



**INFORME SOBRE LA NECESIDAD DE PROTEGER LA PRESENCIA DE LAS
ENFERMERAS EN CENTROS RESIDENCIALES PARA MAYORES EN
SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA**

CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA DE ESPAÑA

FEBRERO 2026



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España



INSTITUTO ESPAÑOL
DE INVESTIGACIÓN
ENFERMERA

Con el aval de



Publicado por Consejo General de Enfermería de España

ISBN 978-84-09-81518-0

Deposito Legal M-1743-2026



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España



INSTITUTO ESPAÑOL
DE INVESTIGACIÓN
ENFERMERA

Autores

Verónica Aulestiarte Echebarrena.

Enfermera especialista en Geriatria.

Raúl Rey Gayoso

Departamento de Ciencias de la Comunicación y Sociología, Facultad de Sociología, Universidad de A Coruña. Equipo de Investigación Sociedades en Movimiento, Universidad de A Coruña.

Carlota Vivero Saavedra

Socióloga. Investigadora independiente.

Ana Antón Contreras

Enfermera Especialista en Geriatria.

Vocal de Principado de Asturias de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG).

Rocío López López

Doctora en ciencias de la salud.

Departamento de Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería y podología. Universidad de A Coruña. Grupo de Investigación en Gerontología y Geriatria de la Universidad de A Coruña.

Vocal de Galicia de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG).

Instituto Español de Investigación Enfermera

Coordinación

Elvira Pértega Andía

Enfermera especialista en Salud Mental, PhD.

Revisión

M^a Guadalupe Fontán Vinagre

Adriana Díaz Gautier



**Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España**



**INSTITUTO ESPAÑOL
DE INVESTIGACIÓN
ENFERMERA**



Índice

Prólogo	5
Introducción	6
Objetivo del informe	7
Estructura	8
I-Análisis de la situación actual	8
a. Prevalencia	8
b. Perfil de las personas institucionalizadas en los centros residenciales	8
c. La escasez de enfermeras graduadas en España y sus consecuencias en la atención sanitaria en los centros residenciales	10
d. Regulación de la presencia enfermera. Normativas y ratios	12
e. Importancia del tipo de gestión de los centros residenciales y de los modelos de atención.....	15
f. Aportación diferencial e insustituible de la presencia de enfermeras en los centros residenciales.....	16
g. Políticas actuales y abordaje desde el Ministerio de Sanidad	19
II. Identificación de problemas actuales que impiden garantizar la atención sanitaria de enfermería profesional en los centros residenciales	20
III-Propuestas de mejora con breve argumento para cada problema identificado como petición al Ministerio y Autoridades Sanitarias	25
Conclusiones	33
Referencias bibliográficas	35
Anexo	44



Prólogo

Cuidar a los mayores, que tanto han contribuido, de una u otra forma, a la vida que todos disfrutamos es quizá la mayor responsabilidad que tenemos como sociedad. Y la realidad es que la respuesta a esa necesidad de cuidados no es la adecuada. Hablamos de un segmento de la población que experimenta un constante aumento, tanto en número de individuos que se incluyen en este grupo como en la complejidad de su situación a nivel de movilidad, deterioro cognitivo o pluripatología.

Resulta evidente que, en esta sociedad errática, los valores atribuidos a la juventud se han impuesto al respeto a la experiencia y a la sabiduría que dan los años. Sin embargo, más tarde o más temprano todo el mundo comprende que, salvo que fallezca de forma prematura, en un momento dado requerirá de unos cuidados especializados para poder vivir con dignidad.

Los responsables de las políticas sanitarias y sociales son conscientes de ello seguro, pero existen distintos factores y problemas enquistados que dibujan un panorama nada halagüeño. Sin ir más lejos, para resolver la carencia de enfermeras en los centros sociosanitarios, tanto generalistas como especialistas en Geriátrica, habrá que afrontar previamente el déficit de enfermeras y enfermeros, pues hacen falta más de 100.000 sólo para igualarnos a la media europea. Asimismo, es preciso resolver el problema de las especialidades de Enfermería, que siguen prácticamente paradas o con una convocatoria de plazas puramente testimonial.

Este informe aporta los datos y reflexiones que podrían ayudar a diseñar las políticas que deben marcar nuestro futuro. Desde el Consejo General de Enfermería y las sociedades científicas ofrecemos a todas las Administraciones nuestra ayuda y asesoramiento para garantizar que las personas reciben los cuidados más especializados y profesionales, independientemente de su situación económica o grado de dependencia. Si no encauzamos este reto mayúsculo será indigno seguir presumiendo de que vivimos en un Estado “del bienestar” ni en una sociedad avanzada.

Dr. Florentino Pérez Raya

Presidente Consejo General de Enfermería



Introducción

Durante las últimas décadas, el descenso de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida está dando lugar a una de las transformaciones demográficas más importantes del siglo XXI: el envejecimiento de la población. Esta evolución exige reformas de los sistemas de protección social, de los servicios de atención de la salud y de las políticas económicas para responder a las diversas necesidades de las personas de edad, garantizar su acceso equitativo a los servicios y proteger sus derechos humanos.¹ Entre éstos, el derecho a la protección de la salud es particularmente relevante para las personas mayores, pues los cambios biológicos asociados al aumento de la esperanza de vida generan un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales y un mayor riesgo de enfermedad. Esto da lugar a un aumento de la probabilidad de experimentar varias afecciones de salud al mismo tiempo, como la diabetes, la demencia y la depresión, además de la aparición de estados de salud complejos asociados a la fragilidad, la incontinencia urinaria, las caídas, los estados delirantes y las úlceras por presión.² Estas condiciones generan en las personas mayores una situación de dependencia y mayor vulnerabilidad, por la que pueden precisar ser institucionalizadas en centros residenciales especializados para recibir atención sanitaria y cuidados continuados o permanentes, provistos por profesionales de la salud.³

Por ello, para garantizar la calidad y continuidad de la atención sanitaria de las personas mayores en situación de dependencia, es imprescindible contar con profesionales sanitarios en estos centros residenciales. En concreto, las enfermeras, y más específicamente, las enfermeras especialistas, juegan un papel fundamental asumiendo funciones y competencias clave en el desempeño de su rol profesional basado en principios científicos, humanísticos y éticos, mediante intervenciones enfermeras basadas en la mejor evidencia disponible, como el diseño y seguimiento de los planes de cuidados individualizados, la preparación y administración de medicación, así como la realización de curas.⁴

No obstante, a pesar de la relevancia de la presencia enfermera para garantizar la atención sanitaria en los centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia (en adelante, centros residenciales), asociaciones del sector⁵ han alertado



ante la falta de profesionales de enfermería disponibles para trabajar en estos centros. Diferentes colegios profesionales de enfermería de España se han hecho eco de la situación, y alertan de que la falta de enfermeras en estos centros residenciales conlleva intrusismo profesional, lo que constituye un grave riesgo asistencial.⁶ Alegan que la privatización del sector sociosanitario, la precariedad y sobrecarga laboral, la falta de reconocimiento profesional⁷ y la frustración por no poder dar el cuidado necesario a cada residente se asocia a la escasez de enfermeras en los centros residenciales, y “temen que prescindan de ellas en residencias”.⁸ A este respecto, los discursos sociales que establecen los fundamentos jurídicos y justifican políticamente los requisitos de los centros residenciales, apuntan en esta línea abordando el problema de la escasez de enfermeras disminuyendo o incluso prescindiendo de la presencia enfermera en dichos centros.⁹

Para hacer frente a esta situación de mayor demanda de cuidados a nivel poblacional y menor disponibilidad de profesionales de enfermería para brindarlos, sería preciso emplear la planificación y la prospectiva con base empírica¹⁰ para poner en marcha políticas que protejan la presencia de enfermeras graduadas colegiadas (en adelante, enfermeras) en los centros residenciales, garantizando así el derecho al acceso equitativo a la atención sanitaria de esta población.

Objetivo del informe

El objetivo de este informe es impulsar y orientar la formulación de políticas que reconozcan la necesidad de proteger la presencia de enfermeras en los centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia en España, con el fin de garantizar el derecho a la protección a la salud y la calidad de la atención sanitaria a esta población.



Estructura

El informe se estructura en tres partes. La primera parte describe la paradójica situación actual de la atención sanitaria de las enfermeras en los centros residenciales, caracterizada por un aumento de las necesidades de cuidados enfermeros profesionales a esta población y de una disminución de la presencia enfermera en estos centros. La segunda parte presenta una síntesis de los obstáculos identificados así como de las limitaciones de las políticas actuales para proteger la presencia de enfermeras en los centros residenciales, como garantía de la calidad de la atención sanitaria a estas personas institucionalizadas. Finalmente, la tercera parte incluye propuestas de mejora con breve argumentario para abordar la problemática identificada.

I-Análisis de la situación actual

a. Prevalencia

En 2024, un total de 356.200 personas mayores residían en centros residenciales, distribuidos en instituciones públicas, privadas y concertadas, lo que equivale al 4,8 % de la población de ≥ 65 años). Se observa un incremento del 12 % respecto a 2019 que puede atribuirse al aumento de la dependencia asociada a la edad y a enfermedades crónicas. El censo de centros residenciales elaborado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) recoge datos de 2022 y concluye que en España hay 5.188 centros residenciales.¹¹

b. Perfil de las personas institucionalizadas en los centros residenciales

En los últimos años se ha constatado, especialmente en el caso de los centros residenciales, que cada vez deben atender a personas con niveles más elevados de dependencia y con mayores necesidades de atención sanitaria.¹² Las necesidades de atención de los residentes son elevadas, con muchos residentes crónicamente enfermos que requieren servicios médicos y de atención enfermera constante. La complejidad de las necesidades de cuidados de los residentes en estos centros plantean desafíos significativos para la calidad de la atención.^{13,14}



En España, los adultos mayores institucionalizados en centros residenciales presentan un perfil caracterizado por una elevada proporción de personas mayores de 65 años de edad media avanzada (86 años), alta prevalencia de discapacidad (94,7 %), predominio femenino (alrededor del 70 %), y dependencia severa en actividades básicas de la vida diaria (ABVD), especialmente en cuidado personal (89,6 %), vida doméstica (87,6 %) y movilidad (88,5 %), con deterioro cognitivo y escaso soporte social.¹⁵⁻¹⁷ La mayoría tiene múltiples enfermedades crónicas y un alto grado de multimorbilidad, con una proporción significativa de demencia y mortalidad anual elevada respecto a la población no institucionalizada.^{18,19} Este perfil implica necesidades asistenciales complejas, que requieren intervenciones continuas y multidisciplinarias, siendo la enfermería un pilar fundamental en la atención.

