

DIRECTORAS

M^a Cristina Aguilar González

M^a José Cervilla Garzón

Carmen Ferradans Caramés

Thais Guerrero Padrón

M^a Camen Jover Ramírez

Isabel Ribes Moreno

COORDINADORAS

Eva Garrido Pérez

Cristina Sánchez-Rodas Navarro

PROTECCIÓN SOCIAL EN ESPAÑA, EN LA UNIÓN EUROPEA Y EN EL DERECHO INTERNACIONAL

AUTORES

Carlos García de Cortázar Nebreda

Victoria Rodríguez-Rico Roldán

Eva López Terrada

Francisco Miguel Ortiz González-Conde

Pepa Burriel Rodríguez-Diosdado

Esperanza Macarena Sierra Benítez

Xosé Manuel Carril Vázquez

Olga Fotinopoulou Basurko

María Salas Porras

María Isabel Ribes Moreno

Francisca Bernal Santamaría

Jesús Barceló Fernández

M^a Cristina Aguilar González

José Antonio González Martínez

Francisco Vila Tierno

Juan Carlos Álvarez Cortés

Elena Lasaosa Irigoyen

Borja Suárez Corujo

Fernando Moreno de Vega y Lomo

M^a José Cervilla Garzón

Nora M. Martínez Yáñez

Miguel Ángel Gómez Salado

Edison Bórquez Rabe

Thais Guerrero Padrón

Antonino Imbesi

Carmen Moreno del Toro

Leopoldo Gamarra Vélchez

Miguel Ángel Almendros González

Luis Ángel Triguero Martínez

Juan Antonio Maldonado Molina

Esther Carrizosa Prieto

Martina Vincieri

Helmut Weber

Con la colaboración de:



PROTECCIÓN SOCIAL EN ESPAÑA, EN LA UNIÓN EUROPEA Y EN EL DERECHO INTERNACIONAL

Directoras

M^a Cristina Aguilar González
M^a José Cervilla Garzón
Carmen Ferradans Caramés

Thais Guerrero Padrón
M^a Camen Jover Ramírez
Isabel Ribes Moreno

Coordinadoras

Eva Garrido Pérez

Cristina Sánchez-Rodas Navarro



AME'S

Asociación Malagueña de Estudios e Investigaciones Sociales

Esta monografía ha sido financiada con cargo al VI Plan Propio de Investigación de la Universidad de Sevilla en la modalidad ayuda a proyectos de investigación precompetitivos.

La publicación de esta monografía se enmarca dentro de las actividades científicas, formativas y divulgativas de la Red de Excelencia "Coordinación de los Sistemas de Seguridad Social en la Unión Europea e Iberoamérica" (DER2015-69364).

Este trabajo forma parte de los trabajos preliminares del Subproyecto I+D coordinado "La Seguridad Social Internacional y Comunitaria. Conflictos de Leyes y Protección Social" (DER 2017-83040-C4-3-R).





Ediciones Laborum

Francisco Ortiz Castillo
Director editorial

Comité científico:

Antonio Ojeda Avilés
Catedrático de Derecho del Trabajo y Seguridad Social

Carlos García de Cortázar y Nebreda
*Subdirector general de Asuntos Sociales, Educativos, Culturales, Sanidad, Consumo y Deportes.
Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación*

Miguel Cardenal Carro
Catedrático de Derecho del Trabajo y Seguridad Social

Andrés Rodríguez Benot
Catedrático de Derecho Internacional Privado

Daniel I. García San José
Profesor Titular de Derecho Internacional Público

1.ª Edición Ediciones Laborum S.L.: 2017
Copyright © de la edición, Ediciones Laborum, 2017
Copyright © del texto, sus respectivos autores, 2017

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

ISBN: 978-84-947064-3-1
Depósito Legal: MU 1281-2017

Impreso en España - Printed in Spain

V. EL IMPACTO DEL BREXIT EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD: LA SOSTENIBILIDAD DE LAS RELACIONES ENTRE ESPAÑA Y REINO UNIDO

PEPA BURRIEL RODRÍGUEZ-DIOSDADO
*Profesora Acreditada a Titular por la ANECA,
Derecho del Trabajo y de la Seguridad social,
Facultad de Derecho, Universidad de Barcelona*

I. PLANTEAMIENTO DE LA CUESTIÓN: LA LIBRE CIRCULACIÓN DE PERSONAS EN LA UE Y LA MOVILIDAD SANITARIA: EL KIT.

El 23.06.2016 el 51,9 % de los británicos dijeron sí al *Brexit* (sic.)¹, en el referéndum celebrado en Reino Unido. Tras el borrador enviado el 31.03.2017 por el Consejo de Europa a los países miembros de la Unión Europea (en adelante, UE) y la adopción el 5.04.2017 por el Parlamento Europeo de los principios y condiciones para la negociación de la salida de Reino Unido, durante los meses de mayo y junio se han ido desarrollando las negociaciones formales entre Londres y Bruselas. Aunque se prevé que hasta finales de 2018 no exista un acuerdo sobre todas las cuestiones de la salida², el 29.03.2019 habrán transcurrido los dos años, inicialmente previstos, para que Reino Unido deje de ser parte de la UE de manera oficial.³

Pues bien, aunque nos movemos en un campo plagado de incertidumbres sobre cómo será la futura relación entre Reino Unido y la UE, planteamos aquí los aspectos más significativos en los que incidirá el futuro acuerdo de salida, esto es la libre circulación de personas, capitales y servicios, y los sistemas de salud británico y español.

La libre circulación de los trabajadores es uno de los principios constitutivos de la Unión, recogido en el art. 45 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea; estamos ante un derecho de los ciudadanos que implica la supresión de cualquier discriminación por razón de la nacionalidad entre los trabajadores de los Estados miembros, con respecto al empleo, la retribución y otras condiciones de trabajo. A su vez, el art. 34.2 Carta de Derechos Fundamentales de la UE, adoptada por el Parlamento, el Consejo y las Comisiones el 7.12.2000, e incorporada al Tratado de Lisboa en 2009, establece el derecho de toda persona que resida y se desplace legalmente en el seno de la UE a “las prestaciones de Seguridad social y a las ventajas sociales con arreglo a Derecho comunitario y a las legislaciones y prácticas nacionales”.

