



CUADERNOS

de información sindical



48
2015

**El empleo en actividades sanitarias
y su evolución durante la crisis**



CCOO

El empleo en actividades sanitarias y su evolución durante la crisis

Edita: Confederación Sindical de Comisiones Obreras

Elaborado por: Fernando Puig-Samper. Secretaría Confederal de Protección Social y Políticas Públicas de CCOO

Madrid, octubre de 2015

Realiza: Unigráficas GPS

Depósito legal: M-34042-2015

Índice de contenido

Índice de tablas.....	5
Índice de gráficos	7
Presentación.....	11
Resumen	15
1. Introducción.....	17
2. Metodología.....	21
3. Volumen total de empleo en actividades sanitarias	25
4. Peso relativo del empleo en sanidad	31
5. Distribución del empleo entre sector público y privado.....	35
6. El empleo autónomo en el sector privado	38
7. Distribución del empleo según sexo y edad	40
8. Relación laboral temporal o indefinida.....	47
9. Tipo de jornada	51
10. Horas efectivas de trabajo	54
11. Las horas totales semanales trabajadas en sanidad.....	57
12. Antigüedad en el empleo.....	59
13. Empleo según país de nacimiento.....	64
14. Distribución ocupacional.....	66
15. Distribución por niveles de estudios. Formación continua	71
16. Distribución entre ámbitos de actividad sanitaria.....	73
17. Pluriempleo en las actividades sanitarias	75
18. Retribuciones en las actividades sanitarias.....	77
19. Ratios de actividad.....	82
20. Discusión y conclusiones.....	86
Bibliografía	100
Anexo. Metodología del CNAE-2009. Actividades sanitarias	102
Adenda.....	106

Índice de tablas

Tabla 1. Fuentes e indicadores sobre el empleo en sanidad	21
Tabla 2. Evolución del empleo en sanidad por CC.AA.	29
Tabla 3. Estructura del empleo en actividades sanitarias.....	35
Tabla 4. Sexos y edades de la población ocupada en sanidad.....	40
Tabla 5. Sexos y edades del total de la población ocupada.....	40
Tabla 6. Distribución por sexos y edades en la sanidad pública	43
Tabla 7. Distribución por sexos y edades en la sanidad privada.....	44
Tabla 8. Indicadores de envejecimiento de población ocupada.....	44
Tabla 9. Edades medias de la población ocupada	45
Tabla 10. Evolución de los porcentajes de temporalidad	47
Tabla 11. Temporalidad según sexos.....	48
Tabla 12. Tasas de temporalidad en sanidad por edades.....	48
Tabla 13. Temporalidad en ocupaciones sanitarias.....	49
Tabla 14. Porcentajes de parcialidad por sexos y edades.....	51
Tabla 15. Motivos para trabajar a tiempo parcial.....	52
Tabla 16. Horas efectivas de trabajo.....	54
Tabla 17. Horas efectivas en tiempo parcial	55
Tabla 18. Horas efectivas en tiempo completo.....	55
Tabla 19. Horas efectivas según sexo en sanidad	55
Tabla 20. Horas totales semanales en sanidad	57
Tabla 21. Antigüedad en sanidad	61
Tabla 22. Empleo según país de nacimiento en sanidad	64
Tabla 23. Empleo según país de nacimiento en total	64
Tabla 24. Ocupaciones en sanidad 2014	66

Tabla 25. Ocupaciones en la sanidad pública 2014.....	67
Tabla 26. Ocupaciones en la sanidad privada 2014	67
Tabla 27. Ocupaciones en sanidad: hombres 2014	68
Tabla 28. Ocupaciones en sanidad: mujeres 2014.....	68
Tabla 29. Distribución por sexos en cada ocupación 2014.....	69
Tabla 30. Niveles educativos en sanidad.....	71
Tabla 31. Nivel educativo en sanidad pública y privada	72
Tabla 32. Distribución por niveles en sanidad	73
Tabla 33. Pluriempleo en actividades sanitarias	75
Tabla 34. Salario medio en euros constantes 2011	77
Tabla 35. Salario medio en tiempo completo euros constantes	77
Tabla 36. Actividad hospitalaria	84

Índice de gráficos

Gráfico 1. Volumen total de empleo.....	25
Gráfico 2. Empleo en sanidad y en el resto de los sectores	26
Gráfico 3. Empleo en actividades sanitarias en Europa.....	27
Gráfico 4. Empleo en actividades sanitarias en CC.AA.	28
Gráfico 5. Diez actividades con mayor volumen de empleo.....	31
Gráfico 6. Evolución del peso relativo del empleo en actividades sanitarias en España	32
Gráfico 7. Peso relativo del empleo en actividades sanitarias en los países europeos...	33
Gráfico 8. Ocupados en sanidad sobre el total de ocupados	34
Gráfico 9. Empleo en sanidad pública y privada	36
Gráfico 10. Evolución del empleo público entre 2002 y 2014.....	37
Gráfico 11. Pirámide la población ocupada: sanidad y total	41
Gráfico 12. Evolución del índice de envejecimiento laboral.....	43
Gráfico 13. Pirámide de población sanidad pública y privada	46
Gráfico 14. Empleo temporal y parcial en sanidad.....	53
Gráfico 15. Distribución de antigüedad por percentiles.....	60
Gráfico 16. Antigüedad en sector sanitario	61
Gráfico 17. Antigüedad por sexo, tipo de contrato y sector.....	62
Gráfico 18. Evolución de salarios medios 2008-2013.....	79
Gráfico 19. Distribución de salarios medios en sanidad	80
Gráfico 20. Distribución salarial en sanidad pública y privada	81
Gráfico 21. Profesionales en sanidad pública por 100.000 habitantes > 64 años.....	83



El empleo en actividades sanitarias y su evolución durante la crisis



Presentación

El presente trabajo sobre el empleo sanitario y lo que ha ocurrido con él durante la crisis que hemos padecido desde 2008, si bien tiene un origen académico, la realización del Trabajo Fin de Máster de Administración Sanitaria del autor, nuestro compañero Fernando Puig-Samper, adquiere un interés innegable para cualquier análisis sobre el sector sanitario en España y, desde luego, para la actividad sindical.

El trabajo contiene una aproximación novedosa, más profunda y general de lo habitual en las aportaciones sobre esta materia. Entre otras fuentes, utiliza la Encuesta de Población Activa (EPA) como la más relevante y, además de su originalidad, apunta también otros trabajos posteriores, con mayor nivel de desagregación, que permitan comparar efectos sobre el empleo y modelos sanitarios, tanto internacionalmente como en las distintas comunidades autónomas.

Cualquier aproximación a esta materia, como a todas, debe hacerse desde el mejor conocimiento de la misma y la realidad contrastada. Es el punto de partida necesario para cualquier valoración de situación; es condición previa para adoptar o proponer medidas, así como para denunciar derivas que deben ser corregidas.

No basta con exigir el fin de los recortes, que es necesario. Debemos saber cómo se han aplicado, dónde han provocado efectos y dónde no, así como si los efectos de la crisis son un 'apretón' generalizado de cinturón, a la espera de contar con recursos para retornar a la situación anterior o si, como suele ocurrir, no es posible volver a aquella porque la evolución conduce o profundiza en un cambio en el modelo, como está ocurriendo en el sector sanitario.

El trabajo nos centra en 2002, año de culminación de transferencias sanitarias a las comunidades autónomas; nos muestra el crecimiento del empleo sanitario desde esa fecha, unido a un fuerte incremento de la demanda de servicios sanitarios, hasta alcanzar su máximo en 2011, para sufrir un retroceso significativo en 2012-2013 y recuperar terreno en 2014 (si bien con pérdida neta de empleo propiamente sanitario: enfermería y medicina), con un comportamiento que se relaciona con la crisis, pero de manera distinta en algunos aspectos relevantes al resto de sectores de actividad.

Pero la aproximación cuantitativa no es suficiente: el análisis pormenorizado de la desagregación público-privada, la especialización por servicios dentro de cada una (hospitalarios, atención primaria, oncología,...), el análisis por género en un sector con clara preponderancia femenina, edad, modalidades de contratación, jornada, horas de trabajo efectivo anual, salarios,... permiten concluir otras cuestiones relevantes.

El desplazamiento de la actividad del sector público al privado, en un proceso que se califica aquí como "privatización suave", profundiza, al calor de la crisis, en una tendencia que ya podíamos observar en el conjunto del sector sanitario. Tiene importancia en aspectos básicos de la prestación sanitaria, así como en las condiciones de trabajo de los profesionales

del sector sanitario, a los que la Organización Mundial de la Salud, como oportunamente se cita en este trabajo, define como el corazón y el alma de los sistemas de salud y elemento esencial del mismo.

Los actuales retos del sistema sanitario: envejecimiento de la población, introducción de nuevas tecnologías, nuevas amenazas de enfermedades transmisibles y el continuo aumento de la necesidad de gasto sanitario, han significado una fuerte creación de empleo en los últimos años, que se ha detenido durante la crisis y que se combina con el mencionado proceso de privatización suave (el peso relativo del empleo en la sanidad privada española ha pasado del 30,8% en 2002 al 38,6% en 2014) y con la insuficiencia de los actuales presupuestos públicos.

Todo ello contribuye a una disminución de la calidad del empleo, en la que las diferencias entre el sector público y el privado se incrementan, con la extensión del trabajo autónomo, el incremento del tiempo parcial y del número de personas trabajando en el sector privado.

Es obvio que, pese a las diferencias entre la evolución del empleo en el sector sanitario frente al conjunto del mercado laboral, también aquí hay un efecto evidente del deterioro de condiciones laborales derivadas de decisiones administrativas y legislativas para el empleo público, de un lado, y del desequilibrio introducido en el marco de regulación convencional del sector sanitario en su conjunto por las reformas laborales y de la negociación colectiva llevadas a cabo en los últimos años.

El trabajo aborda también una proyección poblacional de la mayor relevancia, que pone en cuestión las evoluciones de las políticas presupuestarias y de ordenación del sector público, desarrolladas en los últimos años.

Entre julio de 2002 y el mismo mes de 2014 (INE), la población en España ha crecido un 12,2% (de 41,4 a 46,4 millones de personas). En ese mismo periodo, el crecimiento del empleo sanitario ha sido un 33,0% (si bien llama la atención que se descomponga en un 17,8% en la sanidad pública, y un 65,2% en la privada). En cualquier caso, cifras que superan el crecimiento global de la población. Por ello, se pasa de tener 1.161 profesionales por cada cien mil habitantes a tener 1.219, un incremento del 5,0% en la relación entre población total y profesionales en actividades sanitarias. No obstante, si la fotografía se centra en el periodo 2008-2014, el análisis empeora sensiblemente.

Pero lo más relevante, aunque no lo único, a efectos de determinar las necesidades presentes y futuras de gasto sanitario, es analizar la evolución de la población mayor de 65 años. En 1971 era el 9,7% del total, hoy es el 18,3%, en 2020 alcanzará, según el INE, el 20,2%, 25,6% en 2030 y 32,4% en 2040. Si consideramos que la mayor parte de la necesidad de atención sanitaria, tanto en atención primaria como en especializada y hospitalaria, se concentra en esta fase de la vida de las personas, no hace falta ser un lince para entender que las necesidades son crecientes (cronicidad, dependencia, pluripatologías,...) y que, por tanto, un comportamiento presupuestario público como el contemplado en los últimos años es incongruente con la adecuada atención de esa mayor necesidad de asistencia sanitaria, desde el Sistema Nacional de Salud, desde una adecuada coordinación socio-sanitaria,...

Si lo anterior es evidente, a la luz de los pocos datos que se destacan en esta presentación y los muchos que contiene este trabajo, la pregunta es obvia. ¿Se dota de presupuestos suficientes al Sistema Nacional de Salud, o se apuesta por un papel creciente del sector privado en algunas de las prestaciones del Sistema –serán las más rentables lógicamente–, con el consiguiente deterioro de principios básicos como la universalidad de la prestación y la igualdad de acceso a la misma? El Programa Nacional de Reformas para 2015, así como la actualización del Programa de Estabilidad 2015-2018 aprobados por el Gobierno caminan en sentido distinto, hacia, en el mejor de los casos, la congelación del presupuesto sanitario en términos reales, renunciando a los recursos suficientes para afrontar la situación descrita.

Los próximos años son determinantes para que se consolide esta tendencia o para invertirla, apostando por mejorar la gobernanza, la transparencia, la racionalidad, como no, pero junto a una apuesta clara por la suficiencia y calidad del Sistema Nacional de Salud. Trabajos como éste contribuyen a ello, el permanente compromiso de CCOO, que hoy se traduce en difundirlo, también.

Carlos Bravo Fernández

Secretario confederal de Protección Social y Políticas Públicas de CCOO

Resumen

El objetivo de este trabajo es analizar el impacto de la crisis económica vivida en España desde 2008 sobre el empleo y las condiciones de trabajo de los profesionales del sector sanitario. En definitiva, identificar qué aspectos se han alterado con mayor significación y si la percepción de empeoramiento del clima laboral en los centros sanitarios se explica por la intensidad de la crisis o tiene componentes ajenos y previos a la misma.

Para ello se ha adoptado un enfoque global, tratando de observar el sector desde diferentes ángulos para tener una visión general del mismo. Es éste un enfoque novedoso y diferente a los trabajos realizados hasta ahora, centrados en aspectos concretos o parciales del sector.

El periodo analizado es el comprendido entre 2002 –año de culminación de las transferencias sanitarias a las CC.AA. y el primero que puede considerarse comparable en cuanto a la estructura organizativa del sistema sanitario en España con el existente en la actualidad–, y 2014 una vez que el INE ya ha publicado los datos del último trimestre del año. Además, 2008 y 2011 son años de referencia porque en ellos se aprecian cambios importantes de tendencia en el sector sanitario.

La fuente más significativa para este trabajo es la Encuesta de Población Activa, que proporciona indicadores seguros, fiables, publicados con periodicidad trimestral y anual. Se trata de una encuesta relevante –utilizada por Administraciones, empresas, universidades e investigadores– y exhaustiva. Conviene precisar que los datos que se utilizarán en la mayor parte de los casos serán los relativos al cuarto trimestre de los años de referencia, que son constantes todos los años y no están alterados por las variaciones de Semana Santa (que unas veces afectan al primer trimestre y otras al segundo) o por las vacaciones de verano, que modifican sustancialmente los datos del tercer trimestre de cada año.

El trabajo muestra los datos más significativos sobre el volumen de empleo en sanidad y su importancia como sector productivo; la distribución entre los sectores público y privado; la composición del empleo por edad y sexo; los datos sobre temporalidad y empleo a tiempo parcial; las horas trabajadas; la antigüedad; el impacto de la inmigración en las profesiones sanitarias; las principales ocupaciones profesionales; sus niveles de estudio; la distribución entre atención primaria y especializada; el pluriempleo; las retribuciones y los ratios de actividad.

Un primer aspecto a destacar es que no debería hablarse de actividades sanitarias sin diferenciar, en lo que al empleo se refiere, el sector público y el privado. Las diferencias en volumen (60% y 40%), estructura demográfica (vejez frente a juventud), gestión de la flexibilidad (temporalidad vs. parcialidad), antigüedad (mayor y menor), estructura ocupacional (enfermería y medicina en la primera, otros profesionales de la salud y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la segunda) y distribución entre niveles (especializada y primaria) justifican esta afirmación.

Otro aspecto destacable es que parece que la sanidad pública se está gestionando, hablando en términos generales, desde la flexibilidad externa: disminuyendo en lo posible el número de personas empleadas (jubilaciones forzosas, límites a las tasas de reposición, ex-

tinción de contratos temporales), manteniendo tasas de temporalidad elevadas a pesar del ajuste realizado, externalizando servicios y actividades. La pregunta es si no sería deseable un cambio de este modelo de gestión del empleo, enlazando con los debates sobre la necesidad de impulsar modelos de *clinical governance* que conlleven nuevos roles profesionales. Es un reto para gestores, sindicatos y organizaciones profesionales asumir un cambio que debe llevar desde la flexibilidad externa a la flexibilidad interna. Hacia un modelo de gestión que conlleve asumir reglas diferentes en los tiempos de trabajo y en la distribución de los mismos, en las posibilidades de movilidad geográfica y funcional, en los cambios en la organización del trabajo.

En tercer lugar, el trabajo muestra cómo es posible utilizar como indicador las horas efectivas globalmente realizadas en el sector público y en el privado para medir el volumen de la actividad desarrollada en los mismos. No se trata de saber si cada persona trabaja más o menos horas, sino de observar si el conjunto del empleo en cada sector realiza más o menos actividad global. Esta aproximación permite ver un desplazamiento de la actividad del sector público al privado, un proceso que se califica en el trabajo de “privatización suave”: no se necesitan decisiones “duras” e identificables como privatizadoras para conseguir un mayor peso de la sanidad privada en el conjunto de la actividad sanitaria en España.

El trabajo muestra, por último, diferentes caminos para nuevas aproximaciones con perspectivas diferentes. Por el ámbito territorial, ya que se podría hacer un trabajo comparativo con otros países europeos para ver si la evolución tiene aspectos comunes o diferenciadores y si los propios modelos sanitarios (Beveridge o Bismarck) son relevantes. A su vez, también podría hacerse un trabajo desagregando los datos por CC.AA. y analizando y comparando su evolución en el mismo periodo, lo que podría mostrar los efectos de las diferentes políticas o la influencia de distintos sistemas de gestión.

La misma aproximación podría ser útil aplicada en otros sectores clave de los sistemas de protección social, como los servicios sociales y la atención a las personas con dependencia, ya que se trata de una metodología de análisis sectorial exportable hasta donde las fuentes lo permitan.

Por último, cada aspecto señalado podría ser objeto de profundización. Este trabajo se limita a una primera aproximación, pero, sin duda, cada aspecto podría ser objeto de un análisis más detallado. Por ejemplo, el empleo de una fuente no utilizada en este trabajo como es la Muestra Continua de Vidas Laborales junto con los microdatos de la EPA permitiría un análisis más detallado de algunos fenómenos que aquí son meramente indicados.

1. Introducción

El empleo es un factor clave en el desarrollo personal, la cohesión social y el crecimiento económico. Su volumen, características, distribución, composición y cualificación permiten conocer aspectos clave de la vida social y facilitan indicadores que dejan ver tanto la evolución como la comparación con otros países.

Caracterizar el empleo en las actividades sanitarias es el objetivo de este trabajo. Se trata de un sector con un alto volumen de ocupados, con un peso relevante en el conjunto del gasto público y privado, y con una estructura profesional clave en la gestión del conocimiento.

Quizás por ello, los momentos de crisis que afectan al volumen de empleo, a su composición y a sus condiciones preocupan de manera especial en el mundo sanitario. Tal y como dice la Organización Mundial de la Salud (OMS), “los trabajadores de la salud son el corazón y el alma de los sistemas de salud” (1), son el “núcleo de los sistemas sanitarios: sin ellos no hay sistema sanitario” (2). En línea con esta afirmación, la OMS está trabajando en una Estrategia Global sobre recursos humanos para la salud hasta 2030, incluyendo aspectos que van desde la planificación, la educación, la gestión, la retención, los incentivos, los vínculos con la fuerza de trabajo de servicio social, etcétera. Una estrategia que incluye a los países de todos los niveles de desarrollo socioeconómico, teniendo en cuenta el reto que supone garantizar un sistema de salud universal en su cobertura y acceso, y afrontar las crecientes necesidades que se derivan del envejecimiento de la población.

La OMS está promoviendo la Estrategia Global por fases. En este momento se está desarrollando la Estrategia 2013-2016 (3) y se están sometiendo a debate, en el marco de la Global Strategy on Human Resources for Health, ocho puntos diferentes: los motores de cambio en los mercados de trabajo de la salud; el papel de la educación transformadora; los datos y la medición de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los recursos humanos para la salud; rendición de cuentas y la alineación para el post-2015: las funciones y responsabilidades de los actores estatales y no estatales; el liderazgo, la gobernanza y la alineación de políticas en los sistemas de salud públicos y privados; los impulsores de cambio en los Estados frágiles; la mejora de la productividad y el desempeño de los trabajadores de la salud en el contexto de la cobertura universal de salud: los cometidos de las normas, mejorar la calidad, y la regulación; construyendo la capacidad humana más allá del sector de la salud. Las conclusiones deben permitir presentar esta Estrategia en mayo de 2016 ante la Asamblea Mundial de la Salud.

Sin embargo, la legítima preocupación de la OMS por la carencia de 7,2 millones de trabajadores de la salud y 83 países enfrentándose a una crisis de trabajadores de la salud (4) lleva a este organismo mundial a centrar sus inquietudes en los países con mayor escasez de recursos. Se echan en falta, en los trabajos preliminares, análisis regionales que permitan contextualizar los datos y las propuestas, aunque sí se encuentran fichas por países, que incluyen a España y reflejan algunos datos sobre población y salud, recursos humanos para la salud y la gobernanza de los mismos. A pesar del interés de la Estrategia Global por abordar las carencias de recursos humanos para la salud y marcar sendas para su corrección, no se ocupa de los aspectos más relevantes para este trabajo: el impacto de la crisis en las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud.

En el Libro Verde (5) de la Unión Europea (UE) se planteaban como nuevos retos el envejecimiento de la población, la introducción de nuevas tecnologías, las nuevas amenazas de enfermedades transmisibles y el continuo aumento del gasto sanitario. Cuatro años más tarde se aprobó el Plan de Acción para el personal sanitario de la UE (6) insistiendo en dos factores clave: el envejecimiento de la población y el incremento de la demanda de servicios sanitarios. Y a ello incorpora aspectos que no sólo tienen en cuenta los factores externos como elementos de inquietud: el envejecimiento del propio personal sanitario, la insuficiente reposición de las jubilaciones, los problemas de retención derivados de las exigentes condiciones de trabajo y los salarios relativamente bajos en algunas ocupaciones. Además, añade, los nuevos modelos de atención para hacer frente a las enfermedades crónicas de las personas mayores y el aumento de las nuevas tecnologías requerirán nuevas habilidades y competencias.

Todos estos factores han sido impulsores de un fuerte crecimiento del empleo en actividades sanitarias, incluso en los últimos años de crisis económica. En el Plan de Acción se reflejaba un incremento del 21% entre 2000 y 2010, con la creación de 4 millones de empleos hasta alcanzar los 17,1 millones que trabajaban en sanidad en 2010.

Ante estas inquietudes, el Plan de Acción propone varias líneas: prever las necesidades de personal y mejorar las metodologías de planificación de los recursos humanos; anticipar las nuevas competencias que serán necesarias entre los profesionales sanitarios; compartir buenas prácticas sobre estrategias eficaces de contratación y retención de profesionales sanitarios; y mitigar los efectos negativos de la migración de profesionales sanitarios en los sistemas de salud.

En España, en 2010, se elaboró en el Senado un Informe sobre las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud (SNS) (7) con 27 recomendaciones. Posteriormente, en octubre de 2013, se ha elaborado el Libro Blanco sobre *Los recursos humanos en el sistema sanitario* (8), realizado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) en colaboración con la Universidad Rey Juan Carlos, con sesenta propuestas. Lo cierto es que hasta el momento no ha sido posible alcanzar un acuerdo parlamentario, un pacto por la sanidad, en el que integrar, de manera coherente, las propuestas que afectan a los profesionales del ámbito sanitario.

De lo anterior se desprende que en todos los ámbitos –mundial, europeo, nacional– hay una evidente preocupación por las políticas de empleo en las actividades sanitarias, dada su importancia para el buen funcionamiento de los propios sistemas sanitarios. Cabría colegir de lo anterior que debería encontrarse una gran profusión de trabajos sobre el volumen de empleo en sanidad, su composición y sus condiciones, más allá de los mencionados. Sin embargo, son limitadas las publicaciones con este contenido.

Lo más parecido a un análisis global del empleo en las actividades sanitarias hay que buscarlo en informes generales que dedican alguno de sus apartados a los recursos humanos en el sector. Por ejemplo, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (9) ha elaborado el informe *Health at a glance 2013* incluyendo un capítulo sobre *Health workforce*. En el mismo se analizan diferentes indicadores: el número de profesionales de la medicina *per cápita* y su evolución; su distribución según edad, género y tipo (especialistas

o generalistas); el número de profesionales en ginecología, obstetricia y matronas *per cápita* y su evolución; el número de profesionales de la psiquiatría y la enfermería trabajando en salud mental *per cápita* y la evolución en el primer caso; el número de personas graduadas en medicina en relación con la población general y con el número de profesionales de la medicina ya existente y su evolución; la remuneración de los profesionales de la medicina; el número de profesionales de enfermería en relación con la población y su evolución, así como el ratio entre profesionales de enfermería y medicina; el número de profesionales de enfermería graduados en relación con la población general y con el número de profesionales de enfermería existentes y su evolución, y la remuneración de profesionales de enfermería.

El informe permite hacer comparaciones internacionales con estos datos, pero para un análisis específico en España los indicadores ofrecidos son limitados y no permiten tener una visión global de todo el empleo en el sector, distinguiendo público y privado, su tipo y distribución y sus características más relevantes. Estas limitaciones se mantienen en el informe correspondiente a 2014 (10), que en el Capítulo 3, *Health care resources and activities*, se limita a analizar y comparar el número de médicos y enfermeras, así como su evolución relativa entre 2000 y 2012 en lo que atañe al volumen de población.

Respecto a España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) ha publicado su Informe Anual sobre el SNS en 2012 (11) incluyendo un apartado sobre recursos asistenciales. La información, siempre con datos limitados al sector público, refleja el número de personas que trabajan en medicina y enfermería. Se presentan números absolutos, relación con la población y distribución por sexos. Sólo se recogen los datos de 2008 a 2011. Se trata, por tanto, de una información breve y limitada.

Lo último publicado en relación con la situación en España es el Informe del Observatorio de la Sanidad de la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA) (12), Informe que incluye un capítulo sobre indicadores de situación laboral en sanidad utilizando como fuentes principales la Encuesta de Población Activa (EPA) y la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL). Quizás uno de los problemas es que no distingue entre sanidad pública y privada, que se considera fundamental en el análisis del sector.

Es cierto que se han publicado artículos analizando aspectos más cualitativos, como formación y planificación (13,14). Hay también estudios específicos sobre necesidades entre algunas profesiones concretas, sobre todo medicina y enfermería. Por ejemplo, el trabajo realizado sobre oferta y necesidad de especialistas médicos realizado en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (15) o el realizado sobre profesionales de cuidados de enfermería (16). En ambos casos se trabaja con datos aportados por los Servicios de Salud, datos de profesionales colegiados, y estadísticas propias del Ministerio de Sanidad como la Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado (ESCRI 2009) y el Sistema de Información de Atención Primaria de 2009. Pueden verse datos en términos absolutos y relativos, distribución entre primaria y especializada, por CC.AA. y por categorías o especialidades, pero los datos son de 2009.

Otro tipo de análisis se centra en aspectos concretos del empleo en las actividades sanitarias. Por ejemplo, estudios sobre feminización (17,18), sobre percepción y satisfacción de los profesionales sanitarios (19) o sobre ámbitos y colectivos concretos, como el empleo fe-

menino en las actividades sanitarias de Andalucía (20) o sobre los especialistas en medicina interna formados en Galicia (21).

De la revisión bibliográfica se desprende que no hay un trabajo que analice el volumen de empleo en las actividades sanitarias, su evolución, estructura y condiciones de trabajo en España. Un trabajo que, con la crisis económica de estos últimos años, entre 2008 y 2014, se hace más necesario para conocer el impacto de la misma en el conjunto de profesionales que trabajan en el ámbito sanitario.

Este trabajo se centra, por un lado, en aspectos que pueden considerarse clásicos en cualquier análisis del empleo y su evolución, sin entrar en la ordenación de las profesiones sanitarias y sus requisitos de formación y cualificación, salvo que sea necesario para explicar alguno de los datos encontrados en este análisis.

Conviene detenerse, además, en analizar el impacto de la crisis económica sufrida en España en los últimos años sobre el empleo en las actividades sanitarias. Varios son los elementos a tener en cuenta y que son el objetivo de este trabajo. En primer lugar, verificar cuáles han sido las variaciones en el volumen de empleo. En segundo lugar, analizar si la composición del mismo se ha modificado. Y, en tercer lugar, comprobar si las condiciones del empleo se han alterado y en qué aspectos.

En definitiva, se tratará de responder a la pregunta sobre qué aspectos del empleo en las actividades sanitarias se han alterado con mayor significación en la crisis de los últimos años. Dicho de otra forma, responder a la pregunta sobre si la percepción de empeoramiento del clima laboral en los centros sanitarios se explica por la intensidad de la crisis.

La hipótesis de partida es que la crisis económica de estos últimos años ha alterado aspectos clave del empleo en las actividades sanitarias. Tanto su volumen como el resto de indicadores se ven modificados en un entorno de fuertes restricciones presupuestarias en el gasto público y de impacto de la crisis económica en el sector privado. Sin embargo, tal y como se ha visto anteriormente, no es la crisis económica el único factor a tener en cuenta. El envejecimiento de la población y el incremento de la demanda de servicios sanitarios son, también, factores que presionan sobre el empleo.

Sin duda, este trabajo podría ser ampliado con análisis más específicos sobre algunos de los aspectos que se abordan en él, pero se ha preferido limitar esta primera aproximación a realizar un análisis general del sector, de manera que pueda tenerse una imagen coherente y completa de las actividades sanitarias en España.

2. Metodología

Este trabajo se limita al análisis de fuentes oficiales, con estadísticas producidas por diferentes organismos, tanto nacionales como internacionales. Fuentes que permiten conocer el volumen, distribución y tipo de empleo de la actividad sanitaria. Además, se han tenido en cuenta las publicaciones ya existentes, realizadas tanto por organismos internacionales como por entidades nacionales, algunas de ellas ya mencionadas en el apartado previo. Teniendo en cuenta lo anterior, se quiere en este trabajo ampliar y actualizar parte de la información disponible en los informes anteriores.

El análisis del empleo en las actividades sanitarias –su volumen, composición y condiciones– lleva a considerar qué indicadores pueden utilizarse y las diferentes fuentes de información disponibles. Sobre los indicadores a utilizar en este trabajo deberían buscarse datos sobre los aspectos incluidos en la Tabla 1.