Contextualizando la situación en España a nivel internacional, nuestro país se asemeja a otros en similar estadio de transición demográfica. En comparación, los residentes en centros de larga estancia en países como Reino Unido y Estados Unidos muestran perfiles similares en cuanto a edad (media 83-85 años) y predominio femenino (60-70 %). La prevalencia de discapacidad severa en actividades básicas de la vida diaria es también muy alta, en Inglaterra y Gales, el 87 % de los residentes presentaba discapacidad severa en 2014, y la multimorbilidad compleja ha aumentado en las últimas décadas.^{20,21} En Estados Unidos, al ingresar en centros residenciales, el 89 % de los residentes tiene discapacidad severa (dependencia en ≥ 3 actividades básicas), y la mitad presenta demencia.²²

Respecto a los tipos de dependencia, tanto en España como en otros países desarrollados, las mayores dificultades se concentran en el autocuidado, la movilidad y la vida doméstica. **El perfil internacional coincide en que la institucionalización ocurre tras un periodo de discapacidad progresiva y alta carga de cuidados informales, y que la mayoría de los residentes requieren ayuda continua para las actividades básicas.**²³

Por tanto, la alta complejidad clínica y social de las personas mayores institucionalizadas en centros residenciales requiere de la presencia continua de enfermeras, tanto para garantizar la seguridad y calidad de los cuidados como para promover el bienestar y la autonomía de los residentes.



c. La escasez de enfermeras graduadas en España y sus consecuencias en la atención sanitaria en los centros residenciales

Para atender las necesidades de cuidados profesionales de la población institucionalizada, es necesario dotar a los centros residenciales con personal cualificado. A este respecto, resulta particularmente preocupante el déficit de enfermeras para cubrir la demanda creciente de profesionales sanitarios en el sector sociosanitario.²⁴ En el año 2024 España cuenta con 312.114 enfermeras colegiadas no jubiladas, con una ratio de 6,36 enfermera por cada 1.000 habitantes; por debajo de la media europea que está por encima de 8. Existen artículos y noticias que mencionan la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de al menos 5 enfermeras por cada 100 mayores de 65 años, cifra que España no alcanza.²⁵

Faltan datos específicos del número de enfermeras colegiadas en centros residenciales.²⁶ Según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023²⁷, el número total de enfermeras ascendía a 345.969, de las cuales se especifica que 221.406 pertenecen al Sistema Nacional de Salud en atención primaria, atención especializada, urgencias y emergencias y hospitales, desconociendo en qué sector ejercen las 124.563 enfermeras restantes. A modo de estimación aproximada, partiendo de los microdatos de la Encuesta de Población Activa del Instituto Nacional de Estadística (INE) de 2023, el número de enfermeras que trabajan en centros residenciales ascendería a unas 20.000 en toda España (teniendo en cuenta que los datos provienen de una muestra y las categorías que aglutinan los centros residenciales no son precisos). Otra referencia es el estudio realizado por el sindicato de enfermería SATSE,²⁸ donde se menciona una ratio de 0,06 enfermeras por persona usuaria, por lo que tomando como base las 384.251 plazas que había en 2020, la cifra sería de 23.055 enfermeras trabajando en centros residenciales. **En todo caso, resulta imprescindible obtener datos fiables de la provisión de enfermeras en estos centros para poder evaluar la situación actual y tendencia temporal en este sector.**

A pesar de no conocer el número de enfermeras que trabajan en centros residenciales en España, los pocos datos sugieren una presencia de enfermeras tituladas claramente



insuficiente. Según un informe del SATSE,²⁹ el 75,2 % de las enfermeras que trabajan en centros gerontológicos residenciales delega funciones y competencias propias en personal gerocultor debido a la ausencia de enfermeras en todos los turnos. En línea con estos hallazgos, un estudio sobre residencias en Cantabria señala que el 24,1 % de los centros no dispone de enfermeras en su plantilla.⁴ Entre los centros que sí cuentan con este perfil (75,9 %), únicamente el 48,1 % tiene presencia enfermera en el turno de mañana todos los días de la semana, mientras que esta cobertura se reduce al 38,9 % en el turno de tarde. Además, el 77,5 % de los centros residenciales carece de enfermeras durante el turno de noche.

Más allá de los números, lo que la evidencia científica muestra son las consecuencias de la escasez de enfermeras en la calidad de la atención sanitaria de los centros residenciales, quedando particularmente de manifiesto en la pandemia. Durante la pandemia, la falta de enfermeras se relacionó con una mayor mortalidad en centros residenciales, evidenciando una negligencia en la atención sanitaria a esta población e infrafinanciación estructural que requiere atención urgente.³⁰ La falta de enfermeras fue una asignatura pendiente en la gestión de la pandemia en España.³¹

Estudios empíricos evidencian que la dotación de personal es un determinante crítico de la seguridad y calidad del cuidado. La literatura internacional señala que se requiere de un mínimo de 0,75 horas de enfermera por residente al día (hprd), como umbral para la prevención de eventos adversos. Adicionalmente se ha estimado que la dotación total de personal de enfermería, que incluyen a las enfermeras y al personal técnico o auxiliar de apoyo al cuidado, debe alcanzar aproximadamente 4,1 hprd para prevenir daños en el cuidado de los residentes.^{32,33} Los centros residenciales que están por debajo del nivel estándar de personal tienen **más probabilidades de sufrir un deterioro en los resultados de salud de los residentes,¹³ así como incrementar el sufrimiento de los mismos.³⁴** Asimismo, la correlación entre los niveles de personal de enfermería y la ocurrencia de eventos adversos potencialmente evitables estima que éstos podrían reducirse con un aumento o una dotación de enfermeras más consistente.^{35,36}

Además del ratio de personal de enfermería, la falta de competencia de algunos trabajadores que realizan funciones y competencias de las enfermeras/os contribuye a eventos adversos graves, y a dificultar la interpretación de las necesidades, deseos y síntomas de los residentes con deterioro cognitivo,³⁴ siendo un factor a menudo



subestimado.³⁴ Sin embargo, con el fin de reducir costos se ha facilitado que personal auxiliar reemplace a las enfermeras, lo que ha llevado a una escasez de enfermeras en los centros residenciales.¹³

Por otro lado, conviene resaltar que, el largo proceso de regulación jurídica de la profesión de Enfermería ha sido, entre otros, uno de los responsables de llevar a ésta, al igual que a otras ciencias del entorno sanitario, a un proceso de especialización. Desde la creación de la figura del Ayudante Técnico Sanitario o de la primera especialidad de enfermería (Matrona) en 1957, se ha seguido un camino que tiene dos hitos importantes: el Real Decreto 183/2008 y la Orden SAS/3225/2009. Estas dos normas han permitido que existan por vez primera Enfermeras especialistas en Enfermería Geriátrica. Ante esta situación urge propiciar un reconocimiento real a las especialidades en Enfermería y a esta especialidad en particular, que pasa por instaurar una categoría profesional de enfermera especialista en geriatría, la exigencia jurídico-administrativa de configurar puestos de trabajo específicos que requieran de la acreditación de la mencionada especialidad y la consiguiente creación de bolsas de trabajo para que las profesionales puedan acceder a esos puestos.

Asimismo, no sólo el número de enfermeras sino la inestabilidad del personal, es un indicador de calidad, incluso controlando los niveles promedio de enfermeras y auxiliares de enfermería.³⁷ Una mayor rotación de enfermeras se relaciona con más residentes con deshidratación, reposo en cama y uso de medicación antipsicótica.¹³ Por el contrario, una menor rotación de enfermeras se asoció con puntuaciones generales de cultura de seguridad del paciente un 4,04 % más altas, con efectos positivos significativos en dominios como el cumplimiento de procedimientos, los traspasos de información, la apertura de la comunicación y el aprendizaje organizacional.

Mejorar la calidad del cuidado y la cultura de seguridad en los centros residenciales puede depender de la capacidad de contar con y retener enfermeras capacitadas y cualificadas.³⁸

d. Regulación de la presencia enfermera. Normativas y ratios

La salud como un derecho, no como un privilegio, está reconocido en el Artículo 43 de la Constitución Española, que establece que los poderes públicos tienen la



responsabilidad de proteger la salud pública a través de medidas preventivas y la provisión de los servicios necesarios. De ahí que las políticas deban velar por la calidad en la prestación de la atención sanitaria en los centros residenciales, mediante el establecimiento de un marco normativo adecuado y de los mecanismos de control pertinentes para garantizar su cumplimiento.

Los centros residenciales forman parte del ámbito de los servicios sociales de atención a personas mayores y/o en situación de dependencia, y son las administraciones públicas competentes en esta área las que establecen los requisitos de personal necesarios para autorizar su funcionamiento. Uno de estos requisitos son las ratios mínimas de personal según diferentes categorías profesionales, que resultan de cumplimiento obligatorio para todos los centros autorizados. Dado que las competencias en la regulación de servicios sociales están transferidas a las comunidades autónomas, cada región dispone de su propia normativa en la materia.

En este contexto, se observa una notable heterogeneidad territorial en lo relativo a las ratios mínimas de personal de enfermería exigidas en los centros residenciales. Por un lado, existen comunidades que sí contemplan dichas ratios, aunque con criterios dispares; por otro lado, algunas comunidades no establecen ratio mínima de personal enfermero, como ocurre en Cantabria, Aragón o Las Islas Baleares.³⁹ Esta situación incide directamente en la dotación enfermera en los centros. Según datos del SATSE de 2019, existe una marcada desigualdad territorial en cuanto a la ratio de enfermeras/os por persona residente. Aunque la media estatal se sitúa en 109 residentes por cada enfermera/o, algunas comunidades autónomas superan ampliamente dicha cifra –como Madrid (261 residentes por cada enfermera/o), Castilla y León (225) o Extremadura (204)–, mientras que otras presentan ratios significativamente menores –como Galicia (53), Euskadi (91) o la Comunidad Valenciana (97).²⁸

Por otra parte, la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia⁴⁰ (LAPAD, en adelante) dio lugar a la creación del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (Consejo Territorial, en adelante), órgano de cooperación interadministrativa encargado de coordinar y consensuar las políticas en materia de servicios sociales y dependencia entre la



Administración General del Estado y las comunidades autónomas. El Consejo Territorial está adscrito al Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, y en él están representados tanto el Gobierno central, a través de dicho ministerio, como los gobiernos autonómicos, a través de sus correspondientes consejerías de política social. Entre sus competencias se encuentra la definición de acuerdos comunes para todo el Estado en materia de criterios mínimos de calidad aplicables a la acreditación de servicios y centros (art. 34.2 de la LAPAD). **El Consejo Territorial ha aprobado dos acuerdos de acreditación, en 2008²⁸ y en 2022,²⁹ en los que no se contemplan ratios mínimas de personal enfermero.** En todo caso, los acuerdos del Consejo Territorial requieren su incorporación normativa por parte de los parlamentos autonómicos, por lo que no poseen un carácter vinculante per se, si bien actúan como referencia para los gobiernos autonómicos.⁴³ Esto significa que **el órgano regulador de la presencia enfermera para garantizar la atención sanitaria en los centros residenciales depende del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, y no del Ministerio de Sanidad,** y que las comunidades autónomas tienen en última instancia la potestad para cumplir la normativa estatal.

De ahí que en los últimos años algunos gobiernos autonómicos hayan modificado sus normativas para flexibilizar los requisitos de ratios mínimas de personal enfermero, o incluso para suprimirlos. Es el caso de Galicia, que en 2024 reformó la normativa para reducir la exigencia de personal enfermero en la mayoría de los centros.⁴⁴ También Castilla y León, que siguiendo la orientación del acuerdo del Consejo Territorial de 2022 mencionado anteriormente, ha presentado el borrador de un decreto que elimina la exigencia de ratios mínimas de enfermeras en los centros,^{45,46} cuando la normativa previa fijaba que hasta 25 usuarios se exigirá una prestación mínima de 2 horas diarias, y adicionalmente, por cada 8 usuarios o fracción, se realizaría una prestación de una hora diaria.

