

PAPELES DE TRABAJO

11/2023

Evolución del empleo en la sanidad pública en la pandemia (2020-2022) (*)

JAVIER HERNÁNDEZ PASCUAL (**)

PILAR REY DEL CASTILLO

Instituto de Estudios Fiscales

(*) Agradecimientos. Los autores agradecen al Instituto Nacional de Estadística, en particular, a la Subdirección General de Difusión Estadística y a la Subdirección General de Estadísticas del Mercado Laboral su inestimable colaboración y sus valiosos comentarios al texto

(**) Declaración de Autoría: J.H.P ha llevado el diseño del estudio, el análisis de los resultados de la explotación y la redacción del informe final. P.R.C. ha realizado la programación en Python y R de la explotación de los datos trimestrales de la EPA, la desestacionalización de las series, el cálculo de los estimadores poblacionales, y el análisis de los informes.



ÍNDICE

Resumen- Abstract

1. INTRODUCCIÓN
2. PERSPECTIVA TEMPORAL DEL EMPLEO SANITARIO PÚBLICO DESDE 2008
3. EL IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA DEMANDA DE PERSONAL EN LA SANIDAD PÚBLICA
 - 3.1. Cambios en la estructura del empleo por ocupaciones
 - 3.2. Cambios en la distribución del empleo por actividades
 - 3.3. Cambios en la demanda de recursos humanos según modalidad de vinculación
4. VARIACIONES EN LA OFERTA DE TRABAJO
 - 4.1. Incidencia de la pandemia en el tiempo trabajado
 - 4.2. Trabajo a tiempo parcial y pluriempleo
 - 4.3. Jubilaciones
 - 4.4. Cambios relevantes en la demografía sanitaria
 - 4.5. Oferta de personal extranjero
5. EVOLUCIÓN EN LA COMPOSICIÓN PÚBLICO-PRIVADO DEL EMPLEO SANITARIO
6. CONCLUSIONES
- ANEXO 1. COMPARACIÓN EPA -REGISTRO DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL
- ANEXO 2. DEFINICIÓN DE PERÍODOS PANDÉMICOS
- ANEXO 3. CATEGORÍAS DE CONTRATACIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

Resumen

Los recursos humanos de la Sanidad pública se han incrementado significativamente en el trienio 2020-2022 de acuerdo con los datos de la Encuesta de Población Activa. La demanda de personal se concentró en los hospitales al principio de la pandemia y, a partir de 2021, en la Atención Primaria. El número de médicas y médicos a lo largo del período fue inferior al del inicio por el crecimiento de las jubilaciones. Las horas no trabajadas se han incrementado en el período, así como la propensión al cese en la actividad. La evolución demográfica de las/os profesionales de la medicina y la enfermería de la sanidad pública permite anticipar altas tasas de rotación para los próximos cuatro años en estos colectivos.

Palabras clave: Recursos humanos sanitarios; Encuesta de Población Activa.

Códigos JEL: H75; J24; J45; I18.

Abstract

Human resources in public health care have increased significantly in the three-year period 2020-2022 according to data from the Labor Force Survey. The demand for staff was concentrated in hospitals at the beginning of the pandemic and, from 2021 onwards, in Primary Care. The number of physicians throughout the period was lower than at the beginning due to the increase in retirements. The number of hours not worked increased over the period, as did the propensity to retire. The changing demographics of physicians and nurses indicate high turnover rates for the next four years.

Key words: Human Resources for Health; Labour force survey.

JEL classification numbers: H75; J24; J45; I18

1. INTRODUCCIÓN

En la salida de la crisis sanitaria, los recursos humanos aparecen como uno de los puntos más vulnerables para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), lo que justifica multiplicar los estudios de la fuerza laboral del sector y realizar un seguimiento del mercado laboral sanitario con el propósito de contribuir a la planificación y regulación de los recursos humanos de la sanidad. En un informe previo se analizó la evolución de los recursos humanos de la sanidad pública en el período 2002 al 2019 (Hernández *et al.*, 2022(b)). Se trata ahora de analizar el impacto que ha tenido la pandemia en la fuerza laboral del SNS en el trienio 2020-2022.

La política de recursos humanos del SNS es un ámbito de decisión compartido por los niveles estatal y autonómico. La Administración del Estado ejerce las competencias de coordinación y cohesión que afectan a la ordenación de las profesiones sanitarias, a la planificación del gasto público y a la financiación de las Comunidades Autónomas (CC. AA). Por su parte, las administraciones de las CC.AA. ejercen la gestión de los servicios de salud, donde la planificación y gestión de los recursos humanos es una función crítica. Cada nivel de actuación requiere información relevante, fiable y oportuna. Por tanto, una visión cuantitativa de conjunto de los recursos humanos del SNS resulta imprescindible para el seguimiento del mercado laboral sanitario.

El presente estudio describe la evolución de los recursos humanos de la sanidad pública entre 2020 y 2022 en base a los datos trimestrales de la Encuesta de Población Activa (EPA). Esta fuente proporciona información oportuna y relevante sobre un amplio conjunto de variables del mercado laboral que facilita su seguimiento y análisis. La EPA complementa a las estadísticas especializadas que elabora el Ministerio de Sanidad con periodicidad anual, así como a la información más detallada y precisa que elaboran las CC.AA. a partir de sus registros administrativos¹. La estimación del empleo sanitario público con los datos de la EPA es una buena aproximación al dato real del registro de Afiliación a la Seguridad Social² (Anexo 1).

El ámbito temporal del estudio coincide con el de la pandemia de COVID-19. La crisis sanitaria se divide en períodos pandémicos establecidos por la autoridad sanitaria en base a criterios epidemiológicos (Anexo 2). Uno de los factores característicos de estos períodos es su diferente impacto sobre el sistema sanitario público. De ahí que el análisis de datos trimestrales de la EPA permite examinar la repercusión de las olas pandémicas en el empleo de los recursos. Teniendo en cuenta la estacionalidad del empleo sanitario se han utilizado las series trimestrales desestacionalizadas³. Por otra parte, también se emplean las medias trimestrales anuales para describir las tendencias de mayor duración.

¹ Para un análisis de las fuentes de información de los recursos humanos en el SNS, su coherencia y comparabilidad ver HERNÁNDEZ J y CABEZÓN E (2022 (b)), Anexo metodológico.

² La diferencia media para las últimas 17 observaciones es del 2,2 % (Rango 0-5,7). Las diferencias pueden ser positivas o negativas y tienden a ser mayores en el 4T. (Ver Anexo 1).

³ El ajuste estacional de las series trimestrales se ha realizado utilizando el software Demetra+, desarrollado y publicado por Eurostat - European Commission. En particular, el método de ajuste utilizado es el X12-ARIMA, introducido y publicado originalmente por el U. S. Census Bureau. En cada gráfico se indicará expresamente cuando son series desestacionalizadas y, en otro caso, no se indicará nada.

En el estudio se sigue el enfoque económico de mercado de trabajo, (Maynard *et al.*, 1993), (Bloor *et al.*, 2003), (Lee *et al.*, 2019). Los datos de ocupación que ofrece la EPA representan en cada momento la intersección de la oferta y la demanda de trabajo. Por ello, la descripción de la fuerza de trabajo sanitaria se aborda desde esta doble perspectiva. Por otra parte, se examina el empleo sanitario en el que el demandante de trabajo es una institución pública, es decir, se analizan los recursos humanos en la producción pública de servicios sanitarios. No obstante, también se han observado algunas variables del empleo sanitario privado que pueden ayudar a entender la dinámica público-privado en el mercado laboral sanitario

El estudio se organiza como sigue. En el apartado 2 se resume la evolución del empleo desde 2008, lo que permite observar el comportamiento del empleo público en las dos últimas crisis. La demanda de fuerza de trabajo en la sanidad pública se analiza en el apartado 3, describiendo los cambios en la estructura de la plantilla por ocupaciones y actividades, así como en las modalidades de contratación. En el apartado 4 se aborda la oferta de empleo en su doble vertiente de cantidad ofrecida por trabajador y decisión de participar en la fuerza de trabajo; también se describen algunos cambios en la composición del colectivo que potencialmente pueden incidir en la oferta de trabajo. En el apartado 5 se presenta la evolución del empleo en la sanidad privada durante el período. Cierra el estudio un apartado de conclusiones.

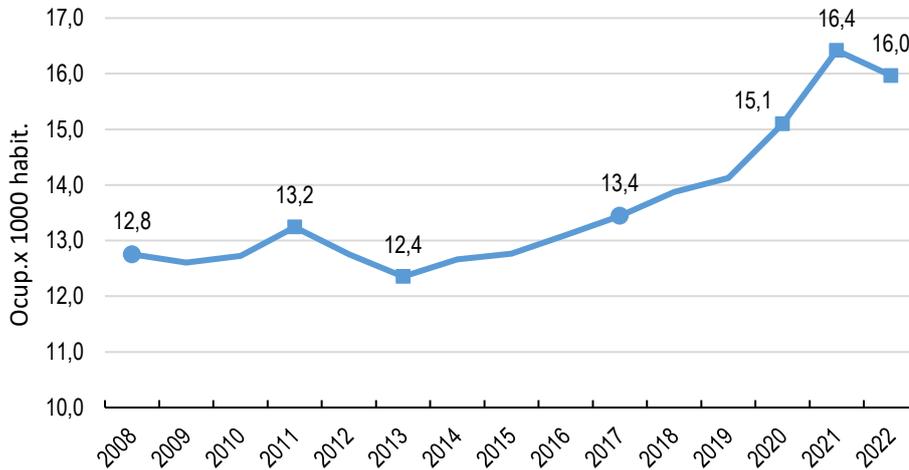
2. PERSPECTIVA TEMPORAL DEL EMPLEO SANITARIO PÚBLICO DESDE 2008

El rápido crecimiento del empleo sanitario durante la pandemia de COVID-19 se enmarca en la tendencia de crecimiento de los últimos años, solo interrumpida en la crisis financiera. Tras el retroceso durante el período de consolidación del gasto público, el empleo sanitario público alcanzó un nuevo máximo. Durante la pandemia la evolución del empleo se intensifica en los primeros períodos pandémicos para estabilizarse después e iniciar un ligero descenso a partir de la sexta ola.

El SNS se caracteriza por la provisión mayoritariamente pública de los servicios sanitarios: en 2021, el 69,5 % del gasto en prestaciones se realizó en instituciones sanitarias de titularidad pública; para estas instituciones el gasto en retribuciones supone el 61,8% de su presupuesto. En definitiva, el gasto en retribuciones representa el 43% del gasto sanitario público total. Por tanto, el empleo sanitario y el correspondiente gasto en retribuciones son sensibles al ciclo macro-económico.

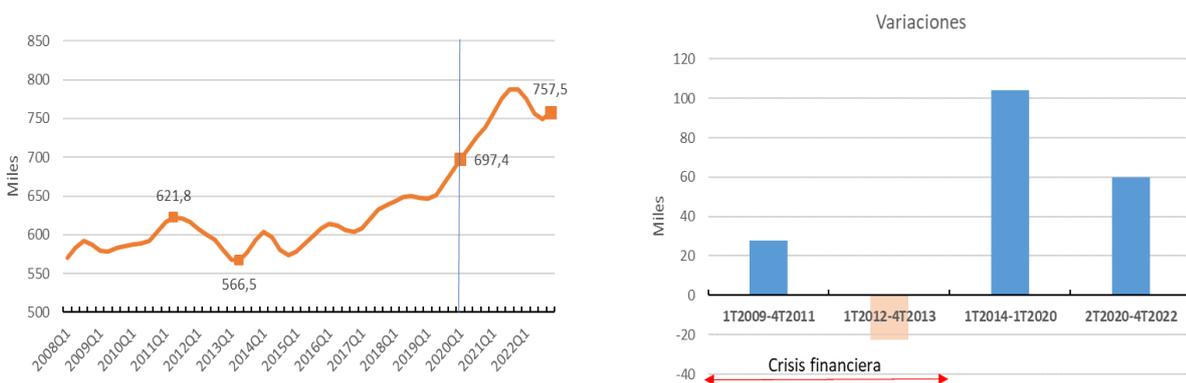
El empleo sanitario público en el momento de declararse la pandemia se encontraba en el nivel más alto de los últimos 15 años, con una ratio de 15,1 ocupados por mil habitantes (Gráfico 1), superando el máximo anterior alcanzado en 2011, de 13,2 ocup. x 1.000 habit. previo a los ajustes del programa de consolidación del gasto de 2012-2013.

Gráfico 1
OCUPADOS POR 1.000 HAB. EN LA SANIDAD PÚBLICA (2008-2022)
(Medias anuales)



Durante la crisis financiera de 2008 se implantaron medidas de contención del gasto en retribuciones; entre otras, incrementos en el tiempo de trabajo y la congelación de las tasas de reposición, que supusieron una reducción en el número de efectivos de la Sanidad Pública (Hernández et al.,2016); el nivel máximo anterior a la crisis no se lograría hasta 2017 (Gráfico 2).

Gráfico 2
OCUPADOS EN LA SANIDAD PÚBLICA (2008-2022) ⁴
(Datos trimestrales desestacionalizados)

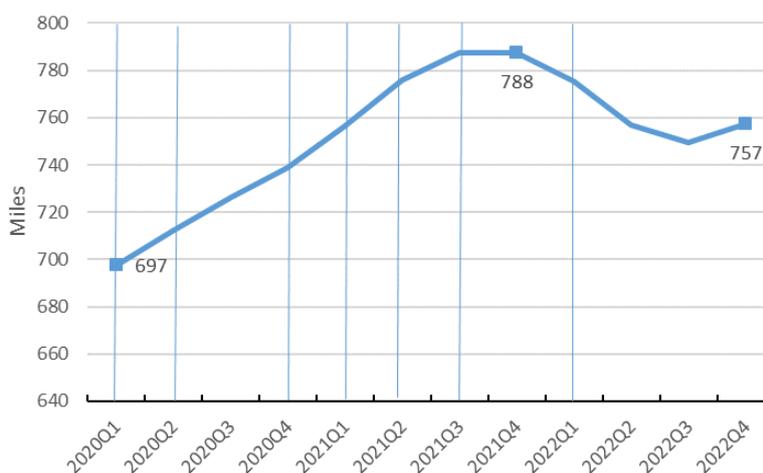


El ritmo de crecimiento del número de ocupados sigue la evolución de la pandemia. Al final de la quinta ola, en 2021, se alcanzó el máximo incremento del 12,9% (Gráfico 3). A partir de 2022, debido a la menor presión asistencial de las nuevas variantes del virus y a la conclusión de las campañas de vacunación, se observa una inversión de la tendencia que, no obstante, repuntó

⁴ Las barras verticales en los gráficos indican los períodos epidémicos conforme a la definición de Centro Nacional de Epidemiología (Anexo 1).

ligeramente en el cuarto trimestre de 2022. En resumen, a lo largo del período los ocupados aumentaron en más de 60 mil personas con un incremento del 8,6%⁵.

