

TESIS DOCTORAL

SEGURIDAD CLÍNICA DE LOS ENFERMEROS EN ÉPOCA DE PANDEMIA

Santa Cruz de Tenerife, 2023

DOCTORANDO:

D. Florentino Pérez Raya.

DIRIGIDA POR:

Dr. D. José Ángel Rodríguez Gómez.

**Dr. D. JOSÉ ÁNGEL RODRÍGUEZ GÓMEZ, PROFESOR TÍTULAR DE
UNIVERSIDAD DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD
DE LA LAGUNA**

CERTIFICA:

Que D. Florentino Pérez Raya, ha realizado bajo mi dirección el
trabajo de tesis titulado:

**SEGURIDAD CLÍNICA DE LOS ENFERMEROS EN ÉPOCA DE
PANDEMIA.**

Dicho trabajo reúne las condiciones necesarias para optar al grado
de Doctor.

Y para que así conste, se expide el presente certificado.

La Laguna, 6 de octubre de 2023

José Ángel Rodríguez Gómez
Director de Tesis

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
La autenticidad de este documento puede ser comprobada en la dirección: <http://sede.ull.es/validacion>

Identificador del documento: 5898759 Código de verificación: K0M6115H

Firmado por: José Ángel Rodríguez Gómez
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 07/10/2023 11:02:57

DEDICATORIA

A M^a Carmen, mi esposa durante 52 años y a la que debo todo. Un ser maravilloso que siempre me animó en los momentos más duros de estos años para darme fuerzas y terminar el camino que me marqué.

A mis hijos Tino, M^a Angeles y Rocío (enfermera de profesión), a los que tengo siempre presentes.

A mis padres, que desde el cielo estarán muy orgullosos, porque mi padre también era profesional de la sanidad (practicante de la beneficencia en Córdoba), y que seguro estará muy gozoso en estos momentos.

A mis hermanos Rafi (Enfermera), Pili, Eduardo, Carlos (Enfermero) y Estrella, que cuando decidí no jubilarme hace 11 años me insistieron en que no cometiera esa locura, pero que tras mis explicaciones y mis inquietudes me apoyaron en todo momento y pude seguir mi camino hasta el día de hoy.

Y no puedo olvidar nunca a mis nietas, Piti, Blanca, Irene, Almu y el único varón Álex a los que quiero con toda mi alma.

Todos me han dado fuerzas para continuar hasta conseguir este gran logro.

AGRADECIMIENTOS

Enormes para mi director de tesis, mi buen compañero y amigo José Angel Rodríguez Gómez y a su esposa Mercedes Novo Muñoz, grandes profesionales en todos los campos.

A Raquel Rodríguez Ilanos, a Pilar Fernández Fernández, a José Luis Cobos Serrano, a Diego Ayuso Murillo y a mi ejecutiva anterior y actual, que tanto me han respaldado en estos años de presidencia del Consejo General de Enfermería y como no a los miembros de las juntas de gobierno del Colegio de Enfermería, de Córdoba y pleno del Consejo andaluz de enfermería, que durante 30 años estuvieron colaborando y apoyándome para lograr una gran profesión enfermera en mi querida Córdoba y región andaluza.

A los presidentes de los 52 Colegios de Enfermería de España, con nuestras discrepancias y apoyos siempre mayoritarios.

A los empleados del Colegio de Enfermería de Córdoba, a los del Consejo Andaluz, a los del Consejo General, a sus técnicos, a mis colaboradores directos, como es Manuel Mateos Díaz, secretario de la presidencia, muchos recuerdos y vivencias, después de tantos años de dedicación a la profesión enfermera de la que me siento tan orgulloso.

Comencé en el año 1970 como profesional sanitario, luego compaginando con la labor sindical y en el año 1988, ya con responsabilidad colegial institucional en presidencia del Colegio de Enfermería de Córdoba y del Consejo Andaluz de Enfermería.

Cinco años más tarde, incorporándome primero como vicepresidente segundo del Consejo General de Enfermería de España, y desde el 16 de octubre de 2017 (mi onomástica) como Presidente de dicha Corporación.

Tanto me ha gustado siempre mi profesión que desde hace 11 años pude jubilarme y no lo hice por varias razones, y una de ellas, de gran importancia para mí, como ha sido quitarme ese prurito de tantos años que hoy asumo, “ser doctor por la Universidad de la Laguna”.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.	7
1.1. Neumonía por Cov. y el año Internacional de las enfermeras.	7
1.2. Gestión de la Crisis Sanitaria. Decreto de estado de Alarma.	9
1.3. La Pandemia. La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). El Consejo Internacional de Enfermería. (C.I.E.) Y el Consejo General de Enfermería (CGE).	10
1.4. PROBLEMA.	20
1.5. ANTECEDENTES.	21
1.5.1. La Organización de la Atención sanitaria en España.	21
1.5.2. La Constitución Española y la Ley General de Sanidad.	24
1.5.3. Servicios de Salud en España.	25
1.5.4. Atención especializada, primaria. Pública y privada.	26
1.5.5. El Sistema Nacional de Salud español y las enfermeras.	27
1.5.6. Impacto en el Sistema de Salud en periodo COVID.	29
1.5.7. Enfermeras colegiadas y enfermeras que trabajan en los servicios públicos del Sistema Nacional de Salud.	35
1.6. MARCO CONCEPTUAL.	47
1.6.1. COVID-19.	47
1.6.2. La Enfermera en España y Europa.	61
1.6.3. La Organización Colegial de Enfermería. Los Colegios Profesionales.	68
1.6.4. Cultura Preventiva. Prevención de riesgos laborales.	72
1.6.5. Códigos Deontológicos. El deber de cuidado.	78
1.7. JUSTIFICACIÓN.	86
1.8. OBJETIVOS.	88
2. MATERIAL Y MÉTODO	89
2.1. Población, muestra y muestreo.	89
2.1.1. Población de estudio.	89
2.1.2. Muestra.	92
2.1.3. Muestreo.	93

2.2. Cuestionario y encuesta.	93
2.3. Tratamiento estadístico.	94
2.4. Trabajo de campo.	94
2.5. Anonimato y confidencialidad.	95
2.6. Control de calidad.	95
2.7. Método de trabajo.	95
2.7.1. Reuniones y entrevistas.	95
2.7.2. Tiempo para realizar la entrevista.	95
2.7.3. Pretest cognitivo.	95
2.7.4. Pilotaje del formulario.	96
2.7.5. Método de recogida de datos.	96
2.8. Procesamiento de datos.	96
2.9. Consideraciones éticas / autorizaciones.	96
2.10. Limitaciones.	97
3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	98
4. CONCLUSIONES	126
5. BIBLIOGRAFÍA	128
6. ANEXOS.	147
6.1.-Anexo I (Comunicado CGEE suspensión actividad marzo 2020)	148
6.2.-Anexo II (Escrito presidencia Gobierno solicitando material EPI)	151
6.3.-Anexo III (Comunicado conjunto profesiones sanitarias)	155
6.4.-Anexo IV (Solicitud permiso para la compra de mascarillas)	161
6.5.-Anexo V (Presentación Acciones Penales)	166
6.6.-Anexo VI (homenaje de Estado 2020)	169
6.7.-Anexo VII (Ley de medidas procesales Covid-19)	171
6.8.-Anexo VIII (Videoconferencia de Sus Majestades los Reyes)	198
6.9.-Anexo IX (homenaje de Estado 2021)	201
6.10.-Anexo X (Gran Cruz Orden Civil Sanidad)	203
6.11.-Anexo XI (acto memorial 2022).	207
6.12.-Anexo XII (Auto cuestionario)	209
6.13.-Anexo XIII (Permisos)	214

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Neumonía por CoV. y el año internacional de las enfermeras.

En noviembre de 2019, en la provincia de Hubei, Wuhan en China, se informa de un caso de neumonía por un nuevo CoV, también del género beta, que inicialmente fue designado 2019-nCoV por investigadores en China. En diciembre de 2019, se identificó este nuevo coronavirus que provocaba una enfermedad infecciosa que producía un importante síndrome respiratorio atípico. El 11 de febrero de 2020 fue renombrado el virus como coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2) y la enfermedad se denominó como enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) (1).

Este anormal virus, con su desconocida enfermedad, parecía algo remoto en oriente. Para la mayor parte de la población europea, esta situación, era solo una realidad lejana, pero en pocas semanas, la epidemia se expandió e intensificó pasando desde China a los países vecinos de Asia y llegó rápidamente a Europa, tensionando y presionando los sistemas sanitarios en las áreas donde aparecían afectados (2).

Italia, Alemania y España fueron unos de los primeros países donde se expandió rápidamente. En la Gomera, en Canarias, el 31 de enero de 2020, el Ministerio de Sanidad confirmaba el primer caso de coronavirus en España: un ciudadano alemán, aislado en un hospital de La Gomera, en Canarias, donde había llegado como turista. Entonces, el SARS-CoV-2 acumulaba 213 muertos y unos 10.000 contagios confirmados en todo el mundo, provocando una emergencia de salud pública a nivel mundial. A las dos semanas de los primeros casos, el Gobierno español declaró el estado de emergencia, el 14 de marzo, para abordar la expansión del COVID-19 y hacer frente a su enorme presión sobre el sistema sanitario (3).

En España, como en otros países, impacta de manera inesperada, sin formación, sin información y sin recursos en el sistema de salud para atender a estos pacientes, lo que genera un periodo de indefensión de los propios profesionales sanitarios, que se contagian el doble que el resto de la población, actúan como vehículo de transmisión, y no existe, en general, una estructura de prevención, que es necesario construir desde todas las entidades e instituciones.

En España, desde la declaración del estado de emergencia, se realizaron diversas acciones para establecer los estados de alarma, necesarios desde el punto de vista del gobierno para poder imponer las medidas orientadas a la prevención, contención y coordinación de la infección por el Coronavirus. El proceso legislativo sobre la COVID-19 en este periodo fue inmenso, generándose legislación sobre todas las facetas de la vida humana y de la organización social del país, a través de la normativa estatal, por comunidades autónomas y locales. Durante este periodo, el Estado Español generó más de 35 Reales Decretos-Ley y Órdenes en relación a estos aspectos, que permitieron mantener el estado de alarma desde el 14 de marzo de 2020 hasta el 5 de julio de 2023 (3).

En la página de información del Gobierno de España pueden leerse normas sobre agricultura y pesca, comercio, cultura, radar Covid-19, deporte, educación, empleo, empresas, familia, fronteras, mascarillas uso obligatorio, medicamentos, productos sanitarios, vacunas, prevención e higiene de los espacios, registros de justicia, Residuos, salud, seguridad social, transportes, turismo, vivienda.

Curiosamente, el año 2020 era el año internacional de las enfermeras y matronas. La Cátedra de Enfermería de la Universidad de la Laguna publicaba en noticias ULL, el jueves 23 de abril de 2020, que:

“El Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado 2020 como el Año Internacional de las Enfermeras y Matronas. Se trata de una iniciativa que surge a nivel mundial con el objetivo de poner en valor sus aportaciones en el cuidado a las personas. Por ello, se trabajará para incrementar su visibilidad en la sociedad.

La población en general podrá participar en una gran oferta de actividades llevadas a cabo por enfermeras y matronas. Se proponen así mesas de debate, formación acreditada, conferencias, foros, jornadas para profesionales y usuarios, exposiciones y eventos en la calle, cuando sea posible. Las temáticas versarán sobre la escuela de salud, quiénes son los enfermeros, estrategias de cuidados o la sostenibilidad del sistema sanitario, entre otros.

Se trata de un calendario vivo que podrá incorporar nuevas actividades cada mes, aceptando todas aquellas propuestas que sean viables y de interés. Lógicamente, la situación generada por la crisis del COVID-19 está obligando a reestructurar y reorientar muchas de las actuaciones.”

Realmente los objetivos de visibilidad se consiguieron en exceso, pero a unos costes inestimables y con un esfuerzo como nunca se había realizado.

1.2. Gestión de la Crisis Sanitaria. Decreto de estado de Alarma.

La primera acción de importancia global que se produce en la gestión de la crisis sanitaria de la pandemia fue el Decreto de estado de alarma, con el confinamiento como acción de protección contra el contagio. Este hecho no conocido en etapas recientes de nuestro país generó, junto con la incertidumbre y la mortalidad del COVID, una situación de stress y ansiedad en la población, con efectos sobre la salud mental de las personas. En el personal sanitario este hecho se multiplicó, pues se presentaba un escenario donde el nivel de conocimiento sobre el virus, su capacidad de contagio, formas y evolución de la enfermedad era bajo. Las medidas que los enfermeros empiezan a promocionar se relacionaban con los cuidados preventivos y las técnicas de aislamiento y protección, uso de mascarillas, evitar contacto, lavado de manos, ventilación de espacios, uso de antisépticos y desinfectantes locales para la limpieza de espacios, en definitiva, medidas higiénicas. No existía vacuna ni tratamiento específico. Realmente, se inicia un espectacular esfuerzo de investigación y esfuerzo sanitario para cuidar a las personas con resultados espectaculares, en poco tiempo, como es la capacidad para disponer de una vacuna en un periodo récord, así como la capacidad en recursos humanos capaces y formados para vacunar a toda la población.

En la tabla 1, se presenta una cronología sobre la gestión de la crisis sanitaria de la pandemia por la COVID-19 en España.

Tabla 1.-Cronología de gestión de la crisis Pandémica en España

EVOLUCIÓN CRONOLÓGICA DE LA GESTIÓN DE LA CRISIS EN ESPAÑA	FECHA	ACCIÓN
Estado de Alarma	14 marzo 2020 hasta 21 junio 2020	-Confinamiento. -Acciones de protección.
Sin efecto estado alarma	28 abril 2020	Superación fases desescalada.
Situación “nueva normalidad”	25 octubre de 2020	Medidas de prevención, contención y coordinación.
Estado alarma “contener propagación de infecciones”. (25-10-2021)	Hasta 9 de mayo 2021	
Finalización Crisis Sanitaria	5 julio 2023	Finalización de crisis por Covid-19-19

Fuente: *Gobierno de España. Crisis sanitaria COVID-19-19. (3)*

1.3. La Pandemia. La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). El Consejo Internacional de Enfermería. (C.I.E.) Y el Consejo General de Enfermería de España (C.G.E.E.).

El Director General de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, anunció el 11 de marzo de 2020 que la nueva enfermedad por el Coronavirus 2019 (COVID-19) podría caracterizarse como una pandemia. El 20 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote de la COVID-19 como pandemia. El Consejo Internacional de Enfermeras (C.I.E.) declara, desde el 20 de febrero de 2020, la necesidad de disponer de equipos de protección para que las enfermeras puedan afrontar el cuidado a los pacientes de COVID-19 (4).

El Consejo General de Enfermería de España (C.G.E.E.), en el inicio del año 2020, reivindica más liderazgo en la gestión sanitaria para las enfermeras y mejores medidas de protección ante las infecciones.

Teniendo en cuenta el rápido crecimiento de incidencia de contagios entre la población en general y los profesionales en particular, el escaso material, la poca información, la falta de protocolos..., el CGEE comienza a publicar en sus medios y en notas de prensa la información sobre esta nueva infección y presta especial atención a la necesidad de ofrecer cuidados a la población.

Durante el mes de marzo, el CGEE junto con Asociaciones Científicas de Enfermería, genera documentación de exigencia de uso de Equipos de Protección

Individual (EPI), basándose en la normativa de prevención y niveles de riesgo de la atención de Enfermería en centros sanitarios y hospitales, apoyándose en la llamativa cifra de incidencia de enfermeras contagiadas o enfermeras en aislamiento domiciliario. La normativa de prevención y niveles de riesgo de la atención de Enfermería en centros sanitarios y hospitales, define como Exposición de alto riesgo: “aquellas situaciones laborales en las que se puede producir un contacto estrecho con un caso confirmado de infección por el SARS-CoV-2” (5).

Durante esta primera fase del estado de alarma en marzo de 2020, la capacidad para proteger a las enfermeras por parte del sistema sanitario, tal y como establece la legislación de prevención de riesgos laborales, era casi nula. Ausencia de material de protección, falta de protocolos de actuación, déficit de liderazgo del sistema sanitario, ..., eran algunos de los problemas que obligaron a la Organización Colegial, y otros Consejos Sanitarios a reclamar al gobierno medios de protección, EPIS y mascarillas para poder trabajar y un sistema de control que permitiera conocer el número real de enfermeras contagiadas por Comunidades Autónomas (Anexo I-III). En el primer Real Decreto por el que se establece el estado de alarma, se ordena la obligación de comunicar algunos datos epidemiológicos, pero no el de profesionales sanitarios enfermeros o en cuarentena, dato fundamental para organizar el sistema de trabajo y los criterios de protección y prevención (5,6).

En España, por ley, se protege a los trabajadores siguiendo normas que regulan este sector, la Ley 31 de 1995 de Prevención de riesgos laborales, promueve la seguridad y la salud de los trabajadores, en su art.14 sobre protección eficaz del trabajador en materia de seguridad y salud en el trabajo, establece el deber del empresario/administración pública de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales.

El art.15. Principios de la acción preventiva, establece que hay que sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro. Siempre hay que procurar las medidas que antepongan la protección colectiva a la individual, aportando las debidas instrucciones a los trabajadores.

El empresario o la administración, tomará en consideración las capacidades profesionales de los trabajadores en materia de seguridad y de salud, y garantizará que

sólo los trabajadores que hayan recibido información suficiente y adecuada puedan acceder a las zonas de riesgo grave y específico (7).

El Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo y el Real Decreto 773/1997, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual, establecen, en relación a los equipos de protección, que: el equipo deberá estar certificado en base al Reglamento (UE) 2016/425 relativo a los equipos de protección individual, lo cual queda evidenciado por el marcado CE de la unión europea, de conformidad (7). Estos breves comentarios relacionados con la seguridad ante agentes biológicos de los profesionales de la salud y en especial de las enfermeras, respalda la responsabilidad de los empresarios y responsables de las instituciones sanitarias, de disponer de adecuado material para afrontar las situaciones que se planteen y en concreto el de una epidemia, pandemia o situación sobreañadida a la atención sanitaria habitual.

Los recursos humanos en salud y en especial las enfermeras, cobran importancia en las emergencias de salud pública, como ocurre con la pandemia del COVID-19 y otras experiencias anteriores como el Ébola, los desastres bélicos y los desastres naturales. Todas estas situaciones exigen estrategias urgentes y acciones inmediatas para salvaguardar la salud y el bienestar de la población y por ello, es necesario salvaguardar la salud de los profesionales sanitarios. La mayor parte de la evidencia ha analizado e informado la importancia de los recursos humanos y plantean la necesidad de establecer planes de formación en Catástrofes y Emergencias para afrontar estas crisis y Pandemias (8).

Desde el brote en Europa, la Unión Europea emitió varias recomendaciones considerando el conocimiento científico general, incluido todo el consenso de la OMS al respecto (9,10). Estas recomendaciones han tenido como objetivo apoyar a los Estados miembros para formular planes nacionales contra una pandemia (11).

La demanda inmediata de atención al paciente en todos los niveles, especialmente para pacientes críticos que requieren asistencia respiratoria, puso de manifiesto las profundas dificultades y desafíos de los servicios sanitarios para prestar una atención de calidad y segura en las primeras oleadas, la alta demanda de pacientes

y la gravedad de los mismos, sobretensionó el sistema, generando enormes dificultades para atender a los pacientes con las medidas adecuadas de seguridad y protección. Los problemas aumentaron por la falta de materiales y equipos para garantizar la seguridad de los profesionales con medios adecuados, mascarillas, batas y en general, con equipos de protección individual (EPI), materiales para pruebas diagnósticas y respiradores. Sin duda, los desafíos más importantes correspondieron a la plantilla sanitaria, principalmente al hecho de que los miembros de las dos profesiones estratégicas, enfermeras y médicos, no estaban suficientemente formados para responder a esta nueva situación. En el caso de los enfermeros, no existían en España suficientes especialistas en las unidades de cuidados intensivos y de urgencias para atender la oleada de pacientes con problemas respiratorios agudos, ello obligó a establecer planes estratégicos de implementación en estas unidades y a verdaderas reconversiones de los Hospitales (13,14).

Como reconoció Catton, Director General del Consejo Internacional de Enfermeras: “esta nueva pandemia es un momento de desafío para la Enfermería, pero también para proteger, salvar, apoyar y honrar a las enfermeras”. Emergencias y desastres anteriores, han demostrado que los servicios sanitarios necesitan la reubicación en caso de emergencias, el traslado de enfermeras y médicos de diferentes unidades a la unidad de cuidados intensivos (UCI) o a otros servicios estratégicos, así como el refuerzo en plantilla de estas unidades (12,13).

Investigaciones previas y actuales, también han mostrado un espectro crítico de impactos psicosociales en los profesionales sanitarios y la población. Wang, Durante la fase inicial del brote de COVID-19 en China, publicó que más de la mitad de los profesionales sanitarios encuestados en la primera fase de los contagios, calificaron su impacto psicológico como moderado a grave, y alrededor de un tercio informó ansiedad de moderada a grave. El sexo femenino, el estado estudiantil y los síntomas físicos específicos, se asociaron con un mayor impacto psicológico del brote y mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión (15-17).

Ante este escenario, el Consejo General de Enfermería de España (CGEE) puso en marcha acciones para informar a los políticos y a los interesados para garantizar unas condiciones laborales y de salud seguras para las enfermeras. Al CGE, como organismo

regulador, le preocupaba que el impacto de la pandemia en las enfermeras pudiera afectar a su capacidad para prestar una atención de calidad y segura a las poblaciones. Este escenario implica la vulnerabilidad de las enfermeras a la infección y plantea dilemas éticos. Los limitados recursos y equipos de protección, la ausencia de estándares y directrices, y la falta de un conocimiento completo del comportamiento del coronavirus, son problemas subyacentes a la angustia psicológica y los problemas éticos. Esto conduce a una baja moral, asociada con dificultades en el trabajo para prestar atención, burnout y a otros problemas emocionales (18,19).

La primera acción llevada a cabo por el CGEE, tras una llamada del Ministerio a finales de marzo, fue la suspensión de sus actividades presenciales (cursos de formación, reuniones, congresos, ... y la recomendación a toda la Organización colegial de adoptar las mismas medidas. Inmediatamente se conformó desde el CGEE, un Comité de actuación que se puso a disposición del Ministerio de Sanidad para ayudar y apoyar las medidas que fueran necesarias. Se emitió un comunicado conjunto para dar a conocer esta iniciativa (Anexo II).

En este sentido, desde el CGEE se elaboraron una serie de documentos con información y directrices, así como vídeos para las enfermeras y la población en general, canalizados a través de la web institucional del CGE en 2020 (se pueden ver estos documentos en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/Covid-19>).

Simultáneamente, el CGEE lanzó una encuesta nacional para establecer las condiciones laborales de las enfermeras implicadas en la atención del COVID-19 y su impacto. Como se reconoce ampliamente, una encuesta es un instrumento fiable y rápido para obtener información de una gran población en un espacio de tiempo limitado y a un costo adecuado.

El objetivo principal del CGEE, era conocer cómo los Servicios Sanitarios Españoles estaban gestionando su compromiso de prestar una atención de Enfermería segura. Era fundamental averiguar las condiciones laborales de las enfermeras, su preparación y el posible efecto sobre su salud. Esta situación motivó esta primera investigación y posterior publicación, en el entorno del inicio de la COVID-19 en España (2).

Desde una primera etapa, los enfermeros españoles han sufrido una gran cantidad de infecciones por COVID-19 asociados a problemas de salud, tales como depresión, ansiedad. ¿Qué ocurrirá con las enfermeras en los próximos años o meses? , ¿Cómo han de atenderse estos problemas de salud, para mejorar la salud mental de este colectivo profesional? y ¿Cómo se podrá apoyar para mejorar y potenciar la capacidad enfermera en el Sistema Nacional de Salud?, son razones de peso para profundizar en el estudio de la situación de la Enfermería en época de pandemia y desde nuestro punto de vista, para construir un verdadero observatorio que realice el seguimiento de la situación de la profesión de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud Español.

Del total de casos confirmados de infección por SARS-CoV-2, hasta un 20 % correspondieron a profesionales de centros sanitarios. Según datos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS), en abril del año 2020 existían más de 52.000 sanitarios afectados por SARS-CoV-2 en España. En estudios de prevalencia de la enfermedad se observó una mayor susceptibilidad a la infección por SARS-CoV-2 entre personal sanitario (88%), cuya tasa de infección fue del 43%. La categoría laboral más afectada corresponde al personal de Enfermería (58,9%), con una tasa de infección del 49%. Respecto a los turnos, se asocia una mayor proporción de trabajadores infectados en los turnos rotatorios (35%), con una tasa de infección elevada (90%) (20).

Los trabajadores sanitarios no tuvieron tiempo suficiente para la formación sobre la enfermedad y sobre el uso de equipos de protección individual. Faltaba supervisión y orientación a los profesionales, así como mecanismos de seguimiento. Por otro lado, se reconoce que la falta de material para la protección, EPI y protocolos, amplificó aún más el riesgo de infección para los trabajadores de la salud (21,22).

El Consejo General de Enfermería dentro de sus responsabilidades de colaboración y protección de las enfermeras y personal sanitario solicitó permiso al Ministerio para la compra de mascarillas de seguridad (Anexo IV) e inicio acciones penales contra el presidente del Gobierno, el Ministro de Sanidad y altos cargos del Ministerio para que se exijan las responsabilidades en defensa de las enfermeras y enfermeros (Anexo V)

El 29 de marzo de 2022, el Servicio Canario de la Salud notificaba un total de casos positivos en Canarias de 333.243, el 15,3% de la población canaria (2.175.952

habitantes). Con un total de fallecidos de 1.633 y 317.910 con alta médica en este periodo, frente al 15,3% de población general contagiada, el nivel de contagio en profesionales sanitarios superaba el 40% (23).

La pandemia por SARS-CoV-2, ha tenido un elevado impacto a nivel social, y sanitario a nivel mundial. En España, se ha producido una elevada tasa de contagio en profesionales de la salud, y es necesario identificar los factores que han podido influir para poder desarrollar estrategias de prevención adecuadas que eviten el contagio, minimicen sus repercusiones y contribuyan a un control eficaz del riesgo.

Algunos autores plantean un total de 41.239 contagios de profesionales de la salud, donde el mayor porcentaje son enfermeras (48,3%) en este primer periodo, que además declaraban el enorme déficit de materiales de protección “EPI completos, mascarillas FPP2, FPP3, gafas de protección ocular y batas desechables, el porcentaje declarado fue inferior al 50%.” A fecha 30 de abril, los datos situaban a España como uno de los países con mayores cifras de contagio en profesionales sanitarios, con el 21,4% (21).

Son numerosos los autores e Instituciones que refieren la escasa dotación de materiales y métodos para la protección de los profesionales en la pandemia. Son los déficits de guías y procedimientos de formación para enfrentar una pandemia de este tipo, que relacionan, además, los contagios con contactos en el trabajo y con profesionales de la salud contagiados en porcentajes superiores a la población en general (21,23,24).

Desde que se inició la pandemia provocada por la COVID-19, los sanitarios han sido de los más perjudicados. Se han visto obligados a afrontar interminables jornadas de trabajo sin la protección adecuada, poniendo gravemente en riesgo su salud y la de los suyos. Por ello, muchos de ellos se vieron obligados a separarse de sus familias para protegerlas. A pesar de las medidas instauradas en los centros de salud, muchos de los sanitarios acabaron contagiados.

Según un estudio de Amnistía Internacional, Internacional de Servicios Públicos (ISP) y UNI Global Unión, señala que al menos 17.000 profesionales de la salud fallecieron en todo el mundo por COVID-19 en el año 2021. Además, estas

organizaciones instaron a adoptar medidas urgentes para acelerar y proteger a los profesionales sanitarios, que muchos de ellos fueron los primeros en contagiarse.

Según los datos arrojados por el Ministerio de Sanidad del mes de febrero, en España, en 2021, los sanitarios contagiados continuaban en aumento, en estas fechas ya publicaban como contagios un total de 73.183 sanitarios desde el inicio de la pandemia. Según las diferentes comunidades autónomas, las regiones con más profesionales sanitarios contagiados fueron:

Cataluña con 12.105

Andalucía con 8.562

Castilla y León con 6.588

En cambio, las comunidades autónomas con el número más bajo de contagiados han sido:

País Vasco con 3.230

Canarias con 1.161

Baleares 1.240

De los 73.183 profesionales contagiados, 46.427 contagios pertenecen al ámbito sanitario, es decir que se contagiaron dentro de un hospital o centro de salud. Los demás contagios se produjeron en diferentes entornos: 7.182 sanitarios se han contagiado en el ámbito domiciliario, 61 en el ámbito escolar, 6.564 en otros espacios laborales y 417 en un ámbito social.

Las informaciones sobre problemas asociados con la salud mental en la población general han sido numerosas, solo los relacionados con el confinamiento y problemas vinculados con la libertad de movimiento marcaron un hito.

En los profesionales de la salud, desde el inicio de la pandemia, son también muchos los problemas detectados y se vinculan con situaciones de estrés, ansiedad, problemas para el sueño, miedo al contagio personal y de la familia, toda esta situación de tensión psicológica en un periodo tan largo 2020-2023 y con el sobreañadido de tener que mantener una atención sanitaria en sistemas de salud tensionados, ha supuesto una sobrecarga profesional y laboral con consecuencias aún desconocidas.

Un estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que presenta resultados de varios países de la Región: (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, México, Perú y la República Bolivariana de Venezuela), recolectaron información en la primera medición del estudio, planteando que existen elevadas tasas de síntomas depresivos, ideación suicida y malestar psicológico. En el caso de los síntomas depresivos, en la mayoría de los países, entre 14,7% y 22,0% del personal de salud presentaba síntomas que permitían sospechar un episodio depresivo, con Chile como el país con la mayor proporción. En cuanto a la ideación suicida, las cifras fluctuaron entre 5% y 15% de los encuestados (27).

El principal impacto psicológico en las enfermeras durante la pandemia de COVID-19 estuvo relacionado con el miedo, la ansiedad, el estrés y la depresión. El miedo a infectar a los familiares o a ser infectados fueron los principales impactos percibidos por los enfermeros.

Este impacto psicológico de las enfermeras en este periodo de pandemia viene respaldado por diversos informes, algunos de ellos clasifican a la profesión de Enfermería como de las más estresantes.

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH), ha clasificado a la Enfermería como la doceava profesión más estresante, y la más estresante de todas las profesiones de la salud (15).

Además, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) informó que, más de 600 enfermeras de todo el mundo habían muerto de COVID-19, hasta el 3 de junio de 2020.

En estudios con enfermeras de cuidados intensivos, se presentan como principales resultados que: el nivel de ansiedad generado por la situación de mortalidad por COVID-19, en las enfermeras que trabajan en las unidades de cuidados intensivos, se asocia con la edad, las horas de trabajo por semana, la maternidad, cuidado de pacientes que necesitan atención al final de la vida, los casos de participación directa en operaciones de reanimación, los casos de observación de muerte del paciente y la satisfacción con el equipo de protección personal ($P < 0.05$) (28).

Por ello, concluyen que: “Aumentar la conciencia de las enfermeras sobre las situaciones críticas de COVID-19, las medidas de gestión, mejorar el ambiente de

trabajo, el apoyo social y aumentar el equipo de protección personal, parecen ser los factores efectivos para proteger a las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos contra COVID-19 y reducir la ansiedad por la muerte” (28).

Un estudio en China, donde comenzó el brote de COVID-19, evaluó los efectos psicológicos en 4.692 enfermeras que trabajaban en hospitales designados por el gobierno durante la pandemia. Los hallazgos mostraron que la salud mental de las enfermeras de primera línea era generalmente pobre, con un 42,7% de ellas experimentando síntomas somáticos, 9,4% depresión, 8,1% ansiedad y 6,5% ideación suicida (16).

El bienestar mental de los profesionales de la salud que trabajan en primera línea se ve comprometido en tiempos de pandemia al presentar niveles medios-altos de ansiedad, depresión, nerviosismo e insomnio y, en menor medida, estrés (15). Se hace necesario establecer mecanismos para medir y paliar estas situaciones (29-31).

1.4. PROBLEMA

Las enfermeras son el recurso de profesionales más numeroso de los Sistemas de Salud, además, son profesionales indispensables para el mantenimiento de la sostenibilidad de la prestación de cuidados y el logro de unos servicios sanitarios con resultados de calidad.

Por ello, se hace necesario conocer e identificar los niveles de salud y problemas asociados a las enfermeras en los sistemas de salud, profundizando en situaciones en que los Sistemas Sanitarios están en crisis Pandémica.

El problema viene determinado por la necesidad de identificar los procesos de enfermedad asociados a las enfermeras y relacionarlos con variables como los niveles de seguridad en el trabajo durante la pandemia, y poder sugerir modelos de organización del trabajo y dotación de recursos que, junto con los necesarios planes de formación e implementación de acciones y guías de actuación, permitan asegurar a las enfermeras el mejor nivel de seguridad que la evidencia y los niveles de recomendación de la intervención permitan, ante procesos de enfermedad como esta infección pandémica.

Se conoce, en una primera encuesta, la situación que se ha dado en el inicio de la pandemia, pero hay que profundizar en la opinión de las enfermeras durante cada etapa de la COVID-19, y conocer la situación emocional de las profesionales en España como forma de pilotar, diagnosticando la situación general que padecen o padecieron las enfermeras en el transcurso de esta Pandemia.

1.5. ANTECEDENTES

1.5.1. La Organización de la Atención sanitaria en España.

En España, la atención sanitaria y las estructuras para prestar esta atención han tenido importantes cambios, se encuentran sistemas de atención desde la conquista de América, donde sanitarios encargados del cuidado estaban destinados en los buques españoles. Se disponía, además, de estructura de formación sanitaria militar. Y en los últimos siglos, se ha avanzado contando con estructuras legales e institucionales que se van conformando, hasta la fecha actual, en la que se dispone de un Sistema Nacional de Salud.

La Constitución Española recoge los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos españoles, estos derechos se protegen y prestan a través del Sistema Nacional de Salud (SNS), que constituye en España uno de los servicios públicos más valorados por los españoles y lo componen los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (33).

La Ley de Sanidad de 1855, puede considerarse el punto de partida de los servicios sanitarios actuales. Su evolución organizativa y legislativa se inicia con esta norma (34,45).

Posteriormente, en 1906, el Rey Alfonso XIII autoriza el Proyecto de creación del Instituto Nacional de Previsión (I.N.P.), que fue aprobado por el Parlamento mediante Ley el 27 de febrero de 1908 (36,37).

El Seguro Obligatorio de Maternidad se crea después a través del Real Decreto-Ley de 22 de noviembre de 1929, garantizando la asistencia facultativa en el embarazo y en el parto. En su Artículo 1. Se expone: “Se establece en España, con carácter obligatorio, el Seguro de Maternidad, cuyos fines inmediatos serán los siguientes:

a) Garantizar a la asegurada la asistencia facultativa en el embarazo y en el parto y cuando, con ocasión de uno y otro, la necesitaren.

b) Garantizarle los recursos necesarios para que pueda cesar en su trabajo antes y después del parto, y/o Fomentar la creación y sostenimiento de Obras de Protección a la Maternidad y a la Infancia”.

En su artículo 2º, se establece que: “Serán beneficiarias de este seguro todas las obreras y empleadas que estén inscritas en el Régimen obligatorio de Retiro obrero, cualesquiera que sean su edad, nacionalidad y estado civil”. Además, se establecen los primeros convenios entre el Instituto Nacional de Previsión y las organizaciones profesionales de médicos, farmacéuticos y matronas (38).

En 1942, se implantó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (S.O.E.) mediante Ley. Este seguro, de carácter obligatorio, tenía como finalidad proteger a los trabajadores económicamente débiles y a sus familiares, en los casos de enfermedad común y maternidad. Y cinco años después se implantó el Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI) (1947). Estos seguros fueron insuficientes y aunque disponían de sistemas de financiación públicos, no lograron sistemas de cotización reales y estas diferentes modalidades de seguros dieron paso a la Ley General de la seguridad social de 1966, que entró en vigencia en 1 de enero de 1967 (39,40).

El Instituto Nacional de Previsión (INP), creado por el gobierno de Antonio Maura y promulgado por el rey Alfonso XIII por la Ley del 27 de febrero de 1908. Fue la primera institución oficial de la Seguridad Social y de la asistencia sanitaria en España, con sede en Madrid. Se creó con la finalidad de difundir e inculcar la previsión popular (previsiones, mutualidades) y favorecer el retiro. Se consolidó con el Fuero del Trabajo y la creación, en 1944, del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE).

Posteriormente, en la década de los cincuenta del siglo XX, aparecieron los seguros escolares, del servicio doméstico y la Previsión Agrícola. Por Ley de 28 de diciembre de 1963, se reorganizó la Seguridad Social.

El INP se extinguió en virtud de un Real Decreto-Ley de 16 de noviembre de 1978 sobre la gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo, que creó como nuevos órganos de gestión el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), el Instituto Nacional de la Salud y el Instituto Nacional de Servicios Sociales. Continuó el Instituto Nacional de Previsión (I.N.P.), como entidad aseguradora única hasta 1978 (41).

Con la Ley de Bases de la Sanidad Nacional, en 1944 (22) y posteriormente la Ley de Bases de la Seguridad Social, de 28 de diciembre de 1963, se instrumentó el desarrollo del Sistema de Seguridad Social (42,43).

El Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprobó el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, se modificó y ampliaron las prestaciones de asistencia sanitaria de la Seguridad Social (44).

En 1978, en democracia y con la publicación de la Constitución Española, se reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud (Art.43.1), y se hace responsable a los poderes públicos de la organización y tutela de la salud pública (Art. 43.2) (45).

Con la Constitución en vigor, ese mismo año, se crea el Instituto Nacional de la Salud para la administración y gestión de servicios sanitarios, con el Real Decreto Ley 36/1978 de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo (art. 1º, Uno-Dos), y se elimina el Instituto Nacional de Previsión (46).

La nueva organización del Estado, con el establecimiento de las Autonomías, permite que éstas puedan asumir competencias en la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (47,48).

Con los cambios introducidos con la Constitución, se siguen produciendo modificaciones en las estructuras organizativas del estado.

En 1986, se establecen las bases para un nuevo modelo de organización del Sistema Nacional de Salud con la Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986 (47). Esta Ley, será una norma básica prevista en la Constitución y de aplicación a todo el territorio del Estado. Además, las Comunidades Autónomas podrán dictar las normas que les atribuyen los correspondientes Estatutos de Autonomía.

Un hecho a destacar en la evolución del sistema de atención a la salud en España, viene determinado a partir de 1989, donde se produce el cambio de financiación del gasto sanitario público, que pasa a ser fundamentalmente asumido por el Estado y, por otra parte, se extiende la cobertura sanitaria de la Seguridad Social a las personas no incluidas en la misma y sin recursos suficientes, de esta manera se aprueba la “Universalización de la atención sanitaria”. Hecho distintivo del Sistema de Salud

Español, que fue quebrado con los ajustes económicos derivados de la Unión Europea en tiempos de crisis económica (44-46, 48,49).

Con el principio de descentralización territorial, iniciado en 1991, comienza la transferencia de competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las Comunidades Autónomas, proceso que se culmina en el año 2001. Con estos traspasos llega la transferencia a Canarias, de las competencias ejercidas por el antiguo Instituto Nacional de la salud (INSALUD), que se realizó en 1994, por medio del Real Decreto 446/1994 (50). En agosto de ese mismo año, se publicó en el Boletín Oficial de Canarias nº 96, la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSC) (51).

En el año 2002, con la publicación del Real Decreto 840/2002 de 2 de agosto, que modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, el Instituto Nacional de la Salud sigue conservando su personalidad jurídica y gestora de la Seguridad Social y pasa a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), ocupándose de las prestaciones sanitarias de las Ciudades de Ceuta y Melilla (52).

1.5.2. La Constitución Española y La Ley General de Sanidad.

Con La Ley General de Sanidad de 1986 y la Constitución Española, se institucionaliza el Sistema Nacional de Salud que se basa, por un lado, en reconocer el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, para ello, todos los poderes públicos deben adaptar y coordinar las medidas oportunas para llevarlo a cabo de forma satisfactoria. Por otro lado, supone la institucionalización de las Comunidades Autónomas en todo el territorio del Estado, a las cuales se les reconocen en sus Estatutos, competencias en materia de Sanidad (47).

La Ley da respuesta a la primera exigencia constitucional aludida, reconociendo el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España. El segundo requerimiento constitucional se pretende consolidar dando, a las Comunidades Autónomas, la trascendencia que tienen en la organización del Sistema de Salud. Todos estos cambios de la Ley General de Sanidad, pasan a crear el Sistema Nacional de Salud (47), formado por el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, coordinados por el Estado. Como

consecuencia, y tras la publicación de la Ley General de Sanidad, las Comunidades Autónomas comienzan a legislar desarrollando las Leyes de Ordenación Sanitaria de cada comunidad. A partir de entonces, para acceder a los servicios sanitarios públicos, es necesario disponer de la Tarjeta Sanitaria Individual, que permite identificar al ciudadano y es expedida por el Servicio de Salud correspondiente (52,53).

1.5.3. Servicios de Salud en España.

La Ley General de Sanidad define los Servicios de Salud y atendiendo a ella, la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril), en su artículo 44, dice “El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas” (27).

La Ley se apoya en la Constitución Española, pues reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud y de esta forma en el Capítulo III, artículo 43.1: dice “Se reconoce el derecho a la protección de la salud” (25). Se da un paso fundamental en la concepción de este derecho, pues no solo se reconoce la atención en situación de enfermedad, sino que se da un paso más, poniendo en valor la necesidad de trabajar por la salud.

En España coexisten el sistema público y un sistema privado y/o concertado. El sistema público de salud español, es gratuito y universal, tanto para la atención en consultas, como en urgencias y a tratamientos y medicamentos, en este último caso, los medicamentos son cofinanciados en el caso de usuarios activos y gratuitos en usuarios jubilados o con discapacidad reconocida. Por lo tanto, se puede decir que todo español o ciudadano con tarjeta sanitaria (afiliados y en alta o en situación similar a la de alta), tiene derecho a la atención sanitaria pública.

Se entiende por Sistema de Salud a “la estructura existente en un determinado territorio para brindar asistencia sanitaria a la población. Estos sistemas se encargan de prevenir enfermedades y de atender clínicamente a las personas” (55-57). También se puede entender como “el conjunto de componentes (instituciones, recursos, organización, etc.) y sus relaciones, organizadas y coordinadas, para desarrollar actividades con miras a conseguir ciertos objetivos en salud” (56).

Tras las transferencias sanitarias (proceso que finalizó en 2001), la organización sanitaria en España se descentralizó, quedando constituida en 17 Servicios de Salud autonómicos. El orden de los servicios, según fecha de transferencia sanitaria, fue: Cataluña (1981), Andalucía (1984), País Vasco (noviembre de 1987), Comunidad Valenciana (diciembre de 1987), Galicia y Navarra (1990), Canarias (1994), y en 2001 el resto de las comunidades, Asturias, Cantabria, La Rioja, Murcia, Aragón, Castilla-La Mancha, Extremadura, Baleares, Madrid y Castilla-León. En el caso de Ceuta y Melilla, desde 2002 están gestionadas por INGESA (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria) (57).

En este contexto, se puede decir que los servicios de salud son “aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas” (58).

Los Servicios de Salud, en España, lo componen: la atención hospitalaria, atención primaria, servicios de urgencias, servicios sociales y sanitarios.

La información sanitaria de las Áreas de salud, se han ido organizando a lo largo del tiempo, produciéndose algunas adaptaciones necesarias para la planificación y gestión de recursos. De esta manera, se han llegado a establecer criterios que faciliten la terminología en todo el país. Así, en el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) del Sistema Nacional de Salud, se entiende por Área de Salud “aquella circunscripción administrativa que agrupa un conjunto de centros y de profesionales de atención primaria bajo su dependencia organizativa y funcional” (59).

A lo largo de los últimos años, y con motivo de la pandemia COVID-19, se han empezado a introducir en el sistema de salud español nuevos conceptos y necesidades, tanto sobre recursos humanos y materiales, como sobre procesos de salud, llevando a plantearse nuevas formas de atención y cuidados (60,61,64).

1.5.4. Atención especializada, primaria. Pública y privada.

El Sistema de Salud español está integrado por varias disciplinas, que se complementan para conformar un sistema agrupado de oferta sanitaria al ciudadano y constituye el Sistema Nacional de Salud (SNS), que es “el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las

comunidades autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos” (59-61). La atención sanitaria se realiza en centros públicos, privados y concertados, tanto de Atención Especializada como de Atención Primaria. En el Sistema Sanitario, la Atención Primaria se considera como la entrada y el centro del sistema de salud, y se estima que entorno al 80% de los problemas de salud se resuelven en este nivel de atención, favorablemente y de manera satisfactoria para el usuario (62,63). Y la atención especializada, se refiere a la atención asistencial, diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación y cuidados, así como la promoción de salud, prevención de enfermedad y educación sanitaria, que se presta en centros de especialidades y en hospitales (52-54).

Cuando se pregunta a la población española sobre necesidades de reformas en la sanidad, en los barómetros realizados durante 2020, una gran mayoría de personas refirió la conveniencia de realizar reformas en la sanidad española con cifras que oscilan entre el 84,0% en septiembre y el 89,6% en mayo. En septiembre de 2021, esta opinión la compartía el 83,3% de los entrevistados. Las reformas que cuentan con más apoyo son “dedicar más recursos económicos” y “aumentar las plantillas”. Dato este de especial importancia cuando hablamos de solicitudes de la población y necesidades de cuidados desde el punto de vista de las enfermeras (66).

La atención sanitaria que se presta viene recogida en la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud e incluye como contenido de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud correspondiente a las prestaciones de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario (65).

1.5.5. El Sistema Nacional de Salud español y las enfermeras.

En datos del Ministerio de Sanidad del informe 2020-2021, España cuenta con una población de 47.385.107 personas que están protegidas por el Sistema Nacional de Salud, el 96,5% y con proveedor privado el 3,5% (66-68).

La morbilidad en ciudadanos españoles está representada por:

-**Enfermedades Respiratorias:** Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y Neumonía.

-**Enfermedades cardiovasculares:** Enfermedad isquémica del corazón: 30 casos por cada 1000 hombres y Enfermedad cerebrovascular: 15,1 casos por 1.000 personas

-**Trastornos mentales:** el 29% de la población.

-**Tumores malignos:** 40,2 casos por 1.000

Conviene comentar unos ejemplos de prestación de cuidados por parte de las enfermeras a la población para plasmar una foto parcial y resumida de la magnitud de la atención que reciben los ciudadanos en España por parte del Sistema Nacional de salud.

La Atención Sanitaria prestada en atención primaria por enfermeras en el año 2019, fue de 132.700.000 consultas, siendo un 7,5% de consultas en domicilio, es decir, en torno a 10 millones de visitas a domicilio (63,66). La frecuentación media de la población a enfermeras de atención primaria es de 2,9 visitas por persona/año y a médicos de 5,1. En el año 2020 las enfermeras han atendido un total de 135,7 millones de consultas, de ellas el 15,7% fueron tele consulta y un 7,95% consulta en domicilio (63,66).

La frecuentación media a consultas de medicina posee una ligera tendencia a la baja, mientras que en enfermería tiene un ligero incremento 2,8 a 2,9 (66).

En el Sistema Hospitalario se producen un total de 83,6 millones de consultas y 4,2 millones de altas hospitalarias en Hospitales de agudos, con una estancia media de 6,4 días en hospitales de agudos y de 61,5 días en hospitales de larga estancia (63-68).

En el año 2020 la cirugía mayor hospitalaria en hospitales del SNS fue del 45,2% y en centros privados de 44%, el porcentaje de reingresos en los 30 días siguientes al alta se sitúa en 2019 en 8,3% (66).

En el Sector de **Urgencias de atención primaria** fueron atendidas 30,7 millones de consultas en el año 2019 bajando a 24,5 millones en el año 2020, con 0,53 visitas por habitante año. **En las Urgencias hospitalarias** se producen en el año 2019, 23,5 millones que bajan en el 2020 a 17,2 millones (66).

En los servicios generales de urgencias y emergencias (112/061) se producen un total de 6,8 millones de demandas en el año 2019 y en el 2020: 9,1 millones. (66,68)

Según el informe resumido del Sistema Nacional de Salud en España, la tasa por 1.000 habitantes es de 4,4 médicos para el 2019 (207.565) y 5,9 de enfermeros por cada 1.000 habitantes (277.633). (66,68)

Según esta fuente, el 77,9% de las enfermeras trabajan en hospitales y el 19,5% en atención primaria (66).

Tabla 2.-Plantilla Orgánica de Enfermeras. SNS (2019)

Enfermeros	N.º totales plantilla orgánica (estructural)	%
Hospitales	153.433	77,9
Atención Primaria	38.016	19,3%
Formación Especializada	3.333	1,7%
Urgencias y Emergencias	2.162	1,1%
Total	196.944	100

Fuente: Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), Estadística de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061 de SIAP y Subdirección General de Ordenación Profesional.

1.5.6. Impacto en el Sistema de Salud en periodo COVID

Sin duda, el impacto que la COVID-19 ha tenido sobre el Sistema Sanitario y sobre los profesionales de enfermería es de una alta magnitud. Además de prestar los cuidados habituales en la atención sanitaria, ha sido necesario incrementar esfuerzos para atender a estos pacientes en todos los niveles de la atención sanitaria. E implementar en tiempos récord una campaña de vacunación global (66,69).

El Sistema Sanitario ha tenido que modificar estructuras, protocolos y procedimientos, asignar nuevas competencias y roles y dotarse de recursos necesarios para poder lograr sus objetivos.

En el primer periodo de la pandemia por COVID-19 la gravedad del proceso implicaba una mayor necesidad de ingreso hospitalario y cuidados intensivos. Por ello y siguiendo el planteamiento que hace el Ministerio de Sanidad en su informe del año 2020-21, dice que, hasta el 21 de junio de 2020, un 42% del total de personas con una prueba positiva habrían sido hospitalizadas. Esta proporción es del 8% en las tres

siguientes oleadas en las que el número de diagnosticados ha sido mucho mayor y es en la quinta ola, habiéndose alcanzado hasta el 60% de cobertura vacunal cuando la proporción de hospitalizados cae a la mitad, un 4%. Se confirma que la gravedad del cuadro y por ello la necesidad de hospitalización disminuye, pero el número de contagiados aumenta (66,69,70).

El total de pacientes con prueba positiva entre enero de 2020 y septiembre de 2021 fue de 4.573.695, de los que fueron hospitalizados 320.849 (69,70). En la primera ola, el 42% de los contagiados fueron hospitalizados y posteriormente en la cuarta ola, entre 7 y 8 % de los contagiados (69,70).

Desde el inicio de la pandemia hasta el 30 de septiembre de 2021, se realizaron 24 millones de pruebas diagnósticas de antígenos o tomadas y preparadas (PCR) en los centros de atención primaria, lo que supondría un 40 % del total de las pruebas COVID-19 realizadas en centros sanitarios en España, que sumaron un total de 60 millones de pruebas para este periodo (70).

En el año 2020, se atendieron en atención primaria 2,3 millones de personas diagnosticadas de COVID-19 y se ha realizado seguimiento a 5,3 millones de contactos (69).

En relación a la vacunación, las enfermeras en España realizaron un esfuerzo que permitió lograr una cobertura vacunal de 82,3% con pauta completa en septiembre de 2021. Lo que supone un total de consultas de enfermería con administración de dosis vacunal de 110.102.388. (Tabla 3) (69).

Tabla 3.-Personas con pauta completa de vacunación en Sept 2021

Fabricante	Personas pauta completa
BioNTech/Pfizer	25.360.861
J&J/Janssen	1.968.358
Moderna/Lonza	4.551.283
Oxford/AstraZeneca	4.820.294
Total	36.700.796

Fuente: Ministerio de Sanidad. RENAVE. 2022

El porcentaje de personas que rechazaban la vacunación desde octubre de 2020 fue del 43,8%, en abril de 2021 este porcentaje bajo hasta cifras del 5,5%, una de las

causas que probablemente más influyo fue el alto nivel de vacunación de las enfermeras dando ejemplo y garantías a la población (69).

A modo de resumen, algunos de los indicadores de actividad en España en el Sistema de Salud, en el periodo de 2020, suponen una gran cantidad de procesos tal y como se expone en la tabla 4 (66,67).

