



Miércoles 25 febrero, 2026

ARAGÓN

Pero... ¿De verdad faltan médicos?

Cuestionando el mantra de que “faltan médicos”, este artículo se apoya en un informe de la OMC con datos actualizados a 2025 para señalar que el problema no es de número, sino de planificación, condiciones laborales y desequilibrio territorial —con Aragón, y especialmente Teruel y Uesca, en el foco—, mientras advierte de un déficit real y urgente de enfermeras

JOSÉ ANTONIO FATÁS CABEZA | 11
FEBRERO, 2026, 11:05





Foto: Karolina Grabowska / Pexels

NÚMERO DE MÉDICOS. Uno de los problemas en la organización de la Sanidad Pública es la falta de médicos en muchas localidades y en algunas especialidades. Mucho se habla o escribe sobre ello y, mayoritariamente, se concluye que el problema radica en que “faltan médicos” y esta cantaleta se repite constantemente. Pero no se aducen datos que lo demuestren.

Este año 2025 se ha dado a conocer el trabajo “*Estudios sobre demografía médica. Apuntes para la eficiencia del sistema sanitario*” encargado por la Organización Médica Colegial española (OMC) a instancias del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) y realizado por el grupo Análisis e Investigación (GAI).

El trabajo de siete profesionales del GAI, escrito por cuatro profesionales del CGCOM y uno del Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada ha sido coordinado por dos personas del CGCOM. Por primera vez se ha explotado toda la información disponible en los ficheros del CGCOM, con datos actualizados a 2025.

El resultado son 170 páginas repletas de datos provenientes del propio CGCOM o de instituciones como el Instituto Nacional de Estadística (INE), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la Oficina Estadística de la Unión Europea (Eurostat), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Sistema Integrado de Información Universitaria (SIIU)...

El trabajo que les presento es un intento de hacer asequible este importante documento sintetizándolo (sin modificar ni uno solo de sus datos), resaltando lo que nos atañe a Aragón y aportando algunas reflexiones personales.

Les adelanto que ya en su prólogo

por habitantes por encima de la media de los países de la OCDE), por tanto, no es un problema de oferta de profesionales” y que “proponer el incremento indiscriminado del número de estudiantes de medicina y de plazas MIR, como se escucha desde algunos entornos, es carente de rigor, pues la formación de un médico en nuestro país requiere un mínimo de 10-11 años entre la graduación y la obtención de la especialidad, necesaria en el Estado español para poder ejercer en el SNS, y el problema no se ha resuelto con la creación de nuevas facultades de Medicina pues estas han aumentado de 44 en 2018 a 53 en 2025, con el consiguiente incremento en el número de alumnos”. El español es el segundo estado del mundo en número de facultades de medicina por habitantes.

Y que esto lo atestigüe de forma tajante y aportando multitud de datos y estudios la OMC no puede dejar lugar a ninguna duda.

Así que la cantaleta de que “faltan médicos” es un estribillo embustero y falso o, como se ha

news. Quienes esto dicen o son unos zotes o nos quieren embaucar.

Durante las décadas de 1980 y 1990, el sistema sanitario español se enfrentó a un desequilibrio significativo: el número de médicos que egresaban de las facultades era muy superior tanto a las posibilidades de formación MIR como a las necesidades reales del sistema. Esta situación provocó una precariedad laboral endémica, con contratos temporales, inestabilidad profesional y dificultades para acceder a una carrera consolidada en el ámbito hospitalario.

A raíz del traspaso del sistema sanitario a las comunidades autónomas en 2002 se crearon docenas de hospitales de pequeño tamaño, generalmente con 100 a 200 camas. Muchos médicos mostraron reticencias para trasladarse a estos nuevos centros, debido a la falta de incentivos profesionales y/o salariales, así como a la percepción de menor proyección académica y asistencial en comparación con los hospitales

Se vislumbró el riesgo de recrear el fenómeno MESTOS (Médicos Especialistas Sin Título Oficial), en el que podían adquirir competencias sin el reconocimiento reglado exigido por el sistema público. Este escenario plantea desafíos en términos de equidad profesional, calidad asistencial y planificación sanitaria, reforzando la necesidad de políticas coordinadas entre universidades, administraciones sanitarias y órganos reguladores.

Se evidenció la necesidad de diseñar estrategias para hacer atractivas las plazas en hospitales comarcales, incluyendo mejoras salariales, oportunidades de formación continuada y desarrollo profesional.

Para las Facultades de Medicina de las Universidades Públicas se establecen requisitos pretendiendo que el número de estudiantes se ajuste a la capacidad formativa y a las previsiones de necesidades sanitarias, (aunque no se hacen los cálculos previos para ello) pero en las universidades privadas los requisitos son propios de cada institución lo que

rompe cualquier posible
planificación global.

El examen MIR es uno de los pilares del modelo formativo español. Abarca 49 especialidades clasificadas en cuatro grandes grupos. En 2018, se presentaron 14.448 aspirantes para optar a las 6.513 plazas MIR ofertadas a nivel estatal; en este año 17.532 aspirantes para 12.366 plazas. Esta desequilibrada relación evidencia la importancia de una planificación adecuada para nivelar la oferta formativa con las necesidades asistenciales.

EN 2017 el número de médicos en activo en el Estado español era de 221.470 y en 2025 de 275.963 evidenciando que es una profesión en expansión (*figura 1*). El número de médicos colegiados (siempre es en torno a un 17% mayor que el de médicos en activo) por cien mil (100.000) habitantes ha pasado de 455 en 2005 a 633 en 2024 o, lo que es lo mismo de una tasa del 0,9% a una del 1,9%.