¹ Brexit es la abreviatura de “Brithishexit” o “salida británica de la Unión Europea”.

² Según declaraciones del Sr. Michael Barnier, jefe negociador de la UE sobre el *Brexit*.

³ Llegada esa fecha, se podría pactar una prórroga para continuar la negociación si no se ha llegado a un acuerdo. Los términos de dicha salida deben ser aprobados por cada uno de los 27 parlamentos de los Estados miembro de la UE. En caso de no alcanzarse un acuerdo, Reino Unido continuaría operando bajo la normativa de la Organización Mundial del Comercio, a través del GATS en relación a los servicios.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (en adelante, TJUE), las actividades médicas se integran en el principio de la libre prestación de servicios, independientemente que deba distinguirse entre asistencia sanitaria prestada en un centro hospitalario o fuera de él⁴ y, pese a que este tipo de servicios, los sanitarios, se encuentren excluidos de la Directiva 2006/123/CE del Parlamento europeo y del Consejo, de 12 de diciembre de 2006, relativa a los servicios del mercado interior.⁵

La movilidad sanitaria se encuentra regulada en la actualidad por dos complejos normativos. Por una parte, los Reglamentos de coordinación a la Seguridad social, Reglamento (CE) n° 883/2004, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29.04.2004 y Reglamento (CE) n° 987/2009, del Parlamento europeo y del Consejo, 16.09.2009, por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) n° 883/2004, sobre la coordinación de los sistemas de Seguridad social. Por otra parte, la Directiva 2011/24/UE relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la Asistencia Sanitaria Transfronteriza, que fue aprobada el 9.03.2011, tras un largo camino –no exento de polémicas⁶–, que daba a los Estados miembros un plazo de 30 meses para la trasposición a su derecho interno.⁷

Y, dentro de este panorama legislativo europeo tenemos sobre la mesa la Propuesta de Reglamento 2016/0397 (COD), del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13.12.2016, por el que se modificarían los Reglamentos (CE) n° 883/2004 y (CE) n° 987/2009. Esta reforma anunciada se enmarca dentro del proceso de modernización del Derecho de la UE y del denominado “Paquete de movilidad laboral de 2016” de la Comisión Europea⁸, que ahora sabemos que difícilmente será aplicable a Reino Unido.

En la propia Exposición del Reglamento (CE) n° 883/2004 se manifiesta (Considerando primero) que “las normas sobre coordinación de los sistemas nacionales de seguridad social forman parte del marco de la libre circulación de personas y deben contribuir a mejorar el nivel de vida y las condiciones de empleo de éstas”; con ello, se pretende dotar de estabilidad a las condiciones de Seguridad social de las personas

⁴ STJUE (sala primera), caso Femarbel, 11.07.2013, C-57/12.

⁵ SSTJUE 12.07.2001, asunto C-368/98, Abdon Vanbraekel versus Alliance nationale des mutualités chrétiennes, FD 41, y de 13.05.2003, asunto C-385/99, V.G. Muller contra Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen, FD 38. A lo que añadimos: la STJCE 31.01.1984, asuntos acumulados C-286/82, Graziana Luisi y Ministero del Tesoro y C-26/83, Giuseppe Carbone y Ministero del Tesoro, FD. 16: La libertad de prestación de servicios comprende la libertad de los destinatarios de los servicios para desplazarse a otro Estado miembro con el fin de hacer uso del servicio sin ser obstaculizados por restricciones, ni siquiera en materia de pagos, y que los turistas, los beneficiarios de cuidados médicos, y quienes efectúan viajes de estudios o de negocios, deben ser considerados como destinatarios de servicios”.

⁶ Ya en el año 2003 se solicitó a la Comisión Europea que abordará la cuestión de la mejora de la seguridad jurídica en este ámbito a la vista de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea.

⁷ España traspuso la Directiva a través del Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza y por el que se modifica el RD 1718/2010 de 17 de diciembre sobre receta médica y órdenes de dispensación y se traspuso a su vez la Directiva de ejecución 2012/52/UE de 20 de diciembre de 2012 por el que se establecen medidas para facilitar el reconocimiento de las recetas médicas expedidas en otro Estado miembro.

⁸ La propuesta, declara el propio texto, se centraría básicamente en cuatro ámbitos: acceso a los ciudadanos que no ejercen una actividad económica a las prestaciones sociales, prestaciones por cuidados de larga duración, prestaciones de desempleo y prestaciones familiares.

—donde se incluye la asistencia sanitaria—, independientemente de cuál sea el Estado del que dependan y donde residan.

Un escenario duro de ruptura de Reino Unido con la UE, podría implicar dos importantes efectos en esta materia, por lo que a nuestro tema interesa.

Primero la vuelta a la aplicación de las normas de extranjería en materia de entrada y salida y contratación, lo cual deja un panorama complicado al importante número de trabajadores españoles que ya se encuentran en el Reino Unido, tanto en el sector sanitario como trabajadores expatriados. ¿Cuáles serán los requisitos para su permanencia en el país y qué derechos de asistencia sanitaria tendrán? ¿Cuál será el coste y sobre quién recaerá?

Reino Unido es el receptor de la mayoría de los emigrantes españoles, muchos de ellos en el sector sanitario, como veremos más adelante. El número de españoles residentes en el extranjero ha vuelto a crecer, esta vez un 5,6 % anual, según los datos del Padrón de Españoles Residentes en el Extranjero (Pere). En otras palabras, el registro ha ganado 833.339 españoles entre 2008 y 2015. En este punto, la Consultora Mercer⁹ ha señalado que "las compañías deberían considera el impacto del fin de reciprocidad de los gastos sanitarios para nacionales que viven en los Estados miembros", relativo a los trabajadores expatriados que se encuentran allí, por decisión de las empresas o centros de trabajo radicados en España, una situación que puede dar lugar a mayores costes de las empresas, pero fundamentalmente a la pérdida de cobertura sanitaria pública para los ciudadanos españoles y un aumento de la burocracia.