Tabla 1. FUENTES E INDICADORES SOBRE EL EMPLEO EN SANIDAD

Indicadores sobre empleo en actividades sanitarias	Fuentes sobre el empleo en las actividades sanitarias				
	EPA	SS	SIAP	SIAE/ESCRI	BEAAPP
Volumen total de empleo en actividades sanitarias	*	*			
Distribución territorial del empleo	*		*		
Peso relativo del empleo en sanidad sobre el total	*	*			
Volumen de empleo en sanidad pública	*			*	*
Volumen de empleo en sanidad privada	*			*	
Distinción entre asalariados y autónomos	*	*			
Distribución del empleo según sexo	*				*
Distribución del empleo según edad	*				
Relación laboral temporal e indefinida	*				
Tipo de jornada (completa o parcial)	*				*
Horas efectivas de trabajo	*				
Antigüedad en el empleo	*				*
Empleo según país de nacimiento	*				
Distribución ocupacional	*		*	*	
Distribución por niveles de estudios	*				
Volumen de empleo en atención especializada	*			*	
Volumen de empleo en atención primaria	*		*		
Pluriempleo en el sector sanitario	*				
Retribuciones	*				
EPA	Encuesta de Población Activa, INE				
SS	Afiliación media mensual a la Seguridad Social				
SIAP	Sistema de Información de Atención Primaria				
ESCRI	Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado				
SIAE	Sistema de Información de Atención Especializada				
BEAAPP	Boletín Estadístico del Personal al servicio de las Administraciones Públicas				

Fuente: elaboración propia.

Se explicará a continuación cuáles son las fuentes de información posibles para obtener estos datos y los inconvenientes asociados a cada una de ellas.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) facilita datos a través del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), de la Estadística de Establecimientos en Régimen de Internado (ESCRI) y su evolución hacia el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

La primera de estas fuentes, SIAP, permitiría conocer cuántas personas trabajan en los centros de atención primaria y su distribución territorial y profesional, así como la actividad desarrollada medida por consultas ordinarias y urgentes. Sin embargo, tiene varios límites. Por un lado, que sólo se incluye información referida a los centros integrados en el Sistema Nacional de Salud, excluyendo a los centros privados. Por otro, el límite temporal, ya que sólo ofrece información entre 2004 y 2013; para el personal no sanitario sólo hay información desde 2006. No es posible, con la información que ofrece SIAP, ver la estructura por sexos y edades de los profesionales ni ningún otro de los indicadores mencionados anteriormente.

Por otro lado, ESCRI ha sido ya superada por SIAE. La primera ofrece datos desde 1997 hasta 2009 y la segunda desde 2010 hasta 2013. Sí permite en este caso conocer los datos tanto del sector público como del privado, así como su distribución por comunidades autónomas (CC.AA.), por finalidad asistencial y por forma jurídica, una de las relevantes modificaciones introducidas en el SIAE. Sin embargo, no permite acceder a otros indicadores del panel que se ha señalado en este apartado.

En otras palabras, son fuentes que pueden ayudarnos a cotejar las grandes cifras y que aportan alguna información adicional importante (como los datos de actividad), pero no pueden ser la base principal de este trabajo.

El Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (MINHAP) difunde el Boletín Estadístico del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas del Registro Central de Personal. Permite conocer cuántas personas trabajan en las instituciones sanitarias del SNS y de Seguridad Social y Defensa. Pueden verse datos semestrales desde 1990 (desde 2009 si la fuente es la página web de MINHAP) hasta julio de 2014. Permite ver su distribución por Administraciones; su distribución por CC.AA.; su distribución entre laborales, funcionarios y otros; y su distribución por sexos. Sin embargo, hay problemas que impiden utilizar esta fuente para este trabajo. Por un lado, es obvio que el primer límite está en la exclusión de todo el sector privado. Por otro, la lista de exclusiones de los datos del boletín menciona al personal laboral con contratos de duración inferior a 6 meses de las distintas Administraciones; al personal en formación y prácticas; y al personal de empresas públicas, fundaciones, mutuas, consorcios y sector público no administrativo de las Administraciones Públicas. Una muestra de la distorsión de algunos datos puede estar en que, según este boletín, entre julio de 2011 y julio de 2014, se han perdido 23.849 empleos en las instituciones sanitarias del SNS y el 80,3% de este empleo perdido corresponde a hombres y sólo el 19,7% a mujeres. Un dato extraño en un sector altamente feminizado.

Se trata, por tanto, de una fuente que puede ser útil para cotejar datos, pero que no puede ser la base principal de este trabajo.

Se cuenta también con la información que brindan los Planes de Ordenación de Recursos de cada uno de los Servicios Públicos de Salud, pero su elaboración no es periódica ni homogénea, su finalidad no es estadística ni de registro y, en cualquier caso, se limitan a los empleos en la sanidad pública excluyendo a la privada. En general, permiten conocer la plantilla, su distribución ocupacional, así como por sexos y tramos de edad. Permite analizar

el envejecimiento de las plantillas por grupos o categorías profesionales, pero no permite analizar ni la evolución ni la mayoría de los indicadores del panel.

Descartadas como fuentes principales todas las anteriores, debe verse si fuentes generales como la Seguridad Social o las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística pueden resultar útiles.

La afiliación a la Seguridad Social tiene la gran ventaja de ser un registro. Se quedaría fuera de las estadísticas el empleo sumergido, pero a cambio se contaría con una fuente segura para el análisis de los datos. Las estadísticas de afiliación media mensual de la Seguridad Social permiten conocer los datos que corresponden a las actividades sanitarias (CNAE 2009, División 86) y su distribución entre Régimen General y Régimen Especial de Trabajadores Autónomos. También permiten ver su evolución desde 2009, pero si se quiere ir a los años anteriores debe utilizarse el CNAE 93 y sólo puede verse la División 85, que integra actividades sanitarias con veterinarias y servicios sociales. Por otro lado, si quiere analizarse la distribución territorial se puede ver la distribución por provincias y secciones de actividad, tropezando de nuevo con que la sección Q integra las actividades sanitarias con los servicios sociales. A todo lo anterior hay que añadir que no puede distinguirse el empleo público y el privado, así como ninguno de los restantes indicadores del panel propuesto.

Sólo queda, por tanto, ir a la fuente clásica en cualquier análisis del empleo: la Encuesta de Población Activa (EPA), elaborada trimestralmente por el INE. Ciertamente que al ser una encuesta se debe siempre estar atento a que los datos tengan significación estadística suficiente por el tamaño de la muestra, evitando la tentación a una desagregación excesiva, pero se trata de una fuente que no sólo permite analizar la mayoría de los indicadores propuestos sino ver su evolución temporal. La EPA posibilita, además, comparaciones con otros países al utilizar una metodología integrada en la Encuesta Comunitaria de la Fuerza de Trabajo (Labour Force Survey, LFS) de Eurostat.

Los indicadores de la EPA son seguros, fiables, publicados con periodicidad trimestral y anual. Se trata de una encuesta relevante –utilizada por Administraciones, empresas, universidades e investigadores– y exhaustiva. Ciertamente que si se pretendiera el uso de los datos de la EPA publicados en la web del INE poco podría avanzarse. Por ello, este trabajo utilizará como fuente principal los microdatos de la EPA facilitados por el INE y explotados mediante el programa estadístico SPSS.

Definidos los indicadores que se buscan y la fuente principal de los mismos se trata ahora de acotar temporalmente el trabajo. La EPA comenzó a elaborarse en 1964 y algunos de sus datos son accesibles a través de la web del INE, si quieren buscarse las grandes cifras, desde el tercer trimestre de 1976. Sin embargo, la pretensión es limitar la serie temporal de este trabajo entre dos fechas: 2002 y 2014. La primera de ellas porque es el año de culminación de las transferencias sanitarias a las CC.AA. A partir de entonces hay diecisiete Servicios Públicos de Salud más el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) para Ceuta y Melilla, así como el Centro Nacional de Dosimetría. Es el primer año que puede considerarse comparable en cuanto a la estructura organizativa del sistema sanitario en España con el existente en la actualidad. La última fecha de referencia es 2014, una vez que el INE ya ha publicado los datos del último trimestre del año. Es el último dato publicado en el momento de redactar este trabajo.

Entre ambas fechas es relevante utilizar otras dos como referencias clave que permitirán ver la evolución de los indicadores. Una de ellas será el año 2008, año en el que la crisis económica emerge impactando en la evolución del empleo de forma significativa. Hay un antes y un después de 2008 en términos de empleo. Pero las actividades sanitarias tienen un comportamiento atípico, por lo que no bastaría con esa fecha. Debe incluirse el año 2011, año en el que el volumen de empleo en actividades sanitarias alcanza la cifra máxima registrada hasta la fecha.

En definitiva, 2002, 2008, 2011 y 2014 serán los años que se considerarán en este trabajo para comparar y analizar la evolución de los indicadores.

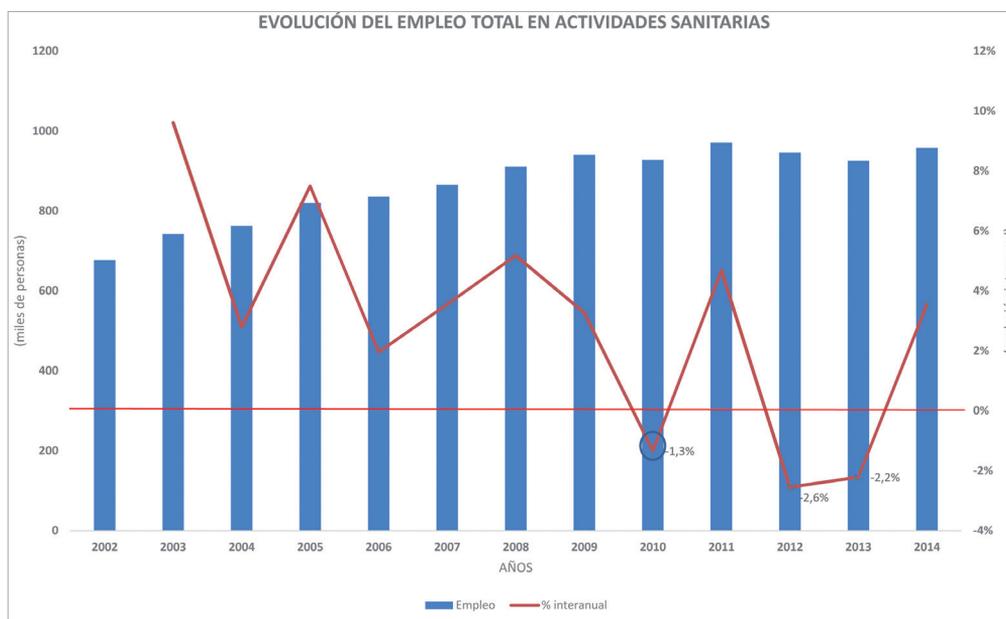
Conviene precisar que los datos que se utilizarán en la mayor parte de los casos serán los referidos al cuarto trimestre de los años de referencia. Podrían anualizarse los datos para cada uno de los indicadores, pero complica la elaboración del trabajo sin aportar diferencias cualitativas en el análisis. Sólo se hará para ver la evolución del total del volumen de empleo en las actividades sanitarias. La elección del cuarto trimestre de cada año para hacer la comparación se debe a su estabilidad. El primero y el segundo trimestre se ven alterados por las fiestas de Semana Santa, que según los años caen en marzo o en abril, primer o segundo trimestre. El tercero está alterado por las vacaciones de verano, que producen en las actividades sanitarias unos incrementos por las suplencias de los profesionales que no son homogéneas en el tiempo, puesto que están muy condicionadas por los límites presupuestarios, ni en su distribución geográfica, como puede sospecharse que ocurre en las zonas costeras de mayor afluencia turística. El cuarto trimestre tiene las fiestas navideñas, pero son constantes todos los años y no conllevan una alteración comparable a las vacaciones de verano.

En definitiva, con los indicadores propuestos puede analizarse el volumen de empleo, su distribución y características tanto en el sector público como en el sector privado de las actividades sanitarias, así como su evolución entre el año 2002 y el año 2014, utilizando como fuente principal los datos de la EPA referidos a los cuartos trimestre de cada año.

3. Volumen total de empleo en actividades sanitarias

Al finalizar el año 2014, en el cuarto trimestre, un total de 941,0 mil personas tenían su empleo principal en las actividades sanitarias, de acuerdo con las estimaciones de la Encuesta de Población Activa (EPA) publicada por el Instituto Nacional de Estadística. Si se anualizan los datos considerando los cuatro trimestres, en 2014 trabajaron una media de 958,3 mil personas en actividades sanitarias.

Gráfico 1. VOLUMEN TOTAL DE EMPLEO



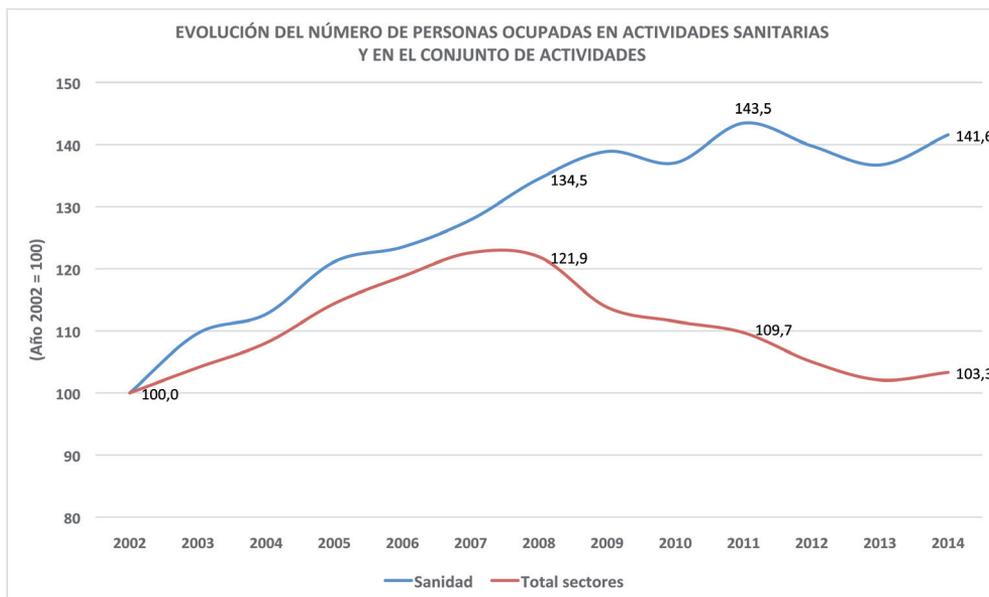
Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA

Entre 2002 y 2014 el crecimiento del empleo en las actividades sanitarias ha sido significativo, 281,4 mil empleos más, un 41,6%. Crece de forma continua hasta el año 2009, disminuye en 2010, repunta de forma significativa en 2011 (4,7% en un año de elecciones autonómicas y generales), cae de nuevo de forma rápida en 2012 y 2013, y repunta en 2014 (3,6%), tal y como puede verse en el Gráfico 1, y siempre con datos promedio de cada año.

La impresión en el mundo sanitario de una fuerte caída del empleo no era un espejismo, aunque admite matices que deben reseñarse. La destrucción de 45,7 mil empleos (un 4,7%), si se compara 2011 con 2013, explica la preocupación en las actividades sanitarias. Más aún si se tiene en cuenta que en algunas CC.AA. la disminución ha sido altamente significativa, como luego se verá. Ahora bien, los datos deben situarse en un contexto que permita comprender mejor su relevancia y significado. Por ello, es conveniente comparar la evolución del empleo en las actividades sanitarias con la evolución media en el conjunto de los sectores de actividad, así como

con lo sucedido en otros países del entorno. Más adelante se verá, también, que hay diferencias en la evolución del sector público y del sector privado, que deben ser tenidas en cuenta.

Gráfico 2. EMPLEO EN SANIDAD Y EN EL RESTO DE LOS SECTORES



Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA

Como puede apreciarse en el Gráfico 2, la evolución del empleo en las actividades sanitarias es diferente a la del conjunto de las actividades económicas, descontando el empleo de las actividades sanitarias. Si se toma el año 2002 como referencia y se da a sus niveles un valor 100, la evolución es paralela hasta 2008, aunque con un incremento superior en el ámbito sanitario; pero desde ese año el empleo total comienza a sufrir los efectos de la crisis económica con una caída imparable que lleva el índice hasta un valor 103,3 en el año 2014, mientras que en las actividades sanitarias el empleo sigue creciendo hasta el año 2011 y oscila hasta cerrar el año 2014 con un índice de 141,6.

En otras palabras, la crisis ha frenado la creación de empleo en las actividades sanitarias y, con oscilaciones que implican secuencias de pérdidas y recuperaciones, en general se ha mantenido, frente a una significativa destrucción de empleo en el conjunto de las actividades no sanitarias. Si se comparan 2008 y 2014, las actividades no sanitarias han perdido un total de 3.173,3 miles de empleos (un 16,2%), mientras que las sanitarias han crecido en el mismo periodo en 47,8 mil empleos (un 5,2%).

Ya se ha explicado antes que junto a esta visión general hay periodos específicos, 2011-2013, en los que la pérdida de empleo en sanidad ha sido significativa. Sin embargo, es importante tener una visión de conjunto para poder extraer conclusiones adecuadas. Este análisis es el que lleva a algunos autores a afirmar que *el empleo en las actividades sanitarias ha sufrido, pero ha sufrido relativamente menos que el de otros sectores económicos* (12).

La comparación con la evolución del empleo en las actividades sanitarias en otros países europeos puede hacerse a partir de los datos recogidos por Eurostat en su Labour Force Survey (LFS). Hay, sin embargo, límites temporales que impiden utilizar las mismas referencias que se han empleado con la EPA. El primer dato que se obtiene en la LFS específico sobre el empleo en actividades sanitarias corresponde al primer trimestre de 2008. Los datos anteriores a ese trimestre recogen junto a las actividades sanitarias las correspondientes a los servicios sociales. Por otro lado, el último trimestre de 2014 aún no está disponible para muchos países, por lo que debe recurrirse al tercer trimestre de 2014, el último dato publicado.

Pues bien, según los datos de la LFS, si se da valor 100 a los niveles del primer trimestre de 2008, España tenía un índice 110,2 en el cuarto trimestre de 2014. Se trata de un índice ligeramente superior al de la zona euro (109,0) y al del conjunto de la UE (107,8). En otras palabras, a pesar de la crisis económica el empleo en las actividades sanitarias ha continuado creciendo en casi todos los países europeos entre 2008 y 2014. Las excepciones son las esperadas: Grecia (89,9 en el tercer trimestre de 2014); Lituania (94,4); Letonia (95,0); Eslovenia (94,5); Rumanía (98,3 en el tercer trimestre de 2014). Y junto a ellas, Suecia, con un índice de 98,2 al terminar el año 2014. El resto de los países europeos registra índices superiores a 100, oscilando entre el 143,4 de Estonia y el 104,3 de Dinamarca si se consideran los datos del cuarto trimestre de 2014.

Para presentar estos datos en el Gráfico 3 se utiliza el primer trimestre de 2008 como base 100 y la evolución hasta el tercer trimestre de 2014, el último con datos referidos a todos los países.

Gráfico 3. EMPLEO EN ACTIVIDADES SANITARIAS EN EUROPA

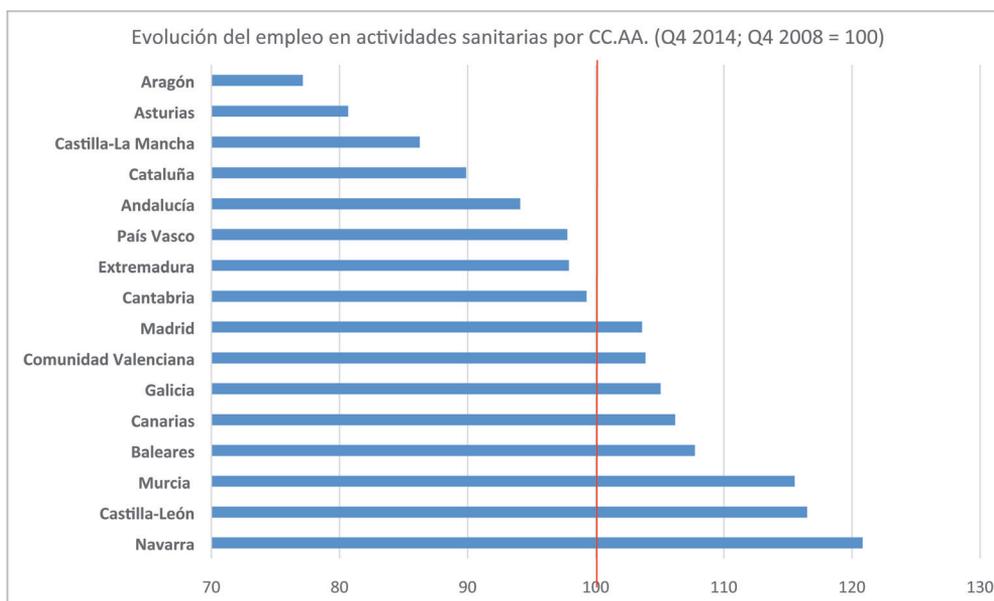


Fuente: elaboración propia a partir de la LFS, Eurostat.

Otro de los aspectos a tener en cuenta es que la distribución territorial de la evolución del empleo en actividades sanitarias en España es desigual entre las diferentes CC.AA. Lamentablemente, los datos de La Rioja, Ceuta y Melilla no cuentan con una muestra suficiente para ser tenidos en cuenta, pero puede verse el resto de CC.AA. y su evolución, comparando los últimos trimestres de 2002, 2008, 2011 y 2014.

En el Gráfico 4 puede verse la evolución en la etapa de crisis entre el cuarto trimestre de 2008 y el cuarto trimestre de 2014, dando a los datos del primero el valor 100. Como puede apreciarse, ocho de las dieciséis CC.AA. consideradas han perdido empleo en las actividades sanitarias en estos años de crisis: Aragón, Asturias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Andalucía, País Vasco, Extremadura y Cantabria. Quizás convenga aquí recordar de nuevo que se está hablando en este apartado del conjunto del empleo en actividades sanitarias, sin distinguir entre el sector público y el privado, cuestión que se abordará más adelante.

Gráfico 4. EMPLEO EN ACTIVIDADES SANITARIAS EN CCAA



Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA.

En todo caso, ya se ha señalado anteriormente que conviene tener en cuenta más puntos de análisis y no sólo los años 2008 y 2014. Como se refleja en la Tabla 2, entre 2002 y 2008 se produce un importante crecimiento del empleo en las actividades sanitarias (el índice global es 135,0), quizás explicado por dos fenómenos: una situación económica que dinamizaba la creación de empleo en todos los sectores hasta 2008, tal y como se ha visto en el Gráfico 2, y las transferencias de las competencias sanitarias en 2002 a las diez CC.AA. que aún no las habían recibido, comunidades que intentan reforzar sus propios Servicios Públicos de Salud con el fin de ser lo más autosuficientes posible.

Sin embargo, entre 2008 y 2011 se producen situaciones dispares. Hay CC.AA. que siguen creciendo (Extremadura, Asturias, Navarra, País Vasco, Castilla y León, ligeramente Cataluña, Galicia, Madrid, Castilla-La Mancha y Comunidad Valenciana). Mientras que otras disminuyen, cambiando la tendencia vivida hasta entonces (Andalucía, Aragón, Baleares, Cantabria, ligeramente Murcia y Canarias).

Tabla 2. EVOLUCIÓN DEL EMPLEO EN SANIDAD POR CCAA

	2002	2008	2011	2014
Extremadura	100,0	112,4	131,9	110,0
Andalucía	100,0	119,6	112,8	112,5
Asturias	100,0	140,9	148,4	113,7
Aragón	100,0	149,0	140,4	114,9
Navarra	100,0	99,5	112,0	120,3
País Vasco	100,0	123,0	131,0	120,3
Castilla-León	100,0	106,2	123,7	123,8
Baleares	100,0	115,0	95,7	123,9
Cataluña	100,0	145,3	146,1	130,6
Cantabria	100,0	134,1	131,9	133,1
Galicia	100,0	130,8	136,7	137,4
Madrid	100,0	136,7	141,4	141,6
Castilla-La Mancha	100,0	169,4	187,3	146,1
Comunidad Valenciana	100,0	152,4	157,2	158,4
Murcia	100,0	137,4	136,6	158,7
Canarias	100,0	162,6	137,9	172,7

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA

Entre 2011 y 2014 se generalizan e intensifican las pérdidas de empleo en varias CC.AA. (Extremadura, Asturias, Aragón, País Vasco, Cataluña y Castilla-La Mancha), mientras que se mantiene en otras (Andalucía, Castilla y León, Madrid, Comunidad Valenciana) y crece en las restantes (Navarra, Baleares, Cantabria, Galicia, Murcia, Canarias).

Incluso estos datos deberían ser analizados en cada una de las CC.AA. considerando todos los años, puesto que se han producido movimientos que no se recogen al utilizar sólo estos cuatro años de referencia. Baste con reflejar aquí el dato sobre Madrid. En el cuarto trimestre de 2014 trabajaban en las actividades sanitarias 153,8 mil personas, casi la misma cifra que en el mismo trimestre de 2011, con 153,5 mil personas. Sin embargo, si se fija la atención en el cuarto trimestre de 2013 puede verse que la cifra había caído hasta las 129,1 mil personas. Es decir, en dos años Madrid perdió 24,4 mil empleos en sanidad, pero según los datos de la EPA se han recuperado en 2014. Un dato atípico que, salvo error en los datos observados por la EPA, podría estar explicado por tres fenómenos: las movilizaciones que llevaron a la paralización de la privatización completa de varios centros hospitalarios y la necesidad política de recuperar un clima de normalidad en el sector; la entrada en época de precampaña electoral, que empuja al alza el empleo público (como sucedió en 2011);

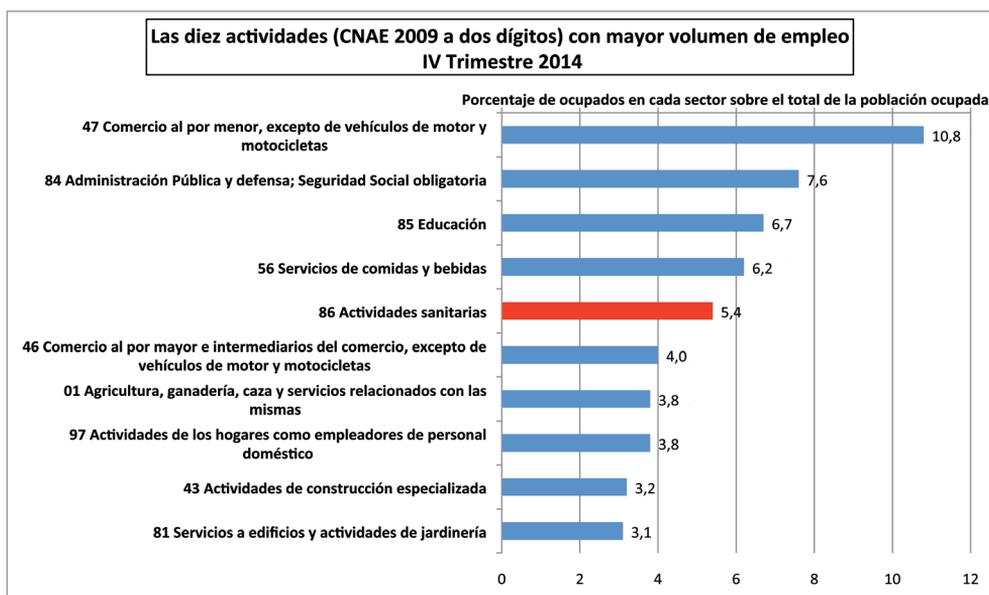
y la crisis del Ébola, que puso de manifiesto las carencias en algunos centros hospitalarios para afrontar una situación crítica.

En definitiva, hay dos años de intensa reducción del empleo en el sector sanitario (entre 2011 y 2013), pero, visto desde una perspectiva más amplia, podría concluirse que el empleo en este sector está sufriendo fuertes turbulencias, aunque sin sufrir en la misma medida que el resto de sectores no sanitarios, tanto públicos como privados. Sin embargo, la percepción será diferente en función de la comunidad autónoma en la que se resida, puesto que la evolución ha sido muy diferente entre unas y otras.

4. Peso relativo del empleo en sanidad

El volumen total de personas ocupadas en actividades sanitarias (considerando sólo las que tienen su empleo principal en este sector) representa el 5,4% del total de ocupados en el IV trimestre de 2014. Tal y como puede verse en el Gráfico 5, este porcentaje sólo es superado por “comercio al por menor, excepto de vehículos de motor y motocicletas” (10,8%), “Administración Pública y Defensa; Seguridad Social obligatoria” (7,6%); “educación” (6,7%); y “servicios de comidas y bebidas” (6,2%). Las actividades sanitarias son, por tanto, el quinto subsector de actividad de entre las 88 subdivisiones a dos dígitos del CNAE que pueden analizarse. Las cuatro actividades mencionadas superan cada una de ellas el millón de personas ocupadas, y las actividades sanitarias rozan esa cifra. El resto de actividades está por debajo de las setecientas mil personas.

Gráfico 5. DIEZ ACTIVIDADES CON MAYOR VOLUMEN DE EMPLEO



Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA

Si se tienen en cuenta las secciones del CNAE, incluyendo no sólo las actividades sanitarias sino también los servicios sociales, el porcentaje sube hasta el 8,0%. Se trata del cuarto sector por volumen de empleo en España, por detrás del comercio (16,5%), la industria manufacturera (12,5%) y la hostelería (también con el 8,0%) y por delante de “Administración Pública y Defensa; Seguridad Social obligatoria”, de educación y de construcción (5,9%). Todas ellas son las secciones del CNAE que en España tienen, cada una, más de un millón de personas estimadas como población ocupada.

