

REVISIONES

Regulación de la dotación de enfermeras en residencias para mayores en España: claves para una atención de calidad

Gustavo Adolfo Pimentel-Parra¹

Arantxa Bujanda Sainz de Murrieta¹

Eva María Juez-Sarmiento Brito²

Elena Rincón Ayensa²

Paula Escalada Hernández¹

1. Universidad Pública de Navarra. Departamento de Ciencias de la Salud.

2. Colegio Oficial de Enfermeras de Navarra

Correspondencia: Arantxa Bujanda Sainz de Murieta
(arantxa.bujanda@unavarra.es)

Citación: Pimentel-Parra G, Bujanda Sainz de Murieta A, Juez-Sarmiento Brito, E, Rincón Ayensa E, Escalada Hernández P. Regulación de la dotación de enfermeras en residencias para mayores en España: claves para una atención de calidad. RevPuls 2025; 2(1)

Financiación: El presente trabajo ha sido financiado por el Colegio Oficial de Enfermeras de Navarra.



RESUMEN

Introducción:

El envejecimiento de la población en España va en aumento, siendo un recurso cada vez más fundamental la atención en los centros residenciales para personas mayores. Sin embargo, la dotación de profesionales y la normativa que lo regula no sigue unos criterios homogéneos.

Objetivo:

Presentar la regulación vigente en lo que respecta a la dotación de enfermeras en los centros residenciales en España, con especial énfasis a la normativa de la Comunidad Foral de Navarra.

Metodología:

Se realizó una revisión narrativa de las normativas vigentes a nivel nacional y autonómico en España mediante una búsqueda sistemática en bases de datos académicas y sitios web oficiales de instituciones gubernamentales y organizaciones de salud. Se organizó por comunidades autónomas para compararlas y se contextualizó en el marco de las recomendaciones internacionales.

Resultados:

Las normativas en España son dispares entre comunidades autónomas, careciendo de un estándar nacional que garantice una dotación adecuada de enfermeras. En países como Australia y Estados Unidos, existen requisitos mínimos que aseguran una mayor presencia de enfermeras en centros residenciales, siguiendo estándares internacionales. A nivel nacional, no hay un cálculo específico para la figura de las enfermeras dentro de las ratios establecidas para el personal de atención directa, pero se presume insuficiente. La falta de personal especializado puede comprometer la calidad de los cuidados, especialmente en casos de alta dependencia o complejidad clínica.

Conclusiones:

La regulación actual en España no garantiza una dotación de enfermeras suficiente para atender adecuadamente a la población envejecida. Es necesario revisar la normativa y establecer un mínimo obligatorio de enfermeras por residente para asegurar una atención de calidad

Palabras clave: Población mayor; ratio enfermera-paciente; normativa; centros residenciales para mayores.

ABSTRACT

Introduction:

The aging of the population in Spain is increasing, with care in residential centers for the elderly being an increasingly fundamental resource. However, the provision of professionals and the regulations governing it do not follow homogeneous criteria.

Objective:

To present the current regulations regarding nurse staff in residential care centers in Spain, with special emphasis on the regulations of the Autonomous Community of Navarre.

Methodology:

A narrative review of national and regional regulations in Spain was conducted through a systematic search in academic databases and official websites of government institutions and health organizations. Regulations were organized by autonomous communities for comparative analysis and contextualized within the framework of international recommendations.

Results:

The regulations in Spain vary from one autonomous community to another, lacking a national standard that guarantees an adequate number of nurses. In countries such as Australia and the United States, there are minimum requirements that ensure a greater presence of nurses in residential centers, following international standards. At the national level, there is no specific calculation for nurses within the ratios established for direct care staff, but it is presumed to be insufficient. The lack of specialized staff may compromise the quality of care, especially in cases of high dependency or clinical complexity.

Conclusions:

Current regulations in Spain do not guarantee a sufficient number of nurses to adequately care for the aging population. It is necessary to review the regulations and establish a mandatory minimum number of nurses per resident to ensure quality care.

Keywords: Elderly population; nurse-patient ratio; regulations; residential care facilities for the elderly

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas el envejecimiento poblacional ha aumentado considerablemente. En los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD, por sus siglas en inglés Organisation for Economic Co-operation and Development) casi se duplicó el porcentaje de población mayor de 65 años entre 1960 y 2019, con un incremento de más del 17%. Concretamente, en los 38 países miembros de la OECD, las personas de 65 años y más superaban los 232 millones en 2019, 62 millones tenían al menos 80 años¹.