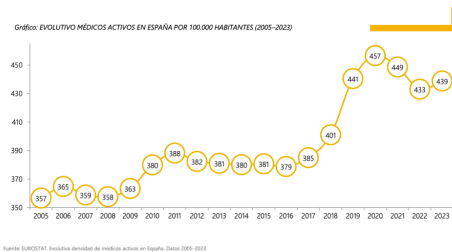


Figura 1.

En 2024 la media estatal era de 568 médicos en activo por cien mil habitantes siendo la Comunidad Autónoma (CA) de Madrid la que tenía la tasa más alta (671). Otras siete CCAA superaban la media: Extremadura, Castilla y León, Aragón, Cantabria, Asturias, Navarra y el País Vasco.

Un dato útil para evaluar dificultades para la prestación de servicios es medir la tasa de médicos activos por kilómetro cuadrado de superficie y Aragón es la cuarta con el índice más bajo (peor están las dos Castillas y Extremadura) empezando por la cola (0,18 frente a 0,55 de la media estatal) y siendo Teruel (0,04) la provincia peor del Estado español y Uesca (0,07) la cuarta por la cola.

Las únicas especialidades que tienen un déficit de especialistas por habitantes en relación a las

**pediátrica, Cirugía torácica,
Cirugía cardiovascular, Análisis
clínicos e Inmunología y
Farmacología clínica.**

Es notorio el aumento constante e importante de la feminización de la profesión. Se ha pasado de 115.965 médicas en activo en 2017 (52%) a 163.581 en 2025 (59%) y actualmente el 71% del alumnado de Medicina son mujeres. Aragón supera la media estatal (59,3%) con un 61,9% de médicas en activo. En el Estado español solo en Ceuta y Melilla es mayor el porcentaje de hombres.

La feminización no afecta a todas las especialidades por igual siendo Análisis Clínicos, Obstetricia y Ginecología, Pediatría y Alergología, las que representan un mayor grado de feminización con porcentajes que superan el 70% y algunas especialidades quirúrgicas son las menos feminizadas con porcentajes inferiores al 40%, como Cirugía Oral y maxilofacial, Neurocirugía, Cirugía plástica estética y reparadora, Cirugía Cardiovascular y Cirugía Ortopédica y Traumatología.

de 45 años eran el 38% siendo el 46% en 2025. Algunas especialidades presentan un envejecimiento más acusado como, Medicina Interna o Anestesiología.

Aragón es la CA con la edad media mayor con 49,5 años (la media española es de 47,49) y por provincias Teruel (51,96) y Uesca (51,83) solo son superadas por Soria (52,80). En el Estado español la edad media de los médicos especialistas está en 48,57 años.

Las dos CC AA donde más médicos se colegian por primera vez son Catalunya y Madrid pero muchos acaban ejerciendo en otra comunidad.

La movilidad interprovincial es muy variable; así Melilla (40,3%) e Illes Balears (35,1%) son grandes receptoras de profesionales y Lleida (17,2%) y Tarragona (13,7%) son las más “exportadoras”. Y hay especialidades con un grado de movilidad interterritorial mucho mayor que otras (Cirugía Cardiovascular un 39,2% frente al 24% de Cardiología, por ejemplo)

La existencia de flujos interterritoriales demuestra que la planificación de plazas de formación no puede limitarse a un enfoque local. Es necesario adoptar una visión estatal y prospectiva.

En el curso 2001-2002 se licenciaron 4.141 médicos en las Universidades Públicas españolas y en 2024-2025 fueron 6.728, un 50,7% más (*figura 2*). En las privadas se ha pasado de 230 a 2.078, un 258,30% más. En total de 4.371 hemos pasado a 8.806, un 73% más.

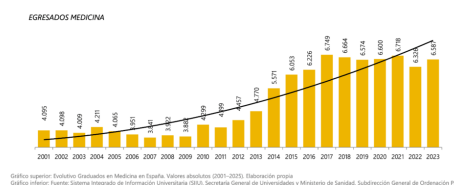


Figura 2.

El español es el estado del mundo con más facultades de Medicina por habitante. La OMS recomienda una proporción mucho menor.

En el año 2025 se presentaron al examen para obtener plaza de especialista (examen para Médico Interno Residente -MIR-) 13.691 aspirantes para 9.007 plazas quedando sin plaza adjudicada

restantes 2.693 de universidades del resto del mundo. Terminarán su formación con una edad media entre 28 y más de 30 años.

En Aragón se ofertaron 265 plazas (2,9% del total). Desde siempre ha existido una descoordinación absoluta entre el número de egresados de las facultades de Medicina y la convocatoria de plazas MIR y, lo que es peor, entre las previsibles jubilaciones y lo nuevos especialistas. De seguir así con tantas Facultades y tantos nuevos médicos nos encontraremos con miles de médicos especialistas parados para trabajar en condiciones muy precarias: unos meses en verano, por horas, por días, de lunes a viernes, por meses... Como ya pasó hace unos años. ¿Acaso es esto lo que se pretende?

Es necesario y urgente mejorar la estabilidad y las condiciones de trabajo para hacer atractivo ejercer de médico en el Estado español, con una actuación prioritaria, urgente y decidida en Atención Primaria y en los centros de difícil cobertura y aislamiento de la España vaciada

emigran a otros países más de 350 médicos con el título MIR.

En torno a este tema se han hecho diversas propuestas legislativas (*Plan de acción de Atención Primaria y Comunitaria* aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 15 de diciembre de 2021 (financiado por la UE), *Plan de Atención Primaria y Comunitaria de Aragón 2022-2023*, *Propuestas para la mejora de la Atención Primaria de Salud en la C A de Aragón* (Documento ratificado por la Mesa Sectorial de Sanidad en su reunión de 24 de febrero de 2023), *DECRETO-LEY 2/2025, de 11 de junio, del Gobierno de Aragón*, de medidas extraordinarias dirigidas a garantizar la provisión de puestos de difícil cobertura de personal estatutario sanitario licenciado con título de especialista en Ciencias de la Salud del Servicio Aragonés de Salud pero solamente regula el procedimiento sin hacer ninguna propuesta, la Cámara de los Diputados apoya por unanimidad la norma que refuerza los puestos de difícil cobertura, presentada

que incentivará al médico del consultorio rural)...