Tabla 4.- Indicadores actividades Sistema Nacional de Salud.2020-2021

	España 2020
Problemas de salud casos nuevos	87.138.432
Determinaciones de laboratorio solicitadas (registrados en 6 CCAA)	122.440.443
Electrocardiogramas (registrados en 6 CCAA)	986.262
INR (8 CCAA)	2.257.721
Vacunación Tétanos (5 CCAA)	1.013.784
Vacunación gripe (6 CCAA)	4.894.453
Consultas a enfermeras en A. Primaria	132,7 millones
Consultas en Hospitales	83,6 millones
Consultas en Urgencias	30,7 millones
Consultas 112/061	6,8 millones
Septiembre de 2021 centros sanitarios	60 millones Ag-pcr
Sep 2021 Diagnosticados de Covid	4.573.695
Hospitalizados de Covid sept. 2021	320.849
Seguimiento Covid-19 en A. Primaria	5,3 millones
Consultas para vacunas hasta sept 2021	110.102.388
Estancias hospitalarias totales	24.196.661

Elaboración Propia. Fuente: Ministerio de Sanidad (66,67)

Todas estas intervenciones dan idea de la cantidad de procesos que se realizan en la atención sanitaria, muchos de ellos procesos de alta sensibilidad y de enorme riesgo que aporta probados beneficios en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Durante el periodo de pandemia por COVID-19 se ha pasado por etapas donde era difícil o casi imposible el diagnóstico. Posteriormente, cuando se pudo disponer de material y tecnología para el diagnóstico de laboratorio, hicieron falta enormes dotaciones de profesionales de la salud para realizar las técnicas de laboratorio y decenas de miles de enfermeras para el cuidado y la toma de muestras con todo el rigor, que este proceso, de alta capacidad de contagio requiere. En esta primera fase, el cuidado a los pacientes graves, era un cuidado sintomático, se acompañaba al paciente ayudándole a superar sus problemas para respirar en mayor medida y otros muchos problemas de salud en la fase aguda que en muchos casos implicaba la muerte. Era un periodo con situación de aislamiento total, situación que añade al cuidado una mayor complejidad. En este

periodo los enfermeros acompañaron y ayudaron a una muerte que se pretendía que fuera digna.

Cuando se avanza y se mejoran los cuidados, y también los virus disminuyen su capacidad de agravar el cuadro, mejoran los indicadores, pero aumentan los contagiados (mayor virulencia, mayor contagio) y se descubre la vacuna con lo que comienza a mejorar el proceso patológico y mejora los aspectos de hospitalización y mortalidad.

Estos pasos contados en un periodo de 3 años parecen algo sencillo, pero lleno de ansiedad, temor, miedo y desconocimiento, gracias a que toda la sociedad se puso a desarrollar ideas para avanzar en el conocimiento y a adaptarse a la atención a toda la población en todas las facetas.

En 2019, el gasto sanitario total representaba un 9,3% del Producto Interior Bruto (PIB); un 6,6% está financiado con recursos públicos y un 2,7% con recursos privados. La evolución del gasto privado desde 2015 mantiene los mismos niveles 2,7% y en el sector público se mantiene estable en 6,6 (68).

En relación a la población, el gasto sanitario total ha pasado de 2.148 euros por habitante en el año 2015, a 2.451 euros por habitante en 2019, lo que supone un incremento anual medio del 3,3% en el quinquenio (68).

España mantiene unos niveles de gasto en relación al Producto Interior Bruto similar al de años anteriores, el incremento de gasto se absorbe por el incremento del Producto, pero en proporción no se ha realizado el esfuerzo que la sociedad demanda en esas encuestas donde pide más para inversión en sanidad y la contratación de más plantillas.

En el caso de la materia de estudio en esta tesis, el trabajo se centra en Covid-19, Pandemia y necesidades de enfermeras, aunque se entiende que los recursos humanos hay que estudiarlos y analizarlos en conjunto, pues la dotación de unos influye en otros y los niveles competenciales y de eficiencia en los procesos implica unas u otras decisiones. ¿Cuál es el profesional con más capacidad y flexibilidad para adaptarse a situaciones de cambio? ¿Qué necesidades tiene un sistema de salud que debe responder

con presteza ante grandes demandas? Son cuestiones a las que deben darse respuesta desde los recursos humanos.

El Servicio Nacional de Salud, en su plan de calidad, en la estrategia nº5, expone la importancia de “adecuación de los recursos humanos a las necesidades de los servicios sanitarios”. La planificación y el desarrollo de los recursos humanos en salud es un instrumento clave para impulsar la calidad de la atención. Una buena planificación tiene que ver, entre otras cosas, con mejorar los sistemas de información en materia de recursos humanos, conocer las necesidades a medio y largo plazo de especialistas y apoyar las Unidades Docentes encargadas de su formación (71).

Este plan de calidad se ha mantenido sin modificaciones desde 2007, dejando obsoletas las Leyes de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (74) y la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, por lo que es necesaria su modificación, ya que los cambios en materia de salud, oferta y demanda de servicios, ponen de manifiesto las necesidades de actualización, sobre todo en relación a los recursos humanos y la clasificación de estos.

Según la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y el Real Decreto 184/2015, las equivalencias de las categorías profesionales sanitarias en el sistema de salud, son (72,73):

A1: P. LICENCIADO SANITARIO (LOPS) (titulados y especialistas en Medicina y en Pediatría, Farmacéuticos, Odontólogos, Veterinarios)

A2: P. DIPLOMADO SANITARIO (LOPS) (Titulados y especialistas en Enfermería, Fisioterapeuta, Podólogo, óptico, Dietista, Logopeda, Terapeuta Ocupacional)

C1: P. SANITARIO TÉCNICO (Técnicos superiores en las diferentes especialidades)

C2: P. SANITARIO TÉCNICO (Técnicos de grado medio sanitario)

Con la incorporación al Espacio Europeo de Educación superior, donde ya no existen titulaciones de Licenciados ni de Diplomados, sino que se integran en titulaciones de GRADO, las denominaciones deberían actualizarse, pero se sigue manteniendo la denominación y categorización de las titulaciones sanitarias establecidas en la LOPS, en 2003, que establece como titulaciones (72):

“a) De nivel Licenciado: *“las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Licenciado en Medicina, en Farmacia, en Odontología y en Veterinaria y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para Licenciados a que se refiere el título II de esta ley”.*

b) De nivel Diplomado: *“las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Diplomado en Enfermería, en Fisioterapia, en Terapia Ocupacional, en Podología, en Óptica y Optometría, en Logopedia y en Nutrición Humana y Dietética y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para tales Diplomados a que se refiere el título II de esta ley.”*

El Sistema Sanitario español, tiene un problema estructural de los recursos humanos en todo el país, existiendo además un desequilibrio de recursos entre las diferentes comunidades autónomas. En este contexto, se han realizado investigaciones que hacen referencia a dichas desigualdades y necesidades para atender a la población, las diferencias se comportan con una mayor dotación que sigue un patrón norte sur. El norte mejor dotado y el sur francamente infradotado (75,76).

Esta problemática se ha visto más agudizada en el tiempo de pandemia por COVID-19, que indican una disminución en la calidad de la atención y un incremento de cuidados perdidos, provocando en los pacientes un agravamiento de su estado de salud. Esta situación es planteada por varios autores, que asocian la situación de crisis económica vivida en el sistema sanitario como una de las causas para la ausencia de materiales de protección para los profesionales y como una de las causas de la falta de profesionales, en especial de enfermeras y enfermeras especialistas para cubrir las necesidades (77-80).

Durante la pandemia y a lo largo de ella el Gobierno y las autoridades se vieron motivados para desarrollar diferentes reconocimientos y Actos de Homenaje a las víctimas (Anexo VI,VII). Desde el Consejo General de Enfermería se tuvo el honor de conversar con sus Majestades los Reyes de España que felicitaban a todas las enfermeras y enfermeros de nuestro país. Anexo (VIII).

Posteriormente en Julio de 2021 se invito al Presidente del Consejo General al homenaje de Estado a las víctimas del coronavirus y reconocimiento al personal

sanitario (Anexo IX). Y se reconoce en marzo de 2022 al Consejo General de Enfermería con la Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad. (Anexo X)

1.5.7. Enfermeras colegiadas y enfermeras que trabajan en los servicios públicos del Sistema Nacional de Salud.

El total de Enfermeras colegiadas en España en el año 2022 suman 336.221 incluyen en este dato a los que están en ejercicio activo de la profesión a los jubilados a las que ejercen como matronas y los no ejercientes temporales (83,86).

El último informe del Instituto nacional de Estadística de 29 de mayo de 2023 informa que la tasa de médicos colegiados se situó en 6,12 por cada 1000 habitantes y la de enfermeros en 7,03. El colectivo mayoritario de profesionales sanitarios es el de enfermeros con un 35,5% del total, seguido por médicos 30,9% y farmacéuticos un 8,4% (83,85,86).

El total de enfermeros colegiados en España en diciembre del año 2022 se situó en 336.221. con un incremento de 2.1% sobre el año anterior 7.066 personas (83).

El SNS dispone en el año 2019 de 196.944 profesionales de enfermería trabajando en labores asistenciales de los cuales, 38.016 (19,3%) trabajan en atención primaria, 153.433 (77,9%) en hospitales, 3.333 (1,7%) en los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061 y, además, se contabilizan 2.162 especialistas en formación postgrado (1,1%). La tasa global es de 4,2 profesionales de enfermería por cada 1.000 habitantes, estos datos se consideran como profesionales de enfermería, enfermeras, ejerciendo la profesión en el Sistema Nacional de Salud (81,82).

Para poder cubrir las vacaciones, incapacidad laboral temporal (IT) y demás incidencias de estas enfermeras, es necesario contratar a un porcentaje importante de enfermeras, de forma que se garantice la cobertura durante las 24 horas del día y los 365 días del año.

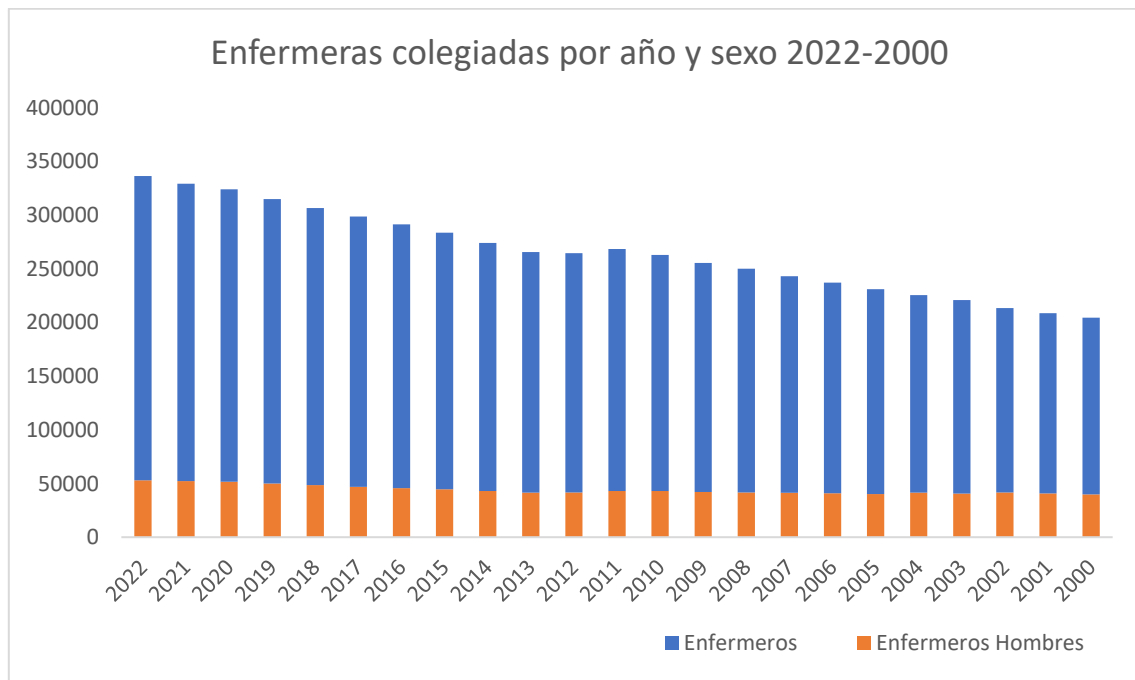
En España, el gasto en recursos humanos supone el 44,9%, en Canarias ese gasto está en 50,4%, lo que supone que es la quinta comunidad en gasto de personal, situándose por detrás de Aragón (53,2%), País Vasco (52,6%), Navarra (51,68%) y Castilla y León (51,17%) (82).

La crisis económica de 2008 motivó la aplicación de medidas restrictivas y presupuestarias que afectaron a la sanidad y provocó un aumento de las desigualdades y de la pobreza en la población (80).

En España el total de enfermeras que se encuentran colegiadas según datos del INE (Instituto Nacional de Estadística) son para el año 2022 son 336.321, de ellas 9.862 tienen título de especialista como matrona y el 89,37% (295.397) eran enfermeras/os no jubilados. La distribución por sexo es de 84.2% mujeres y 15,8% varones (86).

Los enfermeros colegiados se incrementaron en 7.066 personas (un 2,1%) (85,86). (Gráfico 1)

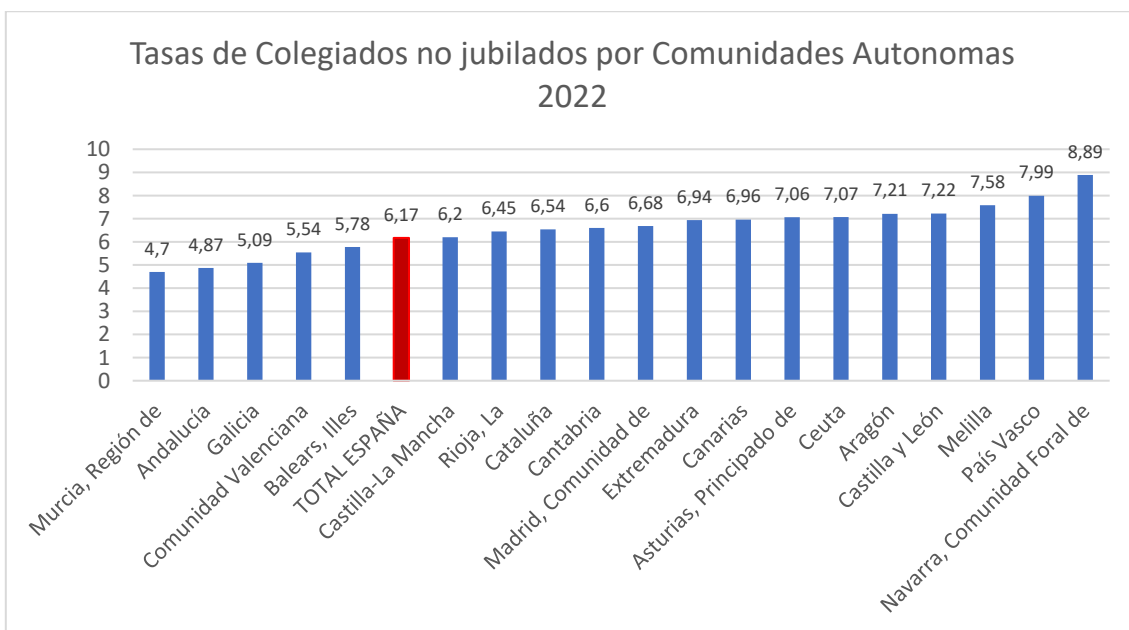
Gráfico 1.-Enfermeros Colegiados en España por año y sexo. 2022-2000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). (87)

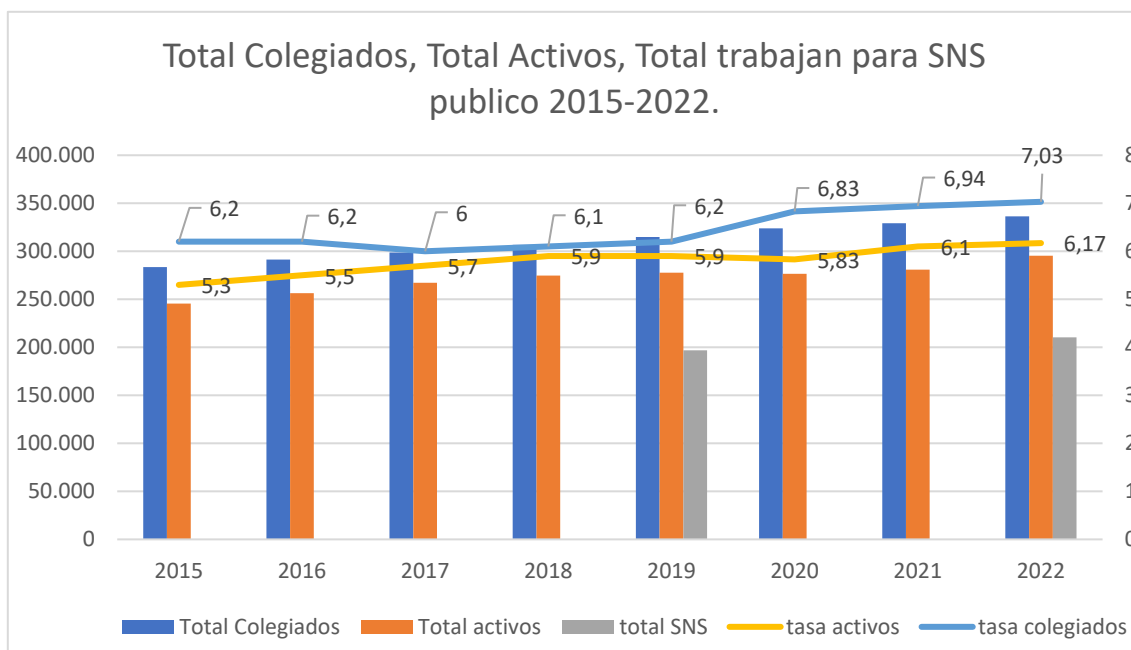
Es necesario identificar el número de colegiados, diferenciándolo del número de colegiados activos y del número de colegiados que aparece contratados en el SNS. De forma que se puedan diferenciar y comparar las ratios de profesionales que ejercen la profesión. (Gráficos 2 y 3)

Gráfico 2.- Enfermeras Colegiadas en España no jubiladas. 2022



Fuente: Instituto Nacional de Estadística 2023 (INE). (87)

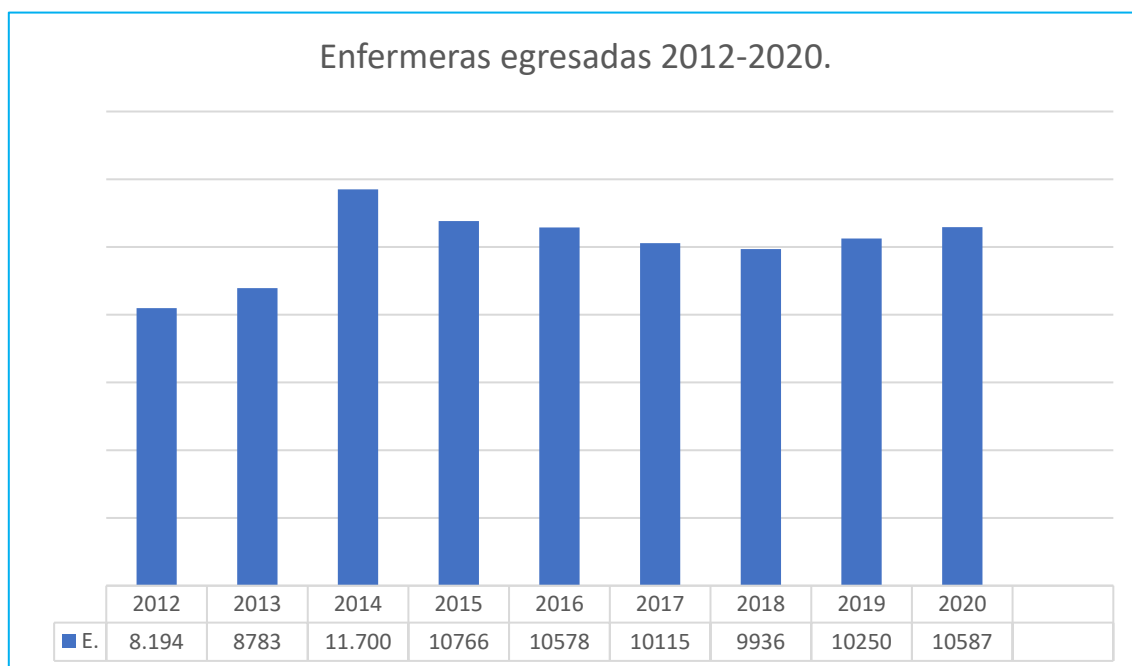
Gráfico 3.-Total de Colegiados, Activos, que trabajan en el SNS y tasas. 2015-2022



Fuente: Instituto Nacional de Estadística 2023 (INE). (87)

El número de alumnos graduados en Enfermería durante el curso 2019-2020, fue de 10.587 profesionales (1.985 hombres (18,7%) y 8.602 mujeres (81,3%). La tasa de nuevas graduaciones en Enfermería es de 0,22 por cada 1.000 habitantes, manteniéndose la tendencia de los últimos años (88). (Gráfico 4)

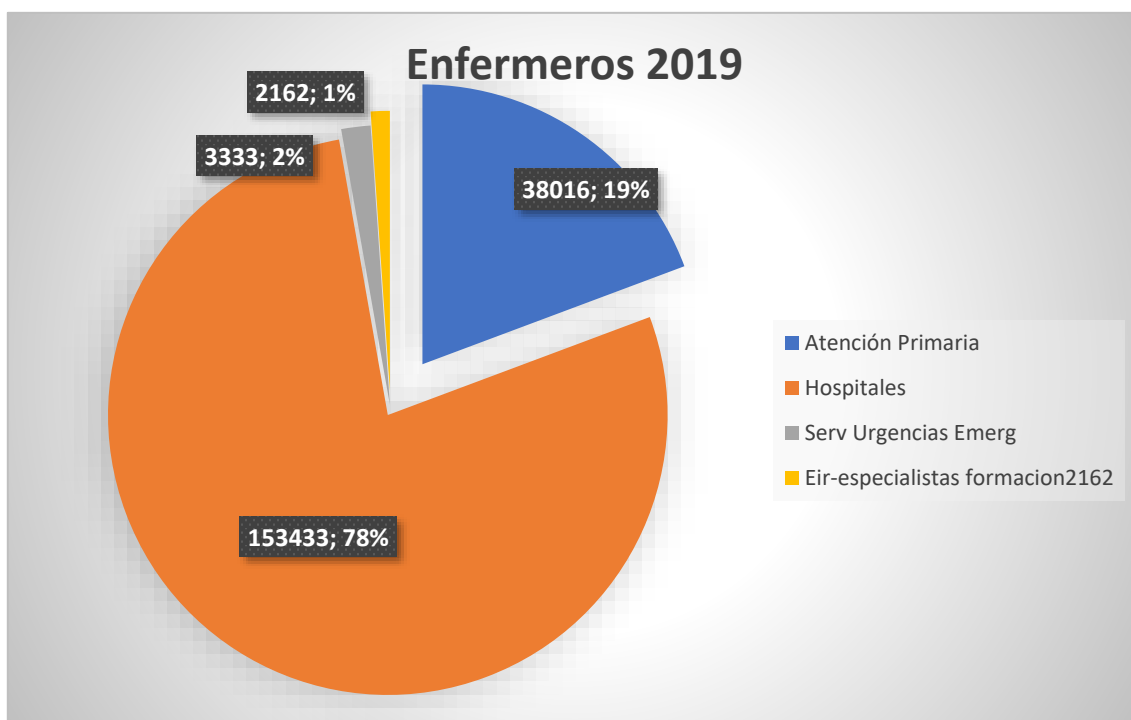
Gráfico 4.-Alumnos graduados en enfermería cursos 2012-20



Fuente: Ministerio de Educación (88)

El SNS según publicó en el año 2019, dispone de 196.944 profesionales de enfermería trabajando en labores asistenciales, de los cuales, 38.016 (19,3%) trabajan en atención primaria, 153.433 (77,9%) en hospitales, 3.333 (1,7%) en los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061 y, además, se contabilizan 2.162 especialistas en formación postgrado (1,1%). La tasa global es de 4,2 profesionales de enfermería por cada 1.000 habitantes, estos datos se consideran como profesionales de enfermería, enfermeras, ejerciendo la profesión en el Sistema Nacional de Salud (81,82). El número de enfermeros en 2019 fue de 316.094. (Gráfico 5)

Gráfico 5.- Enfermeros que trabajan por sector en SNS publico 2019



Fuente: Ministerio de Sanidad (66)

Para poder cubrir las vacaciones, IT y demás incidencias de estas enfermeras, es necesario contratar a un porcentaje importante de enfermeras, de forma que se garantice la cobertura durante las 24 horas del día y los 365 días del año.

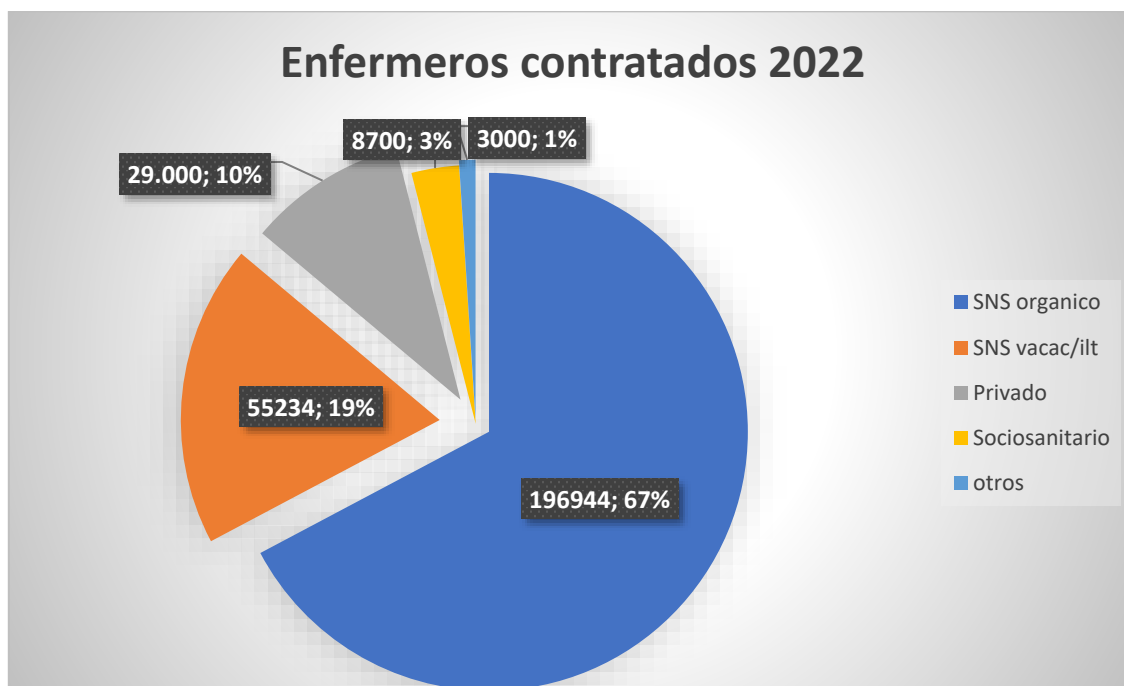
El total de enfermeras colegiadas en España en el año 2022, suman 336.321, se incluyen los jubilados y los no ejercientes temporales (83,86).

Cuando se restan los colegiados en ejercicio de matrona y los colegiados jubilados, el total de enfermeras activas en ejercicio de la profesión son para el año 2022 un total de 295.397, menos matronas (290.707) enfermeros de los cuales trabajan para el Sistema Nacional de Salud público 196.944 en plantilla orgánica del SNS y 29.000 estimadas en contratos eventuales para cubrir IT y vacaciones con días libres. (196.944+29.000=225.944). Se puede estimar que el SNS público ejercen a lo largo del año 2022 un total de 225.944 enfermeras, lo que supone el 86% de las enfermeras en activo del país. Para el sector privado ejercen unas 29.000 y la cifra en el sector sociosanitario es simbólica de 8.700.

Si se analizan las ratios de enfermeras por paciente a atender o por cama instalada en el caso de hospitales, las ratios en el sector privado y sociosanitario son muy inferiores a las ratios de la atención en el sector público.

Según el Ministerio de Sanidad en el informe para el año 2020, donde relaciona los profesionales contratados estructuralmente en el Sistema Nacional de Salud y su distribución por comunidades Autónomas, estima que tiene contratados un total de 210.370 enfermeros, incrementa sobre el 2019 en 13.426 enfermeros, de los cuales 165.738 ejercen el sistema hospitalario y 38.680 en el sistema de atención primaria, el resto trabaja en urgencias, en formación especializada y otros, téngase en cuenta que estas cantidades notificadas son plantillas orgánicas. (Gráfico 6)

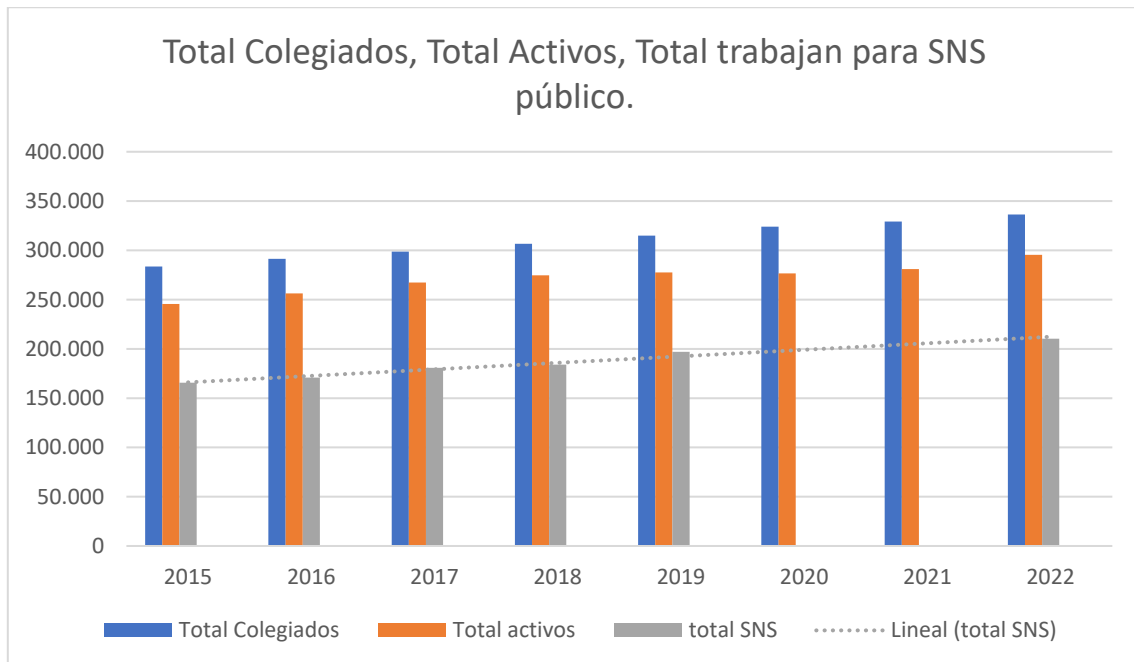
Gráfico 6.-Enfermeros que trabajan por sectores: SNS público, privado, sociosanitario, otros. 2022



Fuente: Ministerio de Sanidad (82)

Se estima que, para cubrir las vacaciones, incidencias, IT y otros, se requiere de contratos en más de un 20% del total para garantizar la cobertura total. De esta forma, la cantidad de enfermeros que trabajan en el Sistema Nacional de Salud en España, sistema público para el año 2020 se estima en 250.000 acercándose al número de enfermeros colegiados en activo que trabajan también en el sector privado y sociosanitario, y que para el año 2020 era de 325.018. (Gráfico 7)

Gráfico 7.-Número de Colegiados, Activos, que trabajan para SNS 2015-2022



Elaboración propia. Fuente INE. Tabla modificada 17/5/2023.

Observando la dotación de enfermeras en España en el Sistema Sanitario, la dotación de camas de hospitales públicos tiene una tendencia muy alejada de la dotación de camas de hospitales privados, en la reciente pandemia los hospitales privados se quedaron prácticamente sin enfermeras al aumentar la contratación el sector público.

Por otro lado, el nivel de dotación de enfermeras en el sistema sociosanitario es prácticamente nulo, situación que en parte generó durante la pandemia una situación de déficit de cuidados y cuidados perdidos, siendo necesario en muchas comunidades cubrir y reforzar estos centros con enfermeras de los hospitales públicos o de atención primaria (78).

La otra faceta no del todo atendida en nuestro sistema de salud por enfermeras, se refiere a la demanda de pacientes con patología prevalente y mayor envejecimiento, donde se constata el incremento de consultas de enfermería en atención primaria y que se prevé que aumentarán en los próximos años.

Toda esta situación, junto con el incremento de población, augura una necesidad de enfermeras para un futuro próximo, de forma que España tenga capacidad para atender en cuidados a su población.

España se sitúa a la cola de países europeos en cuanto al ratio de enfermeras por habitante. Mientras que en Europa hay una media de 8,5 enfermeras por cada 1.000 habitantes en España se sitúa en tono a 6, llegando algunos países como Bélgica a 18 o Finlandia 14 por cada 1.000 habitantes.

En la tabla nº6 se incluyen las enfermeras necesarias para llegar a las tasas que publican Eurostat, la OCDE y la OMS, si se observa la ratio española media de 6,17 por 1000 habitantes y en Eurostat de 7,68, OCDE 8,18 y la OMS 8,77. Como criterio de aproximación a las medias de estos entornos.

Tabla 2.-Número de enfermeras por CCAA. Tasas: no jubilados, Eurostat, OCDE, OMS.

	Nº	Ratio No jubilados 617	Eurostat 768	OCDE 818	OMS 877
ESPAÑA	295.397	617	99.555	102.889	118.132
Andalucía	46.869	547	25.105	25.705	28.447
Aragón	9.517	721	1.571	1.663	2.086
Asturias,	7.112	707	1.338	1.408	1.730
Balears, Illes	7.197	584	3.155	3.241	3.635
Canarias	15.936	700	3.187	3.347	4.075
Cantabria	3.874	662	1.042	1.083	1.270
Castilla y León	17.190	722	2.809	2.976	3.738
Castilla-La Mancha	12.830	620	4.553	4.697	5.360
Cataluña	50.750	654	14.433	14.977	17.460
Comunitat Valenciana	28.527	554	14.727	15.087	16.735
Extremadura	7.294	694	1.534	1.608	1.944
Galicia	13.747	509	8.940	9.129	9.993
Madrid,	45.823	671	11.541	12.019	14.204
Murcia, Región de	7.250	474	5.598	5.705	6.195
Navarra,	5.911	893	-351	-304	-93
País Vasco	17.473	799	897	1.050	1.749
Rioja, La	2.051	647	612	634	735
Ceuta	585	712	105	111	137
Melilla	633	764	63	69	95

Fuente: Consejo General de Enfermería España 2022(84,89)

Diferentes estudios y publicaciones establecen las necesidades de enfermeras, comparándolas con las tasas y ratios de enfermeras del entorno europeo. Planteando la

necesidad de incrementar enfermeras para llegar a la media de Europa. UE-28 (84,85,89).

Con las propuestas realizadas por el Consejo General de Enfermería de España y otros autores con un incremento de 90.000 enfermeras, es posible que se pudiesen cubrir los déficits actuales de los sectores privados y sociosanitario.

Pero con estos incrementos no será el Sistema de Salud Español capaz de lograr el incremento necesario de enfermeras para mantener el necesario relevo generacional, sin actuar como una empresa subsidiaria de enfermeros de otros países con menos dotación que España, y agravando el déficit de otros países más pobres y más necesitados. Es decir, España seguirá dependiendo de la corriente migratoria de enfermeras extranjeras.

Se constata este hecho por la enorme corriente migratoria que se produce de países pobres a los más ricos, situación ésta normal, pues todos queremos vivir en los países con mejor calidad de vida. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) mantiene pilotadas estas migraciones y el Consejo Internacional de Enfermeras mantiene también un observatorio continuo, dado que estas migraciones son un tema internacional de preocupación.

Desde el punto de vista migratorio hay que comentar que sigue existiendo una fuga de profesionales a otros países, aunque también hay que decir que, en los últimos años, se ha producido una migración a la inversa, con profesionales de enfermería procedentes de otros países menos favorecidos (68). Por todo esto, hay que buscar mecanismos de retención y fidelización de profesionales.

Para mejorar la fidelización, será necesario aumentar sus campos competenciales, dándoles más autonomía en el equipo de trabajo y una mayor capacidad resolutoria y llevando acciones de compromiso, acuerdo y participación. Las estrategias de acción, pasan por la negociación y el establecimiento de grupos de análisis, de forma que las propuestas sean consensuadas y realistas, y no se vea mermado el acceso y la calidad de atención de salud al ciudadano.

Por otro lado, al aumentar la esperanza de vida, es necesario que la formación y cuidados enfermeros se dirijan a la atención a pacientes crónicos, polimedicados y por

el envejecimiento de la población. Esta situación debería sugerir una revisión del modelo de atención sanitaria y revisar las competencias profesionales.

Los cambios demográficos y las proyecciones futuras planteadas por estudios de referencia del sector, del propio Ministerio de Sanidad (90), proyectan distintos escenarios. En concreto el Informe de profesionales de enfermería oferta-necesidad 2012-2025, elaborado en el 2012, concluía en sus proyecciones que “la oferta de enfermeras de cuidados generales en el periodo 2015-2025 podría ser adecuada” con sus estimaciones y datos proyectados, que aun siendo inferiores a los realmente producidos se están demostrando insuficientes para cubrir la atención de cuidados. Resulta llamativo que, concluyendo que es necesario definir competencias y funciones y competencia especializadas, después sí afirman que no se pueden proyectar necesidades en base a lo que ocurre en nuestro entorno de la Unión Europea por el diferente modelo organizativo, poco acertado en sus proyecciones, en este estudio limitado que no ha generado ninguno nuevo por parte del Ministerio en todos estos años (90). Otros estudios plantean diferentes datos en cuanto a necesidades con proyecciones poco analizadas y con horizontes poco definidos. La realidad es que los datos actuales de enfermeras en activo superan casi todas las proyecciones y el sistema de contratación no encuentra enfermeras para contratar, con necesidades de importar enfermeras sobre todo en el caso de los sectores privados.

Históricamente esto ocurre más cuando el mercado de trabajo en España se tensiona y no se contratan enfermeras, como ocurre en épocas estivales situación paradójica, pues nuestro país incorpora turistas a la población que ha de atender el sistema sanitario, por ello la época de verano no disminuye la demanda.

Aunque para ello, los Gerentes de centros hospitalarios den ordenes de cerrar plantas de hospitalización y de esta forma no contratar, y no sustituir vacaciones. Las enfermeras españolas buscan empleo y la solución que muchas encuentran es la de emigrar al extranjero. En datos del Consejo General de Enfermería entre los años 2010-2019 se constata que se fueron de España cifras de enfermeras superiores a las 6.000. Posteriormente, durante el COVID, se ha visto la necesidad imperiosa de profesionales que el sistema no encontraba (89,90).

En estudios publicados se encontró que, un mayor nivel de personal de enfermería se asocia con una disminución en el riesgo de mortalidad hospitalaria (OR 0,86, IC del 95% 0,79 a 0,94) y que una mayor dotación de enfermeros mejora los datos de calidad en la atención de cuidados (91,92).

En Datos de la OCDE que se exponen en la tabla 7, se puede ver que el número de enfermeros españoles que emigra al extranjero se mantiene en cifras que superan las 6.000 registradas por el Consejo General de Enfermería (93,94).

Tabla 3.- Enfermeras españolas en el extranjero 2012-2022

Country of origin	Spain										
Variable	Foreign-trained nurses - Stock										
Year	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Country											
Belgium	101	208	304	341	372	408	449	470	493	511	526
Canada	14	13	15	16	17	17	17	18	18	16	..
Chile	..	..	29	35	37	42	44	44	47	51	53
Finland	38	73	97	97	98	99	99	100	101	102	..
France	1503	1645	1718	1751	1773	1785	1792	1797	1794	1800	..
Ireland	..	..	..	..	..	..	..	..	..	244	226
Italy	417	399	389	372	361	359	339	339	379	412	412
Netherlands	..	..	13	35	32	41	40	45	56	84	..
New Zealand	2	2	3	3	3	2	2	4	5	6	5
Norway	14	37	95	98	107	119	73	106	117	7	..
Sweden	6	11	13	23	33	29	34	35	43	..	..
United Kingdom	1729	3324	5054	6567	7309	6153	5172	4473	3647	3233	..

Fuente: [Data extracted on 27 Aug 2023 08:15 UTC \(GMT\) from OECD.Stat](#)

La tasa de enfermeras paradas en el periodo de 2019 a febrero de 2023 fue: del 2,5% (7.092 parados) en enero de 2019, y de 1,37% (3.891 parados) en abril de 2022. En febrero de 2023 se encuentra en una tasa de 1,83%. Este nivel de paro en un colectivo como la profesión de enfermería se considera como sin paro estructural (91).

Según los datos comentados, la Enfermería Española es una profesión mayoritariamente femenina y con una tasa de profesionales por población censal de los más bajos de la Unión Europea, con un alto déficit de enfermeras para atender al sector privado de atención sanitaria y para atender al sistema sociosanitario y a las poblaciones pluripatológicas prevalentes y de mayor edad. No existe paro estructural y la capacidad de nutrir este mercado de trabajo por las Universidades Españolas se hace insuficiente, necesitando contratar enfermeras de otros países.

1.6. MARCO CONCEPTUAL.

1.6.1. COVID-19.

La pandemia de COVID-19 es la crisis global de salud más importante desde la pandemia de la famosa “gripe española” influenza en 1918. Esta pandemia en datos recogidos por Johns Hopkins hasta el 10 de marzo de 2023, fecha en la que dejó de recoger datos, se han producido en el mundo 676.609.955 casos de Covid-19 con una mortalidad registrada de 6.881.955 casos y dosis de vacunas administradas de 13.338.833.195 [95].

En España en esas mismas fechas constan con el rastreador de vacunas un total de 112.304.453 dosis administradas con 41.343.396 personas con al menos una dosis y un porcentaje de la población vacunada de 88,43% (96).

Los datos de mortalidad, sin duda están subestimados pues en los países de la OCDE refieren que a mediados de octubre de 2021 el 44% de los fallecimientos registrados globalmente y casos 47% eran de los 38 países de la OCDE (95).

Estas cifras subestiman el impacto general en salud de la pandemia, ya que muchos casos y muertes no se detectan. Además, tanto la enfermedad como las medidas de contención y mitigación aplicadas para frenar la propagación del virus SARS-CoV-2 y sus variantes, han tenido un profundo impacto en la salud y el bienestar de las poblaciones, y en forma más amplia en las sociedades y las economías.

A lo largo de la pandemia las infecciones se han comportado con diferentes picos y niveles de mortalidad, asociados a la variante del virus y a la capacidad de respuesta del sistema sanitario y sus profesionales.

En cada país del mundo se comportó de formas diferentes pues según datos en los países europeos de la OCDE tuvieron picos a finales de 2020 y las cifras de contagios subieron en julio de 2021 pero con menos defunciones (97).

Las diferentes variantes ha sido un factor importante en la asociación de mortalidad en cada uno de los picos (incremento de infecciones) de esta forma la variante Delta identificada en octubre de 2020 presentaba una transmisibilidad de más del doble que variantes anteriores y mayor riesgo de hospitalización (97,115).

En España después del 28 de marzo de 2022, entra en vigor la nueva Estrategia de Vigilancia y Control de COVID-19, el último informe, el número 181 de agosto de 2023

Las diferentes olas de enfermedad covid-19 se han comportado por comunidades en diferente intensidad y con distinta mortalidad, pero todas ellas han tenido características comunes vinculadas a la variante de cada momento y a los niveles de mortalidad.

La primera ola entre febrero y junio de 2020 con 246.272 contagios, 28.323 muertes, 45.000 sobremortalidad (98,99,115).

Fue la que generó un mayor problema de afrontamiento, dado que no existía suficiente material para atender a los pacientes y protegerse los sanitarios. Tampoco existían adecuados protocolos de actuación ni entrenamiento de todo el personal y el Sistema de Salud abordó esta pandemia en sus inicios sin suficientes recursos de personal. Otra característica de esta primera ola se debía a la falta de conocimiento para concretar la enfermedad, su comportamiento y la mejor forma de tratarla, por lo que fue necesario realizar cuidados genéricos y un gran esfuerzo en prevención y autocuidado. Esta primera ola fue la que mayor mortalidad generó y en la que menos capacidad diagnóstica teníamos.

La segunda ola, del 22 de junio hasta el 6 diciembre de 2020 conllevó 1.456.116 contagios y 18.322 muertes.

La tercera ola, del 7 de diciembre hasta 14 marzo de 2021, 1.492.734 contagios y 25.778 muertes. En esta época la vacunación se realizaba de forma lenta ya que contábamos con pocas dosis (115).

En la cuarta ola, desde el 15 de marzo al 19 de junio de 2021 hubo 569.000 contagios y 8.265 muertes (115).

La quinta ola, desde 20 de junio al 13 de octubre de 2021, se saldó con 1.219.735 contagios y 6.288 muertes. (En los más jóvenes con COVID afectaba de forma leve y esto provocaba poca preocupación).

Finalmente en la sexta ola, desde el 14 de octubre de 2021 en adelante, se han contabilizado más de seis millones de contagios y 13.500 muertes con una alta

incidencia de la variante OMICRON SUDAFRICA. En esta época hubo periodos de gran escasez de test. .

En los primeros meses de 2022, tras aterrizar la variante ómicron en España, la incidencia llegó a alcanzar los 3.418 casos, pero con unas tasas de ingresos hospitalarios (de menos del 20 % de ocupación) y mortalidad menor y que fueron fruto de la campaña de vacunación (98,115).

Algunos de los hitos que se generaron durante la pandemia se pueden identificar en:

15 de marzo de 2020: Se declara el estado de alarma y confinamiento de la población, semanas después se produce el colapso de los hospitales y la escasez de material sanitario para hacer frente a la pandemia alto porcentaje de profesionales de la salud y en particular de enfermeras.

Desde el 21 de mayo de 2020 se obliga al uso de Mascarillas para personas mayores de seis años.

27 de diciembre de 2020 -Arranca la vacunación en España:

En septiembre de 2021 se inicia las dosis de refuerzo: comenzó la campaña de la tercera de refuerzo.

En marzo de 2022-España supera las 100.000 muertes en: En medio del descenso de la sexta oleada por ómicron,

Abril 2022: fin de las mascarillas

28 de marzo de 2022: nueva estrategia de vigilancia.

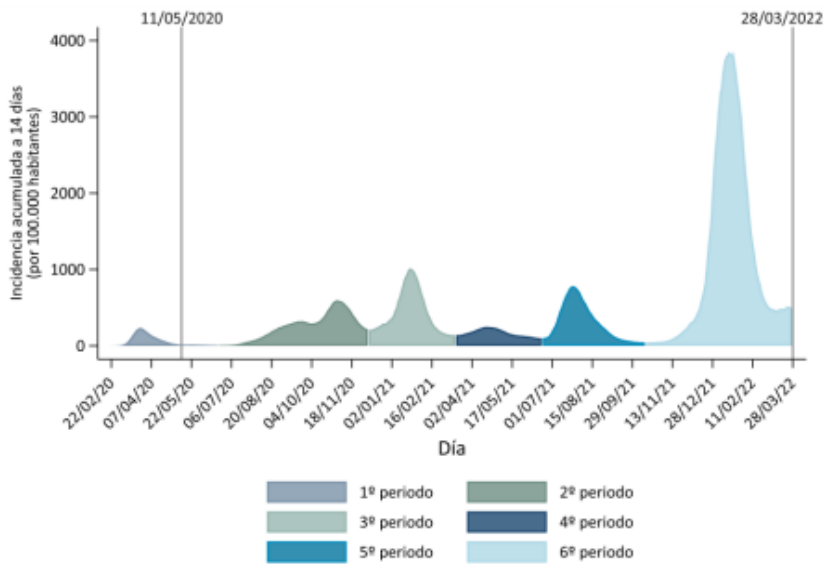
Estos períodos epidémicos por períodos, en España, se exponen en la tabla 8 y el gráfico 8.

Tabla 4.-Periodos Epidémicos en España con contagios y muertes por periodo

OLAS	1ª ola	2ª ola	3ª ola	4ª ola	5ª ola	6ª ola
FECHA	Hasta 21 junio de 2020	22 de junio hasta el 6 diciembre de 2020	7 de diciembre hasta 14 marzo 2021	15 marzo al 19 de junio 2021	20 junio al 13 octubre 2021	14 octubre de 2021 hasta 27 marzo 2022
CONTAGIOS	246.272	1.456.616	1.492.734	569.000	1.219.735	6.000.000
MUERTES	28.323	18.322	25.778	8.265	6.288	13.500
	Marzo: Alarma. Confinamiento. Junio: Fin estado alarma.	Mayo: mascarillas	Diciembre 2020: vacunación		Septiembre: revacunación	Abril 2022: fin mascarillas

Elaboración propia. Fuente Red nacional de vigilancia (115)

Gráfico 8.-Periodos epidemicos de COVID-19 en España hasta 28/3/2022



Fuente: CNE. ISCI. Red Nacional de vigilancia epidemiológica.

Según el Centro Nacional de vigilancia epidemiológica, el séptimo periodo comienza a partir del 28 de marzo de 2022, momento en que entra la nueva estrategia, en la que se establece el diagnóstico de todos los sospechosos en 60 años o más y los hospitalizados en cualquier edad (115).

En la siguiente tabla (tabla 9), se presentan datos de la RENAVE donde aparecen los casos en más de 60 años de muertes por sexo y diferentes comunidades autónomas, se observa como la infección continúa.

Tabla 5.-Número de casos de COVID-19 en persona de 60 o más años por periodos epidemiológicos, edad, sexo y Comunidad. casos notificados a RENAVE en personas de 60 o más años.

	1º periodo	2º-5º periodo	6º periodo	7º periodo	Total
Grupo de edad					
60-69	35364	396561	441496	420058	1293479
70-79	34057	241687	277983	423941	977668
80-89	39395	173266	172544	309187	694392
≥90	19669	63545	67509	111100	261823
Sexo					
Mujeres	68882	475661	536126	728751	1809420
Hombres	58600	399351	423363	535368	1416682
Comunidad Autónoma					
Andalucía	6197	134320	93365	122630	356512
Aragón	3281	33979	39606	34145	111011
Asturias	1285	17963	28135	35747	83130
Baleares	1001	13931	21363	23256	59551
Canarias	955	13385	35872	65889	116101
Cantabria	1227	8844	14280	20735	45086
Castilla-La Mancha	10781	46966	36800	70562	165109
Castilla y León	12157	67448	72653	106685	258943
Cataluña	29803	149110	187742	165463	532118
C. Valenciana	6257	95903	104630	120322	327112
Extremadura	1910	21367	23648	39974	86899
Galicia	4648	38323	65616	105894	214481
Madrid	36077	138501	102868	183796	461242
Murcia	739	25237	31691	38537	96204
Navarra	2734	12565	21920	34344	71563
País Vasco	7382	46653	67938	79851	201824
La Rioja	1990	7974	9107	12769	31840
Ceuta	33	1092	1046	1992	4163
Melilla	28	1498	1252	1695	4473
Total	128485	875059	959532	1264286	3227362

Fuente: Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII)

Se incorpora en la tabla 10 el número y porcentaje de casos de COVID-19 en personas de 60 o más años por periodo, edad y sexo, según nivel de gravedad. Casos de COVID-19 notificados a la RENAVE desde el inicio de la pandemia en personas de 60 o más años, como puede observarse los índices de mortalidad en este 7º periodo oscilan por edades entre el 0,3 y el 4,8, siendo ligeramente superior para los hombres (1,6 frente a 1,1).

Tabla 6 .- Numero y porcentaje de casos de COVID-19 en personas de 60 o más años por periodo, edad, sexo, nivel de gravedad.

