

DOSIER ESPECIAL

**INFORME DEL SINDICATO SATSE SOBRE "DESEMPLEO
ENFERMERO Y REPERCUSIÓN EN LA SALUD DE LA
POBLACIÓN: CONSECUENCIAS DE LA DESTRUCCIÓN DE
EMPLEO ENFERMERO EN EL SISTEMA SANITARIO"**

LUNES DÍA 13 DE MAYO DE 2013



SATSE

Desempleo enfermero y repercusión en la salud de la población

Consecuencias de la destrucción de empleo
enfermero en el Sistema Sanitario.

06/05/2013

Sindicato de Enfermería
Secretaría General Técnica



Índice

	Página
Introducción	3
Situación actual de las plantillas enfermeras	5
Repercusión en salud en Atención Primaria	11
Repercusiones en salud en Atención Especializada	14
Conclusiones	19
Bibliografía	22

Introducción

España vive unos momentos difíciles, con unas tasas de paro nunca vistas que alcanzan a más del 25% de la población activa y que se cifra en más de 6.000.000 de personas.

Esta situación afecta a todos los sectores productivos, siendo el de **los empleados públicos, entre los que se encuentran los profesionales de enfermería, uno de los sectores más afectados con una mayor incidencia en la destrucción de empleo**, que en el caso de los enfermeros está implicando, por un lado **la pérdida para el Sistema Sanitario de profesionales altamente cualificados y con experiencia laboral** y por otro, la imposibilidad de incorporar al Sistema a los nuevos profesionales titulados en los últimos años.

Enfermería, una de las profesiones que históricamente ha gozado de mejor salud en cuanto a expectativas laborales, se está viendo afectada, como el resto de profesiones, por la crítica situación económica en la que está inmerso nuestro país. En apenas tres años se ha podido constatar un creciente aumento del número de enfermeros que, además de inscribirse en las bolsas de trabajo (procedimiento hasta ahora casi exclusivo y habitual para la obtención de un contrato), se encuentran inscritos en el Servicio Público de Empleo Estatal como demandantes de empleo. Y lo que es peor, **al mismo tiempo que aumentan los inscritos en el SEPE disminuyen las esperanzas de encontrar un empleo aunque sea de corta duración.**

La profesión de enfermería, en general, y en cuanto a contrataciones se refiere, ha ido viviendo periodos cíclicos en los que, mientras que en unas comunidades autónomas existía demanda de profesionales, en otras había enfermeros sin trabajo, lo que fomentaba la emigración de profesionales de unas comunidades a otras. La fotografía que plantea el momento actual es bien distinta. **Las comunidades autónomas no son capaces de absorber la oferta de profesionales, por la escasa demanda de contrataciones**, mientras que los países de nuestro entorno buscan en España a unos profesionales que no solo aúnan buena preparación, sino que desempeñan una práctica profesional que supera, en muchos casos, las expectativas de esos países.

Mientras que **en otros sectores productivos la disminución del consumo es lo que ha llevado a la destrucción del empleo** por una menor demanda, **en el Sistema Sanitario** encontramos la paradoja de que **la demanda no solo no decrece, sino que aumenta, teniendo que enfrentarse un menor número de profesionales al mismo o mayor volumen de trabajo** en un ámbito tan delicado como son los cuidados tanto curativos como de salud de la población.

Esto conlleva que **en la actualidad tengamos unos profesionales de enfermería saturados, con sobrecarga asistencial, estresados y que no pueden ofrecer la calidad asistencial que desean** al carecer del tiempo necesario en su jornada laboral para atender las demandas de los usuarios.

Por otro lado, también ocasiona que **las listas de espera, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada aumenten, que la atención a los pacientes crónicos se resienta y que las actividades de prevención,** fundamentales para mantener la salud de los ciudadanos, **se posterguen** ante las acciones curativas.

En definitiva, **nos encontramos ante un Sistema Sanitario que está dando un paso atrás en los estándares de calidad que tanto esfuerzo ha logrado conseguir,** involucionando a la prestación de cuidados terapéuticos inmediatos, sin posibilidad de avanzar en políticas de salud ni de atender las necesidades básicas de los ciudadanos.

A todo ello se une, en concreto en el caso de las enfermeras, al incumplimiento de los estándares adoptados por el propio Ministerio de Sanidad de calidad de cuidados, por la imposibilidad de realizar las intervenciones enfermeras con los mínimos estándares de tiempo necesario por la escasez de los recursos humanos enfermeros.

Situación actual de las plantillas enfermeras

España tiene un sistema de salud excesivamente medicalizado que no responde a las necesidades de una población cada vez más envejecida, con un mayor número de enfermos crónicos, que lo que más demandan son cuidados, siendo el profesional de enfermería el más capacitado para la prestación de los mismos.

Al contrario que en los países de nuestro entorno, **España muestra una tendencia a la inversión en recursos curativos frente a la inversión en recursos preventivos desoyendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)** y los datos de los principales organismos que demuestran la rentabilidad económica del desarrollo de políticas preventivas y de mantenimiento de la salud.