En Aragón casi ninguna de las propuestas se ha llevado a cabo; por el contrario, se han contratado a más de 150 médicos para ocupar plazas de MFyC sin tener el título de la especialidad lo que, además de ser directamente ilegal, es un verdadero atentado al mantenimiento de la calidad de nuestra Sanidad Pública[1].

Definir el número de médicos que serán necesarios para el futuro en sus respectivas especialidades es un problema complejo y diferente para distintas plazas, especialidades y ubicaciones en las distintas CCAA.

Para hacer una proyección de la situación demográfica a varios años hay que definir la tasa de médicos (de cada especialidad) que se quiere alcanzar por habitantes y territorio y ponderar los médicos que se van a jubilar por edad, los MIR que se irán incorporando, los que harán falta para la creciente demanda de servicios sociosanitarios de calidad que se precisarán dado el aumento de la esperanza de vida

patologías hasta ahora agudas, entre otras razones.

Según Eurostat la tasa de dependencia de la población (proporción de población no activa menores de 16 años y mayores de 64/65 años) de 2024 del Estado español está en una tasa baja (50,7) respecto a la media europea (56,8). En Aragón es de 54,8 con **Teruel 59,0 y Uesca 55,9.**

De 275.963 médicos en activo en 2025 se habrán jubilado en 2030 un 14,4% y para 2035 un 24,9%. Entre los médicos especialistas en 2025 un 13,4% y en 2030 un 24,4%. Como en Aragón los médicos tienen una de las edades medias más elevadas su tasa de jubilaciones será de las más altas del Estado español con Teruel y Uesca a la cabeza solo superadas por Soria.

Algunas consecuencias del envejecimiento de la población: el 34% de la población presenta, al menos, un problema de salud crónico, porcentaje que alcanza el 77,6% en las personas de 65 y más años. El 60% de las muertes se ocasionan por enfermedades

De este previsible paisaje se derivan diversas necesidades si queremos mantener un nivel de atención sanitaria similar o mejor al actual. Habrá que adaptar las estructuras sanitarias y las competencias de los profesionales, priorizar la prevención, fomentar la responsabilidad del paciente en la gestión de su enfermedad, incrementar la coordinación asistencial pasando de un modelo fragmentado a uno integrado donde la Atención Primaria y los especialistas colaboren estrechamente, coordinando la atención a lo largo del continuo asistencial y creando equipos asistenciales estables, incrementar el gasto por la mayor demanda asistencial derivada del envejecimiento.

Para evaluar la posición que ocupa nuestro país en el panorama internacional decir, según la OCDE, de los 38 países que la componen en 2020[2] que el Estado español era el noveno en médicos por mil habitantes (4,58) frente a la media de la zona del euro (4,23), de la UE (4,12), de la OCDE (3,36) o del mundo (1,71). En 2005 en el Estado

news Quienes esto dicen o son

ACCEPTAR

*unos zotes o nos quieren
embaucar”.*

Si no queremos que nuestro sistema sanitario público se vaya debilitando, por desidia y por voluntad (desde 2018 las primas en sanidad privada se han incrementado en un 6,44%, estimándose el gasto en unos 34.000 millones de euros, lo que supone un 28,4% del gasto total), será estrictamente necesario que quienes tienen las responsabilidades de su gobierno (español y de las CCAA) diseñen y ejecuten una estrategia para reforzarlo. Entre las muchas medidas que se deben tomar vamos a citar algunas que recomiendan los estudiosos del asunto y que apoyan un sistema sanitario público fuerte y de calidad.

- Planificación estatal integrada. Importancia de una gobernanza que articule universidades, comunidades autónomas y el Estado para garantizar una planificación coherente y sostenible.
- Coordinar la oferta de plazas de grado y de MIR y su distribución territorial con mecanismos de ajuste dinámico que respondan a las

- Equilibrio territorial.
- Flexibilidad normativa con medidas que faciliten la actividad profesional en áreas críticas.
- Monitorización continua de la evolución demográfica de población y profesionales.
- Realizar un pacto de reposición en el consejo interterritorial. Establecer un acuerdo entre CCAA para coordinar la reposición de profesionales sanitarios, especialmente en zonas con mayor déficit, incluyendo mecanismos de redistribución equitativa de plazas, criterios comunes para la planificación de necesidades, incentivos para la movilidad profesional entre territorios, herramientas de seguimiento y evaluación conjunta. Las mejoras conseguidas en las condiciones laborales relacionadas con la maternidad/paternidad dará lugar a ausencias temporales, por lo que tendrá repercusiones en las coberturas de las plazas.
- Incentivos de prolongación y fidelización. Ante la falta de médicos en algunas especialidades y territorios diseñar políticas que fomenten la permanencia de profesionales en el sistema público, incluyendo:

todas las CC.AA, disminuir la precariedad laboral ofreciendo contratos de larga duración y estabilización del empleo con OPEs anuales resueltas a principio de curso escolar para mejorar la conciliación familiar, mejora de las condiciones laborales en zonas rurales o de difícil cobertura, apoyo a la conciliación y bienestar emocional del personal sanitario y sus familias, implementar medidas de apoyo económico y facilidades para la formación permanente con estancias temporales en otros centros.