Este incremento refleja que la población de personas mayores (de 65 años o más) representa una proporción cada vez mayor, lo cual está directamente ligado con la disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida. En el caso de España, en 2022 el índice de envejecimiento poblacional alcanzó su máximo histórico con un porcentaje de 133,5%, lo que equivalen a 133 mayores de 65 años por cada 100 menores de 162. A su vez, la tasa de dependencia de personas de 65 años o más, con un valor de 31% en 2022, continúa creciendo². Se estima que estas cifras sigan empeorando, lo que conllevaría múltiples consecuencias sociales y sanitarias, entre las que se destacan la insostenibilidad del sistema de pensiones³ y el incremento del gasto sanitario derivado del aumento de la discapacidad y la dependencia^{4,5}.

El crecimiento de la población anciana, junto con el aumento de las tasas de discapacidad y dependencia, ha aumentado la demanda de atención institucional de larga duración en la mayoría de los países de la OECD⁶. En nuestro contexto, la atención institucional de larga duración para las personas mayores es ofrecida por centros que reciben diferentes denominaciones como centros socio-sanitarios, residencias de ancianos o centros de larga estancia. El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso) define el término “centros residenciales para personas mayores” como aquellos establecimientos que prestan una atención residencial, con un enfoque biopsicosocial, que incluye servicios continuados para la asistencia personal y la atención sanitaria⁷.

El personal en los centros residenciales para personas mayores ofrece servicios básicos como alojamiento, manutención o asistencia en las actividades básicas de la vida diaria y servicios especializados de atención sanitaria y social, que incluyen atención médica, de enfermería, psicológica y social, así como terapia ocupacional y rehabilitación funcional⁷. Para ello, las plantillas de estos centros se organizan en personal de atención indirecta, que incluye al personal de

servicios generales, y personal de atención directa, integrado por equipos interdisciplinarios que realizan labores asistenciales y prestan cuidados directos a los residentes⁸. Los profesionales incluidos en estos equipos son enfermeras, fisioterapeutas, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y personal técnico auxiliar como auxiliares de clínica, auxiliares de geriatría/gerocultores o similares^{8,9}. Estos equipos interdisciplinarios deben trabajar de forma coordinada y complementaria para asegurar un abordaje integral de las necesidades biopsicosociales de las personas mayores⁹.

Las enfermeras (en este artículo se utilizará este término para referirse a enfermeras o enfermeros profesionales con título universitario en Enfermería) juegan un papel clave en los equipos interdisciplinarios de los centros residenciales para personas mayores. La evidencia demuestra que su labor contribuye a la mejora del seguimiento de los residentes, a la disminución de la utilización de otros recursos sanitarios, reducción del número de hospitalizaciones y a la racionalización del gasto farmacéutico, entre otros¹⁰⁻¹².

El rol de las enfermeras en los centros residenciales es multifacético. Por un lado, su práctica clínica se desarrolla a través de la valoración del estado de salud y las necesidades de cuidado de las personas residentes, lo que supone y planificación, ejecución y evaluación de los cuidados y atención enfermera. Además de desempeñar un papel clave en la relación con las familias, brindando apoyo y orientación. A esto se suma que las enfermeras supervisan y coordinan la atención prestada por el personal técnico auxiliar en las actividades básicas de la vida diaria de los residentes¹³. En esta función, garantizan la continuidad y coordinación en el cuidado de las personas residentes, colaborando estrechamente con el equipo interdisciplinario, en la supervisión del control de las infecciones y en el desarrollo e implementación de programas para la mejora de la calidad asistencial^{11,12}.

Frente al incremento de la demanda de la atención institucional de larga duración en los centros residenciales, los sistemas sanitarios se enfrentan a una carestía de profesionales cualificados en estos centros, siendo especialmente significativa la escasez de enfermeras. Esta situación se traduce en plantillas insuficientemente dotadas de enfermeras, lo que dificulta la prestación de una atención que cumpla con los estándares de calidad requeridos para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente, así como una atención centrada en los residentes^{1,6,14}.

OBJETIVO

Presentar la regulación vigente en lo que respecta a la dotación de enfermeras en los centros residenciales en España, con especial énfasis a la normativa de la Comunidad Foral de Navarra.

