y documentos de apoyo a las demás líneas de trabajo

ACCIÓN O.E.5.4.1 *Establecer un circuito de demanda y resolución de las peticiones de información provenientes de otras líneas para dar apoyo metodológico a las actividades científicas realizadas por el resto de las líneas.*

Explicación: La acción tiene como objetivo crear un circuito eficiente para gestionar y resolver las peticiones de información que provengan de otras líneas o áreas de trabajo. Esto implica definir un proceso claro y estructurado que permita recibir, canalizar y responder a las solicitudes de manera oportuna y precisa. Establecer este circuito facilitará una comunicación más fluida entre las diferentes áreas, garantizando que la información solicitada esté disponible cuando se necesite, lo que contribuirá a una mejor coordinación, toma de decisiones y eficiencia operativa. Además, ayudará a evitar duplicidades y retrasos, asegurando que la gestión de información se realice de forma ordenada y con un enfoque en la resolución rápida y efectiva de las peticiones.

Resultado:

R1: Documento de apoyo a la demanda de información de las líneas de la estrategia. 2025

R2: Revisiones sistemáticas realizadas y documentos informativos de apoyo a las líneas estratégicas. 2025-2027.

R3: Proyectos solicitados a diferentes convocatorias nacionales e internacionales. 2026-2027

8. Seguimiento, implementación y evaluación

Este Marco se desarrollará a través de líneas, objetivos y acciones como se ha visto anteriormente.

Durante el segundo semestre de 2025, se publicarán los indicadores de proceso y de resultado, así como el cronograma detallado de las acciones con los que se monitorizará el seguimiento de este Marco Estratégico, una vez consensuados con sus respectivos Comités y aprobados en el seno del CISNS.

El organismo encargado del seguimiento, implementación y evaluación de la consecución de las acciones descritas en el punto 7, será el Comité de Cuidados en Salud, a través de su grupo de trabajo, denominado Comisión Permanente. Sin perjuicio de los plazos recogidos en cada una de las acciones, se realizarán dos evaluaciones completas del MECE: una intermedia en 2026 y una final en 2027.

Para aquellas acciones que se considere necesario se consensuará el contenido, alcance e implantación con representantes de todas las líneas estratégicas del Comité de Cuidados en Salud, con la Comisión Permanente, los Comités Institucional y Científico-Técnico, y aquellos grupos que tienen un rol y competencias en la toma de decisiones sobre la regulación de los recursos humanos de enfermería y la organización de los sistemas sanitarios en España, incluyendo las organizaciones sindicales del Ámbito y otros órganos de gestión y planificación del sector salud.

A modo de síntesis, se deja un esquema con el marco de gobernanza al respecto de este Marco Estratégico para los Cuidados de Enfermería.

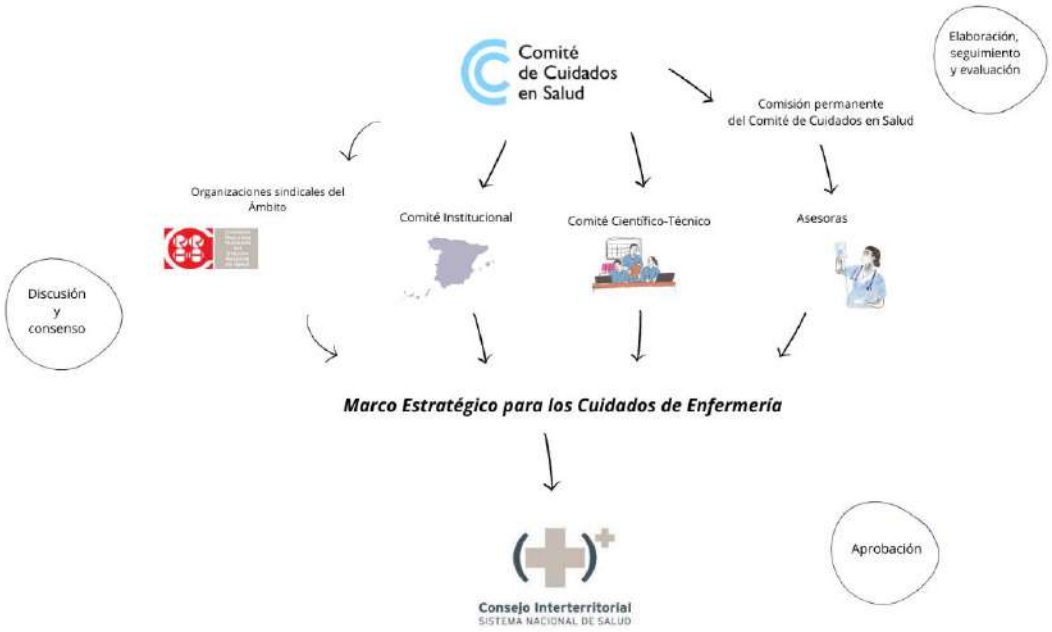

Figura 2. Marco de gobernanza del MECE. Elaboración propia.

ANEXO

Marco legislativo

- Constitución Española de 1978.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.
- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado (Anexo VIII se incluyeron, entre otras profesiones, la de enfermera especialista).
- Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo por el que se aprueba y publica el programa formativo de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
- Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo.
- Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica.
- Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica.
- Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental.
- Real Decreto 1027/2011, de 15 de julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES).

- Real Decreto Legislativo 1/2015 de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros y su posterior modificación a través del Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre.
- Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.
- Real Decreto 272/2022, de 12 de abril, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente (MECU).

MINISTERIO
DE SANIDAD