- Potenciación del uso de las nuevas tecnologías que favorezcan la asistencia en áreas con déficit de recursos humanos, dotar a la ciudadanía de Atención Primaria de aquellas tecnologías que permitan hacerla más resolutive, potenciar el uso de videoconferencia y teleconsultas, integración e interoperabilidad de estas herramientas en la Atención Primaria y Hospitalaria.
- Promover el desarrollo profesional equitativo y el acceso a puestos de liderazgo por parte de la mujer, con medidas como planes de carrera profesional transparentes y basados en méritos, programas de

género en cargos directivos,
visibilización del talento
femenino en el ámbito
médico y científico.

La planificación sanitaria y la gestión de un Sistema Nacional de Salud son tareas ingentes y que precisan de gestores altamente cualificados profesionalmente. Y éste es uno de los grandes problemas de nuestro país ya que no existen exigencias legislativas que reglamenten ese necesario nivel de cualificación profesional y así nos topamos con multitud de personas que ocupan cargos de alta responsabilidad en nuestro sistema que no tienen formación en gestión de la salud, ni de recursos humanos (las plantillas de algunos hospitales las componen miles de trabajadoras de los cuales la mayoría -médicos y enfermeras- son titulados superiores), ni en gestión financiera (presupuestos de millones de euros o miles de millones), etcétera, y que han llegado a sus puestos por motivos totalmente ajenos al de la idoneidad profesional.

Es necesario establecer estudios de grado como se exigen en

Alemania, Países Bajos, Suiza,
Luxemburgo y Turquía.

PERO SÍ QUE FALTAN ENFERMERAS... ¡Y MUCHAS!

Los datos sobre enfermería
ofrecidos en este artículo
proviene, fundamentalmente,
del informe técnico del Ministerio
de Sanidad (MS) de diciembre de
2024 titulado *“Situación actual y
estimación de la necesidad de
enfermeras en el Estado español”*.

El informe fue elaborado por
cuatro autores asesorados por un
grupo de cinco personas expertas
y cuatro colaboradoras. Consta
de 236 páginas que contienen 82
figuras y 71 tablas.

Los datos del informe del MS se
han obtenido de diversas fuentes
y cada uno de ellos va
referenciado bibliográficamente.
Las fuentes han sido “Health Data
File” de la OCDE, fuentes propias
del MS (SIAE, SIAP, Dirección
General de Ordenación
Profesional, Indicadores Clave del
SNS -INCLASNS-, SEPE, UNIV
Base, INE, Ministerio de

General de Enfermería, Colegios de Enfermería de las CCAA, Sindicatos de Enfermería, BOE y BOAs, IDIS, UNESPA y ASPE.

El gasto sanitario anual por habitante en el Estado español (2.771€) es muy inferior a la media del de la UE (4.028€) y, por el contrario, el gasto medio a cargo del bolsillo del ciudadano es mayor (21% frente al 14,5% de media en la UE) existiendo importantes diferencias entre las CCAA.

Un sistema sanitario de calidad necesita que las enfermeras estén distribuidas equilibradamente, tengan una buena formación profesional, estén motivadas para ofrecer cuidados de calidad y preparadas para adaptarse a las circunstancias particulares del entorno y del paciente concreto.

La OCDE en “*Spain Country Health Profile 2023*” refiere que una de las necesidades más importantes para nuestro sistema sanitario es la escasez de enfermeras por habitantes (*tabla 1*).

En el informe los datos ofrecidos

métodos y rigor empleados lo que dificulta la rigurosidad del panorama ofrecido aunque, en general, son muy coherentes y presentan proporcionalidades semejantes. Pero también creo que se han empleado algunas tretas para maquillar resultados poco risueños.

NÚMERO DE ENFERMERAS. A

fecha 1 de octubre de 2024 había 253.076 enfermeras registradas pero solo 169.739 en activo de las que 160.160 ejercían en la pública y 15.459 en la privada (habiendo casos de duplicidad público-privada por lo que hay un desfase de unas 6.000 sobre la cifra total).

	2021		2021
Bélgica	20,53	República Checa	9,36
Noruega	18,89	Unión Europea	9,35
Suiza	18,76	Reino Unido	9,17
Islandia	15,80	Miembros OCDE	9,14
Irlanda	13,73	Lituania	8,24
Australia	13,71	Rumania	8,07
Estados Unidos	13,15	Portugal	7,79
Alemania	12,30	Croacia	7,68
Países Bajos	11,66	Europa Central y del Báltico	6,98
Austria	10,93	Estonia	6,87
Eslovenia	10,59	España	6,54
Canadá	10,27	Italia	6,49
Zona del Euro	9,85	Emiratos Árabes Unidos	6,39
Francia	9,38	Polonia	6,34
		Costa Rica	6,08

Tabla 1

Según sus especialidades en activo había: Enfermeras del Trabajo (ET) 1.629 registradas pero solo 291 en activo, de Salud

Comunitaria (FyC) 2.710 sobre 2.069, Geriátricas (GRT) 2.359 sobre 106, Pediátricas (Ped) 6.378 sobre 493 y Matronas (Mat) 5.914 sobre 4.970. La enfermería Médico Quirúrgica no entra en el sistema EIR. En otros países de la UE existen, además, otras especialidades como UCI y posgrados como **Gestión y Administración Sanitaria, Forense, Oncología, Nutrición, Dietética y Deportiva Neonatal y Emergencias.**

Estos datos, aunque el REPS no ha acabado su recogida y por tanto no son totalmente fiables, explicitan un bajísimo reconocimiento de las especialidades y una abrumadora escasez en Familiar, Geriatria y Pediatría.

En 2.022 había 221.406 enfermeras trabajando (datos SIAP y SIAE) de las que 42.094 lo hacían en Equipos de Atención Primaria (-EAP- 19%) y 171.963 en Atención Hospitalaria (-AH- 77,7%), 3.959 en Urgencias y Emergencias (-UyE- 1,8%) y un 1,5% estaban en formación especializada.

habitante de los que 4,6 son enfermeras (28,75%), 3,6 médicos (22,5%) y 7,7 otros (48,12). De 239.333 enfermeras en activo en 2014 hemos pasado a 293.600 en 2022. De todas ellas el 85,5% eran mujeres (porcentaje que se incrementó desde la pandemia de COVID) frente al 14,5% de hombres.

