

AÚN ESTAMOS A TIEMPO...

José Miguel Morales Asencio.

Director del Departamento de Enfermería y Podología.
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga

En este último lustro, la crisis económica y las medidas de la clase política han anemizado el patrimonio estructural de nuestro sistema sanitario público hasta límites que no hubiéramos imaginado hace una década. Así, el gasto público total en salud entre 2009 y 2013 descendió un 11,8% en el capítulo descentralizado a las Comunidades Autónomas (que supone aproximadamente un 92% del gasto sanitario total)¹ y un 13,6% teniendo en cuenta el volumen total del gasto estatal², es decir unos 9.933 millones de euros menos, de los que 3.288 millones fueron en recortes de retribuciones a personal. Dentro de este epígrafe, la hemorragia se ha cebado especialmente en la atención hospitalaria, sobre todo en el personal de enfermería, técnicos sanitarios y personal no sanitario, con efectos apenas perceptibles en el caso de los médicos¹.

Han sido medidas centradas exclusivamente en el puro recorte, sin que se hayan abordado transformaciones profundas en cuanto a la efectividad y racionalización de la provisión y oferta de servicios, que es la verdadera reforma que necesita nuestro SNS. Por tanto, las consecuencias son cortoplacistas (“alivio” de cuentas a costa de capítulo I de personal), sin tener en cuenta consecuencias en indicadores de salud (tardaremos aún 2-3 años en poder evaluar estas secuelas), aunque sí se han vislumbrado ya las negativas implicaciones en accesibilidad (aumento de listas de espera, restricción de prestaciones, etc.) y en la percepción de la ciudadanía. En otro artículo de esta revista hace algunos meses hice una breve exposición de cómo los resultados de múltiples estudios muy sólidos muestran el impacto de los recortes y escasez de plantilla enfermera en mortalidad, reingresos, complicaciones, etc³, siendo una evidencia indiscutible contra la que caben pocos argumentos, salvo mirar hacia otro lado o negar la mayor.

Pero, dentro de este durísimo escenario que nos ha traído la crisis, hay un aspecto que queda en segundo plano casi siempre y que si no se actúa a tiempo, las consecuencias a medio plazo van a ser de un calado profundo. Se trata de la fuga de recién egresados al extranjero y la mínima penetración de esta joven masa de talento profesional en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Nuestros graduados se encuentran un panorama desolador al día siguiente de recoger su título: imposibilidad absoluta de acceder al sistema sanitario público como personal sustituto (no digamos como interino de larga duración), o bien empleo precario en el sistema privado, con sueldos y condiciones que a veces rayan la esclavitud y donde además han de ejercer roles muy trasnochados y las oportunidades de desarrollo profesional son muy limitadas.

La opción de preparar el examen EIR e intentar la especialización se convierte en una salida a corto plazo “apetecible”: a cambio de un enorme esfuerzo de estudio y preparación del examen, se obtienen dos años de formación remunerada, experiencia clínica y un título de especialista, pero, que salvo en el caso de algunas especialidades, luego no garantiza el acceso al ejercicio de la especialidad, ya que en este desierto económico que atravesamos las Administraciones Sanitarias están aún lejos de hacer ofertas estructurales de plazas de especialistas de una forma continuada y sistemática⁴.

Otra posible salida es seguir formándose, hacer un Máster (o varios) e, incluso el doctorado e intentar la carrera investigadora. Pero, esta opción también es tortuosa, muy exigente y la precariedad e inestabilidad laboral que actualmente ofrece nuestro país para jóvenes investigadores, termina convirtiéndose en un calvario que, desgraciadamente acaba terminando también en el extranjero, donde las oportunidades para la carrera investigadora son mucho más sólidas (también empezamos a tener fuga de talento enfermero en este campo).

Todo ello, aboca a una sola salida: emigrar. Sobre todo, si la persona egresada sabe que en determinados paí-



ses, como el Reino Unido y también los países nórdicos (por supuesto quedan fuera de estas opciones muchos países de la UE donde la Enfermería está mucho menos desarrollada que en España), ofrecen salidas laborales atractivas (ello no quita que haya experiencias desafortunadas), con una remuneración y posibilidades de desarrollo profesional sugerentes y donde la Enfermería tiene un alto prestigio social.