		Hospitalizaciones ¹	Ingresos en UCI ¹	Defunciones ¹
1º periodo	Grupo de edad			
	60-69	19998 (56,5)	3013 (8,5)	2741 (7,8)
	70-79	23694 (69,6)	2604 (7,6)	6792 (19,9)
	80-89	22439 (57,0)	406 (1,0)	12032 (30,5)
	≥90	8056 (41,0)	73 (0,4)	6664 (33,9)
	Sexo			
	Mujeres	33497 (48,6)	1868 (2,7)	12816 (18,6)
	Hombres	39987 (68,2)	4173 (7,1)	15346 (26,2)
	Total	74187 (57,7)	6096 (4,7)	28229 (22,0)
	2º-5º periodo	Grupo de edad		
60-69		55727 (14,1)	9851 (2,5)	6101 (1,5)
70-79		57224 (23,7)	8132 (3,4)	12494 (5,2)
80-89		59209 (34,2)	1347 (0,8)	23569 (13,6)
≥90		22264 (35,0)	129 (0,2)	13807 (21,7)
Sexo				
Mujeres		90276 (19,0)	6243 (1,3)	25337 (5,3)
Hombres		104137 (26,1)	13213 (3,3)	30634 (7,7)
Total		194424 (22,2)	19459 (2,2)	55971 (6,4)
6º periodo		Grupo de edad		
	60-69	15831 (3,6)	2412 (0,5)	1788 (0,4)
	70-79	17200 (6,2)	1814 (0,7)	3200 (1,2)
	80-89	20929 (12,1)	458 (0,3)	5670 (3,3)
	≥90	10375 (15,4)	75 (0,1)	4173 (6,2)
	Sexo			
	Mujeres	29379 (5,5)	1583 (0,3)	6664 (1,2)
	Hombres	34956 (8,3)	3176 (0,8)	8167 (1,9)
	Total	64335 (6,7)	4759 (0,5)	14831 (1,5)
	7º periodo	Grupo de edad		
60-69		19829 (4,7)	1623 (0,4)	1193 (0,3)
70-79		36323 (8,6)	2208 (0,5)	3054 (0,7)
80-89		49935 (16,2)	994 (0,3)	6620 (2,1)
≥90		24437 (22,0)	124 (0,1)	5344 (4,8)
Sexo				
Mujeres		60823 (8,3)	1780 (0,2)	7722 (1,1)
Hombres		69694 (13,0)	3166 (0,6)	8488 (1,6)
Total		130524 (10,3)	4949 (0,4)	16211 (1,3)

Fuente: RENAVE. agosto 2023

Desde el inicio de la pandemia se han notificado a la RENAVE 3.227.362 casos de COVID-19 en personas de 60 o más años y desde el 28 de marzo de 2022 (fecha de

entrada en vigor de la Nueva Estrategia de Vigilancia y Control de COVID-19 en España) se han notificado a la RENAVE 130.524 hospitalizaciones en personas de 60 o más años, lo que supone un 10,3% de los casos diagnosticados.

Este porcentaje de hospitalización es similar al sexto periodo y mucho menor que en los periodos previos. El porcentaje de ingresos en UCI (0,4%) y defunciones (1,3%) es menor que en el sexto periodo (0,5% y 1,5%, respectivamente).

Es de destacar que los ingresos por Covid-19 en nuestros hospitales continua. Desde el inicio de la pandemia se han producido 681.927 hospitalizaciones, 56.249 ingresos en UCI, y 121.852 defunciones, y desde el 28 de marzo de 2022 (séptima ola) en España se han notificado 162.117 hospitalizaciones, 6736 ingresos en UCI y 17.709 defunciones. Desde el 10 de marzo de 2020 se han estimado 129.382 excesos de defunciones por todas las causas (115).

Del 24 de julio al 20 de agosto de 2023, se notificaron casi 1,5 millones de nuevos casos de COVID-19 y más de 2000 muertes en las seis regiones de la OMS, un aumento del 63% y una disminución del 48%, respectivamente, en comparación con los 28 días anteriores (115).

Hasta el 20 de agosto de 2023, se habían notificado más de 769 millones de casos confirmados y más de 6,9 millones de muertes en todo el mundo. Las comparaciones de 28 días para regiones de América y otros, no se presentan porque los datos para el período del informe eran incompletos. Además, muchos países están desmantelando los sistemas de información sobre el Covid-19.

La OMS comenta en el informe de agosto que utilizará todas las fuentes disponibles para continuar monitoreando la situación epidemiológica de COVID-19, especialmente los datos sobre el impacto, pues plantea que la COVID-19 sigue siendo una amenaza importante y la OMS insta a los Estados Miembros a mantener y no desmantelar, su infraestructura establecida contra la COVID-19.

Es crucial mantener la alerta temprana, la vigilancia y la notificación, el seguimiento de variantes, la prestación temprana de atención clínica, la administración de refuerzos de vacunas a grupos de alto riesgo, las mejoras en la ventilación y la comunicación regular, en definitiva, los sistemas de salud deben estar preparados y con

recursos para detectar situaciones de alerta temprana y poder actuar y esto solo se logra con recursos y estado de alerta.

Los casos notificados no representan con precisión las tasas de infección debido a la reducción de las pruebas y los informes a nivel mundial. Durante este período de 28 días, el 44% (103 de 234) países notificaron al menos un caso a la OMS, una proporción que ha ido disminuyendo desde mediados de 2022.

En definitiva y en la actualidad, la situación de informes sobre infecciones, muerte y hospitalizaciones de coronavirus, no aportan datos fiables de todo el mundo según reconoce el informe de agosto de 2023 por la propia OMS (100).

La OCDE ha emitido durante esta pandemia diferentes informes de interés por los datos económicos y de situación del sistema de salud referidos a los países que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

El gasto en salud era de 4000 dólares por persona, siendo el área hospitalaria y ambulatoria la que genera un gasto del 60% del total. Con la COVID-19 se incrementó y el PIB pasó de 8,8% en 2019, a 9,7% en 2020 (97).

Éste mismo informe alerta sobre el déficit de recursos humanos en sanidad “Aunque el número de médicos y personal de enfermería se incrementó en la última década en casi todos los países de la OCDE, la escasez persiste” (97). “La carencia de personal de enfermería y de médicos se ha puesto de manifiesto durante la pandemia, ya que la falta de personal de salud y de cuidados de larga duración ha resultado ser una limitación más seria que las camas y el equipo de los hospitales” (97). Además, la pandemia ha evidenciado los déficits en el sector de cuidados crónicos.

El año 2020, había sido designado por la OMS como el " Año de la enfermera y la partera", en conmemoración del 200 aniversario de Florence Nightingale (101). Según la OMS “las enfermeras y las parteras juegan un papel vital en la prestación de servicios de salud. Estas son las personas que dedican sus vidas al cuidado de madres y niños; dar vacunas y consejos de salud que salvan vidas; cuidar a las personas mayores y, en general, satisfacer las necesidades esenciales de salud cotidianas. A menudo son el primer y único punto de atención en sus comunidades. El mundo necesita 9 millones más de enfermeras y parteras para lograr la cobertura sanitaria universal para 2030”

(101). Con este reconocimiento se pretendía evocar la contribución de las enfermeras y parteras a la salud global.

En todo el mundo se habían preparado celebraciones por las contribuciones de las enfermeras a la salud, pero ese mismo año, de forma inesperada, apareció una pandemia de coronavirus, que pasó a denominarse COVID-19.

En palabras de nuestra compañera periodista Gema Romero en Diario Enfermero, escritas en 2020 “Cuando en enero de 2020 arrancaba formalmente el Año Internacional de las Enfermeras y Matronas establecido por la Organización Mundial de la Salud nada hacía presagiar lo sucedido finalmente este año. Un año que ya no es ni será de las enfermeras, sino que se recordará por la pandemia. Lo que en principio parecía una gripe que tendría poca o nula incidencia en el resto del mundo, más allá de China, ha terminado arrasando con todo, incluyendo la vida y la salud de millones de personas” (102).

La COVID-19 o coronavirus 2019 es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2, que fue notificado por primera vez en Wuhan (República Popular China) el 31 de diciembre de 2019. Esta enfermedad presenta unos síntomas muy variados, pudiendo llegar a ser muy leve, grave o muy grave. Se considera muy contagiosa, puede propagarse a través de pequeñas partículas desde gotículas respiratorias (más grandes), hasta aerosoles (más pequeños), al toser, estornudar, hablar, cantar o respirar, por esta razón se recomendaron prácticas higiénicas estrictas, uso de desinfectantes de base alcohólica con frecuencia, quedarse en casa (autoaislarse) y uso de mascarillas. Aunque en algunos casos puede cursar sin síntomas, las peores situaciones son las que conciernen a nivel respiratorio. Aunque afecta a todas las edades, los riesgos de mayor gravedad se producen en adultos mayores y con enfermedades crónicas, que pueden agravarse con la COVID-19 (91).

En estos dos últimos años, y con motivo de la Pandemia originada por este nuevo Coronavirus ocasionando la COVID-19, se ha producido un incremento importante de necesidades de personal sanitario, en particular de personal de Enfermería. Esto ha puesto de manifiesto el déficit permanente de enfermeros/as en nuestro país y, además, se ha puesto en valor la profesión de Enfermería, al ser los profesionales enfermeros los cuidadores en el proceso sanitario. Por otra parte, durante este periodo, se han

impuesto nuevas condiciones laborales, cambios en la rutina de trabajo, nuevas necesidades de equipos de protección individual, mayor sentimiento de responsabilidad y un aumento de las medidas preventivas de infección en la asistencia diaria (91,92).

El Sector que mayor nivel de presión asistencial sufrió y con mayor número de defunciones, fue el Sociosanitario, no en vano las personas ingresadas en estos centros fueron los mayores, grupos de pacientes con más de 60 años que coincide con la mayor afectación por este virus. Hay que destacar que estos centros no están dotados en su mayoría por enfermeras y que sufren de un déficit de dotación, evidenciado durante la pandemia en la que fue necesario desplazar Enfermeras desde los Centros Hospitalarios para reforzar y dirigir los cuidados en estos pacientes.

El Consejo General de Enfermería de España, se incorporó desde un primer momento en las tareas de apoyo a la organización y colaboración con el Sistema Sanitario. Se desarrollaron diferentes acciones de apoyo, generando información sobre este nuevo proceso, con infografías, imágenes y amplia información de ayuda a los profesionales, para la mejora de la atención a la sociedad.

Entre otras acciones, el Consejo General de Enfermería paralizó las actividades profesionales de reuniones, congresos y formación, comunicando a todos los Colegios de Enfermería de España tal situación de crisis pandémica.

Otras acciones llevadas a cabo fueron:

- Creación del Grupo de expertos.
- Participación en la elaboración y revisión de protocolos y documentos técnicos.
- Compra de material
- Denuncias por falta de material
- Circulares – Cartas a los ministerios
- Entrevista con Casa Real
- Ayuda psicológica para enfermeras

Hasta ahora, el SARS-CoV-2 sigue evolucionando requiriendo la acción de los profesionales de enfermería en todos los ámbitos y también en los Organizativos, Colegiales y de protección y seguridad laboral,

Desde el inicio del SARS-COV-2, se han designado múltiples variantes, de manera que se hace necesario seguir con mecanismos de prevención y protección, y seguir investigando acerca de su evolución. En la actualidad, 2023, aunque se ha levantado el estado de alarma, se sigue monitorizando la evolución de la propagación del virus, y aunque se siguen produciendo casos de COVID-19- se presentan situaciones de menor gravedad (91).

En las conclusiones del informe emitido por la OCDE sobre el COVID, hay que llamar la atención sobre las que se refieren a (97):

“... La COVID-19 ha generado enormes costos humanos, sociales y económicos, y reveló las fragilidades subyacentes de muchos sistemas de salud para soportar el impacto de la crisis.

... La pandemia también ha demostrado que un gasto en salud eficaz es una inversión, no un costo que hay que contener: los sistemas de salud más fuertes y resilientes protegen tanto a las poblaciones como a las economías.

...El gasto en salud sigue concentrándose en forma predominante en la atención curativa, más que en la prevención de enfermedades y promoción de la salud, y el gasto en hospitales es mucho más alto que en atención primaria.

... La COVID-19 ha afectado desproporcionadamente a poblaciones vulnerables. Más de 90% de las muertes por COVID-19 registradas ocurrieron entre personas de 60 años de edad y mayores. Existe un claro gradiente social, con personas de escasos recursos, aquellos que viven en áreas marginadas, y la mayor parte de inmigrantes y minorías étnicas con un riesgo más alto de infección y muerte. Las vacunas han reducido el riesgo de enfermedad grave y muerte por COVID-19.

...El impacto de la pandemia en la salud mental ha sido enorme, con una prevalencia de ansiedad y depresión de más del doble de los niveles observados antes de la crisis en la mayoría de los países con información disponible, principalmente México, Reino Unido y Estados Unidos” (97).

Estas conclusiones específicas de la OCDE se pueden aplicar a todos los países del mundo y por ello, parecen de interés.

La pandemia ha unido voluntades y ha potenciado la investigación y se ha conseguido obtener vacunas específicas que han contribuido al frenado de la enfermedad. De esta manera, desde los servicios sanitarios, se han generado estrategias de vacunación a la población, llegando a conseguir en España una administración del 95,95% de las dosis entregadas, y en Canarias el 87,48%. Se considera que con pauta completa de vacunación sobre el total de la población es del 82,7% (95).

En todo este proceso, los profesionales de enfermería han sido los líderes en el cuidado, protección y aplicación de medidas de prevención sin precedentes (vacunas, educación sanitaria). De esta manera, ha sido necesario contar con estos recursos humanos en el sistema de salud, quedándose en algunos períodos sin profesionales, habiendo solicitado la Administración la incorporación de profesionales jubilados y alumnado de último curso para apoyar en el trabajo.

Con esta situación de emergencia sanitaria, se ha puesto en valor el desempeño profesional de la Enfermería y se han visto los déficits de profesionales, y la necesidad de contar con más enfermeras y enfermeros que proporcionen los cuidados que necesitan los ciudadanos.

Sobre el contagio de profesionales sanitarios y enfermeros por Covid-19, existen diferentes trabajos y publicaciones a lo largo de estos tres años que ponen en relieve el nivel de contagios de los profesionales sanitarios y como las enfermeras han sido los profesionales con mayor nivel de contagio en todo el mundo.

En una revisión sistemática para estimar las muertes y las infecciones por COVID-19 en las primeras fases de la pandemia, se notificaron un total de 152 888 infecciones y 1413 muertes. Las infecciones fueron principalmente en mujeres (71,6%, n=14 058) y enfermeras (38,6%, n=10 706), pero las muertes fueron principalmente en hombres (70,8%, n=550) y médicos (51,4%, n=525) (103).

Los datos limitados indicaron que los médicos generales y las enfermeras de salud mental eran las especialidades de mayor riesgo de muerte. Se notificaron 37,2 muertes por cada 100 infecciones en los trabajadores sanitarios mayores de 70 años. Europa tuvo el mayor número absoluto de infecciones notificadas (119 628) y muertes

(712), pero la región del Mediterráneo oriental tuvo el mayor número de muertes notificadas por cada 100 infecciones (103).

El 8 de mayo de 2020, España notificó el mayor número acumulado de infecciones por COVID-19 en trabajadores sanitarios del mundo, con 30.663 (20 % de todas las infecciones por trabajadores sanitarios). Le siguen de cerca Italia (23.718) y los Países Bajos (13.884). Italia notificó el mayor número acumulado de muertes en los trabajadores sanitarios debido a la COVID-19, con 220. Al menos el 10% de todas las muertes por COVID-19 correspondieron a trabajadores del pico de infección por salud en cinco países: Guyana, Venezuela, Afganistán, Costa Rica y Kazajstán. El COVID-19 varía de un país a otro, y China e Italia demuestran algunos de los primeros picos. Las infecciones y muertes de trabajadores sanitarios (103).

En una revisión de alcance publicada en enero del 2022 sobre mortalidad del personal de enfermería, refiere que se hicieron búsquedas en estudios desde el 1 de septiembre hasta el 30 de octubre de 2021, incluyendo 12 artículos: El personal de enfermería presentó una alta tasa de mortalidad después de los médicos y el personal de salud. La edad promedio de los enfermeros fallecidos fue de 43 años, siendo mayor en hombres que en mujeres. Se reportaron tasas de mortalidad más altas en los servicios que atienden COVID-19, hogares de ancianos y centros psiquiátricos. Concluyen que el contagio y las muertes se atribuyen a la falta de planificación y al equipo de protección inadecuado. Este trabajo plantea las grandes dificultades para recabar información sobre esta temática y concluye en las dificultades de mantener observatorios sobre infecciones de profesionales sanitarios, enfermeras y mortalidad (104). En España se tiene constancia de que al menos 12 enfermeros (6 enfermeras y 7 enfermeros) han fallecido al contagiarse con el COVID-19 mientras realizaban sus labores asistenciales.

En ciudad de México, al 20 de septiembre de 2020, se habían realizado pruebas de detección del SARS-CoV-2 a 75.820 trabajadores sanitarios y se habían confirmado 17.531 (30,35 %); 6.610 eran enfermeras (37,70%), 4.910 médicos (28,0%), 267 dentistas (1,52%) y 5.744 personal de laboratorio y otros trabajadores sanitarios (32,76%). En general, 2.378 trabajadores sanitarios requirieron hospitalización (4,12%), 2.648 desarrollaron COVID-19 grave (4,58%) y 336 requirieron apoyo mecánico-ventilatorio (58,472%). La letalidad se registró en 82 (.635%) casos (105).

En un comunicado de prensa del 28 de octubre 2020 del Consejo Internacional de Enfermería reporta que: El último análisis del Consejo Internacional de Enfermeras muestra que el número de enfermeras que han muerto después de contraer COVID-19 es de 1.500, frente a 1.097 en agosto de 2020. Se sabe que la cifra, que incluye enfermeras es de solo 44 de los 195 países del mundo, es una subestimación del verdadero número de muertes (106).

El propio análisis del CIE sugiere que alrededor del 10% de los casos, a nivel mundial, se produce entre los trabajadores sanitarios.

Si la tasa de letalidad entre los más de cuatro millones de trabajadores de la salud infectados es solo del 0,5%, más de 20.000 trabajadores de la salud podrían haber muerto a causa del virus (106).

Varios países notifican en 2023 mortalidad por casos reportados, así, Canadá comunica 52.750 muertes con más de 4.6 millones de casos reportados a mediados de 2023. Esta tasa de mortalidad acumulada por Covid-19 de 1.372 por millón supera el promedio mundial de 855 por millón.

Japón anunció el 26 de junio de 2023 que podría haber entrado en su novena ola de infecciones por Covid-19. Los epidemiólogos detectaron un aumento en los casos positivos de SARS-CoV-2 basado en el sistema nacional de vigilancia centinela, que incluye unas 5.000 instituciones médicas en todo el país. El número semanal promedio de casos de Covid-19 por sitio centinela aumentó de 1.12 en la semana del 29 de mayo a 5.11 en la semana del 5 de junio de 2023, se identificaron 2 linajes XBB en la mayoría de los casos. Desde que XBB se identificó por primera vez en la India en agosto de 2022, los linajes XBB se han extendido por todo el mundo y se han convertido en la variante más común en varias partes del mundo (107).

Como se puede observar en base a los datos, cada país del mundo presenta datos sobre infecciones, mortalidad y variantes del Covid-19 con diferencias sustanciales. En Canarias los datos también son significativamente diferentes que en el resto del país. Durante los años 2020, 2021 y 2022 fallecieron 2.174 personas por COVID-19 en Canarias, siguiendo un patrón de sucesivas oleadas. La Comunidad Autónoma de

Canarias ha presentado menor incidencia y tasas de mortalidad por COVID-19 en comparación con la media nacional durante todo el periodo de estudio (108).

Otros estudios concluyen que el sexo femenino tiene mayor riesgo de enfermedad entre los profesionales entre 31 y 40 años y de muerte entre los mayores de 41 años. Las tasas de letalidad más altas se producen entre los hombres. En datos de Brasil, España, el mundo (109).

Se puede concluir que el Covid-19 se ha comportado como enfermedad con distintos niveles de patogenicidad, de virulencia y mortalidad. Las primeras oleadas de infección, el virus causó un alto porcentaje de muertes, en sucesivas oleadas la capacidad diagnóstica mejoró y se detectaron mayor cantidad de contagiados pero la mortalidad y los ingresos hospitalarios disminuyeron, y con la vacunación los índices de ingresos y mortalidad disminuyeron, dando por finalizada la fase pandémica.

1.6.2. La Enfermera en España y Europa.

La profesión de Enfermería está considerada como la profesión de los cuidados. Las enfermeras, son profesionales que se han titulado en una Universidad, y se caracterizan por ser responsables de los cuidados durante las 24 horas del día, tanto a nivel hospitalario, como a nivel de atención primaria y en domicilio.

La enfermería en la Unión Europea y en España es una profesión regulada que participa de diferentes valores y que se encarga de proteger un derecho fundamental de los ciudadanos que es la Salud.

De acuerdo y conformidad con el artículo 36 de la Constitución, y a los efectos de esta Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pre graduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos, de acuerdo con lo previsto en la normativa específicamente aplicable (72).

La condición de “profesión” se articula por ley en relación a disponer de una formación propia de la atención de salud y estar organizados en colegios profesionales. Artículo 2 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (72).

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias establece algunos criterios de interés sobre los profesionales sanitarios, así, establece que “Los profesionales sanitarios realizarán a lo largo de su vida profesional una formación continuada, y acreditarán regularmente su competencia profesional” (72).

“El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en la ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológicos” (72).

La Enfermería como profesión, alude a la estructura de profesionales y sus órganos de regulación y gobierno, sus estructuras organizativas y normas éticas y deontológicas que la regulan.

Hace referencia a los profesionales Enfermeros y Enfermeras, que han cursado estudios en la Universidad y adquieren la cualificación propia como responsable de cuidados generales y que les permite ejercer como profesionales. El título inicialmente correspondía a la formación de Diplomado en Enfermería, establecido por el Real Decreto 1466/1990 de 26 de octubre (109), y posteriormente a la obtención del título de Grado establecido a través de la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio (110), conforme a las condiciones del Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de febrero de 2008. Dichos títulos permiten el ejercicio de las actividades profesionales a que se refiere el artículo 7.2.a) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (72,109,110).

La Profesión de Enfermería se regula por normativa española y europea, entre otras, en el Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013 (111), por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) n.º 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa, a través del Sistema de Información del Mercado Interior (Reglamento IMI). Esta directiva determina que, en España, “la formación básica de Enfermería responsable de cuidados generales es la que conduce a la obtención del título universitario oficial de Diplomado en Enfermería” (111).

La Enfermería, se puede definir tomando como referencia diferentes organizaciones internacionales de Enfermería, tales como el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), y en España se parte del concepto de la Real Academia Española de la lengua (RAE) y el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España (CGE).

Según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), (112) en 2002 dice que la Enfermería “abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación” establece además una definición larga que dice: “La enfermería, como parte integral del sistema de atención de salud, abarca la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados que se prestan a quienes padecen enfermedades físicas, enfermedades mentales, y a las personas discapacitadas de todas las edades, en todos los entornos de atención de salud y en otros ámbitos de la comunidad. En este amplio abanico de atención de salud, los fenómenos de especial preocupación para las enfermeras son las “respuestas a los problemas de salud efectivos o potenciales” por parte de personas, familias y grupos (ANA, 1980, P.9). Estas respuestas humanas conforman un amplio abanico que va desde las reacciones para el restablecimiento de la salud tras un episodio individual de enfermedad hasta la elaboración de políticas para promover la salud de una población a largo plazo” (112).

Continúa diciendo: “La función única de las enfermeras en el cuidado de las personas, enfermas o sanas, consiste en evaluar sus respuestas ante su situación de salud y ayudarlas a realizar aquellas actividades que contribuyan a la salud, a la recuperación o a una muerte digna que ellas mismas realizarían sin asistencia si tuvieran la suficiente fortaleza, voluntad o conocimientos para hacerlo, con el fin de ayudarlas a obtener una independencia total o parcial lo más rápidamente posible (Henderson,

1977, p.4). En el entorno sanitario global, las enfermeras comparten con otros profesionales de la salud y de otros ámbitos de servicio público las funciones de planificación, implementación y evaluación para garantizar la idoneidad del sistema sanitario con el fin de promover la salud, prevenir la enfermedad y cuidar de las personas enfermas y discapacitadas”. (CIE, 1987) (112).

La OMS/OPS expone que “la Enfermería abarca el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos” (113). En España y siguiendo la misma tónica internacional y en base a la regulación expuesta, “un enfermero es aquella persona que ha cursado estudios de Enfermería, dispone el título de Grado en Enfermería o titulación equiparable y tiene competencias para, de forma autónoma, cuidar a las personas a su cargo. Las funciones profesionales recogidas en la Ley 44/2003 establecen que: “corresponde a los Enfermeros 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” (72). Asimismo, en el artículo 43 del Real Decreto 581/2017 (111).

En el Artículo 42 de este Decreto donde regula la “Formación en Enfermería responsable de cuidados generales”, determina la formación necesaria para el acceso a las actividades de enfermera responsable de cuidados de enfermería. En los siguientes términos se transcriben fielmente las características contenidas en este decreto que regula las condiciones básicas de un enfermero que, como profesional regulado, debe cumplir con lo siguiente:

“En España, la formación básica de enfermería responsable de cuidados generales es la que conduce a la obtención del título universitario oficial de Diplomado en Enfermería, establecido por el Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, o a la obtención del título de Grado establecido de acuerdo con las previsiones contenidas en la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, conforme a las condiciones del Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de febrero de 2008. Dichos títulos permiten el ejercicio de las actividades profesionales a que se refiere el artículo 7.2.a) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias” (109, 110).

Para su reconocimiento, a efectos del acceso a las actividades profesionales de enfermera responsable de cuidados generales, la formación conducente a la obtención de los títulos a que se refiere el artículo 29 deberá cumplir los requisitos que se recogen en los siguientes apartados, recogidos textualmente en la norma (111):

“a) La admisión a la formación de enfermera responsable de cuidados generales estará supeditada a:

1.º Una formación de enseñanza general de al menos doce años sancionada por un diploma, certificado u otro título expedido por las autoridades u organismos competentes de un Estado miembro, o por un certificado que acredite que se ha superado un examen de admisión de nivel equivalente y que dé acceso a universidades o a centros de enseñanza superior de un nivel que se reconozca como equivalente, o

2.º Una formación de enseñanza general de al menos diez años sancionada por un diploma, certificado u otro título expedido por las autoridades u organismos competentes de un Estado miembro, o por un certificado que acredite que se ha superado un examen de nivel equivalente que dé acceso a una escuela profesional de enfermería o a un programa de formación profesional de enfermería.

b) La formación de enfermera responsable de cuidados generales se realizará a tiempo completo y se referirá como mínimo al programa que figura en el anexo III.

3. La formación en enfermería responsable de cuidados generales comprenderá en total por lo menos tres años de estudios, que podrán expresarse además en créditos ECTS equivalentes, que representen al menos 4.600 horas de formación teórica y clínica; la duración de la formación teórica representará como mínimo un tercio y la de la formación clínica, al menos la mitad de la duración mínima de la formación.

Las autoridades competentes podrán conceder dispensas parciales a los profesionales que hayan adquirido una parte de esta formación en el marco de otras formaciones cuyo nivel sea, como mínimo, equivalente.

Los Estados miembros velarán por que el centro encargado de la formación de enfermería asuma la coordinación entre la formación teórica y clínica con respecto a todo el programa de estudios.

4. Se considerará enseñanza teórica la parte de la formación de enfermería mediante la cual se adquieren los conocimientos, capacidades y competencias profesionales exigidas.” (111)

El Decreto 581/2017, recoge que, “esta formación se impartirá por el personal docente de enfermería, así como por otras personas competentes, en universidades, en centros de enseñanza superior de nivel reconocido como equivalente o en escuelas profesionales de enfermería o programas de formación profesional de enfermería.

5. Por formación clínica se entenderá la parte de la formación de enfermería mediante la cual se aprende, en un equipo y en contacto directo con una persona sana o enferma y/o una comunidad, a organizar, prestar y evaluar los cuidados integrales de enfermería requeridos a partir de los conocimientos, capacidades y competencias adquiridos. El aspirante a enfermera no solo aprenderá a ser miembro de un equipo, sino también a dirigir un equipo y a organizar los cuidados integrales de enfermería, entre los que se incluye la educación sanitaria destinada a personas y pequeños grupos de personas, en centros sanitarios o en la comunidad.

Esta formación se impartirá en hospitales y otros centros sanitarios, así como en la colectividad, bajo la responsabilidad del personal docente en enfermería y con la cooperación y la asistencia de otros enfermeros cualificados. Otras personas cualificadas podrán integrarse en el proceso de enseñanza.

Los estudiantes de enfermería participarán en las actividades de los servicios en cuestión en la medida en que dichas actividades contribuyan a su formación y les permitan aprender a asumir las responsabilidades que implican los cuidados de enfermería.

6. La formación de enfermera responsable de cuidados generales garantizará que el profesional en cuestión haya adquirido los conocimientos y capacidades siguientes:

a) Amplios conocimientos de las ciencias en las que se basa la enfermería general, incluida una comprensión suficiente de la estructura, funciones fisiológicas y comportamiento de las personas, tanto sanas como enfermas, y de la relación existente entre el estado de salud y el entorno físico y social del ser humano.

b) Conocimiento de la naturaleza y de la ética de la profesión, así como de los principios generales de la salud y de la enfermería.

c) Experiencia clínica adecuada; experiencia que se seleccionará por su valor formativo, y se adquirirá bajo la supervisión de personal de enfermería cualificado y en lugares donde el número de personal cualificado y de equipos sean adecuados para los cuidados de enfermería al paciente.

d) Capacidad para participar en la formación práctica del personal sanitario y experiencia de trabajo con ese personal.

e) Experiencia de trabajo con miembros de otras profesiones del sector sanitario.

7. Los títulos de formación de enfermera responsable de cuidados generales acreditarán que el profesional en cuestión se encuentra, como mínimo, en condiciones de aplicar las siguientes competencias, independientemente de que la formación se haya adquirido en una universidad, un centro de enseñanza superior de nivel reconocido como equivalente, una escuela profesional o mediante programas de formación profesional en enfermería:

a) Competencia para diagnosticar de forma independiente los cuidados de enfermería necesarios utilizando para ello los conocimientos teóricos y clínicos, y para programar, organizar y administrar cuidados de enfermería al tratar a los pacientes sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos de conformidad con el apartado 6, letras a), b) y c), con el fin de mejorar la práctica profesional.

b) Competencia para colaborar de forma eficaz con otros actores del sector sanitario, incluida la participación en la formación práctica del personal sanitario sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos de conformidad con el apartado 6, letras d) y e).

c) Competencia para responsabilizar a las personas, las familias y los grupos de unos hábitos de vida sanos y de los cuidados de la propia salud sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos de conformidad con el apartado 6, letras a) y b).

d) Competencia para, de forma independiente, tomar medidas inmediatas para mantener la vida y aplicar medidas en situaciones de crisis y catástrofe.

e) Competencia para, de forma independiente, dar consejo e indicaciones y prestar apoyo a las personas que necesitan cuidados y a sus allegados.

f) Competencia para, de forma independiente, garantizar la calidad de los cuidados de enfermería y evaluarlos.

g) Competencia para establecer una comunicación profesional completa y cooperar con miembros de otras profesiones del sector sanitario.

h) Competencia para analizar la calidad de los cuidados y mejorar su propia práctica profesional como enfermera responsable de cuidados generales.” (111)

Queda meridianamente claro que para el ejercicio profesional en España se deben cumplir una serie de requisitos para poder proteger a los ciudadanos en el bien de la salud.

Además, según la Real Academia Española de la lengua, una enfermera o enfermero es “la persona dedicada a la Enfermería. Persona que cuida a un enfermo. Profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como de otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas” (114).

Al ser una profesión regulada, para poder ejercer la profesión de Enfermería, es necesario estar colegiado/a en un Colegio Oficial, de esta manera se garantiza que esa persona ha completado su formación y dispone de un número de registro profesional que le autorice para ejercer con arreglo a las normas éticas y deontológicas de la profesión.

1.6.3. La Organización Colegial de Enfermería. Los Colegios Profesionales.

La Organización Colegial de Enfermería de España. El Consejo General de Enfermería y los Colegios provinciales, tienen en España, más de cien años de historia, inicialmente como Organismos voluntarios y posteriormente como Instituciones de derecho público y colegiación obligatoria.

Actualmente La Organización colegial de enfermería en España se ampara en la Constitución Española, artículo 36 de la Constitución donde se refiere al régimen jurídico de los colegios profesionales y a la regulación del ejercicio de las profesiones tituladas. Y se articula en base a la Ley de Colegios Profesionales Ley 2/1974, de 13 de febrero,

sobre Colegios Profesionales que sirven de base para la mayoría de las Leyes de Colegios Profesionales aprobadas en las diferentes Comunidades Autónomas (45, 116).

Con el Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería (118).

Este Real Decreto inspira normativamente a la Organización Colegial de Enfermería de España, contemplando a la organización Colegial Autonómica y Provincial (118).

El título II regula el funcionamiento y competencias del Consejo General y se introduce un título dirigido a establecer una definición profesional, y dentro del Título III se reconoce la importancia y trascendencia de aplicar criterios de Calidad en las actuaciones profesionales, se pretende mejorar la calidad en la atención de enfermería a la población, así como el reconocimiento del compromiso de los profesionales y las instituciones que se integran en el sistema sanitario español.

En el artículo 2 establece los fines de los colegios profesionales de Enfermería: “Son fines esenciales de estos Colegios la ordenación del ejercicio de la profesión de Enfermería en el ámbito de su competencia y en todas sus formas y especialidades, la representación exclusiva de esta profesión y la defensa de los intereses profesionales de los colegiados, todo ello sin perjuicio de la competencia de la Administración pública, por razón de la relación funcionarial, ni de las representaciones sindicales en el ámbito específico de sus funciones” (118).

En el artículo 3 regula la función atribuida por la legislación en lo relativo a la ordenación, en el ámbito de sus competencias, de la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y dignidad profesional.

En los artículos 9 y 10 se detallan los Derechos de los Colegiados y los deberes en el ejercicio de la profesión. Dentro de estos deberes se planean, entre otros, los de: a) Ejercer la profesión de Enfermería conforme a las normas de ordenación del ejercicio profesional y reglas que la gobiernan, ateniéndose a las normas deontológicas establecidas y a las que puedan acordarse con este mismo objeto por la Organización

Colegial. g) Cumplir las prescripciones del Código Deontológico de la Enfermería española (118).

En definitiva, regula la obligatoriedad del ejercicio profesional siguiendo criterios éticos y deontológicos que ordenan del deber de cuidar.

El Consejo General de Enfermería, según el artículo 23: “El Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España es el órgano superior de representación y coordinación de aquéllos, en los ámbitos nacional e internacional, teniendo a todos los efectos la cualidad de corporación de derecho público, con personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines. Su domicilio radicará en la capital del Estado, sin perjuicio de poder celebrar reuniones en cualquier otro lugar del territorio español. 2. El Consejo General es la entidad que agrupa, coordina y representa con carácter exclusivo a la profesión de enfermería y a todos los Colegios Oficiales de Enfermería de España en los ámbitos nacional e internacional ; ordena, en el ámbito de su competencia y de acuerdo con lo establecido en la Constitución y en las leyes, el ejercicio profesional, y defiende y protege los intereses de los profesionales y de la enfermería, ejerciendo la facultad disciplinaria y resolviendo los recursos que se interpongan, en los términos regulados en estos Estatutos.” (118).

Son estos aspectos comentados de calidad en la atención profesional, y defensa de los intereses profesionales y de la profesión los que permiten dar el basamento para justificar y argumentar los esfuerzos de trabajo durante la pandemia del Covid-19, como deber inexcusable de la Organización Colegial en todos sus ámbitos y niveles.

En definitiva, la Organización Colegial tuvo que activar todos sus recursos para poder colaborar y ayudar al Sistema de Salud y a sus profesionales para enfrentar la pandemia de Covid-19, que se inició en España en unas condiciones de déficit de materiales y guías de actuación y con un alto riesgo de contagio de los profesionales sanitarios y en especial de los enfermeros.

Por ello se adoptaron, según sus estatutos, las resoluciones y acuerdos necesarios para llevar a cabo el control de calidad de la competencia de sus profesionales, siguiendo los principios deontológicos establecidos en las normas (118).

Es de especial interés recordar los artículos 53 y siguientes de estos Estatutos, donde se definen aspectos de tanto interés como la misión de la enfermería, los cuidados y otros aspectos de interés que se reproducen a continuación por ser la base legal que justifica y obliga a la actuación profesional.

“Artículo 53. **Misión de la enfermería.** Los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. Las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana.

2. Conforme a lo previsto en la Constitución y en la legislación sobre Colegios Profesionales, de acuerdo con la legislación específica sobre obtención, expedición y homologación de títulos académicos y profesionales, así como de sus efectos académicos y habilitantes.”

“Artículo 54. el **enfermero generalista**, con independencia de su especialización, es el “profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos profesionales de enfermero que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos, auxiliándose para ello de los medios y recursos clínicos y tecnológicos adecuados, en orden a detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones del ser humano, referido a la prevención de la enfermedad, recuperación de la salud y su rehabilitación, reinserción social y/o ayuda a una muerte digna” (118).

Cuidados de enfermería. Las funciones del enfermero/a derivan directamente de la misión de la enfermería en la sociedad, se llevan a cabo de conformidad con el Código Deontológico de la Enfermería española, de acuerdo con los criterios de calidad y excelencia profesional, y se mantienen constantes independientemente del lugar o del momento en que son prestados los cuidados de enfermería, el estado de salud del individuo o del grupo que vaya a ser atendido o de los recursos disponibles.

2. Incumbe a la profesión de enfermería la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia, al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención.

3. Los cuidados de enfermería comprenden la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna.

La Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales (versión actualizada), establece: “son fines esenciales de estas Corporaciones la ordenación del ejercicio de las profesiones, la representación exclusiva de las mismas y la defensa de los intereses profesionales de los colegiados” (116).

De forma que la enfermera en España, como profesional, atesora las condiciones que la determinan como una profesional, con estudios universitarios y Órganos colegiales regulados por ley y la Unión Europea la determina como una profesional con competencias exclusivas para el cuidado a las personas.

1.6.4. Cultura Preventiva. Prevención de riesgos laborales.

La Constitución Española reconoce, en su artículo 15, como un derecho fundamental el derecho a la vida y a la integridad física y moral. El artículo 40.2 encomienda a los poderes públicos velar por la seguridad e higiene en el trabajo (45).

El Estatuto de los Trabajadores. En su artículo 4.2 reconoce el derecho de los trabajadores a su integridad física y a una adecuada política de prevención de riesgos laborales en su relación de trabajo. Y en su artículo 19.- Seguridad y salud en el trabajo, en el 19.1 establece “el derecho del trabajador a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo” y en el 19.3.- “En la inspección y control de dichas medidas que sean de observancia obligada por el empresario, el trabajador tiene derecho a participar por medio de sus representantes legales en el centro de trabajo, si

no se cuenta con órganos o centros especializados competentes en la materia a tenor de la legislación vigente” (117).

La Ley General de Sanidad dedicaba el capítulo cuarto del título I a la salud laboral, y en concreto a la actuación sanitaria en este ámbito, derogado ambos artículos el veintiuno y veintidós (47).

El tratado constitutivo de la Comunidad Europea, señaló que los “Estados miembros procuraran promover la Mejora en particular del medio de trabajo, para proteger la seguridad y la salud de los trabajadores y se fijarán como objeto la armonización, dentro del progreso, de las condiciones existentes en dicho ámbito” (119).

Por ello se promulga la Directiva 89/391/CEE del Consejo de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y salud de los trabajadores en el trabajo (120).

Esta directiva es traspuesta al derecho español con la ley 31/1995 de 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales, Ley, mejorada por la ley 54/2003 de 12 de diciembre de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales. Posteriormente, se decretan varios reales decreto para la garantía de los productos y seguridad de los mismos cuando llegan a los consumidores (121).

El 13 de diciembre de 2003 se publica la ley 54/2003, de 12 de diciembre de reforma del marco normativo de prevención de riesgos laborales. Se regula esta ley por la preocupación debida al incremento de siniestrabilidad laboral, desde que entró en vigor la ley 31/1995 de prevención de riesgos laborales que tenía por objeto promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo (121,122).

La ley 54/2003 obliga a integrar en todos los niveles de las empresas los sistemas de prevención de riesgos aplicando un plan de prevención de riesgos laborales (121).

El tránsito hacia esa cultura requiere cambiar mentalidades, como se demuestra la falta de eficacia en los inicios de la pandemia en la capacidad para gestionar las situaciones de enfermedad de los trabajadores de la salud, la diferencia de cuadro de

mandos donde dirigirse los trabajadores de la salud, al propio sistema, como todos los usuarios o a los sistemas de prevención de los hospitales, servicios infradotados que poco podían resolver, se requerían de nuevo protocolos y procedimientos para actuar con diligencia y salvaguardar la salud de los profesionales de la salud, y en especial de las enfermeras y profesionales de primera línea.

Esta ley tiene por objeto aplicar las medidas del Acuerdo de 30 de diciembre de 2002, que requieren una norma con rango de ley formal y que se refieren a dos ámbitos estrechamente relacionados: por un lado, la reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales; por otro, el reforzamiento de la función de vigilancia y control del sistema de Inspección de Trabajo y Seguridad Social (122).

Los Objetivos básicos de esta ley son los cuatro siguientes:

“1.-combatir de manera activa la siniestralidad laboral.

2.-fomentar una auténtica cultura de la prevención de los riesgos en el trabajo, que asegure el cumplimiento efectivo y real de las obligaciones preventivas y proscriba el cumplimiento meramente formal o documental de tales obligaciones.

3º reforzar la necesidad de integrar la prevención de los riesgos laborales en los sistemas de gestión de la empresa.

4º.-mejorar el control del cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales, mediante la adecuación de la norma sancionadora a la norma sustantiva y el reforzamiento de la función de vigilancia y control, en el marco de las comisiones territoriales de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.” (122).

Para alcanzar estos objetivos, esta ley se estructura en dos capítulos: el primero incluye las modificaciones que se introducen en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales; el segundo incluye las modificaciones que se introducen en la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social, texto refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto (122).

Sin duda alguna, los servicios de Prevención de Riesgos laborales de los Hospitales y sistemas de salud de atención primaria, en las diferentes Comunidades autónomas, han desarrollado sus actividades en base a la normativa de prevención que

emana de la Ley 33/2011 General de Salud Pública y demás normas por las que se reglamentan los servicios de prevención (123).

Esta ley establece, entre otros, en su artículo 12 “En la vigilancia de salud pública, se tomará en cuenta, entre otros factores, los riesgos relacionados con el trabajo y sus efectos para la salud”. Determina y regula los sistemas de colaboración en los sistemas de salud asistenciales y los de salud pública.

En el artículo 32. Sobre Salud laboral. Dice “La salud laboral tiene por objeto conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores en relación con las características y riesgos derivados del lugar de trabajo, el ambiente laboral y la influencia de éste en su entorno, promoviendo aspectos preventivos, de diagnóstico, de tratamiento, de adaptación y rehabilitación de la patología producida o relacionada con el trabajo” (123).

En el Artículo 33. Regula la actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral.

La ley del Estatuto de los trabajadores establece algunos puntos de interés respecto a la protección de la salud de los trabajadores (117):

Art. 42-d “en la relación de trabajo, los trabajadores tienen derecho a su integridad y a una adecuada política de prevención de riesgos laborales”

Art. 5b y c “los trabajadores tienen como deberes básicos observar las medidas de prevención de riesgos laborales que se adopten y cumplir las órdenes e instrucciones del empresario en el ejercicio regular de sus p facultades directivas.

Art. 19.1 y 19.2 “el trabajador en la prestación de sus servicios tendrá derecho a una protección eficaz en materia de prevención de riesgos laborales...y está obligado a observar en su trabajo las medidas legas y reglamentarias de seguridad y salud en el trabajo. “(117).

Asimismo, Real Decreto 1215/1997, de 18 de julio, establece las disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo (BOE de 7 de agosto).

El incumplimiento de las leyes y reglamentos de prevención dará como resultado la posibilidad de incurrir en delitos penales por “delito contra el derecho de seguridad

laboral y salud en el trabajo” como bien jurídico protegido, así en el artículo 316 del código penal dice “los que con infracción de las normas de PRL y estando legalmente obligados , no faciliten los medios necesarios para que los trabajadores desempeñen su actividad con las medidas de seguridad e higiene adecuadas de forma que pongan en peligro grave su vida, salud o integridad física, serán castigados con penas de prisión de seis meses a tres años y multas de seis a doce meses”. Por otro lado, el artículo 317 recoge la comisión del delito de imprudencia grave que castiga con la pena inferior de grado y el art. 318 contempla la situación creada en los artículos anteriores atribuyéndose a las personas, pasando esta responsabilidad a los administradores o encargados del servicio.

El deber general de protección que incluye la ley al empresario, requiere la adecuación a un amplio conjunto de obligaciones precisas determinadas por las leyes de salud laboral que se presentan en el siguiente esquema. (Tabla 11)

Tabla 7.-Deber general de protección. Obligaciones del Empresario

Obligaciones	Obligaciones
Evaluación de riesgos	Riesgo grave o inminente
Equipos de trabajo y medios de protección individual	Vigilancia de la salud
Información consulta y participación	Documentación
Formación de los Trabajadores	Coordinación de actividades empresariales
Medidas de emergencia	Protección de los trabajadores especialmente sensibles.

Fuente: Real Decreto 1215/1997

El artículo 17 de la Ley de Estatuto Marco sobre derechos individuales, establece en el punto d: “A recibir protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, así como sobre riesgos generales en el centro sanitario o derivados del trabajo habitual, y a la información y formación específica en esta materia conforme a lo dispuesto en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales” (124).

En el artículo 18 punto f, a disponer de servicios de prevención y de órganos representativos en materia de seguridad laboral.

En el artículo 72, letra u: Clases y prescripción de las faltas, clasifica como faltas muy graves, entre otras, “u) La negativa expresa a hacer uso de los medios de protección

disponibles y seguir las recomendaciones establecidas para la prevención de riesgos laborales, así como la negligencia en el cumplimiento de las disposiciones sobre seguridad y salud en el trabajo por parte de quien tuviera la responsabilidad de hacerlas cumplir o de establecer los medios adecuados de protección.”

Posteriormente considera falta grave a “m) La negligencia en la utilización de los medios disponibles y en el seguimiento de las normas para la prevención de riesgos laborales, cuando haya información y formación adecuadas y los medios técnicos indicados, así como el descuido en el cumplimiento de las disposiciones sobre seguridad y salud en el trabajo por parte de quien no tuviera la responsabilidad de hacerlas cumplir o de establecer los medios adecuados de protección.” (124).

Por último, es importante recordar que en cuanto a las competencias del Ministro de Sanidad, el artículo 14, letra b) de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, le atribuye:

“b) La gestión de alertas que procedan de la Unión Europea, la Organización Mundial de la Salud y demás organismos internacionales y, especialmente, de aquellas alertas contempladas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005), en su caso, en coordinación con las comunidades autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla”.

El Real Decreto 1047/2018, de 24 de agosto, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del entonces denominado Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, recoge las competencias ministeriales y las de los distintos departamentos que lo integraban.

Para el análisis de las competencias ejercitadas a partir del 12 de marzo de 2020, ha de estarse a lo previsto en el Real Decreto 454/2020, de 10 de marzo, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, y se modifica el Real Decreto 139/2020, de 28 de enero, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales.

Como se puede ver a lo largo de este capítulo, el Estado Español y la Unión Europea, tiene suficientes normas de diferente rango que tiene por objeto la protección eficaz de los trabajadores en su puesto de trabajo. En este periodo de pandemia, que se está estudiando, se confirma como en un primer periodo el número de contagios de

enfermeras y personal sanitario fue muy superior al de la población general y en muchos casos se constató que, en los Centros Sanitarios, los Responsables no disponían de equipos para un ataque inicial a un proceso de enfermedad, no se está diciendo que no se disponía para soportar toda la pandemia, es que no había material para el inicio de la pandemia, con lo que muchas de las órdenes de protección implicaron el uso de mascarillas no adecuadas, falta de material de EPI en cantidad y calidad. Lo que implicó que surgieran protestas por la problemática de atender a pacientes a riesgo de la propia vida, y con una probable negligencia por los responsables de dotar de material al sistema y de realizar la formación y los protocolos obligatorios.

Por todo ello, desde el Consejo General de Enfermería se puso una denuncia ante los responsables del Gobierno central y también desde la Organización Colegial hacia algunas Comunidades Autónomas, como por ejemplo en Andalucía.

1.6.5. Códigos deontológicos. El deber de cuidado.

Las Enfermeras en este periodo de pandemia ha ocupado un papel protagonista, dado que la prestación de los cuidados ocurre durante las 24 horas del día y esto implica que es la profesional que más tiempo pasa al lado de su paciente, al que cuida. El tiempo tiene una relación directa con la capacidad de contagio, a más tiempo en contacto con los pacientes más probabilidad de contagio, de la misma forma se suma otro efecto derivado de la existencia o no de suficiente y adecuado material de protección individual y conocimiento experto en el uso de estos materiales, con los necesarios tiempos para el descanso de los profesionales que están enfundados en los trajes (EPI) para evitar los errores por agotamiento y stress. En el primer periodo de la pandemia la cifra de enfermeras contagiadas superó con creces la contagiosidad de la población general e incluso la de otros colectivos sanitarios. La mayor infección en las enfermeras, también supone un mayor vector de contagio y el debilitamiento de los recursos humanos para la atención a los pacientes en la prestación de cuidados.

Durante la primera fase de la Pandemia, el escaso nivel de conocimientos sobre la enfermedad, su comportamiento, contagiosidad, morbilidad y mortalidad, llevó a la población en general y a los profesionales de la salud a una situación de miedo, que se plasmaba en muchos casos en el miedo a contagiar a sus familiares mayores o a sus

hijos. Con lo que las enfermeras se vieron sometidas a tensiones elevadas, enfrentándose la obligación moral del cuidar y el deber familiar de proteger a su familia.

Es por ello que muchos sistemas de salud y organizaciones respondieron a esta problemática buscando alojamientos para las enfermeras alejadas de su familia, durante este periodo la mayoría de las enfermeras se aislaron individualmente para poder seguir prestando cuidados, se fueron a pernoctar en apartamentos, zonas hoteleras habilitadas para ello y otras residencias alejadas de su núcleo familiar.

Con estos ejemplos se puede ver, cómo se produce un fuerte debate interno en relación a los riesgos sobreañadidos del trabajo de cuidado enfermero y la necesidad de los pacientes de ser cuidados en un proceso con alta mortalidad, necesidad de cuidados respiratorios y de ayuda a una muerte digna.

En España, la respuesta de las enfermeras ante las necesidades de los pacientes y del Sistema de Salud fue ejemplar, se antepuso el deber de cuidado a su propia salud y a sus deberes personales. Primó el “deber profesional”.

No estuvo ajeno al debate profesional si los enfermeros tenían, en este primer periodo, la obligación de cuidar, cuando existía un riesgo real de perjuicio por la falta de material de protección en los sistemas sanitarios. Realmente *tengo* que Cuidar a pacientes infectados de Covid-19 sin mascarillas adecuadas y suficientes, sin material suficiente, y la empresa tiene la obligación de aportar este material, y ¿cuál es la causa de que no tenga las dotaciones necesarias de previsión? Qué nivel de responsabilidad tienen los responsables de tener el material necesario para afrontar estas situaciones, en una primera instancia.

En este primer periodo de tiempo de pandemia, la primera ola, los enfermeros no se ocuparon mucho de debatir estos temas, todo su tiempo se dedicó a cuidar pacientes con una entrega superior a lo esperado, una entrega de la que todos los que pertenecemos a esta profesión nos ha hecho sentir orgullo. Incluso se fabricaron sus propios materiales de protección a modo de EPIs con bolsas de basura.

La junta directiva de la Asociación Española de Bioética (AEBI), plantea en marzo de 2020: “Ante la situación de pandemia por Covid-19 y la inestimable labor que están realizando los sanitarios españoles para tratar y cuidar los enfermos la junta directiva de

AEBI quiere hacer llegar una reflexión de carácter ético sobre los principios en los que ya se está basando la atención sanitaria. Estos son principalmente el principio de respeto y promoción de toda vida humana que implica que nadie debe ser discriminado por su edad o enfermedad ya que todos merecen atención médica y cuidado. El terapéutico de proporcionalidad en las intervenciones sanitarias y el del uso justo de los recursos sanitarios disponibles.” (126). En otro párrafo del escrito alude a “Los esfuerzos para que los profesionales sanitarios puedan actuar con las mayores garantías posibles de no exponerse imprudentemente en su vida y salud” (126). Algunas enfermeras no llegaron a entender cuál es la medida de la “exposición imprudente”

El ministerio de Sanidad también publicó sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS-CoV-2 un documento el 2 de abril de 2020, donde alude a diferentes problemas derivados de los problemas para el tratamiento y el cuidado de estos pacientes y de la necesidad de recursos humanos y materiales para enfrentar esta situación (127).