Gráfico 3
OCUPADOS EN LA SANIDAD PÚBLICA DURANTE LA PANDEMIA (2020-2022)
(Datos trimestrales desestacionalizados)



3. EL IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA DEMANDA DE PERSONAL EN LA SANIDAD PÚBLICA

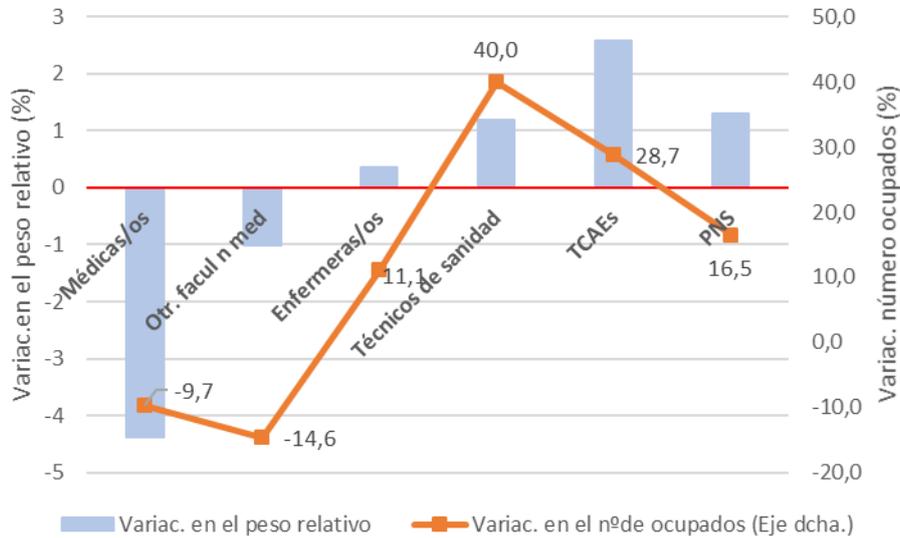
La evolución en el empleo sanitario público ha sido desigual en las distintas ocupaciones y actividades sanitarias. Como consecuencia, se han producido cambios en la estructura relativa de la fuerza laboral. La composición por actividades de los ocupados en la sanidad pública no ha tenido cambios significativos, si bien sí se produjeron cambios a lo largo de sucesivas olas. El peso del personal temporal se incrementó durante la pandemia, a pesar del esfuerzo realizado por los Servicios de Salud para la consolidación del empleo no fijo.

3.1. Cambios en la estructura del empleo por ocupaciones

La estructura por ocupaciones en la sanidad pública ha variado significativamente entre 2020 y 2022 debido a las diferencias en las tasas de crecimiento en los distintos grupos profesionales (Gráfico 4). Las médicas/os y el resto de personal facultativo no médico pierden peso, debido a crecimientos negativos del -9,7% y -14,6%, respectivamente. El resto de categorías aumentan su representación en el conjunto, aunque también de forma desigual; las enfermeras/os mantienen su peso en la estructura, con un crecimiento del 11,1%, mientras que los Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs) y el Personal No Sanitario (PNS) ganan peso con tasas de crecimiento del 28,7 y del 16,5% respectivamente.

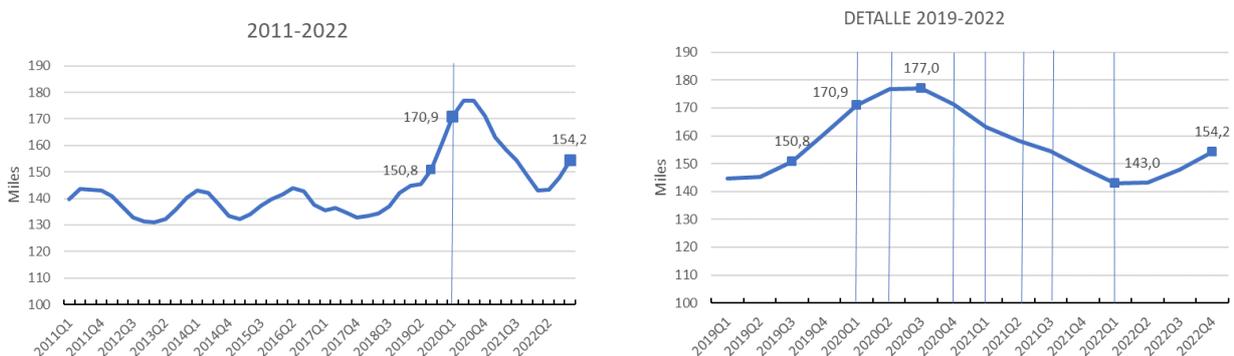
⁵ Los datos desestacionalizados de afiliación a la Seguridad Social de las instituciones sanitarias públicas para el mismo período representan un incremento del 10,9%, 75.520 personas. (Anexo 2)

Gráfico 4
EVOLUCIÓN DE LA ESTRUCTURA POR OCUPACIONES (1T2020 A 4T2022)



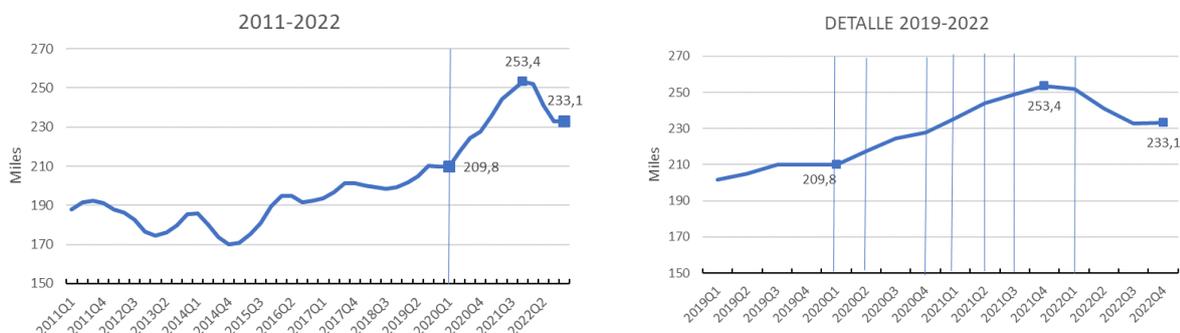
La sanidad pública, a partir de la segunda ola de la pandemia, ha contado con un número menor de profesionales de medicina de los que tenía al principio de la pandemia (Gráfico 5). El número total de médicas/os en la sanidad pública a finales de 2022 es inferior en un 9,7% al que había al comienzo de la pandemia situándose en el nivel de mediados de 2019. La tendencia creciente en la dotación de médicas/os anterior al 1T de 2020 se mantuvo hasta la segunda ola de la pandemia, en el tercer trimestre de 2020. En este momento se produce un descenso rápido que llegó a ser del -16,3 % en la sexta ola; la tendencia descendente se invirtió en el primer trimestre de 2022.

Gráfico 5
MÉDICAS/OS DE LA SANIDAD PÚBLICA (1T2011 A 4T2022)
(Datos trimestrales desestacionalizados)



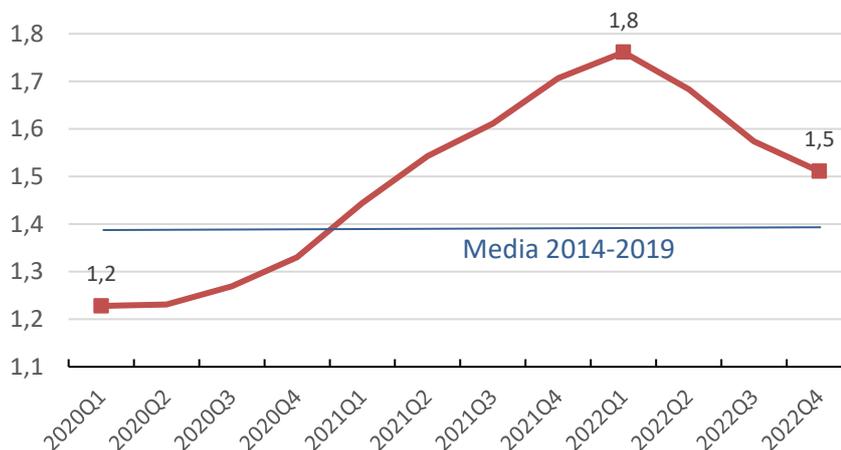
La evolución en el número de enfermeras/os presenta un perfil muy diferente (Gráfico 6). La dotación de enfermeras/os a finales de 2022 era un 11,1 % superior (23,2 miles) al que tenía en el inicio de la pandemia; el colectivo alcanzó un máximo en 2021, durante la sexta ola pandémica, coincidiendo con las campañas masivas de vacunación.

Gráfico 6
ENFERMERAS/OS DE LA SANIDAD PÚBLICA (1T2011 A 4T2022)
 (Datos trimestrales desestacionalizados)



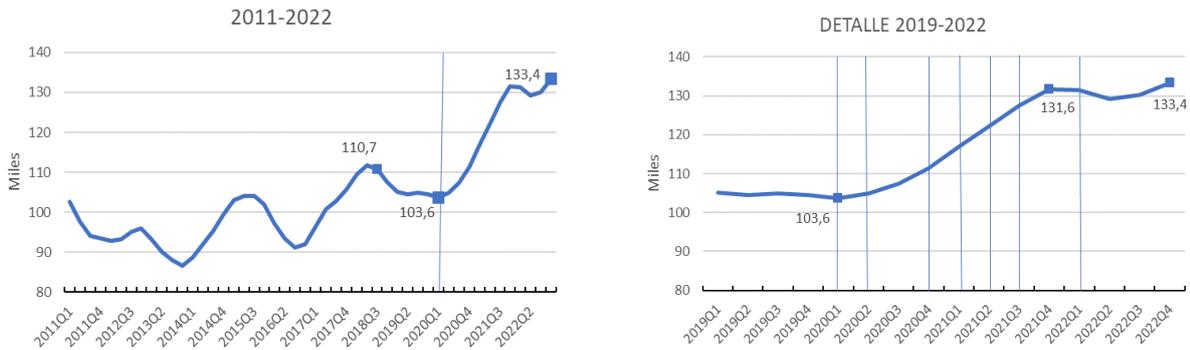
El decrecimiento en el número de médicas/os, combinado con el incremento en el número de enfermeras/os, han situado la *ratio profesional de enfermería/profesional de medicina* durante la pandemia por encima de la media del período 2008-2019 (1,4) (Gráfico 7). El papel de la enfermería en los programas de detección y control de contagios y vacunación explica en parte la evolución de este indicador durante la pandemia.

Gráfico 7
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA/PROFESIONAL DE MEDICINA (1T2020 A 4T2022)
 (Datos trimestrales desestacionalizados)



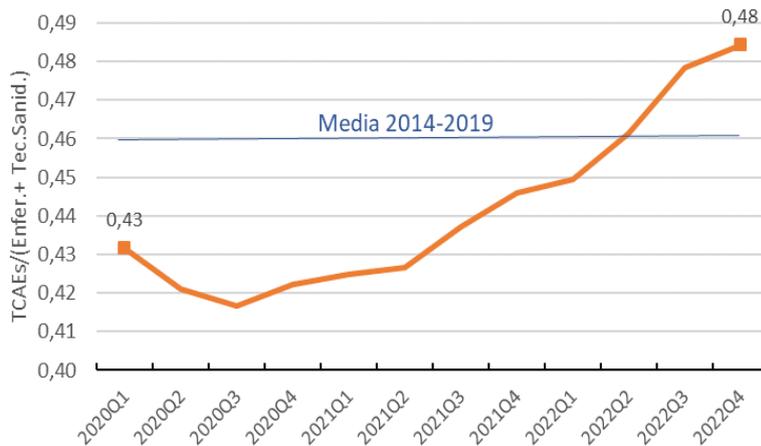
La plantilla de TCAEs muestra un importante crecimiento de casi 30 mil personas (28,7%) (Gráfico 8). Este grupo del personal sanitario ha incrementado su peso en el total en 2,6 %.

Gráfico 8
TÉCNICOS DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LA SANIDAD PÚBLICA (TCAE)
(1T2011 A 4T2022)
(Datos trimestrales desestacionalizados)



Las diferentes tasas de crecimiento de TCAEs, enfermeras/os y técnicos de sanidad han alterado la ratio TCAEs/ (enfermeras/os + técnicos de sanidad) de forma que al final del período había 5 TCAEs más por cada 100 enfermeras/os y técnicos de sanidad, y se sitúa ligeramente por encima de la media del período 2014-2019 (Gráfico 9).

Gráfico 9
RATIO TCAE/ (ENFERMERAS/OS+TÉCNICOS SANIDAD) (1T2020 A 4T2022)
(Datos trimestrales desestacionalizados)



El PNS crece en casi 25 mil personas (16,5 %) (Gráfico 10). La ratio PNS/total al final del período crece en 1,4 puntos porcentuales y se sitúa algo por encima de la media 2014-2019 (21,7%) (Gráfico 11).