METODOLOGÍA

En esta revisión narrativa, se ha llevado a cabo una búsqueda y análisis de la legislación, normativas y directrices pertinentes a nivel nacional y autonómico. La elección de este enfoque se justifica por la necesidad de contextualizar y sintetizar la información normativa de manera comprensible, teniendo en cuenta la diversidad de regulaciones existentes en las diferentes comunidades autónomas de España.

Estrategia de búsqueda y proceso de selección de la información

La estrategia de búsqueda se centró en la identificación de documentos legales, informes técnicos, guías y estudios previos relevantes. Se implementó un enfoque sistemático, comenzando con una búsqueda preliminar en bases de datos académicas y sitios web oficiales de instituciones gubernamentales y organizaciones de salud.

La selección de la información se realizó en varias fases:

1. Identificación de normativas relevantes: Se elaboró una lista de normativas significativas a nivel nacional y autonómico, priorizando aquellas que impactan directamente en la dotación de enfermeras en los centros residenciales.

2. Lectura crítica: Se llevó a cabo una lectura crítica de los documentos seleccionados para extraer la información más pertinente en relación con los objetivos de la revisión.

Síntesis y análisis de la información

La información recopilada fue organizada y sintetizada por comunidades autónomas para destacar las similitudes y diferencias en la regulación vigente. Se realizó un análisis comparativo para identificar posibles discrepancias o vacíos normativos a nivel nacional. Además, se contextualizó la regulación española, y navarra, en el marco de las recomendaciones internacionales y las mejores prácticas reconocidas en la atención residencial.

RESULTADOS

Regulación del personal de atención directa en los centros residenciales internacionales

Numerosos países han regulado los niveles mínimos de personal en los equipos que prestan cuidados directos o atención directa, y concretamente la dotación de enfermeras, para dar garantía en la calidad de la atención en los centros residenciales^{15,16}; entre ellos, España^{17,18}.

Para que se alcancen los estándares mínimos de calidad de la atención, no basta solamente con incrementar el número de profesionales dentro del personal de atención directa^{19,20}, también es necesario mejorar la composición del personal, la cual está relacionada con la calidad de la atención institucional de larga duración^{12,21}. La composición se refiere a la combinación o tipos de profesionales dentro de los equipos (por ejemplo, enfermeras y otro personal técnico auxiliar como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, gerocultoras, etc.), que se relaciona con el nivel educativo y certificaciones profesionales²¹. Un aspecto clave en la composición de los equipos interdisciplinarios que ofrecen atención directa en estos centros es el número de enfermeras tituladas.

En esta línea, la nueva regulación de Australia de los centros residenciales para personas mayores señala que, a partir de julio de 2024, el tiempo mínimo de atención directa que cada residente debe recibir por parte de una enfermera es de 44 minutos al día (0,73 horas) y también es necesaria la presencia de enfermeras en el centro durante todo el día, de lunes a domingo²². Recientemente, además, el Departamento de Salud y Servicios a las Personas de los Estados Unidos ha promulgado una nueva normativa que regula los estándares mínimos de dotación personal sanitario de los centros residenciales para personas mayores de los programas Medicare y Medicaid. En esta regulación se establece el estándar mínimo de 0,55 horas por residente y día para la dotación de enfermeras tituladas y el requerimiento de contar con una enfermera de forma presencial en el centro veinticuatro horas al día, los siete días de la semana²³.

Regulación del personal sanitario de atención directa en centros residenciales en España

En España, la prestación de servicios y asistencia sanitaria en centros residenciales es muy variable y no existe una normativa unificada que la regule^{24,25}. El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

(SAAD) establece un marco a nivel nacional, por el que se deben guiar las normativas autonómicas, en relación con los servicios y prestaciones económicas para la promoción de la autonomía personal, la atención y protección a las personas en situación de dependencia²⁶. Sin embargo, dado que las competencias sobre el sistema sanitario y los servicios sociales recaen en las comunidades autónomas, en cada una de ellas se aplica una regulación distinta sobre los requisitos a cumplir por los centros residenciales para personas mayores²⁷. Así, la responsabilidad de la atención puede recaer en el personal sanitario del centro residencial o externo al centro, condicionándose a los convenios propios o individuales de cada centro residencial con los equipos de Atención Primaria en cuanto a asistencia sanitaria, prevención y prescripción²⁴.

A nivel nacional, en el marco del SAAD, las normativas por las cuales se define la ratio y tipo de personal en los centros residenciales son la Resolución de 2 de diciembre de 2008²⁸, la Resolución del 11 de diciembre

de 2017²⁹ y la Resolución del 28 de julio de 2022³⁰, por las cuales se establecen los acuerdos sobre los *Criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. Estas normativas señalan que “el número de profesionales se adecuará a la tipología, a la intensidad de la prestación de cada recurso del Sistema y a los servicios que prestan²⁹”.