El 18 de abril, el Consejo de Enfermería de la comunidad valenciana presentó un informe solicitado por la junta de gobierno sobre Aspectos éticos de la enfermería en la crisis por pandemia por Covid-19. Es de interés que, desde la organización colegial de enfermería, se produce uno de los primeros documentos de trabajo sobre la situación ética en pandemia. No es extraño, pues es la enfermería la que está sometida a situación de mayor stress (128).

La Comisión deontológica plantea que la pandemia ha dado lugar a diferentes crisis en todos los ámbitos de la vida, desde lo social a lo económico, pero fundamentalmente, en la de los profesionales de la salud, en concreto, las enfermeras y enfermeros de nuestra comunidad, y se puede decir que los de toda España.

Este comité divide el informe en dos partes, en la primera identifica una serie de conflictos éticos y en la segunda proponen orientaciones éticas, y todo ello bajo la perspectiva de los códigos éticos de la comunidad y bajo el principio de “Las exigencias éticas en el desempeño de la Enfermería resultan particularmente importantes por la trascendencia de su cometido: la atención técnica y el cuidado humano de personas vulnerables, y la relación de especial confianza y cercanía que con ellas se establece. Esto requiere de las enfermeras un esfuerzo positivo y permanente para preservar los

derechos inherentes a la dignidad de la persona en el contexto de la relación sanitaria: la vida, la integridad física y moral, la seguridad, la intimidad, la confidencialidad, la autonomía,” (128).

Los conflictos éticos los plantean dentro del debate de dos bienes primordiales como son: la salud pública y los derechos de las personas. En los límites de esta problemática puesta en debate durante la pandemia, el Informe aludido plantea textualmente “Salvo excepciones, la enfermera no debe asumir riesgos desproporcionados de contagio y, por tanto, no debe trabajar si carece de los medios idóneos para protegerse. Es responsabilidad grave de la administración sanitaria proveer dichos medios. La exposición de una enfermera a contagio es una mala praxis, injusta y contraria a la utilidad pública, además de contravenir la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (art. 172 de LPRL)” (128).

Otro conflicto de interés que plantea es el de “garantizar por un lado la seguridad de pacientes y profesionales y por otro, los derechos del paciente al acompañamiento en los distintos momentos de su proceso asistencial (de modo especialmente relevante el final de su vida) y a la ayuda espiritual o religiosa” en tercer lugar plantea conflicto en “Conflicto entre cuidado del paciente y riesgo de demandas por mala praxis o negligencia.” (128). El cuarto conflicto que plantea la comisión deontológica de la organización Colegial de la Comunidad Valenciana, se refiere a “Conflicto entre procurar a cada paciente unos cuidados de calidad y priorizar la asignación de unos recursos escasos para maximizar su utilidad” (128). Y otros conflictos referidos a las decisiones de atención o priorización de la atención o criterios diferentes al resto de profesionales en estos temas.

La enfermera ha supuesto el recurso profesional del sistema de salud prioritario para realizar las actividades de cuidado y de prevención y promoción de salud durante esta pandemia y por ello se hace necesario, desde el punto de vista Ético y Deontológico, exigir y vigilar por el cuidado de las enfermeras, protegiéndolas para que no enfermen y en el caso de enfermar, generar los mecanismos de cuidado y tratamiento adecuados. para la recuperación de la salud.

Diferentes informes y valoraciones éticas de organizaciones colegiales en toda España, plantearon la necesidad de ofrecer a las enfermeras apoyo emocional junto con

el apoyo profesional y el ético. Esta acción de trabajo generado por los Colegios Profesionales, entra de lleno en su competencia de regular la profesión y de desarrollar los códigos de conducta y normalización profesional y cuidado de las profesionales, cuidado de las enfermeras.

En esta línea de debate, los colegios profesionales de enfermería realizaron acciones de consultoría profesional, consultoría ética-deontológica y consultoría profesional junto con acciones de diagnóstico y cuidados en los problemas de salud planteadas por las enfermeras.

La organización colegial, todos los colegios de Enfermería de España, utilizaron los sistemas de comunicación con los colegiados para ofrecer a través de Páginas Web, correos, e-mail, materiales de información, infografías con consejos educativos, también dirigidos para la población, teléfonos de contacto para atención psicológica y correo de consulta para temas profesionales, laborales, jurídicos, éticos y de apoyo. También fue necesario la obligación de exigir las mejoras necesarias, los materiales necesarios y los comportamientos adecuados para solventar la situación con el menor riesgo para las enfermeras (131-133).

Nuestro sistema sanitario se ve, además, desbordado por una dotación reducida de enfermeras para prestar los cuidados necesarios, dato demostrado si se ve la dotación de enfermeras en el año 2019 en el Sistema Nacional de Salud y se observa la dotación en 2022, se ha producido el incremento mayor de enfermeras de la historia conocida del sistema de salud y se ha hecho evidente el déficit de enfermeras que sostiene el sistema nacional de salud español y que los propios usuarios identifican en las encuestas cuando piden mayor dotación de personal sanitario, y más dinero para el sistema.

Sin duda, esta situación relatada generó una gran cantidad de estudios para profundizar en estos temas relacionados con la obligación de cuidar y el deber de cuidar.

La normativa española, la tradición histórica de la enfermería y los códigos deontológicos, plasman una prioridad de la atención profesional, la atención del cuidado a los pacientes con una prioridad, las personas a las que se cuidan, de esta forma se

puede ver cómo en Normas, como la Ley de Estatuto Marco, determinan en sus artículos temas como (124):

“No abandonar el servicio. Artículo 72-d.

La letra u- La negligencia en la utilización de los medios disponibles y en el seguimiento de las normas para la prevención de riesgos laborales, cuando haya información y formación adecuadas y los medios técnicos indicados, así como el descuido en el cumplimiento de las disposiciones sobre seguridad y salud en el trabajo por parte de quien no tuviera la responsabilidad de hacerlas cumplir o de establecer los medios adecuados de protección.

Prestar cuidados según necesidad” (124)

La Tradición cultural de la enfermería. Determina que “Nunca se abandona la unidad hasta que no llega el relevo”. La jornada de trabajo no tiene la prioridad, la prioridad es de la prestación de cuidados enfermeros las 24 horas de forma continua.

Y los códigos éticos que marcan claramente la esencia del cuidado y que posteriormente se profundizará.

En definitiva, durante la pandemia diferentes autores han identificado problemas bioéticos caracterizados por: el autocuidado de la enfermera en un contexto de alta contagiosidad; la priorización en la distribución de recursos insuficientes; y la defensa de los derechos del paciente.

En relación a este primer concepto “autocuidado alta contagiosidad”, conflicto derivado del deber de cuidar y el deber de cuidarse, se observa como cada código deontológico aporta sugerencias y soluciones.

Código deontológico de la enfermería española: En el capítulo III Derechos de los enfermos y profesionales de enfermería plantea valores de derechos a la vida en los siguientes términos “Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la seguridad de su persona y a la protección de la salud. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, en su familia o su domicilio. Artículo 15 La Enfermera/o garantizará y llevará a cabo un tratamiento correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten, independientemente de cuál pueda ser su padecimiento, edad o circunstancia de dichas personas” (134).

Código deontológico del CIE determina que “La responsabilidad profesional primordial de las enfermeras es para con las personas que necesitan cuidados y servicios profesionales de enfermería, tanto en la actualidad como en el futuro, ya sean personas, familias, comunidades o poblaciones (de aquí en adelante ‘pacientes’ o ‘personas que requieren cuidados’). 1.2 Las enfermeras promueven un entorno en el que todos reconocen y respetan los derechos humanos, valores, costumbres, creencias religiosas y espirituales de la persona, las familias y las comunidades. Los derechos de las enfermeras están contemplados en los derechos humanos y se deben defender y proteger”, en otros articulados declara: “Las enfermeras demuestran valores profesionales como el respeto, la justicia, la capacidad de respuesta, la bondad, la compasión, la empatía, la honradez y la integridad. Apoyan y respetan la dignidad y los derechos universales de todas las personas, en particular los pacientes, colegas y familias. 1.9 Las enfermeras facilitan una cultura de la seguridad en los entornos sanitarios reconociendo y abordando las amenazas para las personas y para una prestación de cuidados segura, en las consultas, servicios y centros sanitarios” (135).

Código Ético y Deontológico de la Enfermería Europea.: “tiene como finalidad: Garantizar la seguridad y la protección de las personas que reciben cuidados de Enfermería en Europa, aconsejando a los órganos reguladores de enfermería sobre los principios fundamentales que deben tener en cuenta en la elaboración de su código ético y deontológico. e Informar a los pacientes y a las enfermeras/os sobre los estándares comunes éticos y deontológicos que se esperan de todas las enfermeras/os que ejercen en Europa” (136).

En la parte introductoria señala que “En el corazón del Código se encuentran la protección del público y la garantía de seguridad para el paciente. Por lo tanto, ha sido redactado resaltando que los derechos del paciente deben estar siempre en primer lugar y llevando a cabo un proceso de consulta con los órganos reguladores europeos de enfermería, organizaciones europeas de pacientes y otros profesionales sanitarios. El presente código surge, asimismo, de la toma en consideración del nuevo desarrollo de los conocimientos enfermeros, del impacto de la tecnología y los avances científicos en la seguridad del paciente y, todo ello, en el marco de un contexto internacional cambiante.” (136).

Y en principios fundamentales. Calidad y excelencia de este código plantea, entre otros, “Las enfermeras/os deben valorar activamente los riesgos para sus pacientes y emprender las acciones que sean necesarias para prevenir los riesgos que se deriven de su ejercicio profesional o de su entorno laboral” (136).

Todas las normas Deontológicas de la Enfermería, pretenden garantizar calidad y excelencia en el cuidado, máxima seguridad y calidad en la atención a los pacientes y en la prevención de la atención en salud. Incluye también aspectos de humanización de la atención y acompañar en el final de la vida (134-136).

Realmente si se analiza la actuación enfermera durante la pandemia se puede decir que las enfermeras han actuado anteponiendo el “deber de cuidado”, la responsabilidad en el cumplimiento de los principios deontológicos de la profesión y la resolución de los dilemas éticos que se plantearon con altos niveles de resiliencia ante los altos niveles de estrés que sufrieron (137, 138).

1.7. JUSTIFICACIÓN

La obligación de los Colegios Profesionales es de proteger a sus profesionales y de velar por que la prestación de cuidados a la población sea la mejor posible, en base a los recursos disponibles y a los medios. Es la primera justificación que apoya la necesidad de estudiar la situación de la Enfermería, desde el punto de vista profesional y personal.

Desde el punto de vista profesional se deben conocer aspectos que tienen que ver con la actual dotación de enfermeras en el Sistema de Salud y las capacidades de estos profesionales para cubrir las necesidades de atención de los ciudadanos, hay que identificar las necesidades de enfermeras para el desarrollo de las actividades profesionales en cada servicio, pues la percepción que tienen los profesionales, afectará a aspectos de tanta importancia como el deseo de abandono de la profesión o los niveles de adherencia con su centro o puesto de trabajo, de la misma forma, conocer otros aspectos emocionales de las enfermeras servirá para conocer y calcular la capacidad de acción profesional.

Desde el punto de vista personal, preocupa el nivel de salud y la afectación a la salud mental que presentan las enfermeras, tal y como se ha demostrado a lo largo de la pandemia. Las presiones laborales, la sobrecarga de trabajo, los turnos continuados y los propios niveles de stress a los que están sometidos los profesionales, han producido efectos en la salud general de las enfermeras, calcular el nivel de afectación y las necesidades de actuar son fundamentales para establecer planes y estrategias de apoyo a las enfermeras, para mejorar sus niveles de salud y poder prevenir efectos indeseables.

Estos aspectos, junto con otros de índole organizativo, y de refuerzo del sistema de salud, justifican estos estudios y este en particular, que participará en la propuesta de acciones que establezca la Organización Colegial con los responsables de los Sistemas de Salud.

Estos estudios tienen también importancia porque pueden servir de punto de partida para la creación de verdaderos observatorios sobre aspectos claves de la profesión de Enfermería en España, conociendo la evolución de las variables estudiadas y otras que se recomienden.

Este estudio también se justifica por la oportunidad de interés para la organización profesional, como tema de investigación y para poder comunicar los resultados y poder participar en el conocimiento internacional de la problemática que se plantea.

El logro de los objetivos de información y situación de las enfermeras españolas, permite la comparación con datos de otras enfermeras, en otros países y profesionales de la salud.

1.8. OBJETIVOS

1.8.1. Objetivo General

Determinar la situación profesional y emocional de las enfermeras españolas en periodo de pandemia por COVID-19, durante la sexta ola Ómicron.

1.8.2. Objetivos específicos

- Determinar las características de la población enfermera en España.
- Cuantificar la dedicación enfermera al cuidado de los pacientes con diagnóstico de COVID-19, en relación con las áreas de trabajo.
- Determinar el nivel de contagio de COVID-19 de las enfermeras, en relación con la población.
- Identificar el nivel de contagio de las enfermeras españolas por área de trabajo.
- Identificar el nivel de vacunación de los profesionales de Enfermería y población en general.
- Determinar la percepción de las enfermeras sobre la carga de trabajo generada por el COVID-19.
- Identificar la influencia de la ola Ómicron en la carga de trabajo.
- Reconocer la necesidad percibida por las enfermeras, de necesidades de enfermeras en sus servicios.
- Determinar la percepción de las enfermeras sobre las condiciones de trabajo valorando: estabilidad laboral, turnos, días libres, salario, cargas de trabajo, conciliación familiar y laboral, reconocimiento de la carrera profesional y desarrollo de las especialidades.
- Identificar la percepción que tienen las enfermeras sobre el impacto psicológico del COVID-19 en la profesión.
- Cuantificar las consecuencias emocionales del COVID-19 en los enfermeros, en los últimos meses.
- Analizar la percepción sobre reconocimiento profesional y la tendencia al abandono profesional.
-

2. MATERIAL Y MÉTODO

Para el desarrollo de esta tesis, se realizó un análisis documental en bases de datos colegiales y otras bases de datos en línea: Instituto Nacional de Estadística de España, de la Organización Mundial de la Salud, del Consejo Internacional de enfermería y de la Organización para el desarrollo y la cooperación OCDE. Se realizó también un estudio descriptivo transversal, con técnica de macroencuesta, en toda la población de enfermeros activos en el Sistema Nacional de Salud de España en el año 2021, durante la pandemia de COVID-19, en situación de la 6ª ola Ómicron. La macroencuesta (Anexo XII) se realizó con una entrevista Online, mediante sistema C.A.W.I. (Computer Asisted Web Interview). Este sistema consiste en la realización de entrevistas asistidas por el ordenador, a través de una web de asistencia que permite captar los sujetos de muestreo y recibir la información en sistemas con estructuras de bases de datos que facilitan su procesamiento.

2.1. Población, muestra y muestreo.

2.1.1. Población de estudio.

La población de estudio la constituyeron todas las enfermeras colegiadas en España, en ejercicio activo de la profesión en el año 2021, en el Sistema Nacional de Salud, cuantificándolas en 275.000. El total de enfermeras que aparecen en los datos de colegiados, se refieren a enfermeras en ejercicio activo, más las que están como no ejercientes y jubiladas, por ello, la existencia del diferencial entre colegiadas y ejercientes. (Tabla 12)

Tabla 8.- Número de Enfermeras por Comunidades

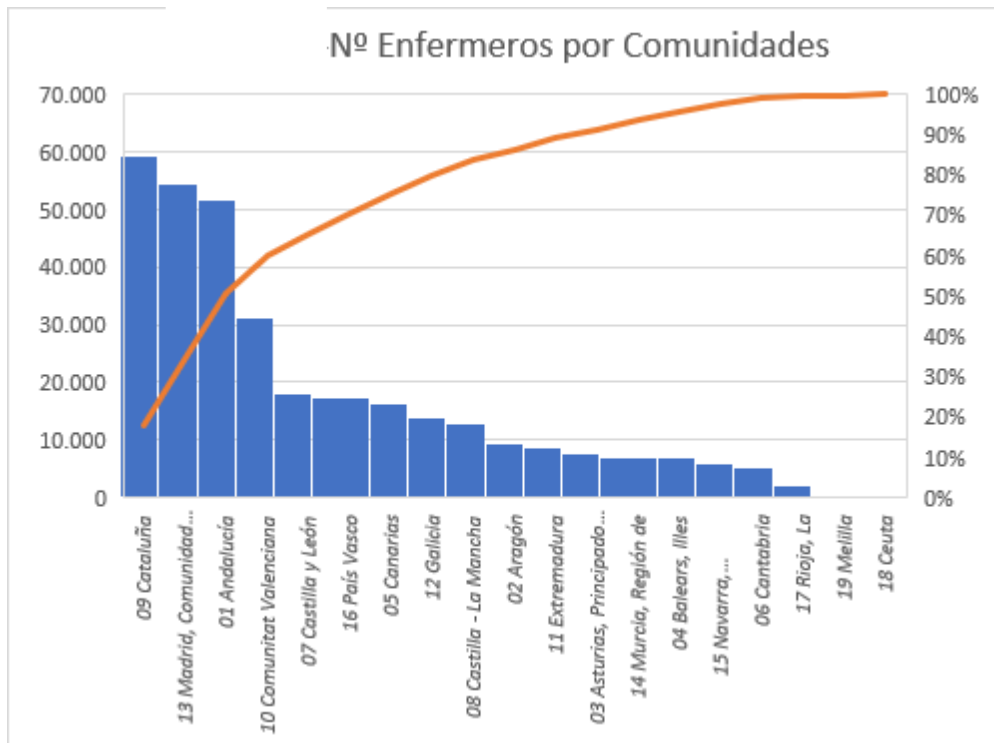
	Total
Tot al Nacional	329.255
01 Andalucía	51.779
02 Aragón	9.421
03 Asturias, Principado de	7.750
04 Balears, Illes	7.008
05 Canarias	16.211
06 Cantabria	5.158
07 Castilla y León	17.932
08 Castilla - La Mancha	12.705
09 Cataluña	59.269
10 Comunitat Valenciana	31.265
11 Extremadura	8.570
12 Galicia	14.039
13 Madrid, Comunidad de	54.615
14 Murcia, Región de	7.044
15 Navarra, Comunidad Foral de	5.849
16 País Vasco	17.353
17 Rioja, La	2.012
18 Ceuta	627
19 Melilla	648

1) Colegiados en España a 31 de diciembre de 2021

La población de enfermeros en España, a 31 de diciembre de 2021, lo constituían 329.255 de los cuales eran hombres 52.301, un 15,88% y mujeres 276.954, el 84,12%.

El rango de edad se situó entre 20 y 65 años y la edad media era de 40,2 años. Se distribuían por Comunidades autónomas según se refleja en el Gráfico 9, donde el mayor número se concentraba en las Comunidades de Cataluña, Andalucía y Madrid.

Gráfico 9.-Número de Enfermeros por Comunidades, 2020.



Fuente INE 2020.

Las encuestas se realizaron a través del sistema informático especializado en encuestas online C.A.W.I (computer assisted web interviewing), a través de una empresa de muestreo especializada en evaluación a través de encuestas, cuyo sistema de evaluación asegura el anonimato y la protección de datos a través de internet y cuenta con una asistencia en directo de ayuda para la cumplimentación del cuestionario. Esta empresa contactó con los participantes telefónicamente para considerar su participación. Los criterios de inclusión fueron: enfermeros en activo en el Sistema Nacional de Salud español. Sector público y privado.

El estudio fue aprobado por la ejecutiva del Consejo General de Enfermería de España (Anexo XIII) y se respetaron los principios de la Declaración de Helsinki (59th General Assembly of the World Medical Association, Seoul, October 2009) para la investigación con seres humanos y las normas de protección de datos.

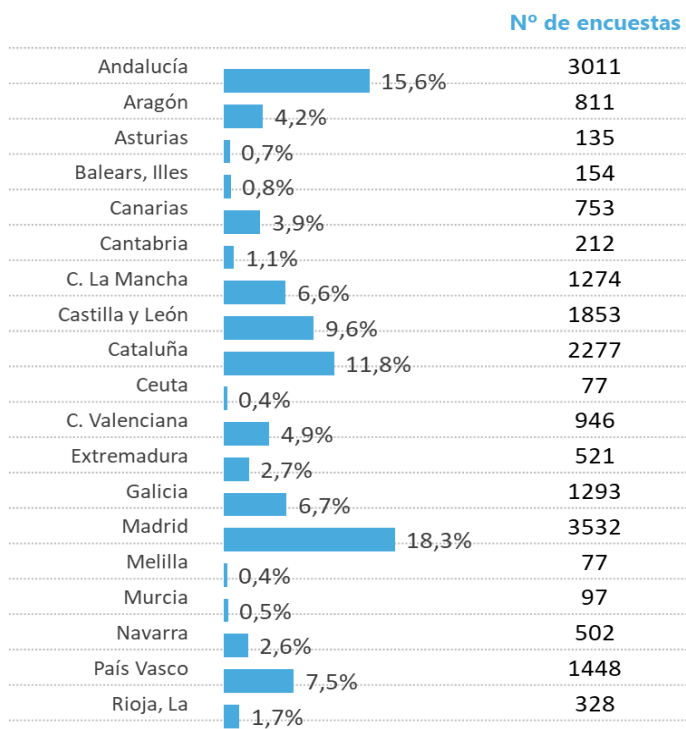
2.1.2. Muestra.

Se realizó un muestreo estratificado por comunidades autónomas y provincias, remitiendo las encuestas a los colegiados a través de los sistemas de información del Consejo General de Enfermería y de los Colegios Provinciales, la muestra se va dotando

por saturación de las previsiones muestrales a nivel provincial, de Comunidad Autónoma y del total de país, constituyéndose en una muestra de n: 19.300 encuestas, lo que permite trabajar con un ERROR MUESTRAL. El error global es de $\pm 0,69\%$ para un nivel de confianza del 95,5% a nivel nacional, a nivel provincial se trabaja con un error muestral de $\pm 3,55\%$ para un nivel de confianza del 95,5%, en Canarias la muestra se constituyó con 753 casos.

La muestra distribuida por Comunidades autónoma está representada en el gráfico 10, donde se observan los porcentajes de representación en la muestra total y por comunidades.

Gráfico 10: Muestra de encuestas por Comunidades Autónomas



Elaboración propia

2.1.3. Muestreo.

El Muestreo se realizó remitiendo oleadas de cuestionarios a los colegiados a través de los sistemas de acceso a los mismos, página web, sistemas app y correo individualizado. En una primera fase se recogió una muestra superior a la esperada, en un tiempo de siete días y se remitió una segunda oleada para tratar las pérdidas en

algunas provincias, de forma que permitiera tratarse la limitación de respuesta y tratar estas pérdidas.

2.2. Cuestionario y encuesta.

Un grupo de expertos, reunidos expresamente para el diseño del cuestionario, trabajaron las preguntas y variables y definieron el cuestionario para pilotarlo y asegurar aspectos de validez y fiabilidad. El cuestionario semi-estructurado se organizó para poder contestarlo en un tiempo medio de 6 minutos. Constaba de 32 variables y estaba organizado en 24 preguntas estructuradas con respuestas dicotómicas, de gradación y con escalas de 0 a 10, donde 0 es nada y 10 mucho, también se incluyeron preguntas de elección múltiple y otras de variables múltiples.

Una vez redactadas las preguntas y situadas adecuadamente en el cuestionario, se realizó el pretest o prueba piloto. Se seleccionaron 50 personas con nivel de estudios universitarios, las respuestas obtenidas se codificaron y se sometieron a pruebas para determinar que las preguntas eran correctas, se entendían y eran válidas para explorar y lograr los objetivos propuestos.

Para elaborar el formato definitivo del cuestionario, se incluyeron los siguientes apartados:

- 1.- Identificación del organismo que lleva a cabo la investigación. (Consejo General de Enfermería de España)
- 2.- Título completo del estudio en el que se enmarca el cuestionario.
- 3.-Declaración explícita de que la información que se facilite va a ser tratada con máxima confidencialidad.
- 4.-Espacio para la fecha de cumplimentación del cuestionario (dato especialmente relevante).
- 5.-Instrucciones para la adecuada cumplimentación.
- 6.-Frase de agradecimiento al encuestado por el esfuerzo realizado.

Las variables incluidas en el cuestionario se agruparon en:

Cuestiones Sociodemográficas: Incluyendo provincia de ejercicio profesional, sexo, años de experiencia, situación laboral, tipo de gestión del centro de trabajo, público o privado. También se introdujo tipo de contrato y área de trabajo incluyendo Urgencias, Intensivos, Hospitalización, Atención Primaria, Atención Sociosanitaria y otras de respuesta libre.

El cuestionario pilotado y validado incluía consultas sobre:

Grupo 1: Carga de trabajo, dedicación a pacientes con Diagnostico COVID-19.

Grupo 2: Niveles de contagio por COVID-19. Vacunación y pruebas realizadas.

Grupo 3: Influencia de la ola Ómicron sobre la presión asistencial.

Grupo 4: Necesidades de contratación enfermera para cubrir necesidades.

Grupo 5: Valoración de aspectos profesionales por los enfermeros, tales como salario, estabilidad en el trabajo, días libres, carga de trabajo conciliación y reconocimiento profesional.

Grupo 6: Afectación psicológica a los enfermeros por el COVID-19: valorado en escala de nada a mucho y explorando la presencia de episodios de Estrés, Ansiedad, Temor/miedo e Insomnio.

Grupo 7: Se analiza la percepción de reconocimiento por parte de los pacientes y sus familiares, de la sociedad en su conjunto, de los jefes y directivos, los medios de comunicación y los responsables políticos.

El uso del cuestionario cuenta con los permisos institucionales.

2.3. Tratamiento estadístico.

Tabulación simple y cruzada de frecuencias.

2.4. Trabajo de campo.

La recogida de información se realizó entre el 25 de enero y el 1 de febrero de 2022.

2.5. Anonimato y confidencialidad.

En todo momento se garantizó el absoluto anonimato de las respuestas de los entrevistados, asegurando que iban a ser utilizadas únicamente para la confección de tablas estadísticas.

2.6. Control de calidad.

Se aseguró la calidad de acuerdo con la Norma ISO 20.252 y el código de conducta ICC/ESOMAR.

2.7. Método de trabajo.

Para la realización de la investigación se llevaron a cabo diferentes actividades, tales como reuniones, entrevistas, valoración de tiempo de respuesta del cuestionario, pretest cognitivo, pilotaje del cuestionario:

2.7.1. Reuniones y entrevistas.

Antes de comenzar la recogida de datos, se solicitaron las autorizaciones pertinentes en las diferentes instituciones y una vez obtenido el permiso se comenzó el trabajo.

2.7.2. Tiempo para realizar la entrevista.

Se trataba de una encuesta simple sin límite de tiempo, en la cual se estimó un tiempo de respuesta de aproximadamente 6 minutos.

2.7.3. Pretest cognitivo.

Con el formulario final se realizó un pretest cognitivo sobre comprensión de preguntas. El formulario fue revisado por investigadores enfermeros expertos en la materia, por un estadístico con experiencia en elaboración y análisis de formularios y por varios enfermeros para valorar lenguaje enfermero y comprensión en la expresión de las cuestiones que se planteaban. Los enfermeros contestaron y comentaron los errores o dificultades encontradas, se llamaba la atención básicamente sobre: claridad en el lenguaje utilizado, comprensión de lo que se preguntaba y opciones de respuesta.

2.7.4. Pilotaje del formulario.

Una vez revisado el formulario y corregidas las preguntas que daban lugar a error de interpretación y de comprensión, se preparó para realizar el pilotaje. Se perseguía como objetivo valorar si era factible pasar el formulario y administrarlo.

2.7.5. Método de recogida de datos.

La recogida de datos se realizó a través de la plataforma Google Forms. El formulario se estructuró a través de esta herramienta de Google Workspace (antes conocida como gsuite), es una herramienta para la creación de formularios. De manera intuitiva y fácil, se configuró el formulario, a partir de esto se generó un enlace y se envió a través de correo electrónico personalizado a cada destinatario.

Mediante el formulario se solicitaba su cumplimentación, una vez leída la introducción (cabecera de la encuesta), que se utilizaba como presentación y motivación para la cumplimentación. Se informaba que el tratamiento de la información se haría de forma confidencial.

2.8. Procesamiento de datos.

Las variables cualitativas se describieron mediante la distribución de frecuencias relativas de sus diferentes categorías y porcentajes, y las cuantitativas con la media y desviación estándar.

- Las comparaciones se realizaron con las pruebas de Ji² de Pearson para las variables cualitativas, mientras que para las cuantitativas se hicieron con la t-Student cuando es normal. Todas las pruebas de contraste de hipótesis son bilaterales a un nivel de significación estadística $\alpha = 0.005$.

- El tratamiento estadístico se realizó con ayuda del paquete informatizado de procesamiento estadístico de datos SPSS 25.0™ de IBM Co® sobre entorno operativo Windows NT Professional.

2.9. Consideraciones éticas /autorizaciones.

Se participó en el estudio de manera voluntaria. El tratamiento de los datos se realizó en cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 General de Protección de Datos.

Los datos se incorporaron en una base de datos con la finalidad de analizarlos para desarrollar el presente estudio.

2.10. Limitaciones.

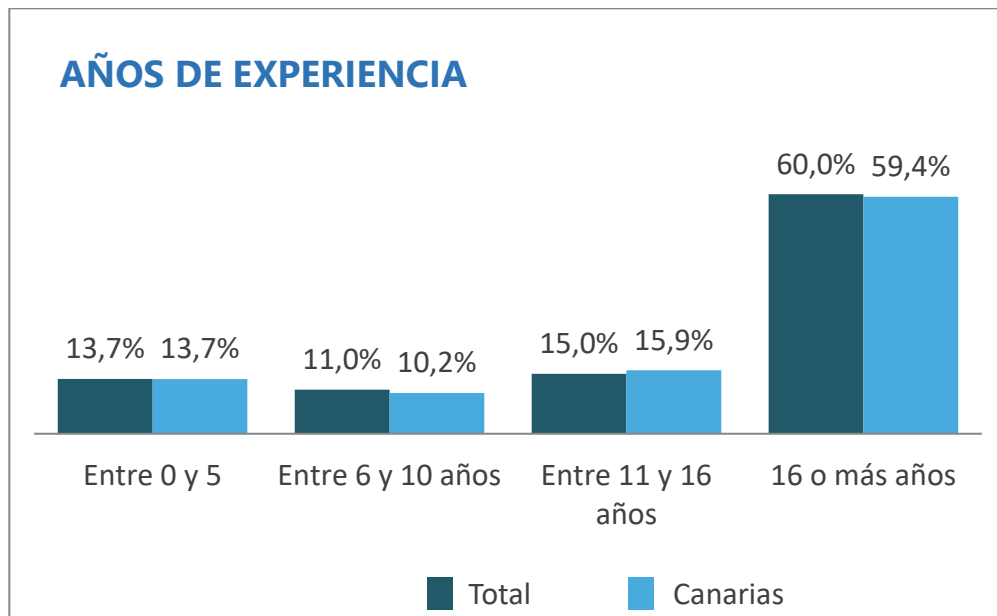
Para el desarrollo de este trabajo, se usó fundamentalmente un enfoque cuantitativo, lo que podría provocar cierto sesgo en el análisis de los resultados, puesto que no se tuvo en cuenta el componente cualitativo de las publicaciones en esta área de investigación.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se encuestaron a 19.300 enfermeras de toda España con los siguientes resultados.

El 60% refirió más de 16 años de experiencia, entre 0 y 5 años de experiencia el 13,7%, y entre 6 años y 16 años el 26%, la comparación con Canarias no arrojó diferencias, como puede observarse en el gráfico 11.

Gráfico 11: Años de experiencia de las enfermeras encuestadas.

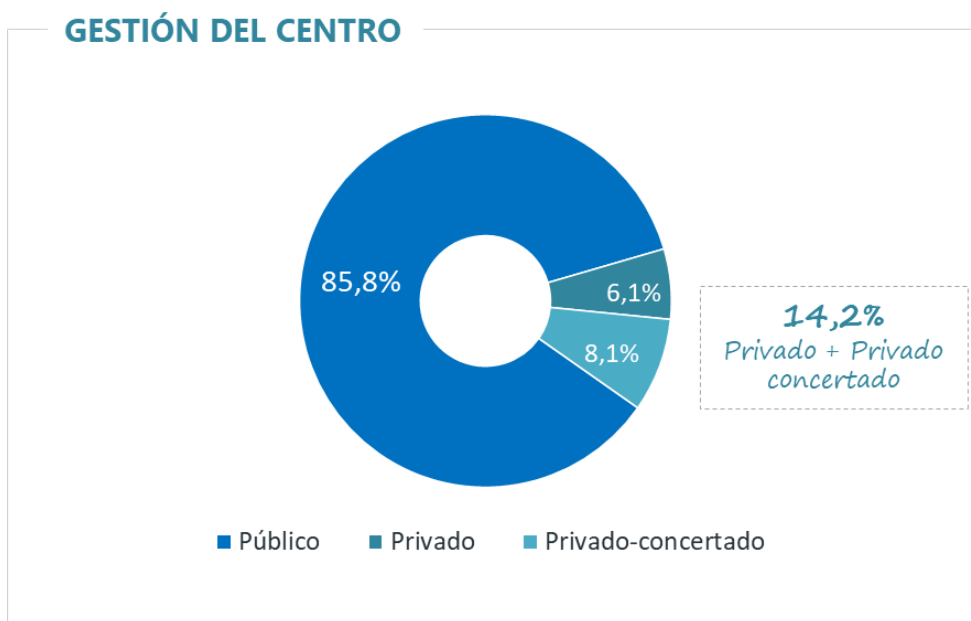


Fuente: Elaboración propia

El 14,2% de la muestra trabajaba en el ámbito privado, y el 85,8% en el público. Los contratos no fijos (interinos, eventuales y suplentes) representaron el 44,6%. El 95,4% de la población a nivel nacional estaba trabajando y en Canarias el 96%, el paro no llegaba al 0,75% de la población estudiada. Al observar la evolución de número de enfermeras en España y nivel de paro (0,7%) (139), se puede afirmar que el paro estructural es inexistente al compararlo con los datos del INE (87,139).

El Mayor empleador en Canarias es el Sector público, como ocurre en el resto del país. (Gráfico 12). Situación lógica, pues España mantiene una tradición de sistema de Atención Sanitaria pública y el sector privado actúa como complementario, concertando algunos centros con el sistema sanitario.

Gráfico 12: Tipo de Gestión de Centros donde ejercen las enfermeras encuestadas.

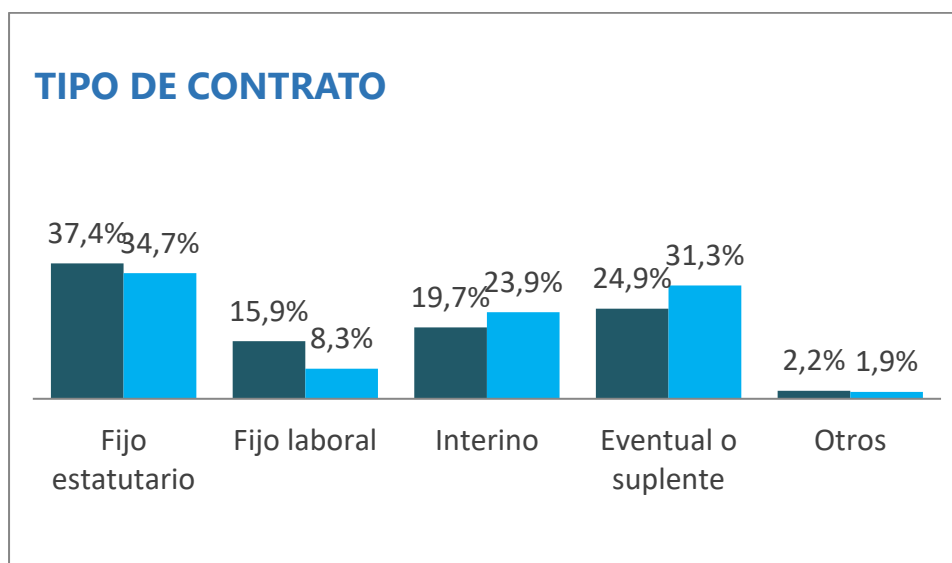


Fuente: Elaboración propia

La fijeza en el puesto de trabajo es ligeramente mayor a nivel nacional frente a canarias que presentaba mayor nivel de eventualidad (24,9%/ 31,3%).

El Tipo de contrato de las enfermeras estudiadas fue en el 37,4% fijo estatutario, en Canarias solo llega al 34,7%. (gráfico 13). Los porcentajes de contratados eventuales e interinos suman para Canarias el 44,6%, frente a España que suma 35,2%.

Gráfico 13: Tipo de contrato de las enfermeras encuestadas.

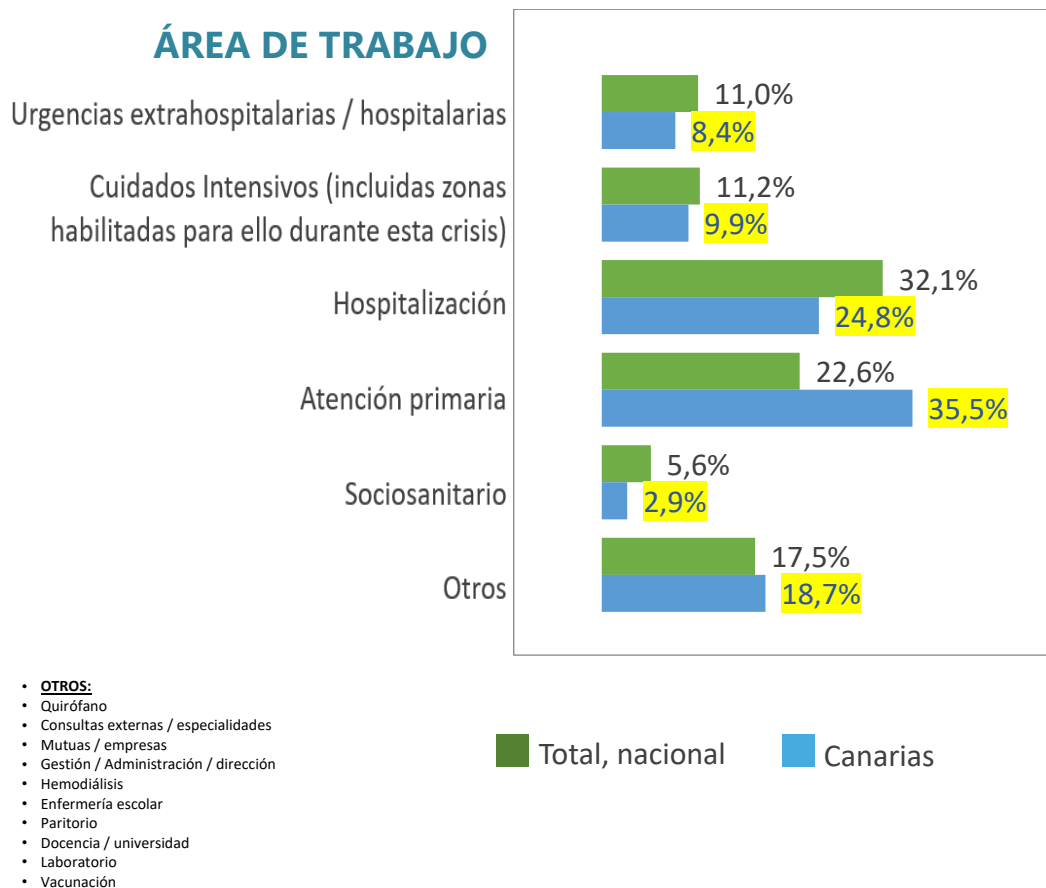


Fuente: Elaboración propia

Las áreas de trabajo aparecen en el siguiente gráfico (Gráfico 14). En Canarias al compararlas con la situación a nivel de España, se encontró una mayor representación de las enfermeras que trabajaban en Atención Primaria y menor en atención hospitalaria, es de destacar que la sexta ola ómicron fue la que más presión ejerció en Canarias y con mayor tensión laboral en Atención Primaria, pues la mayor parte de la población solicitó atención en este sector. Esta situación conllevó un mayor nivel de contratación de enfermeras en Atención Primaria en la Comunidad Canaria, que se observa al comparar con datos de España.

En Canarias en la primera ola se contabilizaron 955 casos, en el periodo de la segunda ola hasta la quinta un total de 13.385 casos y en la ola Ómicron, la sexta, se contabilizaron 35.872 casos. Frente a otras regiones que las primeras olas superaron con creces a la ola ómicron, como Andalucía, Castilla y León, Cataluña y Madrid (115).

Gráfico 14: Área de Trabajo de las enfermeras.



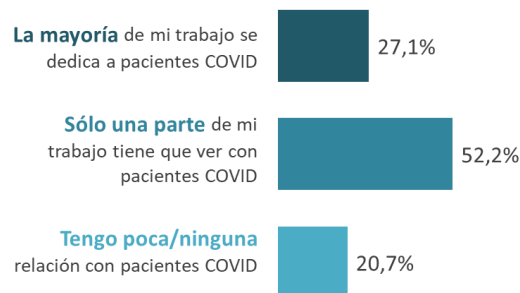
Fuente: Elaboración propia

ATENCIÓN A PACIENTES COVID-19

La atención al Covid-19 ocupó una parte importante de la actividad de la profesión enfermera. El 27,1% de las enfermeras dedicó la mayoría de su trabajo diario en la atención de pacientes Covid-19 a nivel nacional y en Canarias llegó hasta el 35,6%. El 52,2% dedicaba una parte de su trabajo a estos pacientes; porcentajes que sumados alcanzan al 79,3%. Sólo el 20,7% tuvo poca o ninguna relación con este tipo de pacientes (Gráfico 15).

En Canarias el porcentaje de enfermeras que tienen relación con pacientes Covid-19 fue el 83% de la población, prácticamente la totalidad del trabajo se ha desarrollado en el cuidado a estos pacientes, este hecho se debe a que, en Canarias, la ola Ómicron supuso la mayor cantidad de pacientes con COVID diagnosticados, en relación a las olas anteriores, en las que se portó con menos incidencia (84).

Gráfico 15: Tiempo de trabajo con paciente Covid-19.

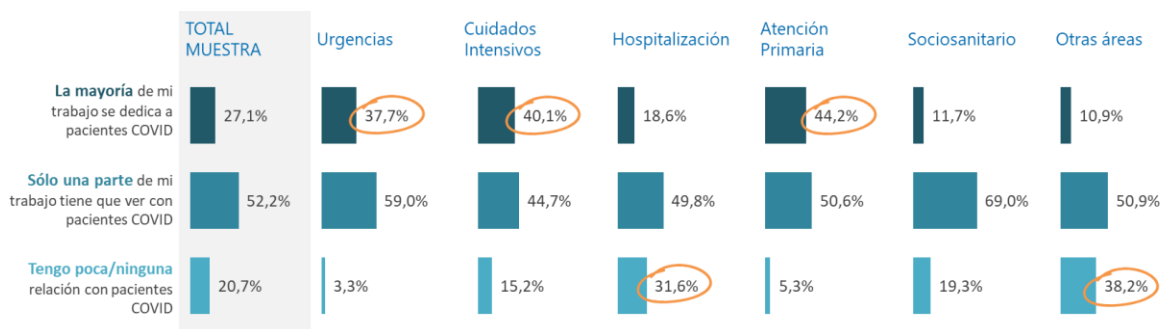


Fuente: Elaboración propia

ATENCIÓN A PACIENTES COVID-19 SEGÚN ÁREA DE TRABAJO

Los Servicios de Atención primaria, cuidados intensivos y urgencias, han sido las áreas en las que los pacientes Covid-19 han absorbido el trabajo de las enfermeras (en torno al 40%). Hospitalización y el resto de áreas tienen menos presión de este tipo de pacientes (Gráfico 16)

Gráfico 16: Tiempo de trabajo con paciente Covid-19 por servicios.



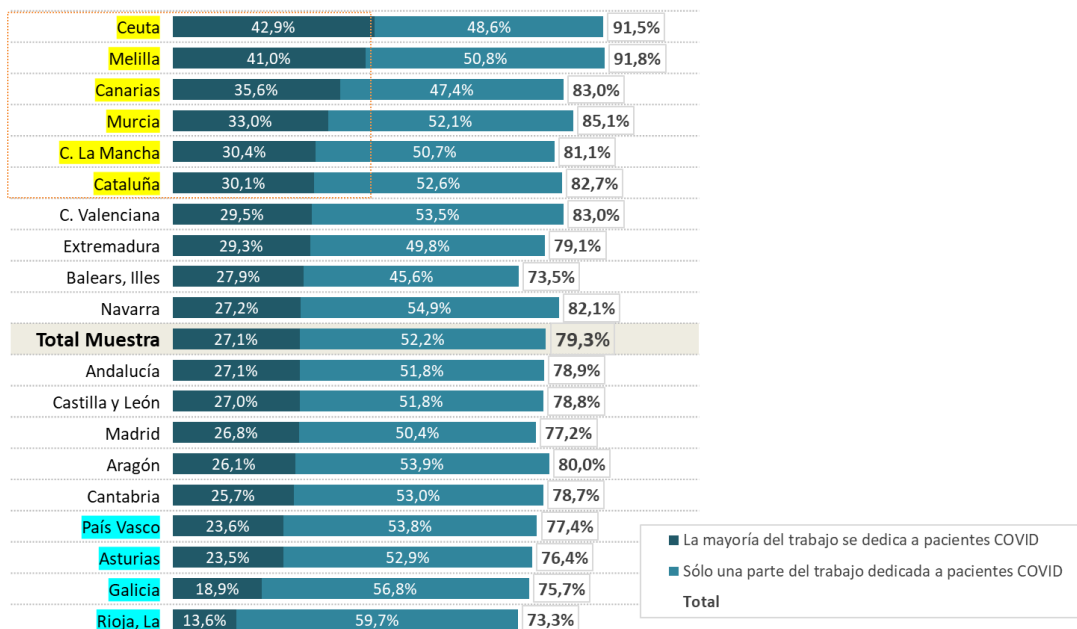
Fuente: Elaboración propia

ATENCIÓN A PACIENTES COVID-19 EN 6ª OLA, SEGÚN COMUNIDADES.

Las Comunidades con mayor trabajo enfermero por atención a pacientes con diagnóstico de Covid-19, con la variante Ómicron, fueron: Canarias, Murcia, Castilla la Mancha y Cataluña con las ciudades autónomas.

La menor dedicación en esta ola corresponde a comunidades como País Vasco, Asturias, Galicia, La Rioja. Las comunidades más tensionadas en las primeras oleadas no lo están en esta ocasión. (Gráfico 17)

Gráfico 17: Trabajo enfermero por comunidad en ola Ómicron, de mayor a menor presión.



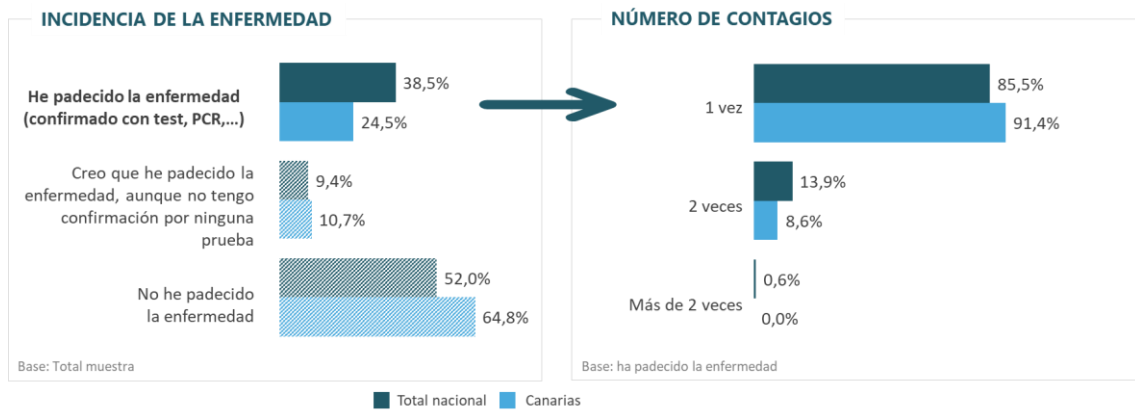
Fuente: Elaboración propia

CONTAGIO DEL COVID-19 EN LA PROFESIÓN.

En torno al 48% de las enfermeras han tenido Covid-19, y de estas, el 14,5% lo han tenido más de una vez, el 50% de las enfermeras se han contagiado, frente al 20% de la población. En Canarias, en este periodo de ola ómicron, han referido haberse contagiado el 35,2%. (Gráfico 18)

Diferentes autores comunican niveles altos de infecciones por covid-19 en personal sanitario.

Gráfico 18.-Incidencia de Covid-19 en enfermeras



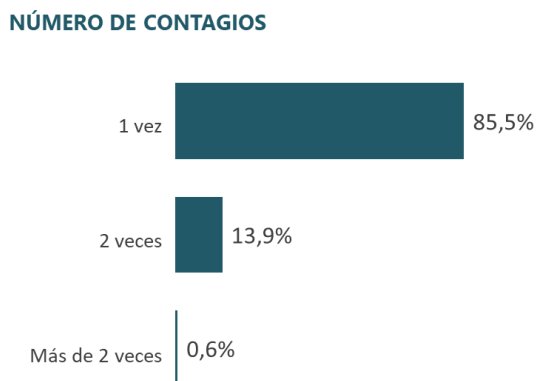
Fuente: Elaboración propia

En una revisión sistemática para estimar las muertes y las infecciones por COVID-19 en las primeras fases de la pandemia, se notificaron un total de 152.888 infecciones y 1413 muertes. Las infecciones fueron principalmente en mujeres (71,6%, n=14.058) y enfermeras (38,6%, n=10.706), pero las muertes fueron principalmente en hombres (70,8%, n=550) y médicos (51,4%, n=525) (103).

El 8 de mayo de 2020, España notificó el mayor número acumulado de infecciones por COVID-19 en trabajadores sanitarios del mundo, con 30.663 (20 % de todas las infecciones por trabajadores sanitarios). Le siguen de cerca Italia (23.718) y los Países Bajos (13.884). Italia notificó el mayor número acumulado de muertes en los trabajadores sanitarios debido a la COVID-19, con 220. Al menos el 10% de todas las muertes por COVID-19 correspondieron a trabajadores del pico de infección por salud en cinco países: Guyana, Venezuela, Afganistán, Costa Rica y Kazajstán. El COVID-19 varía de un país a otro, y China e Italia demuestran algunos de los primeros picos de las infecciones y muertes de trabajadores sanitarios (103).

Refieren haberse contagiado una vez el 85,5% de la población y 2 veces o más el 14,5%. (Gráfico 19)

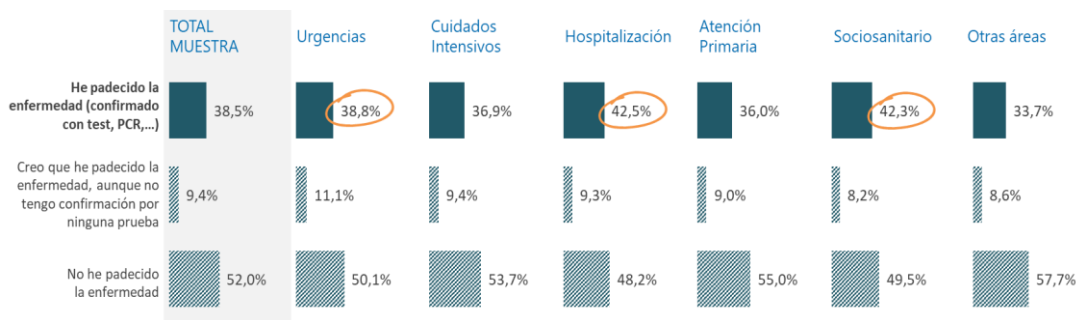
Gráfico 9.- Número de Contagios



Fuente: Elaboración propia

Las profesionales de hospitalización, sociosanitario y urgencias, mostraron una incidencia de la enfermedad levemente mayor a la del resto de áreas asistenciales. (Gráfico 20)

Gráfico 20.-Incidencia de Infecciones por Covid-19 por áreas asistenciales.