En consecuencia, las ratios de personal en España muestran una dotación de enfermeras inferior a la recomendada internacionalmente, y una marcada variabilidad regional en las normativas, así como en los requisitos mínimos de personal y recursos.^{33,47-49}



e. Importancia del tipo de gestión de los centros residenciales y de los modelos de atención

El sistema sociosanitario español presenta una fuerte segmentación entre centros públicos y privados, con importantes desigualdades en condiciones laborales y dotación de personal, especialmente en el sector privado, lo que repercute negativamente en la calidad asistencial y en la salud del personal de enfermería.^{47,49} A este respecto, el Censo de Centros Residenciales de Servicios Sociales elaborado por el IMSERSO,¹¹ muestra que en España existen aproximadamente 5.771 centros residenciales, de los cuales el 76,2 % están dirigidos a personas mayores. Atendiendo a los modelos de gestión, el 85,8 % de los centros están gestionados por una entidad privada, teniendo finalidad lucrativa en el 57,3 % de los casos. Sin embargo, **sólo un 14,2 % de los centros son de titularidad y gestión pública.**

En los centros de personas mayores, el 57 % del personal corresponde al primer nivel de atención, lo que nos da una ratio de 0,36 por residente. Comparativamente, países como Suecia y Noruega presentan modelos públicos con ratios de personal más elevados y mayor integración sociosanitaria, mientras que Alemania y Estados Unidos. tienden a modelos más privatizados y con menor dotación de personal de enfermería, lo que se traduce en peores resultados en indicadores de calidad y salud.^{49,50} Japón y Reino Unido avanzan hacia modelos integrados de atención comunitaria y residencial, con énfasis en la coordinación y continuidad asistencial.^{51,52}

La evidencia internacional indica que modelos con mayor dotación de personal cualificado, especialmente de enfermería, y mayor integración sociosanitaria, se asocian a menor mortalidad, menos hospitalizaciones no planificadas y mejor calidad de vida para los residentes.^{49,53-55} En contraste, la fragmentación y la insuficiencia de personal en modelos privatizados o con baja inversión pública generan peores resultados clínicos y mayor desgaste profesional.^{47,49} Es práctica habitual en los centros residenciales con fines lucrativos mantener los costos de personal lo más bajos posible para maximizarlas ganancias, lo que conduce a una dotación de personal inadecuada.³³

Parece por tanto innegable la necesidad de cuestionarse la ética y legitimidad de obtener rédito económico a cambio de disminuir los costos de personal, dadas las consecuencias evidenciadas que esto tiene para el bienestar y salud de los residentes de estos centros.



f. Aportación diferencial e insustituible de la presencia de enfermeras en los centros residenciales

Los estragos de la pandemia pusieron en evidencia las deficiencias en materia sanitaria de muchos de los centros residenciales, lo que puso de manifiesto la necesidad de contar con profesionales con conocimiento y capacidades de atención sanitaria en los equipamientos del sector. A pesar de que existen documentos que inciden en que la revisión de las titulaciones de Formación Profesional de Grado Medio, incorporando un mejor entrenamiento de las competencias transversales puede dotarlas de mayor polivalencia y capacitación sanitaria,¹² la presencia de enfermeras especialistas en geriatría y las especialistas en comunitaria en los centros de carácter residencial para personas mayores representa un pilar fundamental en la calidad asistencial, el bienestar y la seguridad de los residentes. Su incorporación en las plantillas no sólo mejora los resultados clínicos, sino que también optimiza el funcionamiento de los equipos multidisciplinares y reduce la carga sobre el sistema público de salud.

La evidencia señala que la calidad de los cuidados en los centros residenciales depende en gran medida de la presencia de personal cualificado, especialmente de enfermería, cuya aportación diferencial dentro de un equipo interdisciplinar se manifiesta más claramente tanto en la mejora de los resultados en salud como en la optimización de los recursos sanitarios.⁵⁶

La presencia física continua de enfermeras aporta una atención integral e individualizada, desde una perspectiva biopsicosocial, planificando cuidados específicos y gestionando necesidades. Esta visión permite abordar la pluripatología, el deterioro cognitivo y funcional y fomentar el envejecimiento activo.⁵⁷ De ahí que **su ausencia conlleve “cuidados perdidos” o “missed care”, donde las necesidades básicas de los residentes no se atienden adecuadamente por falta de tiempo o personal cualificado favoreciendo el intrusismo.⁵⁸** Del mismo modo, la rotación frecuente del personal de enfermería se ha vinculado con un aumento de eventos adversos y menor calidad asistencial,³⁷ además de afectar negativamente la cultura de seguridad, la comunicación y el aprendizaje en la organización.³⁸ De este modo, tanto la ausencia como la rotación de enfermeras anulan una parte muy importante de la práctica enfermera y esencia del cuidar, los llamados “cuidados invisibles” que sólo se consiguen



con la presencia continua.⁵⁹ La calidad de vida de los residentes mejora notablemente cuando cuentan con atención enfermera constante, lo que también incrementa la satisfacción de las familias y del propio personal.²⁵ La presencia favorece la calidad de la interacción con el personal asistencial y las actividades que se realizan merecen más atención en la práctica diaria y ofrecen un medio para mejorar la sensación de hogar.⁶⁰ Además, las enfermeras son responsables de procedimientos técnicos esenciales como la administración de medicación, curas, vacunación, prevención de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia, planificación de dietas y coordinación de consultas. Estas funciones y competencias, realizadas por enfermeras contratadas como personal propio del centro, garantizan una atención continua y especializada.⁶¹ De lo contrario, su ausencia compromete la vacunación, el seguimiento clínico y la detección precoz de complicaciones, generando un deterioro en la calidad asistencial.⁵⁷ Las enfermeras son necesarias para abordar situaciones de emergencia que requieren juicios rápidos y profesionales, especialmente porque las visitas de los médicos son poco frecuentes y las enfermeras proporcionan tratamientos limitados y temporales hasta que los médicos pueden atender a los residentes.^{13,62} Además, cabe destacar el rol propio de la enfermera dentro de su actuación profesional, más allá de la presencia del médico en procesos de agudizaciones de la enfermedad y tratamientos médico.

La eficiencia de las enfermeras queda demostrada en un estudio reciente en una residencia de 250 camas en el sureste de Estados Unidos, donde se registró 160 horas de observaciones utilizando un software de registro de datos (TimeCaT), en el cual fueron predefinidas las intervenciones de enfermería del Sistema Omaha. En general, los enfermeros realizaron 65 intervenciones por hora, permanecieron 130 seg en cada ubicación, cambiaron de ubicación 28 veces por hora y realizaron varias tareas a la vez durante el 29 % del tiempo de trabajo.⁶³ Por lo tanto, **se deben identificar formas de mitigar la presión del tiempo, pero no sustituir a las enfermeras por personal menos cualificado.** Además de su nivel de actividad, su eficiencia también queda demostrada en los resultados en salud. **Una mayor dotación de enfermeras se asocia a mejores indicadores sensibles a la práctica enfermera como la mejora funcional y el manejo del dolor moderado-grave,⁶⁴ con una reducción significativa de eventos adversos, la prevención de complicaciones agudas y crónicas, la prevención de úlceras por presión y el control de infecciones, disminuyendo las hospitalizaciones, lo que representa un**



ahorro para el sistema sanitario.⁶⁵⁻⁶⁷ También se ha observado una disminución de la mortalidad por COVID-19 en residencias con ratios adecuados de personal.³⁰ Se ha demostrado que la cultura de seguridad del paciente, influenciada por la enfermeras, se asocia con menos caídas, y un menor uso de sujeciones físicas, a menos deficiencias en la atención sanitaria y menos quejas fundamentadas.³⁸

Su rol como líderes en la coordinación de cuidados permite una mejor prevención y seguimiento de patologías crónicas, lo que se traduce en una mayor satisfacción tanto para los residentes como para los profesionales.⁶⁴ La evidencia muestra que una enfermera generalista o especialista puede evaluar, diagnosticar, prescribir y gestionar la atención de los pacientes, incluyendo derivaciones a médicos. Su presencia en el lugar para evaluar cambios agudos en la condición de un residente es una estrategia clave para reducir hospitalizaciones evitables.⁶⁸ También pueden supervisar y formar a otro personal, pues las enfermeras son responsables de la preparación y el apoyo organizativo y la supervisión del personal de asistencia sin licencia en los centros residenciales.³⁴ A este respecto, un estudio encontró que la única variable del personal relacionada con la calidad general de la atención era que el director del centro residencial fuera una enfermera titulada.⁶⁹

Existen evidencias en una revisión sistemática que indica que las intervenciones de planificación anticipada de la atención, en las que las enfermeras desempeñan un papel crucial, disminuyen las tasas de hospitalización.⁷⁰

Los resultados en salud, la adecuada dotación y cualificación del personal favorece la organización de la vida cotidiana de los residentes y el mantenimiento de sus relaciones sociales, aspectos clave para la calidad de vida.⁷¹



g. Políticas actuales y abordaje desde el Ministerio de Sanidad

A nivel estatal, tanto el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 como el Ministerio de Sanidad han propuesto estrategias para ofrecer una respuesta robusta y eficiente a la inminente transición socio-demográfica y epidemiológica que estamos viviendo en España, proponiendo líneas de acción que afectan al modelo de gestión y cuidados en los centros residenciales.

Respecto a la **“Estrategia Estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad: un proceso de desinstitucionalización”⁷² del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030**, supone una clara apuesta por la desinstitucionalización de las personas con necesidades de cuidados y apoyo, impulsando modelos de apoyo y cuidados de larga duración en la comunidad. Sin explicitar el rol que las enfermeras pueden jugar en el proceso de transición de los cuidados institucionalizados a los cuidados brindados en la comunidad, la estrategia **nombra a las enfermeras gestoras de casos como coordinadoras sociosanitarias por población residente en centros residenciales por zona básica de salud, como ejes fundamentales para la coordinación con Atención Primaria.**

En cuanto al reciente Marco Estratégico para los Cuidados de Enfermería (MECE),⁷³ aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, establece líneas estratégicas para visibilizar el liderazgo enfermero, mejorar la planificación de recursos humanos y fomentar la investigación en cuidados. Este documento constituye una referencia clave para avanzar hacia un modelo de atención centrado en la persona y basado en la evidencia en todos los niveles asistenciales. Asimismo, el MECE aboga por una integración real entre los cuidados sanitarios y sociales, especialmente en el ámbito comunitario y de larga duración, proponiendo establecer circuitos asistenciales y comunicación interprofesional entre los distintos niveles, incluyendo los centros residenciales.

Teniendo en cuenta la propuesta de transición hacia la desinstitucionalización, cabe cuestionarse cómo será posible la consecución real y efectiva de estos objetivos sin contar con la presencia continuada de enfermeras como personal propio dentro de los centros residenciales, capacitadas para valorar el estado de salud de los residentes y coordinar las intervenciones interdisciplinares ejerciendo como coordinadoras de casos.



Las enfermeras actúan como el principal enlace entre el centro residencial y el sistema de salud externo (centros de atención primaria, hospitales, especialistas), facilitando derivaciones, coordinando citas y asegurando la continuidad asistencial. Actualmente justifican la sustitución de sus funciones y competencias por la unidad de apoyo residencial, o Unidades de Atención a Residencias (UAR),⁷⁴ la cual no puede compararse con la atención centrada en la persona y sostenida en el tiempo que sólo la presencia permanente de enfermeras puede aportar.

II. Identificación de problemas actuales que impiden garantizar la atención sanitaria de enfermería profesional en los centros residenciales

Problema 1: No hay normativa que ampare la presencia de enfermeras en los centros residenciales

En consideración a lo expuesto, se constata que el marco normativo estatal y autonómico no protege la presencia continuada de equipos estables de enfermeras en los centros residenciales a pesar de que la evidencia constata su importancia para garantizar el derecho a la salud de los residentes.

A nivel estatal, las líneas estratégicas planteadas en el documento MECE establecen las bases de un modelo de cuidados de enfermería centrado en la persona, equitativo, seguro y sostenible para los cuidados enfermeros, pero no establece propuestas concretas sobre cómo abordar el problema de la escasez de enfermeras en los centros residenciales. A pesar de reconocer la falta de información sobre el trabajo de la enfermera geriátrica, en ninguna de las estrategias del MECE se hace referencia a la figura de la enfermera presencial (entendida como equipos de profesionales de enfermería integrados de manera continua dentro del centro residencial).