La Resolución del 28 de julio de 2022 establece diferentes tipos y ratios de personal, clasificándolos en tres categorías: personal de atención directa de primer nivel (Ad1N), personal de atención directa de segundo nivel (Ad2N) y personal de atención indirecta (AI). Dentro de cada categoría, se tienen en cuenta los títulos y certificados que se presentan en la **Tabla 1**.

La ratio mínima de Ad1N en centros residenciales en España se determina en relación con el número de plazas ocupadas a través de jornadas completas o personal equivalente (30). Por otro lado, las ratios

Tabla 1. Titulaciones y certificados de los cuidadores, gerocultores, asistentes personales, auxiliares de ayuda, profesionales y personal de soporte en centros residenciales en España.

	Titulación o Certificado	Normativa
Ad1N	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería	Real Decreto 546/1995
	Técnico Auxiliar Clínica	Real Decreto 777/1998
	Técnico Auxiliar Psiquiatría	
	Técnico Auxiliar de Enfermería	
	Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia	Real Decreto 1593/2011
	Técnico de Atención Sociosanitaria	Real Decreto 496/2003
	Técnico Superior en Integración Social	Real Decreto 1074/2012
		Real Decreto 2061/1995
	Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales	Real Decreto 1379/2008
	Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio	
Ad2N	Titulación universitaria de grado o equivalente, o titulación de Formación Profesional de Grado Superior en las ramas sociosanitarias.	Resolución del 28 de julio de 2022

AI	Personal del centro dedicado a todo tipo de procesos y tareas de soporte necesarios para el correcto funcionamiento del centro. Comprende personal de limpieza, cocina, lavandería, transporte, mantenimiento, etc., así como los servicios administrativos necesarios.	Resolución del 28 de julio de 2022
----	---	------------------------------------

Ad1N: Personal de atención directa de primer nivel.
Ad2N: Personal de atención directa de segundo nivel.
AI: Personal de atención indirecta.

dependerán también del grado de dependencia de los residentes del centro de atención residencial.

$$\text{Ratio mínima Ad1N} = \frac{(\text{Nº jornadas completas equivalentes})}{(\text{Nº de plazas ocupadas del centro residencial})}$$

La normativa no establece tipos de profesionales específicos para Ad2N, ni una fórmula para el cálculo de su ratio mínima. En la Resolución del 28 de julio de 2022 se determina que el número, tipología y demanda de Ad2N se decretará “por cada Administración competente en su ámbito territorial, en función de las características y necesidades de las personas residentes”³⁰. Como se

puede observar en la **tabla 2** según la ratio de Ad1N y de atención conjunta (Ad1N + Ad2N), la ratio de Ad2N equivale a solo 0,08, siendo una ratio muy limitada para este tipo de personal que engloba enfermeras y médicos, fisioterapeutas, rehabilitadores, trabajadores sociales, etc. Esta ratio equivaldría a ocho jornadas completas de profesionales dentro de la categoría Ad2N para cada 100 residentes.

Como se puede evidenciar, la normativa existente no respalda la figura de las enfermeras en los centros residenciales para personas mayores. Si bien el último acuerdo publicado recientemente (Resolución del 28 de julio de 2022) introduce al Ad2N en los que se incluyen

Tabla 2. Ratios específicas para las categorías de Atención directa de primer nivel (Ad1N) y Atención directa conjunta (Ad1N + Ad2N), en centros residenciales en España.

Ratio exigible a							
Fecha	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Categoría profesional de personal Cuidador/a, Gerocultor/a o similar de atención directa de primer nivel (Ad1N)							
Residencia personas mayores	0,31	0,33	0,35	0,37	0,39	0,41	0,43
Residencia personas con discapacidad	0,42	0,43	0,45	0,46	0,48	0,49	0,50
Atención directa conjunta (Ad1N + Ad2N)							
Residencia personas mayores	0,39	0,41	0,43	0,45	0,47	0,49	0,51
Residencia personas con discapacidad	0,50	0,51	0,53	0,54	0,56	0,57	0,58

Ad1N: Personal de atención directa de primer nivel.
Ad2N: Personal de atención directa de segundo nivel.
Fuente: Resolución de 28 de julio de 2022 (30)

las enfermeras tituladas, su ratio continúa siendo muy bajo y la normativa no dimensiona la importancia de las enfermeras en estos centros³⁰.