Fuente: Elaboración propia

CONTAGIO DEL COVID-19 EN LA PROFESIÓN. SEGÚN CCAA

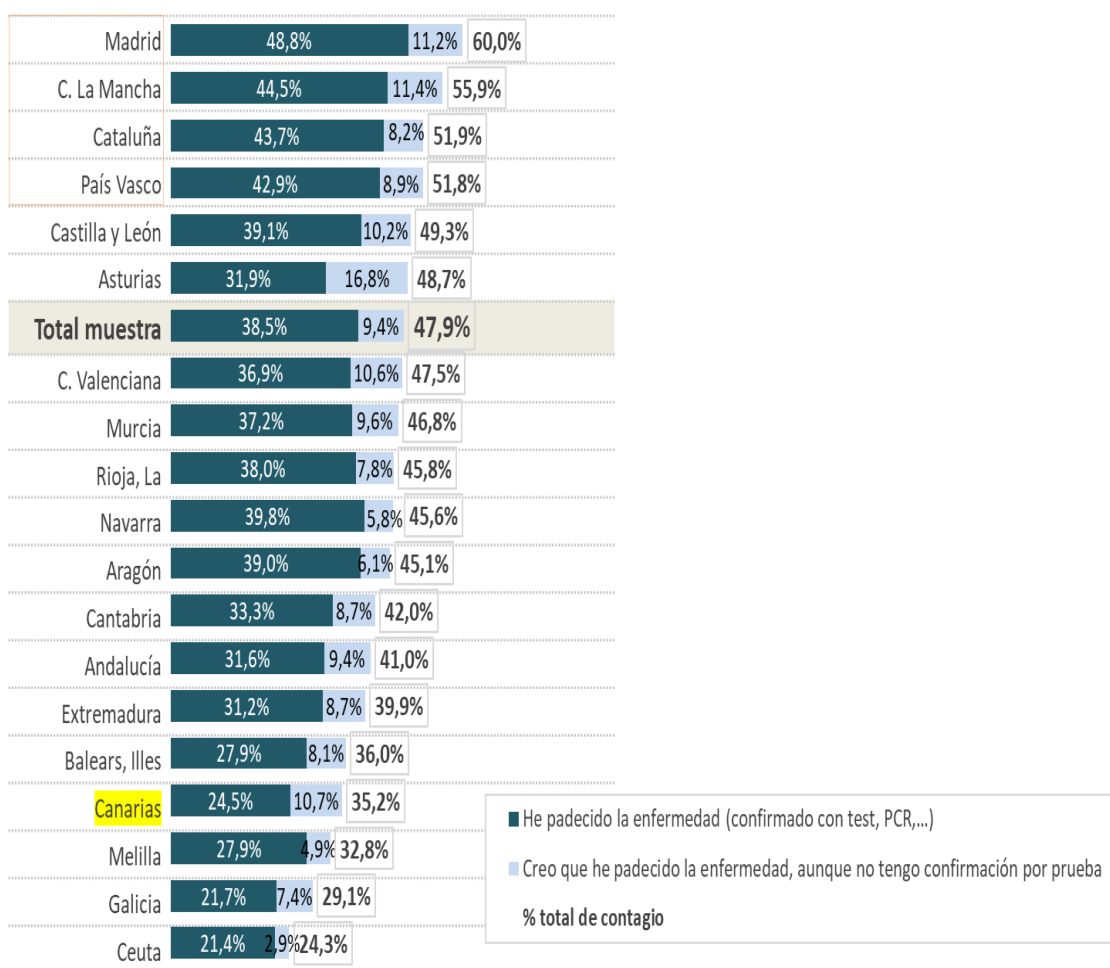
En el gráfico 21 aparecen las Comunidades con la incidencia de enfermeras contagiadas por Covid por Comunidades, se aprecia un alto impacto de contagio.

La mayor incidencia fue referida por las enfermeras de Madrid, Castilla la Mancha, Cataluña, País Vasco y Castilla y León, que fueron las que tuvieron mayor cantidad de

casos de covid-19 en población general al inicio de la pandemia, coincidiendo con la insuficiencia de medios para la protección.

Coincidiendo con autores que concluyen que el contagio y las muertes se atribuyen a la falta de planificación y al equipo de protección inadecuado (104). En España se tiene constancia de que al menos 12 enfermeros (6 enfermeras y 7 enfermeros) han fallecido al contagiarse con el COVID-19 mientras realizaban sus labores asistenciales.

Gráfico 10.-Infecciones por Covid-19 en enfermeras por Comunidades.

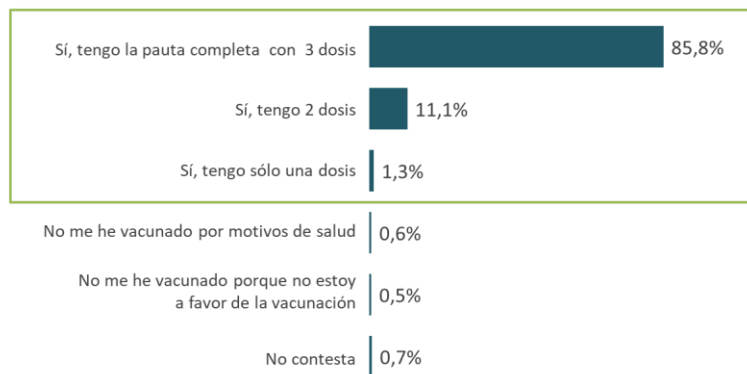


Fuente: Elaboración propia

LA VACUNACIÓN DEL COVID-19 EN LA PROFESIÓN.

El 98,2% de las enfermeras están vacunadas, y de ellas, el 85,8% con las tres dosis. Esto demuestra el alto grado de concienciación y compromiso. Estos resultados son similares en las distintas áreas de trabajo analizadas. En Canarias, los datos son similares. (Gráfico 22)

Gráfico 22.- Vacunación Covid-19 en enfermeras

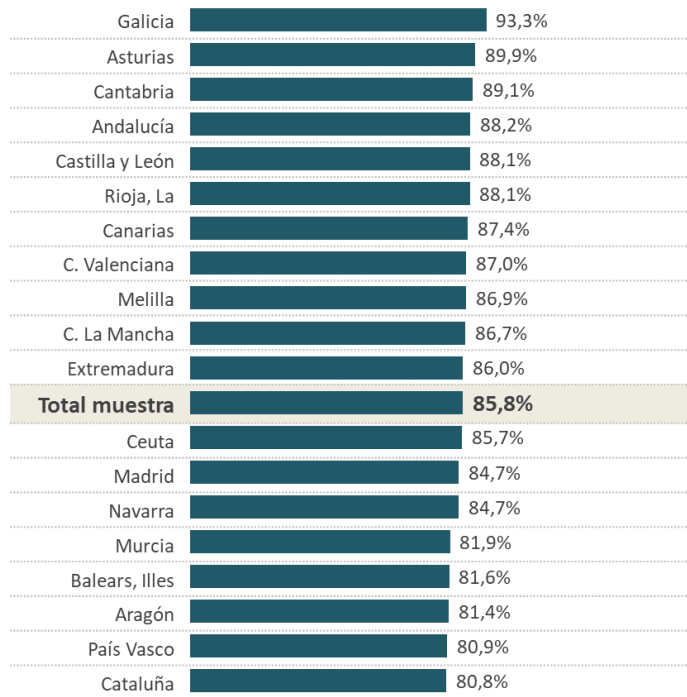


Fuente: Elaboración propia

LA VACUNACIÓN DEL COVID-19 EN LA PROFESIÓN POR COMUNIDADES

Los porcentajes de enfermeras vacunadas en todas las comunidades superan el 80%, con lo que se puede afirmar que se trata de toda una profesión que muestra un compromiso unánime con la vacunación, elemento este fundamental para poder lograr los resultados exitosos de vacunación en España. (Gráfico 23)

Gráfico 23.-Vacunación del Covid-19 en enfermeras por Comunidades



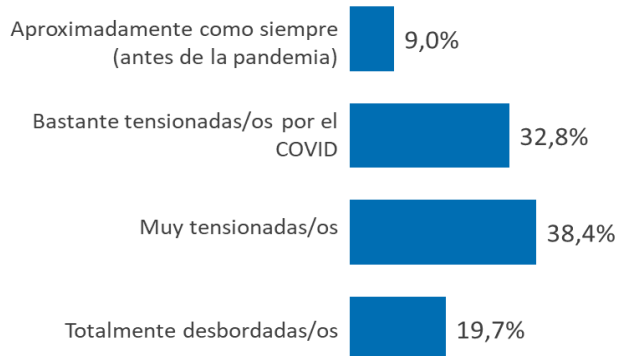
Fuente: Elaboración propia

LA CARGA DE TRABAJO EN LA PROFESIÓN

El Covid-19 ha incrementado el trabajo de las enfermeras en el 91% de los casos: tensionando al 71,2% (*muy+ bastante*) y desbordando totalmente al 19,7%. En esta 6ª ola, la Comunidad Canaria planeaba que estaba totalmente desbordada en el 28,1% superior a la media nacional, que presentaba el 19,7%. (Gráfico 24)

Gráfico 24.-Carga de trabajo en la Profesión Enfermera

El volumen de trabajo en tu área/centro de trabajo en la actualidad está:

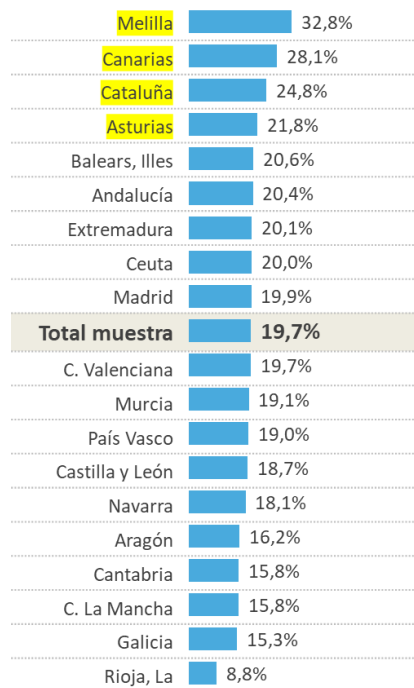


Fuente: Elaboración propia

LA CARGA DE TRABAJO EN LA PROFESIÓN SEGÚN COMUNIDADES

El porcentaje de enfermeras que han referido estar desbordadas totalmente, relacionado por comunidades autónomas y ciudades autónomas, se relaciona en el siguiente gráfico. (Gráfico 25)

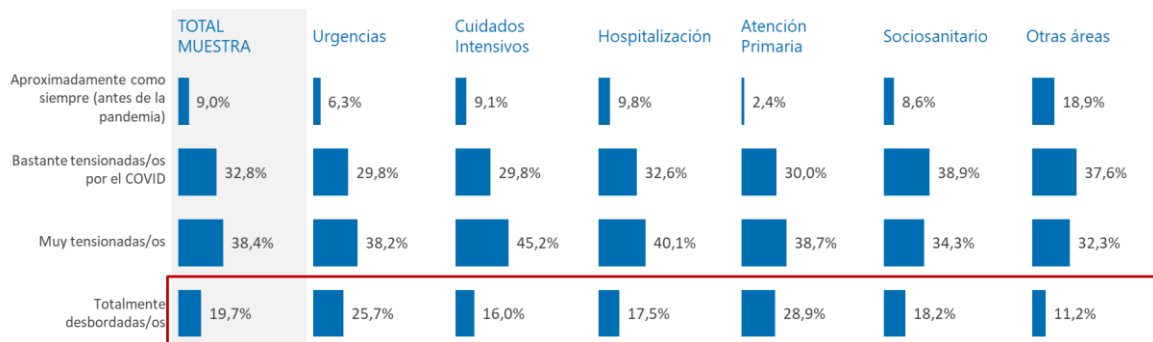
Gráfico 25.- Carga de trabajo de la profesión enfermera por Comunidades Autónomas



Fuente: Elaboración propia

Urgencias y atención primaria son las áreas más desbordadas en la actualidad por el Covid-19. De hecho, en atención primaria, sólo el 2,4% mantiene un volumen de trabajo estable respecto a épocas de no pandemia. En el gráfico 26 se presenta la carga de trabajo por servicios asistenciales.

Gráfico 26.- Carga de trabajo por Servicios asistenciales

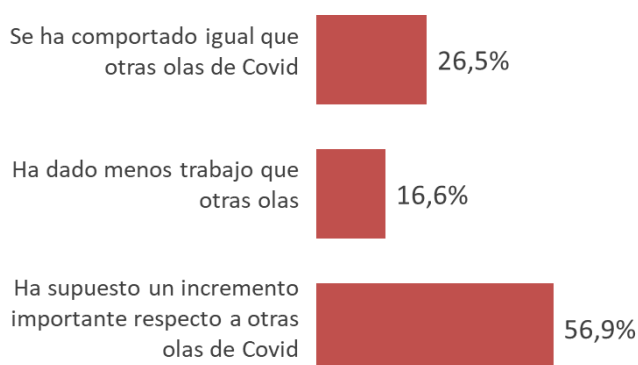


Fuente: Elaboración propia

INFLUENCIA DE LA OLA ÓMICRON EN LA CARGA DE TRABAJO.

La ola Ómicron ha incrementado de forma importante el trabajo de cuidados de enfermería respecto a otras olas de COVID-19, tal como se expresa en el gráfico 27.

Gráfico 27.-Influencia de la ola Ómicron en la carga de trabajo.

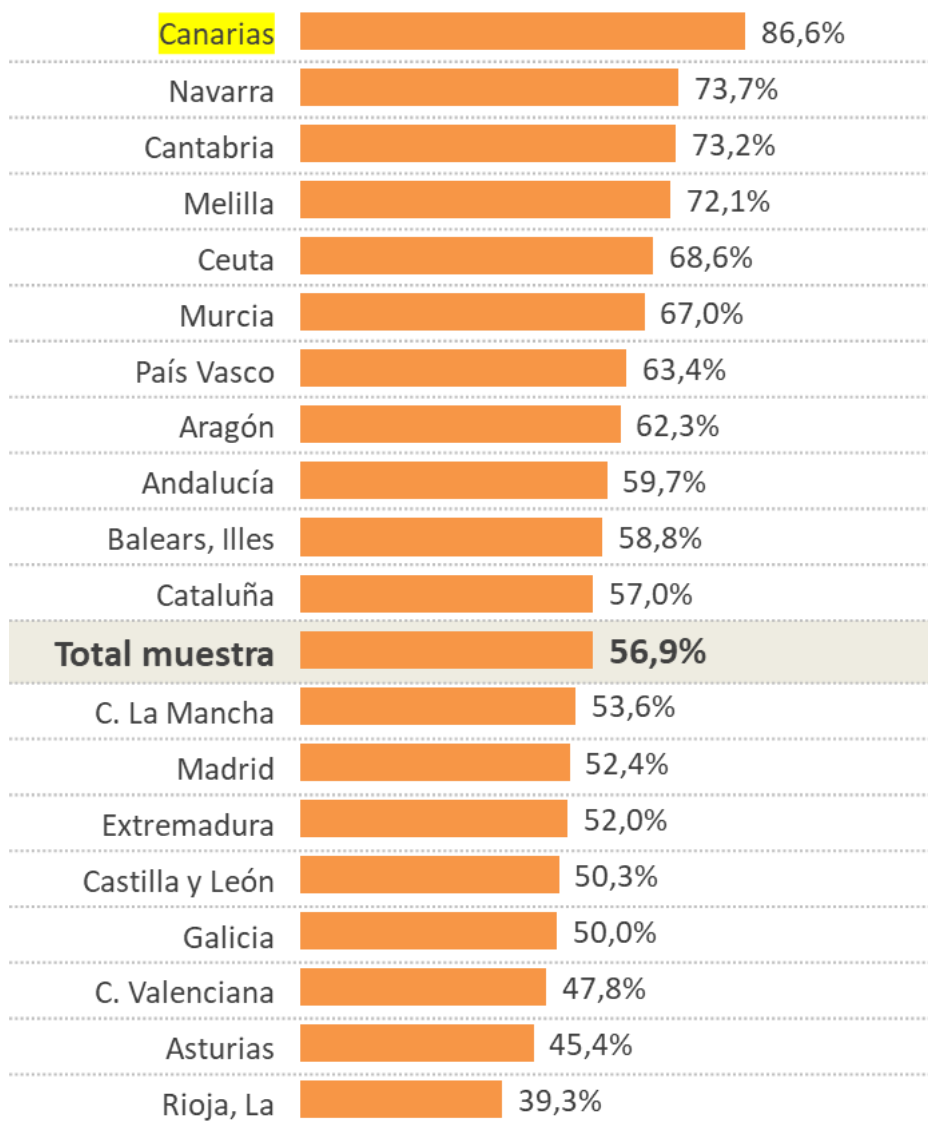


Fuente: Elaboración propia

INFLUENCIA DE LA OLA ÓMICRON EN LA CARGA DE TRABAJO POR COMUNIDADES

La ola Ómicron ha supuesto un incremento de trabajo muy desigual en las comunidades: desde Canarias, donde el 86,6% han declarado que la ola ha supuesto un incremento importante respecto a otras olas, hasta La Rioja, donde esta afirmación la comparten el 39,3% de las consultadas. (Gráfico 28)

Gráfico 28.-Influencia de la ola Ómicron en la carga de trabajo por Comunidades



Fuente: Elaboración propia

Atención primaria y urgencias, han sido las áreas donde la ola Ómicron ha supuesto un importante aumento en la carga de trabajo en relación a otras olas. Sin

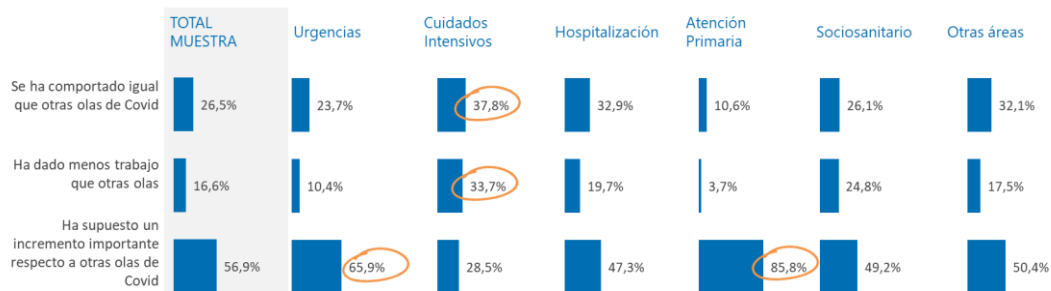
embargo, cuidados intensivos ha percibido una carga de trabajo igual o inferior a anteriores olas, esto se debe a que en esta ola el nivel de ingresos de paciente críticos fue menor, se incrementó el número de casos más leves que podían ser tratados en domicilio o en atención primaria.

En la primera ola, los ingresos en cuidados intensivos suponían en el grupo de 60-69 años el 8,5%, con un nivel de defunciones del 7,8% que se incrementaba hasta el 33,9% en los grupos de mayor edad.

En la ola Ómicron, el nivel de ingresos de este grupo de edad bajó al 0,5%, con una mortalidad de 0,4%, lo que justifica el mayor incremento de presión asistencial en unidades de primaria y menor en unidades de intensivos, coincidiendo con los resultados obtenidos en Canarias sobre presión asistencial. (115) (Gráfico 29)

Gráfico 29.-Influencia de la ola Ómicron en la carga de trabajo por Servicios Asistenciales.

A tu juicio, la ola Ómicron, a efectos de trabajo:



Fuente: Elaboración propia

ADECUACIÓN DEL NÚMERO DE ENFERMERAS AL SERVICIO

Las enfermeras encuestadas consideraron que era necesario reforzar las unidades con más enfermeras, para poder mantener el nivel de cuidados a los pacientes.

El 93,6% de las enfermeras consideraban que hay que incrementar las plantillas en la situación actual. Mayoritariamente piensan que se necesitaría aumentar entre el 33% y el 100% de la plantilla.

De media, donde hay 3 enfermeras, debería haber entre 5 y 6. (Gráfico 30)

Gráfico 30.-Adecuación del número de enfermeras al servicio.

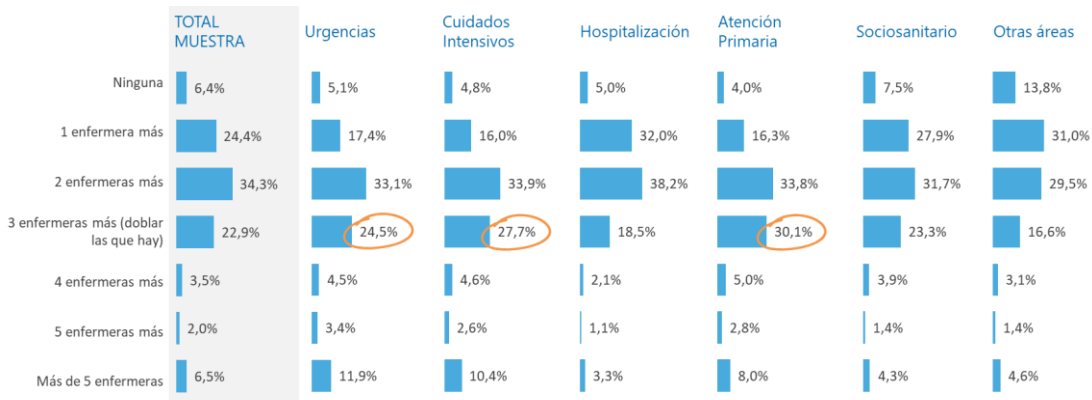


Fuente: Elaboración propia

ADECUACIÓN DEL NÚMERO DE ENFERMERAS AL SERVICIO SEGÚN ÁREA DE TRABAJO

La necesidad de ampliar plantillas es bastante similar en las distintas áreas, con una mayor necesidad en atención primaria, cuidados intensivos y urgencias. (Gráfico 31)

Gráfico 31.-Necesidades de incremento de enfermeras por servicios asistenciales durante el Covid-19.



Fuente: Elaboración propia

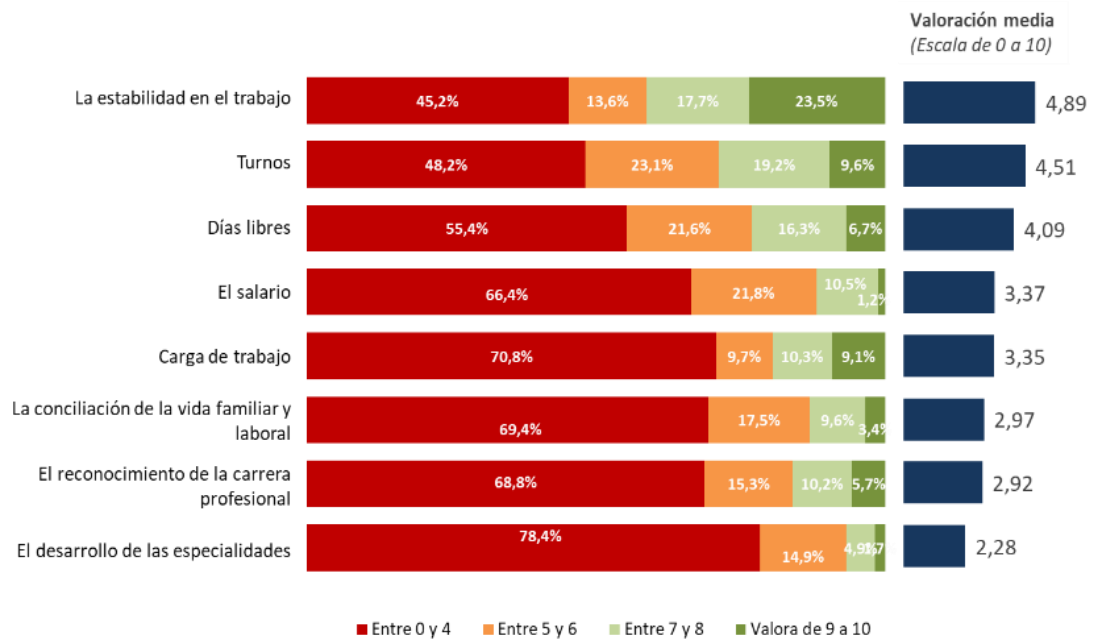
SITUACIÓN SOCIOLABORAL Y CONDICIONES DE LOS PROFESIONALES.

Al preguntar: Valora de 0 a 10, donde 0 es la peor valoración (está muy mal) y 10 la mejor valoración (está muy bien), los siguientes aspectos de tu profesión, las

enfermeras valoraron las condiciones sociolaborales en notas inferiores a 5: ninguno de los aspectos evaluados logró aprobar en una valoración de 0 a 10, y la mayoría, estaba por debajo del cuatro. La profesión de enfermería puntuó aspectos de situación sociolaboral y conciliación con puntuaciones por debajo de 5 en escalas de 0 al 10.

El 45,2% de las enfermeras valoró negativamente (0-4) la estabilidad en el trabajo. Los turnos, los días libres y el salario lo valoraron negativamente del 48% al 66% de las enfermeras. Las cargas de trabajo y la conciliación familiar y laboral el 70% de las enfermeras. Estos datos coinciden con estudios desarrollados sobre conciliación, donde son estos factores los que aparecen con grandes posibilidades de mejora. Aunque en nuestro estudio los niveles de descontento son mayores, quizás por la situación anímica generada por el trabajo en pandemia. (140,141) (Gráfico 32)

Gráfico 32.-Condiciones sociolaborales de las enfermeras durante el Covid-19



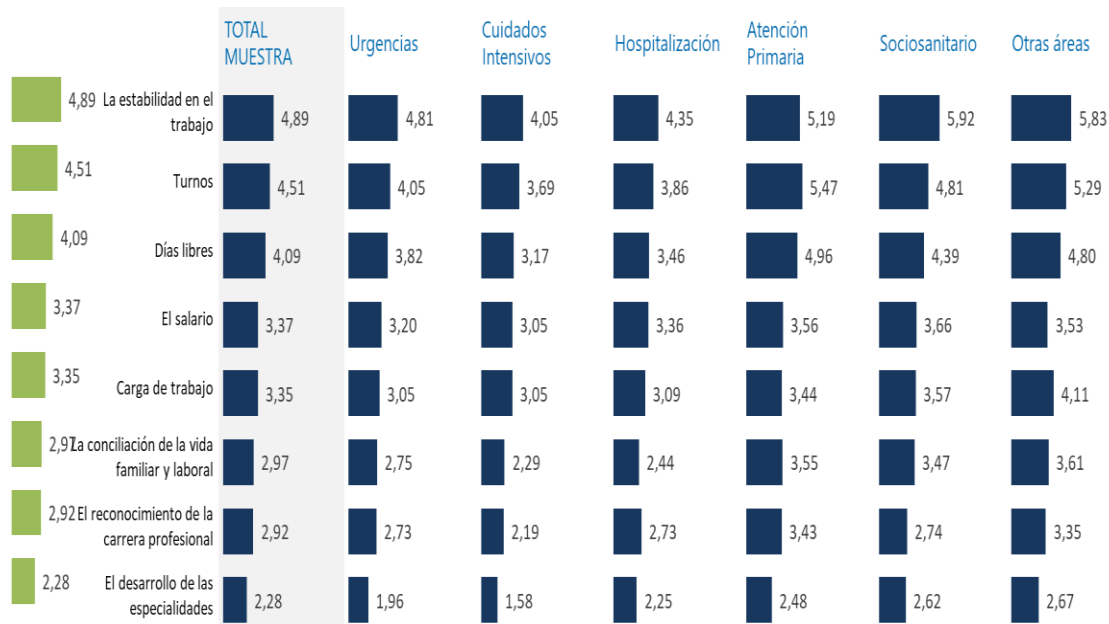
Fuente: Elaboración propia

SITUACIÓN SOCIOLABORAL SEGÚN ÁREA DE TRABAJO

Lo más valorado en todas las áreas asistenciales ha sido la estabilidad en el trabajo, en unos rangos que oscilan de 4,89 a 5,83. Siendo el sector que mayor puntuación aporta el sociosanitario.

Los días libres, salario, cargas de trabajo y conciliación, se valoraron por debajo de 5. (Gráfico 33)

Gráfico 33.-Situación sociolaboral según Servicio Asistencial.

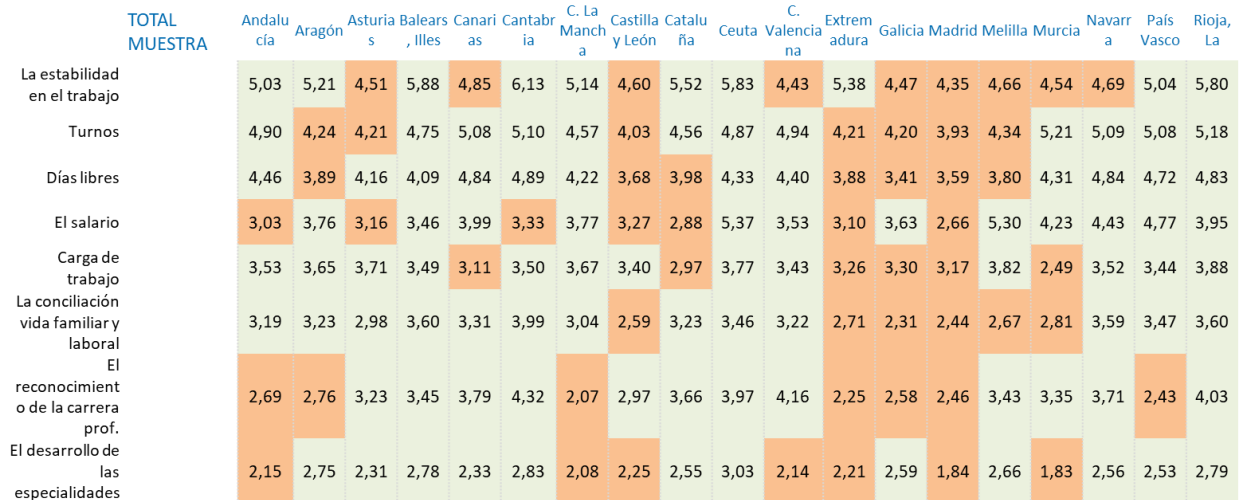


Fuente: Elaboración propia

CONDICIONES SOCIOLABORALES SEGÚN COMUNIDADES

Las condiciones sociolaborales por comunidades autónomas dan diferencias que no son de gran magnitud, pero sí significativas, en escalas de 0 al 10, tal como se presentan en el gráfico 34.

Gráfico 34.-Condiciones sociolaborales por Comunidades.



Fuente: Elaboración propia

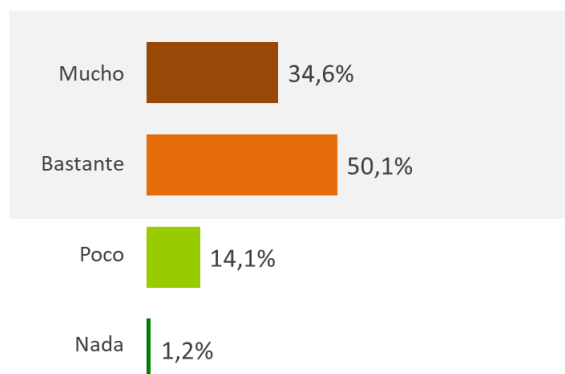
IMPACTO PSICOLÓGICO DEL COVID-19 EN LA PROFESIÓN.

La percepción que tienen las enfermeras de la afectación psicológica de la pandemia de Covid-19, la refieren en el (gráfico 35). El COVID-19 ha afectado psicológicamente (mucho + bastante) al 84,7% de las enfermeras. En Canarias al 85,4% de los casos.

Investigaciones previas y actuales, también han mostrado un espectro crítico de impactos psicosociales en los profesionales sanitarios y la población. Wang, durante la fase inicial del brote de COVID-19 en China, publicó que más de la mitad de los profesionales sanitarios encuestados en la primera fase de los contagios, calificaron su impacto psicológico como moderado a grave, y alrededor de un tercio informó ansiedad de moderada a grave. El sexo femenino, el estado estudiantil y los síntomas físicos específicos, se asociaron con un mayor impacto psicológico del brote y mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión (15-17).

Diferentes estudios asocian el impacto psicológico a los limitados recursos y equipos de protección, la ausencia de estándares y directrices, y la falta de un conocimiento completo del comportamiento del coronavirus, son problemas subyacentes a la angustia psicológica y los problemas éticos. Esto conduce a una baja moral asociada con dificultades en el trabajo para prestar atención, burnout y a otros problemas emocionales (18,19).

Gráfico 35.- Impacto psicológico del Covid-19 en las enfermeras



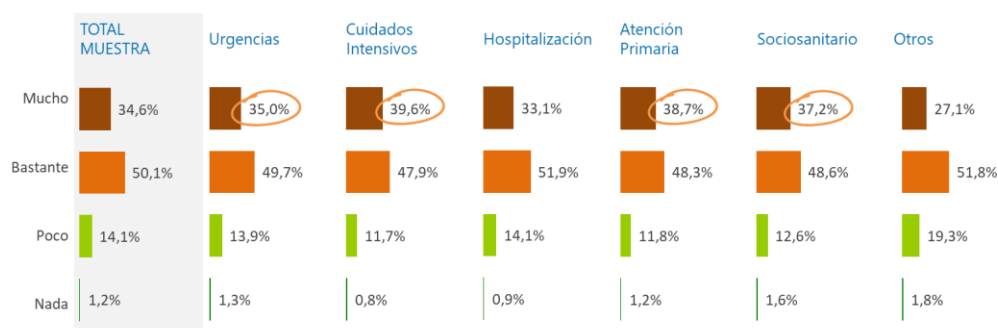
Fuente: Elaboración propia

SEGÚN ÁREA DE TRABAJO

El impacto psicológico que el Covid-19 ha supuesto para toda la profesión, se representa en el siguiente gráfico 36. Los resultados muestran que ha dejado una huella todavía más profunda entre las profesionales que trabajan en cuidados intensivos, atención primaria, sociosanitaria y urgencias, en cifras que oscilan entre el 35% y el 38,7%.

Coinciden nuestros resultados con estudios con enfermeras de cuidados intensivos, en los que se presentan como principales resultados que: el nivel de ansiedad generado por la situación de mortalidad por COVID-19, en las enfermeras que trabajan en las unidades de cuidados intensivos, se asocia con la edad, las horas de trabajo por semana, la maternidad, cuidado de pacientes que necesitan atención al final de la vida, los casos de participación directa en operaciones de reanimación, los casos de observación de muerte del paciente y la satisfacción con el equipo de protección personal ($P < 0.05$) (28).

Gráfico 36.-Impacto psicológico del Covid-19 en las enfermeras por Servicios Asistenciales.



Fuente: Elaboración propia

CONSECUENCIAS EMOCIONALES DEL COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS MESES

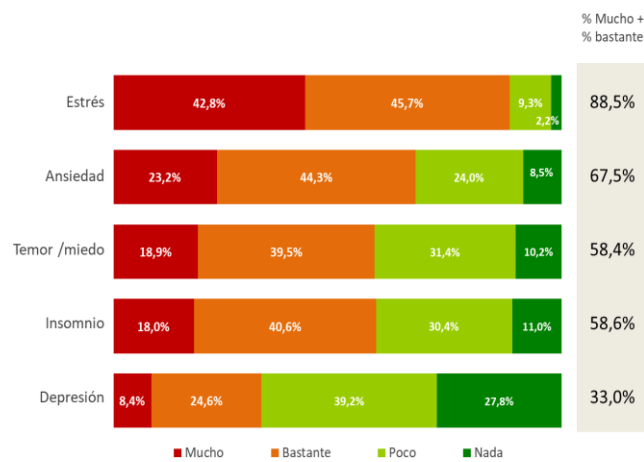
En los resultados obtenidos en España, el 88,5% ha tenido episodios de estrés, el 67,5% de ansiedad, el 58,4% temor y miedo, el 58,6% insomnio y el 33,0% ha llegado a tener depresión (Gráfico 37). Cifras similares con otros estudios a nivel mundial.

En un estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que presenta resultados de varios países de la Región: (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, el Estado

Plurinacional de Bolivia, Guatemala, México, Perú y la República Bolivariana de Venezuela), recolectaron información en la primera medición del estudio, planteando que existen elevadas tasas de síntomas depresivos, ideación suicida y malestar psicológico.

En el caso de los síntomas depresivos, en la mayoría de los países, entre 14,7% y 22,0% del personal de salud presentaba síntomas que permitían sospechar un episodio depresivo, con Chile como el país con la mayor proporción. En cuanto a la ideación suicida, las cifras fluctuaron entre el 5% y el 15% de los encuestados (27).

Gráfico 37.-Consecuencias emocionales del Covid-19 en enfermeras en pandemia Ómicron.



Fuente: Elaboración propia

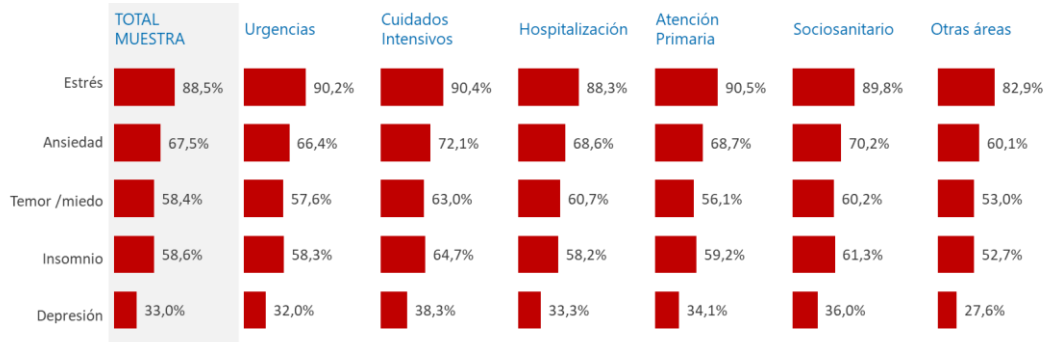
En las enfermeras que trabajan en unidades de Cuidados intensivos, es dónde se manifiestan con más fuerza las consecuencias emocionales del Covid-19.

Un estudio en China, donde comenzó el brote de COVID-19, evaluó los efectos psicológicos en 4.692 enfermeras que trabajaban en hospitales designados por el gobierno durante la pandemia. Los hallazgos mostraron que la salud mental de las enfermeras de primera línea estaba afectada, con un 42,7% de ellas experimentando síntomas somáticos, 9,4% depresión, 8,1% ansiedad y 6,5% ideación suicida (16).

El bienestar mental de los profesionales de la salud que trabajan en primera línea, se ha visto comprometido en tiempos de pandemia al presentar niveles medios-altos de

ansiedad, depresión, nerviosismo e insomnio y, en menor medida, estrés (15). Se hace necesario establecer mecanismos para medir y paliar estas situaciones (29-31). (Gráfico 38)

Gráfico 38.-Consecuencia emocionales del Covid-19 en enfermeras en ola Ómicron por Servicios Asistenciales.



Fuente: Elaboración propia

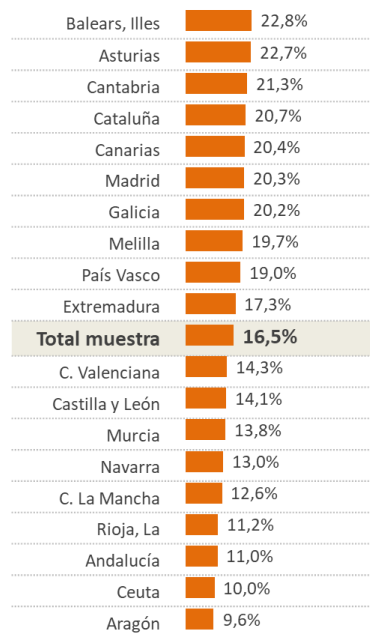
BAJAS LABORALES DERIVADAS DE LA CARGA EMOCIONAL

El 16,5% de las enfermeras se han visto obligadas a pedir la baja por ansiedad, estrés o agotamiento mental.

La mayor incidencia de bajas por estos motivos la presentan las profesionales del área sociosanitaria (19,1%).

BAJAS LABORALES POR COMUNIDADES

Por comunidades Autónomas se pueden observar las bajas en el gráfico 39.

Gráfico 39.-Bajas Laborales por Comunidades.

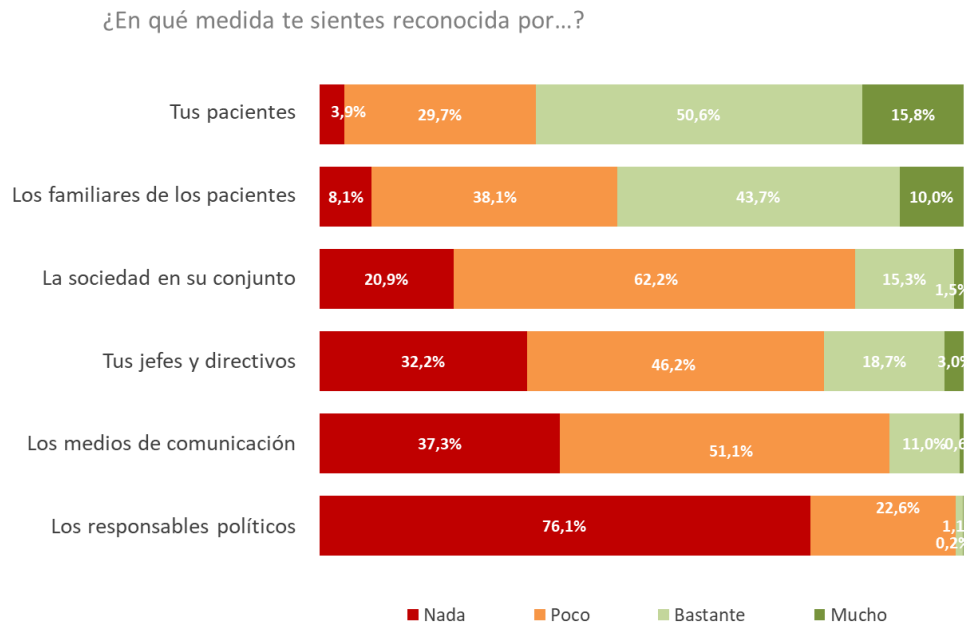
Fuente: Elaboración propia

PERCEPCIÓN DE RECONOCIMIENTO PROFESIONAL.

La percepción general es de un escaso reconocimiento profesional, salvo de los pacientes y sus familiares. Y ese poco reconocimiento se extrema con los responsables políticos.

El mayor reconocimiento de los pacientes lo perciben las profesionales del área sociosanitaria, mientras las menos reconocidas por los jefes están en las urgencias, cuidados intensivos y hospitalización.

En el resto de cuestiones, la percepción de desafección es similar en las distintas áreas analizadas. (Gráfico 40)

Gráfico 40.-Reconocimiento profesional de las enfermeras Percepción.

Fuente: Elaboración propia

ABANDONO DE LA PROFESIÓN.

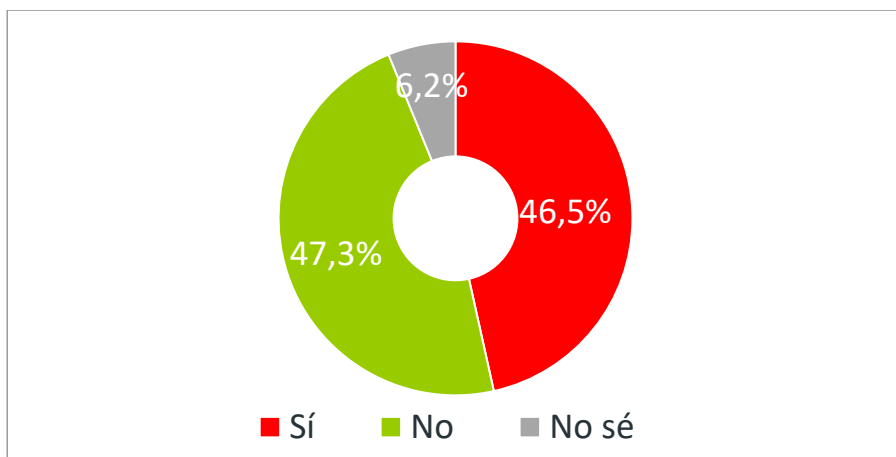
El 46,5% de las enfermeras en España ha pensado en algún momento en dejar la profesión, prácticamente la mitad de los profesionales, tal como se muestra en el gráfico 41.

Estudios de las Asociaciones de Enfermería en el mundo, refieren escasez de enfermeras e incapacidad de retención de enfermeras durante la pandemia por la Covid-19. La intención de marcharse y abandonar la profesión en diferentes países refiere: En el Reino Unido el 36% de las enfermeras han considerado marcharse en el 2021, en Corea del Sur más del 10% planteó el abandono, estudios de Filipinas, Pakistán, Egipto y Qatar plantearon niveles de abandono desde el 10% hasta el 95%. (142)

Según informes, en Suecia, la Asociación de Enfermeras de Suecia (Vardförbundet), ha anunciado los resultados de una encuesta que señala que el 7% del

personal de enfermería (5.700 enfermeras) ha considerado abandonar por el aumento de la presión y las cargas de trabajo en la pandemia. (143)

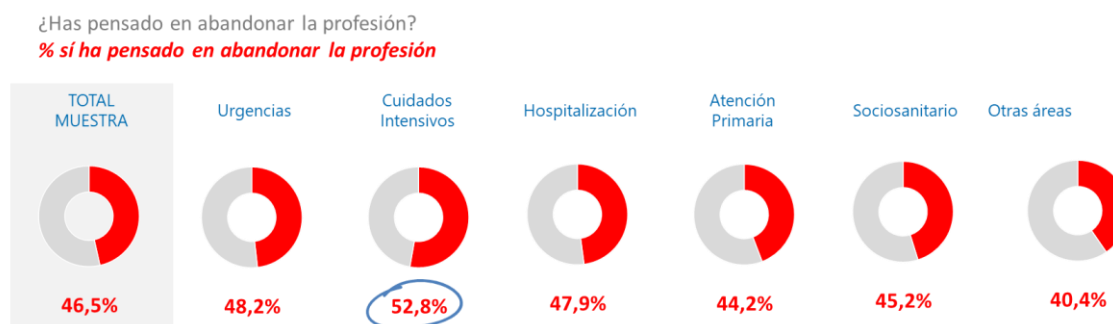
Gráfico 41.-Abandono de la profesión de enfermería.



Fuente: Elaboración propia

El sentimiento de abandonar la profesión es global a todas las áreas, siendo mayor este sentimiento en cuidados intensivos. (Gráfico 42)

Gráfico 42.-Abandono de la profesión de enfermería por servicios asistenciales.

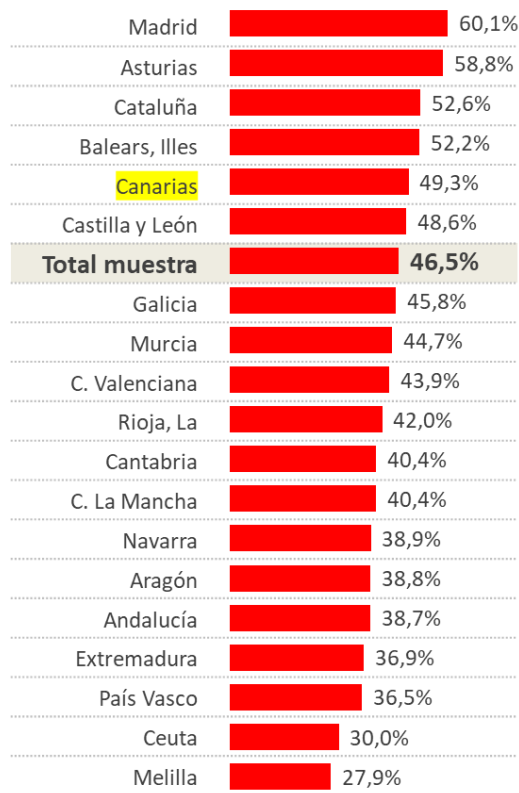


Fuente: Elaboración propia

ABANDONO DE LA PROFESIÓN POR COMUNIDADES.

El pensamiento de abandono de la profesión alcanza cifras en torno al 60% en Madrid y Asturias y desciende a porcentajes en torno al 30% en Ceuta y Melilla. En Canarias se lo ha planteado el 49,3%. (Gráfico 43)

Gráfico 43.-Abandono de la profesión de Enfermería por Comunidades.



Fuente: Elaboración propia

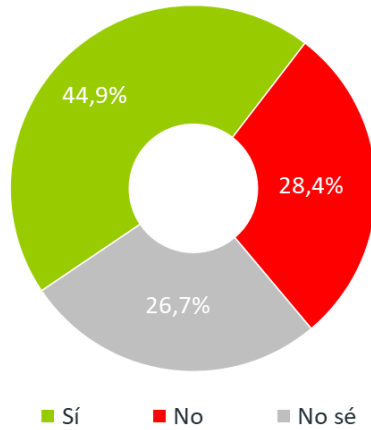
RECONSIDERA SI VOLVERÍA A ESTUDIAR ENFERMERÍA.

La extenuación de la profesión y la falta de reconocimiento, lleva a la enfermera incluso a replantearse su vocación si pudiera dar “marcha atrás”.

Este cuestionamiento es mayor entre las profesionales de urgencias, cuidados intensivos y hospitalización (con porcentajes en torno al 30,0%). (Gráfico 44)

Gráfico 44.-Intención de volver a estudiar enfermería.

¿Volverías a estudiar Enfermería si pudieses dar marcha atrás?



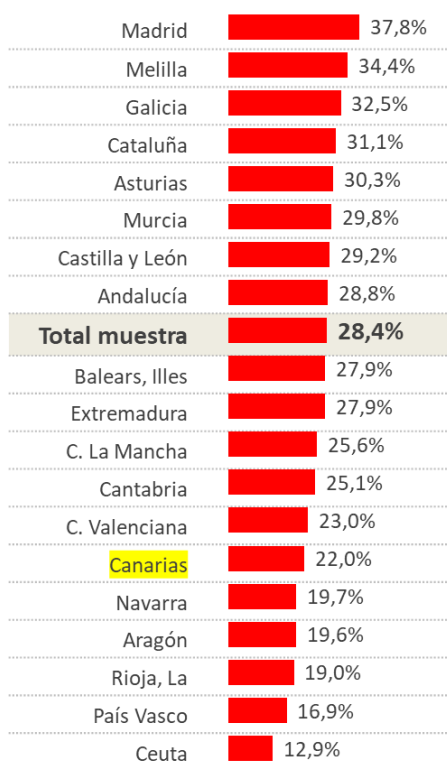
Fuente: Elaboración propia

RECONSIDERA SI VOLVERÍA A ESTUDIAR ENFERMERÍA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Las comunidades donde más reconsiderarían volver a estudiar enfermería son Madrid, Melilla, Galicia, Cataluña y Asturias (con porcentajes por encima del 30%).

El menor replanteamiento lo muestran Navarra, Aragón, La Rioja, País Vasco y Ceuta (aunque con porcentajes entre el 13% y el 20%). En Canarias expresó su reconsideración el 22%. (Gráfico 45)

Gráfico 45.-Intención volver a estudiar enfermería por Comunidades

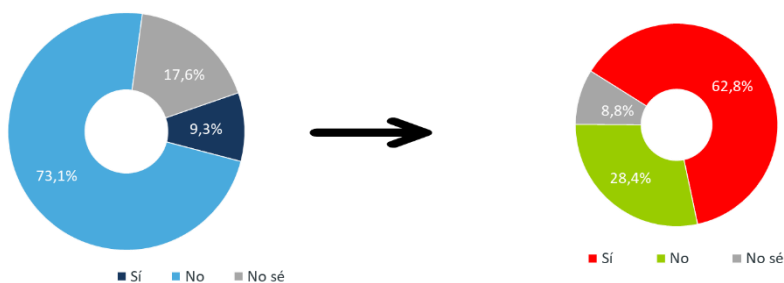


Fuente: Elaboración propia

SOLICITUD DE PREJUBILACIÓN ANTICIPADA

El 62,8% de las enfermeras que reúnen los requisitos para la jubilación se han planteado solicitar la jubilación y asumir el coste que conlleva. Esta ha sido una reflexión mayoritaria en las distintas áreas de trabajo analizadas. (Gráfico 46)

Gráfico 46.-Intención de solicitud de jubilación anticipada.