Gráfico 10
PERSONAL NO SANITARIO DE LA SANIDAD PÚBLICA (PNS) (1T2011 A 4T2022)
 (Datos trimestrales desestacionalizados)

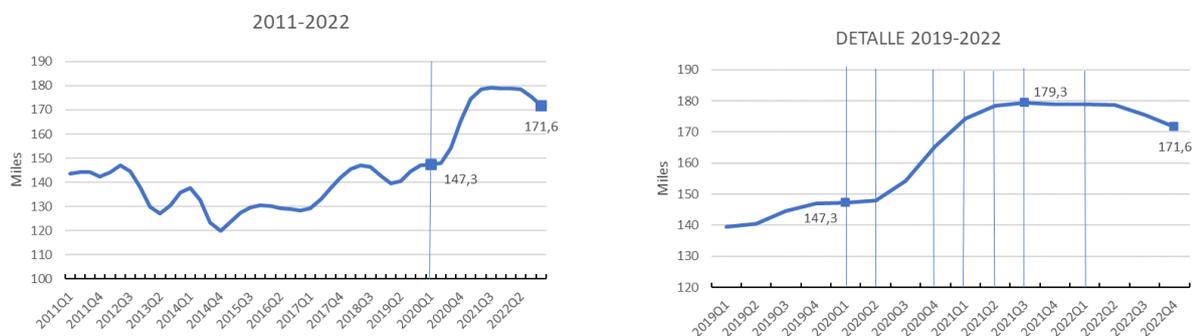
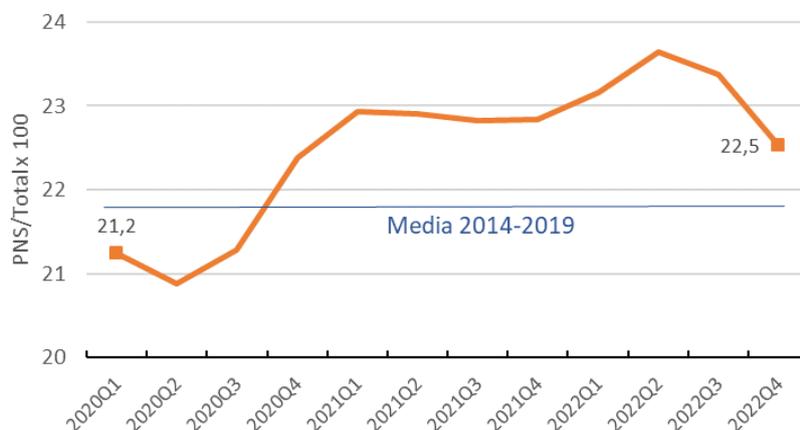


Gráfico 11
RATIO PNS/TOTAL (1T2020 A 4T2022)
 (Datos trimestrales desestacionalizados)



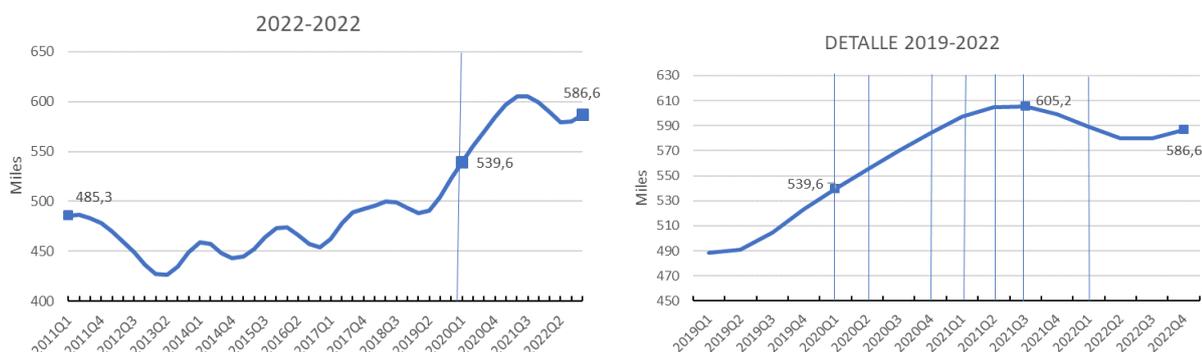
3.2. Cambios en la distribución del empleo por actividades⁶

La distribución del empleo por actividades se ha mantenido sustancialmente. Dentro de cada actividad se reproduce la evolución por ocupaciones presentada en el apartado anterior. En las *Actividades Hospitalarias*, el número de médicas/os en 4T2022 es inferior al que había al principio de la pandemia. En *Actividades Médicas y Odontológicas (Atención Primaria)*, aunque al finalizar el período el número de médicas/os era similar al del comienzo, durante toda la pandemia ha estado por debajo del nivel inicial.

⁶ La EPA, de acuerdo con la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE-2009), diferencia dentro de las actividades sanitarias tres categorías: Actividades Hospitalarias (861), Actividades Médicas y Odontológicas (862) y Otras Actividades Sanitarias (869). La anterior clasificación se aparta de la clasificación por niveles asistenciales habitualmente empleada en el Sistema de Información Sanitaria. Si bien de forma aproximativa, se considera como equivalentes las Actividades Médicas y Odontológicas con el nivel de Atención Primaria.

El peso de las *Actividades Hospitalarias* en el conjunto del empleo sanitario público, el 77,3% en 4T2022, se mantiene estable en los últimos diez años; la pandemia tan solo ha supuesto una ligera reducción de 0,4%. En 4T 2022 el número de ocupados en las *Actividades Hospitalarias* públicas superaba en 47 mil personas al del primer trimestre de 2020 (Gráfico 12).

Gráfico 12
OCUPADOS EN ACTIVIDADES HOSPITALARIAS DE LA SANIDAD PÚBLICA (1T2011 A 4T2022)
 (Datos trimestrales desestacionalizados)

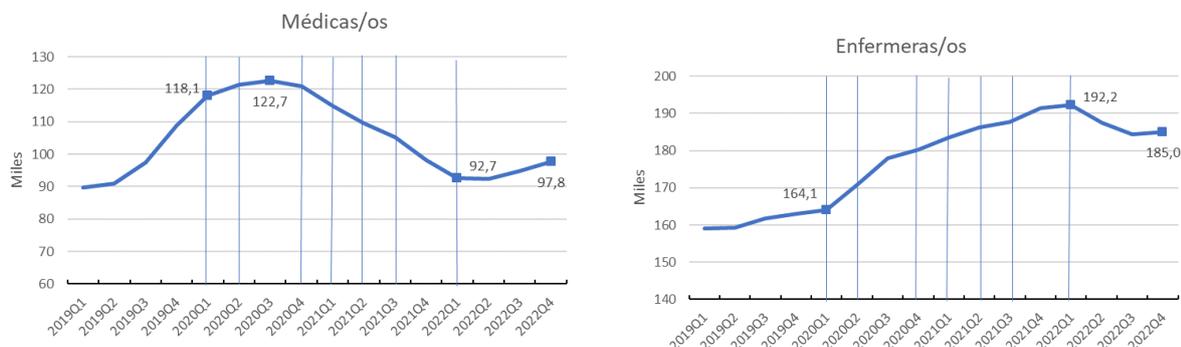


Este incremento sitúa el empleo hospitalario un 21% por encima del nivel máximo alcanzado antes de la crisis de 2008, en 1T2011.

La curva del empleo sigue la evolución de la presión sobre los hospitales durante la pandemia. Las primeras olas del contagio se caracterizaron por tasas más altas de hospitalización; la presión de la COVID-19 derivó posteriormente a la atención primaria. A partir de 2021, la recuperación de los niveles de actividad sanitaria previos a la pandemia ha impulsado la demanda de personal.

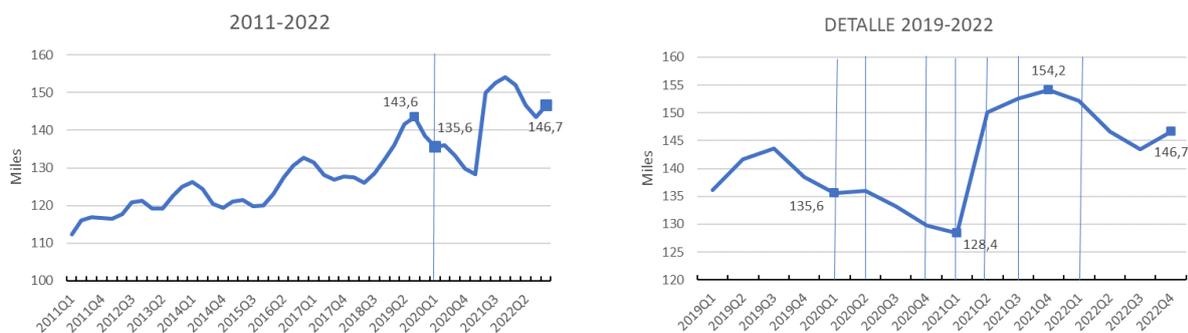
A pesar del incremento de efectivos en las *Actividades Hospitalarias*, el contingente de médicas/os se redujo en más de 20 mil personas (-17,2%) entre el inicio de la pandemia y el cuarto trimestre de 2022, momento en el que tenía una cifra similar al máximo alcanzado en 2011, durante la crisis financiera. El número de enfermeras/os se movió en sentido opuesto, incrementándose en 21 mil profesionales (12,7%) durante la pandemia (Gráfico 13).

Gráfico 13
MEDICOS Y ENFERMERAS/OS EN ACTIVIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA
(1T2011 A 4T2022)
(Datos trimestrales desestacionalizados)



Las *Actividades Médicas y Odontológicas* (Atención Primaria), representan el 19,3% del empleo (4T2022), proporción que se ha mantenido en la pandemia, con una ligera disminución de -0,21%. Esta proporción es similar a la mantenida en los últimos diez años. El número de ocupados se incrementó un 8,1%, en torno a los 11 mil efectivos (Gráfico 14). El empleo en este ámbito de actividad es un 2% superior al máximo alcanzado en el 3T 2019, antes de la crisis sanitaria.

Gráfico 14
OCUPADOS EN ACTIVIDADES MÉDICAS Y ODONTOLÓGICAS DE LA SANIDAD PÚBLICA
(1T2011 A 4T2022)
(Datos trimestrales desestacionalizados)

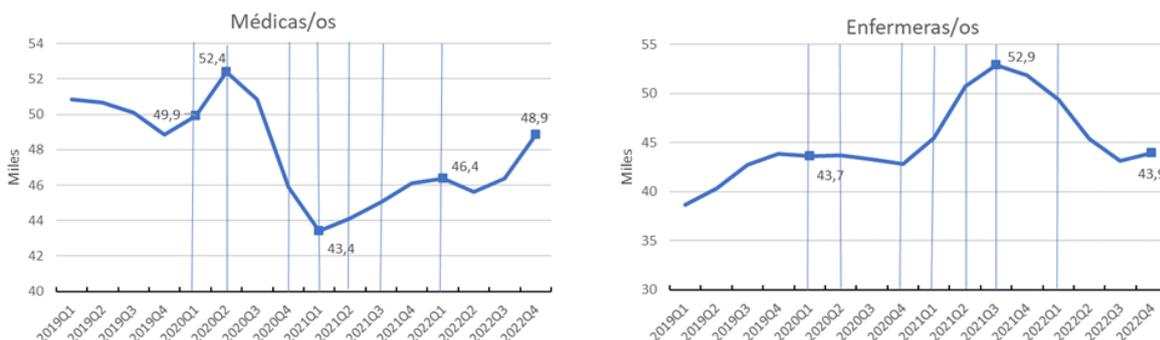


A diferencia del sector hospitalario, en las *Actividades Médicas y Odontológicas* en las primeras olas de la pandemia se produjo una reducción de casi 8 mil empleos, seguida de un fuerte incremento a partir de la cuarta ola, coincidiendo con las campañas de vacunación masiva, que llegó a los 26 mil ocupados (20,3%). A partir de la sexta ola se revierte parte de este incremento.

La dotación de médicos/os y de enfermeras/os en este nivel son similares a las del inicio de la pandemia (Gráfico 15). No obstante, en el caso de las médicas/os se produjo una brusca caída en el número de profesionales coincidiendo con la segunda y tercera olas; la recuperación se produjo de forma más lenta, por lo que a lo largo de todo el período se ha mantenido un número menor de médicas/os que al comienzo del mismo. EL comportamiento de la demanda de enfermeras/os en

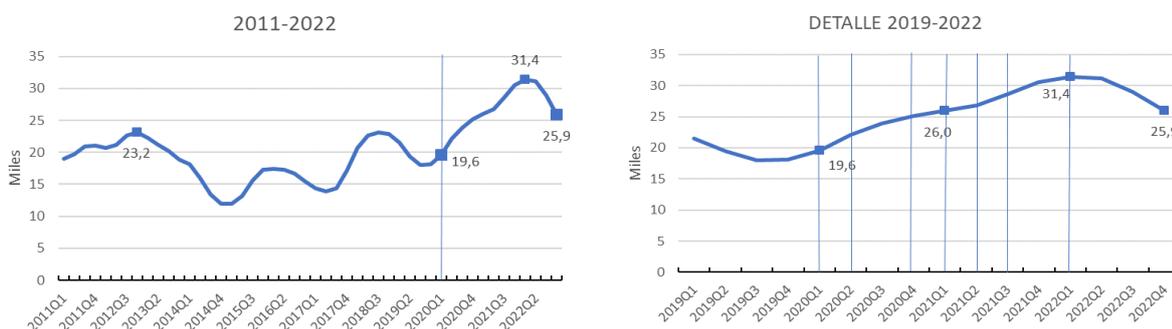
atención primaria fue muy diferente, con un incremento acusado a partir de la tercera y cuarta olas, seguido de una disminución de la demanda a partir del 1T de 2022.

Gráfico 15
MÉDICAS/OS Y ENFERMERAS/OS EN ACTIVIDADES MÉDICAS Y ODONTOLÓGICAS DE LA SANIDAD PÚBLICA (1T2019 A 4T2022)
 (Datos trimestrales desestacionalizados)



Otras Actividades Sanitarias, que incluyen los servicios de transporte sanitario y los laboratorios extrahospitalarios, es la única categoría de actividad sanitaria que aumentó ligeramente su peso relativo durante la pandemia (0,6 %). Se trata del subsector de actividad con un mayor crecimiento de empleo (30%), lo que supone 6 mil ocupados más que al comienzo de la pandemia. Los 26 mil ocupados en esta categoría a finales de 2022 representan una dotación un 13% superior al máximo alcanzado después de la crisis financiera (Gráfico 16).

Gráfico 16
OCUPADOS EN OTRAS ACTIVIDADES SANITARIAS DE LA SANIDAD PÚBLICA (1T2011 A 4T2022)
 (Datos trimestrales desestacionalizados)



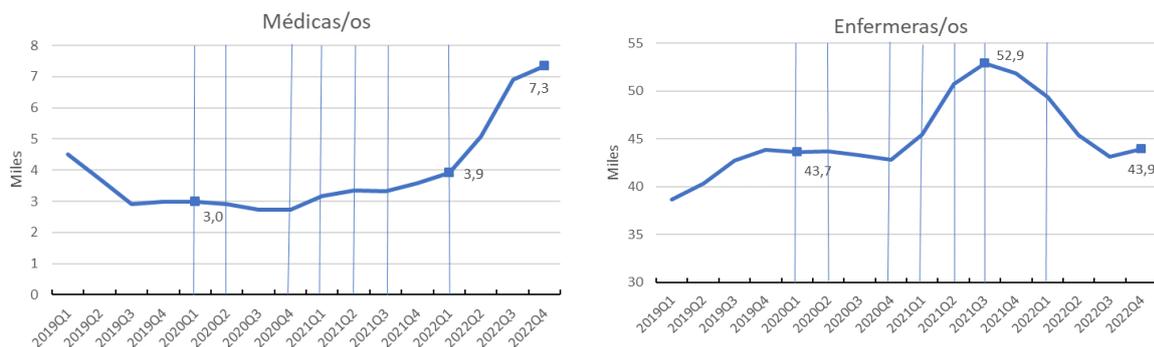
Las diferentes intervenciones sanitarias incluidas en esta categoría (laboratorios de diagnóstico externos, dispositivos de control de contagios y de vacunación especiales) se desplegaron de forma paulatina a lo largo de la pandemia, por lo que el incremento del empleo fue constante durante 2020 y 2021. A partir del 1T de 2022 se observa una disminución de la demanda de personal en este ámbito (Gráfico 16).