Las ratios y la dotación de enfermeras en los centros residenciales no están estandarizadas y varían considerablemente dependiendo de la regulación de cada comunidad autónoma, lo que resulta en diferencias significativas entre las diversas regiones

del país²⁵. En la **tabla 3** se puede observar las ratios de enfermeras establecidas para cada comunidad autónoma.

Regulación del personal sanitario de atención directa en centros residenciales en Navarra

En el caso específico de Navarra, la regulación del personal de los centros residenciales se recoge en el

Tabla 3. Ratios de enfermeras en centros residenciales en las 17 comunidades autónomas. Fuente: (25,27,43–46)

Comunidad autónoma	Ratio de Enfermeras
Andalucía	0,04 enfermera por cada usuario (equivalente a 1 enfermera por cada 25 residentes)
Aragón	Enfermero / DUE: 0,90 enfermera/DUE cada 30 usuarios- deberá existir al menos un profesional en centros de más de 30 plazas (equivalente a 1 enfermera por cada 33 residentes)
Asturias	ATS/DUE: ratio de 0,025 por persona usuaria en situación de dependencia de grado II y 0,035 por persona usuaria en situación de dependencia de grado III (equivalente a una enfermera por cada 40 residentes/ una enfermera por cada 28 residentes)
Baleares	5 ATS/DUE a jornada completa por cada 100 plazas o parte proporcional (equivalente a 1 enfermera por cada 20 residentes)
Canarias	En todos los centros se deberá contar con un número suficiente de ATS/DUE y personal auxiliar que garantice de forma continuada y permanente los cuidados que precisen los usuarios.
Cantabria	1 enfermera por cada 31 personas institucionalizadas
Castilla La Mancha	Miniresidencias, de menos de 46 plazas, con 20 horas semanales de presencia física de enfermero. Residencias tamaño medio, entre 46 y 80 plazas, con 40 horas semanales de presencia física de enfermero. Grandes residencias, de más de 80 plazas, con 40 horas semanales de presencia física de enfermero, se irá incrementando en 20 horas semanales por cada 40 usuarios o fracción (equivalente a 1 enfermera por cada 69 residentes*)
Castilla y León	Hasta 25 usuarios se exigirá una prestación mínima de 2 horas diarias. Adicionalmente cada 8 usuarios o fracción, se realizará una prestación de una hora diaria (equivalente a 1 enfermera por cada 48 residentes*)
Cataluña	1 enfermera por cada 35 - 45 personas institucionalizadas
Extremadura	1 enfermera por cada 25 residentes

Galicia	En los centros con un número inferior a 40 plazas asistidas se deberá contar con la presencia localizada de médico y ATS o DUE durante las 24 horas. Aquéllos con un número superior de plazas asistidas, además de la presencia localizada del personal médico, deberán contar con la presencia física del ATS o DUE las 24 horas
La Rioja	Dispondrá de ATS o DUE en la siguiente proporción: Nivel 1 (centros entre 40 y 74 plazas): 60 horas/semana. Nivel 2 (centros entre 75 y 149 plazas): 80 horas/semana. Nivel 3 (centros entre 150 y 199 plazas): 100 horas/semana. Nivel 4 (centros con más de 200 plazas): 160 horas/semana
Madrid	1 enfermera o cualquier otro tipo de personal sanitario por cada 4 residentes asistidos
Murcia	ATS/DUE con una prestación mínima de 1 hora diaria hasta 40 usuarios. Adicionalmente, cada 20 usuarios o fracción se realizará una prestación de una hora diaria más (equivalente a 1 enfermera por cada 118 residentes*)
Navarra	Se establece una ratio mínima para el personal de enfermería de 0,02 personal equivalente/persona usuaria/año (equivalente a 1 enfermera por cada 50 residentes*) En el caso de servicios residenciales de psicogeriatría la ratio para personal de enfermería es de 0,08 (equivalente a 1 enfermera por cada 12 residentes*)
País Vasco	Enfermería: Grado de dependencia 0 y I= 0,027, Grado de dependencia II y II= 0,032 (equivalente a una enfermera por cada 37 residentes/ una enfermera por cada 31 residentes)
Valencia	Mínimo de 8 horas semanales por cada 10 plazas o fracción de forma proporcional. En centro con unidad de alta dependencia: enfermero/a con presencia física 24 horas del día (equivalente a 1 enfermera por cada 43 residentes*)

**Equivalencia calculada tomando como referencia la jornada máxima anual fijada en el VIII Convenio Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal, que fija un máximo de 1792 horas anuales en 2023, lo que supone aproximadamente 34,5 horas semanales.*

ATS: Ayudante Técnico Sanitario. DUE: Diplomado Universitario en Enfermería.