Fuente: Elaboración propia

Los datos referenciados de intención de abandono de la profesión, tendencia a la solicitud de jubilación anticipada y de no volver a elegir los estudios de enfermería, hablan a favor de un enorme cansancio profesional y desafección con la profesión, que requiere iniciar medidas de mejoras laborales en los aspectos de cargas de trabajo y mejoras profesionales en aspectos de desarrollo profesional y mejoras en cuanto a condiciones sociales, mejores salarios y descansos que dignifiquen y valoricen la profesión de los Cuidados, de forma que se pueda mantener de forma sostenible un sistema de cuidados a la población sana y enferma y en todas las etapas.

4.-CONCLUSIONES

1.-Las enfermeras españolas en la sexta ola (Ómicron) por COVID-19, de octubre de 2021 a marzo de 2022, presentan altos niveles de sobrecarga de trabajo, estando bastante tensionadas o totalmente desbordadas en el 91% de la población, siendo las unidades de urgencias y de atención primaria las que presentan mayor nivel de desborde, produciendo un alto impacto psicológico en la población enfermera.

2.- Las enfermeras españolas, en diciembre de 2021, se encontraban con contrato eventual el 44,6% del total. Representaban una tasa de 6,17 enfermeras por cada 1000 habitantes, estando por debajo de la media de Europa EU28 (7,68).

3.-Las enfermeras son el grupo sanitario con mayor tasa de contagios por COVID-19, el 50% frente al 20% de la población general, con índices mayores en la primera ola, asociados a la falta de equipos de protección individual y procedimientos de prevención.

4.-Las enfermeras españolas se encuentran vacunadas en un 98,2% y la población en general en un 88,43%. Han administrado en las primeras siete olas 112.304.453 dosis. La población, en general, tiene unos niveles altos de vacunación siendo España de los países con mejor éxito.

5.-Las cargas de trabajo durante la COVID y en especial en la ola Ómicron, ha supuesto un incremento del trabajo en el 91% en los servicios de atención primaria y urgencias. El 93,6% de las enfermeras consideran que hay que incrementar las plantillas entre el 33% y el 100% (3-5,6), coincidiendo con las demandas de la población, manifestadas en los diferentes barómetros y encuestas.

6.-Las condiciones de trabajo que perciben las enfermeras se valoran mal, en una escala de 0-10, con cifras del 2,98 mínimo, al 4,89 máximo. Todas las variables se valoran en menos de 5, por lo que existe franca y necesaria capacidad de mejora.

7.-El impacto psicológico de la COVID en las enfermeras, ha afectado de mucho a bastante, en el 84,7%, con mayor afectación a los profesionales de cuidados intensivos, atención primaria, atención sociosanitaria y urgencias.

8.- Las consecuencias emocionales han generado estrés en el 88,5%, ansiedad en el 67,5%, temor y miedo en el 58,4%, insomnio en el 58,6% y depresión en el 33%. Índices superiores a la media de la población y similares a lo publicado en otros estudios sobre afectación psicológica de enfermeras.

9.- La fidelización al puesto de trabajo se asocia con el reconocimiento profesional, siendo valorado por debajo de 5 en todos los parámetros, salvo en el reconocimiento de los pacientes, generando una tendencia al abandono profesional cuantificado en el 46,5% de las enfermeras que ha pensado en algún momento en abandonar o dejar la profesión.

10.- Se hace necesario establecer un observatorio continuo de valoración de la situación emocional de las enfermeras y de la percepción de cargas de trabajo, implementando un sistema de apoyo y atención a los problemas emocionales de las enfermeras.

5.-BIBLIOGRAFÍA

1. Zapatero Gaviria A, Barba Martin R. ¿Qué sabemos del origen del COVID-19 tres años después? Rev.clín.esp.(Ed.impr.) 2023:240-243.
2. Pérez-Raya F, Cobos-Serrano JL, Ayuso-Murillo D, Fernández-Fernández P, Rodríguez-Gómez JA, Almeida Souza A. COVID-19 impact on nurses in Spain: a considered opinion survey. Int Nurs Rev 2021;68(2):248-255.
3. de España G. Crisis sanitaria COVID-19: Normativa e información útil. Administración del Gobierno de España 2021.
4. International Council of Nursing (ICN) (2023) Data on infected health-care workers and access to protective equipment vital in prevention of the virus. 22 julio 2023. Available at: Actualización del CIE COVID-19-2019: Los datos sobre los trabajadores sanitarios infectados y el acceso a equipos de protección son vitales para la prevención del virus | CIE - Consejo Internacional de Enfermeras (icn.ch) (accessed 20 July 2023).
5. Consejo General de Enfermería de España. Las enfermeras exigen al gobierno un registro de profesionales contagiados para dar respuesta a la pandemia. [Web] Diario Enfermero. Nº 1273, Madrid; 2020 [acceso 20 Agosto 2023] disponible en: www.consejogeneralenfermeria.org | "Las enfermeras exigen al Gobierno un registro de profesionales contagiados para dar respuesta a la pandemia", Diario Enfermero, nº 1.273
6. DE ALARMA DDE, COMPETENTE A. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. 2020.
7. del Estado BO. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. 1995.
8. Labrague LJ, Hammad K, Gloe DS, McEnroe-Petitte DM, Fronda DC, Obeidat AA, et al. Disaster preparedness among nurses: a systematic review of literature. Int Nurs Rev 2018;65(1):41-53.

9. García-San Miguel, L. & Portela-Moreira, A. (2020) COVID-19 Transmissibility. *Revista Española de Salud Pública, Píldora científica (Supl.)*. Available at: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/Suplementos/Pildoras/pildora29_transmisibilidad_Covid-19_19.pdf.
10. Tang B, Wang X, Li Q, Bragazzi NL, Tang S, Xiao Y, et al. Estimation of the Transmission Risk of 2019-nCov and Its Implication for Public Health Interventions (2019-nCov 的传播风险估计及其对公共卫生干预的意义). Available at SSRN 3525558 2020.
11. Brehon N. The European Union and the Coronavirus. *Policy Paper 2020(553):1-10*.
12. European Commission. (2020) EU recommendations for community measure, 18 March 2020. Available at: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/Covid-1919_-_eu_recommendations_for_community_measures.pdf (accessed 25 March 2020).
13. Catton H. Nursing in the COVID-19 pandemic and beyond: protecting, saving, supporting and honouring nurses. *Int Nurs Rev 2020;67(2):157-159*.
14. Mendoza-Popoca CÚ, Suárez-Morales M. Reconversión hospitalaria ante la pandemia de COVID-19. *Revista mexicana de anestesiología 2020;43(2):151-156*.
15. Rascado Sedes P, Ballesteros Sanz MA, Bodí Saera MA, Carrasco Rodríguez-Rey LF, Castellanos Ortega A, Catalán González M, et al. Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19. *Medicina Intensiva 2020;44(6):363-370*.
16. García-Iglesias JJ, Gomez-Salgado J, Martín-Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR, et al. Impact of SARS-CoV-2 (Covid-19) on the mental health of healthcare professionals: a systematic review. *Rev Esp Salud Publica 2020;94*.
17. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health 2020;17(5):1729*.

18. Wu K, Wei X. Analysis of psychological and sleep status and exercise rehabilitation of front-line clinical staff in the fight against COVID-19 in China. *Medical science monitor basic research* 2020;26:924085.
19. Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nurs Ethics* 2015;22(1):15-31.
20. Rushton CH, Schoonover-Shoffner K, Kennedy MS. Transforming moral distress into moral resilience in nursing [Executive summary]. *Journal of Christian Nursing* 2017;34(2):82-86.
21. Gómez Ruiz MdM, Santana Cabrera AJ, Lago Antón S, Marzola Payares M, Sánchez-Arcilla Conejo I. Riesgo de infección por SARS-CoV-2 en trabajadores sanitarios altamente expuestos. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo* 2022;31(1):9-18.
22. Spain. Ministry of Health, Consumer Affairs, and Social Welfare. Covid -19 en distintos entornos y grupos de personas. Actualización 2 Agosto . 20210802_GRUPOSPERSONAS.pdf (sanidad.gob.es) acceso: 14 Agosto 2023
23. Molina Cabrillana MJ, De Arriba Fernández A, Hernández Aceituno A, Alemán Vega G. Estudio epidemiológico sobre profesionales de centros sanitarios y sociosanitarios de Canarias infectados por SARS-CoV-2. *Medicina general y de familia* 2022.
24. Servicio Canario de la Salud. Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. Covid-19 Canarias. [Web] Marzo 2022. [acceso: 14 Agosto 2023] disponible en: <https://grafcan1.maps.arcgis.com/apps/dashboards/156eddd4d6fa4ff1987468d1fd70efb>
25. Moreno-Casbas MT, Abad-Corpa E, Albornos-Muñoz L, Casado-Ramírez E, Camacho-Bejarano R, Cidoncha-Moreno MÁ, et al. Factores relacionados con el contagio por SARS-CoV-2 en profesionales de la salud en España. *Proyecto SANICOVI. Enfermería clínica* 2020;30(6):360-370.
26. ministerio de Sanidad Gobierno de España. Actualización 615 Covid-19 12-7-2022. [acceso: 14 Agosto 2023] disponible en: [Actualizacion_615_COVID-19.pdf](#) (sanidad.gob.es)

27. Ministerio de Sanidad Gobierno de España. Actualización 371 Covid-19 10.05.2021. [acceso: 14 Agosto 2023] disponible en: Actualizacion_371_COVID-19.pdf (sanidad.gob.es)
28. Arias S, Martínez-Salazar I. The covid-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES) Informe Regional de las Américas. 2022.
29. Belash I, Barzagar F, Mousavi G, Janbazian K, Aghasi Z, Ladari AT, et al. COVID-19 pandemic and death anxiety among intensive care nurses working at the Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Science. Journal of Family Medicine and Primary Care 2021;10(7):2499.
30. Brito-Brito PR, Fernández-Gutiérrez DÁ, Cuéllar-Pompa L. Emotional management of the health crisis by coronavirus: A narrative review. Enfermeria Clinica (English Edition) 2020;31:S107-S111.
31. Protecting Workers during a Pandemic. basic research 2020;26:924085.
32. Wu K, Wei X. Analysis of psychological and sleep status and exercise rehabilitation of front-line clinical staff in the fight against COVID-19 in China. Medical science monitor (2)
33. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria Nuestros orígenes. [internet] 2020 [citado el 4 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://ingesa.sanidad.gob.es/quienesSomos/origenes.htm>
34. Ley de Sanidad de 1855. [Internet] 1855 [Acceso el 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://legislacionsanitaria.org/wp-content/uploads/2016/12/1855-11-28-Ley-disponiendo-lo-conveniente-sobre-el-servicio-general-de-Sanidad.pdf>
35. Viñes JA. La sanidad española en la segunda mitad del siglo XIX. En: Temas de historia de la Medicina. Gobierno de Navarra. [Internet] 2006 [Acceso el 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/B3AD83B1-1186-4C20-A1BF-F3D58BE8986E/146741/03Lasanidadespaolaenl.PDF>
36. Congreso de los Diputados. La Restauración 1874-1923. La Restauración 1874-1923. Reinado de Alfonso XII. [Internet] 2006 [Acceso el 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.congreso.es/es/cem/reyalfonsoxiii>

37. BOE nº 60 de 29 de febrero de 1908. Ley 27 de febrero de 1908. Se organizará por el Estado un Instituto Nacional de Previsión. [internet] 1908 [acceso 11 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1908/060/A00875-00876.pdf>
38. Real Decreto de 22 de marzo de 1929. Seguro obligatorio de maternidad [Internet] Instituto Nacional de Previsión. 1929 [Acceso el 10 de mayo de 2022]. Disponible en:
http://bvingesa.msc.es/bvingesa/es/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1001972&responsabilidad_civil=on
39. Cervera Soto S. La sanidad en un siglo de la historia de España (1898-1998). Cien años después. ASSN [Internet]. 29 jul. 2009 [citado 2 de mayo de 2022]; 22(2):141-54. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/7012>
40. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Historia de la Seguridad Social. [Internet] 2019 [Acceso el 4 de abril de 2022]. Disponible en:
<https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Conocenos/HistoriaSeguridadSocial>
41. Ministerio de Cultura y Deporte. Institución - Instituto Nacional de Previsión (España). [Internet] [Acceso el 27 de febrero de 2023]. Disponible en:
<http://pares.mcu.es/ParesBusquedas20/catalogo/autoridad/44876#:~:text=El%20NP%20se%20extingui%C3%B3%20en,el%20Instituto%20Nacional%20de%20Servicios>
42. Ley de 25 de noviembre de 1944 (Jefatura del Estado), de bases de Sanidad Nacional. Madrid: Boletín Oficial del Estado. Nº 331 (noviembre 26, 1944). [Internet] [Acceso el 4 de abril de 2022]. Disponible en:
<https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1944/331/A08908-08936.pdf>
43. Ley 193/1963, de 28 de diciembre, de Bases de la Seguridad Social. Madrid: Boletín Oficial del Estado. Nº 312 (Diciembre 30, 1963) [Internet] [Acceso el 4 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1963/12/30/pdfs/A18181-18190.pdf>

44. Decreto 2965/74, de 30 de Mayo, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Madrid: Boletín Oficial del Estado. Nº 173 (Julio 20, 1974). [Internet] [Acceso el 4 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1974/BOE-A-1974-1165-consolidado.pdf>
45. Constitución Española 1978. Madrid: Boletín Oficial del Estado. Nº 311 (Diciembre 29,1978). [Internet] [Acceso el 4 de abril de 2022]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>
46. Real Decreto Ley 36/1978 de 16 de noviembre sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo. Madrid: Boletín Oficial del Estado. Nº 276. [Internet] [Acceso el 4 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1978/11/18/pdfs/A26246-26249.pdf>
47. Ley 14/1986 General de Sanidad, de 25 de abril de 1986. Madrid: Boletín Oficial del Estado. Nº 102. [Internet] [Acceso el 4 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
48. Sevilla F. La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. [Internet] 2006 [Acceso el 4 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/9d108eeb-dde9-4a01-ac45-fa65131bfc33/41.+La+universalizacion+de+la+atencion+sanitaria.+Sistema+Nacional+de+Salud+y+Seguridad+Social%28Castellano%29.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
49. Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre. Cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes. Madrid: Boletín Oficial del Estado. Nº 216. [Internet] [Acceso el 4 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1989/09/08/1088/dof/spa/pdf>
50. REAL DECRETO 446/1994, de 11 de marzo, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Canarias de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. Madrid: Boletín Oficial del Estado. Nº 85. [Internet] 1994 [Acceso el 4 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1994/03/11/446>
51. Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSC). Boletín Oficial de Canarias, nº 96. [Internet] 1994 [Acceso el 4 de abril de 2022]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/1994/096/boc-1994-096-001.pdf>

52. Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín Oficial del Estado. Nº 185. [Internet] 2002 [Acceso el 4 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2002/08/03/pdfs/A28856-28864.pdf>
53. Molero Mesa J, Jiménez Lucena I. Salud y burocracia en España. Los cuerpos de Sanidad Nacional (1855-1951). Rev. Esp. Salud Publica [Internet] 2000 Ene [citado 2023 Feb 27] ; 74(mon): 00-00. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272000000600005&lng=es
54. Congreso de los Diputados. Informe Abril Martorell. [Internet] 1991 [Acceso 27 de febrero 2023]. Disponible en: https://www.congreso.es/public_oficiales/L4/CONG/DS/CO/CO_306.PDF
55. BOE nº 100 de 26 de abril de 1997. LEY 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. [Internet] 1997 [Acceso 27 de febrero 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1997/04/25/15>
56. BOE nº 128. LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. [Internet] 2003 [Acceso 27 de febrero 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/dof/spa/pdf>
57. BOE nº 280 Ley 44/2003 de 21 de noviembre. Ley de ordenación de las profesiones sanitarias. [Internet] 2003 [Acceso 27 de febrero 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/dof/spa/pdf>
58. Cabo Salvador J. Sistema Sanitario Español. En: Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada. Centro de estudios financieros. UDIMA. Madrid, 2010. [Internet] 2010 [Acceso el 4 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.gestion-sanitaria.com/gestion-sanitaria-integral-publica-privada.html>
59. Pérez Porto J y Gardey A. Definición de sistema de salud. Definición. de [Internet] 2014 [Acceso el 4 de abril de 2022]. Disponible en: <https://definicion.de/sistema-de-salud/>
60. Tobar F. Sistemas de Salud. DELS, OMS, OPS [Internet] 2017 [Acceso el 4 de abril de 2022]. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/sistema-de-salud>

61. Ministerio de sanidad. Organización institucional. CCAA. [Internet] [Acceso el 4 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/ccaa/home.htm>
62. Pérez Porto J y Merino M. Definición de servicios de salud. Definicion.de [Internet] 2014 [Actualizado: 2021. Acceso el 4 de abril de 2022]. Disponible en: <https://definicion.de/servicios-de-salud/>
63. Ordenación Sanitaria del Territorio en las comunidades autónomas. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Año 2019 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social; 2019 [Acceso el 4 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Ord_sanit_2018.pdf
64. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Asistencia Sanitaria. [internet] 2010 [Acceso el 11 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/InformacionUtil/44539/43384/45200>
65. Ministerio de sanidad. BOE. RD 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. Anexo III. Cartera de servicios comunes de atención especializada. [internet] 2006 [Acceso el 11 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-16212-consolidado.pdf>
66. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2022 [internet] 2022 [Acceso el 7 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/INFORME_ANUAL_2020_21.pdf
67. Ministerio de Sanidad. Centros, servicios y establecimientos sanitarios [web] [Internet]. Actualizada en diciembre de 2022 [Acceso el 3 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/centrosCA.do?metodo=busquedaCaH&comunidad=5>

68. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema Nacional de Salud. España. Madrid. [internet] 2008 [Acceso: 1 de Agosto]. Disponible en: [Ministerio de Sanidad - Portal Estadístico del SNS - Financiación y Gasto sanitario](#)
69. Gobierno de España. Ministerio de Ciencia e Innovación. Ministerio de Sanidad. Centro Nacional de Epidemiología. Sistema Nacional de Salud. España. Madrid. [internet] [Acceso: 12 de Agosto]. Disponible en: [ISCIH CNE - RENAVE](#)
70. Resolución de 20 de julio de 2021, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se establece el Sistema de Información a través del cual se deberá remitir la información sobre pruebas diagnósticas de laboratorio necesaria para el seguimiento de la pandemia ocasionada por el COVID-19 al que se refiere el artículo 25 de la Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 (BOE de 28 de julio de 2021). [internet] [Acceso: 12 de Agosto]. Disponible en: [Información sobre pruebas diagnósticas de laboratorio \(inap.es\)](#)
71. Ministerio de Sanidad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. [Internet] 2010 [Acceso el 3 de marzo de 2023]. Disponible en: [Ministerio de Sanidad - Organización Institucional - Recursos humanos](#)
72. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. «BOE» núm. 280, de 22/11/2003. BOE-A-2003-21340. [internet] 2022 [Acceso el 28 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44>
73. Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización. «BOE» núm. 83, de 7 de abril de 2015. BOE-A-2015-3717. [internet] 2022 [Acceso el 28 de febrero de 2023]. Disponible en: [Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización. \(boe.es\)](#)

74. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. [BOE-A-2003-10715](#) [internet] 2022 [Acceso el 28 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>
75. Rodríguez Novo YM, Pérez Raya F, García Pizarro MA, Rodríguez Novo N, Novo Muñoz MM y Rodríguez Gómez JÁ. Las Enfermeras en Canarias. Recorrido Histórico (1997-2022). Revista EGGLE [internet] 2022 [Acceso el 28 de febrero de 2023] vol 9(19). Disponible en: <https://revistaegle.com/index.php/eglerev/article/view/141>
76. Rodríguez Novo N, Rodríguez Novo YM, Pérez Raya F, García Pizarro MA, Novo Muñoz MM y Rodríguez Gómez JÁ. Los estudios de Enfermería. Recorrido histórico. Santa Cruz de Tenerife-La Palma. Revista EGGLE [internet] 2022 [Acceso el 28 de febrero de 2023] vol 9(20). Disponible en: <https://revistaegle.com/index.php/eglerev/article/view/145>
77. Rodríguez Gómez JA. Implantación y desarrollo de las especialidades de enfermería en España y su impacto en la Provincia de S/C de Tenerife. [tesis doctoral]. Universidad de La Laguna: Portal Ciencia; 2009 [internet] [Acceso el 28 de febrero de 2023]. Disponible en: [https://portalciencia.ull.es/documentos/5e3170332999523690ffe226](https://portalciencia ull.es/documentos/5e3170332999523690ffe226)
78. Obregón-Gutiérrez N, Puig-Calsina S, Bonfill-Abella A, Forrellat-González L, Subirana-Casacuberta M. Cuidados perdidos» y calidad de los cuidados durante la pandemia por COVID-19: factores y estrategias influyentes. Enfermería Clínica [Internet] [Acceso el 3 de marzo de 2023] 32 (1): 4-11, Enero-Febrero 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2021.06.004>
79. Espinoza Bernal YN. Gestión de los recursos: humanos, tecnológicos y financieros en el contexto del covid-19. Una revisión sistemática. Repositorio Institucional-Universidad Católica de Cuenca (Ecuador). [Internet] 2022 [Acceso el 3 de marzo de 2023] Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/11561>
80. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Crisis económica y salud en España. Madrid. [internet] 2018 [Acceso el 1 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CRISIS ECONOMICA Y SALUD.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CRISIS_ECONOMICA_Y_SALUD.pdf)

81. Ministerio de Sanidad. Centro de publicaciones. Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2020-2021. Informe monográfico. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2022 MINISTERIO DE SANIDAD [web] [internet] 2022 [Acceso el 3 de marzo de 2023] Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/Informe_RRHH_2020-21.pdf
82. Ministerio de Sanidad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. INCLASNS. [internet] 2023 [Acceso el 3 de marzo de 2023] Disponible en: <http://inclasns.msssi.es/main.html>
83. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de profesionales sanitarios colegiados. Últimos datos. [Internet] [Acceso el 3 de Agosto de 2023] Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176781&menu=ultiDatos&idp=1254735573175. Instituto Español de
84. Investigación Enfermera. Consejo General de Enfermería de España. “Situación de la Profesión enfermera y necesidades de Futuro”. SBN:978-84-09-36566-1 [Internet] [Acceso el 3 de marzo de 2023] 12(1): 747. Disponible en: [Situacion-de-la-profesion-enfermera-y-necesidades-futuras-2020.pdf \(coepo.com\)](#).
85. Instituto Español de Investigación Enfermera. Consejo General de Enfermería de España. [Internet] [Acceso el 3 de marzo de 2023] 12(1): 747. Disponible en: [Empleo enfermero-RRHH \(ieinstituto.es\)](#)
86. Instituto Nacional de Estadística (INE) . Estadística de profesionales Sanitarios colegiados año 2022. [Internet] [Acceso el 3 Agosto 2023] 12(1): 747. Disponible en: [Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados 2022 \(ine.es\)](#)
87. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de profesionales Sanitarios colegiados año 2022. [Internet] [Acceso el 3 Agosto 2023] 12(1): 747. Disponible en: [INEbase / Sociedad /Salud /Estadística de profesionales sanitarios colegiados / Últimos datos](#)
88. Gobierno de España. Ministerio de Universidades. Subdirección General de Actividad Universitaria Investigadora de la Secretaría General de Universidades. Datos y cifras del Sistema Universitario Español publicación 2022-23.

- [Internet] [Acceso el 3 Agosto 2023] 12(1): 747. Disponible en: [Datos y Cifras del Sistema Universitario Español. Publicación 2022-2023 \(universidades.gob.es\)](#)
89. Cobos Serrano et all. Instituto Español de Investigación Enfermera. Informe de Recursos Humanos de Enfermería. Consejo General de Enfermería. Diciembre de 2020 [Internet] [Acceso el 3 agosto 2023] 12(1): 747. Disponible en: [informe_rrhh-2020 \(4\).pdf](#)
90. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección. Informe sobre profesionales de enfermería. Oferta. Necesidad 2010-25. [Internet] [Acceso el 3 agosto 2023] 12(1): 747. Disponible en: [Informe sobre profesionales de enfermería. Oferta - Necesidad 2010-2025 \(sanidad.gob.es\)](#)
91. Cruz Landinez AJ, Grande Gascón M^a, García Fernández FP, Hueso Montoro C, García Ramiro PA, Ruiz López M. Distribución de enfermeras por Unidades de pacientes agudos y Unidades de Cuidados Intensivos en España. Index de Enfermería 2019;28(3):147-151. Estudio
92. Ballesteros Barrado A. El efecto de los ratios enfermera-paciente en los resultados de los pacientes en unidades especializadas de agudos: revisión sistemática y metaanálisis. Ene 2023;17(1). Estudio
93. Organización Económica para la cooperación y el desarrollo. OECD.stat- Migración del personal sanitario. [Internet] [Acceso el 25 agosto 2023] 12(1): 747. Disponible en: [Migración del personal sanitario \(oecd.org\)](#)
94. Instituto español de investigación enfermera. Informe de Recursos Humanos en Enfermería. Empleo Enfermero. [Internet] [Acceso el 25 agosto 2023] 12(1): 747. Disponible en: [observatorio empleo Enfermero FEB23.pdf](#)
95. Johns Hopkins. Coronavirus resource center. Visualización de datos. [Internet] [Acceso el 25 agosto 2023] 12(1): 747. Disponible en: [Mapa COVID-19 - Centro de recursos contra el coronavirus de Johns Hopkins \(jhu.edu\)](#)
96. Johns Hopkins. Coronavirus resource center. Visualización de datos. [Internet] [Acceso el 25 agosto 2023] 12(1): 747. Disponible en: [Spain - COVID-19 Overview - Johns Hopkins \(jhu.edu\)](#)

97. OCDE. Panorama de la salud 2021. Indicadores de la OCDE. [Internet] [Acceso el 25 agosto 2023] 12(1): 747. Disponible en: [PANORAMA DE LA SALUD 2021 1-40 \(oecd.org\)](https://www.oecd.org/panorama-de-la-salud-2021/)
98. El Correo de Andalucía. 6 Mayo 2023. . [Internet] [Acceso el 24 agosto 2023] 12(1): 747. Disponible en [La pandemia en España: 7 olas y 120.964 fallecidos vinculados a la covid-19 \(elcorreoweb.es\)](https://www.elcorreoweb.es/la-pandemia-en-espana-7-olas-y-120964-fallecidos-vinculados-a-la-covid-19/)
99. Fava Paolo El León de El Español Publicaciones S.A . [Internet] [Acceso el 24 agosto 2023] 12(1): 747. Disponible en [Dos años del 14-M, un confinamiento y seis olas de Covid que cambiaron España \(elespanol.com\)](https://www.lespanol.com/dos-anos-del-14-m-un-confinamiento-y-seis-olas-de-covid-que-cambiaron-espana/)
100. Organización Mundial de la Salud .Actualización Epidemiológica Agosto 2023.. [Internet] [Acceso el 24 agosto 2023] 12(1): 747. Disponible en [Actualización epidemiológica semanal sobre COVID-19 - 25 de agosto de 2023 \(who.int\)](https://www.who.int/es/actualizacion-epidemiologica-semanal-sobre-covid-19-25-de-agosto-de-2023/)
101. World Health Organization. 2020: International Year of the Nurse and the Midwife Report by the Director-General. Geneva: WHO. 2019 [cited 21 Agosto 2023]. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_54Rev1-en.pdf
102. Romero Gemma. 2020, ¿año de la enfermería. Diario Enfermero. . [Internet] [Acceso el 24 agosto 2023] 12(1): 747. Disponible en: [2020, ¿año de la enfermería? - Noticias de enfermería y salud \(diarioenfermero.es\)](https://www.diarioenfermero.es/2020-ano-de-la-enfermeria/)
103. Bandyopadhyay S, Baticulon RE, Kadhum M, et al. Infección y mortalidad de los trabajadores de la salud en todo el mundo por COVID-19: una revisión sistemática BMJ Global Health 2020;5:E003097. Consultado [Infección y mortalidad de trabajadores sanitarios en todo el mundo por COVID-19: una revisión sistemática | BMJ Salud Global](https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjgh-2020-003097).
104. Vera-Alanis Y, Aranda-Sanchez D, Cano-Verdugo G, et al. Mortalidad del personal de enfermería durante la pandemia de Covid-19, revisión del alcance. SAGE Open Nursing. 2022 Ene-Dic;8:23779608221119130. DOI: 10.1177/23779608221119130. PMID: 36017233; PMCID: PMC9397378.
105. Antonio-Villa NE, Bello-Chavolla OY, Vargas-Vázquez A, et al. Evaluación de la carga de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) entre los trabajadores

- de la salud en la Ciudad de México: un llamado a la acción basado en datos. *Enfermedades infecciosas clínicas: una publicación oficial de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América*. 2021 Julio;73(1):e191-e198. DOI: 10.1093/cid/ciaa1487. PMID: 32986819; PMCID: PMC7543362.
106. Consejo Internacional de Enfermeras. (2020). El CIE confirma que 1.500 enfermeras han muerto por COVID-19-19 en 44 países y estima que las muertes por COVID-19-19 en trabajadores sanitarios en todo el mundo podrían ser más de 20.000. <https://www.icn.ch/news/icn-confirms-1500-nurses-have-died-Covid-19-19-44-countries-and-estimates-healthcare-worker-Covid-19>.
107. Shioda K. Abordando las variantes de Covid-19-19 *BMJ* 2023; 382 :p 1603 doi:10.1136/bmj.p1603. Hernández-Aceituno, Ana; Alemán Herrera, M. Araceli; Torres Lana, Álvaro Luis; Larumbe Zabala, Eneko. Análisis comparativo de fallecimientos por COVID-19-19 entre Canarias y España (2020-2022) / Comparative analysis of deaths from COVID-19-19 between the Canary Islands and Spain (2020-2022) *Rev. esp. med. prev. salud pública* ; 28(1): 17-26, 2023. tab, graf, ilus.
108. MELO DA SILVA W, da Silva de Sousa GG, Maia Pascoal L, Gomes Nogueira Ferreira A, Tavares Palmeira Rolim IL, Santos Neto M. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, EPIDEMIOLÓGICAS E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA COVID-19-19 EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM:: REVISÃO INTEGRATIVA. *Rev. Enferm. Atual In Derme* [Internet]. 22º de março de 2023 [citado 15º de agosto de 2023];97(1):e023039. Disponible en: <http://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1506>
109. Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél. Publicado en: « BOE » núm. 278, de 20 de noviembre de 1990, [internet] 2023 [Acceso el 28 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1990/10/26/1466>
-
110. Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de

la profesión de Enfermero. [internet] 2023 [Acceso el 28 de febrero de 2023].
Disponibile en:
<https://www.boe.es/eli/es/o/2008/07/03/cin2134>.

111. Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) n.º 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior (Reglamento IMI). [internet] 2023 [Acceso el 28 de febrero de 2023]. «BOE» núm. 138, de 10/06/2017. Disponible: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2017/06/09/581/con>
112. Consejo Internacional de Enfermería CIE.).Definición de enfermería [internet] 2023 [Acceso el 28 de febrero de 2023 [Definiciones de enfermería | ICN - International Council of Nurses](#)
113. Organización Panamericana de la Salud. OPS OMS. Enfermera. [internet] 2023 [Acceso el 28 de Agosto de 2023 [Enfermería - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)
114. Real Academia Española de la Lengua
115. Red nacional de vigilancia epidemiológica. Informe N° 181 Situación del COVID-19 en España. Informe covid-19. 30 de junio [internet] 2023 [Acceso el 28 de Agosto de 2023.[Informe nº 181 Situación actual de COVID-19 en España a 30 de junio de 2023.pdf \(isciii.es\)](#).
116. Ley 2/1974 de Colegios Profesionales.13 de Febrero «BOE» núm. 40, de 15/02/1974. [internet] 2011 [acceso el 28 de agosto de 2023]. Disponible en [http//](http://)
117. Estatuto de los Trabajadores. Ultima modificación 29 de junio de 2023. Ministerio de la presidencia, relaciones con las cortes y memoria democrática. ISBN: 978-84-340-2571-4. Madrid. 2023
118. Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del

Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería.
[internet] 2023 [Acceso el 28 de agosto de 2023.
<https://www.boe.es/eli/es/rd/2001/11/08/1231/con>

119. Versión consolidada del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea. Diario oficial de las Comunidades Europeas. [internet] 2023 [Acceso el 28 de Agosto de 2023 [https://www.mitma.gob.es/recursos_mfom/pdf/B1EC4D87-7D64-465E-89AE-18C176AAFA38/73086/12002E_ES.pdf_2002000300es1-4_1..1 \(mitma.gob.es\)](https://www.mitma.gob.es/recursos_mfom/pdf/B1EC4D87-7D64-465E-89AE-18C176AAFA38/73086/12002E_ES.pdf_2002000300es1-4_1..1_(mitma.gob.es))
120. Directiva del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo. Comunidades Europeas. DOUE-L-1989-80648. [internet] 2023 [Acceso el 28 de Agosto de 2023. [BOE.es - DOUE-L-1989-80648 Directiva del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo.](https://www.boe.es/boe/BOE.es-DOUE-L-1989-80648-Directiva%20del%20Consejo,%20de%2012%20de%20junio%20de%201989,%20relativa%20a%20la%20aplicaci%C3%B3n%20de%20medidas%20para%20promover%20la%20mejora%20de%20la%20seguridad%20y%20de%20la%20salud%20de%20los%20trabajadores%20en%20el%20trabajo)
121. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. [BOE-A-1995-24292.](https://www.boe.es/boe/BOE-A-1995-24292) [internet] 2023 [Acceso el 28 de Agosto de 2023 <https://www.boe.es/eli/es/l/1995/11/08/31/con>
122. Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales. BOE-A-2003-22861 [internet] 2023 [Acceso el 28 de Agosto de 2023 <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/12/12/54>
123. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. [BOE-A-2011-15623.](https://www.boe.es/boe/BOE-A-2011-15623) [internet] 2023 [Acceso el 28 de Agosto de 2023. <https://www.boe.es/eli/es/l/2011/10/04/33/con>
124. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE-A-2003-23101. [internet] 2023 [Acceso el 1 de Septiembre de 2023. <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/12/16/55/con>
125. Bellver Capella Vicente. Problemas bioéticos en la prestación de los cuidados enfermeros durante la pandemia del COVID-19. Index Enferm [Internet]. 2020 Jun

- [citado 2023 Sep 02] ; 29(1-2): 46-50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000100011&lng=es. Epub 19-Oct-2020.
126. Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI). Consideraciones bioéticas ante el Covid-19 de AEBI. [Internet]. 2020 Jun [citado 2023 Sep 02] ; 29(1-2): 46-50. Disponible en: http://aebioetica.org/archivos/Consideraciones_2.pdf [acceso:8/03/2020].
127. Ministerio de sanidad. Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2. [Internet]. 2020 Abril [citado 2023 Sep 02] ; 29(1-2): 46-50. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandemia.pdf
128. Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana (CECOVA). Comisión de Ética y Deontología. Aspectos éticos de la enfermería en la crisis de pandemia por covid-19. [Internet]. 2020 Abril [citado 2023 Sep 02] ; Disponible en: http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat14/pdf/INFO_RME_DE_LA_COMISION_ETICA_Y_DEONTOLOGICA_DEL_CECOVA.pdf
129. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Lista de prioridades principales contra el COVID-19. Disponible en: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN%20briefing_COVID19_Top_priorities_SP.pdf [acceso:8/05/2020]. [Links]
130. Comité de Bioética de España. Informe sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus. Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf> [acceso:8/05/2020]. [Links]
131. Consejo General de Enfermería de España. Información Covid. [Internet]. 2020 Abril [citado 2023 Sep 02] ; Disponible: [COVID 19 | COVID-19 \(consejogeneralenfermeria.org\)](https://consejogeneralenfermeria.org)

132. Colegio Oficial de enfermeros de Santa Cruz de Tenerife. Información Covid. [Internet]. 2020 Abril [citado 2023 Sep 02] ; Disponible: [COVID 19 – Colegio Oficial de Enfermeros \(enfermeriacanaria.com\)](https://www.enfermeriacanaria.com)
133. Colegio Oficial de Enfermería de Alava:Información Covid. [Internet]. 2020 Abril [citado 2023 Sep 02] ; Disponible: [CORONAVIRUS / COVID-19 - Colegio Oficial de Enfermería de Alava \(enfermerialava.org\)](https://www.enfermerialava.org)
134. Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería de España. [Internet]. 1998 [citado 2023 Sep 02] ; Disponible: [Código Deontológico de la Enfermería Española \(consejogeneralenfermeria.org\)](https://www.consejogeneralenfermeria.org)Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería de España.
135. Código de Ética del Cie para las enfermeras. Revisado en 2021. Consejo Internacional de Enfermeras. Consejo General de Enfermería de España. [Internet]. 1998 [citado 2023 Sep 02] ; Disponible: [ICN Code-of-Ethics SP WEB.pdf \(consejogeneralenfermeria.org\)](https://www.consejogeneralenfermeria.org)
136. Código Ético y Deontológico de la Enfermería Europea. Federación Europea de Organos Reguladores de Enfermería.(FEPI). Consejo General de Enfermería de España. [Internet]. 1998 [citado 2023 Sep 02] ; Disponible: [Microsoft Word - Código deontológico FEPI Texto final.doc \(consejogeneralenfermeria.org\)](https://www.consejogeneralenfermeria.org)
137. Lara-Cabrera ML, Betancort M, Muñoz-Rubilar CA, Rodríguez Novo N, De las Cuevas C. The Mediating Role of Resilience in the Relationship between Perceived Stress and Mental Health. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2021 Sep 16;18(18):9762. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18189762>
138. Lara-Cabrera M, Betancort M, Muñoz-Rubilar A, Rodríguez-Novo N, Bjerkeset O, De las Cuevas C. Psychometric Properties of the WHO-5 Well-Being Index among Nurses during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study in Three Countries. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2022 Aug 16;19(16):10106. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph191610106>
139. Organización Colegial de Enfermería. Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. Informe de resultados: Radiografía de la situación

profesional y emocional de la profesión enfermera. Edit. Análisis e investigación. Madrid. Febrero 2022.

140. Rodríguez-Novo Yurena M^a, Rodríguez-Novo Natalia, Novo-Muñoz M Mercedes, Ortega-Benítez Ángela M^a, Rodríguez-Gómez José Ángel. Conciliación en la vida familiar y en la profesión de enfermería. Ene. [Internet]. 2022 [citado 2023 Oct 08] ; 16(1): 1320. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2022000100001&lng=es. Epub 19-Sep-2022.
141. Amezcua Sanchez A. Conciliación enfermera como antidoto contra la pandemia. NURE Investigación. 17 (108) acceso 8/10/2023 publicado 30/9/2020. Disponible en: [Conciliación Enfermera como antidoto contra la pandemia | NURE Investigación \(nureinvestigacion.es\)](#)
142. Consejo Internacional de Enfermeras. Resumen de evidencia para políticas del Consejo Internacional de enfermeras. Escasez mundial de enfermería y retención de enfermeras. [Internet]. 2022 [citado 2023 Sep 02] ; Disponible en: [ICN Policy Brief Nurse Shortage and Retention SP.pdf](#)
143. Vardförbundet.se. 2020. Var fjärde sjuksköterska överväger säga upp sig. Disponible en: <https://www.vardforbundet.se/engagemang-och-paverkan/aktuellt/nyheter/var-fjarde-sjukskoterska-overvager-saga-upp-sig2/>

6.-ANEXOS

Anexo I. (Comunicado CGEE suspensión actividades marzo 2020)

Comunicado emitido por el Comité para actuación ante el COVID-19 (Coronavirus) del Consejo General de Enfermería de España

Madrid, 2 de marzo de 2020.- Ante la actual situación en nuestro país, en relación con la epidemia de coronavirus (Covid-19) y la progresión de los nuevos casos aparecidos, el Consejo General de Enfermería de España (CGE) y su Comité de actuación ante el COVID-19 (Coronavirus), integrado por ocho miembros con disponibilidad permanente, han mantenido contacto continuo con altos cargos del Ministerio de Sanidad para acordar sus decisiones y recomendaciones de forma coordinada entre ambas entidades.

Tras un análisis de la situación actual y de la evolución de la epidemia, el Consejo General de Enfermería de España comunica a las 307.000 enfermeras y enfermeros colegiados de nuestro país, así como a la población general, los siguientes mensajes:

1. En las últimas horas se está comprobando un incremento de nuevos casos confirmados de contagio por el coronavirus (Covid-19), por lo que se constata la capacidad de propagación de este virus.
2. Las **enfermeras y enfermeros**, que en muchos casos son el primer eslabón con la ciudadanía en los centros sanitarios y permanecen en mayor medida en contacto con los pacientes, **requieren de una especial protección al ser los profesionales sanitarios responsables del cuidado de las personas y pacientes.**
3. Ante la imperante necesidad de **garantizar la disponibilidad de todas las enfermeras y enfermeros en su asistencia sanitaria habitual** prestada en los servicios sanitarios de toda España, el Consejo General de Enfermería **desaconseja a sus profesionales la participación y asistencia a cualquier evento o acto que suponga una aglomeración de profesionales sanitarios** tales como congresos, reuniones o eventos científicos.
4. La **mera posibilidad de que exista un contagio** en un profesional que haya asistido a dichos actos **y la posterior cuarentena** de todas las personas que han mantenido contacto con ella, **hace imprescindible esta medida** garantizando la **prevención** y velando por nuestra **disponibilidad continua** en la asistencia sanitaria.

Consejo General de Enfermería - Departamento de Comunicación.
Tel. 91 334 55 13 / 20. Íñigo Lapetra: 680 738 693 - C/ Fuente del Rey, 2 28023 Madrid.



CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA



2020
AÑO INTERNACIONAL
DE LAS ENFERMERAS
Y MATRONAS

5. Por este motivo, el Consejo General de Enfermería ha decidido aplazar la Jornada Mujer, Poder y Conciliación que tenía previsto celebrar el próximo miércoles 4 de marzo en su sede, organizada por el centro de formación ISFOS perteneciente a la institución. Asimismo, **instamos a los Colegios provinciales, Consejos Autonómicos y Sociedades Científicas** enfermeras **a evitar**, igualmente, la celebración de cualquier **acto o evento que suponga reunir a un número importante de profesionales.**
6. Se hace un llamamiento al **uso racional de los equipos** de protección personal (mascarillas, guantes, etc.) para evitar un desabastecimiento y provocar carencias en los lugares y situaciones que son precisos. Debemos recordar también que pacientes inmunodeprimidos precisan de estos dispositivos y no podemos permitir que no puedan disponer de ellos.
7. Recomendamos a los pacientes, a la población en general y en especial a todos los profesionales sanitarios, que **extremen las medidas higiénicas** como el **lavado de manos**, que se debe llevar a cabo **de forma asidua** ya que es una medida sencilla y de fácil realización, que evita el contagio. Se adjuntan cuatro infografías con instrucciones precisas al respecto.
8. Del mismo modo se hace un llamamiento a toda la población para un **uso adecuado de los servicios sanitarios** para evitar colapsar las urgencias hospitalarias y centros de atención primaria. Es muy importante realizar en primer lugar una auto observación de los síntomas de infección respiratoria que pudieran aparecerle, como pueden ser la **fiebre, tos y dificultad respiratoria**, poniéndose en contacto con el 112 o los teléfonos de información y atención puestos a disposición por las Comunidades Autónomas, para recibir las indicaciones de los profesionales.

Consejo General de Enfermería - Departamento de Comunicación.
Tel. 91 334 55 13 / 20. Íñigo Lapetra: 680 738 693 - C/ Fuente del Rey, 2 28023 Madrid.

Anexo II. (Escrito presidencia Gobierno solicitando material EPI)



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
CONSEJO GENERAL



Florentino Pérez Raya
Presidente

Madrid, 25 marzo 2020

Excmo. Sr. D. Pedro Sánchez Castejón
Presidente del Gobierno
Complejo de la Moncloa
Avda. Puerta de Hierro, s/n
28071 MADRID.

Muy señor mío,

Me dirijo a usted en mi calidad de Presidente del Consejo General de Enfermería de España, corporación de derecho público, en representación de las 307.000 enfermeras y enfermeros españoles.

No deseo extenderme en esta misiva por cuanto, en el momento actual, ni su tiempo ni el mío pueden detenerse en otras reflexiones y análisis que no sean las dirigidas a combatir la grave crisis de salud pública que atravesamos.

Dudo incluso de que esta carta llegue a sus manos y no se detenga en los filtros institucionales que, me consta, le rodean. Conoce usted como yo la enorme insuficiencia de medios con los que están llevando a cabo su difícil cometido los profesionales sanitarios y, de forma especial, las enfermeras ubicadas en la primera línea de lucha contra el COVID 19.

Le aseguro que sentiría, como yo siento, verdadera vergüenza e indignación si asistiera a la visualización de los recursos materiales de orden preventivo con los que, presuntamente, nuestros profesionales tratan de garantizar su propia seguridad clínica y la seguridad de sus pacientes, muchos de ellos fabricados de manera verdaderamente artesanal por ellos. Le aseguro asimismo que este “pavor” alcanzaría cotas estremecedoras si los comparase con los medios de protección utilizados, por ejemplo, en China por los mismos profesionales de su nivel.

Los datos que diariamente nos facilitan aquéllos que, para mayor irritación por parte de todos, son los mismos que auguraban -con patética aura científica-, una incidencia mínima de esta pandemia en nuestro país pone de relieve cómo España es el país con mayor índice de profesionales sanitarios infectados de todo el mundo.

Esto, señor presidente, no es producto de la casualidad; es producto del desamparo, es producto de la incompetencia que conlleva el triste hecho de que en España, el país cuyo Gobierno usted preside, se es incapaz hasta el día de hoy de facilitar, como sería su obligación, a los profesionales sanitarios los mínimos recursos que impedirían la exposición a un riesgo evitable. Una circunstancia que, en otros países, sus autoridades han sabido prevenir dotándoles de aquellos medios que, al menos ayuden a no infectarse hasta donde es posible. Las enfermeras le aseguro que ya saben y conocen aquellos otros riesgos implícitos en su profesión y que asumen con el sentido del deber que les caracteriza.



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
CONSEJO GENERAL

Florentino Pérez Raya
Presidente

Esta situación, de seguir así, no solo atenta contra la salud de quienes nos cuidan sino también la de sus familias y, lo que es aún peor en estos momentos, la integridad de los recursos humanos limitados al servicio de los pacientes.

Sr. Presidente; venimos escuchando los últimos días avisos continuos de que está a punto de llegar el material necesario para garantizar la seguridad de las personas y, al mismo tiempo, comprobamos con estupor y no poca indignación que estos medios no llegan al final de la cadena, allá donde los profesionales tienen que vérselas cada día cada hora y cada minuto con los pacientes infectados por el coronavirus. Hoy mismo se nos informa de una inversión millonaria que -al parecer- haría incrementarse los recursos a lo largo de las próximas 8 semanas, Presidente. Aunque la noticia pueda ser alentadora, ¿no le parece esta falta de previsión -cuando, según se ha sabido ahora, el Gobierno conocía la existencia y los efectos del Covid-19 al menos desde el pasado mes de enero- una provocación más y hasta una burla a los profesionales? ¿No le parece que, aun en el caso de que los materiales lleguen a lo largo de las próximas 8 semanas, ya lo están haciendo tarde?

Lo que sí sabemos, por aportación directa de la evidencia científica, es que el número de contagios entre los profesionales es creciente y se vincula directamente con la situación de desprotección y desamparo en el que nos encontramos.

Llegados a este punto, Señor Presidente, no es momento de alimentar falsas esperanzas, como se ha hecho hasta el día de hoy, sino de dar respuestas efectivas. Tengo que decirle, como responsable de la profesión enfermera en España, que estamos adoptando todos los medios a nuestro alcance y hasta donde nos permite la ley en este momento tan peculiar para aportar en lo que podamos medios adicionales de los que hoy no disponen las enfermeras.

Tengo que decirle también, aunque no es necesario, que venimos denunciando a todos los niveles esta insuficiencia de medios. Y tengo que transmitirle, por último que, por cuestión de defensa de la salud pública, de la salud de los profesionales, de la justicia y de la ética y deontología profesional, me veo en la obligación inexcusable de que en el caso de que esta inseguridad persista, nos veremos obligados a adoptar las medidas jurídicas de todo tipo que procedan en exigencia de las responsabilidades inherentes a la dramática situación por la que atraviesan los profesionales de enfermería.

El gobierno que usted preside ha tenido, tiene y tendrá en todo momento el apoyo incondicional de nuestra Organización y de todos y cada uno de sus componentes. Enfermeras y enfermeros en activo, ya pertenezcan al sector público o privado, jubilados y hasta estudiantes en su último año de carrera están incorporándose masivamente a la contención de esta crisis. Esta actitud, fiel exponente de su compromiso social y de lealtad institucional, estará siempre presente mientras nos encontremos ante el desafío de combatir una enfermedad que tanto dolor y sufrimiento está reportando y lo seguirá haciendo en los próximos años a la sociedad española. Pero al mismo tiempo le digo que no escatimaremos ningún esfuerzo en exigir cuantas responsabilidades, a nivel nacional y/o autonómico-, sean necesarias a aquellos que debieran facilitar los recursos necesarios para prevenir un riesgo evitable.



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
CONSEJO GENERAL

Florentino Pérez Raya
Presidente

Le aseguro que, por razones de carácter moral ético y de justicia, los mismos valores y principios que entiendo a usted le inspiran como responsable último en la cadena de mando que afronta esta grave crisis, no puedo ni debo conformarme con la inaceptable realidad que diariamente me hacen llegar mis colegas.

Le ruego por tanto una implicación personal a la hora de resolver de forma inmediata y urgente el grave riesgo por el que atraviesan los profesionales sanitarios y que conllevará, si no se ataja de inmediato, un incremento aún mayor del drama que hoy vivimos.

Atentamente,

Anexo III. (Comunicado conjunto profesiones sanitarias)



CIRCULAR N° 42/2020

Para: Ilmos. Sres. Presidentes de Colegios Oficiales de Enfermería

De: Secretaría General

Fecha: 25-3-2020

Asunto: **INFORMACIÓN COMUNICADO CONJUNTO CONSEJOS
GENERALES DE LAS PROFESIONES SANITARIAS**

Os adjuntamos el comunicado conjunto realizado por los Consejos Generales de las Profesiones Sanitarias de España, el Consejo general de Enfermería, Consejo General de Dentistas, Consejo General de Farmacéuticos, Consejo General de Médicos y Consejo General de Veterinarios, donde se denuncia la situación que están soportando los profesionales sanitarios y se exigen respuestas inmediatas por parte de las diferentes administraciones sanitarias.

Estamos todas las profesiones unidas ante esa terrible pandemia, y pedimos soluciones inmediatas.

Vº Bº.
E.L.
PRESIDENTE,
NTE,



Ayuso
EL SECRETARIO GENERAL,

Diego Ayuso Murillo

COMUNICADO DE LOS CONSEJOS GENERALES DE DENTISTAS, ENFERMEROS, FARMACÉUTICOS, MÉDICOS Y VETERINARIOS, ANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

Madrid, 25 de marzo de 2020.- Nos encontramos en el momento actual en una situación de crisis sanitaria única y excepcional provocada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, con unas cifras desorbitadas de contagio y fallecimientos, cuyas previsiones para los próximos días son aún más desalentadoras.

Ante esta situación, los representantes de los Consejos Generales de Dentistas, Enfermeros, Farmacéuticos, Médicos y Veterinarios, manifestamos lo siguiente:

- La situación actual nos obliga a ser muy exigentes en solicitar a los responsables políticos y sanitarios la toma de decisiones urgentes y efectivas. La situación referida en algunas Comunidades Autónomas así nos lo demanda. Ni un minuto que perder.
- Un porcentaje importante de infectados (aproximadamente un 14%) se corresponde con profesionales sanitarios, lo cual genera una situación de enorme preocupación desde las organizaciones colegiales que representamos, además de suponer un riesgo desde el punto de vista asistencial, ya que está provocando que el sistema sanitario nacional se encuentre en una situación cercana al colapso en algunas Comunidades Autónomas, y prácticamente al límite en su capacidad de recursos humanos, lo que está ocasionando los profesionales deban realizar un esfuerzo importante y sobreañadido a sus tareas habituales.
- Los profesionales sanitarios nos encontramos en una situación de total inseguridad y desamparo, al llevar a cabo nuestra labor asistencial y de prevención de salud pública en unas condiciones sanitarias inadecuadas y muy arriesgadas, al existir una falta de suministro del material y equipos de protección necesarios para garantizar la seguridad precisa, tanto para nosotros como para los pacientes. Por ello, solicitamos con carácter urgente, que en todos los niveles asistenciales sanitarios (Hospitales, Centros de Salud, Consultorios, Clínicas Dentales, Farmacias y Espacios Veterinarios) sin ninguna exclusión, se disponga de todas las medidas de protección sanitaria para garantizar la seguridad de cada uno de los profesionales que están en tareas de servicio permanente en la lucha contra esta pandemia.