La Atención Primaria

(**AP**) atiende la asistencia sanitaria del entorno comunitario, la asistencia en consulta bajo demanda, la asistencia domiciliaria y la atención urgente.

De 2014 a 2022 el número de enfermeras de AP pasó de 29.642 a 33.036. (un 11% más). Pero este incremento hay que mirarlo con cautela ya que solo desde el 2018 se incorporaron en la contabilidad de la AP las matronas, las de equipos de paliativos domiciliarios, las de salud mental y las de urgencias, así que el porcentaje real de incremento fue menor (2.106 menos lo que situaría el aumento real en un 6% aproximadamente).

La tasa de enfermeras por

distintas CCAA.

Por especialidades en AP en el año 2022 la ratio estatal por mil habitantes era de 0,7 siendo La Rioja la más alta (0,9) y Madrid, Ceuta y Melilla las más bajas con 0,51. En general hay tendencia hacia un ligero crecimiento.

El 3% de estas enfermeras son matronas y su proporción también varía según CCAA.

También es desigual la ratio de población en AP adjudicada por cada enfermera con una media española en 2023 de 1.370 habitantes siendo Madrid la que adjudica más población (1.950 habitantes) frente a La Rioja (968). Aragón 1.229 (la sexta que menos habitantes).

2.892 trabajaron en Urgencias y Emergencias en 2014 pasando a 3.959 en 2022 (36,5% más). De éstas en los centros coordinadores en 2014 había 146 que pasaron a 484 en 2022 (231,5% más) pero trabajando en ambulancias había 2.746 en 2014 aumentando hasta 3.475 en 2022 (26,5% más).

ambulancias era Andalucía (798) seguida de Catalunya (470) hasta las 18 de La Rioja. En centros coordinadores Catalunya es la que más tiene (136) y Ceuta y Melilla no tienen ninguna.

En Atención Hospitalaria (AH) la dotación de enfermeras ha pasado de 149.338 en 2014 a 189.919 en 2022 (40.581 más, 27,2%) habiéndose incrementado durante la pandemia COVID 19 gracias al sector público que fue de 36.797. En estos mismos años la tasa de enfermeras por mil habitantes ha pasado de 3,21 a 3,97.

En otros centros no hospitalarios de AH se pasó de 1.676 en 2014 a 2.436 en 2022 pero en este caso el incremento no se debe a los centros públicos ya que en éstos descendió un 42,6% (de 340 a 195).

La tasa de enfermeras de AH en tareas asistenciales en el Estado español es de 3,6 por mil habitantes destacando Navarra con 6,03 a la que le sigue Aragón con 4,55; País Valencià 3,18 y Andalucía 3,03 son las más bajas.

En 2024 trabajaban en el SNS 202.686 enfermeras; el 25,7% en AP (52.104) y el 74% en AH (74,3%). El 10,3% de las que trabajaban en AP lo hacían con contrato de enfermera especialista (5.595) y el 5,6% en AH (8.594). El reconocimiento de las especialidades de enfermería varía mucho de una CC AA a otras siendo Matrona la única ampliamente reconocida habiendo CCAA que no tenían contratada a ninguna especialista en Salud Mental, Geriatría, Familiar y Comunitaria y Trabajo.

Ratio de enfermeras por médico en el Estado español

Según el informe anual del Servicio Nacional de Salud (SNS) de 2023 en el año 2022 la ratio media en el Estado español fue de 1,3 con grandes diferencias según CCAA. En La Rioja era de 10,3 y 2,1 en Navarra hasta las 0,4 en Euskadi. Si las desglosamos por especialidades y CCAA en **AP** la ratio estatal es de 1, destacando La Rioja en lo más alto con 1,2 y Madrid y Castilla León con 0,8 en lo más bajo. En **AH** la media estatal es 1,7 destacando La Rioja con 15,2 y Euskadi con 0,1. Y en **UyE** la ratio estatal es de 1 siendo

0,5 en Ceuta y Melilla por 0,6 en Extremadura.

En 2024 trabajaban en el SNS 202.686 enfermeras; el 25,7% en AP (52.104) y el 74% en AH (74,3%). El 10,3% de las que trabajaban en AP lo hacían con contrato de enfermera especialista (5.595) y el 5,6% en AH (8.594). El reconocimiento de las especialidades de enfermería varía mucho de una CCAA a otras siendo Matrona la única ampliamente reconocida habiendo CC AA que no tenían contratada a ninguna especialista en Salud Mental, Geriatria., Familiar y Comunitaria y Trabajo.

También hay importante variabilidad entre las CCAA respecto al número de enfermeras con contratos de especialidad; la media estatal es de 5,6%. Madrid destaca en lo alto con 8,7% y Asturias por abajo con 2,4%.

La ratio media de enfermeras especialistas por mil habs es de 0,30 variando de las 0,42 en Illes Balears a 0,10 en Andalucía. El 90,3% de estas enfermeras son mujeres: el 29,4% son mayores de

Balears, Canarias y Aragón tienen la población más joven de EE.

Enfermeras en el ámbito privado

Según la Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS aglutina al sector sanitario privado) en 2024 había 75.056 enfermeras en el sector privado de las que 29.282 estaban en el ámbito hospitalario y 45.774 en el extrahospitalario.