Esta es la realidad que tenemos: en 2008, según las cifras del INE, se nos iban 128.415 jóvenes de entre 22 y 35 años al extranjero y en 2014 se nos fueron 212.604 (un 65,6% más)⁵. En un estudio llevado a cabo por El País, con una muestra de 30.000 titulados entre septiembre de 2014 y febrero de 2015, los enfermeros suponían un 12,9% de los titulados trabajando en el extranjero, ocupando el 9º puesto en un triste ranking liderado por las titulaciones de Ingenierías⁶.

Según el INE, en 2014 la tasa de paro en Diplomados en Enfermería era del 20,6% (la de Graduados era del 7,6%, aunque en 2009-10 aún no todas las Facultades habían implantado el Grado), muy lejos del 0,6% de Medicina, del 6,0% de Farmacia, del 13,1% de los Diplomados en Fisioterapia, o del 10,6% de los Diplomados en Podología, por ilustrar otras profesiones sanitarias⁷... y sólo un 43% de los egresados tienen un contrato permanente de al menos 4 años. En menos de una década, la Enfermería se ha convertido en la profesión sanitaria con más paro registrado o empleo más precario: ¿cómo no vamos a tener a nuestras enfermeras repartidas por el mundo ante semejante panorama? Justo cuando su nivel competencial es el más alto, de mayor calidad, y cuando el impacto de las intervenciones enfermeras empieza a mostrar más efectividad en la salud de la población. Simplemente, frustrante.

Pero, veamos qué se puede hacer. En la planificación a medio y largo plazo de recursos humanos en salud, clásicamente, hay tres ejes que ejercen una tensión contrapuesta entre sí, representadas en el controvertido *numerus clausus*: la administración sanitaria, que intenta siempre que la oferta de egresados aumente, los colectivos profesionales (organizaciones colegiales, sindicales y sociedades científicas), que pujan por un enfoque restrictivo para garantizar la empleabilidad y el estatus, y por último, las Universidades, que pueden tener un comportamiento heterogéneo, en función de la titulación, perspectivas de posibles ingresos por matriculaciones y alta demanda, recursos estructurales y de profesorado disponibles y el grado de preocupación que tengan los decisores por la calidad de la formación ofertada⁸.

Esta “tensión” entre los tres agentes implicados se ha visto radicalmente modificada por circunstancias contextuales que tendrán su repercusión a medio y largo plazo, si no se toman medidas ahora. Y ahí es donde tenemos un serio problema. Nadie parece estar preocupado (o al menos se disimula magistralmente), o simplemente no ven, o no son conscientes (no sé qué es peor), del siniestro panorama que se cierne sobre los recursos humanos enfermeros en la próxima década.

En referencia a esas circunstancias contextuales, la primera es la ya consabida repercusión de los recortes de plantilla enfermera en el SNS. Si los servicios de salud no están dispuestos a volver a las dotaciones mínimas de plantilla enfermera que nos posicionen al menos en la media europea (no hay que olvidar que tenemos unas dotaciones de enfermera por habitante de las más bajas de la UE: 530 enfermeras por 100.000 habitantes, frente a las 676 del Reino Unido o las 1.346 de Noruega, las 1.068 de Suiza o las 1.184 de Suecia⁹), ese factor de “demanda de egresados” de las administraciones públicas, simplemente, desaparece... aunque, momentáneamente. En cuanto este efecto menguante empiece a manifestarse (como en muchas enfermedades, cuando aparezcan los síntomas, el tratamiento será ya mucho menos efectivo y las consecuencias más graves), les entrará una urgencia absoluta en obtener egresados cuanto antes. Esto ocurrirá porque las plantillas enfermeras están envejeciendo a paso agigantado, sin que haya habido tasas de reposición capaces de atenuar este efecto (¡nuestros jóvenes no trabajan en el SNS!), y agravado por los ya mencionados recortes sufridos en estos años.