No siempre las actividades sanitarias han tenido este porcentaje del 5,4%. La diferente evolución del empleo en las actividades sanitarias respecto a la evolución del conjunto de la población ocupada, como se ha reflejado en el Gráfico 2, se puede apreciar también en

la evolución del peso de la sanidad respecto al total. Si bien entre 2002 y 2008 se mantiene una línea bastante estable alrededor del 4,2%, a lo largo de los años de crisis el peso relativo se va incrementando como consecuencia de la mayor destrucción de empleo en el resto de los sectores económicos, llegando hasta moverse desde 2011 alrededor de la cifra actual del 5,4%, como se ve en el Gráfico 6.

Gráfico 6. EVOLUCIÓN DEL PESO RELATIVO DEL EMPLEO EN ACTIVIDADES SANITARIAS EN ESPAÑA

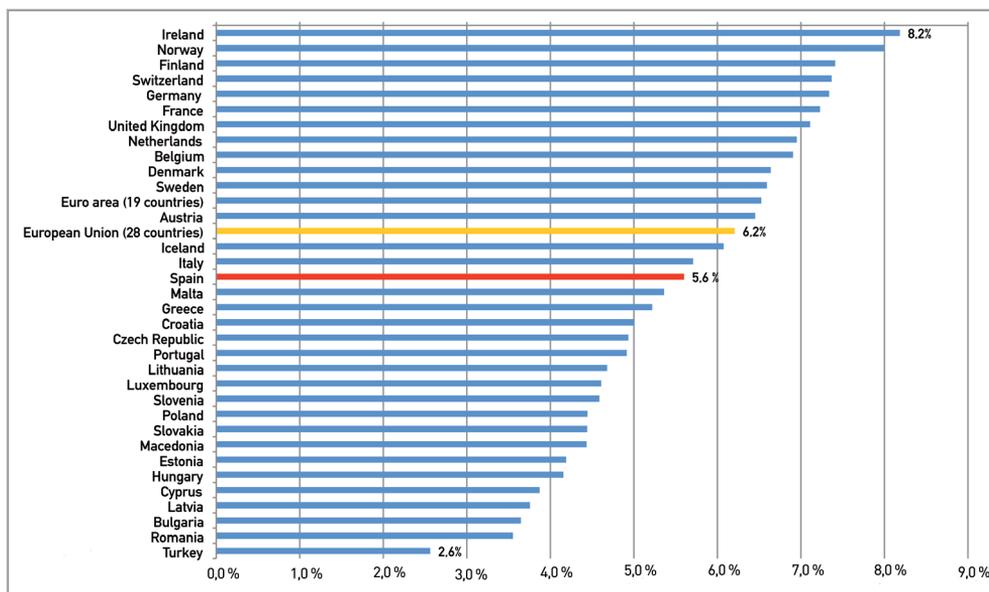


Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA

A partir de los datos publicados por Eurostat en la Labour Force Survey pueden compararse los datos de España con los del resto de los países europeos. En la UE (28) trabajaban en actividades sanitarias, en el tercer trimestre de 2014, 13.319,6 mil personas. De ellas, 2.871,7 mil en Alemania; 2.110,4 mil en Reino Unido; 1.853,8 mil en Francia; 1.251,4 mil en Italia; y, en ese tercer trimestre, 972,4 mil en España. En otras palabras, estos cinco Estados representan más de dos tercios (el 68,0%) del total del empleo en actividades sanitarias en la UE.

En términos relativos, midiendo el porcentaje que supone el empleo en actividades sanitarias sobre el total del volumen de empleo, se ve en el Gráfico 7 que en la UE (28) representa una media del 6,2%. Siguiendo el orden de los Estados mencionados en el párrafo anterior, en Alemania el empleo en actividades sanitarias supone un 7,3%; en Reino Unido el 7,1%; en Francia el 7,2%, y en Italia el 5,7%. Hay otros Estados que, si bien en términos absolutos tienen un empleo menor que el existente en España, en términos relativos superan a ésta. Es el caso de Irlanda (8,2%), Finlandia (7,4%), Holanda (7,0%), Bélgica (6,9%), Dinamarca (6,6%), Suecia (6,6%) o Austria (6,5%).

Gráfico 7. PESO RELATIVO DEL EMPLEO EN ACTIVIDADES SANITARIAS EN LOS PAÍSES EUROPEOS



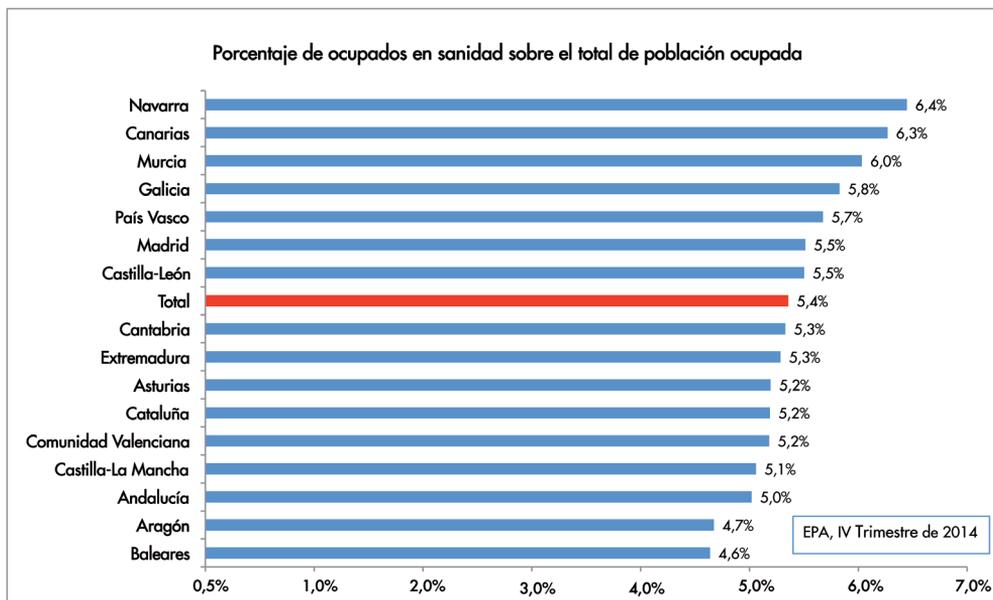
Fuente: elaboración propia a partir de datos de Eurostat, Labour Force Survey.

En definitiva, en términos comparativos no parece que España esté sobrada de personas trabajando en las actividades sanitarias. De hecho, simplemente para acercarnos a la media europea del 6,2% tendría que aumentarse el empleo en algo más de cien mil personas, aunque esta cifra debería ajustarse según el volumen de población, la estructura demográfica de la misma, la organización sanitaria y la actividad desarrollada.

Ahora bien, la situación en España no es homogénea. Se observa el 5,4% como una media estatal de personas ocupadas en actividades sanitarias, pero la distribución entre CC.AA. muestra una cierta dispersión.

En un extremo está Navarra, con un peso relativo del empleo en actividades sanitarias del 6,4%, mientras que en el otro está Baleares, con el 4,6%, como se refleja en el Gráfico 8. Estos datos no significan que la dotación de plantillas en los centros sanitarios sea mejor o peor, sino que reflejan la importancia del empleo en las actividades sanitarias de cada comunidad autónoma.

Gráfico 8. OCUPADOS EN SANIDAD SOBRE EL TOTAL DE OCUPADOS



Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014.

Como era de esperar, vista la evolución de la media estatal, también en las CC.AA. se ha producido un incremento del peso relativo de la población ocupada en actividades sanitarias si se compara el cuarto trimestre de 2008 con el de 2014. Los incrementos mayores de este peso relativo se ven en Navarra (1,6 puntos porcentuales), Murcia (1,5), Castilla y León (1,4), Galicia (1,2), Comunidad Valenciana (0,9) y Madrid (0,8). Un incremento que se debe, fundamentalmente, al incremento del empleo en actividades sanitarias en ese periodo, tal y como se ha visto en la Tabla 2. En el otro extremo se observa la disminución del peso relativo en Aragón (0,5) y en Asturias (0,2).

Estos datos son relevantes en la medida en que muestran un sector que es apreciado como referencia para el empleo. Es el quinto más importante y, en líneas generales, ha aguantado mejor el impacto de la crisis económica que el conjunto del empleo. Aunque la mayor parte de sus ocupaciones tienen exigencias de titulación profesional que limitan el acceso, se convierte el sector, sin duda, en un polo de atracción para quienes tienen la esperanza de conseguir un puesto de trabajo. Dicho de otra forma, cualquier convocatoria de empleo tendrá, salvo los límites derivados de las exigencias de titulación, una amplia demanda.

5. Distribución del empleo entre sector público y privado

Hasta aquí se ha explicado el volumen total de empleo en las actividades sanitarias, así como su peso relativo respecto al conjunto de la población ocupada. Pero, sin duda, es relevante ver las diferencias en el volumen, estructura y evolución del empleo en las actividades sanitarias del sector público (la Administración autonómica asume el 96,7%, pero también hay que tener en cuenta las Administraciones central y local, la Seguridad Social y las empresas públicas) y del sector privado. Como se deduce de este trabajo, hablar del empleo en las actividades sanitarias sin tener en cuenta esta distinción entre público y privado es insuficiente para comprender aspectos relevantes de lo que está ocurriendo y prever decisiones sobre el futuro del empleo en cada uno de estos sectores.

Utilizando los microdatos de la EPA puede verse el número de asalariados del sector público, así como del sector privado. Sin embargo, en relación con este último tienen que añadirse otros epígrafes para ver el conjunto del empleo en el mismo: empresarios con asalariados; trabajador independiente o empresario sin asalariados; miembro de una cooperativa; ayuda en la empresa o negocio familiar; y otras situaciones. Como luego se verá, el trabajo autónomo tiene una importancia relativa en el sector sanitario privado.

Ya se ha dicho que en el cuarto trimestre del año 2014 han trabajado en actividades sanitarias 941,0 mil personas. De éstas, 566,4 mil corresponden al sector público y 374,6 mil al sector privado, tal y como se ve en la Tabla 3.

El 91,8% del total de las personas ocupadas en actividades sanitarias, un total de 863,5 mil, trabaja con una relación asalariada. La tasa de salarización es, por tanto, mucho mayor de la que se tiene en España como media general, el 82,4%. No puede esperarse otro dato teniendo en cuenta el fuerte peso del empleo en el sector público, un sector en el que no puede hablarse de empleo autónomo.

Tabla 3. ESTRUCTURA DEL EMPLEO EN ACTIVIDADES SANITARIAS

IV Trimestre 2014	Empleo en actividades sanitarias	Miles	Porcentaje
01	Empresario con asalariados	21,6	2,3%
03	Trabajador independiente o empresario sin asalariados	54,0	5,7%
05	Miembro de una cooperativa	0,0	0,0%
06	Ayuda en la empresa o negocio familiar	1,8	0,2%
07	Asalariado sector público	566,4	60,2%
08	Asalariado sector privado	297,1	31,6%
09	Otra situación	0,2	0,0%
	TOTAL	941,0	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA.

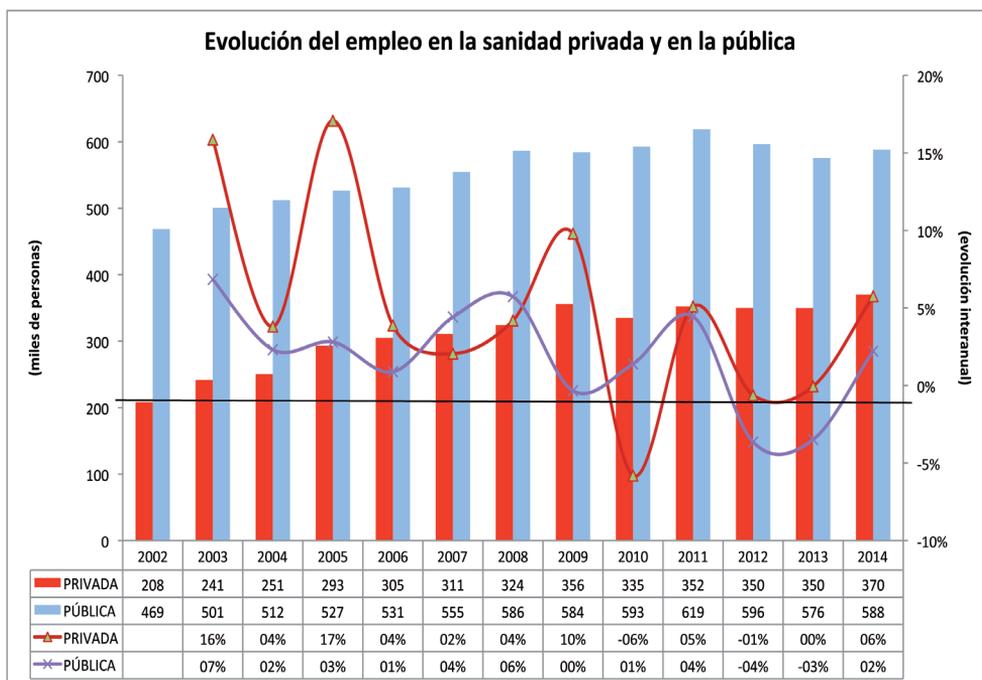
Tal y como puede verse, la mayoría de las personas que trabajan en actividades sanitarias lo hacen como asalariadas en el sector público. En concreto, el 60,2%. En el sector privado trabaja el 39,8% del total de la población ocupada en actividades sanitarias, aunque aquí la variación de relaciones laborales es mayor. La población asalariada que trabaja en el sector sanitario privado supone un 79,3% del total de su población ocupada. En otras palabras, la

tasa de salarización en el sector sanitario privado es menor que la media registrada en el total de la población ocupada.

Si sólo se consideran las personas asalariadas, dos tercios de las mismas (el 65,6%) trabajan en el sector público y un tercio (el 34,4%) en el sector privado. No son datos ajenos a la evolución del empleo a lo largo de la crisis económica.

Como se ve en el Gráfico 9, hasta 2008 el empleo en el sector sanitario público ha crecido desde 2002 con un promedio anual del 3,8%, mientras que entre 2008 y 2014 lo ha hecho en un 0,1% gracias al repunte del año 2011. En el sector sanitario privado la evolución desde 2002 hasta 2008 ha sido de un crecimiento promedio del 8,5%, mientras que entre 2008 y 2014 el crecimiento ha sido del 2,6%. En cualquier caso, en ambos periodos el crecimiento relativo ha sido mayor en el sector privado que en el público, lo que explica el incremento progresivo del peso relativo del empleo en la sanidad privada respecto al total. En 2002 era el 30,8%, en 2008 el 35,6% y en 2014 el 38,6%.

Gráfico 9. EMPLEO EN SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA



Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, con medias anuales.

Otra línea de trabajo es ver la evolución del empleo en el sector sanitario público en comparación con otros sectores públicos.

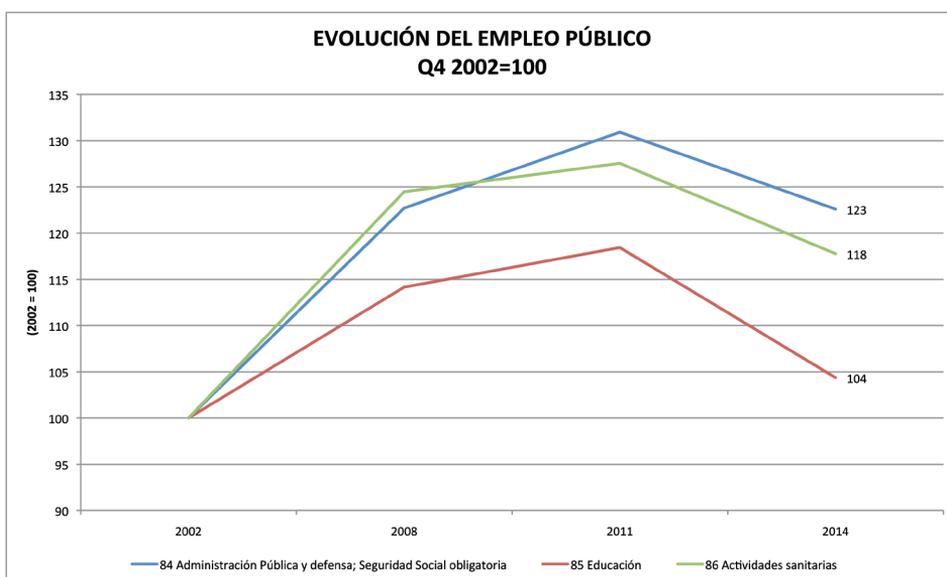
Como se muestra en el Gráfico 10, es el sector educativo el que más ha contenido el empleo en el periodo comprendido entre 2002 y 2014. Primero, porque su crecimiento es menor en los años expansivos, entre 2002 y 2008. Segundo, porque la destrucción de empleo, en

términos relativos, ha sido más intensa en la enseñanza que en la sanidad o en el resto de la Administración Pública.

En segundo lugar, el empleo público en las actividades sanitarias muestra un crecimiento intenso hasta 2008, que se atenúa hasta 2011 y cae hasta 2014 de una forma significativa. Una evolución parecida a la que se ha mantenido en el empleo público correspondiente a “Administración Pública y Defensa; Seguridad Social obligatoria”, tal y como lo recoge la EPA.

Entre 2011 y 2014, comparando los cuartos trimestres, se han perdido un total de 360,7 mil empleos públicos. De estos, el 34,3% corresponden a enseñanza, el 32,5% a la Administración Pública, el 17,3% a sanidad y el 15,8% a servicios sociales (aunque en este caso deben ser manejados los datos con cautela, ya que durante un periodo parece que se han computado a los cuidadores no profesionales). Desde la perspectiva de cada sector, enseñanza pierde entre 2011 y 2014 el 11,9% de sus empleos públicos, sanidad el 7,7% y las Administraciones Públicas el 6,4%.

Gráfico 10. EVOLUCIÓN DEL EMPLEO PÚBLICO ENTRE 2002 Y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de cada año.

Como luego se analizará (ver apartado 10), las restricciones que está viviendo el sector público, a pesar del incremento de la demanda (ver apartado 19), están favoreciendo un aumento de la actividad en la sanidad privada, un desplazamiento que podría calificarse de “privatización suave”, en la que no hace falta modificar la titularidad jurídica de los centros ni adoptar nuevas medidas de colaboración público-privada.

6. El empleo autónomo en el sector privado

En el cuarto trimestre de 2014 había 54,0 mil personas trabajando bajo el epígrafe de “trabajador independiente o empresario sin asalariado”, al tiempo que otras 21,6 mil corresponden a “empresario con asalariados”. Además, hay 1,2 mil personas que encajan como “ayuda en la empresa o negocio familiar” u “otra situación”. Suponen un total de 77,5 mil personas cuyo empleo en actividades sanitarias es diferente al de asalariado (ver Tabla 3).

Ya se ha dicho antes que la tasa de salarización en el sector sanitario privado es menor a la media del conjunto de la población ocupada, pero conviene ver su evolución. Si bien en 2008 el promedio anual de personas no asalariadas empleadas en la sanidad privada era el 18,4%, en el año 2014 este promedio llega al 21,3%. La evolución no ha sido progresiva, puesto que entre 2008 y 2013 el promedio ha sido del 19%, pero en 2014 se ha producido un incremento relativo importante hasta el 21,3% mencionado.

¿A qué se debe este incremento? Por un lado, puede estar influyendo la política gubernamental de promoción del empleo autónomo, en concreto la tarifa plana extendida a todos los nuevos autónomos a partir del 28 de septiembre de 2013. Sea por generación de nuevo empleo o por afloramiento de empleo sumergido, ésta puede ser una razón del crecimiento del empleo autónomo observado en la sanidad privada en 2014. Por otro lado, debe tenerse en cuenta que en 2009 se aprobó por el Gobierno una regulación que obliga a todo el personal estatutario que preste servicios a tiempo completo y que realice actividades complementarias privadas a encuadrarse, por estas últimas, en el Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos (22). Aunque en el caso de los profesionales colegiados esta norma enlazaba con lo regulado hasta entonces, la redacción dada en 2009 lleva a que surjan conflictos en su aplicación por la exigencia de darse de alta como autónomos a cualquier persona que trabaje como estatutaria en un servicio público de salud y tenga, además, actividades laborales en un ámbito privado, con independencia de la regulación laboral que define la situación de autónomo.

Lo cierto es que el trabajo no asalariado en el sector sanitario privado se concentra en ciertas ocupaciones profesionales. Los microdatos de la EPA referidos al cuarto trimestre de 2014 permiten saber que fundamentalmente se está hablando de profesionales de la medicina, 12,2 mil; “otros profesionales de la salud” (epígrafe 215 del CNO-2011), en el que se agrupan 35,6 mil; y psicólogos que, junto a otros profesionales en ciencias sociales, representan un total de 16,5 mil. La EPA no permite el análisis con un mayor nivel de desagregación, pero debe recordarse que el epígrafe 215, otros profesionales de la salud, es el referido a odontólogos y estomatólogos; fisioterapeutas; dietistas y nutricionistas; logopedas; ópticos-optometristas; terapeutas ocupacionales; podólogos; profesionales de la salud y la higiene laboral y ambiental; y profesionales de la salud no clasificados bajo otros epígrafes. Suponen casi la mitad del total de los profesionales no asalariados identificados por ocupaciones.

Estos tres grupos representan el 83% del total de empleos no asalariados en el sector privado. No significa que todos estos profesionales estén como autónomos, pero sí son la mayoría. En las cifras referidas en el párrafo anterior se suman dos epígrafes: empresarios con asalariados y trabajadores independientes o empresarios sin asalariados, pero la mayoría

corresponde a este segundo epígrafe: el 60% en el caso de profesionales de la medicina, el 68% en el caso de otros profesionales de la salud y el 100% en el caso de psicólogos y otros profesionales en ciencias sociales.

Que más de la quinta parte del empleo en la sanidad privada sea autónomo influye de forma determinante en algunos análisis sobre el sector en el que sólo se tiene en cuenta a la población asalariada. Por ejemplo, en el apartado 18, sobre retribuciones, debe recordarse que no está incluido el empleo autónomo en el sector privado, siendo éste el que mayores ingresos obtiene en determinados casos.

7. Distribución del empleo según sexo y edad

La población ocupada en las actividades sanitarias es mayoritariamente femenina, un 73,5% en el cuarto trimestre de 2014, como puede verse en los datos generales reflejados en la Tabla 4.

Tabla 4. SEXOS Y EDADES DE LA POBLACIÓN OCUPADA EN SANIDAD

TOTAL SANIDAD EPA IV Trimestre 2014							
Miles de personas				Distribución por grupos de edad según sexo		Distribución por sexo según grupos de edad	
Edad	Hombres	Mujeres	Total	% Hombres	% Mujeres	% Hombres	% Mujeres
hasta 24 años	3,3	20,1	23,4	1,3%	2,9%	14,0%	86,0%
de 25 a 34	38,2	137,1	175,4	15,3%	19,8%	21,8%	78,2%
de 35 a 44	78,0	191,1	269,1	31,3%	27,6%	29,0%	71,0%
de 45 a 54	66,6	195,1	261,7	26,7%	28,2%	25,4%	74,6%
de 55 a 64	59,2	145,5	204,7	23,7%	21,0%	28,9%	71,1%
65 y más	4,2	2,5	6,7	1,7%	0,4%	62,4%	37,6%
Total	249,5	691,5	941,0	100,0%	100,0%	26,5%	73,5%

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014.

Como puede apreciarse, no sólo hay más mujeres sino que éstas son más jóvenes que los hombres, de forma que en la franja entre los 16 y los 34 años de edad está casi la cuarta parte de las mujeres (22,7%), mientras que entre los hombres esta proporción no llega a ser la quinta parte (16,6%).

Otro dato destacable es que la minoritaria franja de edad de 65 y más años es la única en la que los hombres son mayoría, con el 62,4%. Puede deberse a que la entrada de las mujeres en las profesiones que no son de enfermería ha sido más tardía, pero también a que determinados puestos de jefatura y supervisión han sido ocupados en mayor proporción por hombres y que esto haya facilitado su continuación más allá de la barrera de los 65 años.

La distribución por sexos y edades de la población ocupada en actividades sanitarias es muy diferente a la que se ve en el conjunto de la población ocupada en España. En primer lugar, por la distribución por sexos. Como se ve en la Tabla 5, en el conjunto sólo el 45,6% son mujeres, frente al 73,5% que se observa en las actividades sanitarias. Esta regla general no tiene excepciones en los diferentes tramos de edad, en todos ellos son mayoría los hombres.

Tabla 5. SEXOS Y EDADES DEL TOTAL DE LA POBLACIÓN OCUPADA

TOTAL POBLACIÓN OCUPADA EN ESPAÑA EPA IV Trimestre 2014							
Miles de personas				Distribución por grupos de edad según sexo		Distribución por sexo según grupos de edad	
Edad	Hombres	Mujeres	Total	% Hombres	% Mujeres	% Hombres	% Mujeres
hasta 24 años	401,4	355,7	757,0	4,2%	4,4%	53,0%	47,0%
de 25 a 34	2034,0	1867,9	3901,9	21,3%	23,3%	52,1%	47,9%
de 35 a 44	3070,4	2522,3	5592,7	32,1%	31,5%	54,9%	45,1%
de 45 a 54	2588,2	2123,3	4711,5	27,1%	26,5%	54,9%	45,1%
de 55 a 64	1387,4	1083,2	2470,6	14,5%	13,5%	56,2%	43,8%
65 y más	77,0	58,5	135,4	0,8%	0,7%	56,8%	43,2%
Total	9558,3	8010,8	17569,1	100,0%	100,0%	54,4%	45,6%

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014.

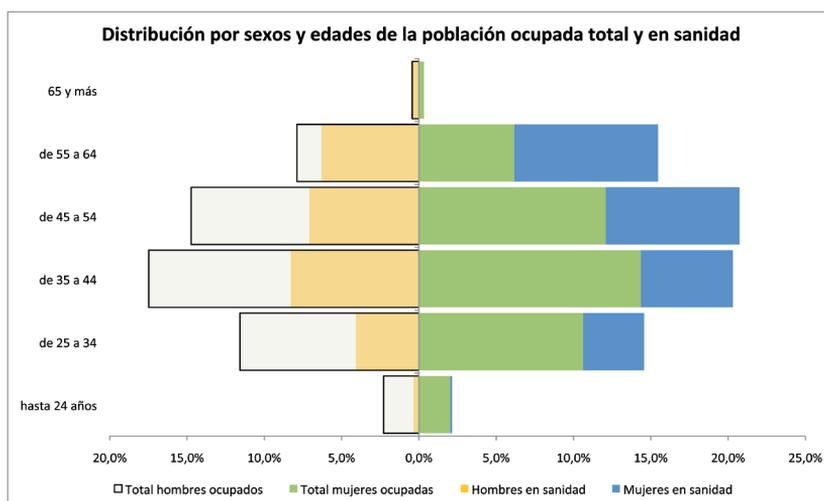
Y en segundo lugar, porque las actividades sanitarias es un sector más envejecido que la media general. Se ve en las franjas de edad más jóvenes: en el conjunto de la población ocupada el 25,5% de los hombres y el 27,7% de las mujeres tienen menos de 35 años, cifras que superan las que anteriormente se han señalado para las actividades sanitarias, un 16,6% de hombres y un 22,7% de mujeres.

Ambos fenómenos, el mayor porcentaje de mujeres y la mayor edad en sanidad, tienen explicación. En primer lugar, porque la enfermería ha sido históricamente un grupo de profesiones feminizado, identificando los cuidados con un papel femenino. Mientras que apenas se ha roto esta tendencia (puede verse luego en un análisis de las ocupaciones), sí se ha abierto camino a la presencia de las mujeres en colectivos hasta ahora muy masculinizados: por un lado, médicos; por otro, celadores y profesiones no sanitarias.

En segundo lugar, el fuerte peso de las profesiones tituladas y reguladas influye en las edades de acceso al trabajo en las actividades sanitarias. Medicina, enfermería, fisioterapia, matronas, técnicos sanitarios de distinto tipo, todos necesitan una formación que no se alcanza precisamente a los 16 años. Esto conlleva una prolongación de los años de estudio y un retraso en la entrada al mundo laboral sanitario.

Estos mismos datos pueden reflejarse como una pirámide de población, tal y como se ha hecho en el Gráfico 11. En el mismo se ha optado por solapar ambas pirámides de población, la global y la sanitaria. Como puede apreciarse, las mujeres participan en sanidad en mayor proporción que en los datos globales de la población ocupada en España en todos los grupos de edad, salvo en los dos extremos. El grupo de población entre 16 y 24 años pesa un 2,1% en sanidad y un 2,0% en el total, y el grupo de más de 65 años pesa en ambos casos un 0,3%. Sin embargo, en las franjas centrales, entre los 35 y los 64 años de edad, el peso de las mujeres en sanidad es igual a un 71,1%, mientras que en el conjunto de la población ocupada se limita al 43,2%.

Gráfico 11. PIRÁMIDE LA POBLACIÓN OCUPADA: SANIDAD Y TOTAL



Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014.

En el caso de los hombres se ven también notables diferencias entre sanidad y el conjunto de la población ocupada. Los hombres menores de 35 años representan en el conjunto un 13,9%, pero en sanidad este porcentaje se reduce al 4,4%. Sólo entre la población mayor de 65 años se acercan los pesos relativos: 0,4% en ambos casos.

Podría hacerse una comparación calculando un “índice de envejecimiento laboral” (IEL). Habitualmente se define el índice de envejecimiento como el *porcentaje que representa la población mayor de 64 años sobre la población menor de 16 años a 1 de enero del año t* (23), pero obviamente estas franjas son inadecuadas en el mundo laboral. Sin embargo, sí podría calcularse este índice dividiendo el número de personas mayores de 55 años entre las menores de 35 en un periodo determinado.