Las plantillas enfermeras en España siempre han estado alejadas de las recomendaciones internacionales, y muy por debajo de las existentes en los países con un nivel de desarrollo y económico similar al de nuestro país.

Esto ha motivado que desde el **Sindicato de Enfermería SATSE**, en todo momento, **se venga reclamando una adecuación de plantillas de enfermería en los centros sanitarios españoles**, como mínimo, similar a la media de los países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos).

Como ya se ha mencionado, **España es uno de los países con un ratio de enfermeras por 1.000 habitantes de los más bajos de la OCDE**, situándonos a la cola de Europa en estos ratios. Mientras que la media de la OCDE se sitúa en 8,7 enfermeras por 1.000 habitantes, España, antes de la crisis que ha destruido miles de puestos de trabajo enfermeros, tan solo tenía 4,9 enfermeras por 1.000 habitantes.

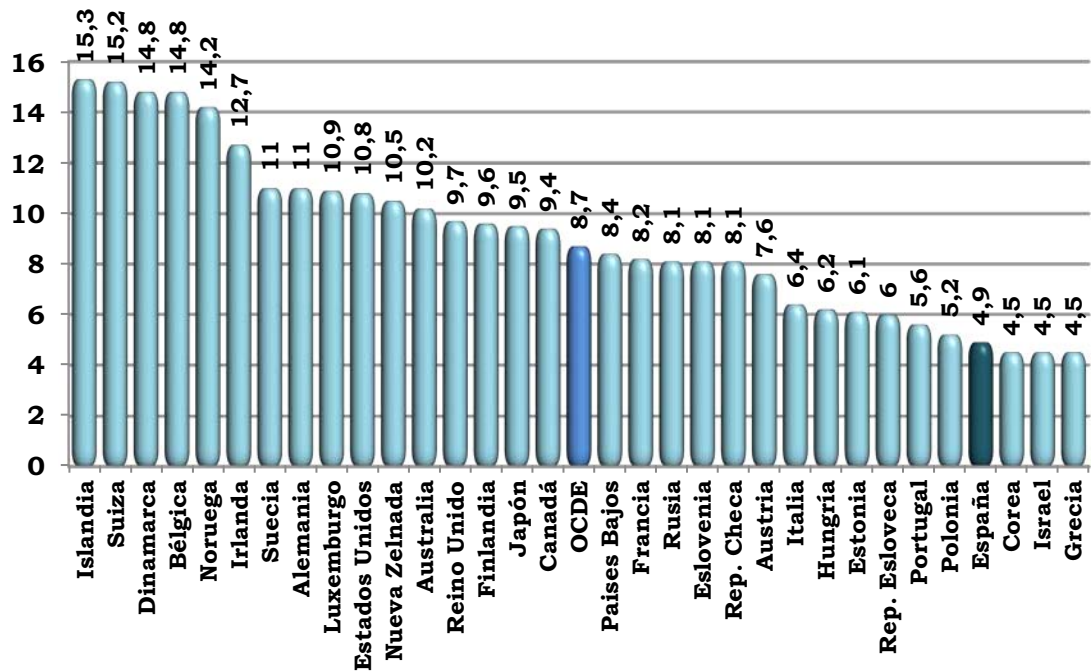


Figura 1. OCDE. Ratio enfermera por 1.000 habitantes en los países de la OCDE (Incluye el valor medio de la OCDE).

Es necesario advertir que los países con mejor nivel sanitario son aquellos que triplican, con relación a España, su número de enfermeras por 1.000 habitantes. También es imprescindible tener en cuenta que no se han hecho públicos los datos del sistema sanitario, una vez iniciada y consolidada la crisis económica que ha destruido múltiples puestos de trabajo aún sin cuantificar.

Aún así, analizados los datos por Comunidades Autónomas podemos observar que, aunque ninguna Comunidad Autónoma se acerca a la media de la OCDE, son varias las que se alejan significativamente (no llegan ni al 50%) de la media de enfermeras por 1.000 habitantes que presentan dichos datos.