Segundo, la otra cara de la moneda, son los ciudadanos británicos que residen o que deseen residir en España, pues para algunos de ellos también sería necesario la aplicación de las normas de extranjería, pero esta vez las españolas, salvo que se aplica la Directiva 2011/98/UE como nacionales de terceros Estados; en este caso, al tener una población mayormente de ciudadanos jubilados se nos abren dos interrogantes que tampoco han sido resueltas, es decir ¿podrán recibir asistencia sanitaria en España y bajo qué condiciones? ¿Cómo percibirán sus pensiones del sistema de Seguridad social inglés si residen en España? ¿Cuál será el impacto financiero para España y Reino Unido?

Según datos de Eurostat 2015, 15.8 millones de británicos visitaron España ese año, lo que supone un 21.1 % del gasto turístico total en ese periodo; y, entre 800.000 y 1.000.000 de británicos —pensionistas en su mayoría— residen una parte del año en alguna ciudad española, recibiendo las pensiones de su sistema de Seguridad social inglés y teniendo acceso al sistema de nacional de salud español por aplicación de los Reglamentos de coordinación de la Seguridad social; por otra parte, el Departamento de Salud británico ha estimado que, de manera permanente, 190.000 británicos viven en otras partes de la UE, 70.000 vivían en España, 44.000 en Irlanda, 43.000 en Francia y 12.000 en Chipre. De tal manera, que el propio sistema nacional de salud británico (National Health Services, en adelante NHS) hace una estimación de ahorro del sistema público sanitario al recibir sus ciudadanos —en torno a un millón de ciudadanos como

⁹ CONSULTORA MERCER, "What does the UKs Brexit means for the Business and their employees?", <https://www.mercer.com/our-thinking/what-does-the-uks-brex-it-mean-for-businesses-and-their-employees.html>

hemos indicado— asistencia sanitaria en otros países de la UE, en virtud de la aplicación de las normas actuales, de coordinación de Seguridad social; y este ahorro, que se estima en 350 millones de libras al año, no tiene otra explicación que los costes económicos, es decir, los costes de la asistencia médica en el sistema británico son más altos por persona, que los costes en España y Francia, básicamente, por lo que cuando el Gobierno británico asume la asistencia médica que un ciudadano ha recibido en otro país de la UE —ya sea por reembolso o compensación de cuotas— siempre pagará menos que si la asistencia hubiese sido recibida en el propio Reino Unido.

En otro orden de cosas, el Reino Unido representa el 17.6 % PIB de la eurozona, según el Instituto Elcano¹⁰, es el país que más contribuye a la proyección global de la UE, pero también recibe importantes contribuciones económicas de la UE. En este último sentido, la British Medical Association (en adelante, BMA) considera que el Brexit conllevará repercusiones negativas en la investigación científica y médica del Reino Unido, basándose en que en el periodo comprendido entre 2007-2013, el país recibió de los fondos europeos 8,8 billones de euros, y anualmente reciben la mayor cuantía con respecto a otros países participantes en Horizonte 2020, un total del 15 % de todas las subvenciones concedidas.

Como ya hemos avanzado, las relaciones entre España y Reino Unido, como avanzábamos en nuestro resumen son particularmente intensas, tanto en el flujo de personas, como en el sector financiero¹¹ y comercial. España tiene un superávit comercial con Reino Unido del 1.3 % PIB, situándose en las tres primeras posiciones de exportaciones españolas a este país, en transportes, maquinaria y productos químicos (OEC, ITC, AFI)¹²; por lo que, la industria farmacéutica podría ser uno de los grandes sectores afectados por la marcha de Reino Unido.¹³

2. EL GRISÁCEO PANORAMA DE LA CONVALIDACIÓN DE TÍTULOS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA UE

Una de las mayores preocupaciones surgidas en el sector sanitario español por el denominado Brexit es relativa a cómo se resolverá la convalidación de títulos de formación sanitaria entre España y Gran Bretaña. En este sentido, debemos establecer dos parámetros temporales, el marcado por la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7.09.2005, extensiva bajo determinadas condiciones al Espacio Económico Europeo y a Suiza¹⁴ y el establecido por la aprobación de la

¹⁰ INSTITUTO ELCANO, "Informe Elcano de presencia global 2015", www.19.iadb.org/intalcdi/PE/2015/15494es.pdf

¹¹ Para ampliar información, puede leerse, GREENWOOD, N., "Referéndum de Reino Unido sobre la permanencia en la UE: consecuencias para la economía británica, de la UE y española", *Cuadernos de Información Económica* nº 252, mayo-junio 2016, págs. 113-115.

¹² AFI, Análisis económico y de mercados Acento, "Brexit – El próximo reto para la Unión Europea", febrero 2016, <http://www.afi.es/webAfi/descargas/1553048/1413281/brexit-el-proximo-reto-para-la-union-europea.pdf>

¹³ Pese a que una de las empresas más potentes en el sector y con más inversiones en España, AstraZeneca –multinacional anglosueca-, ha señalado que se verá afectado el acceso a determinadas innovaciones del sector, se asegura que las inversiones en nuestro país están garantizadas; e igualmente, GlaxoSmithKline (GSK) no anticipa tampoco un impacto negativo en el intercambio entre ambos países, ni la Asociación de la Industria Farmacéutica Británica (ABPI), ni España.

¹⁴ Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al

modificación de dicho sistema a través de la Directiva 2013/55/UE sobre el reconocimiento de cualificaciones profesionales.

El objetivo de la Directiva 2005/36/CE era la simplificación y la introducción de transparencia en los procesos administrativos de reconocimiento de títulos¹⁵ para flexibilizar el mercado de trabajo y, con carácter general, potenciar la libre circulación de servicios en Europa.

En la citada Directiva de 2005 se establecen tres sistemas de reconocimiento de cualificaciones, atendiendo fundamentalmente a la existencia y necesidad o no, de armonización a escala europea de las condiciones mínimas de formación. De tal manera que, podemos resumirlo de la siguiente manera:

En primer lugar, el reconocimiento automático, cuando las condiciones mínimas de formación de la profesión en cuestión se encuentren armonizadas a escala europea. Aquí se incluiría la profesión de médico, enfermero responsable de cuidados generales, dentista, veterinario, matrona, farmacéutico y arquitecto.