Decreto Foral 38/2023, de 5 de abril, de modificación del Decreto Foral 92/2020, de 2 de diciembre, por el que se regula el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorios de las áreas de mayores, discapacidad, enfermedad mental e inclusión social, del sistema de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra, y el régimen de autorizaciones, comunicaciones previas y homologaciones, y del Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio, por el que se aprueba la cartera de servicios sociales de ámbito general, y por el que se aprueban los servicios sociosanitarios para la atención integral social y sanitaria y la cartera de servicios de políticas migratorias³¹.

En este Decreto el personal de los centros residenciales se divide en tres categorías:

- Personal profesional de atención directa: Cuidadoras o cuidadores profesionales, auxiliares de enfermería o equivalente y técnicas o técnicos de integración social.
- Personal técnico, de las titulaciones de Medicina, Enfermería, Farmacia, Fisioterapia, Terapia ocupacional, Animación Sociocultural, Trabajo Social, Psicología, Pedagogía, Logopedia, Podología, Educación Social, Monitor o Monitora de taller, Técnico o Técnica en estimulación, cualquier titulación de formación profesional de grado superior en la rama sociosanitaria y cualquier otra categoría profesional que desempeñe funciones técnicas y que sea reconocido así por el órgano competente en materia de inspección de servicios.
- Personal de servicios generales: personal de limpieza, cocina, administración, etc.

En relación con las ratios de personal mínimas establecidas, en esta norma se explica lo siguiente:

La ratio de personal viene expresada en personal equivalente por persona usuaria. Para obtener el dato de personal equivalente se aplica la siguiente fórmula: número de horas de atención (directa o técnica), dividido entre la jornada laboral anual correspondiente. De manera que, para obtener la ratio, se divide el personal equivalente entre el número de personas usuarias, que, en el caso de centros residenciales, no podrá ser inferior al 80% de las plazas autorizadas.

$$\text{Ratio} = \frac{\text{(personal equivalente)}}{\text{(n.º personas usuarias)}}$$

=

$$\frac{\text{(n.º horas atención anuales)}}{\text{(jornada anual x n.º personas usuarias)}}$$

Las ratios mínimas exigidas de personal de atención directa y de personal técnico en los centros residenciales para personas mayores se diferencian según el porcentaje de ocupación de plazas con personas en situación de dependencia severa o gran dependencia. Si la ocupación de las plazas con personas en situación de dependencia severa o gran dependencia superan el 60%, las ratios exigidas de profesionales de atención directa y personal técnico conjuntamente son las presentadas en la **tabla 4**, a cumplir a partir del 31 de diciembre del año indicado.

En centros residenciales para personas mayores, cuando las personas en situación de dependencia severa o gran dependencia es inferior al 60% de las plazas ocupadas, las ratios exigibles serán las que figuran en la **tabla 5**.

Tabla 4. Ratios conjuntas exigidas para profesionales de atención directa y personal técnico en centros con personas en situación de dependencia superior al 60% según Decreto Foral 38/2023

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
0,39	0,41	0,43	0,45	0,47	0,49	0,51

Como se puede observar en la **tabla 5** se ofrecen datos globales para la categoría de personal técnico estableciendo una ratio global de 0,048 personal equivalente/persona usuaria al año para mayores dependientes, 0,12 para psicogeriatría y 0,014 para mayores no dependientes.

Esto equivale a veinte mayores residentes por cada profesional técnico, ocho residentes en psicogeriatría por cada profesional técnico y 71 mayores no dependientes por cada profesional técnico; teniendo en cuenta que esta proporción tiene que ser compartida por todos los profesionales técnicos. Esta equivalencia

Tabla 5. Ratios conjuntas exigidas para profesionales de atención directa y personal técnico en centros con personas en situación de dependencia inferior al 60% según Decreto Foral 38/2023

	PROFESIONAL ATENCIÓN DIRECTA	PERSONAL TÉCNICO
Mayores dependientes	0,29	0,048 (*)
Psicogeriatría	0,35	0,12 (**)
Mayores no dependientes	0,09	0,014
Discapacidad (con gran dependencia o dependencia severa)	0,60	0,10 (*)
Discapacidad (con dependencia moderada o sin dependencia)	0,30	0,10

(*) El personal de enfermería deberá ser como mínimo un 0,02 personal equivalente/persona usuaria/año, incluyendo en su caso el de farmacia.
 (**) El personal de enfermería deberá ser como mínimo un 0,08 personal equivalente/persona usuaria/año.

está calculada tomando como referencia la jornada máxima anual fijada en el VIII Convenio Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal (32), que fija un máximo de 1792 horas anuales en 2023.