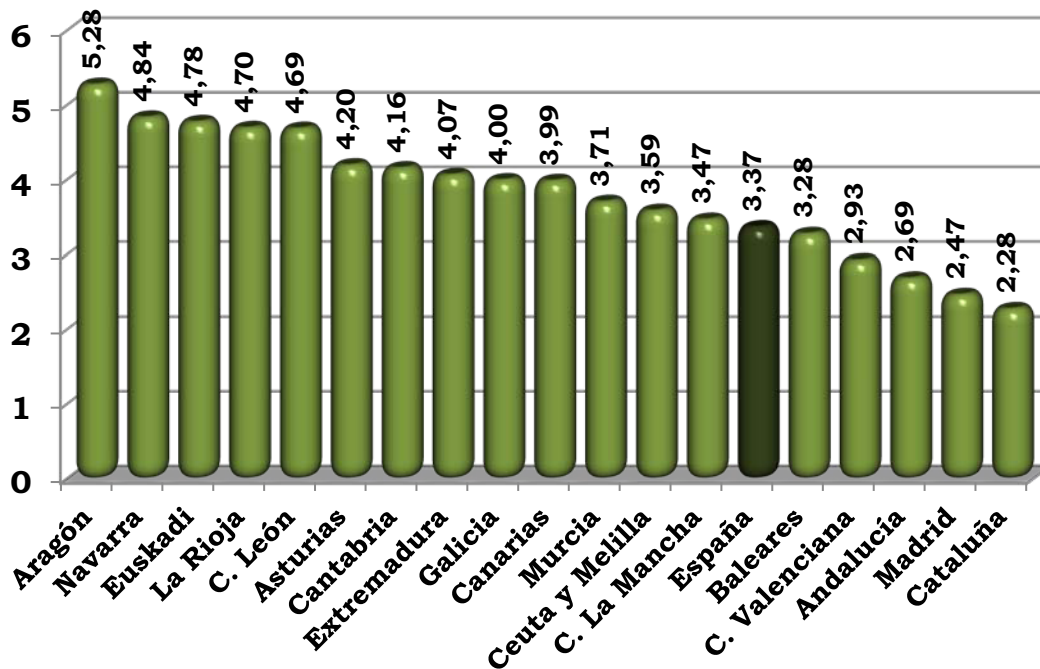


Figura 2. Número de enfermeras por 1.000 habitantes por CC.AA. (Incluye el valor medio de enfermeras en España por 1.000 habitantes).

Igual ocurre si estudiamos la proporción médico/enfermera y la comparamos con los países de la OCDE. España arroja unos datos llamativamente inferiores a los países estudiados, ya que mientras en España hay tan solo 1,45 enfermeras por cada médico, en países como Irlanda hay 5,01, en Reino Unido 3,57 enfermeras por médico o en Alemania 3,01 enfermeras por médico, por citar algunos. Lo que sí se comprueba de manera fehaciente es que España llega con dificultad a tener el 50% de la media de los países de la OCDE, que está en 2,77 enfermeras por médico.

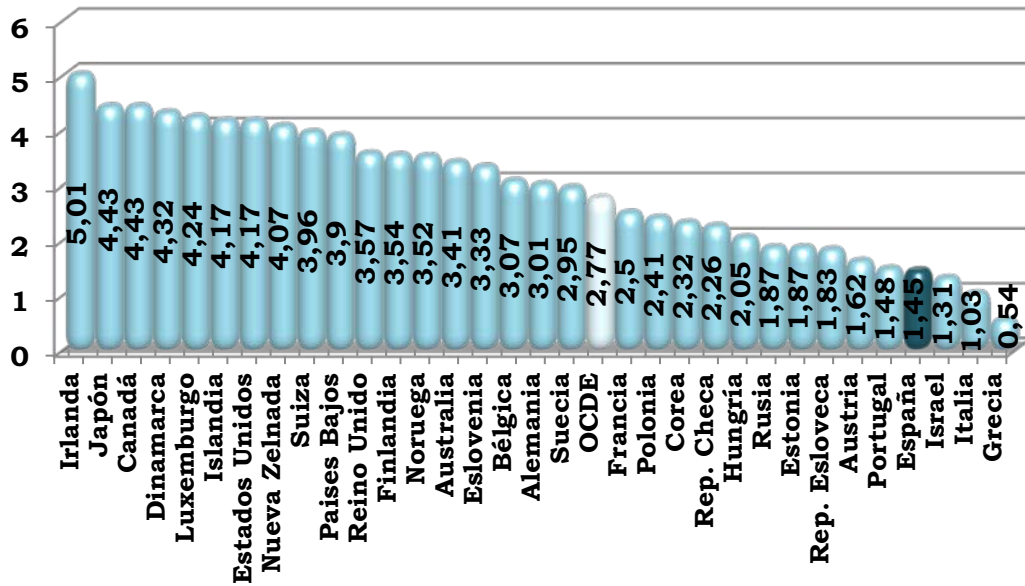


Figura 3. Ratio enfermera/médico en los países de la OCDE. (Incluye el valor medio en la OCDE)

Por Comunidades Autónomas llegamos a la misma conclusión, ni la mejor dotada en número de enfermeras por médico se aproxima a la media de la OCDE.