No plantear estrategias que aseguren la disponibilidad real de enfermeras para trabajar de manera estable en los centros residenciales supone dejar que las personas que necesitan los cuidados que se imparten en estos centros carezcan de la atención sanitaria característica de las enfermeras. Esta atención se refiere a las funciones propias asociadas al título de enfermera, como la continuidad de cuidados, atención directa centrada en la



promoción de salud, y prevención de enfermedades, seguridad, relación terapéutica, facilitar la adaptación al entorno, y mantener la dignidad a lo largo de la vida y al final de ésta.⁷⁵

Del mismo modo, la “Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad. Un proceso de desinstitucionalización (2024-2030)”⁷² tampoco plantea en sus ejes estratégicos medidas que aseguren la presencia de enfermeras en los centros residenciales, con el fin de garantizar la atención sanitaria y continuidad de cuidados durante el proceso de transición hacia la desinstitucionalización de las personas mayores en situación de dependencia que precisen cuidados sanitarios complejos. También dependiente del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, el Consejo Territorial estableció en la resolución del 2/dic 2008,⁴¹ y posteriormente el 2/dic 2022,⁴² la fijación de criterios comunes y de acreditación de centros y planes de calidad del sistema para la autonomía y atención a la dependencia dentro del marco general de la Administración General del Estado. En ellos se fijaron mínimos de personal en centros residenciales acreditados, pero en ninguno de los 2 acuerdos se hace mención al personal de enfermería.

La Resolución de 2008 establece ratios mínimas de carácter general y ratios específicas para personal auxiliar/gerocultor. La ratio general indica el número mínimo de profesionales por cada persona usuaria, mientras que la ratio de personal auxiliar establece el número mínimo de auxiliares/gerocultoras por cada persona residente que deben cumplir los centros. El acuerdo fija que, para 2011, la ratio general mínima debe ser de 0,45 profesionales por cada persona dependiente de grado II y de 0,47 por cada persona dependiente de grado III. La ratio de personal auxiliar, para ese mismo año, se establece en 0,27 auxiliares por cada persona usuaria con dependencia de grado II y 0,28 por cada persona con dependencia de grado III. Tras establecer esta ratio, el texto indica que “para el resto de las categorías profesionales las ratios específicas se concretarán en 2012, en el acuerdo del Consejo Territorial relativo a las ratios exigibles en diciembre de 2015”. Sin embargo, este acuerdo de 2012 nunca se llegó a aprobar, previsiblemente debido a los recortes presupuestarios en los servicios sociales derivados de la crisis económica de 2008. Esto dejó sin definir ratios específicas para categorías como la enfermería. El acuerdo de 2008 no incluye una justificación técnica detallada para el



diseño de las ratios mínimas, aunque toma como referencia las existentes en distintas comunidades autónomas. (Ver Anexo I. Tabla 1 sobre regulaciones autonómicas).

El Acuerdo de 2022 actualiza las ratios mínimas del acuerdo de 2008. Sin embargo, únicamente establece ratios para el personal de atención directa de primer nivel (en adelante, AD1N) y de segundo nivel (AD2N). El personal AD1N corresponde al personal gerocultor, mientras que el personal AD2N agrupa a profesionales con titulación superior que prestan atención sociosanitaria (como enfermería, medicina, terapia ocupacional, psicología, trabajo social, entre otros). El Acuerdo traza una hoja de ruta para el incremento progresivo de estas ratios mínimas hasta diciembre de 2029. La ratio mínima de AD2N permanece constante en 0,08 profesionales por cada persona usuaria en situación de dependencia durante todo el periodo y no se establece ninguna ratio específica para la presencia de enfermeras. Carece también este acuerdo de una justificación técnica para el establecimiento de estas ratios, sólo haciendo referencia en el preámbulo a la vinculación entre el aumento de las ratios con una mejora en la calidad del empleo.

No obstante, es importante señalar las limitaciones jurídicas y prácticas de los acuerdos del Consejo Territorial. Las competencias en materia de servicios sociales están transferidas a las comunidades autónomas, por lo que los acuerdos del Consejo Territorial deben ser transpuestos a la normativa autonómica por los respectivos parlamentos o gobiernos regionales. **En este sentido, el Acuerdo de 2008 no fue aplicado íntegramente en ninguna comunidad autónoma, y muchas ni siquiera adoptaron las ratios mínimas establecidas. Hasta la fecha, ocurre lo mismo con el Acuerdo de 2022. Por este motivo, resulta imprescindible analizar las normativas autonómicas sobre ratios mínimas en residencias, así como los discursos que las sustentan.**

Respecto a la situación del marco normativo autonómico en materia de ratios mínimas de personal, éste genera desigualdades territoriales en la disponibilidad de enfermeras en los centros residenciales. Además, se advierte una tendencia hacia la reducción de los requisitos, lo que compromete la adecuada dotación de personal enfermero. Esta realidad se refleja en los escasos datos disponibles que dan cuenta de la urgencia de cuestionar los criterios y los parámetros tenidos en cuenta para establecer las actuales ratios de personal en las respectivas comunidades autónomas.⁷⁶



Problema 2.: Factores estructurales no abordados asociados a la escasez de enfermeras disponibles para trabajar en centros residenciales

La dificultad para atraer y retener profesionales sanitarios en los sistemas de cuidados de larga duración constituye un desafío común en los países de la OCDE.⁷⁷ En el caso de los centros residenciales, esta escasez afecta especialmente a las categorías profesionales de auxiliares de enfermería y enfermeras.⁷⁸ En el contexto español, tanto las asociaciones patronales como los sindicatos y colegios han señalado reiteradamente la existencia de un déficit estructural de profesionales de enfermería en el ámbito residencial, así como serias dificultades para captar y fidelizar talento.^{76,79-81} Sin embargo, existen pocas investigaciones sistemáticas centradas en el caso español que cuantifiquen este déficit de enfermeras o analicen en profundidad sus causas.

La literatura académica especializada existente identifica las condiciones laborales como uno de los principales factores que explican las dificultades para atraer y retener personal de enfermería en el sector de los cuidados de larga duración. Un informe elaborado para la OCDE⁷⁷ concluye que las enfermeras que trabajan en centros residenciales expresan insatisfacción con sus salarios, con la organización de los turnos de trabajo y con las limitadas oportunidades de desarrollo profesional.

En España, un estudio sobre las percepciones de las enfermeras en residencias de Cataluña,⁸² observó que las enfermeras que trabajaban en estos centros presentaban sentimientos de inferioridad, desánimo y decepción de cara al futuro debido, entre otras cuestiones, a las elevadas ratios de personas usuarias por cada profesional, la falta de tiempo y de personal, así como a la falta de implicación de la dirección del centro para resolver problemas relacionados con el cuidado. Esto conlleva problemas de salud como burnout y fatiga por compasión tanto a los profesionales como a los residentes.⁸³

Por su parte, un reciente estudio centrado en las condiciones laborales del personal de enfermería en residencias de la provincia de Lugo señala que las principales causas de abandono del puesto se deben a las condiciones laborales. En particular, a los bajos



salarios y la sobrecarga de trabajo debido a las elevadas ratios de personas usuarias por cada profesional.⁸⁴ Estudios recientes en España evidencian precariedad laboral y desigualdades en las condiciones de trabajo del personal de enfermería, especialmente en centros privados, lo que repercute negativamente en la salud de los profesionales y en la calidad de la atención prestada.^{47,85}

Si bien en el año 2020, el Consejo General de Enfermería, junto con el Sindicato de Enfermería SATSE, presentaron un análisis sobre la situación de la enfermería en los centros residenciales en España,⁸⁶ cabe señalar la ausencia de un registro o informe público actualizado del sector sociosanitario sobre las condiciones salariales del personal de enfermería en centros residenciales.

No obstante, los convenios colectivos del sector privado ofrecen una aproximación bastante precisa a la realidad salarial de una amplia parte del personal de enfermería en centros residenciales, ya que, como se mencionó anteriormente, los centros de gestión privada representan el 85,8 % del total en nuestro país. Según las tablas salariales del VIII Convenio Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal, de aplicación en todo el territorio español, el salario base establecido para 2025 asciende a 1.567,96 euros para el personal de enfermería —reconocido en este convenio bajo la denominación ATS/DUE—. Esta cifra refleja una notable desigualdad en comparación con las retribuciones mínimas mensuales que perciben tanto el personal generalista como el especializado en Atención Especializada y Atención Primaria, recogidas en el informe Situación actual y estimación de la necesidad de enfermeras en España 2024⁸⁷ del Ministerio de Sanidad, donde se constata que en todas las comunidades autónomas dichos salarios superan, por lo general, los 2.000,00 euros mensuales.

El altísimo porcentaje de centros residenciales de gestión privada influye en hacer menos atractivo a las enfermeras trabajar en este sector, dado que las condiciones laborales y dotación de personal se agravan en centros privados, lo que repercute negativamente en la salud del personal de enfermería^{47,49} y en la calidad de la atención prestada.⁸⁵ **Además de las desigualdades en condiciones laborales y salarios, también existen desigualdades en cuanto al reconocimiento que recibe el trabajo de las enfermeras**



que trabajan en centros sanitarios y centros sociosanitarios, como los centros residenciales. En estos centros, las funciones y competencias desempeñadas por las enfermeras no reciben la consideración de atención sanitaria. A pesar de que las enfermeras en los centros residenciales realizan funciones compatibles con el reconocimiento de cualificaciones profesionales fijado en el artículo 31.7 de la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013,⁸⁸ por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE sobre las competencias mínimas que las enfermeras responsables de cuidados generales están en condiciones de aplicar, sus funciones y competencias no reciben la consideración de atención sanitaria. Ejemplo de ello, fue la sentencia 675/2024 según la cual *“...si los servicios sanitarios prestados en residencias de ancianos puedan alcanzar o no la categoría de centro sanitario privado..., procede a este respecto, en tanto que se trata de residencias de ancianos que ni se integran en la red de instituciones sanitarias del SNS, ni forman parte de la cartera de servicios comunes del SNS, ni tienen por finalidad satisfacer el derecho a la prestación sanitaria como parte integrante del SNS, ni constituyen la oferta asistencial de ningún centro sanitario, ni además de todo lo anterior, están inscritas en el REGCESS como servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria, estimar que no pueden alcanzar la categoría de centros sanitarios privados, esto es, no son servicios sanitarios prestados en centros sanitarios privados; no siendo por ello méritos valorables conforme al Anexo V de la Resolución de 18 de septiembre de 2017, de la Dirección Gerencia, por la que se convoca el proceso selectivo...modificado por el apartado tercero de la Resolución de 5 de junio de 2018...”*.

III-Propuestas de mejora con breve argumento para cada problema identificado como petición al Ministerio y Autoridades Sanitarias

Según lo anteriormente expuesto, la situación actual refleja la fragilidad del sistema sociosanitario para garantizar el derecho a la salud de las personas mayores institucionalizadas en centros residenciales, debido a la falta de enfermeras disponibles para proveer la atención sanitaria que esta población necesita. Este informe muestra que la escasez de enfermeras en este sector no puede emplearse como justificación para prescindir de las funciones y competencias de las enfermeras/os en los centros residenciales, pues responde a factores estructurales susceptibles de modificación con



voluntad política: un vacío en la regulación de la presencia enfermera en los centros residenciales y una falta de abordaje de las causas que dificultan el reclutamiento de enfermeras en este sector. Para dar respuesta a los problemas identificados, proponemos las siguientes medidas:

1- Modificar el actual marco normativo de tal modo que proteja la presencia de enfermeras en los centros residenciales

La falta de regulación específica que incluya el título de enfermera y describa sus funciones y competencias propias dentro de su ámbito de actuación profesional en los centros residenciales da lugar a un posible intrusismo profesional que pone en riesgo la atención sanitaria, al realizar otras profesionales actividades asistenciales de competencia enfermera. Con el fin de paliar esta carencia de tal modo que las enfermeras puedan dispensar cuidados competentes y seguros en los centros residenciales, recomendamos desarrollar legislación específica que proteja la presencia de enfermeras en estos centros.