De la misma forma podría calcularse una “tasa de envejecimiento laboral” (TEL): mayores de 55 años en relación con el total de la población ocupada, aunque habitualmente se calcula la tasa de envejecimiento como el cociente entre la población mayor de 65 años y el total de la población. Así pues, se tendría que:

$$IEL = (P_{>55} / P_{<35}) * 100$$

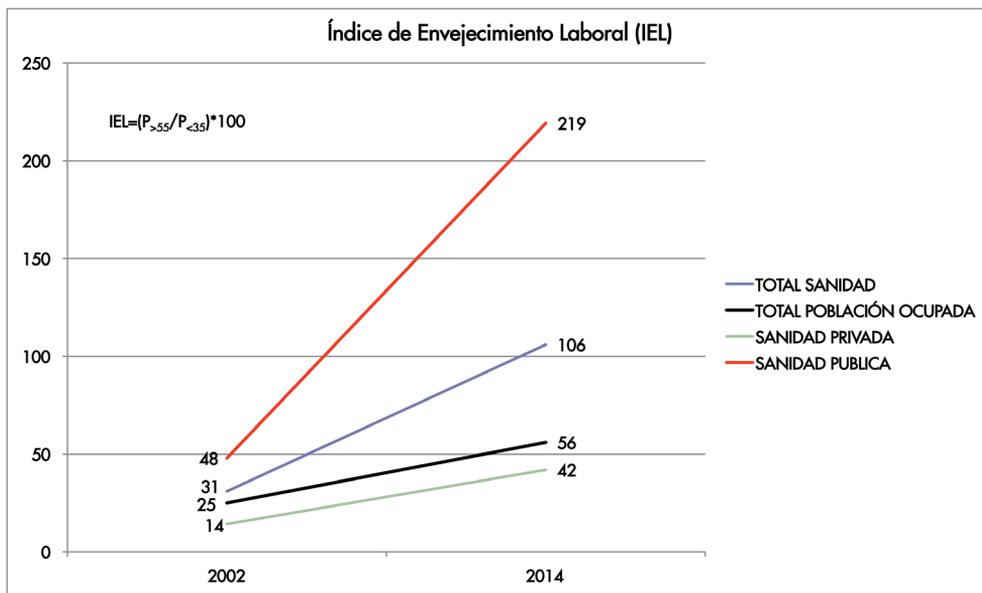
$$TEL = (P_{>55} / P_{total}) * 100$$

El IEL es igual a 56 entre el conjunto de la población ocupada en España, mientras que en sanidad es igual a 106. Cuanto mayor es el índice, mayor es el envejecimiento de la población analizada. El TEL es igual al 15% entre el conjunto de la población ocupada en España, mientras que en sanidad es igual al 22%.

Ambos indicadores muestran que la población ocupada en las actividades sanitarias está envejecida en relación con la media general, pero el IEL permite ver, además, que mientras en el conjunto de la población ocupada hay casi dos personas jóvenes por cada persona mayor, en sanidad la relación es casi uno por uno, por cada persona joven hay una persona mayor.

Una ventaja de estos indicadores es que no sólo facilitan una comparación con el conjunto o con otros sectores, sino que permiten un análisis longitudinal y ver la evolución a lo largo de una etapa determinada, tal y como refleja el Gráfico 12. Así, remontándose al año 2002 puede verse que el IEL era en sanidad igual a 31, mientras que en el conjunto de la población ocupada era igual a 25. En resumidas cuentas, el ritmo de envejecimiento de la población ocupada en sanidad es sustancialmente superior al ritmo de envejecimiento del conjunto de la población ocupada. Si se utiliza la TEL se comprueba el mismo fenómeno: en 2002 la población ocupada mayor de 55 años era el 10% tanto en sanidad como en el conjunto, mientras que en 2014 ya se ha visto que el dato en sanidad es significativamente más elevado que en el conjunto de la población ocupada.

Gráfico 12. EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO LABORAL



Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA.

Ahora bien, no puede hablarse del conjunto de las actividades sanitarias como si hubiera un comportamiento y una composición similar en el sector público y en el sector privado. Basta ver la Tabla 6 y la Tabla 7.

Tabla 6. DISTRIBUCIÓN POR SEXOS Y EDADES EN LA SANIDAD PÚBLICA

TOTAL SANIDAD PÚBLICA EPA IV Trimestre 2014							
Edad	Miles de personas			Distribución por grupos de edad		Distribución por sexo según	
	Hombres	Mujeres	Total	% Hombres	% Mujeres	% Hombres	% Mujeres
hasta 24 años	0,0	3,1	3,1	0,0%	0,7%	0,0%	100,0%
de 25 a 34	16,3	52,8	69,1	10,9%	12,7%	23,6%	76,4%
de 35 a 44	48,2	103,8	152,0	32,1%	24,9%	31,7%	68,3%
de 45 a 54	41,5	142,3	183,8	27,6%	34,2%	22,6%	77,4%
de 55 a 64	43,9	114,2	158,2	29,3%	27,4%	27,8%	72,2%
65 y más	0,2	0,0	0,2	0,1%	0,0%	100,0%	0,0%
Total	150,1	416,3	566,4	100,0%	100,0%	26,5%	73,5%

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014.

Tabla 7. DISTRIBUCIÓN POR SEXOS Y EDADES EN LA SANIDAD PRIVADA

TOTAL SANIDAD PRIVADA EPA IV Trimestre 2014							
Miles de personas				Distribución por grupos de edad según sexo		Distribución por sexo según grupos de edad	
Edad	Hombres	Mujeres	Total	% Hombres	% Mujeres	% Hombres	% Mujeres
hasta 24 años	3,3	17,0	20,3	3,3%	6,2%	16,1%	83,9%
de 25 a 34	22,0	84,3	106,2	22,1%	30,6%	20,7%	79,3%
de 35 a 44	29,8	87,3	117,1	29,9%	31,7%	25,4%	74,6%
de 45 a 54	25,1	52,8	77,9	25,3%	19,2%	32,2%	67,8%
de 55 a 64	15,3	31,3	46,6	15,4%	11,4%	32,8%	67,2%
65 y más	4,0	2,5	6,5	4,0%	0,9%	61,4%	38,6%
Total	99,4	275,2	374,6	100,0%	100,0%	26,5%	73,5%

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014.

Calculando en ambos subsectores, tanto el IEL como la TEL, se observa la diferencia. Se ve en la Tabla 8 que, se utilice la tasa de envejecimiento laboral o el índice de envejecimiento laboral, la sanidad privada tiene un envejecimiento menor que el conjunto de la población ocupada, mientras que la sanidad pública es un subsector que puede definirse como envejecido.

Tabla 8. INDICADORES DE ENVEJECIMIENTO DE POBLACIÓN OCUPADA

	Tasa de Envejecimiento Laboral (TEL)		Índice de Envejecimiento Laboral (IEL)	
	2002	2014	2002	2014
Población ocupada en España	10%	15%	25	56
Población ocupada en sanidad	10%	22%	31	106
Sanidad pública	12%	28%	48	219
Sanidad privada	7%	14%	14	42
IEL=(P _{>55} /P _{<35})*100				
TEL=(P _{>55} /P _{total})*100				

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014.

La comparación entre la sanidad pública y la privada es pertinente para aclarar un aspecto. Podría pensarse que las actividades sanitarias es un sector más envejecido porque la entrada en el sistema se produce más tardíamente al corresponder, en su mayoría, a profesiones tituladas tanto universitarias como de formación profesional, tal y como se ha señalado anteriormente. Pero esto debería ser igual de aplicable en el sector sanitario público como en el privado. Sin embargo, se ve un sector sanitario privado más joven que la media general. ¿Refleja esto una composición de las ocupaciones profesionales diferente? Se verá más adelante.

Puede indicar, también, que las empresas privadas son de más reciente creación. En este sentido, podrían utilizarse los datos del Directorio Central de Empresas (DIRCE) difundido por el INE. Según los mismos, en 2014 hay en el ámbito sanitario un total de 131.740 empresas, un número que ha crecido desde 2008 en un 14,5% a pesar de la crisis, contrastando con la disminución de un 8,9% que se ha producido con carácter general.

Otra forma de aproximarnos es a través de la edad media de cada ámbito, lo que permite también hacer un análisis longitudinal.

Tabla 9. EDADES MEDIAS DE LA POBLACIÓN OCUPADA

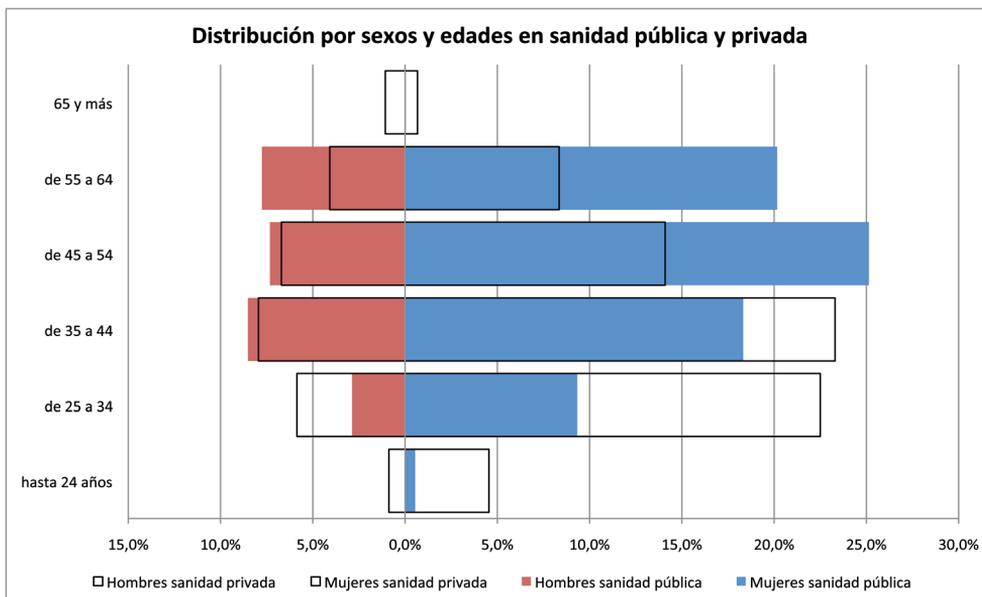
EPA IV Trimestre	Edad media	
	2002	2014
Total de población ocupada	38,4	42,2
Población asalariada en el sector privado	36,2	40,3
Población asalariada en el sector público	41,5	45,9
Población ocupada en sanidad	40,3	44,5
Población ocupada en la sanidad privada	36,3	40,7
Población ocupada en la sanidad pública	42,2	47,1

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre.

Como puede verse en la Tabla 9, hay una diferencia significativa entre la edad media de la población ocupada en el conjunto de las actividades económicas y la registrada en las actividades sanitarias. Pero hay dos aspectos destacables. El primero, que la población ocupada en la sanidad pública tiene una edad media muy superior. El segundo, que desde 2002 el proceso de envejecimiento es general pero tiene una especial relevancia en la sanidad pública, con un incremento de casi cinco años de la media de edad.

En el Gráfico 13 se reflejan solapadas ambas pirámides de población ocupada, la correspondiente al sector público y la del sector privado del cuarto trimestre de 2014. Las diferencias son obvias. Ciertamente que en ambos sectores la presencia de las mujeres es mayoritaria (un 73,5% tanto en el caso de la sanidad pública como en la sanidad privada); pero el peso de las franjas de edad es muy diferente. Sólo en el caso de los hombres puede considerarse que hay una franja similar, entre los 35 y los 54 años: son el 15,8% del total de la población ocupada en la sanidad pública y el 14,7% en el caso de la sanidad privada. En el resto de las franjas etarias las diferencias son notables, sobre todo en las más jóvenes: sólo el 2,9% son hombres con menos de 35 años en la sanidad pública, mientras que en la privada el porcentaje sube hasta el 6,7%, más del doble. En las franjas más envejecidas, con más de 55 años, la sanidad pública concentra un 7,8% de hombres, mientras que la sanidad privada se limita a un 5,2%, todo a pesar de que ya apenas queda nadie en la sanidad pública con 65 años o más.

Gráfico 13. PIRÁMIDE DE POBLACIÓN SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA



Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014.

Las diferencias en el caso de las mujeres son aún mayores, siempre con datos referidos al último trimestre de 2014. Puede verse que un 27,0% de las personas ocupadas en la sanidad privada son mujeres con menos de 35 años, porcentaje que se reduce en la pública al 9,9%. En el otro extremo, las mujeres con más de 55 años representan en el sector público el 20,2% del total de las personas ocupadas, mientras que en el privado se reduce al 9,0%.

Este envejecimiento de las actividades sanitarias tiene otra implicación. En el cuarto trimestre de 2014 había, según la EPA, 76,2 mil personas con más de 60 años y menos de 65. En otras palabras, en el próximo lustro entrarán en edad de jubilarse el 8,1% del total de la población ocupada en las actividades sanitarias. De todas ellas, 59,3 mil (el 10,5%) corresponden al sector público, en el que se aplica un límite anual a la tasa de reposición, a la capacidad de sustituir las bajas producidas por diferentes causas.

En resumen, el sector sanitario está envejeciendo a mayor ritmo que los sectores no sanitarios y su proceso de feminización no se ha detenido. Ciertamente que el primero de los fenómenos se aprecia con intensidad sólo en la sanidad pública, pero el peso de ésta arrastra la preocupación al conjunto. No es un fenómeno exclusivo de España, pero no se ven aquí reflexiones o actuaciones como en otros países.

Igualmente, la feminización no es siempre una buena noticia. Por un lado, puede estar mostrando una segregación sectorial y ocupacional: dificultad de las mujeres para incorporarse en otros sectores e identificación de las tareas de cuidados personales con labores propias de las mujeres. Por otro, porque esa segregación no elimina, sino que sigue produciendo a su vez, la desigualdad dentro del propio sector o actividad (menores salarios, más temporalidad y tiempo parcial, etcétera).

8. Relación laboral temporal o indefinida

Ya se ha visto antes que de las 941,0 mil personas ocupadas en actividades sanitarias en el cuarto trimestre de 2014, 863,5 mil eran asalariadas y otras 77,5 mil correspondían a otras situaciones (empresarios con asalariados, trabajadores independientes o empresarios sin asalariados, ayuda en la empresa o negocio familiar y otras situaciones).

Pues bien, del total de personas asalariadas en sanidad en el cuarto trimestre de 2014 el 75,0% son indefinidos y el 25,0% son temporales. Una tasa de temporalidad que es algo superior a la registrada con carácter general entre la población asalariada en España, situada en ese mismo periodo en el 24,2%, como puede verse en la Tabla 10.

En todo caso, la diferencia radical se ve comparando la sanidad pública y la sanidad privada. Mientras que la primera registra al acabar el año 2014 una tasa de temporalidad del 28,6%, muy superior a la media general, la segunda limita la temporalidad al 18,1% (ver Tabla 10). Como se verá más adelante, se trata de dos maneras diferentes de gestionar la flexibilidad: en la sanidad pública mediante contratos temporales, en la sanidad privada mediante jornadas a tiempo parcial. De hecho, si se compara el porcentaje de quienes son asalariados indefinidos a tiempo completo en la sanidad pública y en la privada se verá que en el primer caso el porcentaje se eleva al 69,1%, mientras que en el segundo el porcentaje es el 65,6%. La principal diferencia está fuera de este núcleo central de empleo indefinido a tiempo completo.

Tabla 10. EVOLUCIÓN DE LOS PORCENTAJES DE TEMPORALIDAD

PORCENTAJES DE TEMPORALIDAD				
Años	General	Total Sanidad	Sanidad Pública	Sanidad Privada
2002	31,8%	27,3%	27,3%	27,4%
2008	27,6%	30,3%	34,6%	21,4%
2011	24,7%	27,0%	31,2%	18,0%
2014	24,2%	25,0%	28,6%	18,1%

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014

¿Han variado estos porcentajes de forma significativa desde 2002 y a lo largo de los años de crisis? Pues así es. Gran parte del ajuste del empleo se ha producido en el conjunto de los sectores económicos destruyendo empleo temporal. Sin embargo, el comportamiento de las actividades sanitarias ha sido diferente, con dos trayectorias distintas según se hable del sector público o del privado. En el primero se ve que la expansión del empleo se produjo sobre la base del empleo temporal entre 2002 y 2008 (los temporales crecen un 58,1% y los indefinidos un 11,9%), para vivir un ajuste posterior mediante la expulsión de los temporales (que disminuyen un 21,8% mientras que los indefinidos crecen un 3,3%). Sin embargo, en la sanidad privada se ve que en el periodo 2002-2008 la expansión del empleo se produce sobre la base del empleo indefinido (que crece un 67,3% mientras que el temporal se limita a un incremento del 20,9%). Por otro lado, el ajuste en el periodo 2008-2014 se produce disminuyendo el empleo temporal un 12,4% mientras que los indefinidos crecen un 7,9%. Desde bases de partida casi idénticas en 2002, la sanidad pública y la privada han trazado sendas muy distintas. De nuevo se ve aquí cómo el sector público sigue un proceso de

expansión o contracción sobre la base del empleo temporal, mientras que, como ya se ha dicho, el sector privado ha optado por gobernar sus ajustes mediante el tiempo parcial y reduciendo de forma significativa la temporalidad.

Por otro lado, como puede verse en la Tabla 11, tanto en la sanidad pública como en la privada la tasa de temporalidad es mayor entre las mujeres. Así pues, la tasa de temporalidad más elevada la registran las mujeres que trabajan en el sector público, mientras que la más baja se registra entre los hombres del sector privado.

Tabla 11. TEMPORALIDAD SEGÚN SEXOS

ASALARIADOS INDEFINIDOS Y TEMPORALES				
IV Trim 2014	SANIDAD PÚBLICA		SANIDAD PRIVADA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Indefinidos	72,1%	71,1%	83,4%	81,4%
Temporales	27,9%	28,9%	16,6%	18,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014.

Haciendo el análisis por edades puede apreciarse que la población más joven es la que registra tasas de temporalidad más elevadas. Sin embargo, los datos reflejados en la Tabla 12 muestran no sólo la diferencia entre el sector sanitario público y el privado, sino peculiaridades del primero que deben anotarse.

Tabla 12. TASAS DE TEMPORALIDAD EN SANIDAD POR EDADES

ASALARIADOS SANIDAD PÚBLICA				
	Indefinidos	Temporales	Total	Tasa temporalidad
hasta 24 años	0,5	2,6	3,1	83,2%
de 25 a 34 años	18,1	51,0	69,1	73,8%
de 35 a 44 años	89,5	62,5	152,0	41,1%
de 45 a 54 años	153,5	30,3	183,8	16,5%
de 55 a 64	142,5	15,6	158,2	9,9%
65 y más años	0,2	0,0	0,2	0,0%
TOTAL	404,4	162,0	566,4	28,6%
ASALARIADOS SANIDAD PRIVADA				
	Indefinidos	Temporales	Total	Tasa temporalidad
hasta 24 años	5,9	12,9	18,8	68,6%
de 25 a 34 años	62,4	22,3	84,7	26,4%
de 35 a 44 años	84,6	11,3	96,0	11,8%
de 45 a 54 años	55,9	6,2	62,1	10,0%
de 55 a 64	31,8	1,0	32,8	3,2%
65 y más años	2,7	0,0	2,7	0,0%
TOTAL	243,3	53,8	297,1	18,1%

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014.

La sanidad privada utiliza la franja más joven, hasta los 24 años, como la entrada al sistema, reduciéndose drásticamente la temporalidad a partir de los 25 años de edad. Sin embargo, en la sanidad pública esta reducción de la temporalidad no se produce hasta pasar a la franja de edad que comienza a los 35 años, manteniendo en cualquier caso valores relativos más elevados que en la sanidad privada. Es posible que en ello influya que en la sanidad pública muchos de los contratos temporales son utilizados para cubrir interinidades, para cubrir puestos de trabajo que corresponden a una actividad habitual en los centros de trabajo, y que

no son cubiertos a través de Ofertas de Empleo Público debido a los límites en las tasas de reposición establecidos de manera general para el conjunto de las Administraciones Públicas.

Pero hay otro dato que debe retenerse. La temporalidad en la sanidad privada entre los mayores de 55 años es casi residual, pero en la sanidad pública se observa una tasa de temporalidad en dicha franja que es tres veces mayor. Más de 15 mil personas han entrado en la década previa a su jubilación sin haber conseguido una situación estable. Se verá luego cómo esto afecta a una población asalariada que va acumulando antigüedad en la temporalidad.

Por último, aunque los microdatos de la EPA no permiten analizar todas las ocupaciones profesionales de las actividades sanitarias, sí se cuenta con base suficiente para hacer una aproximación a algunas de sus principales ocupaciones: la médica, la de enfermería y la de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, tal y como se refleja en la Tabla 13. Sin tener en cuenta aquellos datos que por su reducida muestra no permiten su análisis, pueden extraerse algunas primeras conclusiones.

Tabla 13. TEMPORALIDAD EN OCUPACIONES SANITARIAS

PROFESIONALES DE LA MEDICINA				
	Indefinidos	Temporales	Total	Tasa de temporalidad
hasta 24 años	0,0	0,0	0,0	
de 25 a 34	8,5	21,3	29,9	71%
de 35 a 44	23,8	18,7	42,6	44%
de 45 a 54	41,3	4,4	45,8	10%
de 55 a 64	39,2	1,9	41,1	5%
65 y más	1,8	0,0	1,8	0%
Totales	114,7	46,4	161,1	29%
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y PARTERÍA				
	Indefinidos	Temporales	Total	Tasa de temporalidad
hasta 24 años	1,0	5,3	6,3	83%
de 25 a 34	18,3	24,9	43,2	58%
de 35 a 44	50,0	19,1	69,1	28%
de 45 a 54	41,4	4,1	45,5	9%
de 55 a 64	46,0	1,9	47,8	4%
65 y más	0,0	0,0	0,0	
Totales	156,7	55,2	211,9	26%
PROFESIONALES DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA				
	Indefinidos	Temporales	Total	Tasa de temporalidad
hasta 24 años	2,5	4,2	6,7	63%
de 25 a 34	9,6	3,5	13,1	27%
de 35 a 44	23,3	12,1	35,3	34%
de 45 a 54	40,1	11,8	51,9	23%
de 55 a 64	31,1	6,6	37,7	17%
65 y más	0,2	0,0	0,2	
Totales	106,8	38,2	145,0	26%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de EPA, Tercer Trimestre de 2014.

La primera, que la enfermería, tanto personal diplomado como técnico en cuidados auxiliares, registra una tasa de temporalidad parecida a la de la media general del sector (25%), como era de esperar dado su peso sobre el conjunto de la población ocupada en las actividades sanitarias, mientras que el personal facultativo tiene al acabar el año 2014 tasas de temporalidad superiores.

La segunda, que la evolución de las tasas de temporalidad en función de la edad son muy diferentes en cada uno de los grupos. Entre técnicos en cuidados auxiliares de enfermería se ve una significativa reducción inicial al llegar a la franja de los 25-34 años, pero esta reducción frena su impulso de tal forma que incluso entre las personas mayores de 55 años se mantiene una tasa de temporalidad del 17%. Entre el resto del personal de enfermería la reducción es más progresiva, pero los datos muestran que a partir de la franja de los 45-54 años la temporalidad se reduce significativamente a un 9% en esta franja y a un marginal 4% en la última franja de edad. La evolución es parecida entre el personal médico, pero manteniendo siempre tasas de temporalidad ligeramente más elevadas que en enfermería.

La temporalidad y su diferente nivel en la sanidad pública y la privada tienen que ver con las opciones adoptadas para gestionar la flexibilidad en cada ámbito, como se verá ahora en el siguiente apartado sobre empleo a tiempo completo y empleo a tiempo parcial.

9. Tipo de jornada

De las 941,0 mil personas asalariadas que trabajan en las actividades sanitarias, 124,7 mil trabajan a tiempo parcial. Esto representa el 13,2% del total de la población ocupada en el sector, algo inferior al que se registra como media en el conjunto de la población ocupada en España, el 16,1%.

El trabajo a tiempo parcial se concentra habitualmente entre las mujeres, de forma que en el conjunto de la población ocupada, en el cuarto trimestre de 2014, el 26,1% del total de las ocupadas trabajan bajo esta modalidad, mientras que entre los hombres el porcentaje se reduce al 7,6%. La diferencia también se aprecia en las actividades sanitarias, aunque de manera menos acusada. El porcentaje de hombres que trabajan a tiempo parcial en sanidad, un 7,2%, es muy similar a la media general. Sin embargo, entre las mujeres el porcentaje se reduce al 15,4% en sanidad, una cifra considerablemente inferior a la media general.

Esta diferencia se explica por la desigual utilización del trabajo a tiempo parcial en el sector sanitario público y en el privado. En el primero, sólo el 6,5% trabaja a tiempo parcial, mientras que el 23,5% de las personas ocupadas en la sanidad privada trabajan a tiempo parcial.

El trabajo a tiempo parcial ha sido siempre significativo en la sanidad privada y menos relevante en la pública, como puede verse desde el año 2002. En aquel año, el tiempo parcial ya suponía el 14,1% del total del empleo en la sanidad privada, un porcentaje que se incrementó progresivamente al 17,2% en 2008, se mantuvo en el 17,1% en 2011 y ha repuntado hasta el 23,5% en 2014. Las cifras en la sanidad pública se mueven, sin embargo, en un plano muy diferente. El año 2002 registraba un 3,2% de trabajo a tiempo parcial, base desde la que se asciende progresivamente: un 4,6% en 2008, un 5,4% en 2011 y el 6,5% en 2014.

Como puede verse en la Tabla 14, tanto en la sanidad pública como en la privada el porcentaje de mujeres que trabajan a tiempo parcial es mayor que el de los hombres, aunque los porcentajes en ambos ámbitos sean muy diferentes en magnitud. Sólo el 3,3% de los hombres en el sector sanitario público frente al 7,6% de las mujeres, mientras que en el sector sanitario privado el 13,2% de los hombres trabaja a tiempo parcial, subiendo hasta el 27,2% en el caso de las mujeres.

Tabla 14. PORCENTAJES DE PARCIALIDAD POR SEXOS Y EDADES

2014 IV Trim.	ASALARIADOS SANIDAD			
	Sanidad Pública		Sanidad privada	
	% t. parcial hombres	% t. parcial mujeres	% t. parcial hombres	% t. parcial mujeres
hasta 24 años	0,0%	36,6%	21,8%	33,4%
de 25 a 34 años	14,5%	14,3%	19,7%	24,9%
de 35 a 44 años	3,5%	13,9%	8,4%	30,7%
de 45 a 54 años	2,1%	4,7%	7,2%	23,5%
de 55 a 64	0,0%	1,7%	6,7%	23,7%
TOTAL	3,3%	7,6%	13,2%	27,2%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de EPA, IV Trimestre de 2014.

También se aprecia una significativa diferencia por grupos de edad. El 32,2% de los jóvenes hasta 24 años de edad trabaja a tiempo parcial, porcentaje que se reduce en las siguientes franjas de edad, aunque con comportamientos diferentes según si se habla de hombres o de mujeres y de sector público o privado.

Otro aspecto a considerar es la voluntariedad del tiempo parcial. Tal y como se puede ver en la Tabla 15, en el conjunto de las actividades económicas se observa que un 62,7% de quienes trabajan a tiempo parcial lo hacen por no haber podido encontrar un trabajo de jornada completa. Es llamativo que en sanidad este porcentaje se reduce de forma significativa hasta el 51,5%, sin apreciarse cambios relevantes entre la sanidad pública y la privada, siempre con datos del IV Trimestre de 2014.

Tabla 15. MOTIVOS PARA TRABAJAR A TIEMPO PARCIAL

	TOTAL	SANIDAD	SANIDAD PÚBLICA	SANIDAD PRIVADA
Seguir cursos de enseñanza o formación	5,2%	3,6%	0,0%	5,2%
Enfermedad o incapacidad propia	0,9%	0,6%	0,5%	0,6%
Cuidado de niños o de adultos enfermos, incapacitados o mayores	9,2%	18,8%	31,0%	13,7%
Otras obligaciones familiares o personales	4,8%	4,3%	6,9%	3,2%
No haber podido encontrar un trabajo de jornada completa	62,7%	51,5%	51,6%	51,4%
No querer un trabajo de jornada completa	7,1%	6,8%	4,7%	7,6%
Otras razones	9,7%	13,9%	5,2%	17,4%
Desconoce el motivo	0,3%	0,6%	0,0%	0,8%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de EPA, IV Trimestre de 2014.

Si se pone el foco en la sanidad pública, el dato más destacado es que el 31,0% de quienes trabajan a tiempo parcial lo hacen voluntariamente para dedicarse al cuidado de niños o de adultos enfermos, incapacitados o mayores. Esta razón sólo se aduce por un 9,2% en el conjunto de la población asalariada y por un 13,7% en la sanidad privada. Quizás este fenómeno en la sanidad pública se produce por tres motivos. El primero, como luego se verá, que los salarios medios en la sanidad pública son mayores, lo que permite una reducción ajustada de los tiempos de trabajo manteniendo niveles salariales considerados adecuados por quienes optan por esta reducción. El segundo, la posible tendencia a que las personas que tienen profesiones sanitarias sean quienes se hacen cargo en el seno de las familias de los cuidados de niños, adultos enfermos, incapacitados o mayores. Y el tercero y último, porque las Administraciones Públicas no pueden poner trabas al ejercicio del derecho de reducción de jornada por cuidado de menores de 12 años, personas mayores que requieran especial dedicación o personas con discapacidad que no desempeñen actividad retribuida, tal y como está establecido en la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.

En la sanidad privada hay un elevado porcentaje de “otras razones”, un epígrafe genérico que impide saber las razones que llevan al 17,4% de quienes trabajan a tiempo parcial a hacerlo voluntariamente.