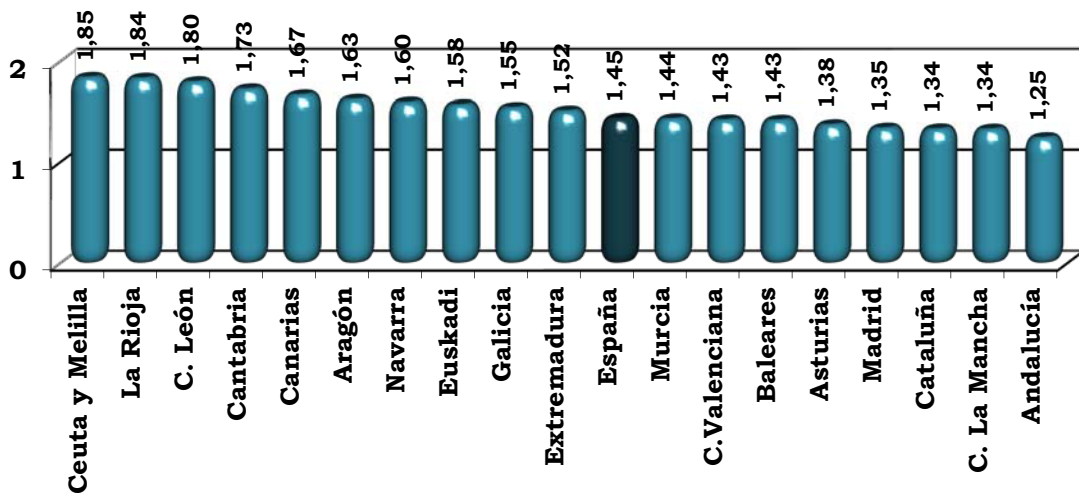


Figura 4. Ratio enfermera/médico por CC.AA. Incluye el valor medio en España

Los datos ofrecidos, ya significativos de por sí, adquieren mayor importancia dado que **la relación entre el número de enfermeras y el número de pacientes que atienden influye significativamente en los resultados de salud**. Así, en 1989 un estudio conducido por Hartz publicado en el *New England Journal of Medicine* (Hartz, 1989), informó que el porcentaje de personal de enfermería profesional, como también **el ratio enfermera/paciente, fue uno de los cinco mayores indicadores de predicción de los niveles de mortalidad**. A partir de ahí empieza a ser consistente la relación entre dotación de enfermeras y mortalidad.

Investigaciones posteriores del equipo de Linda Aiken han mostrado también la relación existente entre número y preparación de las enfermeras con la mortalidad de pacientes y la satisfacción laboral, así como que **una dotación subóptima de enfermeras**, ya sea en número o cualificación, **tiene efectos negativos tanto sobre las propias enfermeras como sobre la salud de los pacientes**. A nivel de los pacientes cuanto menor es el número de enfermeras por paciente quirúrgico mayor es la mortalidad a treinta días ajustada al riesgo y las tasas de fracaso en la reanimación. Además, en el caso de lo profesionales de enfermería, la disminución del ratio enfermera paciente aumenta el síndrome de burnout y la insatisfacción laboral (Aiken, 2002).

Needleman, en 2006, afirma que **“si todos los hospitales incrementaran su plantilla de enfermeras tituladas** hasta alcanzar el 25% de los hospitales con mayor dotación de enfermeras, **se evitarían más de 6.700 muertes intrahospitalarias y alrededor de 60.000 eventos adversos”**. Estos hallazgos no incluyen el valor añadido a las familias o la reducción de morbilidad, como, por ejemplo, la reducción de dolor o de absentismo laboral, así como elevados ahorros para los hospitales.

Obviando estas realidades, y la influencia positiva que en la salud de los ciudadanos supone mantener unos recursos humanos enfermeros adecuados, debemos ser conscientes de lo que la pérdida de éstos profesionales dentro del sistema Sanitario, supone para nuestra salud.

Analizando la evolución del número de demandantes de empleo, observamos como el paro entre la profesión ha aumentado más de un 462% en poco más de tres años, pasando de 4.104 enfermeros en paro en diciembre de 2009 a los casi 19.000 de marzo de 2013.