Entre las distintas fuentes de datos hay ciertas discrepancias pero no son significativas (pueden ser debidas a la inestabilidad de los contratos y a fechas de corte distintas y a duplicidades de contratos -pública y privada-)

Comparativa internacional

Según la OMS en 2022 había una media mundial de 3,77 enfermeras por mil habitantes; en Europa la media es de 8,96 y en Estados Unidos 11,88. En el Estado español ha pasado de 6,05 en 2018 a 6,54 en 2021. Según la OCDE en 2022 en el Estado español había 6,4; en Noruega 15,6 en Irlanda 13,8; y en Reino Unido de 8,7; en Portugal 7,5 (*figuras 4 y 5*).

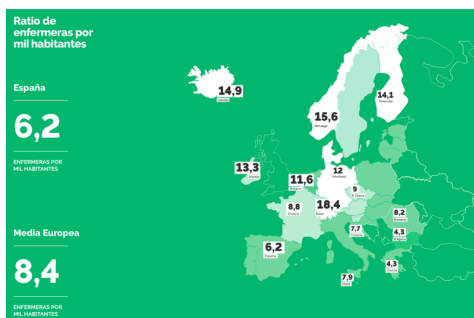


Figura 4.

Figura 20. Enfermeras en ejercicio por cada 1.000 habitantes, 2011 y 2021 (o año más próximo) según los datos de la OCDE.

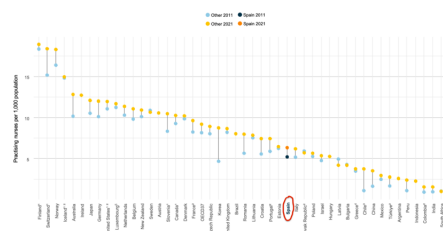


Figura 5.

FORMACIÓN EL EMPLEO, MOVILIDAD Y PREVISIONES FUTURO

En el Estado español hay un número muy limitado de plazas en el Sistema Interno-Residente de Enfermería (EIR) lo que dificulta el acceso a la especialización y al desarrollo profesional.

Según el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades el número de matriculadas en el Grado de Enfermería ha pasado de 13.002 en el año 2018 a 15.447 en 2023 (18,8% más) lo que indica un interés creciente en la profesión; en las universidades públicas el aumento ha sido de 846 plazas y en las privadas

El Estado español ha pasado de ofrecer 9.478 plazas de Grado de Enfermería en el curso 2020-21 a 14.704 en 2023-24 (un 55% más en 3 años). Pero las solicitudes han sido muchísimo mayores pasando de 47.221 en el curso 2022-23 a 43.871 en 2023-24.

El número de egresadas en Enfermería ha pasado de 10.250 en el curso 2018-19 a 11.593 en 2022-23 (un 13,1% más en 5 años); En las universidades públicas el incremento fue de 496 egresadas mientras que en las privadas lo fue de 845. Los hombres van incrementando su proporción aumentando un 6,5% en estos años.

Las plazas EIR ofertadas en 2018 fue de 1.051 y en 2024 de 2.108 (100,5% más). La especialidad de mayor crecimiento ha sido la de FyC (575 plazas más entre 2018-2024) seguida de SM con 137 más y PED con 118. Paradójicamente la especialidad GRT ha sido la de menor crecimiento (64 plazas).

El número de egresadas contrasta fuertemente con el de plazas EIR que es muchísimo menor (11.593 en 2022 frente a 1.822) a pesar

las plazas EIR es muy elevado (5.840 en ese mismo 2022).

En 2024 Catalunya fue la CC AA con mayor número de plazas EIR ofertadas (391 el 18,5% del total estatal) seguida de Andalucía (303 el 14,4%) y de Madrid (237 el 11,2%) y siendo La Rioja (7 el 0,3%), Cantabria (17 el 0,8%) y Navarra (28 el 1,3%) las de menor número. La oferta por especialidades es tan dispar como por territorios. En la especialidad de Cuidados Médico Quirúrgicos (MQX) no se ofertó ninguna (en esta especialidad solo se titularon 4.483 en 2008 -por RD 183/2008-; nunca más se han vuelto a ofertar).

Empleabilidad

Según la Encuesta de Población Activa del segundo trimestre de 2024 el número de personas formadas en salud y servicios sociales en paro era de 89.700 personas. El número de desempleadas es muy variable con picos que superan los 8.000 pero con descensos significativos sobre todo en periodos veraniegos y en navidades.

Las cifras de contrataciones también son variables aunque menos que las del desempleo. Las tituladas en Enfermería que buscan empleo aumentan constantemente pasando de 5.812 en 2021 a 7.319 en 2023 (incluyendo a personas con empleo que buscan mejorar como a paradas). Las desempleadas han pasado de 2.832 en 2021 a 3.890 en 2023 (37,3% más). El número de contratos ha descendido pasando de 157.471 en 2021 a 113.367 en 2023. El número de contratos de 2021 benefició a 55.207 personas (3 contratos por persona) pero disminuyeron en 2023 (2,5 por persona).

De 2021 a 2023 los contratos han disminuido en todas las CCAA (36,2% en Andalucía; 33,2% en Catalunya). Junto a esto hay un aumento de nuevas paradas aumentó en el 77,9% variando mucho según las distintas CCAA.

La mayoría de contratos nuevos son de jornada completa (del 59,1% en 2021 al 68,3% en 2023) pero en el total predominan los contratos temporales (de 91,8% en 2021 a 80,7% en 2023) aunque van disminuyendo

Figura 33. Evolución del tipo de contrato en el sector: comparación de jornada completa/parcial e indefinido/temporal. España, 2021-2023.

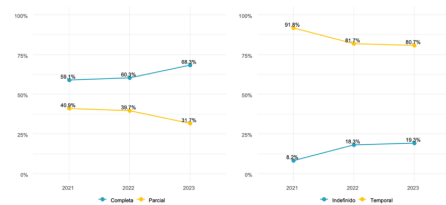


Figura 6.