El último estudio llevado a cabo por el Ministerio de Sanidad, con datos de 2009 (es decir: justo antes de los grandes recortes), situaba que el 36% de las enfermeras de cuidados generales tenían más de 49 años. En Andalucía, esta cifra era del 39,3% en Atención Hospitalaria y del 52,8% en Atención Primaria y, de forma global,



el 42,6%¹⁰. Con las tasas de reposición exiguas que ha habido y las amortizaciones de plazas, ¿se atreve alguien a adivinar cómo estaremos ahora mismo? Con total seguridad, mucho más de la mitad de la plantilla enfermera tiene más de 50 años (casi me atrevo a augurar que cerca del 60% y ojalá me equivocase), es decir, antes de 2030, se nos habrá jubilado la mitad de la plantilla enfermera actual. En conclusión, a día de hoy, tenemos menos enfermeras y más mayores. Esto, en un profesión dura y sacrificada como la Enfermería, también tiene sus consecuencias en los profesionales que están al pie del cañón, porque no es lo mismo enfrentarse a una guardia de 17 horas, o asumir la atención domiciliaria de un cupo con cronicidad múltiple y envejecido, con menos compañeros trabajando y más años a sus espaldas.

Esto ya ha ocurrido en otros sistemas sanitarios, como les ocurrió a los ingleses, tras la era Thatcher, que supuso un envejecimiento acelerado de las plantillas enfermeras por la reducción de plazas y personal y que obligó a contratar enfermeras extranjeras, porque la Universidad no era capaz de egresar enfermeras al ritmo de la demanda. En formar a una enfermera generalista se tarda 4 años y una especialista 6 años ¿Nos veremos así en unos años, contratando enfermeras de Latinoamérica a toda prisa? Los egresados que lean esto desde Leeds, Londres, o Helsinki, pueden fibrilar directamente y no entenderán cómo semejante paradoja puede llegar a producirse, pero, de no poner remedio, se producirá.

También se pueden activar políticas para favorecer el retorno de estas enfermeras que ahora ejercen en el extranjero, pero, vista la sensibilidad de los distintos agentes implicados con este tema, y la escasez de antecedentes en este sentido, el escepticismo al respecto es mayúsculo. Toda una cadena de obstáculos administrativos e intereses contrapuestos haría muy difícil esta medida.

Otra medida urgente es la puesta en marcha de una vez del Registro de Profesionales Sanitarios, regulado por Ley desde 2014¹¹ a nivel estatal, e incluso antes en nuestra Comunidad¹², pero, que a día de hoy no supone una fuente de información plenamente funcional, que permita su uso para la planificación de recursos humanos en salud.

En la triada de agentes implicados en la planificación de recursos, toca ahora el análisis de la institución Universitaria. Como refería anteriormente, en función de la disponibilidad de estructuras y profesorado, de la preocupación por la calidad de la docencia y la investigación ofertada y de la “presión social” a favor o en contra de aumentar el numerus clausus. Pero, aquí aparece otro elemento: la competencia de las Universidades privadas, que tienen una especial atracción por las titulaciones sanitarias, conocedoras de su alta demanda social y, por tanto, garantizando altas cifras de matriculación. Pero, no hay que olvidar que la oferta de estudios en Ciencias de la Salud no es sólo una cuestión de aulas y negocio, sino que a estas alturas del siglo XXI, tienen mucho peso las instituciones sanitarias (y no solo las hospitalarias) para las prácticas y la integración profesional, la actividad investigadora (muy limitada en Universidades privadas¹³ y la innovación docente, cuestiones esenciales para formar a una enfermera para los desafíos actuales y muy lejos de la concepción tradicional de formación enfermera que aún perdura en algunos sectores.

Y en esta amalgama de intereses contrapuestos, generalmente, poco importa la tasa de empleabilidad de los egresados. En la UMA, aproximadamente el 30% de los egresados en las últimas promociones de Graduados en Enfermería se ha ido al extranjero (prácticamente en su totalidad al Reino Unido). Con una tasa de desempleo de enfermeras egresadas en torno al 20%, la pregunta es inevitable: ¿Debemos seguir graduando a más de 200 enfermeras cada año en Málaga? (por centrarnos en el contexto local).

Es fácil darle un giro a estos argumentos en función de qué intereses se quieran defender: si tomamos la cifra de enfermera por habitante y la altísima demanda de los estudios de Enfermería, sobra la discusión y la pelota hay que ponerla en el tejado de la administración sanitaria: ¡contraten a más enfermeras! Pero las políticas de control del déficit público, el escenario económico, la coyuntura política de nuestro país, la larga tradición de desequilibrio en dotación de enfermeras y las presumibles presiones corporativistas y sindicales, no invitan a pensar que eso se vaya a producir de forma inminente en los próximos años y, por consiguiente, continuará



esta hemorragia de egresados y fuga de talento al extranjero, que supone una injusticia social demasiado alejada del epicentro mediático. El dilema no es baladí: plantillas envejecidas, pocas enfermeras por habitante, recortes que han hecho estragos, desempleo, emigración profesional, exceso de egresados para las circunstancias actuales... ¿qué hacer?