Casi la mitad del incremento de la dotación de personal en esta categoría de actividades durante las 5 primeras olas epidémicas se debe al aumento en el número de enfermeras/os (Gráfico 17). La reducción en la demanda de enfermeras/os a partir del 2T de 2022 se contrapone con un crecimiento en el número de médicas/os.

Gráfico 17

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE MÉDICAS/OS Y DE ENFERMERAS/OS EN OTRAS ACTIVIDADES SANITARIAS DE LA SANIDAD PÚBLICA (1T2019 A 4T2022)

(Datos trimestrales desestacionalizados)

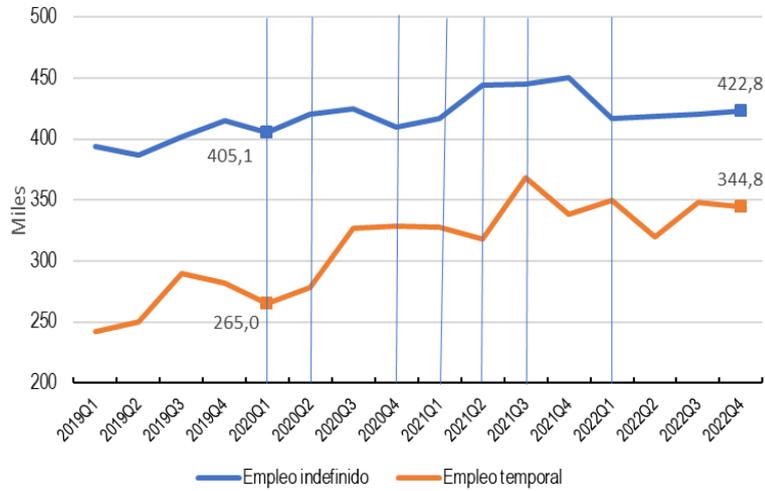


3.3. Cambios en la demanda de recursos humanos según modalidad de vinculación

El empleo temporal fue la fórmula más empleada en la contratación de los recursos humanos adicionales durante la pandemia. Sin embargo, el SNS ha realizado durante el período un gran esfuerzo para cubrir con carácter indefinido las plazas disponibles; buena parte de estas entradas se compensó con las jubilaciones, por lo que el número de empleos indefinidos netos creció en menor medida que el empleo temporal, elevando la proporción de temporalidad en el SNS. La reforma de la temporalidad de 2022 establece objetivos precisos cuya medición y seguimiento plantea varias alternativas.

La contratación indefinida del SNS en el 4T2022 era un 4,4% mayor que al principio de la pandemia, mientras que el número de contratos temporales era un 30% superior (Gráfico 18). En consecuencia, la ratio de temporalidad (contratos no fijos/total empleo) aumentó desde el 40% al 45%.

Gráfico 18
EMPLEO SANITARIO PÚBLICO SEGÚN TIPO DE CONTRATO (1T2019 A 4T2022)



La proporción de empleo temporal varía según las ocupaciones. En el caso de las médicas/os, con una proporción de temporalidad menor, también el incremento ha sido más reducido que para enfermeras/os/os, en las que se eleva en más de 8,1 % (Gráfico 19).

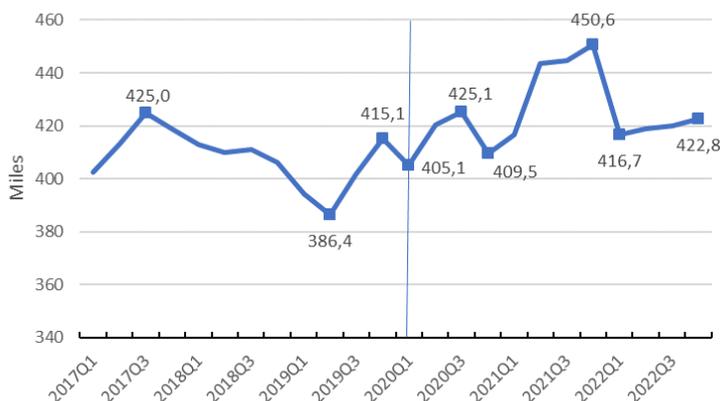
Gráfico 19
PROPORCIÓN DE EMPLEOS TEMPORALES EN MÉDICAS/OS Y ENFERMERAS/OS DE LA SANIDAD PÚBLICA



Empleo fijo

Los empleos fijos se incrementaron en 18 mil personas (4,4%) durante la pandemia, alcanzando una cifra similar al máximo de 2017 (Gráfico 20). Este incremento neto no refleja, sin embargo, el importante flujo de entradas y salidas del período y la consiguiente rotación en los puestos de trabajo.

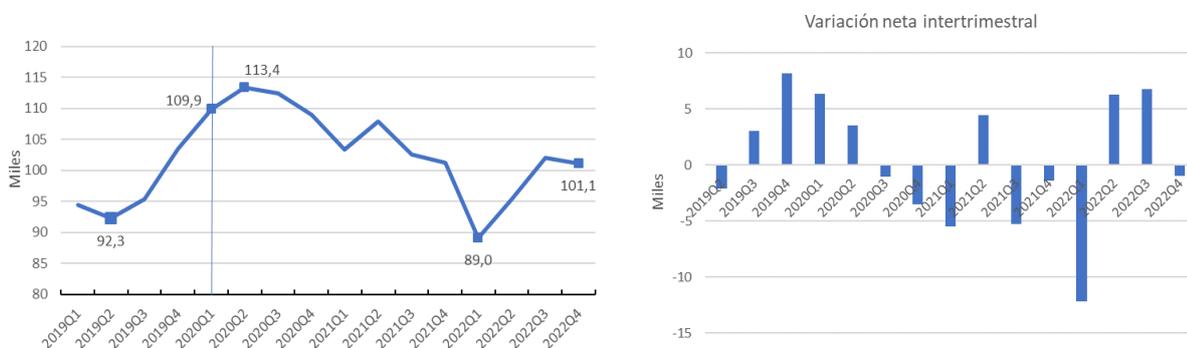
Gráfico 20
PERSONAL FIJO DE LA SANIDAD PÚBLICA (1T2017 A 4T2022)



Los programas de estabilización del empleo temporal que estaban en marcha en el inicio de la pandemia impulsaron el empleo fijo en 2020 y 2021. Entre el 2T2019 y el 1T2021, los servicios de salud incorporaron 29 mil nuevos empleados fijos, lo que representa solo una de cada cuatro plazas ofertadas⁷. En 2021 el volumen de incorporaciones netas fue de 42 mil efectivos. La mayor concentración de salidas de la actividad tuvo lugar en el último trimestre de 2020 (16 mil) y en el primer trimestre de 2022 (34 mil).

El número de médicas/os fijos se redujo en 9 mil efectivos en el período 2020-2022 (Gráfico 21). Las 19 mil incorporaciones a la plantilla durante 2019 y hasta el 2T de 2020 se compensaron con las más de 24 mil salidas que se estiman hasta el 1T de 2022, momento a partir del cual se invierte la tendencia.

Gráfico 21
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE MÉDICAS/OS FIJOS DE LA SANIDAD PÚBLICA (1T2019 A 4T2022)



⁷ Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Componente 11. Modernización de las Administraciones Públicas, Pág. 15. De 96.004 plazas ofertadas de personal estatutario de las CCAA solo se habían cubierto 23.145, el 24,1%, en abril de 2021.

El número de enfermeras/os fijas apenas varió durante el período, a pesar de la intensa rotación de la plantilla (Gráfico 22). El número de enfermeras/os fijas se sitúa un 12% por debajo del máximo alcanzado en 2016. El importante volumen de salidas a finales de 2020 y durante 2022 ha compensado las 13 mil incorporaciones de 2020 y las más 25 mil nuevas incorporaciones de 2021.

Gráfico 22

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE ENFERMERAS/OS FIJAS DE LA SANIDAD PÚBLICA (1T2019 A 4T2022)

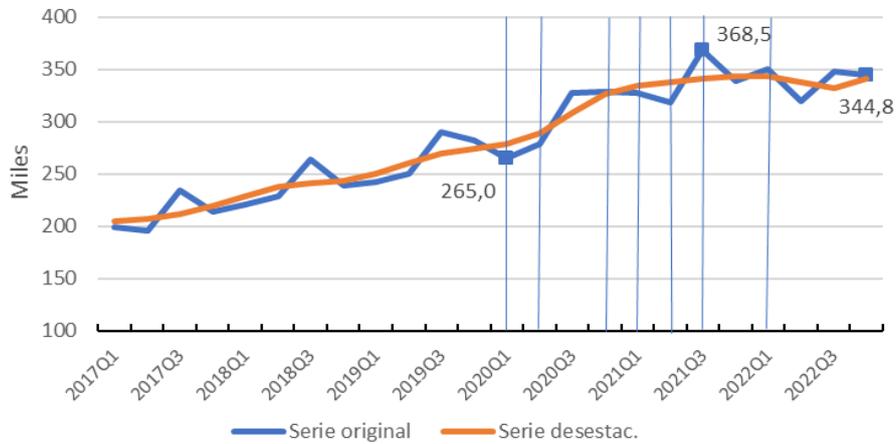


Empleo temporal

La demanda extraordinaria de personal para atender las necesidades derivadas de la crisis sanitaria, de una parte, y el aumento del número de vacantes en la plantilla fija, por otra, explican el incremento del empleo temporal entre 2020 y 2022. Los procesos de estabilización del empleo iniciados antes de la pandemia no han bastado para reducir el peso de la temporalidad de larga duración existente al inicio (Hernández *et al.*, 2022 (a)). La corrección del exceso de temporalidad en las administraciones públicas es un objetivo prioritario en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Las medidas de reforma se han articulado en dos ejes: por una parte, un plan de choque para reducir la temporalidad de larga duración y, por otra, una reforma del marco reglamentario con el objetivo explícito de alcanzar una tasa de cobertura temporal del 8%.

El número de empleos temporales creció en un 30% durante la pandemia, en torno a 80 mil personas, con un pico de 104 mil en el apogeo de la campaña de vacunaciones (Gráfico 23).

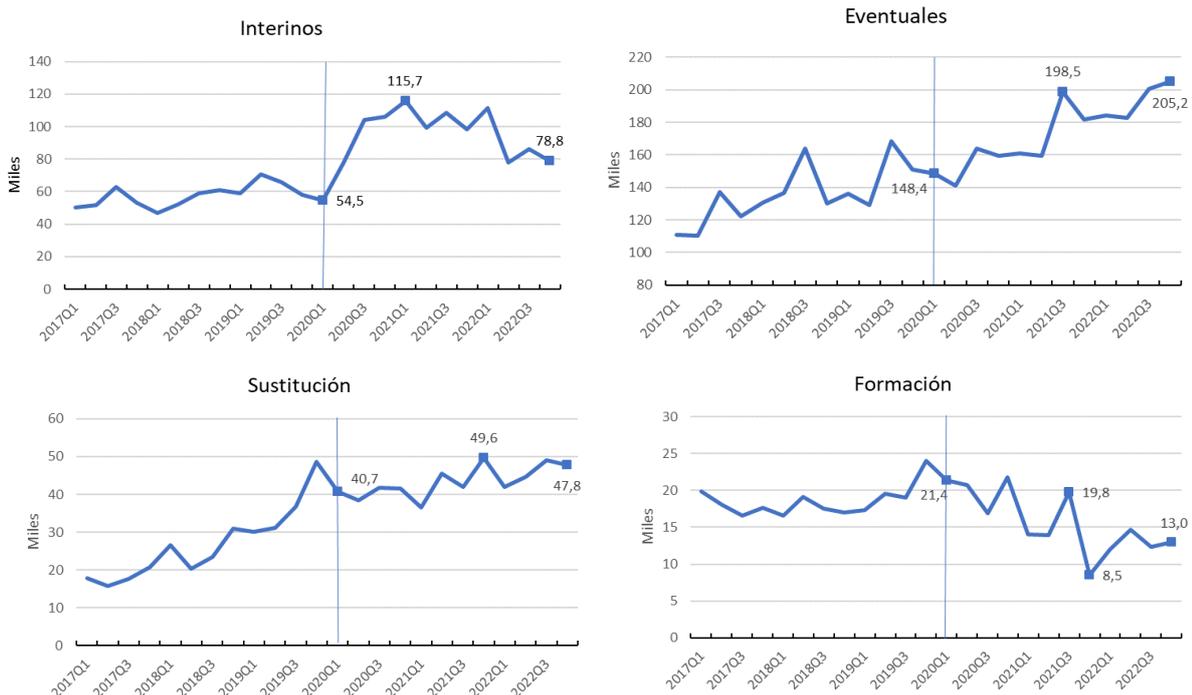
Gráfico 23
EVOLUCIÓN DEL EMPLEO TEMPORAL DE LA SANIDAD PÚBLICA (1T2017 A 4T2022)



Si bien el cuestionario de la EPA no se ajusta totalmente a la tipología de contratos de la sanidad pública, ya que no contempla el contrato de interinidad, es posible establecer una correspondencia entre la clasificación de la EPA y la tipología del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (EMPES) (Anexo 3).