En segundo lugar, el reconocimiento automático basado en la experiencia profesional de la persona solicitante.

En tercer lugar, el reconocimiento mutuo de cualificaciones. Establece la Directiva un tercer género, en el que se encajarían los supuestos que no puedan subsumirse en el reconocimiento automático en ninguna de las anteriores situaciones. Llegados a este término, o cuando puedan surgir dudas con respecto a algunos de los sistemas anteriores, se aplicaría este sistema que se basa en la demostración del profesional de la cualificación necesaria en su país de origen, pudiendo establecerse un periodo de prácticas o la superación de un examen en caso de apreciarse por el país de acogida diferencias significativas en cuanto a las exigencias formativas entre ambos países.

La modificación más significativa de la Directiva 2005/36/UE ha venido de la mano de la Directiva 2013/55/UE, cuya trasposición debía haberse producido el 18.01.2016 –cuestión sobre la que volveremos más adelante–, un texto que se enmarca en un proceso de modernización en este ámbito iniciado por diferentes Comunicaciones de la Comisión, al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones en el año 2010¹⁶, y que llevó al Consejo europeo a elevarlo

reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado; modificado por el Real Decreto 103/2014, de 21 de febrero.

¹⁵ Se encuentran excepcionados de la aplicación de esta normativa algunos sectores, por ejemplo el de los abogados, que posee regulación específica, a saber: Directiva 77/249/CEE del Consejo, de 22 de marzo de 1977, dirigida a facilitar el ejercicio efectivo de la libre prestación de servicios por los abogados y Directiva 98/5/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de febrero de 1998, destinada a facilitar el ejercicio permanente de la profesión de abogado en un Estado miembro distinto de aquel en el que se haya obtenido el título.

¹⁶ Entre otras, citamos, Comunicación de la Comisión "Europa 2020 - Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador", de 3 de marzo de 2010, COM (2010) 2020 final, la Comunicación de la Comisión, al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones, "Acta del Mercado Único Doce prioridades para estimular el crecimiento y reforzar la confianza «Juntos por un nuevo crecimiento», COM (2011) 0206 final, de 27 de octubre de 2010 y la Comunicación de la Comisión, al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones "Agenda de nuevas (...)

en sus conclusiones el 23.10.2011, apoyando esta modernización e instando al Parlamento Europeo y al Consejo a alcanzar un acuerdo político sobre la revisión de la Directiva 2005/36/CE antes de finales de 2012.

Finalmente, la Directiva de 2013 ha establecido un sistema más moderno para el reconocimiento de cualificaciones profesionales¹⁷, simplificando las normas existentes y acelerando los procedimientos de reconocimiento, a través de sistemas de información digital en aplicación del Reglamento (UE) n° 1024/2012 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25.10.2012, relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior, que derogó la Decisión 2008/49/CE de la Comisión (en adelante, Reglamento IMI).

Entre otras cuestiones, la Directiva de 2013 prevé la creación de una tarjeta profesional europea que permite la obtención del reconocimiento de las cualificaciones a través de un procedimiento electrónico unificado, cuya finalidad es acreditar que los profesionales cumplen con todos los requisitos académicos o profesionales necesarios para desarrollar su prestación –en las mismas condiciones que un nacional o residente– en otro Estado miembro, independientemente de que esta sea con carácter temporal o permanente. El funcionamiento de esta tarjeta pende directamente del Sistema de Información del Mercado Interior, una herramienta electrónica de cooperación entre autoridades de los diferentes Estados miembros en aspectos relativos al mercado interior.¹⁸

En cuanto a los aspectos de la Directiva 2013/55 que más afectan al sector sanitario destacamos la previsión del desarrollo profesional continuo, a través de la imposición de obligaciones a los Estados, la formación especializada y la seguridad del paciente y la salud pública garantizadas a través de la evaluación de los conocimientos lingüísticos.

En la primera fase de aplicación de la Directiva, la aplicación de la denominada tarjeta profesional europea se ha previsto para el colectivo de los enfermeros responsables de cuidados generales, fisioterapeutas, farmacéuticos, guías de montaña y agentes inmobiliarios, donde cómo podemos comprobar prevalecen las profesiones relacionadas con el ámbito sanitario.

Pero ahora llegan los problemas. Ni España ni Reino Unido, salvo error u omisión por nuestra parte ha traspuesto la Directiva de 2013 al ordenamiento interno.¹⁹

cualificaciones y empleos: una contribución europea hacia el pleno empleo”, 23 de noviembre de 2010, COM (2010) 682 final.

¹⁷ Por ejemplo, se determinan el número mínimo de años de formación básica de un médico, la modificación de los requisitos de admisión a la formación de matrona, o el reconocimiento automático de las especialidades médicas y odontológicas cuando estas sean comunes a dos quintos de los Estados miembros.

¹⁸ Para más información sobre el IMI puede consultarse la página web: http://ec.europa.eu/internal_market/imi-net/index_es.htm

¹⁹ No son los únicos países que no la han traspuesto, según los últimos procedimientos sobre infracciones publicados por la Comisión Europea, abiertos y sobre los que, se ha emitido un dictamen complementario, basado en el art. 258 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, a fecha 27.04.2017, también se encuentran entre los incumplidores los siguientes países: Austria, Bélgica, Francia, Grecia, Malta, Portugal y Rumanía. Consultado en [http://ec.europa.eu/atwork/applying-eu-law/infringements-proceedings/infringement_decisions/index.cfm?lang_code=ES&r_dossier=&noncom=0&decision_d\(7.\)](http://ec.europa.eu/atwork/applying-eu-law/infringements-proceedings/infringement_decisions/index.cfm?lang_code=ES&r_dossier=&noncom=0&decision_d(7.))