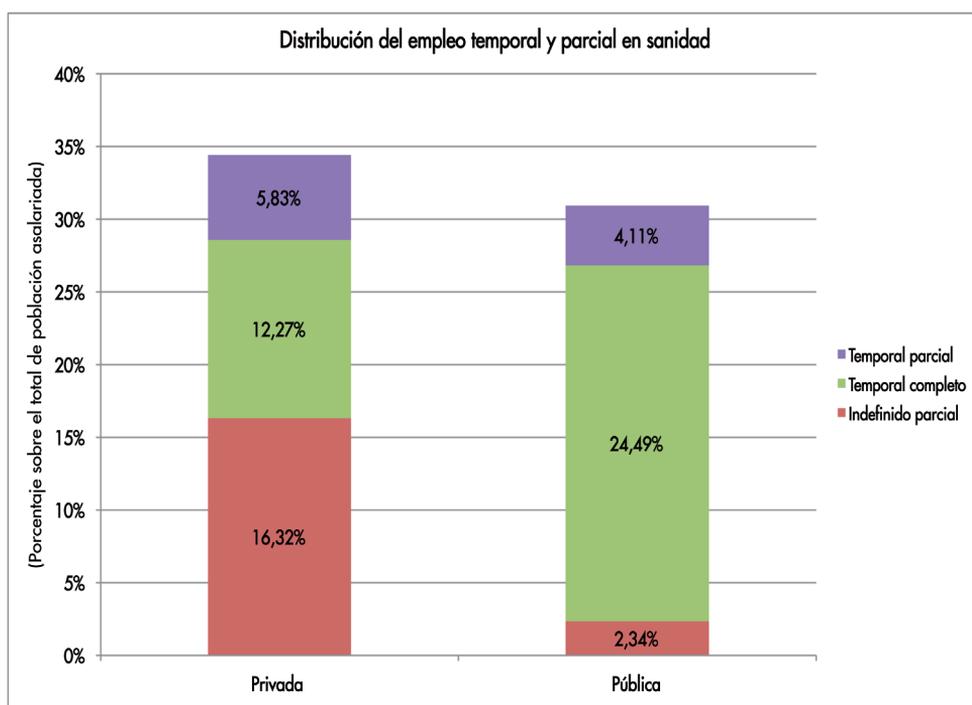
Tal y como se dijo anteriormente, parece desprenderse de los datos anteriores que hay dos maneras diferentes de gestionar el tiempo si se comparan los sectores público y privado. El

primero se basa en la temporalidad como herramienta de gestión, mientras que el segundo se basa en el trabajo a tiempo parcial, tal y como se ve en el Gráfico 14.

Mezclando ambos conceptos, temporalidad y tiempo parcial, puede verse en la EPA que en la sanidad pública hay un elevado porcentaje de temporalidad entre quienes trabajan a tiempo parcial. De las 36,6 mil personas que trabajan a tiempo parcial 23,3 mil son temporales, el 63,7%. Sin embargo, en el sector privado trabajan a tiempo parcial 65,8 mil personas, siendo temporales 17,3 mil, el 26,3%.

Si se considera el dato de trabajo temporal a tiempo parcial como el extremo de la precariedad contractual, en la sanidad pública representa el 4,1%, mientras que en la sanidad privada supone el 5,8%.

Gráfico 14. EMPLEO TEMPORAL Y PARCIAL EN SANIDAD



Fuente: elaboración propia a partir de datos de EPA, IV Trimestre de 2014.

10. Horas efectivas de trabajo

Detenerse en este punto se debe no tanto, o no sólo, por ver otro aspecto decisivo para evaluar la evolución de las condiciones del empleo, sino porque puede ayudar a matizar un aspecto sobre la evolución del conjunto del empleo en las actividades sanitarias, y más concretamente en la sanidad pública.

¿Pueden compararse trabajadores que realizaban una media de 35 horas semanales con aquellos que hacen una media de 37,5 horas semanales? La respuesta es que al menos debe establecerse un sistema de equivalencia que permita la comparación entre factores desiguales.

En este informe se utilizan las horas efectivas de trabajo que refleja la EPA; es decir, las horas realmente trabajadas tanto en periodos normales de trabajo como en jornada extraordinaria. Desde esta óptica, mientras que en el conjunto de la población ocupada la media es de 37,0 horas efectivas semanales, las actividades sanitarias registraron en el último trimestre de 2014 una media semanal de 36,0 horas efectivas. Esta cifra se incrementa a las 37,0 horas efectivas en la sanidad pública y se limita a las 34,5 horas en la sanidad privada (en el cálculo no se incluye a las personas que afirman no haber trabajado en la semana de referencia ni aquellas sobre las que no consta el número de horas trabajadas).

Como puede observarse en la Tabla 16, no siempre han sido éstos los datos. Si se analiza el periodo 2002-2008 se ve que las medias de horas efectivas semanales trabajadas, tanto en el conjunto de los sectores como en sanidad, permanecen casi inalteradas. Sin embargo, esta aparente estabilidad en sanidad oculta un dato que puede apreciarse cuando se descompone el sector diferenciando el empleo en la sanidad pública y en la privada. Mientras que en la primera las horas efectivas crecen de forma significativa, en el sector privado la tendencia es la contraria, reduciéndose ligeramente.

Entre 2008 y 2014 se ve, en primer lugar, que la media de las horas efectivas semanales trabajadas en el conjunto de las actividades se reduce hasta las 37,0 horas; y, en segundo lugar, que la tendencia observada en sanidad se mantiene, aumentando la jornada de trabajo en la sanidad pública y disminuyendo en la privada.

Tabla 16. HORAS EFECTIVAS DE TRABAJO

MEDIA DE HORAS EFECTIVAS DE TRABAJO			
EPA IV Trim	2002	2008	2014
General	38,1	38,1	37,0
Total Sanidad	36,6	36,1	36,0
Sanidad pública	34,3	36,3	37,0
Sanidad privada	36,4	35,9	34,5

Fuente: elaboración propia a partir de datos de EPA, IV Trimestre.

Como es obvio, en estas diferencias tiene una influencia directa el peso del empleo a tiempo parcial. Conviene, por tanto, diferenciar según el tipo de jornada. Atendiendo a ello, puede verse que la media en el tiempo parcial (Tabla 17) para el conjunto de sanidad es de 20,0 horas, mientras que en el tiempo completo se eleva hasta las 38,5 horas efectivas.

Tabla 17. HORAS EFECTIVAS EN TIEMPO PARCIAL

MEDIA DE HORAS EFECTIVAS DE TRABAJO EN TIEMPO PARCIAL			
EPA IV Trim	2002	2008	2014
General	17,9	18,6	18,5
Total Sanidad	20,3	19,7	20,0
Sanidad pública	21,8	18,9	22,6
Sanidad privada	19,5	20,5	19,7

Fuente: elaboración propia a partir de datos de EPA, IV Trimestre

Quizás en la sanidad pública hay que destacar que no sólo hay más personas trabajando a tiempo parcial, como ya se ha visto, sino que a lo largo de los años de crisis la media de horas efectivas semanales se ha incrementado. Algo que no ha sucedido en el sector privado, en el que ha aumentado el empleo a tiempo parcial de una forma más intensa que en el sector público, pero cuya media semanal ha descendido ligeramente hasta situarse de nuevo en la media de 2002.

Hay que señalar, también, que quienes trabajan a tiempo completo (Tabla 18) lo hacen en 2014 con unas medias semanales más elevadas que en 2008. Destaca, en este sentido, el incremento de la media de horas efectivas semanales trabajadas en el sector sanitario público, que han pasado de mantenerse estables en 37,2 a subir hasta las 38,4 horas. Aun así, se mantiene por debajo de las medias registradas en la sanidad privada y en el conjunto de las actividades.

Tabla 18. HORAS EFECTIVAS EN TIEMPO COMPLETO

MEDIA DE HORAS EFECTIVAS DE TRABAJO EN TIEMPO COMPLETO			
EPA IV Trim	2002	2008	2014
General	39,8	40,9	41,4
Total Sanidad	38,7	37,8	38,5
Sanidad pública	37,2	37,2	38,4
Sanidad privada	39,0	39,0	39,6

Fuente: elaboración propia a partir de datos de EPA, IV Trimestre

El diferente peso del empleo a tiempo parcial entre hombres y mujeres tiene su reflejo en las medias semanales de horas efectivas. Ellos trabajan en sanidad una media de 38,8 horas, mientras que ellas trabajan una media de 35,5 horas. Pero, ¿hay diferencias cuando en ambos casos se trabaja con la misma modalidad de jornada, a tiempo completo o a tiempo parcial? Pues bien, en ambos casos se ve una media de horas mayor en el caso de los hombres.

Tabla 19. HORAS EFECTIVAS SEGÚN SEXO EN SANIDAD

Nº TOTAL DE HORAS EFECTIVAS SEMANALES TRABAJADAS		
	Hombres	Mujeres
Tiempo completo	39,7	38,0
Tiempo parcial	21,7	19,7

Fuente: elaboración propia a partir de datos de EPA, IV Trimestre de 2014

En la Tabla 19 se ve que los hombres con jornada a tiempo completo trabajan casi dos horas más que las mujeres y que en el tiempo parcial la diferencia es de dos horas exactas. Una explicación está en la propia composición ocupacional de ambos géneros. Como luego se verá, entre los hombres el porcentaje de personal facultativo es mayor que entre las mujeres, una profesión que conlleva la realización de guardias y prolongaciones de jornada. Sin duda pesa también una inadecuada conciliación entre la vida personal y la profesional, que lleva a que muchas mujeres busquen tiempo disponible al margen del ejercicio profesional.

Al margen de las causas, sobre las que convendría profundizar, es un dato que tiene consecuencias en las retribuciones generales. Menores jornadas, por tiempo parcial o porque se realizan menos guardias o menos prolongaciones de jornada, conlleva menores salarios, ahondando, como se verá posteriormente, la brecha salarial a pesar de que sanidad sea un sector muy feminizado.

11. Las horas totales semanales trabajadas en sanidad

Saber las horas efectivas semanales realizadas no sólo permite conocer las medias de horas de trabajo semanal, tal y como se ha reflejado. También permite ver la evolución del total de horas semanales realizadas por el conjunto de las personas empleadas en las actividades sanitarias.

Ya se muestra en el Gráfico 9 la evolución del empleo en la sanidad pública y en la privada, pero se reflejan datos sobre número de empleos que no son equivalentes. Dicho de otra forma, a igual número de empleos el resultado en horas efectivas de trabajo siempre es mayor en 2014 que en 2002. Ambos factores se han incrementado, tanto el volumen de empleo como las horas efectivas semanales; luego el resultado sólo puede ser que en 2014 el conjunto de las actividades sanitarias realiza más horas de actividad. Basta ver la siguiente Tabla 20.

Tabla 20. HORAS TOTALES SEMANALES EN SANIDAD

NÚMERO TOTAL DE HORAS EFECTIVAS SEMANALES TRABAJADAS			
	2002	2008	2014
Sanidad pública	16.171.061,0	19.148.002,5	18.836.085,3
Sanidad privada	8.041.476,0	11.301.497,7	11.717.812,3
Total	24.212.537,0	30.449.500,2	30.553.897,7

Fuente: elaboración propia a partir de datos de EPA, IV Trimestre de 2014.

En el cuarto trimestre de 2014 se trabajan en sanidad un 26,2% más de horas semanales que en el mismo periodo de 2002, una tendencia que también se refleja en los datos de la Contabilidad Nacional de España. Un crecimiento menor que el del volumen de empleo asalariado (33% entre 2002 y 2014) debido a los cambios en la estructura del empleo, con un incremento del empleo a tiempo parcial. Incluso en la etapa de crisis, entre el cuarto trimestre de 2008 y el de 2014, las horas han seguido incrementándose en un 0,3%. Pero en este periodo la comparación con la evolución del empleo es diferente: entre 2008 y 2014 el empleo asalariado disminuyó un 1,5%, a pesar de lo cual el volumen de horas se incrementa por el aumento de la jornada media que se produce en la sanidad pública, tal y como se ha visto en la Tabla 16.

Lo cierto es que, de nuevo, debe distinguirse entre la sanidad privada y la pública. La primera está viviendo un incremento progresivo de su actividad medida en horas efectivas semanales de trabajo, que implica un crecimiento entre el cuarto trimestre de 2002 y el de 2014 del 45,7%, mientras que en la sanidad pública el incremento ha sido del 16,5% en ese mismo periodo. La principal diferencia está en la etapa de crisis entre 2008 y 2014: en la sanidad privada, a pesar de ello, las horas se incrementan un 3,7%, mientras que en la sanidad pública disminuyen un 1,6%.

Una conclusión que puede sacarse de este último dato es que la sanidad pública sólo ha disminuido ligeramente su actividad, hablando siempre en términos medios, gracias al incremento de la carga de trabajo y de las horas realizadas por sus profesionales.

Por otro lado, el efecto sobre la composición del conjunto de la actividad medida en horas efectivas semanales es que la sanidad privada ha pasado de suponer el 33,2% en el año 2002 a ser el 37,1% en 2008 y el 38,4% en 2014, mientras que el peso relativo de la sanidad pública disminuía en la correspondiente proporción.

Estos datos muestran que se está produciendo un desplazamiento de la actividad hacia el sector privado. La demanda sanitaria crece en estos años y, ante la disminución o congelación del empleo en la sanidad pública, su atención se desplaza hacia el sector privado. Lo que puede llamarse “privatización suave”, como ya se ha señalado anteriormente.

12. Antigüedad en el empleo

La antigüedad media en las actividades sanitarias es de 179 meses (14,9 años), cuando se analiza en la EPA del cuarto trimestre de 2014 el tiempo en meses en la empresa. Una cifra superior a la que se registra con carácter general entre la población ocupada, con una antigüedad media de 128 meses (10,7 años). En ambos casos, desde 2002 ha aumentado esta antigüedad. En sanidad era entonces de 142 meses (11,9 años) y en el conjunto se situaba en 109 meses (9,1 años).

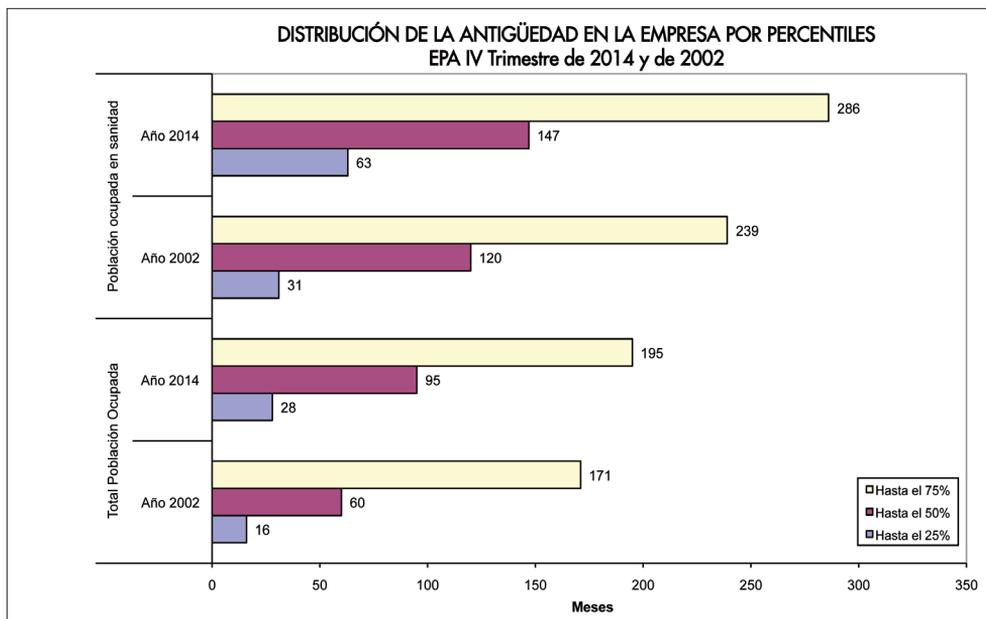
En definitiva, se observa que la antigüedad en el ámbito sanitario es mayor que en el conjunto, así como que en ambos casos está creciendo el tiempo en la empresa en el periodo analizado, 2002 a 2014.

Antigüedad no es lo mismo, en el caso de sanidad, que tener un contrato o nombramiento indefinido. Ya se vio en la Tabla 10 que la temporalidad es mayor en sanidad, a pesar de lo cual la antigüedad en la empresa es mayor. La explicación está en el fuerte peso de la sanidad pública sobre el conjunto y a que en ésta el volumen de personas con nombramientos como interinas, debido a los límites de la tasa de reposición y las escasas Ofertas de Empleo Público convocadas, tiene un peso relevante.

Al margen de estos datos generales, se ve en la EPA que el 25% del personal en actividades sanitarias tiene menos de 63 meses de antigüedad, que el 50% tiene menos de 147 y que el 75% tiene menos de 286 meses. Se trata de una distribución diferente a la que se observa en el conjunto de la población ocupada. El 25% tiene menos de 28 meses de antigüedad, el 50% menos de 95 meses y el 75% menos de 195 meses.

El Gráfico 15 muestra, además, que la antigüedad es cada vez mayor. Así, si en sanidad en el año 2002 el 25% del empleo tenía menos de 31 meses en la empresa, ahora esta cifra se incrementa hasta los 63 meses. Como puede verse, esto sucede también, aunque con menor intensidad, en el total de la población ocupada.

Gráfico 15. DISTRIBUCIÓN DE ANTIGÜEDAD POR PERCENTILES

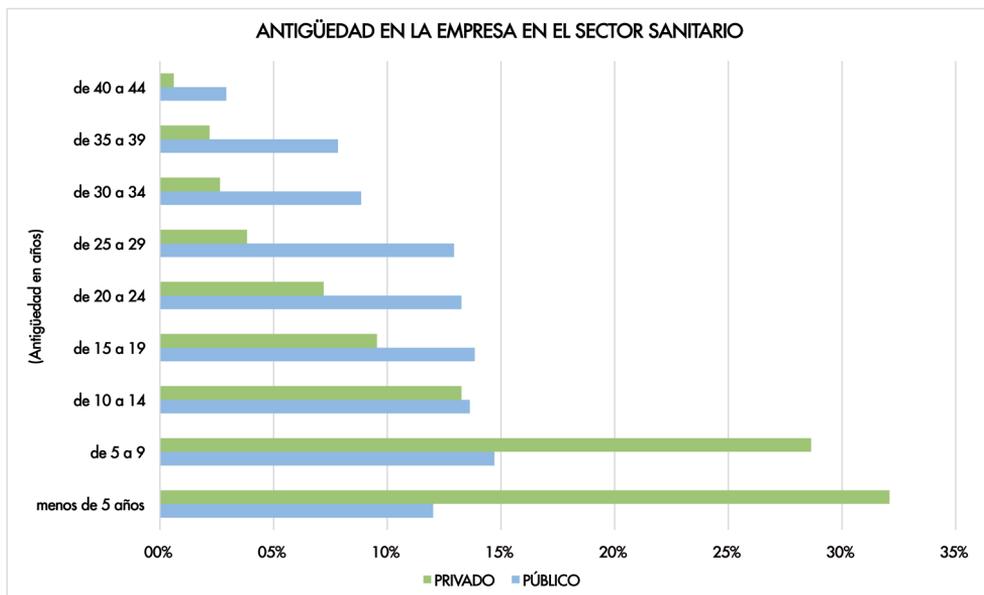


Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre.

De nuevo pueden constatarse aquí importantes diferencias entre el sector público y el sector privado sanitario, con menor antigüedad en la empresa en este último. Si, como ya se ha dicho, la media de antigüedad en las actividades sanitarias en su conjunto es de 179 meses, lo que puede verse cuando se desagrega la sanidad pública y la privada es que hay una fuerte dispersión: la media de antigüedad en la sanidad pública es de 220 meses, mientras que en la sanidad privada es de 118 meses, prácticamente la mitad. El 25% del empleo en la sanidad privada tiene una antigüedad inferior a los 33 meses, mientras que en la sanidad pública el 25% tiene una antigüedad inferior a los 101 meses.

En efecto, al igual que se refleja en las edades se observa en la antigüedad la mayor juventud del sector privado. Puede verse en el Gráfico 16 cómo el 60,7% del empleo en el sector privado tiene menos de diez años de antigüedad, mientras que en el sector sanitario público sólo representa el 26,7% del empleo. Sin embargo, en las franjas superiores sucede lo contrario. Casi la quinta parte (19,6%) de quienes trabajan en la sanidad pública tienen treinta o más años de antigüedad, mientras que en la sanidad privada apenas supone el 5,4% del empleo.

Gráfico 16. ANTIGÜEDAD EN SECTOR SANITARIO



Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014

Interesa, igualmente, saber si hay diferencias en la antigüedad de hombres y mujeres, lo que puede resultar de interés para comprender las diferencias salariales que puedan existir. Pues bien, la diferencia también existe, pero de una manera más atenuada, con 185 y 177 meses de media respectivamente.

Analizando los datos de antigüedad por meses, utilizando la distribución por percentiles, puede apreciarse mejor cómo se producen las diferencias, tal y como se refleja en la Tabla 21.

Tabla 21. ANTIGÜEDAD EN SANIDAD

Antigüedad en el empleo (meses)				
	Sanidad Pública		Sanidad Privada	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Media	222	219	128	114
Percentil 25	106	101	30	33
Percentil 50	220	200	84	81
Percentil 75	324	319	194	164

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014

Se observa que el 25% de los hombres que trabajan en la sanidad pública tiene una antigüedad inferior a los 106 meses, mientras que el 25% de las mujeres tienen una antigüedad inferior a los 101 meses. En el sector privado la antigüedad cae hasta los 30 y los 33 meses respectivamente.

En definitiva, hay una mayor antigüedad en la empresa en el sector sanitario público que en el privado, así como una inicial mayor antigüedad entre los hombres que entre las mujeres, con la única excepción del percentil 25 en la sanidad privada.

Al fin y al cabo son unos datos coherentes con las edades que se han analizado anteriormente (ver Gráfico 13). El sector privado tiene una población ocupada más joven y con menor antigüedad.

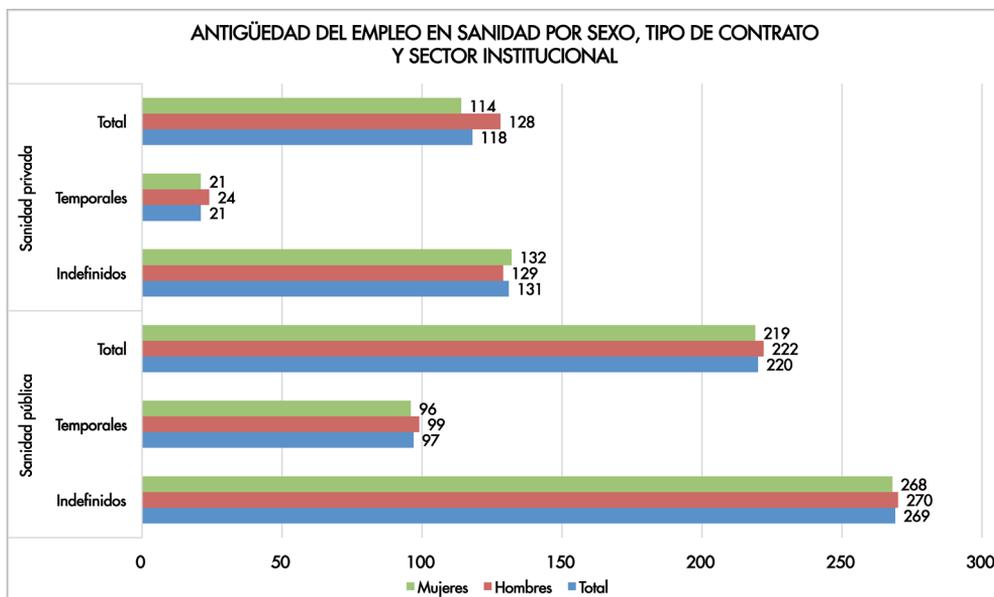
Por último, cabría esperar que la menor antigüedad corresponda a los contratos temporales. En efecto, en el conjunto de las actividades sanitarias la antigüedad media de los contratos indefinidos en el cuarto trimestre de 2014 se eleva hasta los 217 meses, mientras que la de los contratos temporales es de 78 meses.

Parece, sin embargo, una cifra elevada la media de antigüedad entre los contratos temporales. Baste saber que la media para el conjunto de los empleos temporales en la totalidad de la población ocupada es de 31 meses. Por tanto, hay en sanidad un empleo temporal con una antigüedad que es 2,5 veces mayor que la registrada con carácter general.

De nuevo se ve (Gráfico 17) que hay diferencias si se desagregan los datos. En primer lugar, entre la sanidad pública y la sanidad privada. La media de antigüedad de los contratos temporales es de 97 meses en la sanidad pública, mientras que en la sanidad privada los temporales tienen una media de 21 meses.

La diferencia en la antigüedad en el empleo entre hombres y mujeres no es apenas relevante en las actividades sanitarias. En el sector público no puede hablarse de diferencias estadísticamente significativas. En el sector privado hay ligeras diferencias que muestran una mayor antigüedad de los hombres, salvo en el caso del empleo indefinido; diferencias que en términos relativos son similares a las que se registran para el conjunto de la población ocupada en España.

Gráfico 17. ANTIGÜEDAD POR SEXO, TIPO DE CONTRATO Y SECTOR



Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014

Otro aspecto a considerar es la reiterada repetición de contratos temporales. Ya se ha dicho que la media de antigüedad de los mismos es de 78 meses, pero cuando se analiza la media de tiempo en meses desde el comienzo o la renovación del contrato actual se ve que el dato es de 25 meses. Esta diferencia se aprecia tanto en el sector público (31 meses frente a 97 meses) como en el sector privado (8 meses frente a 21 meses). Como puede verse, la antigüedad en los contratos temporales triplica la duración del último contrato.

Otra manera de aproximarnos a la temporalidad es utilizando las estadísticas del Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE) sobre contratos registrados. En el cuarto trimestre de 2014 se registraron en las actividades sanitarias 120.153 contratos iniciales, de los que sólo 5.466 eran indefinidos, un 4,5%.

En otras palabras, si los temporales están más tiempo en la empresa de lo que refleja su contrato o su última renovación es porque hay un encadenamiento de contratos temporales.

13. Empleo según país de nacimiento

La presencia entre la población ocupada en las actividades sanitarias de personas nacidas en otros países es visiblemente creciente en los centros, alcanzando el 8,6% en el último trimestre de 2014. Es un porcentaje significativamente inferior al 14,7% que se registraba con carácter general en el mismo periodo, pero que ha crecido de forma significativa desde 2002. En el último trimestre de ese año el porcentaje se limitaba a un 4,3%. En otras palabras, se ha duplicado la presencia en el sector de personas nacidas en otro país, siguiendo la tendencia registrada en el conjunto de los sectores (8,8% en el último trimestre de 2002).

Tabla 22. EMPLEO SEGÚN PAÍS DE NACIMIENTO EN SANIDAD

EPA, IV Trim 2014	Sector Público		Sector Privado		Total Sanidad	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Personas nacidas en España	537,3	94,9%	322,6	86,1%	859,9	91,4%
Personas nacidas fuera de España	29,1	5,1%	52,0	13,9%	81,1	8,6%
Total	566,4	100,0%	374,6	100,0%	941,0	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014.

Como puede verse en la Tabla 22, los datos son muy diferentes comparando el sector sanitario público con el privado. Es lógico pensar que en el primero actúa como barrera de entrada la exigencia de nacionalidad española o de la Unión Europea para poder acceder a las plazas con nombramiento como estatutarios, la figura predominante en la sanidad pública.

Lo adecuado sería comparar el sector sanitario público con el conjunto del sector público, así como el sector sanitario privado con el conjunto de los asalariados de los sectores privados.

Tabla 23. EMPLEO SEGÚN PAÍS DE NACIMIENTO EN TOTAL

EPA, IV Trim 2014	Sector Público		Sector Privado		Total General	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Personas nacidas en España	2823,3	96,4%	12162,9	83,1%	14986,2	85,3%
Personas nacidas fuera de España	104,3	3,6%	2478,6	16,9%	2582,9	14,7%
Total	2927,5	100,0%	14641,5	100,0%	17569,1	1867,1%

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014.

Pues bien, en el conjunto del sector público la población asalariada nacida fuera de España se limita a un 3,6%, cifra que en el sector sanitario público sube hasta el 5,1%. Esta mayor proporción en el sector público sanitario de personas nacidas fuera de España puede deberse a los programas de formación especializada que, por acuerdos con diferentes países, permiten la formación MIR para profesionales de la medicina procedentes de otros países, fundamentalmente americanos.

En el sector sanitario privado la situación es diferente. El porcentaje de personas nacidas fuera de España es mayor en la sanidad privada que en la sanidad pública, como ya se ha visto, pero aun con ello el porcentaje es inferior al que se registra con carácter general en los sectores privados, que como se ve en la Tabla 23 llega al 16,9%, superando en tres puntos porcentuales el dato observado en la sanidad privada. En este caso, la diferencia puede estar explicada por la composición ocupacional de las actividades sanitarias, con mayoría de profesiones cuyo ejercicio exige una titulación específica.

Respecto a los países de procedencia en el caso de las 29,1 mil personas que trabajan en la sanidad pública habiendo nacido fuera de España, el 15,5% procede de Cuba, el 12,5% de Colombia, el 9,3% de Venezuela, el 8,6% de Marruecos, el 8,1% de Argentina, el 8,0% de Francia, el 6,9% de Perú y el 6,6% de México. Estos ocho países suman más de las tres cuartas partes del total (el 75,5%).

Respecto a la sanidad privada, Argentina es el país de origen más frecuente con un 17,5%, seguido del 13,0% de Alemania, el 10,3% de Colombia, el 10,2% de Cuba, el 5,8% de Rumanía, el 5,3% de Perú y el 3,0% de Venezuela. Estos siete países concentran casi dos tercios (el 65,0%) de los nacidos fuera de España.

Una de las diferencias llamativas entre la sanidad pública y la privada es la diferencia del peso de los procedentes de países europeos. En la primera son el 20,5% del total, mientras que en la segunda el porcentaje se eleva hasta el 32,2%. Quizás es fruto de la libertad de circulación de trabajadores dentro de la UE y de las menores restricciones en el acceso al empleo en el sector privado.

14. Distribución ocupacional

La EPA tiene restricciones para ver las ocupaciones de las actividades sanitarias al limitarse a la Clasificación Nacional de Ocupaciones a tres dígitos. Según este sistema, se puede ver con claridad algunas profesiones sanitarias, pero no su desagregación. Por ejemplo, se sabe cuántos médicos hay, pero no si son de familia o corresponden a otras especialidades. Se sabe cuántas personas trabajan como enfermeras o matronas, pero no podemos diferenciar entre ambas categorías. O se sabe que hay “otros profesionales de la salud”, pero no se puede distinguir entre fisioterapeutas o logopedas, por ejemplo.

Aun así, tiene interés ver la estructura ocupacional y su evolución según la EPA, dado que los grandes números de la población asalariada en sanidad corresponden precisamente a profesionales de la medicina y de la enfermería.