La distribución de los empleos temporales según los tipos de contrato (de acuerdo con la tipología anterior a la reforma de julio de 2022), muestra cómo el incremento de la contratación temporal se concentra en los contratos eventuales (64%), seguidos de los de interinidad (27%) (Gráfico 24). Estas variaciones se explican por el impacto de la pandemia en los servicios sanitarios y por el incremento de plazas vacantes observado en el periodo,

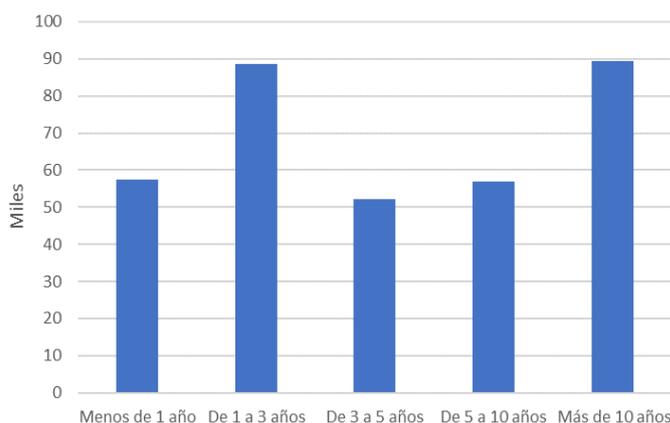
Gráfico 24
CONTRATOS TEMPORALES EN LA SANIDAD PÚBLICA POR TIPO DE CONTRATO (1T2017 A 4T2022)



El 42,5% del empleo temporal en la sanidad pública, alrededor de 146 mil ocupados en el 4T de 2022, tenía una antigüedad superior a 5 años (Gráfico 25). Esta cifra se ha incrementado en 29 mil personas durante la pandemia, si bien la proporción sobre el total del empleo temporal disminuyó desde el 44,7% inicial como consecuencia de los programas de consolidación del empleo temporal de larga duración llevados a cabo.

Gráfico 25

PERSONAL TEMPORAL DE LA SANIDAD PÚBLICA POR ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO DE SALUD (4T2022)



El nivel de temporalidad en la sanidad pública y la limitada efectividad de los programas de estabilización de años anteriores dieron paso a nuevas medidas en 2021 en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. La corrección del problema de la temporalidad es una prioridad del Componente 11 del PRTR dedicado a la Modernización de la Administraciones Públicas. La política de reducción de la temporalidad se articula en dos ejes. El primero consiste en la adopción de medidas extraordinarias para consolidar el empleo temporal⁸. Esta política contempla actuaciones específicas para reducir la temporalidad de larga duración en virtud de las cuales se facilita el acceso a una plaza fija a las personas con contrato temporal que lleven más de 3 años desempeñando un puesto de forma ininterrumpida (a 31-12-2020) y a los empleados temporales de larga duración con más de 7 años de ejercicio continuado del puesto (desde 1-1-2016). Las medidas de estabilización afectan a 67 mil personas según los cálculos de la Administración del Estado. Los diferentes procesos deberán estar resueltos entre 2023 y 2024.

El segundo eje lo constituye la reforma del marco que regula la contratación temporal en el sector público sanitario mediante la reforma del EMPES⁹. Esta modificación legal reduce a dos los supuestos de contratación temporal, interinidad y sustitución, suprimiendo el contrato eventual; al tiempo que se desglosan dos supuestos de interinidad según exista o no plaza en la plantilla. En el segundo caso, se establecen las condiciones para racionalizar el empleo de esta modalidad de

⁸ Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público; art. 2.1 (> 3 años) y D.A.6ª, convocatoria excepcional para la estabilización del empleo temporal de larga duración (> 7 años).

⁹ Real Decreto-Ley 12/2022, de 5 de julio, por el que se aprueba la reforma de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

contratación. La reforma establece como objetivo una *tasa de cobertura temporal de las plazas estructurales* del 8%.

La *tasa de cobertura temporal de las plazas estructurales* (tasa estructural de temporalidad TET) se puede definir como el cociente entre los empleados con contrato de sustitución y la suma de los empleos fijos, las plazas vacantes y las plazas provisionales pendientes de consolidar multiplicado por cien. O lo que es lo mismo, la proporción entre el *empleo temporal no interino* y el total de empleos, comprendiendo estos últimos tanto los de la plantilla orgánica como aquellos otros puestos que se consideren necesarios para atender planes sanitarios de carácter temporal o para hacer frente al exceso o acumulación de tareas.

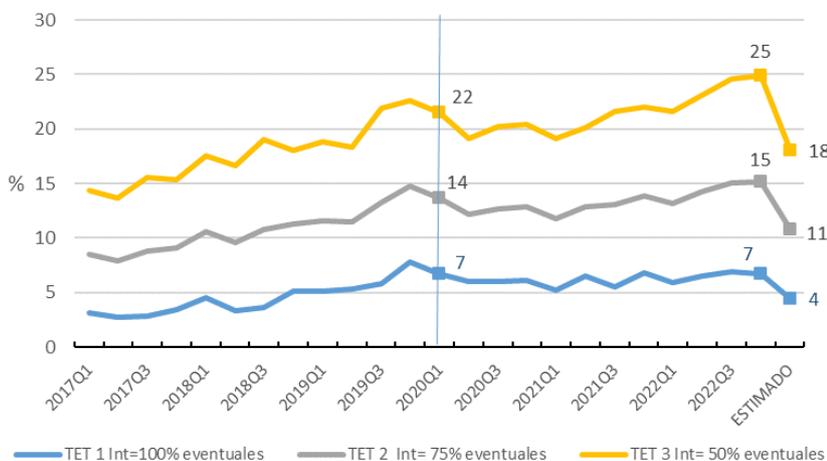
Los sistemas de información de recursos humanos de las administraciones sanitarias deberán adaptarse en el plazo de cuatro meses a las nuevas denominaciones de los contratos (D.A.2ª RD-L 12/2022). Estas modificaciones permitirán el seguimiento del objetivo establecido en la norma. La información de la EPA puede servir para realizar estimaciones del indicador objetivo y monitorizar el avance en su cumplimiento. Para ello, es necesario establecer una equivalencia entre las categorías de contratación recogidas en el cuestionario de la EPA, que no incluyen la *interinidad* y las contempladas en el EMPES tras su reforma (Anexo 3).

Por otra parte, para el seguimiento de la temporalidad resulta necesario establecer el valor inicial para el indicador objetivo, toda vez que la reforma ha establecido una nueva definición de los supuestos de contratación temporal. De acuerdo con la vigente clasificación, los contratos eventuales se transformarán en contratos de interinidad siempre que se ajusten a las condiciones establecidas reglamentariamente. Por tanto, el nivel basal para la *tasa de cobertura temporal de las plazas estructurales* puede adoptar valores diferentes en función del porcentaje de contratos eventuales que se transformen en contratos de interinidad.

A fin de establecer, a efectos de seguimiento, el *nivel inicial* de la *tasa de cobertura temporal de las plazas estructurales* con los supuestos de temporalidad anteriores a la reforma del EMPES, se ha realizado un ejercicio de simulación en el que se consideran como de interinidad, según la definición vigente desde julio de 2022, distintas proporciones de los contratos eventuales. Los valores del indicador para el 4T de 2022 oscilan entre el 7 y el 25% según se transformen en contratos de interinidad entre el 100 y el 50% de los contratos eventuales (Gráfico 26).

Los valores iniciales de la *tasa de cobertura temporal de plazas estructurales* oscilan entre el 4 y el 18% para los tres supuestos si se consideran realizados los procesos de estabilización de 67 mil temporales previstos en la norma.

Gráfico 26
TASA DE COBERTURA TEMPORAL DE PLAZAS ESTRUCTURALES (1T2017 A 4T2022)



4. VARIACIONES EN LA OFERTA DE TRABAJO

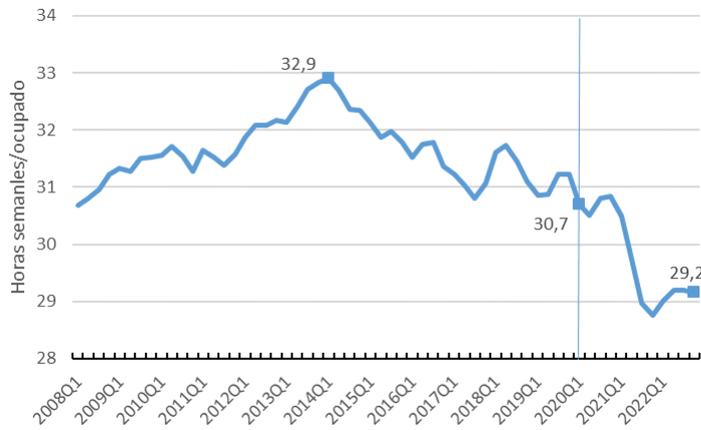
La oferta de trabajo del personal del SNS se ha visto afectada durante la pandemia, tanto en el tiempo de trabajo por persona, como en la decisión de dejar la actividad. El tiempo efectivo de trabajo por persona se ha reducido a partir del segundo año de la pandemia. La parcialidad y la exclusividad se han visto afectadas en menor medida. En cuanto a la decisión de permanecer en activo, la estimación de las salidas por jubilación de médicas/os y enfermeras/os, mayores a las previstas, sugieren un cierto cambio en el comportamiento de cohortes anteriores.

La evolución de alguno de los indicadores demográficos de los profesionales sanitarios relevantes para la oferta de trabajo en los próximos años, en particular, para las médicas/os y las enfermeras/os, permite anticipar incrementos en las salidas del SNS, que completará la renovación generacional iniciada en los últimos años en el ámbito hospitalario.

4.1. Incidencia de la pandemia en el tiempo trabajado

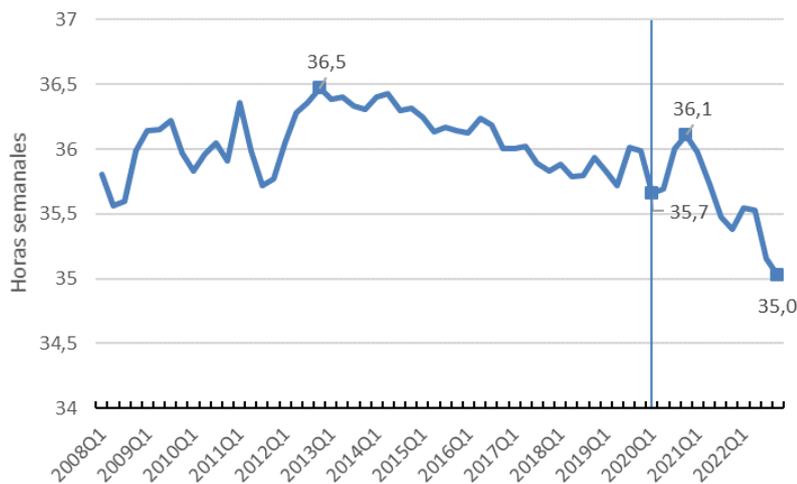
La especial exposición al contagio del personal sanitario se ha reflejado en una disminución del 4,9% en las horas efectivas semanales por ocupado. En el último trienio se ha agudizado la tendencia descendente anterior a la pandemia (gráfico 27).

Gráfico 27
HORAS EFECTIVAS SEMANALES POR OCUPADO
(Datos trimestrales desestacionalizados)



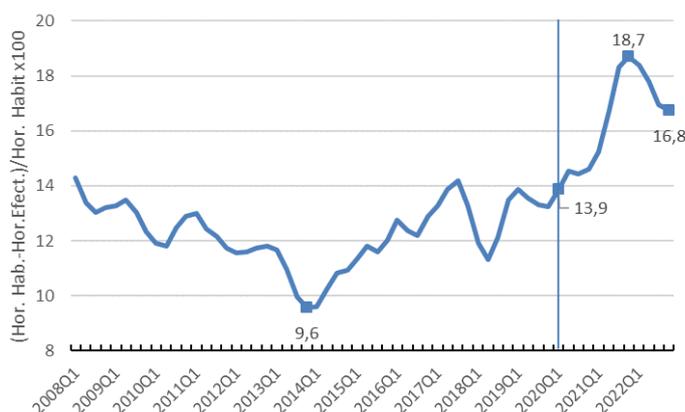
La disminución en las horas efectivas puede descomponerse a su vez en dos factores. Por un lado, la variación en la jornada media semanal y, por otro, en las horas no trabajadas. La jornada media semanal que había ido disminuyendo paulatinamente desde un máximo 2012, momento en que se reimplantó la jornada de 37,5 horas, hasta las 35,7 horas al comienzo de la pandemia; tras una ligera subida en la primera ola, se ha reducido en un 1,8% (Gráfico 28).

Gráfico 28
JORNADA MEDIA SEMANAL
(Datos trimestrales desestacionalizados)



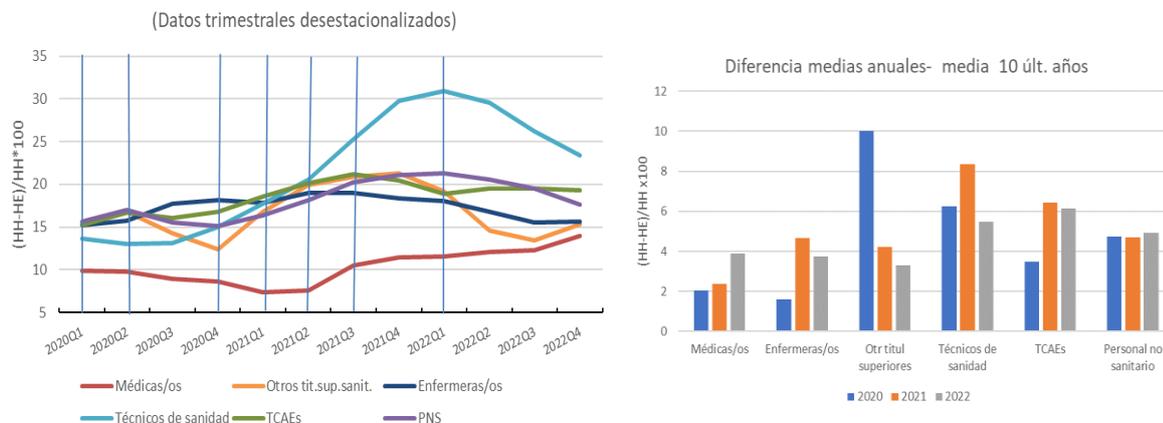
El tiempo no trabajado¹⁰ se ha incrementado un 2,9 % entre 2020 y 2022 (Gráfico 29). La subida más importante se produjo durante las 4ª y 5ª olas pandémicas, para descender a partir del comienzo de 2022. El tiempo no trabajado recoge las ausencias por cualquier causa incluidos los permisos de maternidad.

Gráfico 29
HORAS NO TRABAJADAS EN LA SANIDAD PÚBLICA
(Datos trimestrales desestacionalizados)



El indicador de horas no trabajadas varía según las ocupaciones¹¹. Las médicas/os presentan el menor valor para el indicador; no obstante, crece de manera continuada desde la 5ª ola. En enfermeras/os se observa una tendencia a la disminución de las horas no trabajadas a partir de 2022. En TCAEs y PNS al final de 2022 se mantienen los diferenciales con los valores del indicador previos a la pandemia (Gráfico 30).