Por lo que respecta a España, en el mes de septiembre la Comisión le remitió Dictamen, solicitando los motivos por los cuales no se había procedido a la trasposición normativa; el 27.04.2017 se encuentra abierta la infracción española (Infracción número 20160186, ante la falta de comunicación del Gobierno español) y emitido un nuevo Dictamen de la Comisión, con motivación complementaria conforme al art. 258 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea; según este artículo, se autoriza a la Comisión, a recurrir al Tribunal de Justicia de la Unión Europea, ante la observación de un incumplimiento por parte de uno de los Estados miembros, cuando haya transcurrido el plazo predeterminado por la Comisión para que, ante un primer aviso, el Estado infractor informe a la Comisión de la situación que le ha llevado a incumplir. Exactamente, como avanzábamos ese es el caso español, pese a que el Proyecto de trasposición de la Directiva ha sido elaborado.

La situación actual en la que nos encontramos es ciertamente problemática.

En primer lugar, el Consejo Económico y Social (en adelante, CES), en su Dictamen 2/2016 sobre el asunto, emitido el 19.10.2016²⁰ realiza varias consideraciones de interés. Por una parte, no encuentra razones justificativas para que el Gobierno esté llevando a cabo la trasposición de la Directiva fuera de plazo marcado por la Unión –18 de enero 2016–, al igual que lamenta que no se haya realizado una consulta previa a los interlocutores económicos y sociales. Por otra parte y, en cuanto al contenido de la trasposición, pese a que considera que hubiese sido necesario introducir precisiones o aclaraciones terminológicas de la futura norma “en aras de una mejor comprensión y certeza de la futura norma”, valora positivamente el Proyecto de Real Decreto sometido a dictamen, por lo que considera correcta, en términos generales, la trasposición de la Directiva, aunque critica que según el Gobierno español no haya ningún impacto de género por la trasposición²¹, cuando estamos ante un sector fuertemente feminizado y con una alta tasa de desempleo en España como se analizará posteriormente. Pues bien, han transcurrido 5 meses desde la publicación del Dictamen del CES y todavía no se avista la trasposición, lo que ya ha generado en nuestro país al menos un procedimiento judicial con sentencia desestimatoria²² de dudosa razonabilidad según nuestro punto de vista atendiendo a la aplicabilidad directa del Derecho internacional ante el incumplimiento del Estado en ello.

ate_from=01 %2F09 %2F2016&decision_date_to=29 %2F05 %2F2017&active_only=1&DG=GROW&title=&submit=Buscar.

²⁰ El título completo del Dictamen 2/2016 del CES es: “Dictamen sobre el Proyecto de Real Decreto por el que se modifica el Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado, para la incorporación de la Directiva 2013/55/UE, de 20 de noviembre de 2013”, y puede consultarse en <http://www.ces.es/documents/10180/4128597/Dic022016.pdf>.

²¹ Se refiere el CES a la información publicada por el Gobierno en la “Memoria de Análisis del impacto normativo” emitida por la Secretaría de Estado de Educación, Formación Profesional y Universidades, del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, el 27 de enero de 2017, <https://goo.gl/DW3cRr>

²² STS, contencioso administrativo, recurso número 2360/2014, Ponente: Rafael toledano Cantero, de 12 de mayo de 2016 en el que se desestima la pretensión de una médico especialista de no reconocimiento de su título profesional, basándose en la directiva de 2005 y no en las modificaciones introducidas por la Directiva de 2013, al no haber entrado todavía en vigor.

En segundo lugar, el Proyecto de Real Decreto español fue sometido a información pública del 16.01.2016 al 11.02.2016, generando no pocas opiniones contrarias a su redacción por diferentes de los colectivos/sectores y subsectores afectados.²³

Por lo que respecta a Reino Unido la Comisión abrió infracción por incumplimiento de la trasposición de la Directiva 2013, (Infracción número 2160243), pero según la actualización de los procedimientos de infracción a fecha 27 de abril de 2017, ha sido cerrada la misma; esta situación nos deja claro que Reino Unido no va a trasponer la Directiva porque está negociando la salida de la UE, pero lo que nos desagrada de manera absoluta es que no haya procedido en el plazo previsto por la Directiva a la trasposición, lo que evidencia desde nuestro punto de vista que Reino Unido siempre ha marcado la diferencia pese a estar dentro de la UE y que la convalidación de títulos y reconocimiento de los profesionales del resto de los países europeos pende del hilo de una negociación, donde no importan los derechos de los ciudadanos.

3. RADIOGRAFÍA DEL SISTEMA SANITARIO BRITÁNICO. SU DEPENDENCIA DE LOS PROFESIONALES EUROPEOS.

El NHS tiene en la actualidad una fuerte dependencia de los profesionales sanitarios formados en otros países de la actual Unión Europea, tanto como profesionales como formadores de profesionales en centros educativos, lo que evidencia el fuerte impacto que sobre este mismo pueden tener las negociaciones para el Brexit.

Si bien es cierto que no podemos avanzar a ciencia cierta desde cuando existe esta dependencia, basta con remontarse al año 2014 para comprobar cómo puede ser afectada la estabilidad del sistema y cómo puede, por ende, afectar a los miles de trabajadores procedentes de la Unión Europea desplazados como trabajadores en este país.

Si nos centramos en la profesión médica, según el Consejo General Médico británico (General Medical Council, en adelante GMC)²⁴, tanto en el año 2014 como en el 2015, más de 45.000 médicos que trabajan en el NHS (casi el 30 % de la fuerza laboral médica) recibieron su calificación médica primaria (PMQ) de un país fuera del Reino Unido. Pero además, el 15 % de todo el personal académico del Reino Unido proviene de otras naciones de la UE²⁵, y ejercen, la mayoría, su práctica profesional en la salud pública.

Asimismo, según otras fuentes²⁶, actualmente, de los 800.000 profesionales de la enfermería que trabajan en Reino Unido, unos 38.000 son de otros países europeos, de los cuales, casi 8.500 son españoles: hecho que, indirectamente, es conocido por la

²³ Destacan en el ámbito sanitario las opiniones que se pueden leer en *Revista Enfermería Facultativa*, Año XX, nº 241, 1-15 noviembre 2016, págs. 8-9.