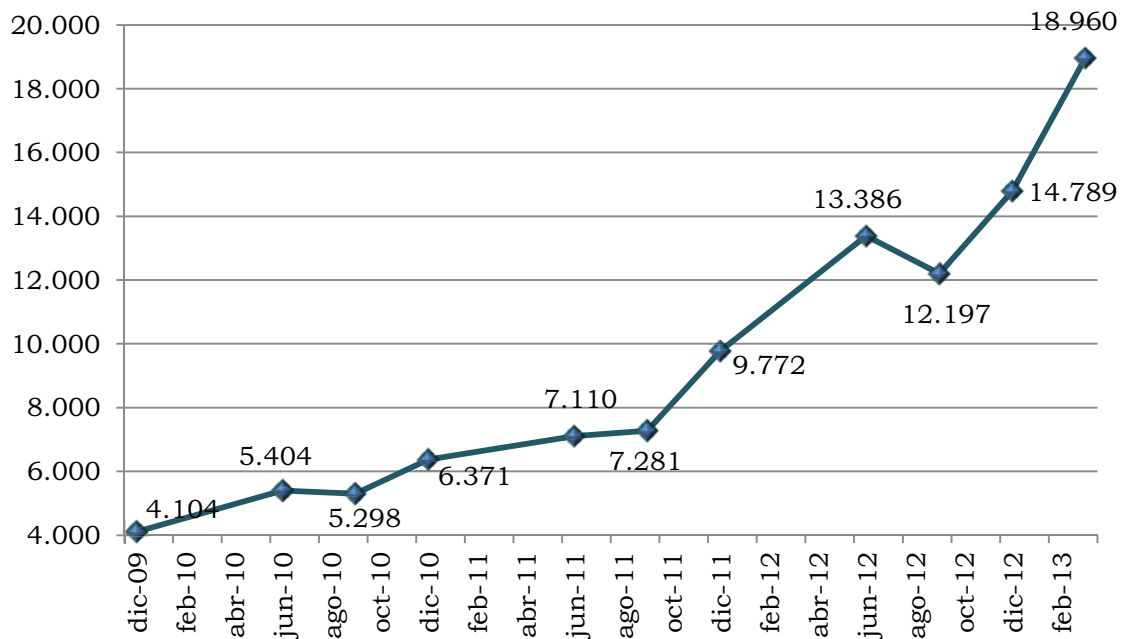


Figura 5. Evolución del paro en Enfermería en España.

Este incremento, que algunos intentarían achacar erróneamente a la ausencia de puestos de trabajo para los nuevos titulados, es la consecuencia de la masiva destrucción de empleo de enfermería en el sistema sanitario, ya que el número de nuevos titulados es equivalente al número de profesionales que han abandonado la labor profesional por jubilación o incapacidad permanente.

En consecuencia, el Sistema Sanitario español, ha perdido, en poco más de tres años, cerca de 15.000 enfermeras, lo que supondría, en cifras globales, más de la mitad de la plantilla de enfermería de toda la Atención Primaria del país.

Repercusión en salud en Atención Primaria

Para realizar un análisis de las repercusiones en las intervenciones enfermeras, y por tanto en la salud de la población, **es el ámbito de Atención Primaria, el que, de una manera más clara, nos permite cuantificar lo que supone prescindir de este número de profesionales de enfermería.**

Es en este ámbito en el que se concentran la mayor parte de actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, rehabilitación y trabajo social.

En él, la asistencia sanitaria se presta a demanda, de manera programada o urgente, tanto en la consulta del centro de salud y del consultorio rural como en el domicilio del enfermo; incluye la indicación o prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

De igual modo se dispensa atención de enfermería de forma continuada, incluso en el domicilio si se requiere para los problemas de salud urgentes.

Se incluyen en la Atención Primaria todas las actividades preventivas, la promoción y educación para la salud, la atención familiar y la atención comunitaria. Se realizan actividades de información y vigilancia en la protección de la salud y se ofrecen servicios de rehabilitación física.

Además, se realizan una serie de actividades específicas, la mayoría dirigidas a grupos de población o de riesgo concretos:

- **Atención a la adolescencia:** consejos sobre hábitos saludables (uso de tabaco, alcohol y sustancias adictivas), sobre conducta alimentaria e imagen corporal, promoción de conductas saludables en relación a la sexualidad.

- **Atención a la mujer:** orientación familiar, atención al embarazo y puerperal, diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de mama, detección y atención en los problemas del climaterio.
- **Atención a la infancia:** detección de los problemas de salud, valoración del estado nutricional, prevención de la muerte súbita infantil, consejos generales sobre el desarrollo del niño, educación sanitaria y prevención de accidentes infantiles, orientación para la prevención y detección de los problemas del sueño y los esfínteres.
- **Atención al adulto, grupos de riesgo y pacientes crónicos:** valoración del estado de salud y factores de riesgo, consejos sobre estilos de vida saludable, detección de problemas de salud, educación, atención y asistencia a personas polimedicadas y con pluripatologías.
- **Atención a las personas mayores:** promoción y prevención de la salud, detección y atención al anciano de riesgo, atención domiciliaria a personas inmovilizadas.
- **Atención y detección a la violencia de género y malos tratos:** especialmente en menores, ancianos y personas con discapacidad.
- **Atención a la salud bucodental:** actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, promoción de la salud, educación sanitaria.
- **Atención al paciente con enfermedad en fase terminal:** atención integral, individual y continuada que se presta en el domicilio del paciente o en el centro sanitario.
- **Atención a la salud mental:** prevención y promoción para el mantenimiento de la salud mental, detección y atención a problemas de salud mental en coordinación con el nivel especializado.

Para poder valorar lo que supone la destrucción de empleo en Atención Primaria se tomarán en cuenta los datos ofrecidos por el Ministerio de Sanidad en su informe *“Actividad Asistencial Ordinaria en Atención Primaria. Sistema Nacional de Salud, año 2011”* y en su *“Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2011”*.

En base al segundo informe mencionado, el Sistema Nacional de Salud, en 2011, contaba con 29.407 profesionales de enfermería en Atención Primaria. Estos 29.407 profesionales enfermeros, en ese mismo año, realizaron, en 14 Comunidades Autónomas, que son las que han facilitado los datos y equivalen al 62% de la población, más de 139 millones y medio de consultas.

Haciendo una aproximación, en base a los datos disponibles, **podemos estimar que las consultas enfermeras, realizadas por los 29.407 enfermeros, para el 100% de la población, se situarían en torno a las 225 millones de consultas, de las que más de 17 millones se habrían realizado en los domicilios de los pacientes.**

Año 2011	En Centro de Salud	En domicilio del paciente
Consultas enfermeras	224.932.690	17.117.378

Figura 6. Estimación de actividades enfermeras realizadas en Atención Primaria durante 2011 en España.