En relación a las competencias contempladas en la Resolución de 30 de mayo de 2023, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el VIII Convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal,⁸⁹ recomendamos vincular las funciones de las enfermeras con las competencias adquiridas mediante la formación y la reglamentación, según lo previsto en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias,⁹⁰ la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, relativa al reconocimiento de las competencias mínimas de las enfermeras las enfermeras responsables de cuidados generales, la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio,⁹¹ 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, el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios,⁹² el Real Decreto 572/2023, de 4 de julio,⁹³ que explicita en los Anexos IX y X el contexto en el que debe de realizarse el acto enfermero con lenguaje propio.



En el caso concreto de la competencia profesional para la práctica que se realiza en los centros residenciales en relación a la administración de medicamentos y a su indicación, uso y dispensación dentro de lo previsto en el artículo 7 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, se establece la regulación de las actuaciones profesionales de las enfermeras referidas a los medicamentos sujetos a prescripción médica mediante el art. 79 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Esta normativa confiere a las enfermeras la facultad para, de forma autónoma, indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios de uso humano relacionados con su ejercicio profesional, mediante la correspondiente orden de dispensación. Y en el caso de los medicamentos sujetos a prescripción médica, mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, de elaboración conjunta, acordados con las organizaciones colegiales de médicos y enfermeras y validados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Dichas actuaciones requieren la acreditación de dichos profesionales mediante los procedimientos y la regulación establecida en el Real decreto 954/2015, de 23 de octubre⁹⁴ y su modificación mediante el Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre.⁹⁵ Es por ello imprescindible desarrollar mecanismos reguladores que aseguren que la administración de medicamentos y su indicación, uso y dispensación en los centros residenciales la realizan enfermeras, pues de otro modo se da intrusismo profesional comprometiendo la seguridad del residente.

En cuanto a la documentación de las actuaciones sanitarias realizadas por enfermeras tituladas en los centros residenciales, recomendamos que se amplíe el ámbito de aplicación del Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, que aprobó el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, como el Real Decreto 572/2023, de 4 de julio, que lo modifica, los cuales explicitan en los Anexos IX y X el contexto en el que debe de realizarse el acto enfermero con lenguaje propio, recogiendo expresamente las clasificaciones internacionales de diagnósticos de enfermería publicados por la asociación internacional de diagnósticos de enfermería NANDA-I, de intervenciones de enfermería (NOC, por sus siglas en inglés de Nursing



Outcomes Classification) y de resultados de enfermería (NIC, por Nursing Interventions Classification), **de manera que esta regulación sea aplicable a las funciones y competencias de atención sanitaria realizadas por enfermeras en los centros residenciales descritas con lenguaje propio enfermero. Relativo a las ratios de enfermeras en los centros residenciales, recomendamos que los acuerdos de acreditación aprobados por el Consejo Territorial en 2008²⁸ y en 2022,²⁹ contemplen ratios mínimas de enfermeras, explicitando en su nomenclatura el título de “enfermera”,⁷⁵ para así prevenir que otros profesionales graduados y no graduados suplan la escasez de enfermeras, con el consecuente intrusismo profesional que esta práctica supone.** Además, es urgente revisar los criterios técnicos que sustentan dichos acuerdos de acreditación con el fin de implementar políticas basadas en evidencia científica que legislen la presencia obligatoria y homogénea de enfermeras en todos los centros residenciales para garantizar cuidados dignos. A este respecto, la evidencia muestra un cambio del perfil del residente en estos centros, cada vez con mayor complejidad asistencial y mayor intensidad en los cuidados. Se deben tener en cuenta la alta complejidad clínica y social de las personas institucionalizadas en centros residenciales en España, por el elevado nivel de dependencia y enfermedades crónicas que presentan las personas institucionalizadas, a la hora de establecer criterios de acreditación relativos a ratios y cualificación del personal para garantizar la seguridad y calidad de la atención sanitaria en los centros residenciales.

Asimismo, entendiendo que el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia está adscrito al Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, **sugerimos que el Consejo Territorial del Sistema Nacional de Salud participe activamente en el desarrollo de los criterios de acreditación de los centros residenciales como órgano regulador de la presencia enfermera para garantizar la atención sanitaria a esta población. Del mismo modo, a pesar del respaldo que supone el Marco Estratégico para los Cuidados de Enfermería (MECE) del Ministerio de Sanidad para la presencia enfermera en los centros residenciales, solicitamos una revisión de este documento a la luz del problema planteado desde un enfoque que ponga en el centro la presencia enfermera. No proteger la inclusión de enfermeras en las plantillas de los centros residenciales no sólo**



compromete la calidad y seguridad de los cuidados, sino que contradice los principios rectores del MECE.

Con el fin de que las enfermeras puedan dispensar cuidados competentes y seguros en los centros residenciales, recomendamos desarrollar legislación específica que proteja la presencia de enfermeras en estos centros.

Es por ello imprescindible desarrollar mecanismos reguladores que aseguren que la administración de medicamentos y su indicación, uso y dispensación en los centros residenciales la realicen enfermeras, pues de otro modo se da intrusismo profesional comprometiendo la seguridad del residente.

2- Abordar los factores estructurales asociados a la escasez de enfermeras disponibles para trabajar en centros residenciales

De acuerdo con lo previamente descrito, las peores condiciones laborales y la falta de reconocimiento de la actividad sanitaria que las enfermeras realizan en los centros residenciales son los principales factores que explican las dificultades de reclutamiento en el sector. Con el fin de abordar las causas subyacentes a la falta de enfermeras en los centros residenciales, recomendamos desarrollar medidas que incrementen el atractivo de los profesionales de enfermería y la retención de talento en este sector, para así garantizar la calidad de la atención sanitaria en los centros residenciales.

Según la evidencia mostrada, resulta prioritario implementar medidas que mejoren las condiciones laborales de las enfermeras en los centros residenciales. El informe Who cares? de la OCDE⁷⁷ propone varias medidas clave para mejorar la capacidad del sector de cuidados de larga duración para atraer y retener talento:

- Mejorar la retención mediante mejores condiciones laborales y más oportunidades de capacitación. Los bajos salarios, el estrés y la sobrecarga dificultan la permanencia. La escasa protección ofrecida durante la pandemia de COVID-19 ha intensificado el rechazo al sector.
- Promover entornos laborales más saludables y prevenir riesgos físicos y mentales. Esto reduce el absentismo y la rotación.



- Fomentar la autonomía y flexibilidad del personal. La posibilidad de participar en la toma de decisiones mejora la satisfacción laboral.

Desde el sector profesional, la SEEGG⁹⁶ y diversos sindicatos⁹⁷ han propuesto **equiparar las condiciones laborales del personal enfermero de centros residenciales con las del sistema sanitario público como medida prioritaria**. Desarrollar normativas que reconozcan legalmente a los centros residenciales como centros sanitarios puede garantizar la mencionada equiparación, de tal modo que la regulación de la presencia enfermera se rija por la normativa sanitaria protegiendo así las funciones y competencias de las enfermeras/os frente al intrusismo profesional y mejorando sus condiciones laborales.

Además de considerar los centros residenciales como centros sanitarios, resulta imprescindible revertir la tendencia que deja en manos privadas, con fines lucrativos, gran parte de su gestión. La privatización de los cuidados introduce una tensión estructural entre la búsqueda empresarial de beneficios y la provisión de servicios de calidad, lo que genera presiones para reducir costes, especialmente en el área de personal. La evidencia muestra las peores condiciones laborales y dotación de personal en centros residenciales gestionados por entidades con fines lucrativos.^{47,85,98} No obstante, la responsabilidad no recae únicamente en las empresas. La importancia de la colaboración público-privada en el sector residencial español otorga un papel central a la administración pública. De hecho, aunque el 85,8 % de los centros residenciales españoles son de gestión privada,¹¹ han propuesto equiparar las condiciones laborales del personal enfermero de centros residenciales con las del sistema sanitario público como medida prioritaria. Significativamente, a pesar de la privatización en su gestión, el 69,3% de las plazas residenciales existentes son de financiación pública.⁹⁹ Esto se debe a que, según estimaciones, el 32,7 % de las plazas ubicadas en residencias privadas son plazas concertadas y financiadas por administraciones públicas,¹⁰⁰ y otro 44% son plazas privadas parcialmente financiadas con prestaciones económicas vinculadas al servicio (prestación monetaria pública integrada en el catálogo de prestaciones de la LAPAD).¹⁰¹ La insuficiente financiación pública de la atención a la dependencia, señalada por distintos autores,^{102,103} y los modelos de contratación que priorizan criterios económicos en los procesos de licitación, favoreciendo ofertas de bajo coste, refuerzan dinámicas que



se traducen en bajos salarios, insuficiente dotación de personal y escasa inversión en formación. Ante esta realidad, los poderes públicos han de asumir plenamente su responsabilidad en garantizar el derecho a la salud de las personas institucionalizadas en los centros residenciales, fomentando la apertura de centros de gestión pública y garantizando una financiación adecuada de los centros de gestión privada que gestionen plazas de responsabilidad pública.

Junto con las precarias condiciones laborales, mejorar el reconocimiento profesional del trabajo realizado por las enfermeras en los centros residenciales resulta imprescindible para dignificar el trabajo de las enfermeras geriátricas y en residencias, reconociendo su profesionalidad, su necesidad y su buen hacer dentro de las instituciones. **Incorporar a las enfermeras que ejercen en los centros residenciales al sistema sanitario, reconociendo su labor como personal sanitario que presta sus servicios al Sistema Nacional de Salud puede erradicar la histórica discriminación de este colectivo enfermero en relación con sus homólogas que trabajan en hospitales o atención primaria.** Asimismo, reconocer legalmente esta labor como actividad sanitaria permitiría que esta experiencia profesional baremara equitativamente en las ofertas de empleo público.

Cabe resaltar la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), que regula los aspectos básicos del ejercicio profesional sanitario, tanto en el ámbito público como privado. Esta norma reconoce explícitamente a las enfermeras y enfermeros competencias no sólo asistenciales, sino también de dirección, planificación, gestión, evaluación de cuidados y participación en la organización de los servicios sanitarios, competencias plenamente aplicables al ámbito residencial.

En este sentido, la LOPS ampara de forma clara la presencia y el liderazgo enfermero en los centros residenciales para personas mayores, especialmente en contextos de alta complejidad clínica, dependencia y fragilidad, donde la atención continuada y la toma de decisiones profesionales resultan esenciales para garantizar la seguridad y la calidad asistencial.

Asimismo, la Orden SAS/3225/2009, por la que se aprueba el programa formativo de la Especialidad de Enfermería Geriátrica, fundamenta ampliamente la necesidad de



profesionales enfermeros especializados ante el envejecimiento poblacional, el aumento de la dependencia y los nuevos retos sociosanitarios. Dicha orden define a la enfermera especialista en geriatría como la profesional capacitada para prestar cuidados, enseñar, supervisar, investigar, gestionar y liderar la atención a las personas mayores, actuando además como asesora en todos los niveles del sistema sociosanitario.

Estas competencias se refuerzan desde el Consejo General de Enfermería, que reconoce entre las competencias específicas de la profesión la dirección y coordinación de equipos, la planificación y evaluación de servicios, la toma de decisiones clínicas y organizativas y la gestión de la calidad, siempre desde un enfoque de atención centrada en la persona.

Por todo ello, resulta jurídicamente incoherente y asistencialmente injustificable que los marcos normativos y organizativos actuales permitan modelos de atención residencial que prescindan de la presencia estructural de enfermeras o diluyen sus competencias, favoreciendo situaciones de intrusismo profesional y comprometiendo el derecho a una atención sanitaria segura, digna y de calidad.