Tabla 24. OCUPACIONES EN SANIDAD 2014

CLASIFICACIÓN NACIONAL DE OCUPACIONES (CNO-2011) EN EL SECTOR SANITARIO	Número	Porcentaje
Profesionales de enfermería y partería	213,1	22,6%
Médicos	173,3	18,4%
Auxiliares de enfermería	145,0	15,4%
Otros profesionales de la salud	65,3	6,9%
Técnicos auxiliares de farmacia y emergencias sanitarias y otros trabajadores de los cuidados a las personas en servicios de salud	55,5	5,9%
Empleados administrativos con tareas de atención al público no clasificados bajo otros epígrafes	49,4	5,2%
Técnicos sanitarios de laboratorio, pruebas diagnósticas y prótesis	40,0	4,3%
Sociólogos, historiadores, psicólogos y otros profesionales en ciencias sociales	26,3	2,8%
Otros técnicos sanitarios	22,2	2,4%
Otros empleados administrativos sin tareas de atención al público	17,8	1,9%
Empleados de información y receptionistas (excepto de hoteles)	13,5	1,4%
Asistentes administrativos y especializados	13,2	1,4%
Conductores de automóviles, taxis y furgonetas	13,1	1,4%
Personal de limpieza de oficinas, hoteles y otros establecimientos similares	13,1	1,4%
Otros	80,3	8,5%
TOTAL	941,0	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014.

Como puede apreciarse en la Tabla 24, más de las tres cuartas partes (el 75,9%) de quienes trabajan en actividades sanitarias lo hacen en profesiones sanitarias, siendo la enfermería la profesión más numerosa (hay que recordar que el número incluye el de las matronas). De hecho, las profesiones de enfermería y partería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y técnicos sanitarios de distinto tipo representan la mitad del total del empleo en sanidad (el 50,6%). Sumando profesionales de la medicina y otros profesionales de la salud (ya se describe en el apartado 6.1 esta referencia genérica) se llega al 75,9% mencionado.

¿Hay diferencias entre el sector sanitario público y el privado? En la Tabla 25 y Tabla 26 se recogen las diez primeras ocupaciones en cada uno de los subsectores y, como puede verse, la estructura profesional varía de forma substancial entre el sector sanitario público y el privado.

Tabla 25. OCUPACIONES EN LA SANIDAD PÚBLICA 2014

CLASIFICACIÓN NACIONAL DE OCUPACIONES (CNO-2011) EN LA SANIDAD PÚBLICA	Número	Porcentaje
Profesionales de enfermería y partería	165,9	29,3%
Médicos	131,4	23,2%
Auxiliares de enfermería	97,4	17,2%
Técnicos auxiliares de farmacia y emergencias sanitarias y otros trabajadores de los cuidados a las personas en servicios de salud	33,7	5,9%
Técnicos sanitarios de laboratorio, pruebas diagnósticas y prótesis	29,0	5,1%
Empleados administrativos con tareas de atención al público no clasificados bajo otros epígrafes	26,0	4,6%
Otros empleados administrativos sin tareas de atención al público	10,9	1,9%
Asistentes administrativos y especializados	9,2	1,6%
Otros profesionales de la salud	8,7	1,5%
Ayudantes de cocina	7,7	1,4%
Otros	46,5	8,2%
Total	566,4	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014.

Tabla 26. OCUPACIONES EN LA SANIDAD PRIVADA 2014

CLASIFICACIÓN NACIONAL DE OCUPACIONES (CNO-2011) EN LA SANIDAD PRIVADA	Número	Porcentaje
Otros profesionales de la salud	56,6	15,1%
Auxiliares de enfermería	47,6	12,7%
Profesionales de enfermería y partería	47,2	12,6%
Médicos	41,9	11,2%
Empleados administrativos con tareas de atención al público no clasificados bajo otros epígrafes	23,4	6,2%
Técnicos auxiliares de farmacia y emergencias sanitarias y otros trabajadores de los cuidados a las personas en servicios de salud	21,8	5,8%
Sociólogos, historiadores, psicólogos y otros profesionales en ciencias sociales	20,8	5,6%
Otros técnicos sanitarios	17,8	4,8%
Empleados de información y recepcionistas (excepto de hoteles)	12,7	3,4%
Conductores de automóviles, taxis y furgonetas	11,5	3,1%
Otros	73,4	19,6%
Total	374,6	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014.

En primer lugar, puede decirse que hay en el sector privado una mayor fragmentación ocupacional. Si en el público las diez primeras ocupaciones (en realidad, agrupaciones de ocupaciones profesionales) concentran el 91,8% del total de la población ocupada, en el privado se concentran en las diez primeras clasificaciones sólo el 80,4% del total de la población ocupada.

En segundo lugar, mientras que en la sanidad pública es la profesión de enfermería y matronas la que ocupa el primer lugar, en el sector privado lo hace la genérica agrupación de “otros profesionales de la salud”. Como ya se ha dicho, bajo este epígrafe se encuentran odontólogos y estomatólogos; fisioterapeutas; dietistas y nutricionistas; logopedas; ópticos-optometristas; terapeutas ocupacionales; podólogos; profesionales de la salud y la higiene laboral y ambiental; y otros profesionales no clasificados en las anteriores ocupaciones. Al fin y al cabo, se nota el peso de las consultas extrahospitalarias correspondientes a prestaciones no incluidas en el SNS o de escaso peso en el mismo.

En tercer lugar, en el sector privado hay más técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que diplomados universitarios en enfermería, aunque sea por una ligera diferencia. Contrasta con el sector público, en el que el número de técnicos de enfermería es algo más de la mitad (58,7%) que el de “profesionales de enfermería y partería”. En cualquier caso, el peso de la enfermería en su conjunto –DUE+técnicos– es del 46,5% en el sector público y del 25,3% en el privado, una diferencia notable.

En cuarto lugar, el diferente peso relativo de la profesión médica. Mientras que en el sector público representa el 23,2% del total, en el privado supone casi la mitad, el 11,2% del total.

Estas diferencias son coherentes con las que podrían verse en la estructura de actividades del sector público y del sector privado.

Las actividades sanitarias ya se sabe que están muy feminizadas, por lo que cabe esperar que esto se refleje, también, en la estructura ocupacional. Se puede observar en la Tabla 27 y la Tabla 28, referidas a la estructura ocupacional entre los hombres y las mujeres, respectivamente, que trabajan en las actividades sanitarias.

Tabla 27. OCUPACIONES EN SANIDAD: HOMBRES 2014

CLASIFICACIÓN NACIONAL DE OCUPACIONES (CNO-2011) EN EL SECTOR SANITARIO: HOMBRES	Número	Porcentaje
Médicos	82,7	33,1%
Profesionales de enfermería y partería	33,2	13,3%
Técnicos auxiliares de farmacia y emergencias sanitarias y otros trabajadores de los cuidados a las personas en servicios de salud	24,7	9,9%
Otros profesionales de la salud	20,4	8,2%
Conductores de automóviles, taxis y furgonetas	13,0	5,2%
Técnicos sanitarios de laboratorio, pruebas diagnósticas y prótesis	10,3	4,1%
Auxiliares de enfermería	10,1	4,1%
Empleados administrativos con tareas de atención al público no clasificados bajo otros epígrafes	9,0	3,6%
Asistentes administrativos y especializados	4,7	1,9%
Otros técnicos sanitarios	4,1	1,6%
Otros	37,4	15,0%
Total	249,5	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014.

Como puede verse, un tercio de los hombres que trabajan en el sector son médicos, seguidos muy de lejos por el resto de categorías profesionales. En concreto, la segunda clasificación corresponde a profesionales de enfermería y partería y se limita al 13,3%.

Entre las mujeres la distribución es muy diferente. La mayoría, casi la mitad, trabaja en el ámbito de la enfermería: un 26,0% como enfermeras o matronas y un 19,5% como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Sólo un 13,1% de las mismas trabaja como médicos.

Tabla 28. OCUPACIONES EN SANIDAD: MUJERES 2014

CLASIFICACIÓN NACIONAL DE OCUPACIONES (CNO-2011) EN EL SECTOR SANITARIO: MUJERES	Número	Porcentaje
Profesionales de enfermería y partería	179,9	26,0%
Auxiliares de enfermería	134,8	19,5%
Médicos	90,6	13,1%
Otros profesionales de la salud	44,9	6,5%
Empleados administrativos con tareas de atención al público no clasificados bajo otros epígrafes	40,4	5,8%
Técnicos auxiliares de farmacia y emergencias sanitarias y otros trabajadores de los cuidados a las personas en servicios de salud	30,7	4,4%
Técnicos sanitarios de laboratorio, pruebas diagnósticas y prótesis	29,8	4,3%
Sociólogos, historiadores, psicólogos y otros profesionales en ciencias sociales	22,7	3,3%
Otros técnicos sanitarios	18,1	2,6%
Otros empleados administrativos sin tareas de atención al público	14,3	2,1%
Otros	85,2	12,3%
Total	691,5	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014.

Hasta aquí se ha visto la estructura ocupacional por sexos, pero tiene interés ver también la estructura por sexos de las distintas ocupaciones profesionales. Por ejemplo, no debería sacarse como conclusión de las cifras anteriores que hay pocas mujeres trabajando como médicos. De hecho suponen ya el 52,3% del total de médicos trabajando en las actividades sanitarias, como puede verse en la Tabla 29.

Tabla 29. DISTRIBUCIÓN POR SEXOS EN CADA OCUPACIÓN 2014

CLASIFICACIÓN NACIONAL DE OCUPACIONES (CNO-2011) EN EL SECTOR SANITARIO: DISTRIBUCIÓN POR SEXOS		
	Hombres	Mujeres
Profesionales de enfermería y partería	15,6%	84,4%
Médicos	47,7%	52,3%
Auxiliares de enfermería	7,0%	93,0%
Otros profesionales de la salud	31,2%	68,8%
Técnicos auxiliares de farmacia y emergencias sanitarias y otros trabajadores de los cuidados a las personas en servicios de salud	44,6%	55,4%
Empleados administrativos con tareas de atención al público no clasificados bajo otros epígrafes	18,2%	81,8%
Técnicos sanitarios de laboratorio, pruebas diagnósticas y prótesis	25,6%	74,4%
Sociólogos, historiadores, psicólogos y otros profesionales en ciencias sociales	13,7%	86,3%
Otros técnicos sanitarios	18,4%	81,6%
Otros empleados administrativos sin tareas de atención al público	19,8%	80,2%
Otros	36,0%	64,0%
Total	26,5%	73,5%

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014.

Si en todas las ocupaciones son mayoría las mujeres dentro de las actividades sanitarias, en algunas de ellas destaca especialmente la feminización del sector, como es en el conjunto de la enfermería, tanto técnicos en cuidados auxiliares (93,0%) como profesionales de enfermería y partería.

Ahora bien, conviene mirar un poco hacia atrás para saber si ha habido alguna evolución destacable. Pues bien, cuando se miran los datos de 2002 se encuentra una distribución diferente. En algunos casos no puede compararse de forma homogénea, puesto que las clasificaciones de las ocupaciones utilizadas en 2002 y 2014 no son las mismas (CNO-94 en el primer caso, CNO-11 en el segundo), pero esto no impide hacerlo con las ocupaciones de mayor peso en el sector.

Tanto en 2002 como en 2014 la profesión de enfermería es la de mayor peso relativo. Su peso se ha reducido del 25,0% al 22,6%, aunque su número absoluto ha crecido en 36,4 mil personas. La distribución por sexos sigue mostrando una profesión muy feminizada. En 2014 las mujeres son el 84,4% del total y en 2002 eran el 83,4%. Un incremento de un punto porcentual que indica que la entrada de los hombres en una profesión caracterizada por los cuidados personales es todavía muy escasa.

La profesión médica ocupa (ver Tabla 24) la segunda posición en el peso relativo de las ocupaciones profesionales en las actividades sanitarias en 2014, con un 18,4% del total. En 2002 el porcentaje era casi el mismo, un 18,6% (aunque debemos tener en cuenta que en 2002 se incluye a los odontólogos en el mismo epígrafe). Sin embargo, sí ha variado la distribución de la profesión entre hombres y mujeres. Si éstas representaban en 2002 el 44,2%, en 2014 ya son el 52,3% del total de profesionales de la medicina, un incremento que con seguridad se seguirá viendo en los próximos años si se tiene en cuenta que el 66% de los MIR son mujeres.

En tercer lugar, los técnicos de enfermería suponen en 2014 el 15,4% del total, mientras que en 2002 eran el 19,1%. A pesar de la disminución relativa, entre ambas fechas se han creado 10,1 mil puestos de trabajo. El 93,0% son mujeres en 2014, la profesión más feminizada, un dato que crece desde el 89,0% observado en 2002.

En definitiva, la presencia de las mujeres se ha incrementado en las actividades sanitarias a lo largo de este periodo comprendido entre 2002 y 2014, pasando del 70,4% al 73,5%. Un dato que, como luego se verá, tiene relevancia a la hora de pensar sobre retribuciones, motivaciones y cambios organizativos en el sector.

Parece pertinente preguntarse, también en este apartado, si unas ocupaciones han sufrido más que otras en términos de empleo a lo largo de estos años de crisis. Para verlo se puede comparar 2011, el año de mayor volumen de empleo observado, con 2014.

Entre una fecha y otra, siempre comparando el cuarto trimestre de cada año, se han perdido 29,1 mil empleos en el conjunto de las actividades sanitarias. No todas las ocupaciones profesionales han disminuido el empleo, pero sí lo han hecho los profesionales de la enfermería, que han perdido en estos tres años 28,3 mil empleos, y los profesionales de la medicina, con 11,4 mil empleos menos. En otras palabras, el núcleo duro del sistema ha perdido 39,7 mil empleos en sólo tres años.

Conviene, como en los puntos anteriores, desagregar los datos entre el sector público y el privado para analizar el comportamiento del empleo por ocupaciones en los años de crisis.

En la sanidad pública, entre el cuarto trimestre de 2011 y el mismo periodo de 2014, se han perdido un total de 47,0 mil empleos. Los profesionales de enfermería han disminuido su número en 29,5 mil (un 15,1%) y los de medicina en 10,4 mil (7,4%). Casi cuarenta mil profesionales menos en ocupaciones esenciales para el funcionamiento del sector sanitario público. En sentido contrario, se ha incrementado el empleo entre técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, con 6,0 mil empleos más (6,6%), y entre los técnicos sanitarios de laboratorio, pruebas diagnósticas y prótesis, con 8,8 mil puestos más (un 43,6%). Aunque medir estas cifras entre el personal no sanitario es más complicado por la falta de muestra, sí puede decirse que el personal administrativo ha disminuido en 4,6 mil empleos (9,1%).

La sanidad privada ha crecido en estos mismos tres años con 17,8 mil empleos más, contrastando con la disminución de la sanidad pública. Sin embargo, no todas las ocupaciones evolucionan en la misma dirección. Mientras que los profesionales de enfermería crecen en 1,2 mil (un 2,5%) y otros profesionales de la salud en 12,3 mil (27,7%), los médicos disminuyen 1,0 mil (2,3%) y los técnicos de enfermería pierden 3,0 mil empleos (5,9%). El sector privado no está absorbiendo los empleos de enfermería y medicina perdidos en el sector público, lo que explica parcialmente el incremento de profesionales buscando oportunidades fuera del país.

15. Distribución por niveles de estudios. Formación continua

Los niveles de estudio en las actividades sanitarias se explican, en gran parte, por la propia exigencia de titulación para ejercer profesionalmente. Las profesiones sanitarias, colegiadas o no, tienen la exigencia de títulos universitarios o de formación profesional. Por lo tanto, es de esperar que la estructura educativa del sector corresponda a la propia estructura ocupacional que se ha visto en el apartado anterior.

La EPA permite analizar los niveles de estudio según la Clasificación Nacional de Educación CNED-2014.

Tabla 30. NIVELES EDUCATIVOS EN SANIDAD

CLASIFICACIÓN NACIONAL DE EDUCACIÓN 2014 SECTOR SANIDAD	Miles	Porcentaje
1. Educación Primaria	6,8	0,7%
2. Primera etapa de educación secundaria y similar	60,9	6,5%
3. Segunda etapa de educación secundaria y similar	183,0	19,4%
4. Educación postsecundaria no superior		0,0%
5. Enseñanzas de formación profesional, artes plásticas y diseño y deportivas de grado superior y equivalentes; títulos propios universitarios que precisan del título de bachiller, de duración igual o superior a 2 años	122,6	13,0%
6. Grados universitarios de 240 créditos ECTS, diplomados universitarios, títulos propios universitarios de experto o especialista, y similares	273,4	29,1%
7. Grados universitarios de más de 240 créditos ECTS, licenciados, másteres y especialidades en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia, y similares	264,0	28,1%
8. Enseñanzas de doctorado	30,4	3,2%
TOTAL	941,0	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014.

Como puede apreciarse en la Tabla 30, la gran mayoría de la población ocupada en sanidad tiene estudios universitarios (el 60,3%) de distinta índole, a los que hay que sumar un 13,0% con formación profesional y un 19,4% con la segunda etapa de educación secundaria o similar.

En comparación con el conjunto de la población ocupada, el nivel educativo es alto. En el conjunto de la población ocupada en España, las personas con titulación universitaria son el 29,6%, poco menos de la mitad que en sanidad. Por otro lado, el 34,2% tienen educación primaria o la primera etapa de educación secundaria o similar, porcentaje que en sanidad se limita al 7,2%.

En otras palabras, se trata de un sector con profesionales altamente cualificados, gestores de conocimiento.

También aquí puede apreciarse alguna diferencia entre la sanidad pública y la privada, aunque no excesivamente marcada. Tanto en una como en otra, las ocupaciones profesionales mayoritarias requieren titulaciones específicas con niveles de formación, que van desde la formación profesional para técnicos sanitarios y técnicos de enfermería a estudios universitarios para profesionales de enfermería y de la medicina. En todo caso, las diferencias en la estructura ocupacional explican, en buena medida, los distintos niveles de titulación que se ven en la Tabla 31: mayores porcentajes en los niveles educativos bajos en la sanidad privada que en la pública y mayores porcentajes en los niveles educativos universitarios en la sanidad pública.

Tabla 31. NIVEL EDUCATIVO EN SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA

EPA IV Trimestre de 2014				
CLASIFICACIÓN NACIONAL DE EDUCACIÓN 2014 SECTOR SANIDAD	SANIDAD PÚBLICA		SANIDAD PRIVADA	
	Miles	Porcentaje	Miles	Porcentaje
1. Educación Primaria	4,4	0,8%	2,4	0,6%
2. Primera etapa de educación secundaria y similar	26,5	4,7%	34,4	9,2%
3. Segunda etapa de educación secundaria y similar	106,9	18,9%	76,0	20,3%
4. Educación postsecundaria no superior	0	0,0%	0	0,0%
5. Enseñanzas de formación profesional, artes plásticas y diseño y deportivas de grado superior y equivalentes; títulos propios universitarios que precisan del título de bachiller, de duración igual o superior a 2 años	69,8	12,3%	52,7	14,1%
6. Grados universitarios de 240 créditos ECTS, diplomados universitarios, títulos propios universitarios de experto o especialista, y similares	184,4	32,6%	89,0	23,7%
7. Grados universitarios de más de 240 créditos ECTS, licenciados, másteres y especialidades en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia, y similares	155,7	27,5%	108,3	28,9%
8. Enseñanzas de doctorado	18,6	3,3%	11,7	3,1%
TOTAL	566,4	100,0%	374,6	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014.

No significa esto que su formación se limite al nivel de educación formal adquirido. De hecho, hay una alta participación en los procesos de formación permanente. En concreto, según la EPA, el 8,0% de la población ocupada en sanidad había realizado algún curso de formación no reglada durante las cuatro últimas semanas (previas a la realización de la encuesta). Este porcentaje se limitaba al 3,4% entre el conjunto de la población ocupada.

Ahora bien, la intensidad de esta formación no reglada varía entre el sector público y el privado. En el primero, la participación se eleva hasta el 19,1%, mientras que en el segundo se limita al 13,2%, comparando en ambos casos población asalariada.

Analizando la diferencia por sexos no se ve nada destacable. En el sector sanitario privado la participación de los hombres es del 13,3%, mientras que la de las mujeres es el 13,2%. En el sector sanitario público tampoco hay diferencias significativas: el 18,6% entre los hombres y el 19,3% entre las mujeres.

16. Distribución entre ámbitos de actividad sanitaria

La EPA no permite hacer una distinción adecuada entre los diferentes subsectores sanitarios, pero sí distinguir tres planos a través del CNAE, tal y como puede verse en el Anexo de este trabajo:

86.1.- Actividades hospitalarias.

86.2.- Actividades médicas y odontológicas.

86.9.- Otras actividades sanitarias.

Con ello puede verse si la población ocupada en el sector hospitalario ha ganado o perdido peso, tanto absoluto como relativo, en relación con el conjunto de la población ocupada en las actividades sanitarias.

Si se limita a las personas cuyo empleo principal está en las actividades sanitarias (941,0 mil) podrá verse que su distribución está en el 60,1% en actividades hospitalarias, el 27,9% en actividades médicas y odontológicas, y el 12,0% en otras actividades sanitarias.

La estructura del empleo en la actividad sanitaria es muy diferente si se compara el sector público y el privado (Tabla 32). En el primer caso, las actividades hospitalarias concentran el 76,7% del empleo, mientras que en la privada se limitan al 34,9%.

Tabla 32. DISTRIBUCIÓN POR NIVELES EN SANIDAD

Sector sanitario	2014		2008	
	Público	Privado	Público	Privado
861. Actividades hospitalarias	76,7%	34,9%	77,8%	43,6%
862. Actividades médicas y odontológicas	21,1%	38,2%	19,8%	32,0%
869. Otras actividades sanitarias	2,2%	26,9%	2,4%	24,4%

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014 y de 2008.

Para ver la evolución de estos datos hay un límite, ya que la EPA trabaja con el CNAE a tres dígitos y antes de 2008 necesitaríamos una desagregación a cuatro dígitos para verlo. Si se comparan, por tanto, los datos del último trimestre de 2014 con los del mismo periodo de 2008 se verá que el cambio fundamental se da en la pérdida de peso relativo del empleo en el sector privado hospitalario. Un cambio que se debe tanto a la disminución del empleo en el sector hospitalario privado, como al crecimiento del empleo en el resto de actividades sanitarias del sector privado.

En concreto, las actividades hospitalarias del sector público han perdido entre 2008 y 2014 (siempre comparando los cuartos trimestres de cada año) 31,3 mil puestos de trabajo. En parte, pero sólo en parte, como consecuencia del incremento de la jornada semanal

de trabajo desde las 35 hasta las 37,5 horas semanales. Esto tendrá consecuencias en el volumen de horas, como se ha visto en el apartado 11. En contraste con esta fuerte disminución del empleo en el ámbito hospitalario, los datos respecto a los centros extrahospitalarios de la sanidad pública más parecen indicar una congelación del empleo en el mismo periodo de tiempo.

También en la sanidad privada se observa una reducción del empleo en las actividades hospitalarias, con 24,6 mil empleos menos. Sin embargo, sí se ve en este ámbito un innegable incremento del empleo en las actividades extrahospitalarias, con 42,7 mil empleos más. Más que una contracción del sector, parece que se trata de una reorientación de las actividades.

17. Pluriempleo en las actividades sanitarias

Hasta ahora este trabajo se ha ceñido exclusivamente a quienes tienen su empleo principal en las actividades sanitarias, pero en éste trabajan más personas con empleos secundarios. Teniendo esto en cuenta, el volumen total de empleo en las actividades sanitarias es de 951,4 mil personas, una cifra no muy alejada de la media de cotizantes en actividades sanitarias, según las estadísticas de la Seguridad Social, calculada para el último trimestre de 2014: 962,9 mil cotizantes.

La gran mayoría de la población ocupada en las actividades sanitarias, el 94,0%, trabaja en un solo empleo, mientras que el 6,0% restante está pluriempleada. En comparación con el conjunto de la población ocupada en España, el porcentaje de pluriempleo en sanidad es alto, teniendo en cuenta que en el conjunto sólo el 2,2% tienen pluriempleo.

Tabla 33. PLURIEMPLEO EN ACTIVIDADES SANITARIAS

EMPLEO EN ACTIVIDADES SANITARIAS	
Personas con un solo empleo en actividades sanitarias	894,6
Subtotal de personas con segundo empleo en actividades sanitarias	56,8
<i>Personas con empleo principal y segundo empleo en actividades sanitarias</i>	27,4
<i>Personas con empleo principal en actividades sanitarias y segundo empleo en otra actividad</i>	19,0
<i>Personas con empleo principal en otra actividad y segundo empleo en actividades sanitarias</i>	10,4
TOTAL	951,4

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, IV Trimestre de 2014.

Como puede verse en la Tabla 33, hay 27,4 mil personas que están pluriempleadas dentro del propio sector sanitario, casi la mitad del total. Otras 19,0 mil tienen el empleo principal en sanidad pero realizan otros trabajos fuera del sector, y 10,4 mil tienen el empleo principal en otro sector y se pluriemplean dentro del sanitario.

Para entender mejor el fenómeno de un porcentaje que casi triplica la media general de pluriempleo se debe hacer un análisis más desagregado. En primer lugar, diferenciando la sanidad pública y la privada. En segundo lugar, analizando en qué ocupaciones profesionales se está produciendo el pluriempleo con mayor intensidad.

De las 56,8 mil personas pluriempleadas en las actividades sanitarias, tal y como puede verse en la Tabla 33, hay 46,4 mil que tienen su empleo principal en las actividades sanitarias. De ellas, 28,2 mil en la sanidad pública y 18,2 mil en la sanidad privada. Teniendo en cuenta el conjunto de la población ocupada en cada caso, el porcentaje de pluriempleo entre quienes tienen su empleo principal en la sanidad pública es del 5,0% y en la sanidad privada el 4,9%. Y conviene saber dónde se pluriemplean.

De las 28,2 mil personas pluriempleadas en el sector sanitario público en el cuarto trimestre de 2014, la EPA permite observar que 18,5 mil (el 65,6%) están trabajando en un empleo secundario dentro del propio sector, bien como asalariados o bien como autónomos (casi la mitad). Saber en qué otros sectores se pluriemplean los casi diez mil restantes es imposible por carecer de muestra suficiente.

Quienes tienen su empleo principal como asalariados en la sanidad privada se pluriemplean, mayoritariamente, en este mismo sector. De las 18,2 mil que tienen su empleo principal en la sanidad privada, 8,8 mil (el 48,4%) tienen su empleo secundario en el propio sector sanitario. Tampoco en este caso hay muestra suficiente para saber en qué otros sectores se pluriemplean.

Analizando el pluriempleo por ocupaciones, puede verse que la mayoría de las 56,8 mil personas pluriempleadas en sanidad son profesionales de la medicina. En concreto, 24,2 mil, el 42,6%. A estos les siguen “otros profesionales de la salud” con el 14,1% (ya se vio que bajo este epígrafe están odontólogos, fisioterapeutas, logopedas, etc.). La enfermería supone el 12,6%.

18. Retribuciones en las actividades sanitarias

Se ha visto hasta ahora el volumen de empleo, su estructura y condiciones. Pero un aspecto relevante de cualquier empleo es la retribución percibida por el trabajo realizado. Para conocer este dato, la EPA ofrece información sobre la distribución salarial por deciles, sus límites y promedios y los salarios medios correspondientes, en una serie que cubre desde el año 2006 hasta 2013.

Según la EPA, el salario medio para el conjunto de las actividades económicas en 2013 era de 1.869,11€. Obviamente, esta cifra varía en función del tipo de jornada (completa o parcial) y del tipo de contrato (indefinido o temporal), lo que a su vez tiene repercusiones en las diferencias entre hombres y mujeres. Se desagregarán, por tanto, los datos disponibles para apreciar mejor la situación relativa en el sector sanitario y su evolución entre 2008 y 2013, el año de comienzo de la crisis y el último dato disponible. Sin embargo, hay que señalar un problema de suficiencia de la muestra que limita la capacidad de desagregación en sanidad.

Tabla 34. SALARIO MEDIO EN EUROS CONSTANTES 2011

SALARIO MEDIO								
	Total		Sanidad		Sanidad pública		Sanidad privada	
	2008	2013	2008	2013	2008	2013	2008	2013
Hombres	2072,6	2023,4	2880,6	2871,4	3169,0	3216,5	2164,6	2087,0
Mujeres	1594,9	1560,9	2286,7	2227,9	2548,7	2531,3	1646,5	1590,6
Total	1858,6	1799,1	2458,0	2408,1	2732,8	2728,6	1783,8	1720,8

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA y datos de IPC, medias anuales base 2011.

Tal y como se ve en la Tabla 34, con los salarios medios calculados en euros constantes, el sector sanitario tiene unos salarios medios superiores a los observados con carácter general en un 33,8%, una diferencia que está explicada por los salarios medios de la sanidad pública. En efecto, los salarios de la sanidad privada son muy similares a los observados en el conjunto de las actividades económicas, mientras que los salarios en la sanidad pública están un 51,7% por encima. Es cierto que estas medidas están afectadas por la composición de los datos, sobre todo por la mayor o menor proporción de empleo a tiempo parcial, por lo que conviene hacer una aproximación teniendo sólo en cuenta el empleo a tiempo completo.

Tabla 35. SALARIO MEDIO EN T. COMPLETO € CONSTANTES

SALARIO MEDIO A TIEMPO COMPLETO								
	Total		Sanidad		Sanidad pública		Sanidad privada	
	2008	2013	2008	2013	2008	2013	2008	2013
Hombres	2129,4	2148,6	2921,4	2975,6	3195,3	3235,6	2218,7	2293,6
Mujeres	1856,1	1898,9	2423,9	2399,5	2613,3	2611,0	1852,2	1845,2
Total	2021,3	2041,9	2580,4	2571,9	2792,8	2799,5	1967,4	1975,6

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA y datos de IPC, medias anuales base 2011.

Así se llega a la Tabla 35, en la que sólo se consideran los salarios medios de quienes trabajan a tiempo completo y se convierten las cifras en euros constantes con el fin de analizar adecuadamente la evolución. Tomando así esta tabla como referencia para el análisis de los salarios medios puede verse que el salario medio en sanidad, siempre hablando de empleos a tiempo

completo, es un 26,0% superior al observado para la totalidad de las actividades económicas en 2013. Un dato que se explica por la diferencia del salario medio observado en la sanidad pública, un 51,7% superior, mientras que en la sanidad privada es un 4,4% inferior. La sanidad pública tiene un salario medio que es un 41,7% superior al de la sanidad privada.