Con alusión directa a la ratio de enfermeras en estos centros se señala que, en todos los centros residenciales para personas mayores, excepto aquellos que atienden exclusivamente a personas no dependientes, el personal de enfermería deberá ser como mínimo un 0,02 personal equivalente/persona usuaria/año, incluyendo en su caso el personal de farmacia; lo que equivaldría a una enfermera por cada 50 residentes. Y en el caso de los servicios de psicogeriatría se establece una ratio mínima de 0,08 personal equivalente/persona usuaria/año; equivalente a una enfermera por cada doce residentes.

DISCUSIÓN

Como se puede deducir de la normativa vigente, y tal como apunta la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, más allá de fortalecer la figura de las enfermeras en los centros residenciales para personas mayores, se observa una tendencia

preocupante. Esta tendencia se manifiesta en las bajas ratios de enfermeras en los centros residenciales, según lo recogido en las regulaciones de las diferentes comunidades autónomas, en comparación con las recomendaciones internacionales, como las de Australia (0,73 horas por residente y día/enfermera, lo que equivale a 33 residentes por enfermera)²² o Estados Unidos (0,55 horas por residente y día/enfermera, lo que equivale a 44 residentes por enfermera)²³.

Recientemente, la pandemia SARS-Cov-19 puso de manifiesto importantes deficiencias en el sistema de atención sanitaria en los centros residenciales de España. Estas deficiencias están relacionadas principalmente con la baja ratio de enfermeras tituladas, así como con la insuficiencia de recursos y deficiencia en las infraestructuras³³.

Esta situación contrasta con la nueva regulación vigente a nivel nacional, mencionada anteriormente, respecto a los criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y el sistema de evaluación de la calidad establecido. Este sistema de evaluación se articulará entorno a cinco principios: (1) Dignidad y respeto, (2) Personalización y atención centrada en la persona, (3) Participación, control y elecciones, (4) Derecho a la salud al bienestar personal y (5) Proximidad y conexiones comunitarias;

además, se atenderá “a la calidad en las condiciones de trabajo de las personas profesionales encargadas de prestar apoyos en los diferentes servicios”³⁰. Como se ha mencionado anteriormente, las enfermeras juegan un papel clave en los equipos interdisciplinarios de los centros residenciales para personas mayores y tienen el potencial de desempeñar un rol esencial en la promoción de los principios en los que sustentan el sistema de calidad propuesto.

Las administraciones públicas, nacionales, autonómicas, locales y privadas no refuerzan las condiciones laborales y profesionales de las enfermeras en el contexto de la atención residencial de las personas mayores, a pesar de las recomendaciones y necesidades evidentes. En cambio, han aprobado legislaciones que van en contra de sus competencias profesionales legalmente instauradas³⁴. Un ejemplo de ello es la creación del Real Decreto por el que se establece el título de técnico superior en gestión de servicios en centros gerontológicos y su posterior divulgación mediante consulta pública³⁴.

A raíz de esto muchas organizaciones de enfermeras y de otros ámbitos profesionales, como el Consejo General de Enfermería (CGE), la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG), la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP), la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE), la Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería (UESCE) y El Consejo General del Trabajo Social (CGTS), entre otras, han solicitado la retirada de este nuevo título. Un título que repercute claramente en las competencias profesionales de otras figuras instauradas en los centros residenciales o gerontológicos como el de la enfermera, trabajador social, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista y fisioterapeuta³⁵⁻³⁹.

En el caso particular de las enfermeras, muchas de estas organizaciones y asociaciones han declarado que la creación de esta nueva titulación tendría como consecuencia la invasión de competencias profesionales atribuidas por ley a las enfermeras graduadas, lo cual iría en contra de la normativa europea y estatal³⁶. Además de esto, en España existen las figuras de enfermera generalista (4 años de formación) y especialista en geriatría (6 años de formación) que son profesionales con una ardua formación para brindar calidad de atención, gestión y cuidado de las personas mayores en los centros residenciales, tal y como lo afirma el presidente del Consejo General de Enfermería de España³⁷. En otras

palabras, la creación de nuevas figuras de personal técnico o auxiliar no solucionaría la problemática que afronta actualmente los centros residenciales en cuanto al tipo y número de personal cualificado para brindar una atención de calidad.