Conclusiones

Mantener los equipos de enfermeras en las residencias implica contar con un número suficiente de profesionales con las competencias y conocimientos necesarios en cada caso, disponibles en el lugar y momento oportunos, para garantizar la prestación de cuidados seguros, efectivos y de alta calidad a usuarios de los servicios sanitarios y a la población en general. Es por lo que la presencia continuada de enfermeras en los centros residenciales es la herramienta fundamental para asegurar la continuidad de cuidados y garantizar el cuidado centrado en la persona.

Los nuevos enfoques de las políticas en salud han de reconocer la necesidad de la existencia de centros residenciales que ofrezcan cuidados de calidad y de mantener los equipos de enfermería dentro de cada centro para sostener la actividad sanitaria que las enfermeras realizan.

Asimismo, este informe demuestra que el cambio en criterios de acreditación de residencias reduciendo la ratio de enfermeras, no está justificado. El no exigir presencia enfermera en los centros residenciales por no ser un sector atractivo y suponer un problema el encontrar personal enfermero indica incoherencia en el discurso y una falta de responsabilidad de los poderes públicos para implementar las medidas estructurales necesarias para paliar este problema y garantizar el derecho a recibir un cuidado y una atención digna y de calidad de esta población. Por el contrario, los centros residenciales que se esfuerzan por mantener los equipos de enfermería con ratios adecuadas deberían ser bonificados por las autoridades competentes, al hacer patente el compromiso de dichos centros con las estrategias de salud actuales encaminadas a proporcionar cuidados de calidad, y centrados en la persona.

Poner fin al oscurantismo del ejercicio y dedicación que esta disciplina de la enfermería ejerce en el ámbito de la geriatría, es necesario para mantener el soporte invisible de la continuidad de cuidados y la atención centrada en la persona que ejercen las enfermeras en los centros residenciales. Sin ese reconocimiento e intervención activa por parte de las instituciones que lideran las políticas sanitarias actuales, se continuará degradando la profesión enfermera en este sector, y con ello no se erradicará la discriminación en la protección de los derechos de las personas mayores en situación de dependencia.



**Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España**



**INSTITUTO ESPAÑOL
DE INVESTIGACIÓN
ENFERMERA**

A este respecto, la notable escasez de estudios específicos en el contexto español da cuenta del olvido y negligencia para hacer frente a esta realidad que afecta a uno de los grupos poblacionales más vulnerables.

Por todo ello, instamos al Ministerio de Sanidad, al Ministerio de Derechos Sociales y a las comunidades autónomas a asumir de manera inmediata su responsabilidad en la protección del derecho a la salud y la seguridad de las personas mayores institucionalizadas, garantizando normativamente la presencia continuada de enfermeras en los centros residenciales, y reconociendo el valor de sus cuidados.



Referencias bibliográficas

1. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Nueva York: ONU. 2003.
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Guevara-Peña NL. Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Entramado*.2016;12(1):138-51.
4. Fernández Rivera ME, López Gandara M, Somonte Pérez G, Carrera Benito C, Pérez Mena AI, Manzanas Gutiérrez A, et al. La presencia de las enfermeras en las residencias de mayores en Cantabria. *Gerokomos*. 2022;33(1):7-11.
5. NdP Las residencias de Madrid necesitan 2.000 profesionales de enfermería. AMADE [Internet]. 6 de julio de 2020 [citado 24 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://www.amade.es/ndp-las-residencias-de-madrid-necesitan-2-000-profesionales-de-enfermeria/>
6. Yoldi U. El Colegio de Enfermeras de Navarra denuncia la falta de profesionales en residencias de mayores durante el verano. *Diario de Noticias de Navarra* [Internet]. 8 de septiembre de 2025 [citado 24 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://www.noticiasdenavarra.com/sociedad/2025/09/08/colegio-enfermeras-navarra-denuncia-falta-10057915.html>
7. Redacción. Alertan de la grave escasez de enfermeras en residencias. *Noticias de enfermería y salud* [Internet]. 14 de julio de 2023 [citado 24 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://diarioenfermero.es/alertan-de-la-grave-escasez-de-enfermeras-en-residencias/>
8. González A. Las enfermeras de Burgos temen que prescindan de su figura en las residencias de mayores. *Diario de Burgos* [Internet]. 8 de septiembre de 2025 [citado 24 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://www.diariodeburgos.es/noticia/za807de98-ac56-457a-95f516972768b370/202509/las-enfermeras-temen-que-prescindan-de-ellas-en-residencias>
9. BOCyL. Ley 3/2024, de 12 de abril, reguladora del modelo de atención en los centros de carácter residencial y centros de día de servicios sociales para cuidados de larga duración en Castilla y León [Internet]. Boletín Oficial de Castilla y León. 24 abr 2024; Núm. 79, disp. 001. Disponible en: <https://bocyl.jcyl.es/boletines/2024/04/24/pdf/BOCYL-D-24042024-1.pdf>.
10. Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Modalidades del quinto examen y evaluación de la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002). Ginebra. 2024. E/CN.5/2025/5.
11. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. CENSO DE CENTROS RESIDENCIALES DE SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA. Situación año



2022.Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Gobierno de España. Madrid: 2024. [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://imserso.es/documents/20123/7034125/censo_centros_r_2022.pdf/0fa74538-4a22-2c09-6196-3578cc20b618

12. Homs O. Sector sociosanitario: cambios en los perfiles profesionales y necesidades de formación profesional en España. Perspectiva 2030. CaixaBank Dualiza.

13. Shin JH, Hyun TK. Nurse Staffing and Quality of Care of Nursing Home Residents in Korea. J Nurs Scholarsh. 2015;47(6):555-64.

14. Clemens S, Wodchis W, McGilton K, McGrail K, McMahon M. The relationship between quality and staffing in long-term care: A systematic review of the literature 2008–2020. International Journal of Nursing Studies. 2021;122:104036.

15. Garcés J, Ródenas F, Sanjosé V. Care needs among the dependent population in Spain: an empirical approach. Health Soc Care Community. 2004;12(6):466-74.

16. Garcés J, Ródenas F, Sanjosé V. Suitability of the health and social care resources for persons requiring long-term care in Spain: an empirical approach. Health Policy. 2006;75(2):121-30.

17. Candel FJ, Barreiro P, San Román J, Del Mar Carretero M, Sanz JC, Pérez-Abeledo M, et al. The demography and characteristics of SARS-CoV-2 seropositive residents and staff of nursing homes for older adults in the Community of Madrid: the SeroSOS study. Age Ageing. 2021;50(4):1038-47.

18. Amblàs-Novellas J, Santa Eugènia SJ, Vela E, Clèries M, Contel JC. What lies beneath: a retrospective, population-based cohort study investigating clinical and resource-use characteristics of institutionalized older people in Catalonia. BMC Geriatrics. 2020;20(1):187.

19. Serrano-Urrea R, Gómez-Rubio V, Palacios-Ceña D, Fernández-de-las-Peñas C, García-Meseguer MJ. Individual and institutional factors associated with functional disability in nursing home residents: An observational study with multilevel analysis. PLoS One. 2017;12(8):e0183945.

20. Barker RO, Hanratty B, Kingston A, Ramsay SE, Matthews FE. Changes in health and functioning of care home residents over two decades: what can we learn from population-based studies? Age Ageing. 2021;50(3):921-7.

21. Matthews FE, Bennett H, Wittenberg R, Jagger C, Denning T, Brayne C, et al. Who Lives Where and Does It Matter? Changes in the Health Profiles of Older People Living in Long Term Care and the Community over Two Decades in a High Income Country. PLoS One. 2016;11(9):e0161705.

22. Lam K, Cenzer I, Levy CR, Matlock DD, Smith AK, Covinsky KE. The Natural History of Disability and Caregiving Before and After Long-Term Care Entry. JAMA Intern Med. 2023;183(12):1295-303.

23. Solé-Auró A, Crimmins EM. Who cares? A comparison of informal and formal care provision in Spain, England and the USA. Ageing Soc. 2014;34(3):495-517.



24. Informe. Regulacion y eficiencia en el sectorsociosanitario. La escasez del personal de enfermería ante una presión asistencial creciente. Foro Regulación Inteligente. 2023.
25. Escalada-Hernández P, Pimentel-Parra G, Soto-Ruiz N, García-Vivar C. P. Impacto de la dotación de enfermeras en la calidad de la atención en centros residenciales para personas mayores. Pamplona: Colegio Oficial de Enfermeras de Navarra; 2024.
26. Díaz Gautier A, Vinagre GF, Guerrero Menéndez R, Domínguez Fernández S, Montenegro Méndez S. Instituto Español de Investigación Enfermera. Situación de la profesión enfermera. Informe de Recursos Humanos. 2023. Consejo General de Enfermería.
27. Ministerio de Sanidad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023 [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf
28. SATSE Euskadi. Estudio de ratios de enfermeras en Euskadi: Anexo 1 [Internet]. Euskadi: SATSE; 2023 [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://euskadi.satse.es/documents/37411/4698040/anexo_1_estudio_ratios_de_enfermeras_euskadi_5CaurT.pdf/41f26bf3-7606-57f7-8fde-25ea8eb5dd9f?t=1691094236899
29. Análisis de la situación de los enfermeros y enfermeras, matronas y fisioterapeutas en los centros sanitarios del país [Internet]. datos.bne.es. [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://datos.bne.es/obra/XX6073452.html>
30. Costa-Font J, Jiménez Martin S, Viola A. Fatal Underfunding? Explaining COVID-19 Mortality in Spanish Nursing Homes. J Aging Health. 2021;33(7-8):607-17.
31. Picardo García JM. COVID-19 en residencias de mayores: una asignatura pendiente. Enfermería clínica. 2021;31(1):117-9.
32. Boscart V, Sidani S, Poss J, Davey M, d'Avernas J, Brown P, et al. The associations between staffing hours and quality of care indicators in long-term care. BMC Health Services Research. 2018;18(1):750.
33. Harrington C, Choiniere J, Goldmann M, Jacobsen FF, Lloyd L, McGregor M, et al. Nursing home staffing standards and staffing levels in six countries. J Nurs Scholarsh. 2012;44(1):88-98.
34. Andersson Å, Frank C, Willman AM, Sandman PO, Hansebo G. Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. J Clin Nurs. 2018;27(1-2):e354-62.
35. Brauner D, Werner RM, Shippee TP, Cursio J, Sharma H, Konetzka RT. Does Nursing Home Compare Reflect Patient Safety In Nursing Homes? Health Aff (Millwood). 2018;37(11):1770-8.