En esta encrucijada, queda una tercera parte interesada: las organizaciones profesionales y sociedades científicas. Su papel ha de ser en estos momentos clave a la hora de mediar entre las instituciones sanitarias y las académicas, exigiendo a ambas partes altura de miras y capacidad de llevar a cabo decisiones en la planificación de recursos que ofrezcan soluciones razonables para este escenario en el que nos encontramos, además de aportar elementos para el análisis, evidencias y apoyo en la planificación. No habrá buenas soluciones si cada parte implicada actúa por su cuenta, cuestión más que probable, a la vista de los antecedentes. Los Servicios de Salud han de ser consecuentes con las menguadísimas ratios de enfermeras que tenemos y empezar a generar medidas estructurales a corto, medio y largo plazo (incluyendo las dotaciones de enfermeras especialistas) y, por otra parte, las Universidades han de ser racionales en la regulación de los *numerus clausus*, oyendo a todas las partes y teniendo en cuenta la calidad de la docencia y la investigación como premisas básicas, no dejándose llevar por impulsos.

Aún estamos a tiempo de evitar que se produzca una fractura en los recursos enfermeros del SNS, de impedir que en unos años se produzca una urgente y compulsiva reclamación presa de la histeria para el incremento del *numerus clausus*, sin ton ni son (y quién sabe si con los recursos suficientes), o la expansión y apertura irracional de centros privados, que a la larga empeorarían la tasa de desempleo y harían peligrar el equilibrio en la calidad de la formación.

También estamos a tiempo de que una reserva importante de egresados que están fuera de nuestro país, ejerciendo en sistemas sanitarios con altas posibilidades de desarrollo y crecimiento profesional, regresen e inyecten ese nivel competencial y su juventud en nuestro sistema, en una suerte de transfusión de talento que ayudaría a mitigar la anemia enfermera de nuestro SNS. Es una justicia necesaria para quienes han hecho el esfuerzo de emigrar.

Estamos a tiempo de todo, pero dejar las cosas como están, hará que todo el tiempo sea poco.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bandrés E, González R. La reducción del Gasto Sanitario en España durante la crisis. Cuadernos de Información Económica. 2015; 248: 37-48
2. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Avance de la actuación económica y financiera de las Administraciones Públicas 2013. Disponible en: http://www.igae.pap.minhap.gob.es/sitios/igae/es-ES/ContabilidadNacional/infadmPublicas/Documents/Informes%20Anuales/Avance_AAPP_2013.pdf
3. Morales Asencio JM. Cómo las enfermeras influyen en los resultados en salud. ¿A qué esperan los decisores en la planificación de servicios de salud? Revista Cuidándote Digital. 2014; Sept: 10-13
4. ADIMEN Investigación y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estudio sobre la evolución laboral de los especialistas egresados de la FSE entre 2009 y 2012. 2014. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/EstudioFSE20092012.pdf>
5. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Migraciones Exteriores
6. Diario El País. Las carreras con mayor tasa de empleo. Publicado el 22-12-2015. Disponible en: http://elpais.com/elpais/2015/12/22/media/1450786621_713557.html
7. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Inserción Laboral de Titulados Universitarios 2014.
8. González López Valcárcel B, Barber Pérez P. Planificación y formación de profesionales sanitarios, con foco en la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; 26 Supl 1:46-51
9. EUROSTAT. Health care statistics 2014; Disponible en http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/health_care/data/database. [consultado el 30.07.14]
10. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Informe sobre profesionales de Enfermería. Oferta-Necesidad 2010-2025. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/21-NecesidadesEnfermeras\(2010-2025\).pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/21-NecesidadesEnfermeras(2010-2025).pdf)
11. Real Decreto 640/2014, de 25 de julio, por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios. «BOE» núm. 197, de 14 de agosto de 2014.
12. Decreto 427/2008, de 29 de julio, por el que se crea y regula el Registro de Profesionales Sanitarios de Andalucía. BOJA 154 de 4 de agosto de 2008.
13. Fundación BBVA. Informe ISSUE 201. Indicadores sintéticos de las Universidades Españolas. Disponible en: http://www.fbbva.es/TLFU/dat/Informe_rankings_universidades_2015.pdf