Por tanto, extrapolando al ámbito de la Atención Primaria **la destrucción masiva de puestos de trabajo enfermero realizada hasta el momento** (recordemos que según las cifras del SEPE había aumentado en 15.000 profesionales de enfermería), **supondría que no se podría realizar el equivalente al 50% de las actividades que se realizan**, siendo más de 100 millones de consultas las que no se podrían llevar a cabo por falta de profesionales.

De este importante número de consultas que sería imposible atender **serían las visitas domiciliarias, la atención programada a crónicos y las acciones preventivas y de educación para la salud las que, sin duda, se verían más afectadas.**

Año 2011	En Centro de Salud	En domicilio del paciente
Consultas enfermeras	112.466.345	8.558.689

Figura 7. Estimación de actividades enfermeras extrapoladas al ámbito de Atención Primaria que se perderían en España por la destrucción de empleo enfermero.

Repercusiones en salud en Atención Especializada

Mientras que en Atención Primaria nos resulta más sencillo cuantificar en intervenciones enfermeras lo que supone la disminución de plantillas, es en Atención Especializada donde, de manera científica y cualitativamente, resulta más fácil estimar como el número de enfermeras en los distintos hospitales afectan a las altas, complicaciones, efectos adversos e incluso fallecimientos de la población.

Las investigaciones existentes indican que el personal de enfermería tiene un impacto definido y cuantificable en los resultados del paciente, los errores, la duración de la estancia, la rotación de la enfermería, y la mortalidad de los ciudadanos. Existe un consenso para defender unos ratios de 4 a 6 pacientes por enfermera en la mayoría de los centros de atención aguda de hospitalización, y no más de uno o dos pacientes por enfermera en las áreas de críticos.

Así, en el año 2007, se recogen datos del impacto de las enfermeras en los resultados que se obtienen en el paciente. En base un estudio llevado a cabo por Clarke se constata que existe una asociación estadística y clínicamente significativa entre el personal de enfermería y la odds ratio ajustada de mortalidad hospitalaria, la falta de rescate, y los resultados de otros pacientes.

En resumen, la baja dotación de personal de enfermería es un serio factor de riesgo para los resultados negativos en los pacientes

hospitalizados en unidades de agudos (Kane, Shamliyan, Mueller, Duvall, y Wilt, 2007a, 2007b).

Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, y Silber, 2002, en la última década, utilizan métodos estadísticos para demostrar el impacto de las enfermeras en la calidad y la seguridad de la atención al paciente. Ya en 1994 Aiken, y Smith, encontraron que las tasas de mortalidad en los hospitales magnéticos fueron un 4,6% más baja que en los hospitales no magnéticos que indica, entre otras cosas, que ciertas características en el entorno afectan a la misma atención.

Blegen, Goode y Reed (1998) realizan el análisis de la dotación de personal en un gran hospital universitario mostrando que el investigador debe estudiar las horas de atención por paciente y por día para conocer el impacto que el cuidado del profesional de enfermería tiene en los pacientes.

Varios investigadores también examinaron el impacto de los cambios en la política de personal y su repercusión en los costes de la atención y satisfacción de los pacientes con la atención recibida. Por ejemplo, Seago (1.999) demostró que la utilización de auxiliares de enfermería con salarios más bajos para dar atención a los pacientes en realidad no redujo los costes sino que los aumentó.

El estudio de 2001 "*personal de enfermería y los resultados del paciente en los hospitales*", (realizado por Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, y Zelevinsky y publicado en la *revista New England Journal de Medicina*), se basó en datos de 1997 de más de cinco millones de altas de pacientes de 799 hospitales en 11 estados. Este estudio encontró una relación fuerte y consistente entre el personal de enfermería y los resultados a los cinco años, en pacientes médicos: con reducciones de las infecciones del tracto urinario, neumonía, shock, hemorragia digestiva alta, y la duración de la estancia. Además un mayor número de enfermeras se asoció con una reducción del 3-12% en las tasas de resultados adversos.

Así mismo, son diferentes estudios los que demuestran el impacto del personal de enfermería sobre la mortalidad y la duración de la estancia. Pronovost et al., 1999, aunque no encontraron una asociación con la

mortalidad hospitalaria, encontraron que los altos coeficientes de pacientes por enfermera (1:3 o más) durante el día se asociaron con un incremento medio del 49% de la estancia hospitalaria y un 20% durante la tarde. Un estudio posterior por el mismo equipo de investigadores evalúa el riesgo de complicaciones después de cirugía de la aorta abdominal. Este estudio encontró que en aquellos hospitales con menor número de enfermeras en UCI (que se define como 1:3 o 1:4 relación enfermera-paciente) los pacientes tuvieron más complicaciones que los hospitales con más enfermeras en la UCI (que se define como 1:1 ó 1:2 relación enfermera-paciente). O'Brien-Pallas et al, 2001; Pronovost et al

Otro estudio en la UCI (Dimick, Swoboda, Pronovost, y Lipsett, 2001) apoyó las conclusiones originales de Pronovost sobre personal de enfermería en la UCI y su impacto en los resultados del paciente, y añade los datos financieros. Mostró que los pacientes en las unidades con menos personal de enfermería (1 enfermero por 3 o más pacientes) estaban en mayor riesgo de reintubación, y se producía un aumento del 14% de los gastos hospitalarios de las UCI, respecto a las de una mejor dotación de personal (1 a 1 ó 1 a 2 pacientes).