LA MIGRACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN EL ESTADO ESPAÑOL

En todo el mundo se estima que hay escasez de enfermeras aunque hay importantes desigualdades entre países y entre regiones dentro de los países. En Europa la movilización de enfermeras ha aumentado significativamente pasando del 11 al 14,5% en los países de la OCDE siendo el Estado español uno de los países con mayor aumento de la tasa de emigración motivada por la falta de oportunidades, el paro y las limitaciones en el desarrollo profesional.

Reino Unido es el país con mayor número de enfermeras españolas emigradas aunque ha disminuido significativamente en los últimos años; por el contrario Noruega ha emergido como uno de los países que ejercen más atracción, Italia,

estable. En Chile han aumentado y en Canadá se han mantenido estables.

Entre 2018 a 2022 el número de enfermeras españolas en el extranjero se mantuvo estable fluctuando entre 6 a 8.000. El flujo de emigrantes se mantuvo estable, alrededor de 500 enfermeras al año, entre 2018 a 2022 (hay que diferenciar entre el número de solicitudes hechas para trabajar en el extranjero al número real de personas que lo hacen).

En comparación a otros países europeos los flujos migratorios hacia el Estado español fueron muy escasos hasta finales de los 90 por el nivel de desempleo, los salarios, la inestabilidad, los contratos temporales y la falta de reconocimiento. La crisis global (2008-2014) cambió la balanza y desde 2018 hay un crecimiento constante siendo Portugal el país con mayor número de enfermeras inmigrantes hacia el Estado español seguido de Colombia, Rumanía e Italia, Perú, Venezuela y Cuba.

El procedimiento de validación

más dificultoso y lento que el de otros países lo que dificulta su inmigración.

Hay CCAA que son netas receptoras de enfermeras como Catalunya, Madrid, Navarra, Euskadi, Asturias y Baleares mientras que Andalucía y las dos Castillas son emisoras netas.

En 2023 el 83,7% de contratos fueron de enfermeras que quedaron en su Comunidad de residencia. Hay 13 CA que tienen un mayor número de salidas que de entradas entre las que se encuentra Aragón.

Para estimar las jubilaciones se han empleado datos del INE.

49.791 enfermeras en activo (16,3% del total) se jubilarán hasta el 2034.

CONDICIONES LABORALES Y RETRIBUCIONES

Según Milkovich y Newman las condiciones laborales y las retribuciones son uno de los 13 componentes del sistema de

sistemas de compensación a la enfermería son uniformes y las retribuciones ocupan casi todo el lugar.

La jornada laboral es de 35 horas semanales salvo en Navarra, Catalunya, Madrid, País Valencià, Ceuta y Melilla que es de 37,5 y Aragón que es de 36,2 (recientemente se ha aprobado que sea de 35).

En AP los cálculos anuales son bastante similares en todas las CCAA oscilando de 1.420 (CyL) a 1.599 (Catalunya) horas anuales. Aragón queda por encima de la media (1.575).

También hay diferencias en Urgencias y Emergencias con cálculos horarios similares a los de la AH.

En AH hay diferencias en las horas exigidas según se establezcan los turnos. La CA que más horas exige es Madrid (1.645 horas anuales) y CyL la que menos (1.420). Los sistemas para establecer estos cálculos anuales difieren según las CCAA decidan.

libre disposición, por accidente, enfermedad grave y fallecimientos.

Para el análisis de las retribuciones se ha recurrido a los datos de BOAs y Boletines oficiales, Consejerías, portales de Gobiernos Autonómicos, Colegios de Enfermería, Colegios Médicos y Sindicatos.

Los conceptos de las retribuciones incluyen: salarios base, complemento de destino, complemento específico, complementos fijos y productividad. El salario final incluirá, además, trienios, carrera profesional, puesto de trabajo, productividad variable, población asignada, localización geográfica y otros.

La mayoría de las CC AA ofrecen sueldos más elevados para AH que para AP. Solo en Balears el de AP es más alto (68,93€). También las EE suelen tener más salario tanto en AP como en AH.

Las diferencias salariales entre las CC AA llegan a ser notables. Los más altos corresponden a Canarias (2 898 – 3 318)

bajos Cantabria (1.647,94 – 2.080,88) y Madrid.

También existen notables diferencias en las retribuciones por la carrera profesional; desde su propio reconocimiento, la regulación de sus niveles, los méritos reconocidos... Sólo es homogéneo en todo el país el reconocimiento y la retribución del nivel 1.

Las retribuciones salariales por el EIR también son diferentes en las CCAA aunque su variación es poco relevante.

NECESIDADES, ACTUAL Y FUTURA, DE ENFERMERAS EN EL ESTADO ESPAÑOL

COMPARACIÓN CON LAS
RATIO EUROPEAS Fuentes:
Eurostat (UE), OCDE y OMS.

Según el INE (diciembre 2023) en el Estado español había 306.268 enfermeras (6,28 por mil enfermeras) siendo la ratio para la UE27 [\[1\]](#) en torno a 9 (Eurostat 8,4; OCDE 9,04; OMS 8,96).

Para alcanzar los niveles de la

(103.634 Eurostat, 134.865 OCDE, 130.961OMS). Las CCAA más alejadas de la media de la UE27 son Murcia (4,79); Galicia (5,13); País Valencià (5,46); Andalucía 5,51) y Balears (5,93). La única similar a la UE27 es Navarra (8,84).

El periodo 2018-2024 muestra un crecimiento de 4.703 al año pasando de una ratio de 5,87 a 6,28. Siguiendo esa pauta de crecimiento harían falta entre 22 a 29 años para emular las ratios de la UE27 (en el supuesto de que éstas no aumentasen). La Rioja (91 años), Madrid (57), Cantabria (48) y Murcia (42) son las CCAA que más tardarían para emularse. Aragón 15 años.