Gráfico 30
HORAS NO TRABAJADAS EN LA SANIDAD PÚBLICA POR OCUPACIONES (1T2020 A 4T2022)



¹⁰ (Horas habituales-horas efectivas) / horas habituales x 100, declaradas en la semana de referencia.

¹¹ Las cifras de los grupos profesionales menos representados en la muestra -Otros titulados superiores (3,6 %) y Técnicos de sanidad (5,5 %)-tienen una mayor variabilidad estadística y, por tanto, son menos significativos.

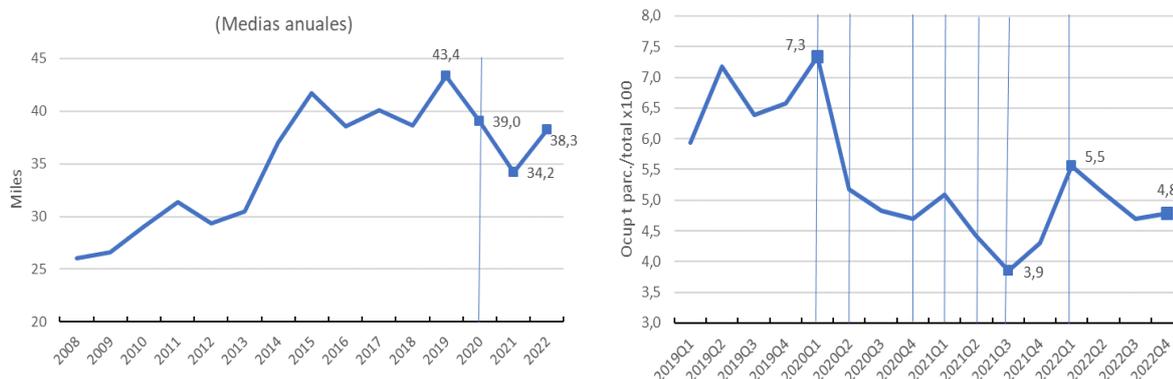
4.2. Trabajo a tiempo parcial y pluriempleo

Trabajo a tiempo parcial

En la pandemia se ha reducido el número de ocupados que trabajan a tiempo parcial. La tasa media anual de parcialidad en la sanidad pública fue del 5% en 2022, 1,5 % por debajo de la media de los cinco años anteriores a la pandemia (Gráfico 31). A partir del 1T2022 se observa un cambio en la tendencia.

Las enfermeras/os, el grupo con mayor tasa de parcialidad y que representan la mitad del trabajo a tiempo parcial, redujeron en 3,3 puntos la tasa de parcialidad sobre la media del quinquenio anterior, pasando del 10,2% al 6,9%; las médicas/os con una tasa menor del 3,2% antes de la pandemia, pasaron del 3,2% al 3%. Las tasas de parcialidad en estos dos grupos son similares a la proporción de empleos fijos con reducción de jornada.

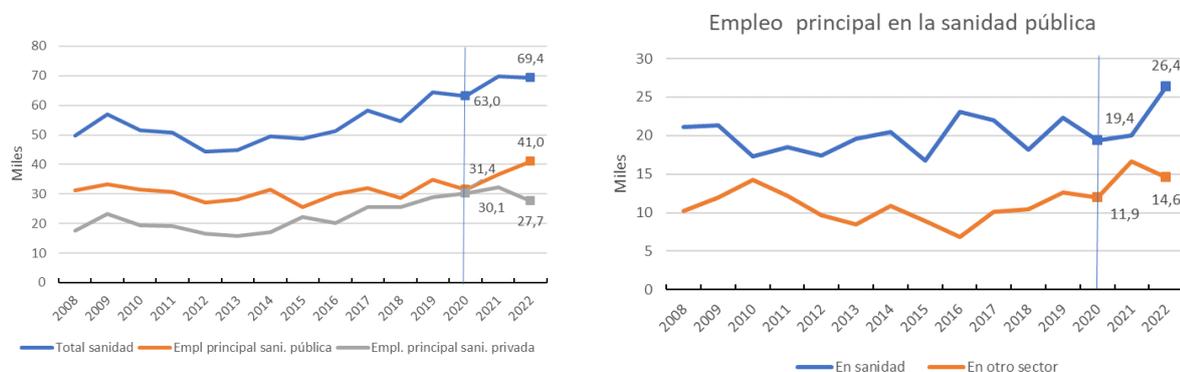
Gráfico 31
EMPLEO A TIEMPO PARCIAL EN LA SANIDAD PÚBLICA (2008-2022)



Pluriempleo

En 2022 se estima que unos 41 mil empleados de la sanidad pública, el 5,4%, tenían un segundo empleo (Gráfico 32). La mayoría de estos pluriempleados (65%) desempeña una segunda actividad sanitaria bien en el sector público o en el sector privado. El resto, realiza como segundo empleo actividades no sanitarias: servicios sociales, administración o enseñanza. El porcentaje de pluriempleados aumentó el 0,6% entre 2020 y 2022 en relación con la media de los 5 años anteriores. No obstante, en los primeros períodos pandémicos se redujo para volver a crecer a partir del 2T de 2022.

Gráfico 32
PLURIEMPLEO EN EL SECTOR SANITARIO
(Medias anuales)



La mayor parte de los pluriempleados (75%) son médicas/os o enfermeras/os que tienen tasas de pluriactividad del 12% y 5% respectivamente (Gráfico 33). El pluriempleo de médicas/os disminuyó a lo largo de la pandemia hasta el 2T de 2022 momento en el que se invierte la tendencia hasta alcanzar un nivel ligeramente (-1%) por debajo de la media de los 5 últimos años anteriores a 2020. La tasa de pluriempleo de enfermeras/os/os ha aumentado de forma continuada entre 2020 y 2022 y se sitúa un 2,1 % por encima de la media del quinquenio anterior.

Gráfico 33
PLURIEMPLEO EN MÉDICAS/OS Y ENFERMERAS/OS DE LA SANIDAD PÚBLICA (1T2019 A 4T2022)



4.3. Jubilaciones

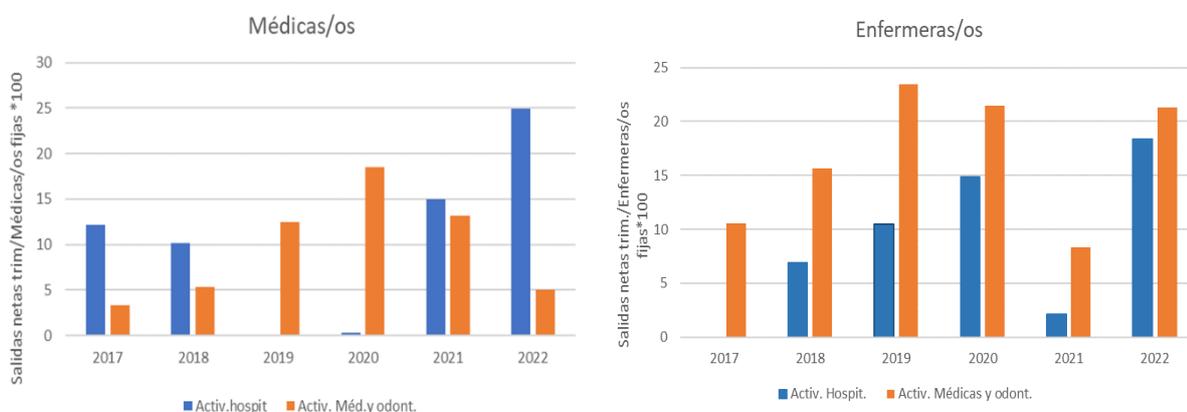
Las jubilaciones en los colectivos de médicas/os y enfermeras/os se han desviado por encima de las esperadas en base a la estructura por edades y al comportamiento de la última cohorte con su vida laboral completada. Las desviaciones fueron más significativas en 2022, si bien en las actividades médicas y odontológicas 2020 fue el año con una mayor rotación

Se estima que entre 2020 y 2022 se jubilaron en la sanidad pública 40,4 mil médicas/os¹²; esto supone una tasa de rotación anual promedio (salidas anuales /total fijos) del 13,2%; en 2022 la tasa de rotación fue del 16,8%. La distribución por actividades de las salidas fue: 24,3 mil en *Actividades Hospitalarias*; 12,6 mil en *Actividades Médicas y Odontológicas*; y 3,5 mil en *Otras Actividades Sanitarias*. En *actividades hospitalarias*, las jubilaciones se concentraron en los dos últimos años; en particular, en 2022 se jubiló el 23,5% de las médicas/os fijos. En *actividades médicas y odontológicas*, el mayor número de salidas se produjo en 2020 cuando se jubiló el 18,5% de médicas/os fijos (Gráfico 34).

Las *salidas esperadas* para este colectivo en el trienio 2020-2022, calculadas a partir de los datos de la EPA, en base a las tasas brutas de abandono de la cohorte de los nacidos entre 1949 y 1953 y a la estructura de edades de cada año, se cifran en 29,9 miles (Gráfico 35). Por tanto, las *salidas observadas* superan en un 35% a las *salidas esperadas*, lo que muestra un cambio en el comportamiento en relación con el cese de actividad. Las economías de opción derivadas de la norma de revalorización de pensiones puede ser la causa puntual del incremento de salidas observado en 2021 y 2022. En sentido contrario juegan los incentivos introducidos en 2022 y 2023 para promover la demora en la jubilación.

Gráfico 34

SALIDA DE MÉDICAS/OS Y ENFERMERAS/OS POR CATEGORÍAS DE ACTIVIDAD (2017 A 2022)



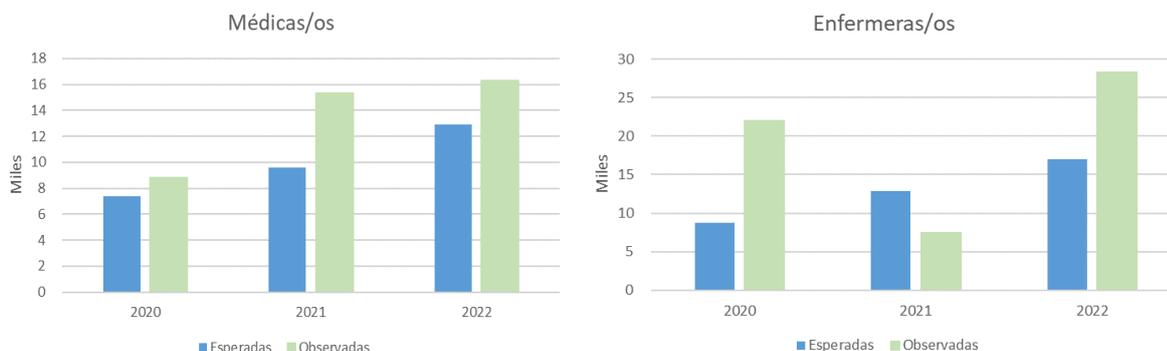
En el trienio de la pandemia se estima que se jubilaron 57,7 mil enfermeras/os, lo que representa una tasa de rotación anual promedio (salidas anuales /total enfermeras/os fijos) del 14,8%; la tasa de rotación en 2022 se aparta significativamente de la media del trienio con un 21,9%. En 2022, tasa de rotación en las *Actividades Hospitalarias* fue del 18,4% y del 21,3% en las *Actividades Médicas y Odontológicas*. Sin embargo, en este grupo de actividades las salidas también fueron numerosas en 2020 con el 21,4% (Gráfico 34).

Las *salidas esperadas* para el trienio 2020-2022, calculada en base a las tasas brutas de abandono estimadas para la cohorte de enfermeras/os/os nacidas entre 1949 y 1953, eran de 38,6

¹² El número de salidas para cada año se estima como la suma de las variaciones negativas inter-trimestrales del número estimado de ocupados fijos de cada categoría de actividad.

miles. Por tanto, las salidas observadas en el período superan en un 49% a las esperadas (Gráfico 35)

Gráfico 35
SALIDAS DE MÉDICAS/OS Y ENFERMERAS/OS



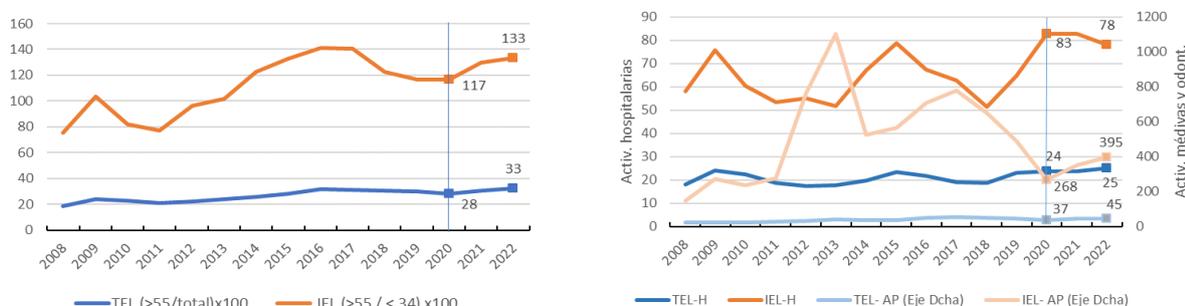
4.4. Cambios relevantes en la demografía sanitaria

En los últimos años se ha producido una importante rotación en los colectivos de médicas/os y enfermeras/os del SNS, lo que ha supuesto cambios relevantes en su perfil demográfico. La renovación de las plantillas fue más intensa en las actividades hospitalarias y en enfermeras/os, mientras que en la Atención Primaria los indicadores de envejecimiento, mucho más desfavorables, han empeorado en ambos grupos.

Médicas/os

El colectivo de médicas/os del SNS ha empeorado su perfil de envejecimiento en los últimos años (Gráfico 36). La ratio de personas mayores de 55 sobre menores de 34 (Índice de Envejecimiento Laboral, IEL) se ha incrementado en 16 puntos porcentuales (p.p.) durante la pandemia, pasando de 117 a 133. También se ha incrementado en 5 p.p. la proporción que representan los mayores de 55 en el total (Tasa de envejecimiento laboral, TEL), pasando de 28 a 33. Se observa también un ligero incremento en la proporción de médicas/os mayores de 65 años en activo que ha pasado de 3,3% al 4,2% entre 2020 y 2022. No obstante, la magnitud y la tendencia de estos indicadores difiere significativamente entre las *Actividades Hospitalarias* (Atención Hospitalaria) y las *Actividades Médicas y Odontológicas* (Atención Primaria) (Gráfico 36).