²⁴ GENERAL MEDICAL COUNCIL, "The state of medical education and practice in the UK", 2016, [http://www.gmc-](http://www.gmc-uk.org/static/documents/content/SOME2016_Full_Report_Lo_Res.pdf)

[uk.org/static/documents/content/SOME2016_Full_Report_Lo_Res.pdf](http://www.gmc-uk.org/static/documents/content/SOME2016_Full_Report_Lo_Res.pdf) 68139324.pdf
²⁵ THE ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES, "Research & innovation after the EU referendum", 19 July 2016, <https://acmedsci.ac.uk/file-download/41540-578dac9e483e5.pdf>

²⁶ CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA, *Revista Enfermería Facultativa*, Año XX, nº 241, 1-15 noviembre 2016, págs. 8-9, <https://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/revista-colegial/send/29-revista-enfermeria-facultativa/600-enfermeria-facultativa-numero-241>

población española, la dificultad del país de autoabastecerse en materia de enfermería. Pero también las cifras de médicos españoles en Reino Unido son importantes, pues se encuentran entre los 2500-3000 profesionales.

En este sentido, son interesantes las propuestas que se están llevando a cabo desde Reino Unido, para avanzar ante el posible colapso que su sistema nacional de salud puede tener, ante la separación de la Unión Europea; así, entre ellas destaca la ampliación de la oferta de formación o capacitación en medicina dentro del Reino Unido y para los nacionales o residentes permanentes del país, para disminuir la dependencia de médicos capacitados de ultramar. Respecto a esta propuesta que se maneja desde la Secretaría de Estado, no son pocas las voces que se han alzado; por una parte, la BMA²⁷ se pronunciaba recientemente sobre la ineficacia que a corto y medio plazo tendría la medida propuesta, dado el tiempo necesario para formar a un médico especialista, lo que exigirá al NHS seguir dependiente de médicos formados en otros países, si se quiere garantizar una asistencia de calidad y cubrir los puestos vacantes existentes. Por otra parte, según declaraciones del Gobierno de Irlanda²⁸, el Gobierno británico pretende incrementar el número de estudiantes de medicina y enfermería en un 25 %, lo cual es inviable, porque no hay profesores, ni aulas, ni hospitales donde hacerlo; en este último sentido, es interesante destacar cómo el número de graduados sanitarios de Irlanda que trabajan en el sector en el Reino Unido alcanzan el 8.8 %, percibiéndose tras estas declaraciones la preocupación del Gobierno irlandés ante una separación del Reino Unido.

El Registro de Médicos Especialistas del Reino Unido²⁹ tiene una proporción particularmente alta de licenciados/graduados europeos, hablamos de un 14.6 %; si desglosamos esta cifra, encontramos que el número es más alto en oftalmología –un 24 %– y en cirugía –20 %–.³⁰

Por otra parte, los trabajadores migrantes representan una gran proporción de la fuerza laboral de atención social de adultos, una profesión sanitaria significativa en una sociedad con un alto envejecimiento de la población y una esperanza de vida cada vez más alta; uno de cada cinco empleados en esta profesión son originarios de un país fuera de Reino Unido³¹, dato que se completa con la asistencia social en general, donde los no

²⁷ BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, "Memorandum of evidence from the British Medical Association to the Lords Select Committee on Economic Affairs inquiry on Brexit and the Labour Market", <https://goo.gl/PCIQ58>

²⁸ Declaraciones de David Hubert obtenidas de CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA, Revista Enfermería Facultativa, Año XX, n° 234, págs. 20-21, <https://www.ocez.net/archivos/revista/403-revista-ef-234.pdf>.

²⁹ El Registro de Especialistas de GMC es un registro de médicos que trabajan tanto de manera permanente como por honorarios en el servicio de salud en el Reino Unido, y que puede consultarse en: http://www.gmc-uk.org/doctors/register/search_stats.asp.

³⁰ GENERAL MEDICAL COUNCIL, "Our data about doctors with a European primary medical qualification", 21.02.2017, http://www.gmc-uk.org/static/documents/content/2017.02.21_GMC_data_on_EEA_doctors_in_the_UK.pdf.

³¹ FRANKLIN, D. & URZI BRANCATTI, C., "Moved to care: the impact of migration on the adult social care workforce", Independent Age, 2015, <https://www.independentage.org/policy-research/research-reports/moved-to-care-impact-of-migration-on-adult-social-care-workforce>.

británicos ascienden a un 6 %, lo que según datos oficiales supone más de 70.000 puestos de trabajo.³²

3.1. LA MOVILIDAD DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN EUROPA

En el mes de julio de 2016 y con el referéndum del Brexit recién celebrado, según datos del Portal de Empleo europeo (en adelante, EURES), los profesionales sanitarios continuaban siendo un colectivo fuertemente demandado por algunos países europeos.

La oferta alcanzaba en la Unión Europea un total de 13.137 vacantes, lo que suponía según los datos oficiales un incremento del 3.2 % con respecto al mes anterior. Si desglosamos estos datos por profesiones, nos encontramos con que los médicos ocupaban la primera posición (7556 vacantes, 421 más que en el mes anterior), la segunda posición los enfermeros (4360 vacantes, con una significativa reducción³³), y, con una importante diferencia en tercer lugar, los profesionales de farmacia (1201 vacantes, 44 más que en junio del mismo 2016).

Si nos centramos en los diferentes países, en este mismo mes de julio de 2016, Alemania ocupaba la primera posición, solicitando 4857 plazas de profesionales sanitarios, mientras que la República Checa ocupaba el segundo lugar con 616 vacantes y Suecia el tercer puesto, con 608 plazas.

Por su parte, Reino Unido, ha tenido siempre una demanda constante de profesionales sanitarios, entre las diez primeras posiciones, lo que en julio de 2016, alcanzaba a un total de 581 sanitarios demandados; 138 vacantes en la rama de medicina, 394 correspondientes a enfermería (44 puestos más que en el mes de junio de 2016), y un total de 49 profesionales en farmacia.³⁴ Todo ello nos conducía a la siguiente pregunta ¿estaba afectando ya el Brexit a la movilidad y a la ocupación del sector sanitario en Europa? Aparentemente no, dando a entender que todo seguía igual, que quizá nadie creía todavía que el Brexit fuera una realidad –habían ganado pero no se lo esperaban– y que el NHS estaba garantizando su sostenibilidad mientras durara el proceso de desconexión con la Unión Europea y “por si acaso” no podían solicitarse profesionales sanitarios de Europa en un futuro.