- Como representantes de 721.000 profesionales sanitarios de España, tanto del sector público como del sector privado, queremos destacar la labor conjunta que se está desarrollando en esta crisis contra el coronavirus, tanto a nivel preventivo como asistencial. Deseamos mostrar nuestro reconocimiento y aliento a todos ellos, independientemente del modelo y del lugar de ejercicio profesional.
- Consideramos que en esta crisis ningún recurso sanitario debe ser infravalorado y subestimado, toca tener altura en las decisiones sanitarias y alejarse de debates improcedentes, innecesarios e ideológicos que solo producen parálisis y pérdida de oportunidad. No es momento de evaluaciones, de discrepancias ni de reproches, pero sí de exigencias de acciones efectivas y urgentes, de solidaridad, de vocación de servicio y de aunar esfuerzos entre todos, con convicción y contundencia, para ayudar a resolver a la mayor brevedad esta situación de emergencia sanitaria y social, con el fin de ganar la batalla a la peor crisis sanitaria conocida en décadas.
- Es preciso implementar una política nacional firme de los recursos humanos sanitarios existentes, para evitar que se produzca un colapso en el sistema, que empeore aún más la situación actual. Por otro lado, deben llevarse a cabo de forma rápida y contundente, todas las acciones necesarias para dotar al personal sanitario del material y equipamiento preciso para realizar su actividad asistencial con las mayores garantías para todos. De lo contrario, nos veremos abocados a una situación aún más difícil de resolver y de imprevisibles consecuencias. Debemos minimizar al máximo los riesgos derivados de nuestra atención sanitaria. Asumimos y asumiremos nuestros compromisos, pero necesitamos realizar nuestra tarea asistencial en condiciones de máxima seguridad y con los menores riesgos posibles para nosotros y, especialmente para los ciudadanos y pacientes.
- En el caso particular de las clínicas dentales, se ha procedido a donar todo el material de protección del que se dispone como medida de solidaridad ante la gravedad de la situación, por lo que la continuidad de la actividad clínica puede incrementar significativamente el riesgo de transmisión de la enfermedad. Por ello, salvo para situaciones de urgencia y emergencia, consideramos que es necesario decretar el cierre de las clínicas dentales durante esta situación de crisis sanitaria, habilitando centros públicos y privados para la atención de urgencias.

- Los farmacéuticos, como profesionales sanitarios, han puesto, desde el inicio de esta crisis, a disposición de las autoridades sanitarias la red de 22.000 farmacias, como establecimientos sanitarios que atienden en primera línea y sin descanso a todos los ciudadanos. Desde la responsabilidad y el compromiso nos ponemos a disposición de poder conciliar las medidas de quedarse en casa con el acceso universal a todos los tratamientos, sean ambulatorios y/o hospitalarios que eviten el riesgo de contagio, especialmente en las personas vulnerables, dependientes o en cuarentena domiciliaria.
- Los veterinarios queremos seguir defendiendo la salud pública garantizando la trazabilidad de la cadena alimentaria y la sanidad y bienestar animal y por ello también solicitamos con urgencia garantías de protección y bioseguridad tanto a nivel público como privado.
- Asimismo, es vital que, a la mayor brevedad, se disponga de las pruebas diagnósticas que permitan disminuir al máximo las posibilidades de extensión de la pandemia, colapsando aún más los servicios sanitarios disponibles.
- Manifestamos nuevamente nuestro total compromiso con el Gobierno de la Nación y las Comunidades Autónomas en esta situación de emergencia sanitaria. Solicitamos, asimismo, que se nos tenga en cuenta a la hora de tomar decisiones, como representantes de todo el colectivo de profesionales sanitarios.
- Queremos manifestar, por último, nuestro reconocimiento a todos los ciudadanos por vuestro compromiso y responsabilidad, y agradecer vuestros aplausos de reconocimiento. Pero nos toca hoy elevar nuestro tono de petición para pedir un esfuerzo sobreañadido en relación con las medidas de prevención. Quedarse en casa es una obligación. Por nuestros mayores, por nuestras familias, por nuestros vecinos, por los que menos tienen, por todos. Juntos venceremos.

Anexo IV. (Solicitud permiso para la compra de mascarillas)

CIRCULAR Nº 47/2020

Para: Ilmos. Sres. Presidentes de Colegios Oficiales de Enfermería

De: Secretaría General

Fecha: 27-3-2020

Asunto: SOLICITUD DE PERMISO AL MINISTERIO PARA LA COMPRA INMEDIATA DE MASCARILLAS DE SEGURIDAD

Ante la terrible falta de equipos de protección individual que estamos sufriendo las enfermeras/os y el resto de las profesiones sanitarias, la Organización Colegial de Enfermería pedirá al Gobierno permiso para la compra inmediata de miles de mascarillas de seguridad y su entrega inmediata a toda España. Si conseguimos la autorización el Consejo General de Enfermería se encargará de su compra y distribución a todas las Comunidades Autónomas de España de acuerdo a criterios consensuados con los Colegios provinciales y basado en parámetros justos y solidarios: número de contagiados y pacientes hospitalizados, necesidades asistenciales, total de profesionales, etc.

La Organización Colegial de Enfermería intentó hace dos semanas comprar mascarillas a una fábrica española “pero el Gobierno ya había decretado las medidas del Estado de Alarma y no pudieron vendérselas, ya que nuestros profesionales siguen desprotegidos tomamos la iniciativa de solicitar permiso al Ministerio de Sanidad esperando que atiendan a nuestra petición y necesidades, les mantendremos informados de todas las gestiones que realicemos, adjuntamos la nota de prensa relacionada con este tema.

EL SECRETARIO GENERAL,

**Vº. Bº.
EL PRESIDENTE,**



Florentino Pérez Raya



Diego Ayuso Murillo



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

Nursing
España now



2020
AÑO INTERNACIONAL
DE LAS ENFERMERAS
Y MATRONAS

NOTA DE PRENSA

La Organización Colegial de Enfermería pedirá al Gobierno permiso para la compra inmediata de miles de mascarillas de seguridad y su entrega inmediata a toda España

- En caso de conseguir autorización se haría un reparto transparente y equitativo a toda España, consensado con los Colegios provinciales y basado en parámetros justos y solidarios: número de contagiados y pacientes hospitalizados, necesidades asistenciales, total de profesionales, etc.
- Si esta primera compra, compuesta por mascarillas autofiltrantes FFP2 y FFP3 o de protección equivalente (N95), se concluyera con éxito, se estudiará, en coordinación con las enfermeras que están viviendo la pandemia en primera línea, la adquisición del resto del material de seguridad que sea necesario: batas impermeables, protecciones oculares homologadas, etc.
- Esta es una iniciativa de toda la Organización Colegial, más unida que nunca: el Consejo General de Enfermería, los 52 colegios provinciales y los 17 Consejos Autonómicos unen fuerzas por la seguridad de los profesionales.
- Hemos seleccionado proveedores internacionales con plenas referencias y credibilidad para que el material de seguridad sea homologado y tenga todas las garantías de calidad.
- La Organización Colegial de Enfermería intentó hace dos semanas comprar mascarillas a una fábrica española "pero el Gobierno ya había decretado las medidas del Estado de Alarma y no pudieron vendérselas. Casi quince días después, nuestros compañeros siguen desprotegidos".

Madrid, 27 de marzo de 2020 – Ante la situación desesperada que viven los profesionales sanitarios en los hospitales de toda España, obligados a prestar su asistencia sin disponer del material de seguridad necesario para protegerse frente al contagio del COVID-19, la Organización Colegial de Enfermería se ve obligada a actuar. Tal y como explica el presidente de la Organización Colegial de Enfermería, Florentino Pérez Raya, "no estamos dispuestos a que pase ni un día más sin que los profesionales sanitarios dispongan del material de seguridad necesario para protegerse contra el COVID-19 mientras cuidan de los pacientes, por eso, hemos decidido actuar ya. Nuestro objetivo es conseguir los premisos necesarios para poder

Consejo General de Enfermería - Departamento de Comunicación.
Tel. 91 334 55 13 / 20. Íñigo Lapetra: 680 738 693 - C/ Fuente del Rey, 2 28023 Madrid.



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA



realizar compras masivas de todo el material homologado que sea necesario y devolver la protección y la seguridad a los profesionales sanitarios”.

La Organización Colegial de Enfermería, que engloba a todos los colegios provinciales de España, a los Consejos Autonómicos y al Consejo General de Enfermería, ya ha seleccionado proveedores internacionales con plenas referencias y absoluta credibilidad para poder llevar a cabo compras masivas de material de seguridad homologado y plenas garantías de calidad. “Hoy mismo, vamos a solicitar al Ministerio de Sanidad y al Gobierno los permisos necesarios para cerrar la primera compra que estaría compuesta por mascarillas autofiltrantes FFP2 y FFP3 o de protección equivalente (N95). Si podemos concluirla con suficiente éxito, estudiaríamos la posibilidad de encargar todo tipo de material de seguridad con la supervisión de las enfermeras que están viviendo la pandemia y conocen bien cuáles son las carencias más flagrantes de material de seguridad”.

Reparto transparente y equitativo a toda España

El presidente de la Organización Colegial confía en el sentido común de las autoridades para que “nos permitan llevarla a cabo de inmediato porque nuestro único objetivo es llevar de forma urgente material de seguridad a los profesionales sanitarios que se están dejando la piel y jugando la vida por los pacientes”. Asimismo, explica que “si efectivamente conseguimos el visto bueno del Gobierno y podemos realizar la compra, se haría un reparto transparente y equitativo a toda España, consensuado con los Colegios provinciales de Enfermería y basado en parámetros justos y solidarios como necesidades asistenciales, número de personas contagiadas, de pacientes hospitalizados y de profesionales sanitarios, etc”.

El presidente de las 307.000 enfermeras y enfermeros de España ha pedido claramente al Ejecutivo de Pedro Sánchez “que nos dejen hacer la compra y llevarle recursos de inmediato a los profesionales porque la única realidad es que éstos llevan días luchando contra el COVID-19 sin armas, sin protección, entregados a un contagio prácticamente seguro”. Así, Florentino Pérez Raya ha recordado que las autoridades sanitarias llevan semanas hablando de aviones repletos de material o anunciando compras masivas que llegarán en semanas, “sin embargo, la única realidad, a día de hoy, es que los profesionales siguen trabajando sin protección y jugándose no solo su vida, poniendo en riesgo al resto de pacientes y también a sus familias, con las que conviven cuando llegan a casa”.

Florentino Pérez Raya ha relatado que la Organización Colegial de Enfermería ya intentó hace dos semanas comprar mascarillas a una fábrica española “para distribuir las a los profesionales de toda España, pero el Gobierno ya había decretado las medidas del Estado de Alarma y no pudieron vendérselas. Casi quince días después nuestros compañeros siguen desprotegidos”.

Consejo General de Enfermería - Departamento de Comunicación.
Tel. 91 334 55 13 / 20. Íñigo Lapetra: 680 738 693 - C/ Fuente del Rey, 2 28023 Madrid.



Madrid, 27 marzo 2020

Ilma. Sra. D^a Pilar Aparicio Azcárraga
Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación
Ministerio de Sanidad
Paseo del Prado, 18-20
28014 MADRID

Estimada Directora General,

De todos es conocido, en la actual situación producida por la pandemia del Covid-19, la falta de material y equipos de protección para los profesionales sanitarios. Algo que, llegado el actual momento y sin entrar en otro tipo de consideraciones, desde el Consejo General que me honro en presidir y desde toda la Organización Colegial de Enfermería queremos ayudar a paliar en la medida de nuestras posibilidades.

Nuestra intención es poder adquirir material de seguridad y de protección, incluidas mascarillas autofiltrantes, para el personal sanitario.

A tal fin, en cumplimiento de lo establecido en el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, que configura al Ministerio de Sanidad como autoridad competente en esta materia, así como lo previsto en el artículo 3 del Real Decreto 454/2020, de 10 de marzo, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, me permito dirigirle esta carta con el fin de solicitar su autorización para poder realizar las referidas adquisiciones y su posterior distribución a las Comunidades Autónomas a través de los distintos Consejos Autonómicos y Colegios provinciales de Enfermería.

Entenderá que, en las actuales circunstancias que afrontan los profesionales sanitarios, le solicite una respuesta a la mayor urgencia posible.

Con el convencimiento de que sabrá valorar y ser receptiva a nuestra propuesta en estos graves momentos como manifestación de nuestra voluntad de colaborar en la defensa de los profesionales sanitarios y especialmente de los enfermeros y enfermeras que se están dejando la vida en esta crisis, quedo a la espera de sus noticias.

Cordialmente,

Florentino Pérez Raya
PRESIDENTE

Anexo V. (Presentación Acciones Penales)



CIRCULAR N° 67/2020

Para: Ilmos. Sres. Presidentes de Colegios Oficiales de Enfermería

De: Secretaría General

Fecha: 23-4-2020

Asunto: ACCIONES PENALES. COVID-19

El pasado 2 de abril y tras realizar un proceso de investigación y recopilación de datos e informaciones sobre las deficientes medidas de protección de las enfermeras ante la pandemia del Covid-19, la Comisión Ejecutiva de este Consejo General consideró que los hechos pueden ser motivo suficiente para formular la correspondiente querrela por presuntos delitos contra la seguridad de los trabajadores del artículo 316 y siguientes del Código Penal, y otros conexos.

Como consecuencia de ello, en el día de ayer se dejó presentada dicha querrela ante la Sala Segunda del Tribunal Supremo para que se exijan las responsabilidades oportunas en defensa de las enfermeras y enfermeros que a diario se juegan la vida frente al virus atendiendo y cuidando a los pacientes. La querrela se dirige contra el Presidente del Gobierno, el Ministro de Sanidad y otros cargos del departamento (la Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación, la Subdirectora General de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública, la Subdirectora General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral y el Director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias del Sistema de Coordinación de Alertas y Emergencias de Sanidad y Consumo).

Los Colegios provinciales o Consejos Autonómicos que así lo estimen oportuno pueden adherirse a dicha querrela por escrito ante la citada Sala Segunda del Tribunal Supremo, o bien optar por ejercer por su cuenta las acciones penales que consideren convenientes.



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
CONSEJO GENERAL

Para cualquier aclaración técnica que precisen sobre este asunto, pueden ponerse en contacto con los servicios jurídicos de este Consejo General.

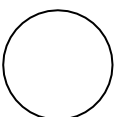
EL SECRETARIO GENERAL,

**Vº. Bº.
EL PRESIDENTE,**

Florentino Pérez Raya



Diego Ayuso Murillo



Anexo VI. (homenaje de Estado 2020)



El presidente del Gobierno
transmite su deseo de compartir con

el Señor Don Florentino Pérez Raya
Presidente del Consejo General de Enfermería

**el Acto de Homenaje de Estado a las víctimas del coronavirus y
de reconocimiento a la sociedad**
que presidirá

Su Majestad el Rey

*y que tendrá lugar el próximo 16 de julio de 2020
a las 9:00 horas en la Plaza de la Armería del Palacio Real de Madrid.*

Invitación personal e intransferible

Llegada: 8.00 horas
**Imprescindible presentar esta invitación
junto con el documento de identidad**

SRC. antes del 8 de julio
actosprotocolo@presidencia.gob.es



Anexo VII. (Ley de medidas procesales Covid-19)



CIRCULAR Nº 97/2020

Para: Ilmos. Sres. Presidentes de Colegios Oficiales de Enfermería

De: Secretaría General

Fecha: 22-9-2020

Asunto: LEY DE MEDIDAS PROCESALES. COVID-19

Dado su interés y relevancia, adjunto remitimos copia de la Ley 3/2020, de 18 de septiembre, de medidas procesales y organizativas para hacer frente al COVID-19 en el ámbito de la Administración de Justicia, publicada el pasado sábado en el Boletín Oficial del Estado.

Además de importantes previsiones en el orden judicial de interés para los Letrados de los Colegios, la norma incluye una disposición final primera que modifica la vigente Ley de Colegios Profesionales, incluyendo un apartado para permitir la celebración de reuniones por cauces telemáticos:

“Disposición final primera. Modificación de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales.

Se añade una nueva disposición adicional sexta a la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales, con la siguiente redacción:

«Disposición adicional sexta. Sesiones telemáticas.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, todos los órganos colegiados de las corporaciones colegiales se podrán constituir, convocar, celebrar sus sesiones, adoptar acuerdos y remitir actas tanto de forma presencial como a distancia, salvo que su reglamento interno recoja expresa y excepcionalmente lo contrario. En todo caso, estas previsiones podrán ser desarrolladas por los correspondientes reglamentos de régimen interno o normas estatutarias.»

22-9-2020





La modificación ahora introducida dota de cobertura legal a la posibilidad de celebración de reuniones telemáticas en unas circunstancias tan complejas como las actuales.

Vº. Bº.
EL PRESIDENTE,

Florentino Pérez Raya



EL SECRETARIO GENERAL,

Diego Ayuso Murillo

22-9-2020



I. DISPOSICIONES GENERALES**JEFATURA DEL ESTADO**

10923 *Ley 3/2020, de 18 de septiembre, de medidas procesales y organizativas para hacer frente al COVID-19 en el ámbito de la Administración de Justicia.*

FELIPE VI

REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren.

Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente ley:

PREÁMBULO

I

El 14 de marzo de 2020, el Consejo de Ministros aprobó el Real Decreto 463/2020, por el que se declaró el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, en el que se incluyeron, entre otras medidas, limitaciones a la libertad de circulación de las personas, con los efectos que ello supone para ciudadanos, trabajadores y empresas. Específicamente, en el ámbito de la Administración de Justicia, se dispuso la suspensión de los términos y plazos procesales, con las solas excepciones necesarias para garantizar los derechos reconocidos a todas las personas en el artículo 24 de la Constitución.

Para hacer frente a las posibles consecuencias de esas medidas, la Administración de Justicia tuvo que adaptarse, tanto desde el punto de vista de la adopción de los cambios normativos necesarios en las instituciones procesales como desde la perspectiva organizativa, y todo ello con el objetivo de alcanzar una progresiva reactivación del normal funcionamiento de los Juzgados y Tribunales.

En efecto, la Administración de Justicia sufrió una ralentización significativa como consecuencia de la crisis del COVID-19, por lo que se hizo necesario adoptar el Real Decreto-ley 16/2020 de 28 de abril, de medidas procesales y organizativas para hacer frente al COVID-19 en el ámbito de la Administración de Justicia que tuvo por finalidad, entre otras, procurar una salida ágil a la acumulación de los procedimientos suspendidos por la declaración del estado de alarma cuando se produjera el levantamiento de la suspensión.

Asimismo, se adoptaron medidas en previsión del aumento de litigiosidad como consecuencia de las medidas extraordinarias adoptadas y de la propia coyuntura económica derivada de la crisis sanitaria.

En un Estado social y democrático de Derecho como en el que vivimos, todos los ciudadanos y ciudadanas tienen que participar del proceso de recuperación de las consecuencias de la crisis. La actual situación sanitaria tiene un impacto global, y acarreará efectos negativos en un amplio conjunto de colectivos sociales, si bien las consecuencias sociales y económicas afectarán más gravemente a los colectivos vulnerables.

Una vez superado el estado de alarma, la Administración de Justicia debe adaptarse durante los próximos meses a la nueva normalidad, tomando en consideración los derechos y las necesidades de la ciudadanía como usuaria del servicio público de la Justicia en ejercicio del derecho a la tutela judicial efectiva, y garantizar el derecho a la salud tanto de esta como del conjunto del personal y profesionales del sector de la Justicia. Junto a ello, y en relación con el aumento de litigiosidad previsto, la Administración de

Justicia debe prepararse no solo para dar respuesta a la misma, sino para erigirse en factor determinante en el proceso de recuperación económica.

Por ello, en un ejercicio conjunto de diálogo con todos los sectores implicados y búsqueda de amplios consensos parlamentarios, esta Ley introduce importantes mejoras respecto del Real Decreto-ley 16/2020, adaptando las medidas previstas en el mismo, ampliando en algunos casos los plazos para su aplicación e introduciendo nuevos aspectos en las mismas, como por ejemplo la puesta en marcha del Tablón Edictal Judicial Único para la publicación y consulta de resoluciones y comunicaciones cuando lo establezca la ley.

Asimismo, durante el tiempo que transcurra hasta rebasar esta nueva normalidad y contar con medidas efectivas contra la COVID-19, es imprescindible seguir adoptando medidas organizativas y tecnológicas necesarias para evitar situaciones de contagio. La Administración de Justicia, el personal que presta en ella sus servicios, los profesionales e incluso los ciudadanos, nos hemos adaptado con rapidez a los instrumentos tecnológicos existentes, habiéndose ampliado notablemente su dotación y optimizado su uso durante la pandemia. Esta crisis sanitaria nos ha hecho más conscientes de la necesidad de adaptar nuestra Justicia a la realidad digital, como medio de favorecer la proximidad, la agilidad y la sostenibilidad del servicio público, pero también como un medio para la protección de la salud.

Por ello en esta Ley se incluyen medidas de carácter organizativo para garantizar la distancia de seguridad en el desarrollo de las vistas y audiencias públicas, salvaguardando en determinados casos la presencialidad del investigado o acusado en el ámbito penal o las exploraciones médico forenses, y se fomentan medidas para incorporar las nuevas tecnologías a las actuaciones procesales y, en general, a las relaciones de los ciudadanos y ciudadanas con la Administración de Justicia, que eviten, en la medida de lo posible, excesivas concentraciones en las sedes judiciales.

II

La presente Ley se estructura en tres capítulos, que contienen un total de veintitrés artículos, siete disposiciones adicionales, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y trece disposiciones finales.

El Capítulo I regula las medidas de carácter procesal para establecer la tramitación preferente de determinados procedimientos en el orden social, civil y contencioso-administrativo directamente surgidos de la crisis sanitaria por la COVID-19, así como de aquellos que se han visto afectados por las consecuencias de la misma. Entre ellos cabe destacar la tramitación mediante la modalidad procesal de conflicto colectivo que reviste un carácter urgente y la tramitación preferente de la impugnación de expedientes de regulación temporal de empleo a que se refiere el artículo 23 del Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo.

En el Capítulo II se incluyen medidas en el ámbito concursal y societario. La crisis sanitaria del COVID-19 ha constituido un obstáculo adicional a la viabilidad de las empresas concursadas que puede determinar, bien la imposibilidad de suscribir o cumplir un convenio, abocando a las empresas a la liquidación, o bien una mayor dificultad de enajenar una unidad productiva que pudiera resultar viable. Es por ello que el Real Decreto-ley 11/2020, de 31 de marzo, por el que se adoptaron medidas urgentes complementarias en el ámbito social y económico para hacer frente al COVID-19, extendió a estas empresas la posibilidad de acceder a un expediente de regulación temporal de empleo en los términos del Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19.

A las medidas ya adoptadas en dicho Real Decreto-ley, se añaden en esta Ley otras, con una triple finalidad. En primer lugar, mantener la continuidad económica de las empresas, profesionales y autónomos que, con anterioridad a la entrada en vigor del estado de alarma, venían cumpliendo regularmente las obligaciones derivadas de un convenio, de un acuerdo extrajudicial de pagos o de un acuerdo de refinanciación homologado. Respecto de estos deudores, se aplaza el deber de solicitar la apertura de la

fase de liquidación cuando, durante la vigencia del convenio, el deudor conozca la imposibilidad de cumplir los pagos comprometidos y las obligaciones contraídas con posterioridad a la aprobación de aquel; así mismo, se facilita la modificación del convenio o del acuerdo extrajudicial de pagos o del acuerdo de refinanciación homologado. Respecto de estos últimos se permite además la presentación de nueva solicitud sin necesidad de que transcurra un año desde la presentación de la anterior.

En segundo lugar, se trata de potenciar e incentivar la financiación de las empresas para atender sus necesidades transitorias de liquidez, calificando como créditos contra la masa, llegado el caso de liquidación, los créditos derivados de compromisos de financiación o de prestación de garantías a cargo de terceros, incluidas las personas especialmente relacionadas con el concursado, que figuraran en la propuesta de convenio o en la propuesta de modificación del ya aprobado por el juez. En este mismo sentido, con el fin de facilitar el crédito y la liquidez de la empresa, se califican como ordinarios los créditos de las personas especialmente vinculadas con el deudor en los concursos que pudieran declararse dentro de los dos años siguientes a la declaración del estado de alarma.

Por último, para evitar el previsible aumento de litigiosidad en relación con la tramitación de concursos de acreedores en los Juzgados de lo Mercantil y de Primera Instancia, se establecen una serie de normas de agilización del proceso concursal, como la no necesidad de celebración de vistas, la confesión de la insolvencia, la tramitación preferente de determinadas actuaciones tendentes a la protección de los derechos de los trabajadores, a mantener la continuidad de la empresa y a conservar el valor de bienes y derechos, así como la simplificación de determinados actos e incidentes (subastas, impugnación de inventario y listas de acreedores o aprobación de planes de liquidación).

Finalmente, dentro de este Capítulo II se establecen dos normas que tratan de atenuar temporal y excepcionalmente las consecuencias que tendría la aplicación en la actual situación de las normas generales sobre disolución de sociedades de capital y sobre declaración de concurso, de modo tal que se permita a las empresas ganar tiempo para poder reestructurar su deuda, conseguir liquidez y compensar pérdidas, ya sea por la recuperación de su actividad ordinaria o por el acceso al crédito o a las ayudas públicas. De esta forma, se amplía la suspensión del deber de solicitar la declaración de concurso de acreedores hasta el 31 de diciembre de 2020 y se prevé que a los efectos de la causa legal de disolución por pérdidas no se computen las del presente ejercicio.

Al hilo de lo anterior, en la disposición derogatoria se deroga el artículo 43 del Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19, que establecía la suspensión del deber de solicitar el concurso durante la vigencia del estado de alarma y preveía que los jueces no admitirían a trámite solicitudes de concurso necesario hasta transcurridos dos meses desde la finalización de dicho estado.

Se trata, en definitiva, de evitar declaraciones de concurso o apertura de la fase de liquidación respecto de empresas que pueden ser viables en condiciones generales de mercado (valor en funcionamiento superior al valor de liquidación), con la consiguiente destrucción de tejido productivo y de puestos de trabajo.

El Capítulo III regula medidas de carácter organizativo y tecnológico destinadas a seguir afrontando las consecuencias, ya expuestas, que ha tenido la crisis sobre la Administración de Justicia y ampliar la aplicación temporal de las mismas hasta el 20 de junio de 2021 confiando en que entonces existan todas las garantías sanitarias contra la COVID-19.

Así, se establece la celebración de actos procesales preferentemente mediante la presencia telemática de los intervinientes para garantizar la protección de la salud de las personas y minimizar el riesgo de contagio, salvaguardando los derechos de todas las partes del proceso. No obstante, en el orden jurisdiccional penal, la celebración de juicios preferentemente mediante presencia telemática se exceptúa en los supuestos de procedimientos por delitos graves, o cuando cualquiera de las acusaciones interese la prisión provisional o se solicite pena de prisión superior a dos años, en los que la presencia física del acusado resulta necesaria.

Igualmente, para atender a los mismos fines, se limita el acceso del público a todas las actuaciones orales atendiendo a las características de las salas de vistas. Se posibilita, así, el mantenimiento de las distancias de seguridad y se evitan las aglomeraciones y el trasiego de personas en las sedes judiciales cuando ello no resulte imprescindible.

Con la misma finalidad se establece un sistema de atención al público por videoconferencia, vía telefónica o a través del correo electrónico habilitado a tal efecto, de tal forma que se limita la atención presencial a los supuestos estrictamente necesarios y únicamente mediante cita previa.

La recuperación de la actividad ordinaria de las oficinas judiciales y fiscales requirió no dilatar el plazo de reincorporación tras el levantamiento de las principales restricciones y de esta forma establecer medidas que coadyuvaran a afrontar con el menor impacto posible el incremento de litigiosidad.

De este modo, se prevé la creación de unidades judiciales para el conocimiento de asuntos derivados del COVID-19 y se establece la posibilidad de que los letrados de la Administración de Justicia puedan, durante el periodo de prácticas, realizar funciones de sustitución o refuerzo, entre otras medidas. Con ello se pretende atender la urgente necesidad de regularizar la situación de juzgados y tribunales para hacer efectivo el derecho a la tutela judicial efectiva sin dilaciones indebidas.

Además, tal objetivo ha de compatibilizarse con la adecuada protección de la salud del personal de la Administración de Justicia, del resto de profesionales y de los particulares que acuden a sus sedes. Por ello, se precisan medidas que supongan la distribución temporal de la prestación de servicios por el personal de las oficinas judiciales, de forma que puedan cumplir con su horario habitual de forma sucesiva. Con tal objeto, se establecen jornadas de trabajo de mañana o tarde, evitando con ello la coincidencia de todo el personal en las mismas horas. El cumplimiento de ese horario por distinto personal al servicio de la Administración de Justicia, aun sin ampliación de jornada, permite, además, la celebración de juicios y vistas no solo en horario de mañana, sino también durante las tardes.

En la disposición final cuarta se modifica la Ley 18/2011, de 5 de julio, reguladora del uso de las tecnologías de la información y la comunicación en la Administración de Justicia, facilitando el acceso remoto a las aplicaciones utilizadas para la gestión procesal, fomentando así el teletrabajo, y se modifica el sistema de identificación y firma reconocidos, disociando uno de otro, en los mismos términos que la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

En particular, facilitar el acceso remoto a las aplicaciones utilizadas para la gestión procesal, así como el acceso de los ciudadanos y ciudadanas a los servicios electrónicos en la Administración de Justicia, implicará que todos los órganos, oficinas judiciales y fiscalías se doten de los medios e instrumentos electrónicos y de los sistemas de información necesarios y suficientes para poder desarrollar su función eficientemente. Al mismo tiempo se realiza una unificación de la publicación de resoluciones y comunicaciones en el Tablón Edictal Judicial Único, que será publicado electrónicamente por la Agencia Estatal del Boletín Oficial del Estado, acabando con la dispersión en tabloneros de anuncios y distintos boletines oficiales, reforzando la simplicidad de este trámite y reforzando las garantías de las partes.

La disposición final quinta modifica y amplía la *vacatio legis* de la Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil, hasta el 30 de abril de 2021. La actual coyuntura y la necesidad de concentrar los esfuerzos en la recuperación de la actividad en el Registro Civil impide abordar en estos momentos el cambio organizativo y de funcionamiento que requiere en tan corto periodo de tiempo por lo que resulta necesario ampliarlo para garantizar su adecuada y plena entrada en vigor. No obstante, se prevé su entrada en vigor para las oficinas consulares del Registro Civil el día 1 de octubre de 2020, aplicándose de forma progresiva.

Con la disposición final séptima se introduce una mejora técnica en la modificación del artículo 159.4, de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, aprobada por el Real Decreto-ley 15/2020, de 21 de abril, de medidas urgentes complementarias para apoyar la economía y el empleo.

En las disposiciones finales octava y novena se amplía la posibilidad de disponibilidad de planes de pensiones para los trabajadores por cuenta propia o autónomos a los casos

en que, sin cesar en su actividad, hayan tenido una reducción de, al menos, el 75 por ciento en su facturación como consecuencia de la situación de crisis sanitaria.

La modificación se realiza mediante ajustes puntuales en la redacción de la disposición adicional vigésima del Real Decreto-ley 11/2020, de 31 de marzo, para añadir al supuesto ya recogido de cese de actividad el nuevo de reducción de facturación en, al menos, un 75 por ciento; la definición del supuesto de reducción de facturación se ajusta a la empleada en la nueva redacción dada por el Real Decreto-ley 13/2020, de 7 de abril, al artículo 17 del Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo, en relación con la prestación extraordinaria por cese de actividad. También se modifica el artículo 23 del Real Decreto-ley 15/2020, de 21 de abril, para concretar la justificación acreditativa de esta situación ante la entidad gestora de fondos de pensiones.

Sobre esta última cuestión cabe señalar que para justificar la reducción de la facturación se hace una remisión a lo ya previsto para la acreditación de ese volumen de facturación en la solicitud de prestación pública extraordinaria por cese de actividad del autónomo que incluye el mismo supuesto de reducción del 75 por ciento de la facturación. Con ello, la misma documentación servirá al trabajador autónomo para acreditar su circunstancia de reducción de facturación tanto en el caso de la prestación pública como en el de la disponibilidad de sus planes de pensiones.

Se mantienen todos los demás aspectos de la disponibilidad de planes de pensiones regulados en ambos reales decretos-leyes, referentes a la cuantía, vinculada a la pérdida de ingresos netos estimados, y al periodo de estado de alarma y un mes adicional.

Asimismo, la disposición final octava, teniendo en cuenta los efectos de la pandemia y la afectación en los ingresos de muchos hogares, amplía los plazos establecidos en los artículos 4 y 8 del Real Decreto-ley 11/2020, de 31 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes complementarias en el ámbito social y económico para hacer frente al COVID-19, para que el arrendatario de vivienda habitual pueda realizar la solicitud de aplazamiento temporal y extraordinario del pago de la renta. También se modifican determinados aspectos del artículo 9 con objeto de dar mayor agilidad a la tramitación de la línea de ayudas transitorias de financiación, de forma que pueda estar operativa para los arrendatarios en situación de vulnerabilidad en el plazo más breve posible.

CAPÍTULO I

Medidas procesales

Artículo 1. *Tramitación de la impugnación de expedientes de regulación temporal de empleo a que se refiere el artículo 23 del Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19.*

1. Se tramitarán conforme a la modalidad procesal de conflicto colectivo las demandas presentadas por los sujetos legitimados a los que se refiere el apartado 2 de este artículo, cuando versen sobre las suspensiones y reducciones de jornada adoptadas en aplicación de lo previsto en el artículo 23 del Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo, y dichas medidas afecten a más de cinco trabajadores.

2. Además de los sujetos legitimados conforme al artículo 154 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social, estará igualmente legitimada para promover el citado procedimiento de conflicto colectivo la comisión representativa prevista en la normativa laboral dictada para paliar los efectos derivados del COVID-19 en relación con los expedientes de regulación temporal de empleo a que se refiere este artículo.

Artículo 2. *Tramitación preferente de determinados procedimientos.*

1. Hasta el 31 de diciembre de 2020 inclusive se tramitarán con preferencia los siguientes expedientes y procedimientos:

a) Los procesos o expedientes de jurisdicción voluntaria en los que se adopten las medidas a que se refiere el artículo 158 del Código Civil.

b) En el orden jurisdiccional civil, los procesos derivados de la falta de reconocimiento por la entidad acreedora de la moratoria legal en las hipotecas de vivienda habitual y de inmuebles afectos a la actividad económica, los procesos derivados de cualesquiera reclamaciones que pudieran plantear los arrendatarios por falta de aplicación de la moratoria prevista legalmente o de la prórroga obligatoria del contrato, así como los procedimientos concursales de deudores que sean personas naturales.

c) En el orden jurisdiccional contencioso-administrativo, los recursos que se interpongan contra los actos y resoluciones de las Administraciones públicas por los que se deniegue la aplicación de ayudas y medidas previstas legalmente para paliar los efectos económicos de la crisis sanitaria producida por el COVID-19.

d) En el orden jurisdiccional social, tendrán carácter urgente y preferente los procesos por despido o extinción de contrato, los derivados del procedimiento para declarar el deber y forma de recuperación de las horas de trabajo no prestadas durante el permiso retribuido previsto en el Real Decreto-ley 10/2020, de 29 de marzo, por el que se regula un permiso retribuido recuperable para las personas trabajadoras por cuenta ajena que no presten servicios esenciales, con el fin de reducir la movilidad de la población en el contexto de la lucha contra el COVID-19; los procedimientos por aplicación del plan MECUIDA del artículo 6 del Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo; las denegaciones de prestaciones extraordinarias por cese de actividad previstas en el artículo 17 de dicho Real Decreto-ley 8/2020; los procedimientos para la impugnación individual, colectiva o de oficio de los expedientes de regulación temporal de empleo por las causas reguladas en los artículos 22 y 23 del Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo; los que se sustancien para hacer efectiva la modalidad de trabajo a distancia o la adecuación de las condiciones de trabajo previstas en el artículo 5 del mismo; las resoluciones denegatorias de solicitud del reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, sin perjuicio del desarrollo reglamentario de la competencia de la jurisdicción contencioso-administrativa prevista por la disposición transitoria segunda del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, y las reclamaciones sobre condiciones de trabajo de funcionarios y personal laboral de las Administraciones públicas.

2. Lo dispuesto en el apartado anterior se entiende sin perjuicio del carácter preferente que tengan reconocido otros procedimientos de acuerdo con las leyes procesales.

No obstante, en el orden jurisdiccional social, los procedimientos para la impugnación individual o colectiva de los expedientes de regulación temporal de empleo por las causas reguladas en los artículos 22 y 23 del Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo; los que se sustancien para hacer efectiva la modalidad de trabajo a distancia o la adecuación de las condiciones de trabajo previstas en el artículo 5 de este, las denegaciones extraordinarias por cese de actividad previstas en el artículo 17 de dicho Real Decreto-ley, las resoluciones denegatorias de solicitud del reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, en los términos descritos en el apartado anterior, y los procedimientos para la aplicación del plan MECUIDA establecidos en el artículo 6 del mencionado Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo, tendrán carácter urgente a todos los efectos y serán preferentes respecto de todos los que se tramiten en el juzgado, salvo los que tengan por objeto la tutela de los derechos fundamentales y libertades públicas.

3. En materia de registro civil, se tramitarán de manera preferente las inscripciones de nacimientos, matrimonios y defunciones; la expedición de certificaciones, incluidas las de fe de vida y estado; los expedientes de matrimonio y celebración de bodas; y el trámite de jura en los expedientes de nacionalidad.

2. Hasta el 31 de octubre de 2020 inclusive, el juez dará traslado al deudor de cuantas solicitudes de declaración de incumplimiento del acuerdo de refinanciación se presenten por los acreedores, pero no las admitirá a trámite hasta que transcurra un mes a contar de dicha fecha. Durante ese mes el deudor podrá poner en conocimiento del juzgado competente para la declaración de concurso que ha iniciado o pretende iniciar negociaciones con acreedores para modificar el acuerdo que tuviera en vigor homologado o para alcanzar otro nuevo, aunque no hubiera transcurrido un año desde la anterior solicitud de homologación. Si dentro de los tres meses siguientes a la comunicación al juzgado, el deudor no hubiera alcanzado un acuerdo de modificación del que tuviera en vigor u otro nuevo, el juez admitirá a trámite las solicitudes de declaración de incumplimiento presentadas por los acreedores.

Artículo 6. Régimen especial de la solicitud de declaración del concurso de acreedores.

1. Hasta el 31 de diciembre de 2020 inclusive el deudor que se encuentre en estado de insolvencia no tendrá el deber de solicitar la declaración de concurso, haya o no comunicado al juzgado competente la apertura de negociaciones con los acreedores para alcanzar un acuerdo de refinanciación, un acuerdo extrajudicial de pagos o adhesiones a una propuesta anticipada de convenio.

2. Hasta el 31 de diciembre de 2020 inclusive, los jueces no admitirán a trámite las solicitudes de concurso necesario que se hayan presentado desde el 14 de marzo de 2020. Si hasta el 31 de diciembre de 2020 inclusive el deudor hubiera presentado solicitud de concurso voluntario, se admitirá esta a trámite con preferencia, aunque fuera de fecha posterior a la solicitud de concurso necesario.

3. Si hasta el 31 de diciembre de 2020 inclusive el deudor hubiera comunicado la apertura de negociaciones con los acreedores para alcanzar un acuerdo de refinanciación, un acuerdo extrajudicial de pagos o adhesiones a una propuesta anticipada de convenio, se estará al régimen general establecido por la ley. No obstante, en ese supuesto, el deudor no tendrá el deber de solicitar el concurso hasta que transcurran seis meses desde la comunicación.

Artículo 7. Financiaciones y pagos por personas especialmente relacionadas con el deudor.

1. En los concursos de acreedores que se declaren hasta el 14 de marzo de 2022 inclusive, tendrán la consideración de créditos ordinarios, sin perjuicio de los privilegios que les pudieran corresponder, los derivados de ingresos de tesorería en concepto de préstamos, créditos u otros negocios de análoga naturaleza, que desde la declaración del estado de alarma le hubieran sido concedidos al deudor por quienes, según la ley, tengan la condición de personas especialmente relacionadas con él.

2. En los concursos de acreedores que se declaren en el periodo indicado en el apartado anterior, tendrán la consideración de créditos ordinarios, sin perjuicio de los privilegios que les pudieran corresponder, aquellos en que se hubieran subrogado quienes según la ley tengan la condición de personas especialmente relacionadas con el deudor como consecuencia de los pagos de los créditos ordinarios o privilegiados realizados por cuenta de este, a partir de la declaración de ese estado.

Artículo 8. Impugnación del inventario y de la lista de acreedores.

1. Hasta el 14 de marzo de 2022 inclusive, en los incidentes que se incoen para resolver las impugnaciones del inventario y de la lista de acreedores, no será necesaria la celebración de vista, salvo que el juez del concurso resuelva otra cosa.

2. La falta de contestación a la demanda por cualquiera de los demandados se considerará allanamiento, salvo que se trate de acreedores de derecho público.

3. Los medios de prueba de que intenten valerse las partes deberán acompañar necesariamente a la demanda incidental de impugnación y a las contestaciones que se presenten.

Artículo 9. Tramitación preferente.

Hasta el 14 de marzo de 2021 inclusive, se tramitarán con carácter preferente:

- a) Los incidentes concursales en materia laboral.
- b) Las actuaciones orientadas a la enajenación de unidades productivas o a la venta en globo de los elementos del activo.
- c) Las propuestas de convenio o de modificación de los que estuvieran en periodo de cumplimiento, así como los incidentes de oposición a la aprobación judicial del convenio.
- d) Los incidentes concursales en materia de reintegración de la masa activa.
- e) La admisión a trámite de la solicitud de homologación de un acuerdo de refinanciación o de la modificación del que estuviera vigente.
- f) La adopción de medidas cautelares y, en general, cualesquiera otras que, a juicio del juez del concurso, puedan contribuir al mantenimiento y conservación de los bienes y derechos.
- g) El concurso consecutivo de una persona natural en insolvencia actual, que carezca de masa activa y de la posibilidad de plantear un plan de pagos, instado por mediador, en el que conste lista de acreedores provisional, calificación fortuita y solicitud del beneficio de exoneración del pasivo insatisfecho, junto con declaración responsable por parte del deudor en la que manifieste que no dispone de ningún activo.
- h) El beneficio de exoneración del pasivo insatisfecho.

Artículo 10. Enajenación de la masa activa.

1. En los concursos de acreedores que se declaren hasta el 14 de marzo de 2021 inclusive y en los que se encuentren en tramitación a la fecha de entrada en vigor de la presente Ley, la subasta de bienes y derechos de la masa activa podrá realizarse bien mediante subasta, judicial o extrajudicial, bien mediante cualquier otro modo de realización autorizado por el juez de entre los previstos en el Real Decreto Legislativo 1/2020, de 5 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley Concursal. Con carácter preferente y siempre que fuere posible, la subasta se realizará de manera telemática.

2. Si el juez, en cualquier estado del concurso, hubiera autorizado la realización directa de los bienes y derechos afectos a privilegio especial o la dación en pago o para pago de dichos bienes, se estará a los términos de la autorización.

Artículo 11. Aprobación del plan de liquidación.

El letrado de la Administración de Justicia acordará de inmediato la puesta de manifiesto en la oficina del juzgado de los planes de liquidación ya presentados por la administración concursal a la entrada en vigor de la presente Ley. Una vez transcurrido el plazo legal para formular observaciones o propuestas de modificación, lo pondrá en conocimiento del juez del concurso quien deberá dictar auto de inmediato, en el que, según estime conveniente para el interés del concurso, aprobará el plan de liquidación con las modificaciones que estime necesarias u oportunas.

Artículo 12. Agilización de la tramitación del acuerdo extrajudicial de pagos, concurso consecutivo y beneficio de exoneración del pasivo insatisfecho.

Hasta el 14 de marzo de 2021 inclusive, se considerará que el acuerdo extrajudicial de pagos se ha intentado por el deudor sin éxito, si se acreditara que se han producido dos faltas de aceptación del mediador concursal para ser designado, a los efectos de iniciar concurso consecutivo, comunicándolo al juzgado.

Artículo 13. *Suspensión de la causa de disolución por pérdidas.*

1. A los solos efectos de determinar la concurrencia de la causa de disolución prevista en el artículo 363.1.e) del texto refundido de la Ley de Sociedades de Capital, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de julio, no se tomarán en consideración las pérdidas del ejercicio 2020. Si en el resultado del ejercicio 2021 se apreciaran pérdidas que dejen reducido el patrimonio neto a una cantidad inferior a la mitad del capital social, deberá convocarse por los administradores o podrá solicitarse por cualquier socio en el plazo de dos meses a contar desde el cierre del ejercicio conforme al artículo 365 de la citada Ley, la celebración de junta general para proceder a la disolución de la sociedad, a no ser que se aumente o reduzca el capital en la medida suficiente.

2. Lo dispuesto en el apartado anterior se entiende sin perjuicio del deber de solicitar la declaración de concurso de acuerdo con lo establecido en la presente Ley.

CAPÍTULO III

Medidas organizativas y tecnológicas

Artículo 14. *Celebración de actos procesales mediante presencia telemática.*

1. Hasta el 20 de junio de 2021 inclusive, constituido el juzgado o tribunal en su sede, los actos de juicio, comparencias, declaraciones y vistas y, en general, todos los actos procesales, se realizarán preferentemente mediante presencia telemática, siempre que los juzgados, tribunales y fiscalías tengan a su disposición los medios técnicos necesarios para ello.

2. No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, en el orden jurisdiccional penal será necesaria la presencia física del acusado en los juicios por delito grave.

También se requerirá la presencia física del investigado o acusado, a petición propia o de su defensa letrada, en la audiencia prevista en el artículo 505 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal cuando cualquiera de las acusaciones interese su prisión provisional o en los juicios cuando alguna de las acusaciones solicite pena de prisión superior a los dos años, salvo que concurran causas justificadas o de fuerza mayor que lo impidan.

Cuando se disponga la presencia física del acusado o del investigado, será también necesaria la presencia física de su defensa letrada, a petición de esta o del propio acusado o investigado.

3. Las deliberaciones de los tribunales tendrán lugar en régimen de presencia telemática cuando se cuente con los medios técnicos necesarios para ello.

4. Lo dispuesto en el apartado primero será también aplicable a los actos que se practiquen en las fiscalías.

5. Se adoptarán las medidas necesarias para asegurar que en el uso de métodos telemáticos se garantizan los derechos de todas las partes del proceso. En especial, deberá garantizarse en todo caso el derecho de defensa de los acusados e investigados en los procedimientos penales, en particular, el derecho a la asistencia letrada efectiva, a la interpretación y traducción y a la información y acceso a los expedientes judiciales.

6. En los actos que se celebren mediante presencia telemática, el juez o letrado de la Administración de Justicia ante quien se celebren podrá decidir la asistencia presencial a la sede del juzgado o tribunal de los comparecientes que estime necesarios.

Artículo 15. *Acceso a las salas de vistas.*

Con el fin de garantizar la protección de la salud de las personas, hasta el 20 de junio de 2021 inclusive, el órgano judicial ordenará, en atención a las características de las salas de vistas, el acceso del público a todas las actuaciones orales. Cuando se disponga de los medios materiales para ello, podrá acordar también la emisión de las vistas mediante sistemas de difusión telemática de la imagen y el sonido.

Artículo 16. *Exploraciones médico-forenses y de los equipos psicosociales.*

Hasta el 20 de junio de 2021 inclusive, los informes médico-forenses podrán realizarse basándose únicamente en la documentación médica existente a su disposición, que podrá ser requerida a centros sanitarios o a las personas afectadas para que sea remitida por medios telemáticos, siempre que ello fuere posible.

Del mismo modo podrán actuar los equipos psicosociales de menores y familia y las unidades de valoración integral de violencia sobre la mujer.

De oficio, o a requerimiento de cualquiera de las partes o del facultativo encargado, el juez podrá acordar que la exploración se realice de forma presencial.

Artículo 17. *Dispensa de la utilización de togas.*

Hasta el 20 de junio de 2021 inclusive, las partes que asistan a actuaciones orales estarán dispensadas del uso de togas en las audiencias públicas.

Artículo 18. *Atención al público.*

1. Hasta el 20 de junio de 2021 inclusive, la atención al público en cualquier sede judicial o de la fiscalía se realizará por videoconferencia, por vía telefónica o a través del correo electrónico habilitado a tal efecto, que deberá ser objeto de publicación en la página web de la correspondiente Gerencia Territorial del Ministerio de Justicia o del órgano que determinen las Comunidades Autónomas con competencias en materia de Justicia, y que en el ámbito de la jurisdicción militar se encuentra publicado en la página web del Ministerio de Defensa en el enlace correspondiente. Todo ello siempre que sea posible en función de la naturaleza de la información requerida y, en todo caso, cumpliendo lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

2. Para aquellos casos en los que resulte imprescindible acudir a la sede judicial o de la fiscalía, será necesario para el público obtener previamente la correspondiente cita, de conformidad con los protocolos que al efecto establezcan las administraciones competentes, que deberán prever las particularidades de las comparecencias ante los juzgados en funciones de guardia y los juzgados de violencia sobre la mujer.

Artículo 19. *Órganos judiciales asociados al COVID-19.*

1. De conformidad con la Ley 38/1988, de 28 de diciembre, de Demarcación y de Planta Judicial, el Ministerio de Justicia, previo informe del Consejo General del Poder Judicial y previa audiencia preceptiva de la Comunidad Autónoma afectada, podrá transformar los órganos judiciales que estén pendientes de entrada en funcionamiento en el momento de la entrada en vigor de la presente Ley en órganos judiciales que conozcan exclusivamente de procedimientos asociados al COVID-19.

2. Se habilita al Ministerio de Justicia para que, oído el Consejo General del Poder Judicial, pueda anticipar la entrada en funcionamiento de los órganos judiciales correspondientes a la programación de 2020, pudiendo dedicarse todos o algunos de ellos con carácter exclusivo al conocimiento de procedimientos asociados al COVID-19.

Artículo 20. *Asignación preferente de jueces de adscripción territorial.*

Los jueces de adscripción territorial por designación del Presidente del Tribunal Superior de Justicia, podrán ejercer sus funciones jurisdiccionales, con carácter preferente, en órganos judiciales que conozcan de procedimientos asociados al COVID-19.

Artículo 21. *Actuaciones dentro de un mismo centro de destino.*

1. Hasta el 20 de junio de 2021 inclusive, los secretarios coordinadores provinciales podrán asignar a los letrados de la Administración de Justicia y demás funcionarios al servicio de la Administración de Justicia destinados en cualquiera de las unidades

procesales de apoyo directo a órganos judiciales, la realización de cualquiera de las funciones que, siendo propias del cuerpo al que pertenecen, estén atribuidas a cualesquiera otras unidades.

2. En los partidos judiciales en que no se encuentren aprobadas las correspondientes relaciones de puestos de trabajo, la asignación de funciones, en el mismo periodo establecido en el apartado anterior, podrá realizarse entre el personal destinado en cualquier órgano unipersonal o colegiado.

3. En la asignación que regulan los dos apartados anteriores se dará preferencia a los letrados de Administración de Justicia y demás personal al servicio de la Administración de Justicia que accedan voluntariamente y en ningún caso implicará variación de retribuciones.

La decisión de asignación se adoptará, en todo caso, mediante resolución motivada que se fundamentará en que la medida resulta imprescindible para garantizar la correcta prestación del servicio.

Asimismo, dicha asignación solo podrá realizarse entre unidades u órganos que radiquen en el mismo municipio y que pertenezcan al mismo orden jurisdiccional en el que el letrado o funcionario venga realizando su actividad profesional.