Aiken y sus colegas (Aiken, Sochalski, y Lake, 1997), encontraron que los hospitales que tenían un resultado positivo de mortalidad hospitalaria también tenían distintas características organizativas. Según estos autores, aquellos modelos de organización que se traducen en una mayor autonomía del enfermero, un mayor control de los recursos por parte de los enfermeros a nivel de unidad, y mejores relaciones entre enfermeras y médicos obtienen mejores resultados en los pacientes.

La dotación de personal y las características del hospital no son los únicos factores que influyen en el personal de enfermería y los resultados del paciente. Las características de las propias enfermeras también tienen un gran impacto. Estudios recientes, (Comisión Mixta 2001) sobre las horas extras de enfermería y su impacto sobre el número de errores, indican una clara correlación entre la fatiga y la seguridad del paciente.

Aiken y sus colegas han investigado la organización de enfermería y los resultados de los pacientes en unidades especializadas (Aiken, Sloan, El Lago, Sochalski, y Weber, 1999), encontraron que 30 días después de la admisión, las tasas de mortalidad eran un 60 % menores en los hospitales magnéticos, y un 40 por ciento menor en unidades especializadas que en las unidades convencionales. Se concluyó que superiores coeficientes enfermera/paciente, fueron los principales factores en la explicación de las tasas más bajas de mortalidad. El análisis sugiere que una enfermera adicional por paciente y día reduce las probabilidades de morir hasta en un 50% (Aiken, Sloan, El Lago, Sochalski, & Weber).

Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, y Zelevinsky, 2002 encontraron una correlación entre los cuidados de enfermería y 5 variables. Una mayor proporción de horas de atención al día proporcionadas por enfermeras se asoció con un menor tiempo de estancia y tasas más bajas de infecciones del tracto urinario y sangrado gastrointestinal. Una mayor proporción de horas de atención de enfermería también se asocia con menores tasas de neumonía, shock o paro cardíaco. Entre los pacientes quirúrgicos, una proporción más alta de atención proporcionada por enfermeras se asoció con menores tasas de infecciones del tracto urinario.

Aiken y sus colegas, en 2002, se centraron en la relación entre los coeficientes de pacientes enfermera, la mortalidad y la falta de rescate. Los resultados demostraron un aumento de la mortalidad de los pacientes en un 7% por cada paciente adicional (sobre 4 pacientes por enfermera).

Igualmente se ha documentado la relación entre la rotación de personal de enfermería y el aumento de los costes. Los centros con tasas de rotación más bajas tenían una estancia de 1`2 días menor que aquellos con mayor tasas de rotación, con un aumento del 36% de los costes (Gelinas y Bohlen, 2002).

Tourangeau, Giovannetti, y Wood (2002) investigaron las tasas de mortalidad entre los 46.941 pacientes dados de alta de 75 hospitales

en Ontario, Canadá. La realización de una serie de análisis de regresión determinó que:

- Un aumento del 10% en la proporción de enfermeras especialistas se asoció con cinco muertes de pacientes menos por cada 1.000 pacientes dados de alta.
- En los hospitales urbanos, los años de experiencia en enfermería se asociaba con seis muertes de pacientes menos por cada 1.000 pacientes dados de alta.
- En los hospitales rurales, los años de experiencia de enfermería se asociaba con cuatro muertes de pacientes menos por cada 1.000 pacientes dados de alta.

Por todo ello, el Sindicato de Enfermería no puede cerrar los ojos ante el acusado deterioro del Sistema Sanitario público de nuestro país que, sin disminuir la demanda de los ciudadanos, está reduciendo drásticamente las plantillas enfermeras; como tampoco puede hacerlo ante la desesperación de miles de profesionales que ven sus expectativas laborales truncadas, en parte debido a una inadecuada planificación de recursos humanos.