Hasta el año 2034 se estima que, a través de la formación académica, ingresarán 118.620 nuevas enfermeras, que se jubilarán 49.791, que ingresarán 8.090 nuevas por inmigración, que emigrarán 4.910 lo que hace un total de entradas de 126.710 y un total de salidas de 54.701 dando como resultado un incremento de 72.009 en los 10 años. No se han contabilizado las posibles pérdidas por abandono

puede ser muy relevante, es muy difícil de calcular.

Análisis de las necesidades de EEspecialistas (EE)

En la actualidad menos de la mitad de las EE trabajan en su especialidad. En PED el 29,3%; SM 48,3%; TRA 47,2%; FyC 17,7%; GRT 13,9% y MQ 19,7%.

Matronas: envejecimiento de la población, aumento de la edad media de maternidad, elevada tasa de infecciones de transmisión sexual y escaso recambio generacional por las jubilaciones pueden provocar que se aumente el déficit en un 12,7% a pesar de que la tasa de natalidad sea muy baja y disminuya el número de mujeres en edad fértil.

Pediatría: de 2018 a 2022 el número de pacientes pediátricos ha disminuido una media de 39.458 por año lo que sugiere que no haya una preocupación por la pérdida de especialistas por jubilación pero la tasa es muy baja dado que menos del 30% de las tituladas tienen puesto en la especialidad.

Salud Mental: de 2018 a 2023 se

prevalencia de enfermedad mental un promedio de un 0,8% anual; el crecimiento de titulaciones ha sido de un 4,9%. Es la EE con un mayor porcentaje de jóvenes (56,9% tienen menos de 39 años) y de tener el mayor porcentaje con plaza en su especialidad (48,3%).

Salud laboral: los accidentes laborales disminuyeron un 3,5% y las titulaciones en la especialidad aumentaron un 1,1%. La mayoría de estas enfermeras tienen una edad entre los 40 a los 59 años y el 47,2% tienen plaza en su especialidad.

Geriatría: de 2018 a 2022 la población mayor de 65 años se viene incrementando en un promedio de 182.468 personas al año. El índice de envejecimiento de la población española (porcentaje de mayores de 65 con respecto a los comprendidos entre 0 y 14 años) ha pasado de 120,5 a 150. Y el índice de sobreenvjecimiento (mayores de 80 respecto a los mayores de 65) pasó de 32,2 a 17,1

El aumento en esta titulación fue de 1% anual (65 por año) pero con

tituladas en GRT con puesto en su especialidad solo aumentó en 9 enfermeras al año ejerciéndola. Y, además, el 66% tienen una edad entre los 40 a los 59 años lo que augur un futuro muy problemático para la cobertura de la atención geriátrica.

Familiar y Comunitaria en consultas de AP: el número medio de consultas en Enfermería de AP pasó de 2,83 por habitante a 3,30 (4,2% más). Solo el 17,7% de las tituladas ejercen como tal (3.456 en todo el Estado español) y, de ellas, un 58,6% tiene una edad entre los 40 y 59 años.

Médico Quirúrgica: no está inserta en el sistema EIR. Las tituladas lo fueron por un RD (183/2008) que permitió se concedieran 4.483 titulaciones. No ha habido más.

EVOLUCIÓN DE LAS DOTACIONES DE ENFERMERÍA EN EL ESTADO ESPAÑOL. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

De 2014 a 2022 se ha incrementado la dotación total

pero con muchas variaciones entre áreas asistenciales.

En AP aumentó en el 11% y en AH un 27,2%. A pesar de ello la tasa por mil habitantes está muy por debajo de la media de la OCDDE y de la UE27. Para alcanzar esas medias se necesitaría un incremento del 33% de enfermeras (en torno a las 139.000).

Existe muchísima variabilidad en todos los aspectos de la profesión según ámbitos de trabajo (AP – AH, Especialidades, CCAA...) así como en el futuro próximo de las jubilaciones en diferentes especialidades y CCAA, que en el conjunto representa un grave problema por el gran porcentaje de mayores de 55 años.

Se ha incrementado notablemente el número de egresados en el Grado de Enfermería así como las plazas del sistema EIR pero con muchas variaciones según especialidades y sin conexión con el número de egresadas ni con las plazas de especialidad necesarias.

Hay un alto grado de

parcialidad (33%) en las contrataciones.

Sigue habiendo un alto flujo de enfermeras que emigran aunque se ve compensado por el número de las que inmigran de otros países.

Hay un alto grado de movilidad entre las CCAA.

Mucha disparidad en la regulación salarial entre las CCAA y la retribución de los complementos y de la carrera profesional.

Notas:

[1] Aunque Medicina Familiar y Comunitaria es una especialidad médica con los mismos requisitos y méritos que cualquier otra, en el trabajo de la OMC cuando emplean el término de “especialidad” solo se refiere a todas la demás; no estamos de acuerdo en ello pero lo hemos respetado. La Directiva 86/457/CEE del Consejo de las Comunidades Europeas (15 de septiembre de 1986), establecía la obligatoriedad de una **formación específica en Medicina**

General para garantizar la calidad
asistencial en atención primaria

[2] Alemania, Bélgica, Croacia,
Dinamarca, Estado español,
Francia, Irlanda, Letonia,
Luxemburgo, Países Bajos, Suecia,
Bulgaria, Eslovaquia, Estonia,
Grecia, Malta, Polonia, República
Checa, Austria, Chipre, Eslovenia,
Finlandia, Hungría, Italia, Lituania,
Portugal y Rumanía.

Autor/Autora



JOSÉ ANTONIO FATÁS CABEZA

Licenciado en Medicina he ejercido como cirujano en la Sanidad Pública durante 42 años dirigiendo diversas unidades clínicas. Desde su época de estudiante universitario ha participado activamente en la lucha antifranquista y por las libertades políticas y democráticas.