Artículo 22. *Jornada laboral.*

1. Hasta el 20 de junio de 2021 inclusive, se podrán establecer, para los letrados de la Administración de Justicia y para el resto de personal al servicio de la Administración de Justicia, jornadas de trabajo de mañana y tarde para todos los servicios y órganos jurisdiccionales, previa negociación colectiva con las organizaciones sindicales y respetando en todo caso las medidas de seguridad laboral y prevención de riesgos laborales.

2. El Ministerio de Justicia y las Comunidades Autónomas con competencias en materia de Justicia establecerán la distribución de la jornada y la fijación de los horarios de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial.

Artículo 23. *Sustitución y refuerzo de letrados de la Administración de Justicia en prácticas.*

1. Hasta el 20 de junio de 2021 inclusive las enseñanzas prácticas de los cursos de formación inicial del cuerpo de letrados de la Administración de Justicia a las que se refiere el artículo 24 del Estatuto del Organismo Autónomo Centro de Estudios Jurídicos, aprobado por Real Decreto 312/2019, de 26 de abril, podrán realizarse desempeñando labores de sustitución y refuerzo cuando así lo determine la Dirección del Centro garantizando el pleno cumplimiento de los objetivos formativos, teniendo preferencia sobre los letrados sustitutos en cualquier llamamiento para el ejercicio de tales funciones.

En ningún caso se podrá remover a un letrado sustituto en funciones para nombrar en su lugar a un letrado en prácticas.

2. Los letrados de la Administración de Justicia que realicen las labores de sustitución y refuerzo conforme al apartado anterior ejercerán sus funciones con idéntica amplitud a la de los titulares y quedarán a disposición de la secretaria de gobierno correspondiente.

La persona titular de la secretaria de gobierno deberá elaborar un informe sobre la dedicación y rendimiento en el desempeño de sus funciones, que deberá remitir al Centro de Estudios Jurídicos para su evaluación.

3. En todo caso, el Centro de Estudios Jurídicos garantizará la adecuada tutoría de las prácticas, a cuyo efecto las secretarías de gobierno prestarán la debida colaboración.

4. Los letrados de la Administración de Justicia en prácticas que realicen labores de sustitución y refuerzo percibirán la totalidad de las retribuciones correspondientes al puesto de trabajo desempeñado, que serán abonadas por el Ministerio de Justicia.

Disposición adicional primera. *Ampliación de plazos en el ámbito del Registro Civil.*

1. En los expedientes de autorización para contraer matrimonio en los que hubiera recaído resolución estimatoria se concederá automáticamente un plazo hasta el 20 de junio de 2021 inclusive para la celebración del matrimonio.

2. Lo dispuesto en el apartado anterior se aplicará igualmente a aquellos expedientes en los que no hubiera transcurrido el plazo de un año desde la publicación de edictos, de su dispensa o de las diligencias sustitutorias que prevé el artículo 248 del Reglamento de la Ley del Registro Civil, aprobado por Decreto de 14 de noviembre de 1958.

Disposición adicional segunda. *Suspensión de la causa de disolución del artículo 96.1.e) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.*

Lo previsto en los artículos 96.1.e) y 96.3 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, no será de aplicación para las cuentas anuales aprobadas durante los ejercicios 2020, 2021 y 2022.

Disposición adicional tercera. *Adecuación de determinadas disposiciones a la jurisdicción militar.*

1. La referencia a los letrados de la Administración de Justicia recogida en el artículo 21 de la presente Ley deberá entenderse también referida a los secretarios relatores en el ámbito de la jurisdicción militar.

2. Lo dispuesto en el artículo 14 no será de aplicación a los procesos penales militares.

Disposición adicional cuarta. *Actos de comunicación del Ministerio Fiscal.*

Se suspende la aplicación de lo dispuesto en el artículo 151.2 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, en relación con los actos de comunicación del Ministerio Fiscal, hasta el 31 de diciembre de 2020 inclusive. Hasta dicha fecha, el plazo regulado en dicho artículo será de diez días naturales.

Disposición adicional quinta. *Creación de unidades judiciales.*

El Gobierno, previa negociación con las Comunidades Autónomas en materia de Justicia, promoverá la creación de al menos cien nuevas unidades judiciales en un plazo de tres años, de las cuales al menos un tercio se crearán en el primer año, con la finalidad de adecuar la planta judicial a las necesidades derivadas de la crisis provocada por la COVID-19 y de garantizar a la ciudadanía la efectividad de la protección judicial de sus derechos. Para ello, el Gobierno dotará las partidas y transferencias presupuestarias necesarias y suficientes.

Disposición adicional sexta. *Indicaciones de las autoridades sanitarias.*

Las medidas organizativas previstas en el Capítulo III se ejecutarán por el Ministerio de Justicia o las Comunidades Autónomas que hayan asumido competencias en medios materiales y personales al servicio de la Administración de Justicia, siguiendo las indicaciones que en cada momento establezcan las autoridades sanitarias, previa consulta al Consejo General del Poder Judicial y a la Fiscalía General del Estado, oídos los colegios profesionales y, cuando proceda, con la participación de las organizaciones sindicales.

Disposición adicional séptima. *Cambio extraordinario de las circunstancias contractuales.*

El Gobierno presentará a las Comisiones de Justicia del Congreso de los Diputados y del Senado, en un plazo no superior a tres meses, un análisis y estudio sobre las posibilidades y opciones legales, incluidas las existentes en derecho comparado, de incorporar en el régimen jurídico de obligaciones y contratos la regla *rebus sic stantibus*. El estudio incluirá los datos disponibles más significativos sobre el impacto de la crisis derivada de la COVID-19 en los contratos privados.

Disposición transitoria primera. *Régimen transitorio de las actuaciones procesales.*

1. Las normas de la presente Ley se aplicarán a todas las actuaciones procesales que se realicen a partir de su entrada en vigor, cualquiera que sea la fecha de iniciación del proceso en que aquellas se produzcan.

2. No obstante, las actuaciones procesales iniciadas conforme a lo previsto en los artículos 3 a 5 del Real Decreto-ley 16/2020, de 28 de abril, de medidas procesales y organizativas para hacer frente al COVID-19 en el ámbito de la Administración de Justicia, se registrarán conforme a dichos artículos hasta su conclusión.

Disposición transitoria segunda. *Previsiones en materia de medidas organizativas y tecnológicas.*

Las medidas contenidas en el Capítulo III de esta Ley serán de aplicación en todo el territorio nacional hasta el 20 de junio de 2021 inclusive. No obstante, si a dicha fecha se mantuviera la situación de crisis sanitaria, las medidas contenidas en el citado Capítulo III serán de aplicación en todo el territorio nacional hasta que el Gobierno declare de manera motivada y de acuerdo con la evidencia científica disponible, previo informe del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, la finalización de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Disposición derogatoria única.

1. Queda derogado el Real Decreto-ley 16/2020, de 28 de abril, de medidas procesales y organizativas para hacer frente al COVID-19 en el ámbito de la Administración de Justicia.

2. Queda derogado el artículo 43 del Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19.

Disposición final primera. *Modificación de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales.*

Se añade una nueva disposición adicional sexta a la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales, con la siguiente redacción:

«Disposición adicional sexta. *Sesiones telemáticas.*

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, todos los órganos colegiados de las corporaciones colegiales se podrán constituir, convocar, celebrar sus sesiones, adoptar acuerdos y remitir actas tanto de forma presencial como a distancia, salvo que su reglamento interno recoja expresa y excepcionalmente lo contrario. En todo caso, estas previsiones podrán ser desarrolladas por los correspondientes reglamentos de régimen interno o normas estatutarias.»

Disposición final segunda. *Modificación de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa.*

Se modifica la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa, en los siguientes términos:

Uno. Se modifica el apartado 6 del artículo 8, que queda redactado de la siguiente manera:

«6. Conocerán también los Juzgados de lo Contencioso-administrativo de las autorizaciones para la entrada en domicilios y restantes lugares cuyo acceso requiera el consentimiento de su titular, siempre que ello proceda para la ejecución forzosa de actos de la administración pública, salvo que se trate de la ejecución de medidas de protección de menores acordadas por la Entidad Pública competente en la materia.

Asimismo, corresponderá a los Juzgados de lo Contencioso-administrativo la autorización o ratificación judicial de las medidas adoptadas con arreglo a la

legislación sanitaria que las autoridades sanitarias consideren urgentes y necesarias para la salud pública e impliquen limitación o restricción de derechos fundamentales cuando dichas medidas estén plasmadas en actos administrativos singulares que afecten únicamente a uno o varios particulares concretos e identificados de manera individualizada.

Además, los Juzgados de lo Contencioso-administrativo conocerán de las autorizaciones para la entrada e inspección de domicilios, locales, terrenos y medios de transporte que haya sido acordada por la Comisión Nacional de la Competencia, cuando, requiriendo dicho acceso e inspección el consentimiento de su titular, este se oponga a ello o exista riesgo de tal oposición.»

Dos. Se modifica el artículo 10, que queda redactado de la siguiente manera:

«Artículo 10. *Competencias de las Salas de lo Contencioso-Administrativo de los Tribunales Superiores de Justicia.*

1. Las Salas de lo Contencioso-Administrativo de los Tribunales Superiores de Justicia conocerán en única instancia de los recursos que se deduzcan en relación con:

a) Los actos de las Entidades locales y de las Administraciones de las Comunidades Autónomas, cuyo conocimiento no esté atribuido a los Juzgados de lo Contencioso-Administrativo.

b) Las disposiciones generales emanadas de las Comunidades Autónomas y de las Entidades locales.

c) Los actos y disposiciones de los órganos de gobierno de las asambleas legislativas de las Comunidades Autónomas, y de las instituciones autonómicas análogas al Tribunal de Cuentas y al Defensor del Pueblo, en materia de personal, administración y gestión patrimonial.

d) Los actos y resoluciones dictados por los Tribunales Económico-Administrativos Regionales y Locales que pongan fin a la vía económico-administrativa.

e) Las resoluciones dictadas por el Tribunal Económico-Administrativo Central en materia de tributos cedidos.

f) Los actos y disposiciones de las Juntas Electorales Provinciales y de Comunidades Autónomas, así como los recursos contencioso-electorales contra acuerdos de las Juntas Electorales sobre proclamación de electos y elección y proclamación de Presidentes de Corporaciones locales, en los términos de la legislación electoral.

g) Los convenios entre Administraciones públicas cuyas competencias se ejerzan en el ámbito territorial de la correspondiente Comunidad Autónoma.

h) La prohibición o la propuesta de modificación de reuniones previstas en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, Reguladora del Derecho de Reunión.

i) Los actos y resoluciones dictados por órganos de la Administración General del Estado cuya competencia se extienda a todo el territorio nacional y cuyo nivel orgánico sea inferior al de Ministro o Secretario de Estado en materias de personal, propiedades especiales y expropiación forzosa.

j) Los actos y resoluciones de los órganos de las Comunidades Autónomas competentes para la aplicación de la Ley de Defensa de la Competencia.

k) Las resoluciones dictadas por el órgano competente para la resolución de recursos en materia de contratación previsto en el artículo 311 de la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público, en relación con los contratos incluidos en el ámbito competencial de las Comunidades Autónomas o de las Corporaciones locales.

l) Las resoluciones dictadas por los Tribunales Administrativos Territoriales de Recursos Contractuales.

m) Cualesquiera otras actuaciones administrativas no atribuidas expresamente a la competencia de otros órganos de este orden jurisdiccional.

2. Conocerán, en segunda instancia, de las apelaciones promovidas contra sentencias y autos dictados por los Juzgados de lo Contencioso-administrativo, y de los correspondientes recursos de queja.

3. También les corresponde, con arreglo a lo establecido en esta Ley, el conocimiento de los recursos de revisión contra las sentencias firmes de los Juzgados de lo Contencioso-administrativo.

4. Conocerán de las cuestiones de competencia entre los Juzgados de lo Contencioso-administrativo con sede en la Comunidad Autónoma.

5. Conocerán del recurso de casación para la unificación de doctrina previsto en el artículo 99.

6. Conocerán del recurso de casación en interés de la ley previsto en el artículo 101.

7. Conocerán de la solicitud de autorización al amparo del artículo 122 ter, cuando sea formulada por la autoridad de protección de datos de la Comunidad Autónoma respectiva.

8. Conocerán de la autorización o ratificación judicial de las medidas adoptadas con arreglo a la legislación sanitaria que las autoridades sanitarias de ámbito distinto al estatal consideren urgentes y necesarias para la salud pública e impliquen la limitación o restricción de derechos fundamentales cuando sus destinatarios no estén identificados individualmente.»

Tres. Se modifica el apartado 1 del artículo 11, que queda redactado de la siguiente manera:

«1. La Sala de lo Contencioso-administrativo de la Audiencia Nacional conocerá en única instancia:

a) De los recursos que se deduzcan en relación con las disposiciones generales y los actos de los Ministros y de los Secretarios de Estado en general y en materia de personal cuando se refieran al nacimiento o extinción de la relación de servicio de funcionarios de carrera. Asimismo conocerá de los recursos contra los actos de cualesquiera órganos centrales del Ministerio de Defensa referidos a ascensos, orden y antigüedad en el escalafonamiento y destinos.

b) De los recursos contra los actos de los Ministros y Secretarios de Estado cuando rectifiquen en vía de recurso o en procedimiento de fiscalización o de tutela los dictados por órganos o entes distintos con competencia en todo el territorio nacional.

c) De los recursos en relación con los convenios entre Administraciones públicas no atribuidos a los Tribunales Superiores de Justicia.

d) De los actos de naturaleza económico-administrativa dictados por el Ministro de Economía y Hacienda y por el Tribunal Económico-Administrativo Central, con excepción de lo dispuesto en el artículo 10.1.e).

e) De los recursos contra los actos dictados por la Comisión de Vigilancia de Actividades de Financiación del Terrorismo, y de la autorización de prórroga de los plazos de las medidas de dicha Comisión, conforme a lo previsto en la Ley de Prevención y Bloqueo de la Financiación del Terrorismo.

f) Las resoluciones dictadas por el Tribunal Administrativo Central de Recursos Contractuales, con excepción de lo dispuesto en el artículo 10.1.k).

g) De los recursos contra los actos del Banco de España, de la Comisión Nacional del Mercado de Valores y del FROB adoptados conforme a lo previsto en la Ley 11/2015, de 18 de junio, de recuperación y resolución de entidades de crédito y empresas de servicios de inversión.

h) De los recursos interpuestos por la Comisión Nacional de los Mercados y de la Competencia en defensa de la unidad de mercado.

i) De la autorización o ratificación judicial de las medidas adoptadas con arreglo a la legislación sanitaria que la autoridad sanitaria estatal considere urgentes y necesarias para la salud pública e impliquen la limitación o restricción de derechos fundamentales, cuando sus destinatarios no estén identificados individualmente.»

Cuatro. Se añade un nuevo artículo 122 *quater*, con el siguiente contenido:

«Artículo 122 *quater*. *Autorización o ratificación judicial de las medidas que las autoridades sanitarias consideren urgentes y necesarias para la salud pública e impliquen limitación o restricción de derechos fundamentales.*

En la tramitación de las autorizaciones o ratificaciones a que se refieren los artículos 8.6, segundo párrafo, 10.8 y 11.1.i) de la presente Ley será parte el ministerio fiscal. Esta tramitación tendrá siempre carácter preferente y deberá resolverse en un plazo máximo de tres días naturales.»

Disposición final tercera. *Modificación de la Ley 21/2003, de 7 de julio, de Seguridad Aérea.*

Se modifica la Ley 21/2003, de 7 de julio, de Seguridad Aérea, en los siguientes términos:

Uno. Se añade un nuevo artículo 45 bis que queda redactado como sigue:

«Artículo 45 bis. *Infracciones en relación con la asistencia y compensación a los pasajeros.*

1. Constituye infracción grave el incumplimiento de las decisiones emitidas por la Agencia Estatal de Seguridad Aérea en relación con las reclamaciones de los pasajeros formuladas al amparo del Reglamento (CE) 261/2004, del Parlamento y del Consejo, de 11 de febrero de 2004, por el que se establecen normas comunes sobre compensación y asistencia a los pasajeros aéreos en caso de denegación de embarque y de cancelación o gran retraso de los vuelos.

2. Constituye infracción leve el cumplimiento tardío o defectuoso de las decisiones emitidas por la Agencia Estatal de Seguridad Aérea en relación con las reclamaciones de los pasajeros formuladas al amparo del Reglamento (CE) 261/2004, del Parlamento y del Consejo, de 11 de febrero de 2004, por el que se establecen normas comunes sobre compensación y asistencia a los pasajeros aéreos en caso de denegación de embarque y de cancelación o gran retraso de los vuelos.

A estos efectos se considera que el cumplimiento es tardío o defectuoso cuando el mismo se efectúa una vez interpuesta demanda de ejecución por el pasajero ante el juzgado competente para conocer de la misma. A estos efectos, el juzgado competente notificará a la Agencia Estatal de Seguridad Aérea, a la vez que al pasajero y a la compañía aérea, el auto por el que despacha ejecución.»

Dos. Se añade una nueva letra i) al apartado 1 del artículo 52, que queda redactada como sigue:

«i) En las infracciones en relación con la asistencia y compensación a los pasajeros, a las compañías aéreas.»

Tres. Se añade un nuevo artículo 62 bis, que queda redactado como sigue:

«Artículo 62 bis. *Especialidades de la iniciación de determinados procedimientos sancionadores.*

La Agencia Estatal de Seguridad Aérea, a los efectos de dictar el acuerdo de inicio de los procedimientos sancionadores que instruya por infracciones previstas en esta Ley, podrá tomar como hechos que motivan su incoación los que constituyan antecedentes de la decisión adoptada en el procedimiento previsto en la disposición adicional segunda de la Ley 7/2017, de 2 de noviembre, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/11/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de mayo de 2013, relativa a la resolución alternativa de litigios en materia de consumo. Igualmente, se incorporarán en ese momento todas las actuaciones realizadas para dictar dicha decisión, sin necesidad de ningún trámite

adicional. El procedimiento sancionador que se inicie de este modo no se suspenderá por la impugnación de la decisión por la compañía aérea.»

Disposición final cuarta. *Modificación de la Ley 18/2011, de 5 de julio, reguladora del uso de las tecnologías de la información y la comunicación en la Administración de Justicia.*

Se modifica la Ley 18/2011, de 5 de julio, reguladora del uso de las tecnologías de la información y la comunicación en la Administración de Justicia, en los siguientes términos:

Uno. Se modifica la letra f) del artículo 4.2, que queda redactada como sigue:

«f) A utilizar los sistemas de identificación y firma establecidos en los artículos 9 y 10 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.»

Dos. Se modifica la letra d) del artículo 6.2, que queda redactada como sigue:

«d) A utilizar los sistemas de identificación y firma establecidos en los artículos 9 y 10 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, siempre que dicho sistema le identifique de forma unívoca como profesional para cualquier trámite electrónico con la Administración en los términos establecidos por las leyes procesales.

A tal efecto, el Consejo General o el superior correspondiente deberá poner a disposición de las oficinas judiciales los protocolos y sistemas de interconexión que permitan el acceso necesario por medios electrónicos al registro de profesionales colegiados ejercientes previsto en el artículo 10 de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales, garantizando que en él consten sus datos profesionales, tales como número de colegiado, domicilio profesional, número de teléfono y dirección de correo electrónico.»

Tres. Se añade un segundo párrafo al artículo 8 con la siguiente redacción:

«Las Administraciones competentes proporcionarán los medios seguros para que estos sistemas sean plenamente accesibles y operativos sin necesidad de que los usuarios se encuentren físicamente en las sedes de sus respectivos órganos, oficinas o fiscalías.»

Cuatro. Se modifica la letra f) del apartado 2 del artículo 11, que queda redactada como sigue:

«f) Un enlace al Tablón Edictal Judicial único, como medio de publicación y consulta de las resoluciones y comunicaciones que por disposición legal deban fijarse en el tablón de anuncios o edictos.»

Cinco. Se modifica el artículo 35, que queda redactado como sigue:

«Artículo 35. *Comunicación edictal electrónica.*

La publicación de resoluciones y comunicaciones que por disposición legal deban fijarse en tablón de anuncios, así como la publicación de los actos de comunicación procesal que deban ser objeto de inserción en el «Boletín Oficial del Estado», en el de la Comunidad Autónoma o en el de la provincia respectiva, serán sustituidas en todos los órdenes jurisdiccionales por su publicación en el Tablón Edictal Judicial único previsto en el artículo 236 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial.

El Tablón Edictal Judicial Único será publicado electrónicamente por la Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, en la forma en que se disponga reglamentariamente. A tal efecto, la Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado pondrá a disposición de los juzgados y tribunales un sistema automatizado de remisión y gestión telemática que garantizará la celeridad en la publicación de los edictos, su correcta y fiel inserción, así como la identificación del órgano remitente.»

Seis. Se modifica la disposición adicional quinta, que queda con la siguiente redacción:

«Disposición adicional quinta. *Dotación de medios e instrumentos electrónicos y sistemas de información.*

Las Administraciones competentes en materia de Justicia dotarán a todos los órganos, oficinas judiciales y fiscalías de los medios e instrumentos electrónicos y de los sistemas de información necesarios y suficientes para poder desarrollar su función eficientemente. Estos sistemas serán plenamente accesibles y operativos sin necesidad de que los usuarios se encuentren físicamente en las sedes de sus respectivos órganos, oficinas o fiscalías, con respeto a las políticas internas que garanticen el derecho a la desconexión digital recogido en el artículo 14.j.bis y en el artículo 88 del texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, aprobado por Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre. Asimismo, formarán a los integrantes de los mismos en el uso y utilización de dichos medios e instrumentos.»

Siete. Se añade una nueva disposición adicional decimotercera con la siguiente redacción:

«Disposición adicional decimotercera. *Publicaciones en el Tablón Edictal Judicial Único.*

Las publicaciones que, en cumplimiento de lo previsto en las leyes procesales, deban hacerse en el Tablón Edictal Judicial Único serán gratuitas en todo caso, sin que proceda contraprestación económica por parte de quienes la hayan solicitado.

Igualmente serán gratuitas las consultas en el tablón, así como las suscripciones que los ciudadanos puedan realizar en su sistema de alertas.»

Ocho. Se añade una nueva disposición transitoria tercera con la siguiente redacción:

«Disposición transitoria tercera. *Tablón Edictal Judicial Único.*

La publicación de los edictos mediante el Tablón Edictal Judicial Único resultará de aplicación a partir del 1 de junio de 2021 tanto a los procedimientos que se inicien con posterioridad, como a los ya iniciados.»

Disposición final quinta. *Modificación de la disposición final décima de la Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil.*

Se modifica la disposición final décima de la Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil, que pasará a tener la siguiente redacción:

«Disposición final décima. *Entrada en vigor.*

La presente Ley entrará en vigor el 30 de abril de 2021, excepto las disposiciones adicionales séptima y octava y las disposiciones finales tercera y sexta, que entrarán en vigor al día siguiente de su publicación en el "Boletín Oficial del Estado", y excepto los artículos 49.2 y 53 del mismo texto legal, que entrarán en vigor el día 30 de junio de 2017.

Lo dispuesto en el párrafo anterior se entiende sin perjuicio de la entrada en vigor el 15 de octubre de 2015 de los artículos 44, 45, 46, 47, 49.1 y 4, 64, 66 y 67.3, y la disposición adicional novena, en la redacción dada por el artículo 2 de la Ley 19/2015, de 13 de julio, de medidas de reforma administrativa en el ámbito de la Administración de Justicia y del Registro Civil.

Asimismo, esta Ley entrará en vigor para las oficinas consulares del Registro Civil el día 1 de octubre de 2020, aplicándose de forma progresiva de conformidad con lo previsto en la disposición transitoria séptima y las disposiciones reglamentarias que se dicten al efecto.

Hasta la completa entrada en vigor de esta Ley, el Gobierno adoptará las medidas y los cambios normativos necesarios que afecten a la organización y funcionamiento de los Registros Civiles.»

Disposición final sexta. *Modificación de la Ley 7/2017, de 2 de noviembre, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/11/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de mayo de 2013, relativa a la resolución alternativa de litigios en materia de consumo.*

La disposición adicional segunda de la Ley 7/2017, de 2 de noviembre, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/11/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de mayo de 2013, relativa a la resolución alternativa de litigios en materia de consumo, queda redactada como sigue:

«Disposición adicional segunda. *Las entidades de resolución alternativa en el ámbito de protección de los usuarios del transporte aéreo.*

1. Para la resolución alternativa de litigios en que resulten de aplicación los Reglamentos de la Unión Europea en materia de protección de los usuarios del transporte aéreo, será acreditada y notificada a la Comisión Europea una única entidad, que conocerá, con arreglo a lo establecido en esta disposición, de aquellos conflictos que afecten a todos los pasajeros, aunque no tengan la condición de consumidores y ya esté la compañía establecida en la Unión Europea o fuera de ella.

Las entidades a las que se hace referencia en el artículo 6.2 que den cobertura a reclamaciones de consumo de todos los sectores económicos, podrán conocer igualmente de este tipo de litigios en el ámbito de aplicación de esta Ley, siempre que ambas partes se hayan sometido voluntariamente a tales procedimientos.

2. Por orden de la persona titular del Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana, se regulará el procedimiento de resolución alternativa de los litigios mencionados en el párrafo primero del apartado anterior, que será de aceptación obligatoria y resultado vinculante para las compañías aéreas.

3. La entidad acreditada pondrá fin al procedimiento anterior mediante decisión motivada. Transcurrido el plazo previsto en el artículo 20 de esta Ley sin que se haya notificado la decisión, se entenderá que la decisión es desestimatoria de la reclamación formulada por el pasajero.

El pasajero podrá retirarse en cualquier momento del procedimiento si no está satisfecho con su funcionamiento o tramitación, debiendo ser informado por la entidad acreditada de este extremo al inicio del procedimiento.

La decisión adoptada por la entidad acreditada podrá ser impugnada por parte de la compañía aérea, ante el juzgado de lo mercantil competente, cuando considere que la misma no es conforme a Derecho. Puesto que la decisión de la entidad acreditada no será vinculante para el pasajero, en todo caso se entenderá sin perjuicio de las acciones civiles que el pasajero tenga frente a la compañía aérea.

La impugnación de la decisión, mediante la formulación de la correspondiente demanda por la compañía, habrá de efectuarse dentro de los dos meses siguientes a su notificación o, en caso de que se haya solicitado corrección o aclaración, desde la notificación de la respuesta a esta solicitud, o desde la expiración del plazo de diez días desde que esta se efectuó sin que se haya notificado respuesta expresa. La demanda se tramitará por los cauces del juicio verbal.

El pasajero podrá no comparecer en el procedimiento judicial, entendiéndose que se remite a la decisión de la entidad acreditada. En este procedimiento nunca se impondrán las costas al pasajero.

4. Sin perjuicio del derecho de la compañía aérea a impugnar la decisión de la entidad acreditada, transcurrido un mes desde que fuera emitida la decisión podrá solicitarse por el pasajero su ejecución ante el juzgado de lo mercantil competente. A estos efectos, la decisión, debidamente certificada por la entidad acreditada, tendrá la consideración de título ejecutivo extrajudicial, de conformidad con lo

dispuesto en el numeral 9.º del apartado 2 del artículo 517 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.

En todo caso, la compañía aérea remitirá a la entidad acreditada justificante del cumplimiento de la decisión tan pronto como esta se produzca, indicando si ha impugnado la decisión ante el juzgado competente.

5. Hasta que entre en vigor la orden mencionada en el apartado 2, la Agencia Estatal de Seguridad Aérea deberá acomodar su funcionamiento y procedimiento a lo previsto en esta Ley con el fin de poder ser acreditada como entidad de resolución alternativa de litigios en materia de derechos de los usuarios del transporte aéreo.»

Disposición final séptima. Modificación de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014.

Se modifican las letras d) y f) del artículo 159.4 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, que quedan redactadas del siguiente modo:

«d) La oferta se presentará en un único sobre o archivo electrónico en los supuestos en que en el procedimiento no se contemplen criterios de adjudicación cuya cuantificación dependa de un juicio de valor. En caso contrario, la oferta se presentará en dos sobres o archivos electrónicos.

La apertura de los sobres o archivos electrónicos conteniendo la proposición se hará por el orden que proceda de conformidad con lo establecido en el artículo 145 en función del método aplicable para valorar los criterios de adjudicación establecidos en los pliegos. La apertura se hará por la mesa de contratación a la que se refiere el apartado 6 del artículo 326 de la presente Ley.»

«f) En todo caso, la valoración a la que se refiere la letra anterior deberá estar efectuada con anterioridad a la apertura del sobre o archivo electrónico que contenga la oferta evaluable a través de criterios cuantificables mediante la mera aplicación de fórmulas.

Tras la apertura del sobre o archivo electrónico y en la misma sesión la mesa procederá a:

1.º Previa exclusión, en su caso, de las ofertas que no cumplan los requerimientos del pliego, evaluar y clasificar las ofertas.

2.º Realizar la propuesta de adjudicación a favor del candidato con mejor puntuación.

3.º Comprobar en el Registro Oficial de Licitadores y Empresas Clasificadas que la empresa está debidamente constituida, el firmante de la proposición tiene poder bastante para formular la oferta, ostenta la solvencia económica, financiera y técnica o, en su caso la clasificación correspondiente y no está incurso en ninguna prohibición para contratar.

4.º Requerir a la empresa que ha obtenido la mejor puntuación mediante comunicación electrónica para que constituya la garantía definitiva, así como para que aporte el compromiso al que se refiere el artículo 75.2 y la documentación justificativa de que dispone efectivamente de los medios que se hubiese comprometido a dedicar o adscribir a la ejecución del contrato conforme al artículo 76.2; y todo ello en el plazo de siete días hábiles a contar desde el envío de la comunicación.

En el caso de que la oferta del licitador que haya obtenido la mejor puntuación se presuma que es anormalmente baja por darse los supuestos previstos en el artículo 149, la mesa, realizadas las actuaciones recogidas en los puntos 1.º y 2.º anteriores, seguirá el procedimiento previsto en el citado artículo, si bien el plazo

máximo para que justifique su oferta el licitador no podrá superar los cinco días hábiles desde el envío de la correspondiente comunicación.

Presentada la garantía definitiva y, en los casos en que resulte preceptiva, previa fiscalización del compromiso del gasto por la Intervención en los términos previstos en la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, en un plazo no superior a cinco días se procederá a adjudicar el contrato a favor del licitador propuesto como adjudicatario, procediéndose, una vez adjudicado el mismo, a su formalización.

En caso de que en el plazo otorgado al efecto el candidato propuesto como adjudicatario no presente la garantía definitiva, se efectuará propuesta de adjudicación a favor del siguiente candidato en puntuación, otorgándole el correspondiente plazo para constituir la citada garantía definitiva.

En el supuesto de que el empresario tenga que presentar cualquier otra documentación que no esté inscrita en el Registro de Licitadores, la misma se tendrá que aportar en el plazo de siete días hábiles establecido para presentar la garantía definitiva.»

Disposición final octava. Modificación del Real Decreto-ley 11/2020, de 31 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes complementarias en el ámbito social y económico para hacer frente al COVID-19.

Se modifica el Real Decreto-ley 11/2020, de 31 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes complementarias en el ámbito social y económico para hacer frente al COVID-19, en los siguientes términos:

Uno. El apartado 1 del artículo 4 queda redactado como sigue:

«1. La persona arrendataria de un contrato de vivienda habitual suscrito al amparo de la Ley 29/1994, de 24 de noviembre, de Arrendamientos Urbanos, que se encuentre en situación de vulnerabilidad económica, tal y como se define en el artículo siguiente, podrá solicitar de la persona arrendadora cuando esta sea una empresa o entidad pública de vivienda o un gran tenedor, entendiéndose por tal la persona física o jurídica que sea titular de más de diez inmuebles urbanos, excluyendo garajes y trasteros, o una superficie construida de más de 1.500 m², hasta el 30 de septiembre de 2020, el aplazamiento temporal y extraordinario en el pago de la renta, siempre que dicho aplazamiento o la condonación total o parcial de la misma no se hubiera conseguido ya con carácter voluntario por acuerdo entre ambas partes.»

Dos. El apartado 1 del artículo 8 queda redactado como sigue:

«1. La persona arrendataria de un contrato de vivienda habitual suscrito al amparo de la Ley 29/1994, de 24 de noviembre, de Arrendamientos Urbanos, que se encuentre en situación de vulnerabilidad económica, tal y como se define en el artículo 5, podrá solicitar de la persona arrendadora, cuando esta no sea ninguna de las comprendidas en el artículo 4, en el plazo de tres meses desde la entrada en vigor de este Real Decreto-ley y en los términos recogidos en los apartados 2 a 4 siguientes, el aplazamiento temporal y extraordinario en el pago de la renta, siempre que dicho aplazamiento o la condonación total o parcial de la misma no se hubiera acordado previamente entre ambas partes con carácter voluntario.»

Tres. El artículo 9 queda redactado como sigue:

«Artículo 9. *Aprobación de una línea de avales para la cobertura por cuenta del Estado de la financiación a arrendatarios en situación de vulnerabilidad social y económica como consecuencia de la expansión del COVID-19.*

1. Con objeto de proporcionar cobertura financiera para hacer frente a los gastos de vivienda por parte de los hogares que se encuentren en situaciones de vulnerabilidad social y económica como consecuencia de la expansión del COVID 19, se autoriza al

Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana para que, mediante convenio con el Instituto de Crédito Oficial, por un plazo de hasta catorce años, se desarrolle una línea de avales con total cobertura del Estado, para que las entidades de crédito puedan ofrecer ayudas transitorias de financiación a las personas que se encuentren en la referida situación de vulnerabilidad, en forma de préstamo con un plazo de devolución de hasta seis años, prorrogable excepcionalmente por otros cuatro y sin que, en ningún caso, devengue ningún tipo de gastos e intereses para el solicitante.

2. Las ayudas transitorias de financiación serán finalistas, debiendo dedicarse al pago de la renta del arrendamiento de vivienda habitual y podrán cubrir un importe máximo de seis mensualidades de renta.

3. A estas ayudas transitorias de financiación podrán acceder todos aquellos arrendatarios que se encuentren en situación de vulnerabilidad sobrevenida como consecuencia de la expansión del COVID-19, de acuerdo con los criterios y requisitos que se definan a través de una Orden del Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana, que incluirán en todo caso, y como mínimo, las situaciones definidas en el artículo 5 del presente Real Decreto-ley. Dicha Orden no precisará desarrollo normativo posterior para su aplicación y cumplirá en todo caso con la normativa de la Unión Europea en materia de ayudas de Estado.

4. La Orden del Ministerio de Transportes Movilidad y Agenda Urbana establecida en el apartado anterior no estará sujeta a la autorización del Consejo de Ministros, prevista en el artículo 10.2 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones.

5. A los efectos de la aplicación de las ayudas transitorias de financiación, se establece que en el mismo acto de concesión del préstamo por parte de la entidad de crédito de conformidad con la regulación establecida, se entenderá concedida la subvención de gastos e intereses que conlleve dicho préstamo, por lo que no requerirá resolución de concesión del Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana. Las ayudas en la modalidad de subvención de tipo de interés se financiarán por el Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana con cargo a la aplicación presupuestaria 17.09.261N.481, "Bonificación de gastos e intereses por concesión de préstamos a arrendatarios en situación de vulnerabilidad por el COVID-19". Este crédito tendrá la consideración de ampliable. La verificación del cumplimiento de los requisitos de los beneficiarios de la subvención se realizará "ex post" por el Ministerio de Transportes Movilidad y Agenda Urbana, conforme a la normativa de aplicación.

6. El convenio del Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana con el Instituto de Crédito Oficial al que se refiere el apartado 1 y la Orden del Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana referida en apartados anteriores, quedan exceptuados de la aplicación de lo dispuesto en los apartados Sexto y Séptimo del Acuerdo de Consejo de Ministros de 27 de diciembre de 2019, por el que se establecen los criterios de aplicación de la prórroga para 2020 de los Presupuestos Generales del Estado vigentes en el año 2019. Adicionalmente, al convenio le resultará de aplicación el régimen especial previsto en el artículo 39 del Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19.»

Cuatro. La letra c) del apartado 1 de la disposición adicional vigésima queda redactada como sigue:

«c) En el caso de los trabajadores por cuenta propia que hubieran estado previamente integrados en un régimen de la Seguridad Social como tales, o en un régimen de mutualismo alternativo a esta, y como consecuencia de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 hayan cesado en su actividad o cuando, sin haber cesado en su actividad, su facturación en el mes natural anterior al que se solicita la disponibilidad del plan de pensiones se haya reducido, al menos, en un 75 por ciento en relación con el promedio de facturación del semestre natural anterior, siempre que no se encuentren en alguno de los dos supuestos recogidos en los párrafos siguientes.

En el caso de los trabajadores autónomos agrarios de producciones de carácter estacional incluidos en el Sistema Especial para Trabajadores por Cuenta Propia Agrario, así como los trabajadores de producciones pesqueras, marisqueras o de productos específicos de carácter estacional incluidos en el Régimen Especial de Trabajadores del Mar, cuando su facturación promedio en los meses de campaña de producción anteriores al que se solicita la prestación se vea reducida, al menos, en un 75 por ciento en relación con los mismos meses de la campaña del año anterior.

En el caso de los trabajadores autónomos que desarrollen actividades en alguno de los siguientes códigos de la CNAE 2009: 5912, 5915, 5916, 5920 y entre el 9001 y el 9004 ambos incluidos, siempre que, no cesando en su actividad, su facturación en el mes natural anterior al que se solicita la prestación se vea reducida en al menos un 75 por ciento en relación con la efectuada en los doce meses anteriores.»

Disposición final novena. *Modificación del Real Decreto-ley 15/2020, de 21 de abril, de medidas urgentes complementarias para apoyar la economía y el empleo.*

Se modifica el Real Decreto-ley 15/2020, de 21 de abril, de medidas urgentes complementarias para apoyar la economía y el empleo, en los siguientes términos:

Uno. La letra c) del artículo 23.2 queda redactada como sigue:

«c) En el supuesto de ser trabajador por cuenta propia que hubiera estado previamente integrado en un régimen de la Seguridad Social como tal, o en un régimen de mutualismo alternativo a esta, y haya cesado en su actividad o cuya facturación se haya reducido en un 75 por ciento como consecuencia del estado de alarma decretado por el Gobierno, se presentará, según corresponda:

1.º El certificado expedido por la Agencia Estatal de la Administración Tributaria o el órgano competente de la Comunidad Autónoma, en su caso, sobre la base de la declaración de cese de actividad declarada por el interesado; o

2.º La información contable que justifique la reducción de la facturación en los mismos términos que los establecidos en el artículo 17.10 del Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo, para justificar la reducción de la facturación en la prestación extraordinaria por cese de actividad de los trabajadores por cuenta propia afectados por la declaración del estado de alarma. Los trabajadores por cuenta propia que no estén obligados a llevar los libros que acrediten el volumen de actividad, deberán acreditar la reducción de la facturación por cualquier medio de prueba admitido en derecho.»

Dos. La letra c) del artículo 23.3.1.º queda redactada como sigue:

«c) En el supuesto de trabajadores por cuenta propia que hubieran estado previamente integrados en un régimen de la Seguridad Social como tal, o en un régimen de mutualismo alternativo a esta, y hayan cesado en su actividad o cuya facturación se haya reducido en un 75 por ciento como consecuencia del estado de alarma decretado por el Gobierno: los ingresos netos que se hayan dejado de percibir durante un periodo de cómputo máximo igual a la vigencia del estado de alarma más un mes adicional, estimados mediante la declaración anual del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas correspondiente al ejercicio anterior y, en su caso, el pago fraccionado del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y las autoliquidaciones del Impuesto sobre el Valor Añadido correspondientes al último trimestre.»

Disposición final décima. *Título competencial.*

Esta Ley se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1.1.ª, 5.ª, 6.ª, 8.ª, 13.ª y 18.ª de la Constitución, que atribuye al Estado la competencia exclusiva sobre la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales; Administración de Justicia; legislación mercantil; legislación procesal, sin perjuicio de las

necesarias especialidades que en este orden se deriven de las particularidades del derecho sustantivo de las Comunidades Autónomas; legislación civil, sin perjuicio de la conservación, modificación y desarrollo por las Comunidades Autónomas de los Derechos civiles, forales o especiales, allí donde existan, en particular, en materia de ordenación de los registros e instrumentos públicos; bases y coordinación de la planificación general de la actividad económica; y legislación básica sobre contratos y concesiones administrativas.

Disposición final decimoprimera. *Intervención telemática de notarios y registradores.*

El Gobierno remitirá a las Cortes Generales en el plazo más breve posible, no superior a nueve meses, un proyecto de ley, oídos el Consejo General del Notariado y el Colegio de Registradores de España, para habilitar la intervención telemática notarial y registral con el objetivo de facilitar la prestación de los servicios notariales y registrales sin necesidad de presencia física.

Disposición final decimosegunda. *Actuaciones telemáticas.*

En colaboración con las Comunidades Autónomas que hayan asumido competencias en medios materiales y personales al servicio de la Administración de Justicia, el Consejo General del Poder Judicial y la Fiscalía General del Estado, el Gobierno remitirá a las Cortes Generales un proyecto de ley que regule las normas para la celebración de actos procesales telemáticos, preservando en todo momento las garantías procesales previstas en el ordenamiento jurídico y el derecho de defensa de las partes.

Disposición final decimotercera. *Entrada en vigor.*

Esta Ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Por tanto,

Mando a todos los españoles, particulares y autoridades, que guarden y hagan guardar esta ley.

Madrid, 18 de septiembre de 2020.

FELIPE R.

El Presidente del Gobierno,
PEDRO SÁNCHEZ PÉREZ-CASTEJÓN

Anexo VIII.- (Videoconferencia de Sus Majestades los Reyes)



CIRCULAR Nº 74/2020

Para: Ilmos. Sres. Presidentes de Colegios Oficiales de Enfermería

De: Secretaría General

Fecha: 12-5-2020

Asunto: **SS.MM. LOS REYES DE ESPAÑA HOY EN VIDEOCONFERENCIA
CON EL PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA**

Sus Majestades los Reyes de España han mantenido en el día de hoy una Videoconferencia con el Presidente del Consejo General de Enfermería, felicitando a todas las enfermeras y enfermeros de nuestro país por nuestro Día Internacional, al tiempo que trasladan su agrado, cariño y apoyo en su labor diaria, especialmente de la pandemia del COVID-19.

Se ampliará información.

EL SECRETARIO GENERAL,

Vº. Bº.
EL PRESIDENTE,

Florentino Pérez Raya



Diego Ayuso Murillo



Anexo IX. (homenaje de Estado 2021)



El presidente del Gobierno
participa su deseo de compartir con

Don Florentino Pérez Raya

**el homenaje de Estado a las víctimas del coronavirus y
de reconocimiento al personal sanitario
que presidirá**

Su Majestad el Rey

*y que tendrá lugar el próximo 15 de julio de 2021 a las 9:00 horas,
en la Plaza de la Armería del Palacio Real de Madrid.*

**Invitación personal e intransferible
Imprescindible su presentación junto con su documento de identidad**

Llegada de invitados 8:00 horas



Anexo X. (Gran Cruz Orden Civil Sanidad)



CIRCULAR N° 25/2022

Para: Ilmos. Sres. Presidentes de Colegios Oficiales de Enfermería

De: Secretaría General

Fecha: 29-3-2022

Asunto: **CONCESIÓN AL CGE DE LA GRAN CRUZ DE LA ORDEN CIVIL DE SANIDAD**

En la tarde de hoy el Presidente del Consejo General ha recibido una llamada telefónica de la Ministra de Sanidad en la que le anunciaba **la concesión a este Consejo General de la “Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad”**. En el transcurso de la conversación nuestro Presidente le expresó su agradecimiento en nombre de toda la Organización Colegial.

Dicha concesión ha sido aprobada en el Consejo de Ministros de hoy a través de Real Decreto y recogido en la Referencia del citado Consejo de Ministros, esta misma tarde.

El acto de entrega tendrá lugar el día 7 de abril y próximamente nos irán concretando todos los pormenores, de los cuales les mantendremos informados.

EL SECRETARIO GENERAL,

Vº. Bº.

Florentino

**Pérez Raya
EL PRESIDENTE,**



Código seguro de Verificación : GEN-6b84-ac62-79e3-226d-09ac-3f6a-e163-f978 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : <https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...>



MINISTERIO
DE SANIDAD



SUBSECRETARIA

Ministerio de Sanidad
Oficina de Registro del Ministerio de Sanidad
SALIDA
Nº Reg: REGAGE22s00011416077
Fecha: 05/04/2022 07:07:21

*Don Felipe VI, Rey de España, ha concedido por Real Decreto 238/2022, de fecha 29 de marzo de 2022 (B.O.E. de 2 de abril), a propuesta de la Ministra de Sanidad, y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 29 de marzo de 2022, el ingreso en la Orden Civil de Sanidad, con la categoría de **GRAN CRUZ** al Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España.*

Lo que me complace en comunicarles, para su conocimiento.

Madrid, a fecha de firma

LA SUBSECRETARIA
Dionisia Manteca Marcos

Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España

CSV : GEN-6b84-ac62-79e3-226d-09ac-3f6a-e163-f978

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : <https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm>

FIRMANTE(1) : DIONISIA MANTECA MARCOS | FECHA : 04/04/2022 16:01 | Sin acción específica



III. OTRAS DISPOSICIONES**MINISTERIO DE SANIDAD**

5296 *Real Decreto 238/2022, de 29 de marzo, por el que se concede la Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad al Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería.*

En atención a los méritos y circunstancias que concurren en el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería, a propuesta de la Ministra de Sanidad, y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 29 de marzo de 2022, Vengo en concederle la Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad.

Dado en Madrid, el 29 de marzo de 2022.

FELIPE R.

La Ministra de Sanidad,
CAROLINA DARIAS SAN SEBASTIÁN

Anexo XI. (acto memorial 2022).



El presidente del Gobierno
participa su deseo de compartir con

Don Florentino Pérez Raya

el acto Memorial por las Víctimas del COVID-19
“Un Aplauso para el Recuerdo”

que presidirán

Sus Majestades los Reyes

y que tendrá lugar el próximo 15 de julio de 2022 a las 9:00 horas
en la Plaza de la Armería del Palacio Real de Madrid.

Invitación personal e intransferible
Imprescindible su presentación junto con su documento de identidad



Anexo XII. Autocuestionario

ENCUESTA: SITUACIÓN EMOCIONAL EN PERIODO DE PANDEMIA POR COVID-19.

Estimada/o compañera/o, la situación actual de trabajo en el periodo de Pandemia por Covid-19-19 nos está obligando a adoptar nuevas formas de trabajo y se hace necesario conocer la opinión de los profesionales sobre su estado emocional para determinar y valorar las situaciones que atraviesa la profesión y poder adoptar medidas de apoyo y mejora. Nos interesa conocer la situación y opiniones de los profesionales para mejorar las acciones profesionales que redunden en un mejor cuidado y en la seguridad de los profesionales. Agradecemos de antemano su participación para el desarrollo de esta investigación.

N: Colegiados enfermeros en situación activa de la profesión.

Situación profesional y emocional de la profesión enfermera

Febrero 2022

Por favor, indica la provincia donde trabajas actualmente: (seleccionable/desplegable)

1. Sexo

- Hombre
- Mujer

2. Años de experiencia

- 0-5
- 6-10
- 11-15
- 16 o más
- Estudiante

3. Situación laboral:

- Trabajando.
- En Paro
- Jubilado
- Otros

4. Gestión centro de Trabajo

- Público
- Privado
- Concertado-Privado

5. Tipo de Contrato

- Fijo-estatutario
- Fijo-laboral
- Interino
- Eventual-suplente

Otros.

6. Área de trabajo:

- Urgencias Extrahospitalarias/hospitalarias.
- Cuidados Intensivos (incluidas zonas habilitadas para ello durante esta crisis)
- Hospitalización
- Atención primaria
- Sociosanitario
- Otras: _____

7. Empezando por tu trabajo diario, dirías que actualmente: (elige la opción que más se ajuste a tu caso)

- La mayoría de mi trabajo se dedica a pacientes COVID-19.
- Sólo una parte de mi trabajo tiene que ver con pacientes COVID-19
- Tengo poca/ninguna relación con pacientes COVID-19

Respecto a una posible infección por COVID-19,

8. ¿Has padecido la enfermedad confirmado con test.?

- Sí
- No

9. Creo que he padecido la enfermedad aunque no tengo confirmación por pruebas.

- Sí
- No
- ?

10. No he padecido la enfermedad

- De acuerdo

11. Número de veces que se ha contagiado

- 1
- 2
- Más de 2

12. indique su situación en relación a la vacunación:

- Sí, Tengo la pauta completa con tres dosis.
- Sí, Tengo dos dosis
- Sí, Tengo una dosis.
- No me he vacunado por problemas de salud.
- No me he vacunado porque estoy a favor de la vacunación.
- No contesta

13. A tu juicio la ola Ómicron a efectos de trabajo:

- Se ha comportado como otras olas de Covid-19
- Ha dado menos trabajo que otras olas.
- Ha supuesto un incremento importante respecto a otras olas de Covid-19.

14. Considerando un área similar en la que tú trabajas, y suponiendo que hubiera tres enfermeras trabajando en la actualidad ¿Cuántas enfermeras más hay que contratar para cubrir adecuadamente las necesidades de un buen servicio?

- Ninguna
- 1 enfermera más
- 2 enfermeras más
- 3 enfermeras más, (doblar las que hay)
- 4 enfermeras más
- 5 enfermeras más
- Más de 5 enfermeras.

15. Valora de 0 a 10, donde 0 es la peor valoración (está muy mal) y 10 la mejor valoración (está muy bien), los siguientes aspectos de la profesión:

- La estabilidad en el trabajo/___/___/
- Los Turnos de trabajo/___/___/
- Los días libres..... /___/___/
- El Salario..... /___/___/
- La Carga de Trabajo..... /___/___/
- La conciliación de la vida familiar y laboral..... /___/___/
- El reconocimiento de la carrera profesional...../___/___/
- El desarrollo de las especialidades...../___/___/

16. ¿Qué importancia da usted al reconocimiento de la categoría A1 a la profesión enfermera?

- Mucha
- Bastante
- Poco
- Nada

17. ¿En qué medida el tema del COVID-19 te ha afectado psicológicamente?

- Mucho
- Bastante
- Poco
- Nada

18. ¿En qué medida ha tenido los siguientes episodios en los últimos meses? Marque aquellos que ha tenido.

- Estrés
- Ansiedad
- Temor/miedo
- Insomnio
- Depresión

19. ¿Has tenido alguna baja laboral por ansiedad, estrés o agotamiento mental?

- Sí, en una ocasión
- Sí, en más de una ocasión
- No

20. ¿En qué medida te sientes reconocido por.....?

			B a s t a n t e	M u c h o
Tus pacientes				
Los familiares de los pacientes				
La Sociedad en su conjunto				
Tus jefes y directivos				
Los medios de comunicación				
Los responsables políticos				

21. ¿Has pensado en abandonar la profesión?

- Si
- No
- No sé

22. ¿Volverías a estudiar enfermería si pudieses dar marcha atrás?

- Si
- No
- No sé

23. ¿Reúnes los requisitos y condiciones para solicitar la prejubilación?

- Si
- No
- No sé

24. ¿Has pensado en solicitar la prejubilación, aunque suponga una reducción en tu pensión?

- Si
- No
- No sé

Anexo XIII. Permisos



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España

DON DIEGO AYUSO MURILLO, SECRETARIO GENERAL DEL
CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE ENFERMERÍA

CERTIFICA:

Que, de conformidad con los datos que obran en los archivos de esta Corporación, en la reunión de su Comisión Ejecutiva celebrada el 22 de marzo de 2022, entre otros y por unanimidad de sus miembros, se adoptó el acuerdo de autorizar la publicación de los datos de la Macroencuesta de enfermería “Radiografía de la situación profesional y emocional de la profesión enfermera” y que se puedan utilizar los mismos en publicaciones científicas y grupos de trabajo de este Consejo General.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, expido y firmo la presente, en Madrid, a veintidós de septiembre de dos mil veintitrés.

DIEGO
AYUSO
MURILLO

Firmado digitalmente por
DIEGO AYUSO
MURILLO
Fecha: 2023.09.22
12:08:38 +02'00'



📍 Calle de la Sierra de Pajarejo, 13. 28023 Madrid
☎ 91 334 55 20
✉ cge@consejogeneralenfermeria.org
🌐 www.consejogeneralenfermeria.org