Finalmente, otro aspecto a considerar en el análisis de las normativas vigentes es que en su mayoría el cálculo de ratios se basa en el nivel de dependencia de los residentes. Sin embargo, es importante considerar que si bien la carga de trabajo del personal de atención directa de primer nivel (cuidadoras o cuidadores profesionales, auxiliares de enfermería u otros) está estrechamente relacionada con el nivel de dependencia de la persona atendida, en el caso de las enfermeras no es así. Tal y como sugiere la evidencia, los factores predictores de la carga de trabajo de las enfermeras están también relacionados con la complejidad clínica y la necesidad de cuidados enfermeros y no exclusivamente con el nivel de dependencia^{40,41}.

En esta línea, Harrington y colegas⁴¹ sugieren un cálculo de la ratio enfermera-residente en los centros residenciales para personas mayores basado en el sistema de clasificación aplicado en los centros de los servicios de Medicare y Medicaid de EEUU, que contempla la evaluación de diversos aspectos del estado de salud de la persona englobados en seis áreas diferentes⁴². Estas áreas son: (1) servicios extensivos (*extensive services*) que incluye aspectos como si la persona es portadora de traqueostomía o precisa la aplicación de medidas de aislamiento; (2) cuidados especiales de alto nivel (*special care high*) donde se valoran el estado vegetativo con dependencia total o la presencia de septicemia, de diabetes con tratamiento de insulina, la nutrición parenteral o de fiebre y otros síntomas, entre otros; (3) cuidados especiales de bajo nivel (*special care low*) que incluye estados del paciente como parálisis cerebral, esclerosis múltiple o enfermedad de Parkinson o la presencia de úlceras por presión o vasculares o la necesidad de sonda nasogástrica o terapia de oxígeno, entre otros; (4) complejidad clínica (*clinically complex*) donde se valora la presencia de neumonía, hemiplejía, heridas quirúrgicas, quemaduras, tratamiento endovenoso, entre otros; (5) síntomas conductuales y función cognitiva (*behavioral symptoms and cognitive performance*) donde se valora la presencia de deterioro cognitivo y la presencia de síntomas psiquiátricos como alucinaciones, conductas agresivas, negación al cuidado o vagabundeo; (6) función física reducida (*reduced physical function*) que incluye la valoración de la necesidad de asistencia para las actividades básicas de la vida diaria. Como se puede observar, este sistema de cálculo de ratio se basa en una valoración

de los receptores de cuidado mucho más holística que tiene en cuenta numerosos aspectos que no están incluidos en la valoración de la dependencia.

Por ello, cabría plantearse que no solo las ratios reflejadas en las normativas actuales para la dotación de enfermeras parecen ser insuficientes para prestar una atención de calidad. Así, un número insuficiente de enfermeras puede repercutir negativamente en todos los residentes de estos centros. Numerosos estudios en el contexto de los centros residenciales revelan una fuerte relación positiva entre el número de enfermeras que presta atención directa a los residentes a diario y la calidad de la atención y la calidad de vida de los residentes⁴³. Esta situación se ve agravada por el hecho de que las ratios actuales de enfermera-residente no contemplan los factores que la evidencia ha demostrado que influyen en la carga de trabajo de las enfermeras, lo que hace necesario cuantificar la carga real de trabajo y, de este modo, realizar un cálculo más preciso de estas ratios.

CONCLUSIONES

La regulación sobre la dotación de enfermeras en los centros residenciales en España es crucial para garantizar una atención de calidad que responda a las necesidades de la población. Mientras que algunos países han establecido estándares mínimos, en España la normativa varía significativamente entre comunidades autónomas.

La normativa nacional actual no asegura una cantidad adecuada de enfermeras en proporción al número de residentes, lo cual es preocupante dado el papel fundamental que desempeñan en la mejora de la calidad asistencial, la coordinación de cuidados y la reducción de hospitalizaciones.

Es urgente revisar las normativas vigentes para asegurar una dotación suficiente de enfermeras en los centros residenciales y reconocer su rol esencial en la atención integral de los residentes.