Casi un año después, en abril de 2017, retomamos las cifras, para realizar el análisis comparativo, recurriendo ahora al Portal EURES, a los datos ofrecidos por el NHS y la BMA.

Según datos actualizados de EURES en el mes de abril de 2017 las ofertas de trabajo en el sector sanitario, han variado con respecto al año anterior. Alemania ofrece 3215 vacantes en el sector, ofreciendo 2662 puestos de trabajo para médicos, 611 plazas para profesionales de la enfermería y solo 217 para farmacia, lo que supone una disminución importante con respecto al mes de marzo, en el que se demandaban de esta profesión 600 trabajadores. Suecia ofrecía 2979 plazas en este sector, 393 para médicos, frente a

³² DAVISON, S. and POLZIN, G., “Skills for Care: Nationality of the adult social care workforce”, 2016. <https://www.nmds-sc-online.org.uk/Get.aspx?id=980099>.

³³ En este sentido, por países, la reducción se justifica porque Suecia solicitaba 20 profesionales menos de enfermería, haciendo un total de 2528 plazas ofertadas, y Finlandia, había disminuido su necesidad en 51 plazas, ofertando 236 puestos de enfermería.

³⁴ Es cierto que la cifra de profesionales demandados en Farmacia no es significativa si la comparamos con los 643 puestos ofrecidos por Alemania o los 208 por Francia.

2615 en el ámbito de la enfermería (en el mes anterior, las plazas ascendían a 3513). Noruega por su parte ofertaba 212 plazas para médicos. Finlandia ofertaba 500 plazas en el sector sanitario, 392 en enfermería (frente a las 477 del mes anterior).

Por su parte, Reino Unido ofertaba menos plazas en el ámbito de la enfermería, 281 empleos, pero 221 oportunidades laborales para médicos. A pesar de la variación de los datos, sigue estando entre los diez países europeos que más empleos ofertan en el sector sanitario a profesionales de otros países.

Sin embargo el dato no es del todo revelador de los cambios que casi un año después del referéndum se han observado en el sistema de salud británico; si bien es cierto, que no ha disminuido considerablemente la oferta, sí lo ha hecho el número de profesionales europeos del sistema nacional británico. Según datos del propio Servicio digital del NHS, publicados por el diario *The Guardian*³⁵, entre julio y septiembre de 2016, un total de 2.348 médicos de los restantes 27 Estados de la Unión abandonaron sus profesiones como sanitarios en GB. Al comparar este dato con el equivalente al año anterior (1281 médicos), nos encontramos con un incremento significativo. Esto supone para el propio NHS un número récord de médicos y enfermeras comunitarios que dejaron su puesto de trabajo ante “la incertidumbre generada por el Brexit”.

Si en el año 2016 según esta estadística, dejaron sus empleos en el servicio de sanidad pública en este país un total de 17.197 trabajadores, entre ellos médicos y enfermeras, en el año 2015 la cifra se situaba en los 13.321 profesionales, y en el año 2014, los profesionales del sector que abandonaron sus puestos de trabajo ascendían a 11.222 personas.

Estos datos nos revelan que en el sector sanitario británico hay una importante movilidad/rotación de trabajadores³⁶, debido quizá a la estacionalidad de sus contrataciones laborales; pero, aunque este dato sea cierto, el incremento de más de 1.000 personas de otros países europeos que han dejado sus puestos de trabajo, no encuentra otra justificación más clara y directa que la futura salida de la UE de Gran Bretaña, lo que es preocupante desde varios puntos de vista. Por una parte, con respecto a la estabilidad de un sistema sanitario que garantiza el derecho a la salud –un derecho universal– pero, por otra parte, con respecto a los profesionales del sector, fundamentalmente a los trabajadores europeos allí desplazados.³⁷

Ante esta situación, y fundamentalmente a partir de la activación del art. 50 del Tratado de Funcionamiento de la UE el pasado 29 de marzo de 2017, la BMA³⁸ ha solicitado al Gobierno de Reino Unido la concesión de la residencia permanente a los

³⁵ THE GUARDIAN <https://www.theguardian.com/politics/2017/mar/30/record-number-european-staff-quit-nhs-brexit-eu>. Datos anteriores se pueden obtener de NHS Digital – NHS VacancyStatisticsEngland Feb 2015 – Sept 2016 Provisional Experimental Statistics, <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB21783/nhs-staf-sep-2015-mar-2016-rep.pdf>

³⁶ La tasa de rotación global del sector médico es alta, pues se establece que en torno a 300.000 trabajadores al año abandonan su puesto de trabajo, un 25.4 %, según MCKENNA, H., “Fivebigissuesforhealth and social careaftertheBrexit vote”, The Kings Fund, 30.06.2016, <https://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/brexit-and-nhs>.

³⁷ VV.AA., “Nursing student plans for the future after graduation: a multicentre study”, *International Nursing Review* vol. 64, issue 1, march 2017, págs. 104-105, analiza el impacto para los graduados en otros países europeos, especialmente en Italia.

³⁸ BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, The Brexit: What it means for the medical profession? <https://www.bma.org.uk/collective-voice/influence/europe/brexit>

médicos europeos que trabajan en el NHS, para controlar el impacto que el Brexit ya está teniendo en este sector y, evidentemente, para garantizar el futuro de su sistema nacional de salud, tan dependiente de los profesionales europeos como hemos analizado previamente.

3.2. LA EVOLUCIÓN DEL DESEMPLEO EN EL SECTOR SANITARIO EN ESPAÑA

Según datos del Ministerio de Educación español, por una parte, 832 personas han solicitado plazas en Gran Bretaña, frente a las 542 solicitadas para Francia o 215 para Irlanda y 197 para Alemania; por otra parte, el 51 % de los certificados expedidos por las autoridades españolas para el reconocimiento de cualificaciones profesionales se ha realizado en el ámbito hospitalario, y un 185 en atención primaria. Y, como último dato a destacar, las edades de las personas solicitantes en España oscila entre 35-50 años mayormente, un 40.5 %, seguidos de los menores de 35 años, que alcanzan un 38 % de los solicitantes totales.