36. Kapoor A, Field T, Handler S, Fisher K, Saphirak C, Crawford S, et al. Adverse Events in Long-term Care Residents Transitioning From Hospital Back to Nursing Home. *JAMA Intern Med.* 2019;179(9):1254-61.
37. Mukamel DB, Saliba D, Ladd H, Konetzka RT. Association of Staffing Instability With Quality of Nursing Home Care. *JAMA Netw Open.* 2023;6(1):e2250389.
38. Temkin-Greener H, Cen X, Li Y. Nursing Home Staff Turnover and Perceived Patient Safety Culture: Results from a National Survey. *Gerontologist.* 2020;60(7):1303-11.
39. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Cuadro resumen SEGG normativa residencias. Rev. 17 junio 2020 [Internet]. Madrid: SEGG; 2020 [citado 24 sep 2025]. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/Cuadro_resumen_SEGG_Normativa_Residencias_Rev.17junio2020.pdf
40. España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, nº 299, 15 dic 2006.
41. Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad. Resolución de 2 de diciembre de 2008, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD. Boletín Oficial del Estado. 2008 dic 2 [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-20451>
42. Secretaría de Estado de Derechos Sociales. Resolución de 28 de julio de 2022, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del SAAD. Boletín Oficial del Estado. 2022 jul 28 [Internet]. [citado 24 sep 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2022/08/11/pdfs/BOE-A-2022-13580.pdf>
43. Hernández-Moreno J. Los Trabajadores del Cuidado en España en la era Post COVID-19: Continuidad y Reforma en las Condiciones Laborales y la Calidad en el Empleo. Continuidad y reforma en las condiciones laborales y la calidad en el empleo. Fundación Friedrich Ebert. 2023.
44. Muñoz B. La Xunta de Galicia elimina el servicio presencial de enfermería 24 horas en las grandes residencias de mayores. *ElDiario.es* [Internet]. 21 de diciembre de 2024 [citado 24 de septiembre de 2025]; Disponible en: https://www.eldiario.es/galicia/xunta-galicia-elimina-servicio-presencial-enfermeria-24-horas-grandes-residencias-mayores_1_11917649.html
45. Las residencias de Castilla y León no contarán con enfermeras, según el borrador de Decreto de ratios [Internet]. Castilla y León. [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://castillayleon.satse.es/notas-prensa/-/v/681909/residencias-castilla-y-leon-no-contaran-con-enfermeras-borrador-decreto-ratios>



46. Junta de Castilla y León. Decreto 14/2001, de 18 de enero, regulador de las condiciones y requisitos para la autorización y el funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores. Boletín Oficial de Castilla y León. 2001 ene 24 [Internet]. [citado 24 sep 2025]. Disponible en: <https://sirdoc.ccyl.es/Biblioteca/Dosieres/DL199Residencias/pdfs/CyL-Decreto-14-2001-Centros.pdf>
47. Campoy-Vila M, Espelt A, Jubany J, Borao O, Canet-Torres A, Muntaner C. Breaking the cycle: how Spain's dependency care system creates occupational inequalities in geriatric nursing assistants and the need for reform. *Int J Equity Health*. 2025;24(1):77.
48. Vilaplana-Prieto C, Gómez Martínez CS, Echevarría Pérez P, Legaz I. Sociosanitary Legal and Economic Aspects in Nursing Homes for the Elderly in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(6):4928.
49. Marventano S, Prieto-Flores ME, Sanz-Barbero B, Martín-García S, Fernandez-Mayoralas G, Rojo-Perez F, et al. Quality of life in older people with dementia: a multilevel study of individual attributes and residential care center characteristics. *Geriatr Gerontol Int*. 2015;15(1):104-10.
50. Ribbe MW, Ljunggren G, Steel K, Topinková E, Hawes C, Ikegami N, et al. Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings. *Age Ageing*. 1997;26 Suppl 2:3-12.
51. Szczepura A, Masaki H, Wild D, Nomura T, Collinson M, Kneafsey R. Integrated Long-Term Care «Neighbourhoods» to Support Older Populations: Evolving Strategies in Japan and England. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(14):6352.
52. Ariaans M, Linden P, Wendt C. Worlds of long-term care: A typology of OECD countries. *Health Policy*. 2021;125(5):609-17.
53. Putrik P, Grobler L, Lalor A, Ramsay H, Gorelik A, Karnon J, et al. Models for delivery and co-ordination of primary or secondary health care (or both) to older adults living in aged care facilities. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;3(3):CD013880.
54. Boucaud-Maitre D, Letenneur L, Dramé M, Taubé-Teguo N, Dartigues JF, Amieva H, et al. Comparison of mortality and hospitalizations of older adults living in residential care facilities versus nursing homes or the community. A systematic review. *PLOS ONE*. 2023;18(5):e0286527.
55. Van Eenoo L, Declercq A, Onder G, Finne-Soveri H, Garms-Homolová V, Jónsson PV, et al. Substantial between-country differences in organising community care for older people in Europe-a review. *Eur J Public Health*. 2016;26(2):213-9.
56. Díaz Gegúndez M, Paluzie G, Sanz Ballester C, Boada Mejorana M, Terré Ohme S, Ruiz Poza D. Evaluación de un programa de intervención en residencias geriátricas para reducir la frecuentación hospitalaria. *Revista española de geriatría y gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*. 2011;46(5):261-4.
57. Escalada-Hernández P. Escalada-Hernández P, Pimentel-Parra G, Soto-Ruiz N, García-Vivar C. Impacto de la dotación de enfermeras en la calidad de la atención en



centros residenciales para personas mayores. Pamplona: Colegio Oficial de Enfermeras de Navarra; 2024.

58. Sworn K, Booth A. A systematic review of the impact of «missed care» in primary, community and nursing home settings. *J Nurs Manag.* 2020;28(8):1805-29.
59. Rubio MF, Pascual MIP, García MNI. Una aproximación a los cuidados invisibles desde la enfermería. *Conocimiento Enfermero.* 2019;2(04):55-7.
60. Rijnaard MD, van Hoof J, Janssen BM, Verbeek H, Pocornie W, Eijkelenboom A, et al. The Factors Influencing the Sense of Home in Nursing Homes: A Systematic Review from the Perspective of Residents. *J Aging Res.* 2016;2016:6143645.
61. Fernández Rivera ME, López Gandara M, Somonte Pérez G, Carrera Benito C, Pérez Mena AI, Manzanas Gutiérrez A, et al. La presencia de las enfermeras en las residencias de mayores en Cantabria. *Gerokomos.* 2022;33(1): 7-11.
62. Kane RL, Huckfeldt P, Tappen R, Engstrom G, Rojido C, Newman D, et al. Effects of an Intervention to Reduce Hospitalizations From Nursing Homes: A Randomized Implementation Trial of the INTERACT Program. *JAMA Intern Med.* 2017;177(9):1257-64.
63. Kang YJ, Mueller CA, Gaugler JE, Mathiason Moore MA, Monsen KA. Toward ensuring care quality and safety across settings: examining time pressure in a nursing home with observational time motion study metrics based on the Omaha system. *Journal of the American Medical Informatics Association.* 2023;30(11):1837-45.
64. Jutkowitz E, Landsteiner A, Ratner E, Shippee T, Madrigal C, Ullman K, et al. Effects of Nurse Staffing on Resident Outcomes in Nursing Homes: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc.* 2023;24(1):75-81.e11.
65. García-Altés A, Subirana-Casacuberta M, Llorens D, Bullich I, Brugués A, Teixidor M, et al. The experience of Catalonia measuring nurse-sensitive indicators: Trends study 2012-2018. *J Nurs Manag.* 2021;29(7):2288-96.
66. Tuinman A, De Greef MHG, Finnema EJ, Roodbol PF. A systematic review of the association between nursing staff and nursing-sensitive outcomes in long-term institutional care. *J Adv Nurs.* 2021;77(8):3303-16.
67. Spilsbury K, Hewitt C, Stirk L, Bowman C. The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* junio de 2011;48(6):732-50.
68. Muench U, Simon M, Guerbaai RA, De Pietro C, Zeller A, Kressig RW, et al. Preventable hospitalizations from ambulatory care sensitive conditions in nursing homes: evidence from Switzerland. *Int J Public Health.* diciembre de 2019;64(9):1273-81.
69. Andersson Å, Frank C, Willman AM, Sandman PO, Hansebo G. Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. *J Clin Nurs.* enero de 2018;27(1-2):e354-62.



70. Martin RS, Hayes B, Gregorevic K, Lim WK. The Effects of Advance Care Planning Interventions on Nursing Home Residents: A Systematic Review. J Am Med Dir Assoc. 1 de abril de 2016;17(4):284-93.
71. Zirves M, Demirer I, Pfaff H. Everyday Life and Social Contacts of Dementia and Non-Dementia Residents over 80 Years in Long-Term Inpatient Care: A Multi-Level Analysis on the Effect of Staffing. Int J Environ Res Public Health. 27 de octubre de 2021;18(21):11300.
72. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad Un proceso de desinstitucionalización (2024-2030). Madrid: Gobierno de España; 2024 [Internet]. [citado 25 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/publicaciones/Estrategia-modelo-cuidados.pdf>
73. Ministerio de Sanidad. Marco Estratégico para los Cuidados de Enfermería (MECE) 2025-2027. Madrid: Gobierno de España. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/cuidadosEnSalud/marcoEstrategico/docs/MECE.pdf1>. [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/cuidadosEnSalud/marcoEstrategico/docs/MECE.pdf>
74. Unidades de Atención a Residencias de Atención Primaria [Internet]. Atención Primaria. 2023 [citado 2 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/atencionprimaria/ciudadanos/unidades-atencion-residencias-atencion-primaria>
75. White J, Gunn M, Chiarella M, Catton H, Stewart D. Renewing the Definitions of «nursing» and «a nurse». Final project report, June 2025. Geneva: International Council of Nurses; 2025.
76. UGT Servicios Públicos Madrid. Estudio de ratios: versión definitiva [Internet]. Madrid: UGT; 2024 [citado 24 sep 2025]. Disponible en: <https://ugtspmadrid.es/wp-content/uploads/2024/07/Publicacion-estudio-ratios-version-definitiva.pdf>
77. OECD. Who cares? Attracting and retaining elderly care workers [Internet]. Paris: OECD; 2020 [citado 25 sep 2025]. (OECD Health Policy Studies). Disponible en: https://www.oecd.org/en/publications/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers_92c0ef68-en.htm
78. Hougaard Jensen SE, Pinkus D, Ruer N. Prepare now: Europe must get ready for the coming long-term care surge [Internet]. Brussels: Bruegel; 2025 [citado 25 sep 2025]. Report No.: 02/2025. Disponible en: <https://www.econstor.eu/handle/10419/322583>
79. Dependencia. Info. FED se reúne con altos diplomáticos para buscar enfermeras en la UE: “La necesidad es acuciante” [Internet]. Dependencia. Info; 2025 [citado 25 sep 2025]. Disponible en: <https://dependencia.info/noticia/2909/actualidad/fed-se-reune-con-altos-diplomaticos-para-buscar-enfermeras-en-la-ue-la-necesidad-es-acuciante.html>



80. Redacción. La falta de profesionales pone en peligro la sostenibilidad del sector de los cuidados a las personas mayores [Internet]. AESTE; 2023 [citado 25 sep 2025]. Disponible en: <https://www.asociacion-aeste.es/2023/12/28/la-falta-de-profesionales-pone-en-peligro-la-sostenibilidad-del-sector-de-los-cuidados-a-las-personas-mayores/>
81. Dependencia. Info. ¿Por qué no hay enfermeras y por qué es difícil para las residencias de personas mayores encontrarlas? [Internet]. Dependencia. Info; 2025 [citado 25 sep 2025]. Disponible en: <https://dependencia.info/noticia/6665/actualidad/por-que-no-hay-enfermeras-y-por-que-es-dificil-para-las-residencias-de-personas-mayores-encontrarlas.html>
82. Abades Porcel M. Percepciones de las enfermeras en centros geriátricos de Barcelona: un análisis desde la teoría fundamentada. *Enfermería Clínica*. 2013;23(1):4-13.
83. Sarabia-Cobo C, Pérez V, de Lorena P, Fernández-Rodríguez Á, González-López JR, González-Vaca J. Burnout, Compassion Fatigue and Psychological Flexibility among Geriatric Nurses: A Multicenter Study in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(14):7560.
84. Gayoso RR, Saavedra CV. Condiciones de trabajo de las enfermeras empleadas en residencias gerontológicas de la provincia de Lugo: un análisis desde el enfoque de las trayectorias laborales. *Rev Enf*. 2025;2(45):33-47.
85. Fité-Serra AM, Gea-Sánchez M, Alconada-Romero Á, Mateos JT, Blanco-Blanco J, Barallat-Gimeno E, et al. Occupational Precariousness of Nursing Staff in Catalonia's Public and Private Nursing Homes. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(24):4921.
86. admin. El Consejo General de Enfermería ha presentado el análisis de la situación de las residencias sociosanitarias. [Internet]. Colegio de Enfermería de Murcia. 2020 [citado 2 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://enfermeriademurcia.org/el-consejo-general-de-enfermeria-ha-presentado-el-analisis-de-la-situacion-de-las-residencias-sociosanitarias/>
87. Ministerio de Sanidad. Situación actual y estimación de la necesidad de enfermeras en España 2024. Informe técnico. Diciembre, 2024. Madrid, Gobierno de España. [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/cuidadosEnSalud/investigacionDatos/docs/Necesidades_Profesionales_de_Enfermeria_2024.pdf
88. Unión Europea. 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). *Diario Oficial de la Unión Europea*; 2013.
89. Ministerio de Trabajo y Economía Social. Resolución de 30 de mayo de 2023, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el VIII Convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal [Internet]. Sec. 3, Resolución jun 9, 2023 p. 82520-93. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/res/2023/05/30/\(6\)](https://www.boe.es/eli/es/res/2023/05/30/(6))