La explicación es doble. Por un lado, es el efecto de la composición ocupacional que ya se ha visto en el apartado 14. Por ejemplo, mientras que en la sanidad pública los profesionales de medicina y enfermería tienen un peso relativo del 52,5%, en la sanidad privada este porcentaje se reduce hasta el 23,8%. Por otro lado, que los salarios en la sanidad privada son más bajos que en la sanidad pública. Ciertamente hay profesionales que ganan cantidades importantes en su ejercicio privado, pero no debe olvidarse que estos datos sobre salario medio se refieren a los empleos principales, no a los segundos empleos, y que no tienen en cuenta a quienes ejercen su actividad como autónomos, la situación habitual de quienes se pluriemplean en el sector privado.

Otro de los aspectos destacables es la diferencia salarial entre hombres y mujeres, lo que llama la atención en un sector tan altamente feminizado. El salario medio de las mujeres era en 2013 el 88,4% del salario medio de los hombres, pero en sanidad esta diferencia se ensancha, tanto en la sanidad pública como en la privada. El 80,7% en la primera y el 80,4% en la segunda. No puede olvidarse que se está hablando de empleos a tiempo completo, luego no hay una distorsión del dato por el mayor peso del tiempo parcial entre las mujeres. Hay diferentes explicaciones para este hecho.

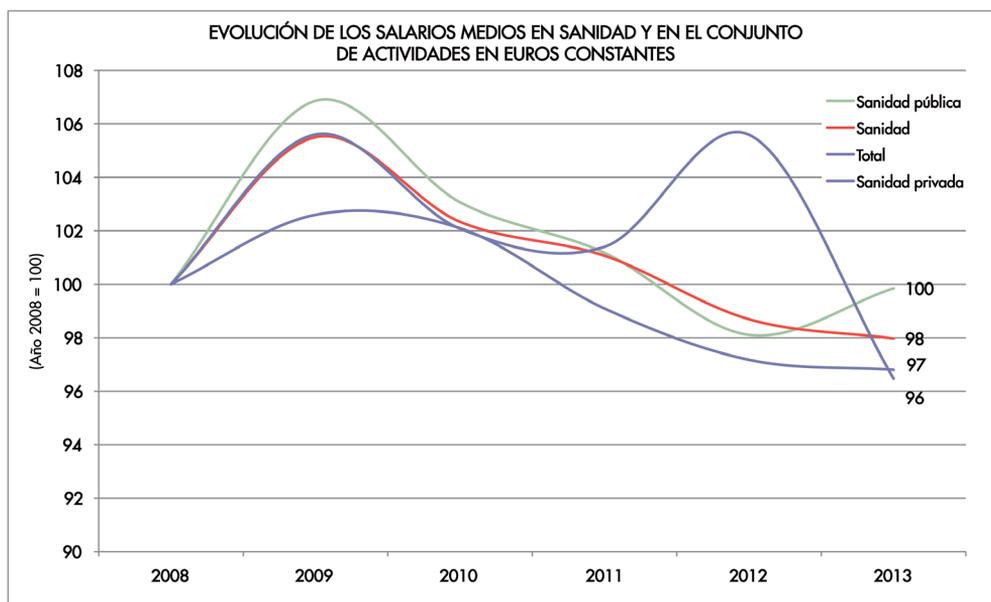
- La mayoría de los puestos jerárquicos, que implican mayores retribuciones, están ocupados por hombres. Se trata de Direcciones Médicas, Jefaturas de Servicio o de Sección entre el personal facultativo, Direcciones de Enfermería o Supervisiones, puestos directivos entre el personal no sanitario.
- La estructura ocupacional entre los hombres favorece el registro de salarios más altos que entre las mujeres. El 33,1% de los hombres son médicos, frente al 13,1% entre las mujeres.
- Aun teniendo contratos con jornadas a tiempo completo, cuando se producen reducciones de jornada para el cuidado de hijos o familiares (con la consiguiente reducción de salarios) afectan sobre todo a las mujeres.
- También se ha podido ver que la temporalidad es relativamente mayor entre las mujeres que entre los hombres, lo que afecta, entre otras cosas, a la percepción de complementos de antigüedad o al reconocimiento de su carrera profesional.

Estos cinco aspectos podrían explicar esta diferencia retributiva, aunque convendría confirmar el alcance del primero de ellos en relación con los puestos de trabajo.

La evolución de estos datos entre 2008 y 2013 muestra que, descontada la inflación, los salarios medios referidos al empleo a tiempo completo han crecido un 1,0% en el conjunto de las actividades económicas, mientras que en la sanidad pública se limita el crecimiento a un 0,2% y en la privada al 0,4%. Se está, pues, ante una congelación salarial en el sector si sólo se habla de empleo a tiempo completo.

Sin embargo, si se considera el conjunto del empleo (ver Tabla 34 y Gráfico 18) se ve que el ajuste ha sido mayor en la sanidad privada. Nada extraño, puesto que sigue la tendencia del conjunto de la economía y porque el tiempo parcial ha crecido desde el 17,2% en 2008 hasta el 23,5% en 2014.

Gráfico 18. EVOLUCIÓN DE SALARIOS MEDIOS 2008-2013



Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA y datos de IPC, medias anuales base 2011

A los datos anteriores podemos añadir una primera aproximación a la evolución de los salarios de entrada en el sector sanitario, entendiendo por tales los correspondientes a quienes llevan trabajando menos de doce meses en la empresa. Ciertamente esta aproximación está limitada por el tamaño de la muestra, que impide diferenciar entre la sanidad pública y la privada, pero aun así permite ver cómo la crisis ha tenido un claro impacto en los salarios percibidos por los trabajadores con menor antigüedad.

En efecto, si en 2006 el sueldo medio en sanidad de quienes llevaban menos de doce meses trabajando era de 1.603 € mensuales, en 2008 era de 1.708,8 € y en 2013 de 1.591,4 € mensuales. En otras palabras, en términos nominales el salario de entrada en 2013 era un 0,7% inferior al de 2006 y un 6,9% inferior al de 2008. Ahora bien, lo adecuado es ver estas cifras considerando la inflación y comparando en euros constantes. Cuando así se hace se comprueba que el salario de entrada de 2013 era un 13,5% inferior al de 2006 y un 13,8% inferior al de 2008.

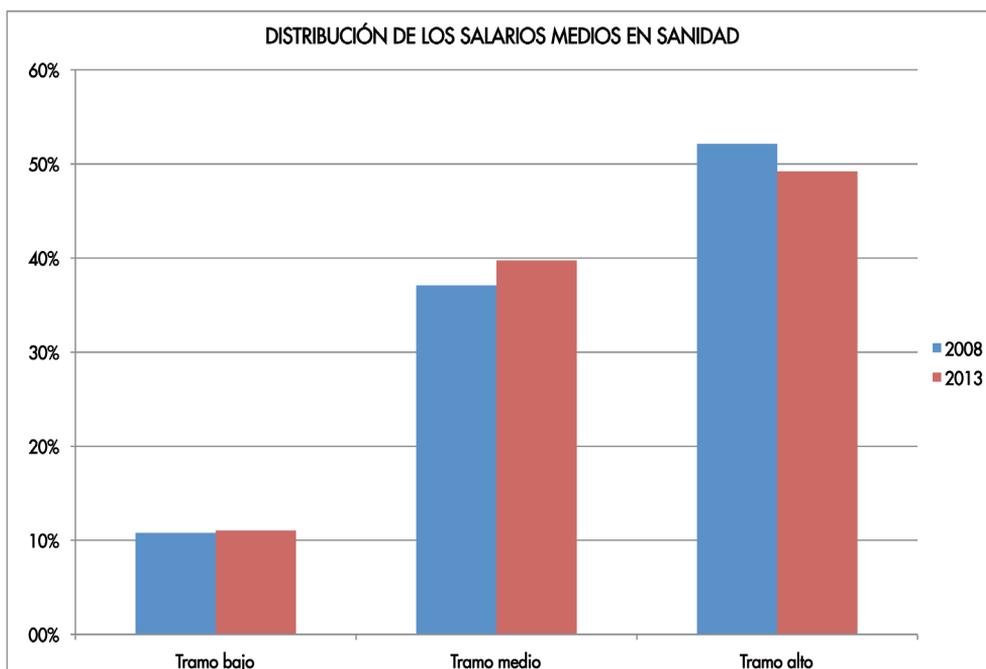
Esta fuerte reducción es, sin duda, suma de varios factores. Por un lado, hay un incremento del tiempo parcial en la sanidad privada en los años de crisis. Por otro, que la sanidad privada, que tiene salarios medios más bajos, ha aumentado su peso relativo en el conjunto del sector sanitario. Además, se ha visto una modificación en la estructura ocupacional del sector, con pérdidas de empleo entre los profesionales de la medicina y la enfermería, mientras crecía el empleo en ocupaciones de salarios más bajos. A estos cambios de la estructura sectorial y ocupacional hay que añadir los cambios producidos en la legislación

laboral en materia salarial en 2012 y el elevado desempleo, que presiona los salarios a la baja, sobre todo, en los empleos menos cualificados, así como las medidas de congelación y reducción de salarios adoptadas en diferentes momentos entre los empleados públicos. Sería interesante saber qué parte de la evolución del salario medio se debe a cada una de estas causas, pero es un asunto que escapa al objetivo de este trabajo.

La otra pregunta que permite hacerse la EPA es si la desigualdad salarial se mantiene o se ha incrementado. Puede verse mediante la distribución por deciles, pero para que la representación de la muestra sea significativa conviene agruparlos, tal y como hace el propio INE en su presentación de los datos. Así pues, se consideran tres grandes grupos: el primero está constituido por el 30% de los asalariados que están en la zona baja salarial, formada por la agrupación de los tres primeros deciles; un segundo grupo lo constituye el 30% de asalariados que se encuentran en el tramo alto de remuneración, formado por la agrupación de los tres últimos deciles; y finalmente el grupo intermedio, constituido por el 40% restante de asalariados que están en los deciles intermedios.

A lo largo de estos años de crisis, entre 2008 y 2013, la distribución por tramos de los salarios medios en el sector sanitario se ha movido desde el tramo superior al tramo intermedio y, muy ligeramente, al inferior (ver Gráfico 19). Un efecto del incremento del tiempo parcial en la sanidad privada y del ajuste en el sector con caídas relativas de empleo superiores entre los colectivos con mayor salario, profesionales de la medicina y de la enfermería, que contrarresta la tendencia contraria producida por un ajuste basado en la reducción del empleo temporal.

Gráfico 19. DISTRIBUCIÓN DE SALARIOS MEDIOS EN SANIDAD

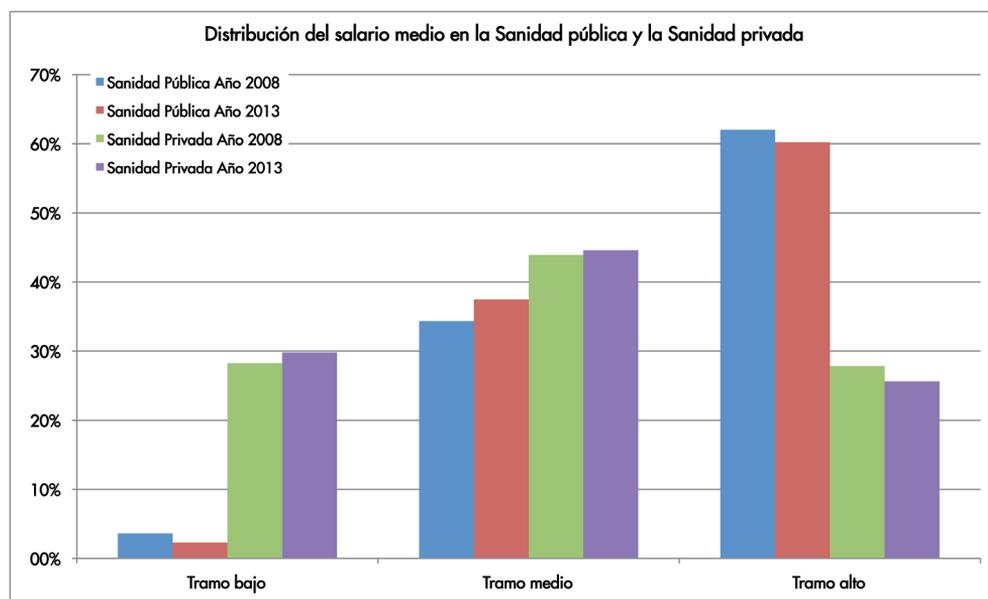


Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA y datos de IPC, medias anuales base 2011.

Esto es lo que puede verse en el Gráfico 20. La distribución por tramos salariales es muy diferente entre la sanidad pública y la privada, en parte por la diferente composición del empleo, tanto en tipos de jornada como en ocupaciones profesionales. En la sanidad pública el grupo predominante es el superior y apenas hay representación en el tramo inferior. Sin embargo, en la sanidad privada el grupo salarial dominante es el intermedio y el tramo inferior tiene porcentajes de representación superiores a los observados en el tramo superior.

Pero, además, se ve que los desplazamientos en los tramos tienen lógica con la composición del empleo y los ajustes producidos en cada sector. En la sanidad pública disminuye el tramo superior porque el ajuste se ha hecho fundamentalmente entre las profesiones con salarios más altos. En la sanidad privada disminuye el tramo superior y suben ligeramente el intermedio y el inferior, seguramente por el incremento del trabajo a tiempo parcial.

Gráfico 20. DISTRIBUCIÓN SALARIAL EN SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA



Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA y datos de IPC, medias anuales base 2011.

19. Ratios de actividad

La evolución del volumen de empleo debe ser puesta en relación con el volumen de actividad desarrollada, aunque la cuestión no es sencilla. Los datos sobre empleo y su distribución entre la sanidad pública y la privada, así como entre las diferentes ocupaciones profesionales, pueden conocerse a través de los microdatos de la EPA. La cuestión ahora es definir aquellos indicadores que permitan relacionarlos con la demanda y la actividad.

Un dato relevante es el referido a la población, sobre todo aquellos segmentos de la misma que demandan mayores niveles de atención, mayores de 65 y menores de 15 años. Según los datos del INE sobre población residente en España en julio de 2002 y julio de 2014 (datos provisionales, los últimos publicados), la población en España ha crecido en ese periodo un 12,2%, pasando de 41.423.520 a 46.464.053 personas. Debe recordarse que entre 2002 y 2014 el crecimiento del empleo en sanidad ha sido del 33,0%; en la sanidad pública un 17,8% y en la sanidad privada un 65,2%. En cualquier caso, cifras que superan el crecimiento global de la población. Por ello, se pasa de tener 1.161 profesionales por cada cien mil habitantes a tener 1.219, un incremento del 5,0% en la relación entre población total y profesionales en actividades sanitarias.

Ahora bien, debe tenerse en cuenta que hay segmentos de la población que utilizan los servicios sanitarios con mayor frecuencia, influyendo de manera determinante en la necesidad de dotación de recursos. Tal y como señalaba Varela (24),

La casuística de los pacientes mayores de 65 años presenta unas características asociadas a mayor complejidad, severidad y comorbilidades que suponen una mayor necesidad de días de estancia con relación a pacientes de menor edad. Los hospitales y el conjunto de los sistemas de salud deberían diseñar estrategias específicas para afrontar el rápido y progresivo incremento del envejecimiento de los pacientes ingresados, en la medida que suponen un cambio relevante de la casuística y por tanto del perfil de atención necesaria.

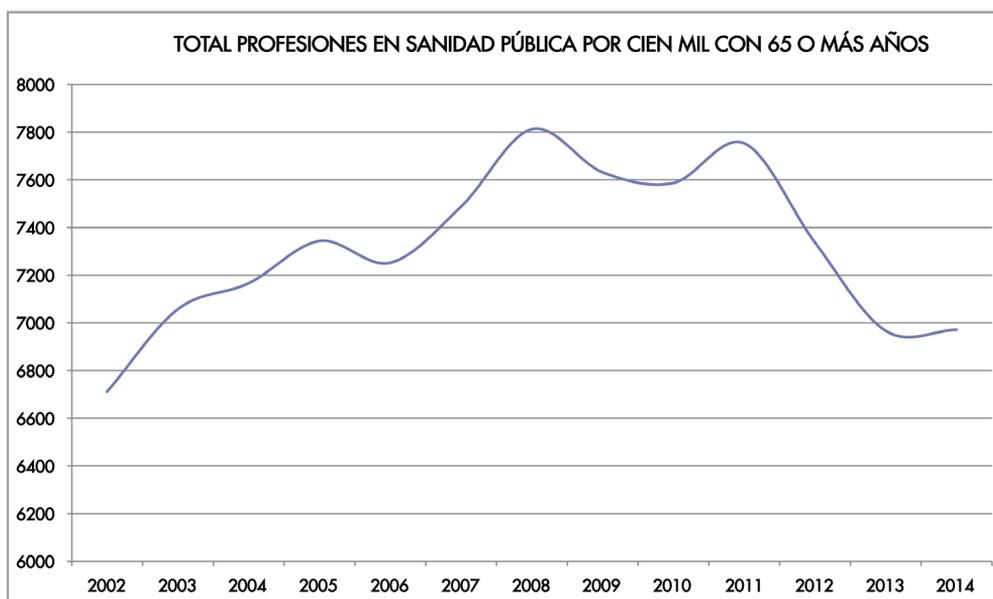
Esta conclusión resume bien la alcanzada por los diferentes trabajos o estudios que se han aproximado al impacto del envejecimiento en la utilización de los recursos sanitarios. Por ejemplo, el MSSSI (25) planteaba su estrategia para el abordaje de la cronicidad comenzando con un análisis de la transición demográfica y la transición epidemiológica. La primera, derivada del envejecimiento de la población, con la previsión de que en el año 2049 los mayores de 64 años representen el 31,9% de la población, cuando en 2014 son el 18,3%. La segunda, según el mismo documento, porque *el patrón epidemiológico dominante en la actualidad está representado por las patologías crónicas*.

En definitiva, lo relevante es ver la evolución de la población mayor de 65 años y las perspectivas futuras. Un dato: en 1971 la población mayor de 64 años era el 9,7% del total y hoy es el 18,3%. Una previsión: según los datos publicados por el INE, en 2020 la población con 65 o más años será el 20,2%, en 2030 el 25,6% y en 2040 el 32,4%. Sin tener en cuenta esta evolución y esta previsión no puede analizarse adecuadamente la evolución del empleo en las actividades sanitarias.

Puede explicarse de otra forma. En 2002 había 9.698 profesionales en actividades sanitarias por cada cien mil personas con 65 o más años, calculándolo con el promedio anual de profesionales y tomando como referencia para la población los datos a 1 de enero. En 2014 esta cifra se incrementa hasta los 11.355 profesionales, un aumento del 17,1%. Sin embargo, esta evolución es muy desigual si se desagregan los datos entre la sanidad pública y la privada. En el primer caso la relación ha aumentado un 3,9% en ese mismo periodo, pasando de 6.712 profesionales a 6.971 por cada cien mil personas con 65 o más años. En el sector privado esta relación se incrementa un 46,8% al pasar de 2.986 a 4.384 profesionales por cada cien mil personas con 65 o más años.

Como se ve en el Gráfico 21, en la sanidad pública esta ratio se incrementó hasta 2008, se frena hasta 2011 y cae hasta 2014 un 10,1%. Una fuerte caída en un periodo breve que seguramente ha incidido en la percepción de mayor carga de trabajo.

**Gráfico 21. PROFESIONALES EN SANIDAD PÚBLICA
POR 100.000 HABITANTES > 64 AÑOS**



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la EPA y cifras de población del INE a 1 de enero.

Hasta aquí se ha visto la relación entre empleo y población, en especial la mayor de 65 años de edad. Pero conviene que se analice no sólo la potencial demanda y el incremento de la presión asistencial derivado del envejecimiento de la población, sino los datos que ya se están registrando en los centros sanitarios.

Para ello puede recurrirse al Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) y al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), heredero de la Estadística de Centros Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI). El número de consultas y el número de altas hospitalarias podrían servirnos para medir de forma aproximada la actividad.

Según SIAP, en 2013 se produjeron 243.334.798 consultas en medicina y 131.716.252 consultas en enfermería. Esta fuente permite (con matices) ver la evolución desde 2007. Con esta referencia se ve que las consultas médicas crecen un 3,4% y las de enfermería un 12,8%. Conviene, en cualquier caso, desagregar algunos datos por tramos de edad de los pacientes atendidos.

En primer lugar, puede verse que en las consultas médicas la distribución por grandes grupos de edad es la siguiente: el 15,3% tienen menos de 15 años; el 53,1% entre 15 y 64 años; y el 31,7% más de 65 años. El primer grupo corresponde al peso poblacional que tenía a 1 de enero de 2014, el 15,2%. Sin embargo, el grupo intermedio está por debajo de su peso poblacional (66,5%) y el grupo mayor de 65 años supera con mucho su peso, ya mencionado, del 18,3%. De nuevo aquí se confirma que el envejecimiento de la población conlleva un mayor uso de los recursos sanitarios.

En segundo lugar, en las consultas de enfermería se observa una distribución del 11,0% con menos de 15 años, el 41% entre 15 y 64 años, y el 48,0% con más de 65 años de edad. Como puede apreciarse, el envejecimiento conlleva la necesidad de mayores cuidados de enfermería.

Un aspecto que no se ve en estos datos es el referido a los tiempos de consulta, pero el envejecimiento, la cronicidad y la complejidad derivada de las pluripatologías conllevan un incremento de los tiempos de atención necesarios.

Tabla 36 ACTIVIDAD HOSPITALARIA

	Nº consultas totales	Nº estancias	Nº altas Hosp	Camas en funcionamiento
1997	57.246.276	43.654.301	4.525.388	151.345
1998	59.439.769	43.197.903	4.592.343	150.010
1999	61.570.044	43.068.307	4.686.743	149.646
2000	63.301.307	43.037.677	4.794.435	148.081
2001	64.760.179	42.688.261	4.848.459	146.369
2002	66.438.249	43.081.588	4.889.658	146.104
2003	68.182.029	43.163.094	4.970.613	144.916
2004	71.030.041	43.073.609	5.061.230	145.877
2005	71.661.361	43.170.932	5.097.150	145.863
2006	73.828.035	42.923.621	5.157.094	146.241
2007	77.114.406	42.933.353	5.239.416	146.840
2008	79.614.279	42.800.035	5.282.593	146.934
2009	82.142.447	42.267.958	5.269.855	146.310
2010	85.561.941	41.297.689	5.239.187	145.199
2011	87.749.707	40.029.435	5.193.086	142.640
2012	88.615.831	39.431.642	5.166.953	139.994
2013	92.152.335	38.936.897	5.145.001	138.153

Fuente: ESCRI y SIAE

Si se observa la atención hospitalaria (Tabla 36) podrá verse que el número de estancias ha disminuido un 9,6% entre 2002 y 2013 (última fecha disponible) y el número de camas hospitalarias un 5,4%. Pero no significa esto que la actividad haya disminuido. De hecho, el número de altas hospitalarias se ha incrementado un 5,2% y el número de consultas un 38,7%. Sin embargo, si se considera el periodo de la crisis, entre 2008 y 2013 en relación

con los datos disponibles sobre actividad hospitalaria, puede verse que no sólo disminuyen el número de camas (6,0%) y el número de estancias (9,0%), sino también el número de altas (2,6%), de forma tal que sólo el número de consultas mantiene una tendencia al alza (15,7%). Es decir, que los años de crisis están pasando factura a la actividad hospitalaria, reduciendo su intensidad. Esto debería reflejarse en las listas y tiempos de espera que luego se verán.

¿Tiene esta reducción alguna relación con el empleo? Si se compara el empleo en actividades hospitalarias observado por la EPA en el cuarto trimestre de 2014 con el mismo periodo de 2008 se ve que se ha reducido en 55,9 mil personas; de ellas, 31,3 mil en la sanidad pública y 24,6 mil en la privada. No están disponibles los datos sobre actividad hospitalaria en 2014, pero pueden compararse los indicadores de 2008 y 2013 relacionando empleo y altas hospitalarias. Utilizando como datos de referencia para el empleo los correspondientes al cuarto trimestre de cada año, puede saberse que en el año 2008 había 117,6 empleos por mil altas hospitalarias y que en 2013 eran 111,3. Si se utiliza este indicador como referencia para ver el incremento de la carga de trabajo en la actividad hospitalaria, entre 2008 y 2013 fue del 5,7%. Esta tendencia ha sido similar en la sanidad pública y en la privada, aunque en esta última el incremento de la carga (6,5%) es mayor que en la primera (5,1%).

Los últimos datos sobre listas de espera se refieren a 30 de junio de 2014. En ellos se observa que hay 552.016 pacientes en espera estructural; 12,31 pacientes en espera por mil habitantes; 10,6% con una espera superior a los seis meses; y un tiempo medio de espera de 90 días. La comparación con junio de 2008 no es posible en cuanto al total de pacientes en espera estructural, puesto que en aquel momento faltaban los datos de dos CC.AA., pero sí pueden utilizarse el resto de indicadores: 9,38 pacientes en espera por mil habitantes; 5,82% con una espera superior a los seis meses; y un tiempo medio de espera de 68 días. Se traen a colación estos datos porque parecen significativos para explicar que la disminución en el empleo tiene consecuencias en el funcionamiento y la actividad hospitalaria, aunque se haya producido un incremento de la jornada de trabajo pasando de las 35 horas semanales a las 37,5 horas en la sanidad pública.

20. Discusión y conclusiones

Como puede apreciarse, la EPA permite conocer los datos sobre el empleo en actividades sanitarias que no pueden ser observados a través de otras fuentes (ver Tabla 1). Ha permitido ver la evolución del empleo en las actividades sanitarias y comparar su peso con el observado en otros países europeos; segregar los datos diferenciando la sanidad pública y la privada; realizar pirámides de la población ocupada en cada sector; ver la evolución de la temporalidad; conocer el peso de la jornada a tiempo parcial y su evolución; las horas efectivas de trabajo; la antigüedad en el empleo; el peso relativo de la inmigración; la distribución ocupacional; los niveles de estudio; la distribución entre el ámbito hospitalario y la atención primaria; el pluriempleo y las retribuciones.

Debe señalarse, sin embargo, que no es una fuente de información perfecta para el ámbito sanitario. No permite distinguir en la sanidad pública entre funcionarios, estatutarios y laborales. Tampoco permite analizar adecuadamente las profesiones sanitarias y no sanitarias fuera de los grandes grupos profesionales. El análisis territorial de algunos aspectos cualitativos del empleo está limitado por el tamaño de la muestra, a veces demasiado pequeña como para ser representativa. Por último, hay en sanidad ámbitos más difusos que lo público y lo privado tras la puesta en marcha de nuevos modelos de gestión y, sobre todo, de concesiones administrativas, que no pueden ser diferenciadas en la EPA.

Aun con estos límites, se aprecia que la utilidad de la EPA como fuente de información es relevante para analizar la situación y la evolución del empleo en las actividades sanitarias, para comparar con otros sectores y con otros países a través de la Labour Force Survey. Quizás en el futuro el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios pueda permitir un mejor estudio de algunas de sus características; quizás algunos Planes de Ordenación de Recursos Humanos de los servicios de salud autonómicos permitan análisis complementarios, e incluso es posible que los censos utilizados en las elecciones sindicales puedan servir en algunos centros o áreas para ver la evolución del empleo; pero a día de hoy la mejor fuente disponible para el análisis del empleo en el conjunto del sector sanitario sigue siendo la EPA.

Se ha querido con este trabajo analizar diferentes aspectos del empleo en el sector sanitario –volumen, composición y condiciones–, conocer el impacto de la crisis en el conjunto de los profesionales que trabajan en el sector sanitario, qué aspectos se han alterado con mayor significación en los últimos años y si realmente la intensidad de los cambios explican la percepción de empeoramiento del clima laboral en los centros sanitarios.

Las respuestas son ambiguas. En primer lugar, porque hay diferencias significativas entre el impacto de la crisis en la sanidad pública y en la sanidad privada. En segundo lugar, porque hay problemas que no surgen con la crisis, aunque se vean intensificados con la misma. Y, en tercer lugar, porque el empleo en el sector sanitario ha sufrido los embates de la crisis pero en unas condiciones mejores que otros sectores, tanto públicos como privados.

Sanidad pública y privada, dos mundos diferentes

Un primer aspecto a destacar es que no debería hablarse de actividades sanitarias sin diferenciar, en lo que al empleo se refiere, el sector público y el privado. Las diferencias en volumen (60% y 40%), estructura demográfica (vejez frente a juventud), gestión de la flexibilidad (temporalidad vs. parcialidad), antigüedad (mayor y menor), estructura ocupacional (enfermería y medicina en la primera, otros profesionales de la salud y técnicos de enfermería en la segunda) y distribución entre niveles (especializada y primaria) justifican esta afirmación. Ciertamente que para comprender la situación y evolución de cada sector debe tenerse la referencia del otro como complementario, pero nunca debe pensarse que el todo (los datos que atañen al conjunto de las actividades sanitarias) explica adecuadamente las partes.

De hecho, el impacto de la crisis ha sido diferente en cada caso. La sanidad pública se ha contraído, mientras que la privada se ha expandido. Ciertamente que esta última no ha sido ajena a la crisis económica, pero, superado el bache de 2010, la sanidad privada ha visto cómo el empleo se incrementaba entre 2008 y 2014 un 14,2%, mientras que en la pública el crecimiento en el mismo periodo es de un 0,3%.

Muestra de la profunda diferencia entre ambos sectores, el público y el privado, es el diferente peso de las actividades hospitalarias y extrahospitalarias en cada uno de ellos. Como se recoge en la Tabla 32, más de las tres cuartas partes del empleo en la sanidad pública se concentra en sus hospitales, mientras que en la privada sólo es poco más de un tercio. Esta diferencia es determinante para explicar otros aspectos sobre el empleo y las ocupaciones profesionales.