Gráfico 36
ÍNDICES DE ENVEJECIMIENTO DE MÉDICAS/OS DE LA SANIDAD PÚBLICA (2008-2022)
 (Medias anuales)

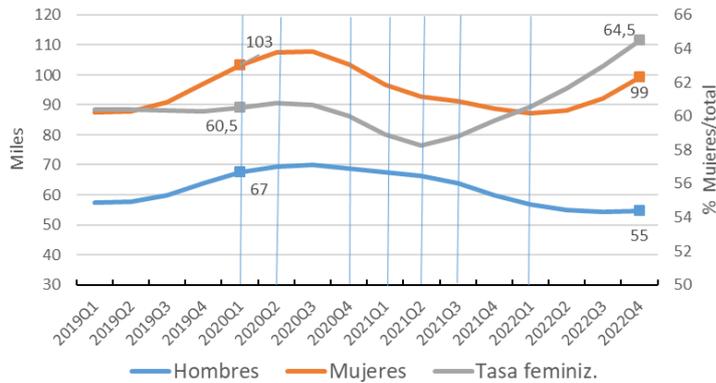


En *Actividades Hospitalarias* es más numeroso el grupo más joven, de menos de 34 años, que el de mayores de 55, en parte debido a las médicas/os en formación. La ampliación del número de plazas del programa MIR, unido al crecimiento de la plantilla de los últimos años, explican el decrecimiento del IEL desde 2020. En Atención Primaria, donde el nivel de envejecimiento es mucho mayor, el IEL ha pasado en tres años de 268 a 395, es decir, que se ha pasado de casi tres mayores de 55 años por cada joven de menos de 34, a casi cuatro. La proporción de profesionales mayores de 55 años en Atención Hospitalaria se mantiene estable en torno a uno de cada cuatro, muy por debajo de la Atención Primaria, donde ha pasado en estos años del 37% al 45%. Estos últimos valores permiten estimar un volumen de salidas creciente en los próximos años: en torno a 16-18 mil médicas/os por año entre 2023 y 2026.

Entre el 1T de 2020 y el 4T2022 se ha incrementado en 4 puntos el porcentaje de médicas sobre el total en la sanidad pública (Gráfico 37). Esto es consecuencia de que las nuevas entradas pertenecen a cohortes de egresados en medicina en las que más de dos tercios son médicas¹³, mientras que en las cohortes de médicas/os jubilados en el mismo período la proporción de médicas/os era superior a la de médicos.

¹³ En los tres últimos cursos académicos la proporción de médicas egresadas sobre el total fue de 67,5%; 68,4 %; y 69,4 %. Fuente: Ministerio de Universidades. Estadística de estudiantes universitarios.

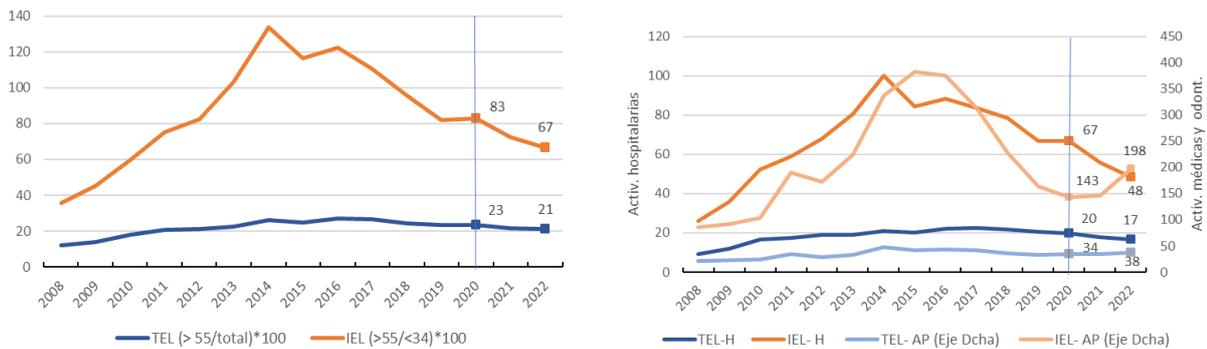
Gráfico 37
FEMINIZACIÓN DEL COLECTIVO MÉDICO DE LA SANIDAD PÚBLICA
 (Datos trimestrales desestacionalizados)



Enfermeras/os

El grupo de enfermeras/os presenta unos indicadores de envejecimiento más favorables y con una clara tendencia a mejorar. En los últimos tres años el IEL de enfermeras/os/os ha pasado de 83 a 67 (Gráfico 38). También en este colectivo, los perfiles demográficos por ámbitos de actividad son muy diferentes.

Gráfico 38
INDICES DE ENVEJECIMIENTO DE ENFERMERAS/OS DE LA SANIDAD PÚBLICA
 (Medias anuales)

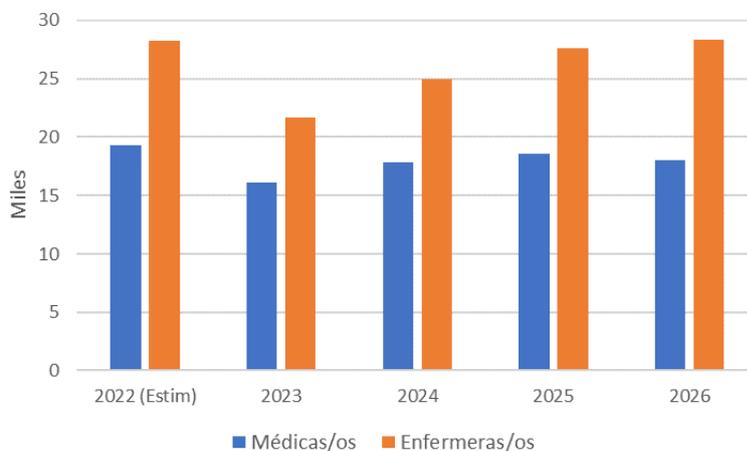


A diferencia de las *Actividades Hospitalarias*, donde el IEL pasó de 67 a 48 entre 2020 y 2022, es decir, por cada mayor de 55 hay dos enfermeras/os en el tramo de las más jóvenes, en *Actividades Médicas y Odontológicas* sigue siendo más numeroso el grupo de más de 55 años y está creciendo.

El IEL pasó de 143 a 198 en el período de la pandemia al tiempo que la TEL aumentó en los de 34 a 38. Se estima que entre 2023 y 2026 dejarán el SNS entre 21 y 28 mil enfermeras/os cada año (Gráfico 39).

Gráfico 39

SALIDAS ESTIMADAS DE MÉDICAS/OS Y ENFERMERAS/OS DE LA SANIDAD PÚBLICA (2023-2026)



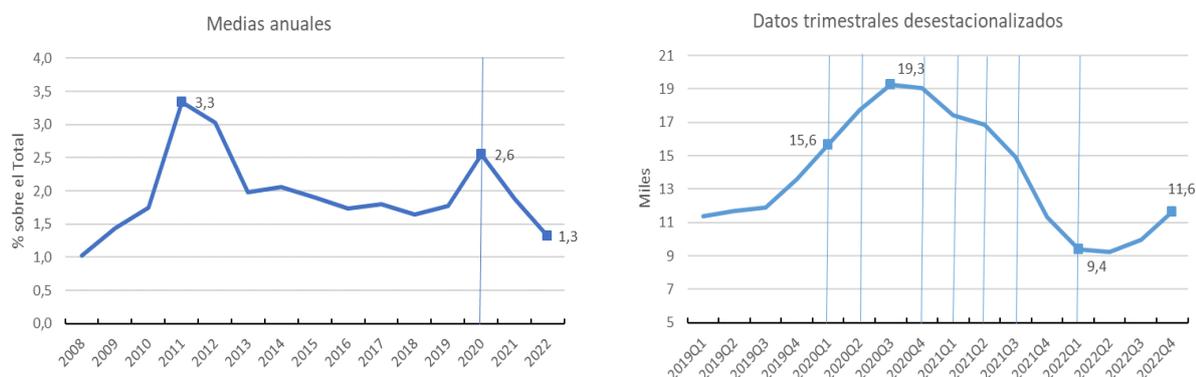
4.5. Oferta de personal extranjero

La oferta de profesionales extranjeros representa el 1,3% del empleo sanitario público, por debajo de la media de los cinco años anteriores a la pandemia, 1,8 %, no obstante haberse incrementado en las dos primeras olas (Gráfico 40).

El número de empleados con nacionalidad extranjera se ha reducido en 4 mil efectivos¹⁴ desde el comienzo de la pandemia, después de alcanzar los 19 mil ocupados en la segunda ola. Esta oferta fue disminuyendo a partir de 2021 hasta situarse por debajo de los niveles medios de los años anteriores a la pandemia

Gráfico 40

OCUPADOS DE LA SANIDAD PÚBLICA CON NACIONALIDAD EXTRANJERA (2008-2022)



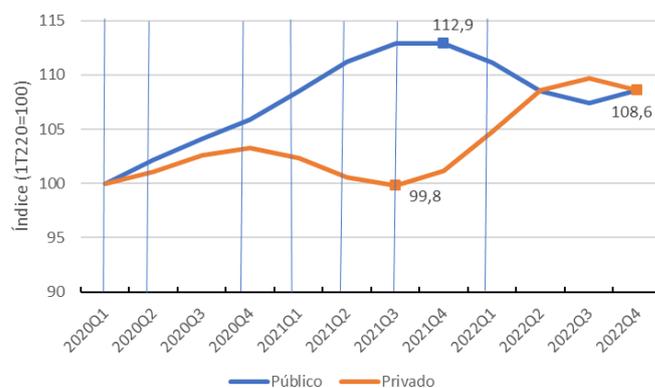
¹⁴ Las estimaciones para esta variable, dada su magnitud reducida, tienen una variabilidad estadística mayor y, por tanto, son menos significativas.

5. EVOLUCIÓN EN LA COMPOSICIÓN PÚBLICO-PRIVADO DEL EMPLEO SANITARIO

La evolución del empleo sanitario privado durante la pandemia presenta un perfil propio, aunque al final del período el porcentaje de crecimiento es similar al de la sanidad pública. El crecimiento del empleo en *Otras Actividades Sanitarias* durante todo el período compensó las disminuciones en el empleo en las *Actividades de Hospitalización* y en las *Actividades Médicas y Odontológicas* durante 2020 y 2021. Por ocupaciones, destaca la disminución en el número de médicas/os, mientras que los incrementos se produjeron sobre todo en el grupo de los profesionales con formación superior distinta a la Medicina y en el personal no sanitario. También disminuyó el auto-empleo al tiempo que se redujo la tasa de temporalidad.

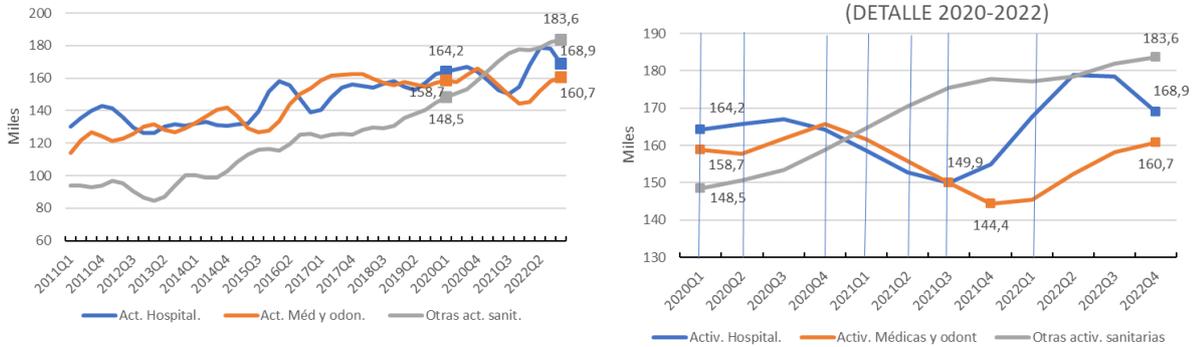
El sector sanitario privado al final de 2022 empleaba 40 mil personas más que al comienzo de la pandemia en el 1T de 2020, lo que supone un 8,6% de incremento. A pesar de que la tasa de crecimiento del empleo sea similar en los subsectores público y privado de la sanidad, la distribución temporal, por actividades y por ocupaciones del incremento son divergentes. El empleo sanitario privado creció en torno al 3% en las dos primeras olas de la pandemia y se contrajo entre el 4T de 2020 y el 3T de 2021; entre agosto de 2021 y agosto del 2022 muestra un fuerte crecimiento que se estanca a mediados de 2022 (Gráfico 41).

Gráfico 41
OCUPADOS EN ACTIVIDADES SANITARIAS (1T2020=100)
(Datos trimestrales desestacionalizados)



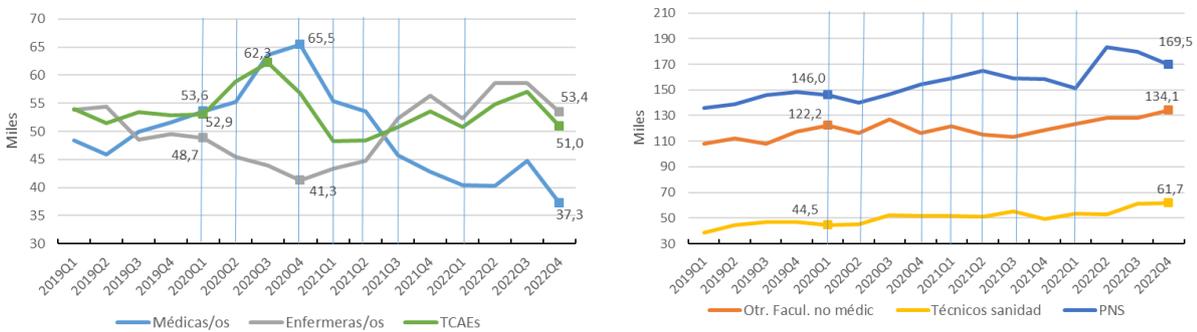
Una buena parte del crecimiento del empleo sanitario privado (85%) se ha producido en *Otras Actividades Sanitarias* (servicios ambulatorios de diagnóstico, clínicas de fisioterapia, podología, consultas de psicología clínica y transporte sanitario), que experimentan un crecimiento del 23% durante el período; las *Actividades de Hospitalización* crecen el 3%, y las *Actividades Médicas y Odontológicas* el 1% (Gráfico 42).