Junto con los datos del Ministerio, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos ha expedido en los últimos 6 años más de 5.000 certificados de idoneidad a médicos para trabajar en el Reino Unido, el país de destino preferido por los médicos españoles, en el año 2011, se expidieron 1.207 certificados, en el año 2012, 1.077 certificados, 1.130 en 2013, 852 en 2015 y 773 certificados en 2016. Pese a que las peticiones obedezcan a diversos factores, consideramos que uno de los factores significativos de esta situación ha sido y es la evolución del desempleo en el sector sanitario en España.

Conforme a la Encuesta de Población Activa del Instituto Nacional de Estadística de enero de 2016, los profesionales sanitarios son el quinto área de conocimiento con respecto a la tasa de desempleo de los restantes titulados universitarios, en concreto hablamos del 10.93 % sobre el total de desempleo en todas las actividades.

Sin embargo, en marzo de 2017 encontramos datos menos esperanzadores para el sector, según la "Información mensual del mercado de trabajo de titulados universitarios".

En primer lugar, la enfermería fue en este mes la profesión sanitaria con una tasa más alta de desempleo, un total de 10.179 personas acumuladas, lo que según los datos del SEPE³⁹, nos ofrece un total de 12.167 demandantes de empleo, de los cuales 6.700 son personas desempleadas, con un gran desequilibrio entre géneros, pues alcanzamos un total de 5866 mujeres frente a 834 hombres.⁴⁰ Otro dato interesante al respecto lo encontramos referido a las franjas de edad, esto es, la franja de edad más afectada por el desempleo en la enfermería es la comprendida entre 18-24 años -1521 personas-

³⁹ Observatorio de las Ocupaciones del Servicio Público de Empleo Estatal, "Información mensual del mercado de trabajo de titulados universitarios, marzo 2017. http://www.sepe.es/contenidos/observatorio/titulaciones/2017_03/titulados/ciencias_de_la_salud/ESTUDIO_TITULADOS_FI_4.pdf

⁴⁰ Por otra parte, el Informe del Mercado Laboral diferencia entre diplomados y graduados universitarios, dando un resultado más favorable a los primeros -57 personas menos-, un 0.84 % menos con respecto al mes anterior y una caída interanual del 10.71 %.

considerando el Informe mensual que los “enfermeros jóvenes”⁴¹ son los más afectados con una cifra de 3479 personas.

En segundo lugar, la profesión de medicina también ha registrado datos muy negativos, diferenciándose entre licenciados y graduados según el Informe. Con respecto a los primeros, los datos muestran una ligera subida con respecto al mes de febrero de 2017, hablamos de un total de 1514 desempleados, un 0.3 % más de tasa de actividad, una caída interanual del 5.90 %; pero la franja de edad en este tipo de profesionales sí es del todo desalentadora y peligrosa, pues estamos hablando de profesionales con edades de más de 44 años, reflejando cómo este sector tampoco es inmune al efecto expulsión de nuestro mal llamado mercado de trabajo. Por lo que se refiere a los segundos, esto es, a los graduados en Medicina, los resultados en conjunto son peores, pues el incremento de las personas desocupadas se cierra en marzo de 2017 en un 39.3 % más que en el mes anterior, una subida interanual del 200 %.

En tercer lugar, en la profesión de Farmacia se observa un comportamiento/evolución desigual en la tasa de desempleo de licenciados y graduados. En marzo de 2017 alcanzan 2681 personas y, aunque son 9 personas menos que las registradas en el mes anterior estamos ante una caída de solo el 0.33 %, pero que supone un 8 % anual. Es preocupante, igual que en el caso de la medicina, que la franja de edad donde más personas desempleadas se encuentran sea la de mayores de 44 años.

4. Conclusiones: breves pero intensas

Aunque hemos ido desgranando la mayor parte de las conclusiones a lo largo del presente trabajo, y por cuestión de cumplimiento del espacio no es posible mayor desarrollo, destaco algunas ideas. La primera es que a pesar de que haya transcurrido más de un año desde la aprobación de la desvinculación de Reino Unido, la incertidumbre es la palabra que más se escucha tanto en el ámbito político como el social. No sabemos nada de cómo se van a llevar a cabo los aspectos que hemos tratado en este estudio, lo cual desde el punto de vista interno me preocupa sobremedida por la fuerte conexión entre España y Reino Unido, básicamente por los trabajadores del sector sanitario que ante una situación precaria de nuestro mercado de trabajo han buscado allí sus oportunidades laborales. Ante este panorama no es de extrañar que desde la crisis haya un incremento del número de españoles en el extranjero de un 56 %; antes sumaban 1,4 millones y ahora son 2,3 millones, como revela el Padrón de Españoles Residentes en el Extranjero (Pere), sin que podamos cuantificar exactamente cuántos pertenecen al sector sanitario. No obstante, un dato revelador del sector ha sido puesto de relieve en el último informe de marzo de 2017, de la OCDE sobre las políticas de salud en España⁴²; al margen de otras consideraciones que no tienen impacto en nuestro estudio, el organismo internacional muestra una preocupación importante por el reducido número de profesionales del ámbito sanitario per cápita que posee España, fundamentalmente en la enfermería. Llama la atención a España por ser el sexto país del mundo con menos enfermeras ‘per capita’, un problema causado por el escaso de número de graduados por cada 100.000 habitantes (uno de los más bajos de la OCDE,

⁴¹ Es el propio texto el que utiliza la expresión “jóvenes”, sin concretar la edad; aunque entendemos que se trata de personas que han alcanzado los 18 años por cuestiones de requisitos para el acceso a los estudios de enfermería, al no topar el máximo de edad incluido en esta categorización nos movemos en una falta de seguridad jurídica.

⁴² OECD, “Health Policy in Spain”, march 2017, www.oecd.org/health.

solo por detrás de México, Luxemburgo y la República Checa) y la elevada migración de estos profesionales a otros países. Ante ello insta a incrementar el número de centros de formación, pero también a realizar políticas de retención del talento, entre las que se incluyen las oportunidades de desarrollo profesional y unas condiciones de trabajo y de salarios, más seguras y atractivas.