La disminución de las plantillas enfermeras tiene consecuencias directas en la calidad de la atención sanitaria que se presta a los ciudadanos, en su curación, en su seguridad, en el aumento de los efectos adversos e incluso en el aumento de la mortalidad

CONCLUSIONES:

- **Es necesario**, en concordancia con las recomendaciones de la OMS y la tendencia de la OCDE, **reorientar nuestro sistema sanitario evolucionando** de la medicalización del mismo **al desarrollo y expansión de las políticas de cuidados**, que van a predominar en este siglo XXI, como consecuencia del envejecimiento de la población y el aumento de las patologías crónicas.
- En base a esta reorientación del sistema sanitario **es imprescindible incrementar los recursos enfermeros tanto en el sistema sanitario como en el sociosanitario** lo que supondría ofrecer salidas laborales que mitiguen el paro enfermero a la vez que se proporcionan los cuidados adecuados a las demandas y necesidades de los ciudadanos.
- **Es indispensable no disminuir los recursos destinados a las políticas preventivas como garantía de calidad de vida de los ciudadanos y ahorro en costes sanitarios.** La OMS, en 2005 calculó que el 61% de las muertes y el 49% de la morbilidad es atribuible a enfermedades crónicas evitables hasta en un 80% manteniendo un estilo saludable. Para ello la enfermería es fundamental ya que entre sus funciones están la educación para la salud y la prevención de las enfermedades.
- **Los recortes sanitarios están amenazando la calidad asistencial** al centrarse, en su mayor parte, en la reducción de los efectivos de enfermería en los centros sanitarios que **afecta directamente a la atención que se presta al ciudadano.**

- **La destrucción del empleo enfermero, extrapolado íntegramente y cuantificado en intervenciones en Atención Primaria supondría una disminución de más de 100 millones de consultas enfermeras.** De ellas, y por falta de profesionales en las plantillas, podría llegar a suponer la realización de 8 millones menos de consultas enfermeras a domicilio.
- **La sanidad española cuesta 600 € menos por habitante y año que la media europea. Más de 1.000 € menos de lo que les cuesta a Francia o Inglaterra.**
- Disponiendo de recursos enfermeros adecuados **se podrían evitar hasta el 80% de las enfermedades crónicas** que causan el 61% de las muertes y el 49% de la morbilidad.
- Un enfermo crónico con varias patologías cuesta hasta 17.000€ anuales mientras que una persona sana cuesta 1.000€ al año. **Los enfermos crónicos suponen un tercio de la población española.** El gasto en atención sanitaria a estos enfermos **supone el 70% del gasto sanitario.**
- **La mortalidad aumenta por cada paciente más que se asigna a una enfermera** en un centro hospitalario. Asignar 8 pacientes a una enfermera puede tener una sobremortalidad del 31%.
- **Aumentar de 4 a 6 los pacientes de cirugía por enfermera incrementó en un 14% la probabilidad de que uno de ellos muriera en los siguientes 30 días de su ingreso.**
- **La falta de enfermeras afecta** directamente a la seguridad del paciente e **incrementa la posibilidad de sufrir efectos adversos** que son la causa de entre el 12 y el 15% de los costes hospitalarios.

- **Reducir las plantillas de enfermeras** supone aumentar las infecciones urinarias, de heridas quirúrgicas y nosocomiales, las úlceras por presión, las complicaciones del Sistema nervioso central y todo ello **aumenta el gasto sanitario**.
- Los centros **donde la plantilla de enfermería es más estable** y tienen menos índice de rotación consiguen **disminuir las estancias en 1,2 días**. En cambio, los hospitales que tienen **un alto índice de rotación de enfermeras** llegan a **incrementar los costes hasta en un 36%**.

Bibliografía:

- **“Informe sobre profesionales de cuidados de enfermería. Oferta-necesidad 2010-2025”.** Ministerio de Sanidad (2010).
- **“Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2011”.** Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. 2013.
- **“Actividad Asistencial ordinaria en Atención Primaria. SNS. Año 2011”.** Ministerio de Sanidad.
- **Ministerio de Sanidad.** <http://www.msc.es/>
- **Ministerio de Educación Cultura y Deporte.** <http://www.mecd.gob.es/educacion-mecd/areas-educacion/universidades.html>
- **OCDE. Informes.** http://translate.google.es/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html&ei=zqwkUYLYLqfI0QXU9oCYDw
- Morales Asencio JM, Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ. **¿Gestión de riesgos o el riesgo de una malgestión? La variabilidad en la ratio enfermera-paciente también influye en los resultados de hospitales europeos.** *Evidentia*. 2007 julio-ago; 4(16). En: <http://www.index-f.com/ciberindex.php?l=2&url=/evidentia/n16/346articulo.php>
<http://www.index-f.com/evidentia/n16/346articulo.php>
- González López-Valcárcel B. **Desarrollar recursos humanos en Salud.** En: *La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo.* Álvarez Dardet C, Peiró S (Eds). Informe SESPAS 2000. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada 2000).
- Ministerio de Sanidad **“La seguridad del paciente. Una prioridad para el SNS. Retos y agenda de futuro”.**
- **Informe Salud OMS 2005.**
- **Informe ENEAS 2011.**
- Leire Pajín, **Foro Nueva Economía,** 27 de octubre de 2011
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M., & Silber, J.H. (2003). **Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality.** *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 290(13), 1617-1623.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., & Silber, J.H. (2002). **Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction.** *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Lake, E.T., Sochalski, J., & Weber, A.L. (1999). **Organization and outcomes of inpatient AIDS care.** *Medical Care*, 37(8), 760-772.