Gráfico 42
EMPLEO SANITARIO PRIVADO POR TIPO DE ACTIVIDAD (1T2011 A 4T2022)
(Datos trimestrales desestacionalizados)



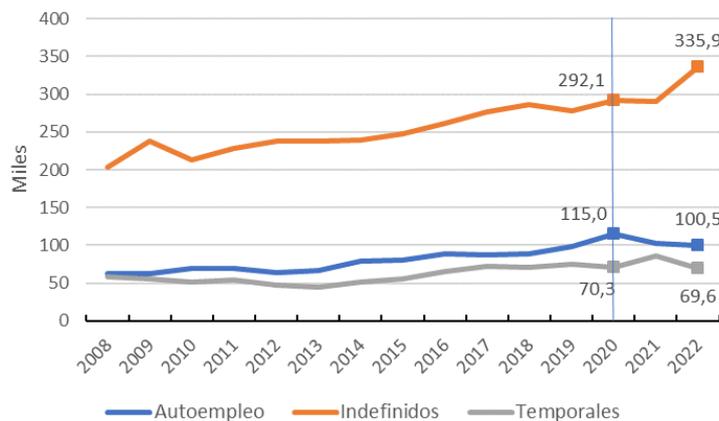
El crecimiento del empleo se concentra en los titulados superiores no médicas/os, los técnicos de sanidad y el personal no sanitario, con incrementos durante el período del 31%, 38% y 16% respectivamente; el grupo de enfermeras/os/os creció en alrededor de 4 mil profesionales (10%). Es de destacar el fuerte descenso en el número de médicas/os que pasó de 54 mil a 37 mil (-30%) (Gráfico 43).

Gráfico 43
EMPLEO SANITARIO PRIVADO SEGÚN OCUPACIÓN (1T2019 A 4T2022)



Los contratos indefinidos se incrementaron en un 15%, mientras que el autoempleo, más frecuente entre médicas/os, se redujo un 12% (Gráfico 44).

Gráfico 44
EMPLEO SANITARIO PRIVADO SEGÚN VINCULACIÓN LABORAL
(Medias anuales)



6. CONCLUSIONES

La respuesta del Sistema Nacional de Salud a la pandemia ha requerido un incremento extraordinario de sus recursos humanos. A pesar de ello, las instituciones sanitarias han funcionado con dotaciones de médicas/os por debajo del que tenían al inicio de la pandemia.

La demanda de personal por ocupaciones ha alterado la estructura de la plantilla. La ratio de enfermera por médico se ha incrementado debido a las necesidades propias de los programas de vacunación y control de la pandemia y, también, por el incremento en las jubilaciones de médicas/os. La mayor rotación en los puestos, consecuencia del incremento de las jubilaciones y la estabilización del empleo temporal, ha condicionado la gestión de personal en la pandemia. Las medidas extraordinarias para la consolidación del empleo temporal y la reforma de la regulación del empleo temporal adoptadas en 2021 y 2022 mostrarán sus efectos a lo largo de 2023 y 2024.

La oferta de trabajo se ha visto afectada tanto por los contagios del personal, con la consiguiente pérdida de horas efectivas, como por los cambios en el comportamiento en relación con las salidas por jubilación. La estructura actual de los recursos humanos, después de la importante rotación de los últimos tres años que ha producido una intensa renovación en el ámbito hospitalario, en particular en enfermería, sigue presentando unos indicadores de envejecimiento desfavorables que apuntan a un creciente volumen de salidas de médicas/os y enfermeras/os en el futuro inmediato, en particular, en *Actividades médicas y odontológicas*.

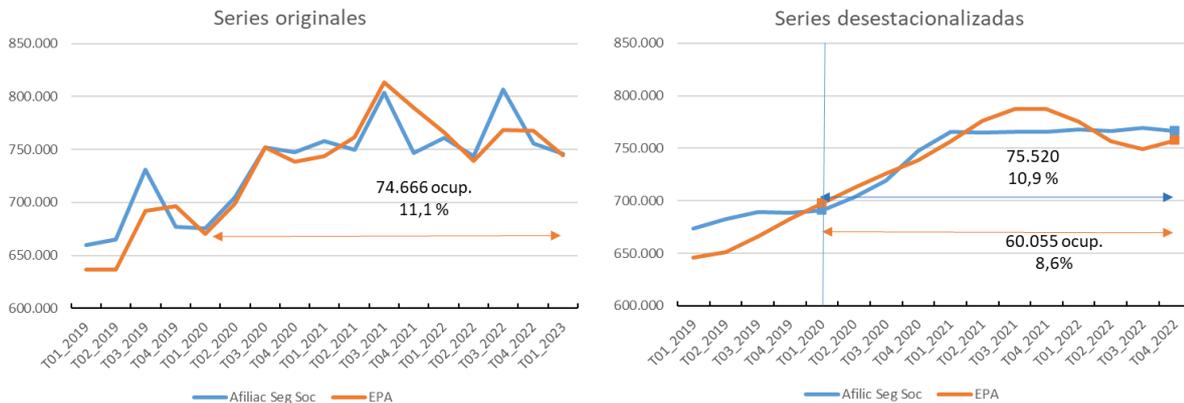
ANEXO 1

COMPARACIÓN EPA -REGISTRO DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL

La estimación trimestral del número de ocupados a partir de la EPA se puede comparar con los datos de afiliación a la Seguridad Social que publica mensualmente la Tesorería General de la Seguridad Social correspondientes al mes central de cada trimestre. La diferencia media en valores absolutos entre ambas fuentes para las últimas 17 observaciones (1T2019-1T-2023) es de 2,2 %, R (0-5,7), equivalente a 16.000 personas. Las mayores diferencias, en más o e menos, se observan en los dos últimos trimestres de cada año. (Gráfico 45).

Gráfico 45

COMPARACIÓN NUMERO DE OCUPADOS EPA Y AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL (SANIDAD PÚBLICA)



Un análisis pormenorizado de las diferencias entre los registros de afiliación de la Seguridad Social y los datos estimados de la EPA se puede consultar en la publicación del Consejo Superior de Estadística “Comparación de las cifras de empleo de acuerdo con la EPA y los datos de afiliación. Segundo trimestre de 2016” (INE, 2016). Para la comparación de los datos estimados para el empleo sanitario público con los datos de afiliación ver Hernández J y Cabezón E (2022 (b)), Anexo Metodológico.

ANEXO 2

DEFINICIÓN DE PERÍODOS PANDÉMICOS

La pandemia de COVID-19 se divide en siete olas o período pandémicos (Cuadro 1) cuya definición corresponde al Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III ¹⁵. La morbimortalidad de la enfermedad ha variado a lo largo de los diferentes períodos y con ella la presión sobre los distintas partes del sistema sanitario público.

En el análisis gráfico del empleo sanitario se señalan los períodos pandémicos. Dado que este análisis se realiza a partir de los datos trimestrales desestacionalizados de la EPA, se asume que la estimación trimestral de la EPA se refiere al mes central del trimestre.

Cuadro 1
PERÍODOS PANDÉMICOS

Períodos epidémicos				2020				2021				2022		
nº	Inicio	Final	meses	1T febrero	2T mayo	3T agosto	4T novbre.	1T febrero	2T mayo	3T agosto	4T novbre.	1T febrero	2T mayo	3T agosto
1	10-mar-20	21-jun-20	3		1ª									
2	22-jun-20	06-dic-20	6			2ª								
3	07-dic-20	14-mar-21	3					3ª						
4	15-mar-21	19-jun-21	3						4ª					
5	20-jun-21	13-oct-21	4							5ª				
6	14-oct-21	27-mar-22	5								6ª			
7	28-mar-22	28-oct-22	7											7ª

Fuente: CNE.ISCIII. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

¹⁵ CNE.ISCIII. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Equipo COVID-19. Informe nº152.Situación del COVID-19 en España a 28 de Octubre de 2022 <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202022/Informe%20n%C2%BA%20152%20Situaci%C3%B3n%20actual%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2028%20de%20octubre%20de%202022.pdf>

ANEXO 3

CATEGORÍAS DE CONTRATACIÓN

(Equivalencia entre categorías de contratación temporal de la EPA (DUCON3) y modalidades de contratación del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (EMPRESS))

El cuestionario de la EPA recoge información sobre el tipo de contrato en la variable DUCON3. Dadas las especificidades del personal estatutario de los servicios de salud, se hace necesario establecer la correspondencia entre las categorías de la EPA y las categorías establecidas en el EMPRESS. Para ello, se crea una variable que agrupa las 8 categorías recogidas en DUCON3 en 3 categorías denominadas conforme a la norma administrativa de contratación temporal (Cuadro 2). Dado que el concepto de *interino* en el empleo público se refiere a la persona que ocupa una *plaza vacante*, no hay una correspondencia clara con ninguna categoría del cuestionario, ya que la categoría 5, “*Que cubre la ausencia total o parcial del trabajador*, requiere especificar el nombre de la persona sustituida, al igual que en el contrato de sustitución del EMPRESS. Por ello, se ha optado por considerar que los contratos de interinidad, en su definición previa a la reforma del EMPRESS de julio de 2022, se codifican en la categoría *Otro tipo* ¹⁶. Naturalmente, esta asunción no excluye que se puedan codificar en el resto de categorías de DUCON3, aunque no concuerden con la descripción de las mismas, al no tener la interinidad una categoría propia en DUCON3.

Cuadro 2

CORRESPONDENCIA ENTRE CATEGORÍAS DE CONTRATACIÓN TEMPORAL EPA-EMPRESS

Causa de contratación	Ley 55/2003					Ley 12/2022				
	Artículo	Denominación	DUCON3	DUCON3 (agrupado)	Artículo	Denominación	DUCON3	DUCON3 (agrupado)		
Plaza vacante	9.2	Interino	8	1	Interino	9.1 a)	PET- Interino	8	1	Interino (vacantes)
Prog. Temporales	9.3 a)	Eventual	3	2	Eventual	9.1 b)	PET- Interino	3	2	Interino (Programas)
Acum tareas	9.3 b)	Eventual	1	2	Eventual	9.1 c)	PET- Interino	1	2	Interino (acum tareas)
Permisos y vacaciones	9.4	Sustitución	5	3	Sustitución	9(bis) 1 a)	PES- Sustitución	5	3	Sustitución
Guardias	9.3 b)	Eventual	6	2	Eventual	9(bis) 1 b)	PES- Sustitución- guardias	6	3	Sustitución
Reduc. Jornada	9.3 c)	Eventual	5	3	Sustitución	9(bis) 1 c)	PES- Sustituc- reduc. de jorn.	5	3	Sustitución

La reciente reforma de la contratación temporal en la sanidad pública ¹⁷ contempla solo dos categorías de contratación temporal, personal estatutario *interino* y personal estatutario *sustituto*. La primera categoría incluye dos supuestos; el primero se corresponde con la definición previa a la reforma del EMPRESS, que supone la existencia de plaza vacante; mientras que el segundo se refiere a aquellas plazas que, si bien no están en plantilla, su existencia responde a una necesidad acreditada por ejecución de programas o acumulación de tareas.

Por tanto, desde noviembre de 2022, las estadísticas de las administraciones sanitarias recogerán dos categorías de contratos temporales. En consecuencia, la tabla de equivalencias empleada en este estudio entre las categorías de la EPA y el EMPRESS, debe adaptarse igualmente.

¹⁶ El cuestionario de la EPA, en la categoría *Otro tipo*, permite recoger en un literal el tipo de contrato. En el cuestionario se consigna “INTERINO/INTERINA/INTERINIDAD” en el 75-80% de los casos codificados como “*Otro tipo*”. (INE, Sub. Gral. de Estadísticas del Mercado Laboral).

¹⁷ Real Decreto-Ley 12/2022, de 5 de julio, por el que se aprueba la reforma de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Se plantea una nueva agrupación de las categorías de DUCON3 en la que se desglosa la categoría de personal estatutario interino en dos subcategorías, según se trate de ocupar una plaza vacante de plantilla (art. 9 a) EMPES) o bien se trate de una plaza derivada de programas específicos o acumulación de tareas (art. 9 b) y c) EPPSS) (Cuadro 3). Esta nueva correspondencia se aplicaría a partir del primer trimestre de 2023.

Cuadro 3
TABLA DE CORRESPONDENCIA EPA(DUCON3) –EMPES

EPA- DUCON3	EPA-DUCON3 (Agrupado)	
	Ley 55/2003	Ley 12/2022
8. Otro tipo (especificar)	1. Interinos	1. Interinos- vacantes
1. Eventual por circunstancias de la producción	2. Eventuales	2. Interino- programas
3. Estacional o de temporada	2. Eventuales	2. Interino- acum.tareas
4. Cubre un periodo de prueba		
6. Para obra o servicio determinado	2. Eventuales	3. Sustitución
7. Verbal no incluido en las opciones anteriores		
0. No sabe		
5. Cubre la ausencia total o parcial de otro trabajador	3. Sustitución	3 Sustitución
2. De aprendizaje, formación o práctica	4. Formación	4. Formación

Bibliografía

BLOOR, K., y MAYNARD, A. (2003): “Planning human resources in health care: Towards an economic approach. An International comparative review”, Canadian Health Services Research Foundation.

CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA (2022): Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Equipo COVID-19. Informe nº152 Situación del COVID-19 en España a 28 de octubre de 2022.

HERNÁNDEZ, J. (2016): “Productividad y gasto sanitario público durante la crisis: una aproximación al cálculo de la productividad agregada del SNS en el periodo 2009-2013”, *Presupuesto y Gasto Público* 85/2016: 165-189.

HERNÁNDEZ, J., y CABEZÓN, E. (2022a): “El empleo temporal en la sanidad pública”. *Papeles de Trabajo* 1/2022 Instituto de Estudios Fiscales https://www.ief.es/docs/destacados/publicaciones/papeles_trabajo/2022_01.pdf.

HERNÁNDEZ, J. Y CABEZÓN, E. (2022b): “Los recursos humanos de la sanidad pública; estructura y tendencias (2002-2019)”. *Papeles de Trabajo* 6/2022, Instituto de Estudios Fiscales PT_6_22 (ief.es)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2016): Consejo Superior de Estadística, Grupo de Trabajo de Estadísticas del Mercado de Trabajo. Comparación de las cifras de empleo de acuerdo con la EPA y los datos de afiliación. Segundo trimestre de 2016. https://ine.es/en/daco/daco42/daco4211/compa_empleo_bp11_2016_en.pdf

LEE, T.; PROPPER, C., y STOYE, G., (2019): “Medical labour Supply and the Production of Healthcare”, *Fiscal Studies*, vol. 40, nº 4, pp. 621-661

MAYNARD, A., y WALKER, A., (1993): “Planning the medical workforce; struggling out of the time warp”, Center for Health Economics. Univ. of York. *Discussion Paper* 15, April, 1993