90. España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado; 2003.
91. Ministerio de Ciencia e Innovación. 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]. Sec. 1, Orden CIN/2134/2008 jul 19, 2008 p. 31680-3. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2008/07/03/cin2134>
92. España. Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado; 2015.
93. Ministerio de Sanidad. Real Decreto 572/2023, de 4 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Sec. 1, Real Decreto 572/2023 jul 5, 2023 p. 93313-78. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2023/07/04/572>
94. España. Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. Boletín Oficial del Estado; 2015.
95. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros [Internet]. Sec. 1, Real Decreto 1302/2018 oct 23, 2018 p. 102636-43. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2018/10/22/1302>
96. Dependencia.Info. ¿Por qué no hay enfermeras y por qué es difícil para las residencias de personas mayores encontrarlas? [Internet]. Dependencia.Info. [citado 2 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://dependencia.info/noticia/6665/actualidad/por-que-no-hay-enfermeras-y-por-que-es-dificil-para-las-residencias-de-personas-mayores-encontrarlas.html>
97. Hervás JC. SATSE pide equiparación salarial de enfermeras de residencias [Internet]. El Miron de Soria. El Mirón de Soria; 2023 [citado 2 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://elmirondesoria.es/soria/capital/satse-pide-equiparacion-salarial-de-enfermeras-de-residencias>
98. Comondore VR, Devereaux PJ, Zhou Q, Stone SB, Busse JW, Ravindran NC, et al. Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2009;339:b2732.
99. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Espainiako adineko pertsonen zuzendutako gizarte zerbitzuak. 2023ko abendua [Internet]. Madrid: IMSERSO; 2023 [citado 2 oct 2025]. Disponible en: <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/servicios-sociales-dirigidos-a-personas-mayores-en-espana-diciembre-2023>.



100. EnR-2. Las plazas concertadas en las residencias de personas mayores en España - EnR [Internet]. 2021 [citado 2 de oct de 2025]. Disponible en: <https://envejecimientoenred.csic.es/las-plazas-concertadas-en-las-residencias-de-personas-mayores-en-espana/>
101. Buján RM, Domínguez JN. El lucro está en la precariedad: las condiciones laborales en la provisión de cuidados en los centros residenciales. Revista Internacional de Sociología. 2025;83(2):e273-e273.
102. Montserrat J. Impactos de las medidas de estabilidad presupuestaria en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia: retos del futuro. ZERBITZUAN. 2015;9-30.
103. Gallego VM, Codorniu JM, Cabrero GR. El impacto de la Covid-19 en la población mayor dependiente en España con especial referencia al sector residencial. Ciênc saúde coletiva. 2021;26:159-68.

Anexo

Tabla I. Normativa sobre ratios mínimas de enfermería en centros residenciales por comunidad autónoma

Entidad normativa / CC.AA	Norma	Ratio de enfermería
Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030	Resolución de 24 de noviembre de 2024, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, de 20 de noviembre de 2024, por el que se modifica el de 28 de junio de 2022, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.	La tipología, número y requerimiento a este personal se determinará por cada Administración competente en su ámbito territorial, en función de las características y necesidades de las personas usuarias de los centros de día. Se establece la siguiente ratio de atención directa conjunta, que podrá ser mejorada por las Comunidades Autónomas. Ratio global mínima para el personal de atención directa conjunta: personas mayores: 0,25; Personas con discapacidad: 0,30.
Andalucía	Orden de 5 de noviembre de 2007, de la Consejería, por la que se regula el procedimiento y los requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía.	Centro residencial con plazas para personas mayores en situación de dependencia: D.U.E. 0,04; Centros Residenciales con plazas para personas mayores con trastornos graves y continuados de conducta (necesidades especiales): D.U.E. 0,04
Aragón	ORDEN BSF/389/2024, de 17 de abril, de modificación de la Orden CDS/910/2022, de 16 de junio, por la que se suspende parcialmente la aplicación de la condición mínima prevista en el párrafo primero del apartado a) del punto 4 del anexo II del Decreto 111/1992, de 26 de mayo, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de	Centros con hasta 50 plazas y más de 20 plazas compartidas deben disponer de al menos una habitación individual de enfermería; Centros con 51 o más plazas y más de 20 plazas compartidas deben



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España



INSTITUTO ESPAÑOL
DE INVESTIGACIÓN
ENFERMERA

	reunir los servicios y establecimientos sociales especializados.	disponer de al menos dos habitaciones individuales de enfermería.
Principado de Asturias.	Decreto 43/2011, de 17 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de Autorización, Acreditación, Registro e Inspección de Centros y Servicios Sociales. [Cód. 2011-10730]	Ratio mínima de ATS/DUE de 0,018 por persona usuaria en situación de dependencia grado II y de 0,028 por persona usuaria en grado III.
Islas Baleares	Decreto 31/2016, de 27 de mayo, de modificación del Decreto 86/2010, de 25 de junio, por el que se establecen los principios generales y las directrices de coordinación para la autorización y la acreditación de los servicios sociales de atención a personas mayores y personas con discapacidades, y se regulan los requisitos de autorización y acreditación de los servicios residenciales de carácter suprainular para estos sectores de población"	En residencias establece una ratio mínima de servicios técnicos de 10/100 plazas en personas mayores, 13/100 en discapacidad física y 9,5/100 en discapacidad psíquica, dentro de los cuales se incluye el personal de enfermería, sin fijar ratio específica ni presencia obligatoria 24 h de enfermería.
Islas Canarias	DECRETO 154/2015, de 18 de junio, por el que se modifica el Reglamento regulador de los centros y servicios que actúen en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y la atención a personas en situación de dependencia en Canarias, aprobado por el Decreto 67/2012, de 20 de julio.	Residencias de mayores: 0,27 (Grado II) y 0,28 (Grado III); centros de día y de noche para personas mayores: 0,14 (Grado II) y 0,15 (Grado III); residencias para personas con discapacidad física o intelectual: 0,42 (Grado II) y 0,44 (Grado III); centros de día y de noche para discapacidad física: 0,12 (Grado II) y 0,13 (Grado III); centros de día y de noche para discapacidad intelectual: 0,18 (Grado II) y 0,19 (Grado III).
Cantabria	Orden EPS/6/2021, de 26 de marzo, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los centros de servicios sociales especializados y los requisitos de	No fija una ratio específica de enfermería en residencias, sino una intensidad mínima de atención directa expresada en horas de



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España



INSTITUTO ESPAÑOL
DE INVESTIGACIÓN
ENFERMERA

	acreditación de los centros de atención a la dependencia de la Comunidad Autónoma de Cantabria.	prestación por cada 100 personas usuarias (164 h/día para atención directa de primer nivel y 180 h/día para segundo nivel en residencias de mayores).
Castilla-La Mancha	Orden de 04/06/2013, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, por la que se modifica la Orden de 21/05/2001, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se regulan las condiciones mínimas de los centros destinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha	Mini-residencias: 20 h/sem de presencia física de un enfermero/a. Residencias medianas: 40 h/sem. Residencias grandes (más de 80 plazas): 40 h/sem + 20 h/sem adicionales por cada 40 usuarios o fracción.
Castilla y León	Ley 3/2024, de 12 de abril, reguladora del modelo de atención en los centros de carácter residencial y centros de día de servicios sociales para cuidados de larga duración en Castilla y León.	Los centros deben contar con una dotación de profesionales suficiente y proporcional a las necesidades del centro y de las personas usuarias, pero no fija ratios numéricas específicas ni una obligación de presencia de enfermería 24 h, remitiendo la definición de las ratios mínimas a la normativa de desarrollo reglamentaria que aún está pendiente de aprobación.
Cataluña	DECRETO 176/2000, de 15 de mayo, de modificación del Decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del sistema catalán de servicios sociales.	Establece ratios globales en residencias de personas mayores de 0,25 de atención directa y 0,10 de atención indirecta por persona usuaria, sin fijar una ratio específica ni presencia obligatoria 24 h de enfermería.
Comunidad Valenciana	Decreto 27/2023, de 10 de marzo, del Consell, por el que se regulan la tipología y el funcionamiento de los centros, servicios y programas de servicios sociales, y su ordenación	Una de las personas de enfermería deberá ejercer la función de supervisión de los cuidados de enfermería. La atención de



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España



INSTITUTO ESPAÑOL
DE INVESTIGACIÓN
ENFERMERA

	dentro de la estructura funcional, territorial y competencial del Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales.	enfermería se prestará todos los días de la semana.
Extremadura	Decreto 298/2015, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de autorización, acreditación y registro de centros de atención a personas mayores de la Comunidad Autónoma de Extremadura	El artículo 1.1 remite la determinación de los requisitos técnicos y condiciones mínimas a una orden de desarrollo, y la disposición transitoria primera mantiene provisionalmente la aplicación de los requisitos técnicos del Decreto 4/1996 hasta la aprobación de dicha normativa.
Galicia	ORDEN de 4 diciembre de 2024 por la que se modifica la Orden de 18 de abril de 1996 por la que se desarrolla el Decreto 243/1995, de 28 de julio, en lo relativo a la regulación de las condiciones y requisitos específicos que deben cumplir los centros de atención a personas mayores.	Ratio mínima de personal de atención directa: 0,20 profesionales por usuario en módulos de personas con autonomía; 0,35 en módulos de personas dependientes (incluye personal gerocultor y sanitario). Enfermería: 0,02 por persona usuaria sin dependencia o con grado I; 0,03 por persona usuaria con grado II o III (o Barthel ≤ 50 si no existe reconocimiento formal de dependencia).
Comunidad de Madrid	ORDEN2680/2024, de 7 de noviembre, de la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales, por la que se establecen los requisitos y estándares de calidad para la acreditación de los centros y servicios de atención social que formen parte del Sistema Público de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia.	Ratio global de atención directa (no específico enfermería): ≤ 50 plazas: 0,37; ≥ 50 plazas: 0,45. Exige al menos 1 TCAE a jornada completa en centros > 50 plazas.



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España



INSTITUTO ESPAÑOL
DE INVESTIGACIÓN
ENFERMERA

Región de Murcia	Decreto n.º 69/2005, de 3 de junio, por el que se establecen las condiciones mínimas que han de reunir los centros residenciales para personas mayores de titularidad pública o privada	Un enfermero/a con mínimo de 1 h/día hasta 40 usuarios. Por cada 20 usuarios o fracción: 1 h más al día.
Comunidad Foral de Navarra	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, trastorno mental, atención a menores e inclusión social, del sistema de servicios sociales de la comunidad foral de navarra, y el régimen de autorizaciones, comunicaciones previas y homologaciones	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 de farmacia..
País Vasco	DECRETO 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco	Enfermería: Grado 0 y I = 0,027; Grado II = 0,032.
La Rioja	Decreto 12/2025, de 25 de febrero, por el que se regula el personal del modelo de Atención Integral Centrada en las Personas, en las residencias de personas mayores y la coordinación sociosanitaria en la atención de los cuidados	Ratio mínima enfermería 0,03%

Fuente: Elaboración propia basada en las normativas vigentes en las Comunidades Autonomas.



**Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España**



**INSTITUTO ESPAÑOL
DE INVESTIGACIÓN
ENFERMERA**