Lo cierto es que el sector sanitario se enfrenta a un incremento de la demanda derivado del envejecimiento de la población, del incremento del número de pacientes con enfermedades crónicas y pluripatologías, del mayor nivel de vida y de formación, con pacientes mejor informados que buscan nuevos tratamientos y prestaciones o que son más exigentes con la calidad de la atención. Esta demanda no se ha frenado con la crisis económica, aunque sí se han generado desigualdades en su atención.

Si el sector público no responde a este incremento de la demanda lo hace el sector privado. Por eso no extraña observar que el empleo en el sector sanitario privado tiene cada vez mayor peso relativo en el conjunto de la sanidad; que su actividad, medida en horas totales semanales (ver Tabla 20), ha crecido un 15,3% entre 2008 y 2014, mientras que en la sanidad pública ha disminuido un 1,6%; y que la expansión se está haciendo en el ámbito extrahospitalario aprovechando las lagunas del sistema público. Sobre todo, por prestaciones no cubiertas y retrasos en el acceso a especialistas.

Un proceso que no puede definirse como privatización, pero que sí está permitiendo que la sanidad privada con ánimo de lucro se desarrolle con más fuerza sobre la base de las debilidades y carencias de la sanidad pública. Lo que se ha denominado "privatización suave" a lo largo del trabajo.

De ahí que, pasado el periodo de recortes más duro (2012 y 2013) y viviéndose ahora un momento de congelación o ligera recuperación del empleo en la sanidad pública, se de-

bería impulsar una política clara de reforzamiento de la capacidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) para responder adecuadamente a la demanda de actividad sanitaria. No tanto, o no sólo, por la vía de recuperar una capacidad de gasto que aproveche la senda de recuperación económica que ya se está viviendo en España, como por la vía de proceder a una reorganización del SNS que contribuya a su mejor gobernanza, transparencia, sostenibilidad, suficiencia, racionalidad y calidad.

Sin embargo, el Programa Nacional de Reformas para este año 2015 y la Actualización del Programa de Estabilidad 2015-2018, aprobados por el Gobierno el 30 de abril de 2015, indican un camino diferente. Se calcula para el año 2018 un peso relativo de la función salud del 5,3%, reduciéndose desde el 6,0% calculado para 2013. Es cierto que esto no significa que tenga que disminuir el gasto nominal en sanidad. De hecho, considerando los datos registrados hasta ahora y las previsiones establecidas por el Gobierno sobre evolución del PIB para los próximos años, el gasto sanitario público en 2018 crecería nominalmente un 4,5% respecto al registrado en 2013. Sin embargo, esta previsión implica una congelación de hecho y que se carecería de los recursos suficientes para afrontar la transición demográfica y epidemiológica que se está viviendo, que todavía se estaría por debajo del gasto registrado en 2009, y que habría un alejamiento del esfuerzo relativo en gasto sanitario público realizado en el conjunto de la UE.

En definitiva, es una opción política que agudizará los problemas de capacidad de respuesta y de satisfacción de la demanda del sector sanitario público que, como se ha visto, facilitará el crecimiento relativo del sector sanitario privado.

El empleo en sanidad, luces y sombras

Los datos muestran que el empleo en las actividades sanitarias ha aguantado mejor los embates de la crisis que otros sectores. Se ve con claridad en el Gráfico 2, en el que se aprecian las turbulencias de la crisis, con ondulaciones que implican pérdidas y recuperaciones de empleo según los años, pero no caídas severas en el conjunto del empleo. De hecho, si se ven los datos anuales del Gráfico 9 puede comprobarse que en 2014 el empleo era mayor que en 2008, de una forma significativa en la sanidad privada y muy ligera en la sanidad pública, como ya se ha dicho.

Sin embargo, hay algunos aspectos que no deben pasarse por alto. El primero es, precisamente, que la crisis ha significado un cambio en el reparto del empleo entre la sanidad pública y la privada, en beneficio de esta última. Ciertamente que el proceso no comienza con la crisis –entre 2002 y 2008 la sanidad privada pasa del 30,8% al 35,6% del total del empleo–, pero tras ella se ha alcanzado el punto más álgido hasta el momento y en 2014 ya es el 38,6%. Estos cambios tienen importancia no sólo porque indican una tendencia expansiva del sector sanitario privado, sino porque en términos de empleo se está hablando de competencia entre ambos ámbitos, de actividades sanitarias que requieren titulaciones muy precisas para el ejercicio profesional, un límite que condiciona el número de profesionales disponibles. Por eso cualquier plan de expansión de la sanidad privada necesita la desaparición de reglas que obliguen en la sanidad pública a la dedicación exclusiva, para así

menos compartir los profesionales, y promover la creación de nuevos centros universitarios para ampliar los límites de profesionales disponibles. En todo caso, como se ha visto en el apartado 14 de este trabajo, en estos tiempos de crisis la sanidad privada no ha sido capaz de absorber los empleos de medicina y enfermería perdidos en el sector público.

Que las actividades sanitarias hayan aguantado mejor que otras los años de crisis no significa que el volumen de empleo sea el adecuado. No tanto porque el peso relativo del empleo en sanidad esté situado en un 5,6%, por debajo de la media europea del 6,2%, cuestión ésta que no mide más que la importancia en términos relativos en la estructura del empleo en un país (ver apartado 4), como por la disminución sufrida en relación con la población con 65 o más años de edad (Gráfico 21). Las previsiones de envejecimiento, cronicidad y pluripatologías indican que habrá en los próximos años una mayor demanda de atención y cuidados. Por ello, se han elaborado en los últimos tiempos diferentes informes indicando líneas de acción (25-27) en relación con el abordaje de la cronicidad, la dependencia y la coordinación sociosanitaria. Sin embargo, sólo en el caso del sistema de atención a la dependencia se han hecho estimaciones sobre el impacto en el empleo.

La verdad es que debería ser objeto de un trabajo específico el análisis del impacto de las transiciones demográficas y epidemiológicas en relación con el empleo en las actividades sanitarias. Ciertamente ya hay trabajos hechos sobre las futuras necesidades de profesionales de la medicina (15) y de la enfermería (16). También, que en el Senado se realizó un informe sobre las necesidades de recursos humanos en el SNS (7) y que más recientemente se elaboró el Libro Blanco sobre los recursos humanos en el sistema sanitario (8). Sin embargo, en algunos de estos trabajos las referencias a la cronicidad o el envejecimiento no aparecen, y cuando lo hacen no es más que de forma tímida para sugerir la reconsideración del papel de los profesionales o la reorganización de actividades en el sistema. Siendo cierto que el sistema sanitario tiene que abordar una reorganización que permita integrar de manera adecuada la atención sanitaria y la social, no lo es menos que sería conveniente la evaluación del impacto en el volumen de empleo, en función de los diferentes modelos organizativos que pudieran considerarse, de esta doble transición demográfica y epidemiológica.

La principal percepción de precariedad es la consideración de que se puede perder el empleo. Como ya se ha dicho, el empleo en las actividades sanitarias ha evolucionado en la crisis con mejor capacidad de resistencia que otros ámbitos. Sin embargo, hay dos factores que deben tenerse en cuenta. El primero de ellos, que dos profesiones nucleares del sistema sanitario, medicina y enfermería, han perdido parte de sus empleos de manera relevante, con 39,7 mil empleos menos en 2014 que en 2011. Cuando el núcleo de las organizaciones se ve afectado de esta forma, con caídas del 5,1% entre la enfermería (al tiempo que crece el número de técnicos de enfermería) y del 7,4% entre los profesionales de la medicina de la sanidad pública, no se puede pensar que al mismo tiempo pueden impulsarse proyectos de reingeniería organizativa que necesitan la participación y complicidad de estos mismos profesionales.

El segundo de los factores es que las tasas de temporalidad en la sanidad pública siguen siendo elevadas (28,6%) en 2014, a pesar de su reducción desde 2008 (34,6%). Uno puede pensar que siempre está bien que se reduzca el peso de la temporalidad, pero es que esta re-

ducción se ha producido en los años de crisis por la expulsión de quienes tenían un empleo temporal. El sector sanitario público se expande y se contrae a base de la temporalidad: entre 2002 y 2008 se crearon 76,1 mil empleos temporales y entre 2008 y 2014 se destruyeron 45,2 mil.

Esta combinación –el núcleo central de la actividad afectado por el ajuste del empleo y una gestión del mismo basada en la expansión y contracción de la temporalidad– pueden haber incrementado la sensación de inseguridad en la sanidad pública, al menos en mayor medida que en la sanidad privada, a pesar de la mayor antigüedad de los temporales en la primera que en la segunda. En la sanidad pública una buena parte de la temporalidad se basa en la interinidad, en la ocupación de plazas vacantes mientras no haya nombramientos definitivos tras los correspondientes procesos de concurso-oposición, lo que en tiempos de estabilidad o crecimiento genera la sensación de tranquilidad del interino, pero que en épocas de crisis se percibe como un riesgo. Al acabar 2014 en la sanidad pública más de un tercio de los temporales (34,3%) tenía una antigüedad superior a los diez años, mientras que en la sanidad privada sólo un 12,5% tiene una antigüedad superior a los cinco años.

Por otro lado, no puede hablarse de que haya una fuerte presión de la inmigración en el empleo en las actividades sanitarias. De hecho, la doble barrera de la nacionalidad y la titulación frena su incorporación al sector.

Por último, el pluriempleo en las actividades sanitarias es, en gran medida, *interno*. Es decir, que de las personas que tienen su empleo principal en el ámbito sanitario la mayoría (59,1%) tienen su empleo secundario en este mismo ámbito. La explicación está en que la mayoría son profesionales de la medicina, otros profesionales de la salud y enfermería. Quizás, desde el punto de vista individual, porque para algunos lo público da prestigio y lo privado dinero. Y desde el punto de vista colectivo, porque la sanidad privada necesita contar con profesionales de la sanidad pública para poder mantener su volumen de actividad y una oferta de profesionales con mayor prestigio.

¿Pueden leerse los datos sobre pluriempleo al margen de los datos sobre empleo autónomo en el sector sanitario? No, si se tienen en cuenta las cifras, las ocupaciones principalmente concernidas y la legislación vigente. Una legislación que obliga a quienes tienen relación estatutaria a tiempo completo a darse de alta como autónomos si quieren trabajar en el sector privado.

Podría decirse, para concluir este punto, que ha sido la sanidad pública la que en este periodo de crisis ha sufrido una fuerte contracción del empleo en dos años concretos, 2012 y 2013, afectando principalmente a sus centros hospitalarios y a las ocupaciones profesionales nucleares del sistema, la médica y la enfermera. Sin embargo, si el análisis va más allá de ese bienio negro, puede concluirse que el empleo en el sector sanitario, tanto en su ámbito público como en el privado, ha aguantado mejor el impacto de la crisis que otras actividades económicas y otros servicios públicos.

Rigideces y flexibilidades

Esto plantea algunos interrogantes. ¿Puede mantenerse esta política de empleo en la sanidad pública, basada en la gestión de la temporalidad, por duradera que ésta sea? ¿Puede desarrollarse un proyecto de implicación de los profesionales en la gestión, gestión clínica, cuando las bases del empleo son inseguras? La respuesta es un doble no.

Siempre que se atribuyen rigideces al sistema sanitario público terminan apareciendo en el debate las clásicas propuestas tendentes a actuar desde la flexibilidad externa, buscando que haya mayores capacidades de contratar o despedir por parte de quienes gestionan los centros sanitarios. Una capacidad que hoy se limita, en la mayoría de los casos, a las contrataciones temporales.

Es cierto que el actual modelo de convocatorias de Oferta de Empleo Público (OEP) no está funcionando. No sólo porque el volumen de plazas convocadas sea mayor o menor, sino porque desde que se diseñan hasta que la provisión de las plazas previstas se hace efectiva pasan varios años. En otras palabras, aunque todos los profesionales en la sanidad pública fueran indefinidos, la reposición de las vacantes que se produjeran tendría que hacerse con contrataciones temporales ante la inoperancia del sistema OEP. Esta es una línea de trabajo posible, analizar las convocatorias realizadas en el ámbito sanitario público y sus procesos para verificar si las plazas convocadas eran las posibles y si los tiempos utilizados entre la convocatoria y la provisión eran los razonables.

Si se define este sistema de selección como una rigidez de la sanidad pública que dificulta la adecuada gestión del mismo, no sólo del empleo, deberá pensarse en alternativas posibles que cumpliendo los requisitos exigibles de igualdad, mérito, capacidad y publicidad (Estatuto Marco, artículo 29) permitan una mayor agilidad en la respuesta a las necesidades de empleo surgidas. Lo que no parece deseable para el buen funcionamiento del sistema es mantener un procedimiento de provisión de puestos de trabajo que se caracteriza por convocatorias incompletas (nunca corresponden las plazas convocadas a la totalidad de las posibles, lo que provoca la acumulación de interinos y desvirtúa la lógica de las OEP); esporádicas (no son periódicas, a pesar de las normas, provocando el alargamiento de los tiempos de interinidad); litigiosas (porque cada grupo afectado actúa según intereses específicos que no siempre se ven reflejados en los requisitos de las convocatorias) y lentas en su resolución (transcurriendo años entre la convocatoria y la toma de posesión de las plazas).

Además, no debería pasarse por alto que se está hablando del quinto sector en importancia por volumen de empleo, como se ha visto en el Gráfico 5. Es decir, que se trata de un polo de atracción, como ya se ha dicho, para quienes tienen la esperanza de conseguir un puesto de trabajo. En las profesiones sanitarias actúa como filtro la exigencia de una titulación específica, pero no sucede lo mismo con muchas otras ocupaciones (celadores, administrativos...), lo que suele conllevar una avalancha de personas tratando de conseguir un puesto de trabajo en cada Oferta Pública de Empleo.

Quizás debiera explorarse una vía que implique una mejora de la cualificación profesional exigida, lo que conllevaría contar con profesionales mejor preparados para afrontar su cometido en los centros sanitarios, al tiempo que se facilita el proceso de selección.

Por ejemplo, considerar la exigencia o especial valoración de los certificados de profesionalidad del Sistema Nacional de Cualificaciones y Formación Profesional. En el caso de los celadores sería el certificado de nivel 1 “Traslado y movilización de usuarios/as y/o pacientes, documentación y materiales en centros sanitarios”. En el caso del personal administrativo, los certificados de profesionalidad correspondientes a la familia profesional Administración y Gestión.

Tampoco parece que la respuesta adecuada sea una temporalidad excesiva. Ciertamente le permite al gestor responder ante necesidades inmediatas, pero ya se ha dicho que además son temporalidades de larga duración en muchas ocasiones. Esta temporalidad excesiva actúa contra la propia gestión de la sanidad pública, que necesita hoy de una capacidad de implicación y participación de los profesionales que difícilmente se puede asentar sobre la inseguridad del empleo.

En otras palabras, parece que la sanidad pública se está gestionando, hablando en términos generales, desde la flexibilidad externa: disminuyendo en lo posible el número de personas empleadas (jubilaciones forzosas, límites a las tasas de reposición), manteniendo tasas de temporalidad elevadas, externalizando servicios y actividades.

La pregunta es si no sería deseable un cambio de este modelo de gestión del empleo, enlazando con los debates sobre la necesidad de impulsar modelos de *clinical governance* que conlleven nuevos roles profesionales. Es un reto para gestores, sindicatos y organizaciones profesionales asumir un cambio que debe llevar desde la flexibilidad externa a la flexibilidad interna. Hacia un modelo de gestión que conlleve asumir reglas diferentes en los tiempos de trabajo y en la distribución de los mismos, en las posibilidades de movilidad geográfica y funcional, en los cambios en la organización del trabajo.

Ciertamente no es un debate exclusivo de la sanidad pública. También en los sectores privados, incluyendo el sanitario, se ha abordado este debate en los últimos años, como se puso de manifiesto en el II Acuerdo para el Empleo y la Negociación Colectiva firmado para los años 2012, 2013 y 2014 por las organizaciones sindicales y empresariales más representativas. La pregunta que debe hacerse en el sector sanitario es si en un ámbito donde prima la gestión del conocimiento es mejor una vía u otra, la flexibilidad externa o la interna, para conseguir unos resultados adecuados y una calidad de excelencia.

Temporalidad y parcialidad, dos maneras de afrontar un mismo problema

El sector sanitario, como el resto, se enfrenta a la necesidad de responder a la variabilidad de situaciones que se producen en la organización del trabajo. Diferentes turnos de trabajo con distintos ritmos de actividad, diferentes picos de demanda según épocas del año, la necesidad de ofertar prestaciones en distintos niveles y lugares, todo ello hace que las necesidades de personal sean flexibles. Es decir, se cuenta con una base estable de empleo fijo a tiempo completo y sobre ella una capa de flexibilidad laboral.

Esta base, fijos a tiempo completo, representa en la sanidad pública el 69,1% del total de las personas asalariadas y en la sanidad privada el 65,6%. Una diferencia no especialmente

significativa y que se mueve en el entorno de lo observado para el conjunto de la población asalariada en España (65,9%). Lo relevante está en el perfil de la parte menos sólida de ambos sectores, en esa modernidad líquida (28) de las relaciones laborales en la que los perfiles son más difusos, en ese tercio del empleo que se basa en la temporalidad, la parcialidad o la combinación de ambas, como se ha visto en el Gráfico 14.

La sanidad privada está basando esta parte más maleable de su actividad en el empleo a tiempo parcial, con una tasa de temporalidad muy inferior a la que registra la EPA para el conjunto de las actividades económicas (24,2%). Si se tiene en cuenta a la población asalariada, junto al 65,6% de empleo indefinido a tiempo completo hay un 16,3% de empleo indefinido a tiempo parcial, un 12,3% de temporales a tiempo completo y un 5,8% de temporales a tiempo parcial. En definitiva, un mayor peso de la parcialidad que de la temporalidad, una diferencia respecto a la sanidad pública, así como al total de las actividades económicas, donde pesa más la temporalidad.

La sanidad pública tiene un 2,3% del empleo indefinido a tiempo parcial, un 24,5% de temporales a tiempo completo y un 4,1% de temporales a tiempo parcial. ¿Interesa más un modelo de temporalidad o uno de parcialidad? No hay una respuesta definitiva a esta pregunta. La temporalidad es utilizada tanto en uno como en otro ámbito, aunque con intensidades diferentes, y no es previsible que pueda disminuir hasta su desaparición. Ahora bien, la temporalidad es del 14,0% en el conjunto de la UE (28) y la parcialidad del 20,5%. Parece que la gestión de los tiempos necesarios para dar respuesta a la actividad se puede hacer de otra manera y no sólo sobre la base de la temporalidad.

Es cierto que la voluntariedad del tiempo parcial en sanidad es mayor que lo observado para el conjunto del empleo asalariado en España, como se ve en la Tabla 15. Aun así, más de la mitad de quienes trabajan a tiempo parcial lo hacen porque no han encontrado un empleo a tiempo completo. Sin embargo, con un mayor volumen de empleo a tiempo parcial de carácter voluntario, la sanidad pública podría conseguir la retención y la recuperación de profesionales, una mayor vinculación de los mismos a sus centros sanitarios y una continuidad de los proyectos que no puede conseguirse con un sistema basado en la temporalidad.

En todo caso, puede concluirse que más que sobre una base de modernidad líquida se está ante unas relaciones viscosas: temporalidad con antigüedad y salario completo en la sanidad pública, parcialidad con empleo indefinido en la sanidad privada. Nada sólido y nada líquido.

Las horas efectivas de trabajo, indicador de actividad

Un efecto de la crisis en el empleo sanitario es que la jornada efectiva de trabajo se ha incrementado, algo que se aprecia tanto en el sector público como en el privado.

Podría pensarse que esto no es así si se limita la aproximación a comparar datos generales. Tal y como se ve en la Tabla 16, la media de horas efectivas de trabajo semanal ha disminuido tanto en el conjunto de las actividades económicas como en las sanitarias. Sin embargo, la desagregación de los datos muestra en sanidad otra realidad distinta.

En efecto, la media está influida directamente por el peso del empleo a tiempo parcial y en la medida en que éste crece la media disminuye. Sin embargo, cuando se comparan las horas efectivas de trabajo en el empleo a tiempo completo (Tabla 18) se ve que en la sanidad pública se pasa de 37,2 a 38,4 horas semanales y en la privada de 39,0 a 39,6 horas. En el tiempo parcial sube en la pública y baja ligeramente en la privada (Tabla 17).

Estos datos pueden leerse sólo por su incidencia en la vida de cada persona empleada, pero también pueden resultar útiles para medir la actividad del conjunto del sector sanitario, como se ha hecho en el apartado 11.

Lo que muestran los datos es que la pérdida de empleo ha sido más relevante que el incremento de la jornada en la sanidad pública. En efecto, comparando el cuarto trimestre de 2008 y de 2014 se ve una disminución del empleo del 5,4% y un incremento de las horas efectivas semanales de un 1,9%. El resultado final agregado es que el número total de horas efectivas semanales trabajadas en la sanidad pública se ha reducido entre los cuartos trimestres de 2008 y 2014 en un 1,6%. Viendo los datos sobre la evolución del empleo en los distintos niveles de la sanidad (ver apartado 16), se sabe que es en el ámbito hospitalario donde se ha producido la mayor parte de la reducción del empleo y, con seguridad y a pesar del incremento de la jornada semanal de trabajo, de las horas totales realizadas. Posiblemente esto explique la disminución del número de altas hospitalarias en un 2,2% y el lógico incremento de los tiempos de espera.

Otro de los efectos es el cambio de los pesos relativos de la actividad de los sectores público y privado de las actividades sanitarias. Entre 2002 y 2008 el peso del sector privado pasó del 33,2% del total de horas al 37,1%, y en los años de la crisis entre 2008 y 2014 salta hasta el 38,4%. Es evidente, con estos datos, que la sanidad privada tiene una relevancia cada vez mayor en España.

A la vista de lo anterior, puede concluirse que la recuperación del empleo en el sector sanitario es determinante tanto para recuperar su volumen de actividad en el momento previo a la crisis, como para hacer frente a las nuevas necesidades del sistema. De no hacerse así, las consecuencias estarán tanto en los tiempos de espera como en la tendencia en el sector público a externalizar actividad hacia el sector privado. Justamente lo que ya se está viendo.

La crisis también afecta a los salarios

La crisis económica ha producido en todos los sectores una reducción del valor real de los salarios medios, como se ha visto en el Gráfico 18, tanto en el conjunto de los sectores como en lo referido a las actividades sanitarias. Sin embargo, ya se ha visto que hay diferencias significativas en los cambios salariales.

En primer lugar, porque una vez más la sanidad pública y la privada registran diferencias notables, tanto en la magnitud de sus cifras de salario medio como en la distribución por tramos de los salarios. Mayores niveles retributivos medios en la pública y un mayor peso del tramo superior en la distribución.

En segundo lugar, hay que añadir un impacto diferente de la crisis comparando los datos de 2008 con los de 2013. Como puede verse en el Gráfico 18, la sanidad pública mantiene niveles casi idénticos entre ambas fechas, mientras que la privada pierde en términos reales 3,5 puntos porcentuales. Ya se ha explicado cómo en esta evolución intervienen factores que no son exclusivamente salariales, como la diferente estructura ocupacional, la reducción de la temporalidad y el crecimiento del empleo a tiempo parcial. Tiene que advertirse, también, que los datos sobre sanidad están elaborados a partir de los salarios medios calculados por el INE para cada año, tipo de jornada y sexo, lo que permite una aproximación al dato de cada sector pero con la cautela de que se están observando cifras medias calculadas para el conjunto de las actividades económicas.

En tercer y último lugar, ni los salarios ni su evolución son iguales para hombres que para mujeres. Tanto en la sanidad pública como en la privada son mayores los salarios de los hombres a tiempo completo. Y tanto en la pública como en la privada, aunque con intensidades diferentes, el salario medio de los hombres crece entre 2008 y 2013, mientras que disminuye el de las mujeres.

Un sector muy feminizado

Que el sector sanitario está muy feminizado es algo sabido, casi las tres cuartas partes de su población ocupada son mujeres al finalizar el año 2014 (ver Tabla 4). Y en esto no hay diferencias entre la sanidad pública y la privada, si se considera en esta última el conjunto de la población ocupada y no sólo la asalariada. Es un porcentaje que está creciendo en ambos casos. Si en el último trimestre de 2014 eran las mujeres el 73,5% del total de las personas empleadas en sanidad, en el mismo trimestre de 2002 suponían el 70,4% (el 71,6% en la sanidad pública y el 67,9% en la sanidad privada). De forma destacable se ha visto este proceso de feminización entre los profesionales de la medicina, siendo ya un 52,3% el porcentaje de mujeres.

¿Tiene esto alguna relevancia desde el punto de vista de la gestión de los centros sanitarios? Así lo han considerado distintos trabajos (18) y así puede apreciarse viendo los datos obtenidos en éste. Sí hay relevancia, por ejemplo, si se considera posible que existan factores de motivación diferentes, al menos en intensidad, entre hombres y mujeres. No es éste el lugar en el que reflejar el conjunto de las investigaciones que se han realizado al respecto, pero cabe preguntarse si el desarrollo de entornos de trabajo más cooperativos, los sistemas de reconocimiento profesional, las medidas de apoyo a la formación permanente, la introducción de sistemas que faciliten la participación en la investigación y la docencia, la organización del trabajo de forma que permita un ejercicio profesional haciendo bien lo que debe hacerse, la introducción de modelos flexibles en la gestión de los tiempos de trabajo, la posibilidad de acceder a ciertos beneficios sociales, no tendrán más peso en el sector sanitario que en otros y serán de mayor importancia que los estrictamente salariales.

Esto choca, sin embargo, con los datos vistos anteriormente. Por un lado, porque en la sanidad pública se ha producido un incremento de la jornada de trabajo, desde las 34,3 horas efectivas de 2002 a las 37,0 horas de 2014 (ver Tabla 16), que afecta sobre todo al ámbito

hospitalario. Esto ha conllevado la pérdida de un número importante de días libres al año, alrededor de 20, lo que sin duda habrá afectado a la vida personal y familiar.

Por otro lado, porque se ha visto también el incremento de las cargas de trabajo, tanto en atención primaria como en especializada (ver Ratios de actividad).

Habría que preguntarse si no eran posibles otras alternativas basadas en la reorganización de actividades y en la flexibilidad interna, lo que sin duda exige una gran capacidad de planificación y negociación, antes de optar por vías que suponen verdaderas barreras para la motivación profesional, la participación y la implicación en la gestión.

Además, los datos que se han visto sobre las retribuciones en el sector sanitario muestran que hay diferencias destacables entre los salarios medios de hombres y mujeres, comparados sobre la base de empleos a tiempo completo para evitar el efecto derivado del mayor peso del empleo a tiempo parcial entre las mujeres. La actual diferencia tiene algunas explicaciones que se han incorporado en el apartado 18, pero no dejan de ser sugerencias que habría que demostrar en un trabajo diferente utilizando los modelos estadísticos adecuados.

En todo caso, no parece descabellado pensar que, a pesar de ser un sector tan feminizado, habría que desarrollar planes de igualdad de oportunidades negociados en cada centro para contribuir a corregir la situación actual.

Envejecimiento en la sanidad pública en contraste con la privada

La EPA permite ver dos situaciones muy diferentes en el perfil de los profesionales de la sanidad pública y de la privada. Por un lado, una población ocupada envejeciendo y envejecida en la sanidad pública (ver Gráfico 12); y, por otro, una sanidad privada más joven que el conjunto de la población ocupada. Y seguramente esto sitúa ante problemas diferentes en cada ámbito.

Un sector muy joven y con poca antigüedad en el empleo se enfrentará sin duda a retos de formación y cualificación profesional que suplan la falta de experiencia. No se hace referencia con ello a la titulación exigida para el ejercicio profesional, obligada en todos los casos, sino a la formación permanente que permite un conocimiento más específico sobre diferentes aspectos, una vía de difusión del conocimiento que permita mejorar el conocimiento de las tecnologías, diferentes técnicas de diagnóstico o tratamiento, etcétera.

Facilitar la formación y la participación en labores docentes o investigadoras pueden ser vías interesantes para la motivación y la retención del talento en ámbitos jóvenes donde la esencia es gestionar conocimiento.

Además, un ámbito joven y feminizado tiene que estar preparado para afrontar necesidades personales derivadas de la maternidad y el cuidado de los hijos. Sin duda, la mayor proporción de empleo a tiempo parcial puede facilitar una mayor flexibilidad en la organización de los tiempos de trabajo, pero la cuestión es si se puede ir más allá. Las vías de tránsito

entre el tiempo completo y el tiempo parcial (entre el salario completo y el salario parcial); la posibilidad de participación efectiva en la formación permanente en los periodos de baja por maternidad; la implantación de programas de recualificación al producirse la reincorporación tras bajas prolongadas por cuidado de hijos, pueden ser algunos aspectos a considerar. Al fin y al cabo, encontrar vías para que mujeres jóvenes no se vean condenadas a optar entre su vida profesional o la familiar, facilitando la conciliación entre ambas.

Sin duda esto puede analizarse sólo desde el punto de vista del coste a corto plazo, lo que llevaría al rechazo de muchas de las medidas. Pero cuando se analiza a medio y largo plazo es más que probable que la conclusión sea diferente. Cuando uno quiere competir con empresas basadas, como ya se ha dicho, en la gestión del conocimiento, el comportamiento no puede ser el mismo que en empresas que sólo pretenden la competencia basada en los costes laborales.

En contraste con la juventud de la sanidad privada aparece la vejez de la sanidad pública, en lo que a su empleo se refiere. Éste es, sin duda, uno de los efectos que tiene el bloqueo de los sistemas de selección al que se hace referencia al hablar de rigideces y flexibilidades. Pero, sea cual sea la causa, esta situación plantea retos diferentes.

Por un lado, porque ya se ha visto que un 10,5% del empleo en la sanidad pública tiene más de 60 años, lo que implica que en el próximo lustro se jubilarán 59,3 mil personas. Se trata de una disminución imposible de sostener, por lo que habrá que planificar la cobertura de las plazas vacantes o flexibilizar las posibilidades de jubilación, adaptándola a la legislación de Seguridad Social.

El artículo 26 del Estatuto Marco establece que *la jubilación forzosa se declarará al cumplir el interesado la edad de 65 años*, dejando abierta la opción a solicitar la prolongación de la permanencia hasta los 70 años, lo que debe ser autorizado por el servicio de salud correspondiente. Sin embargo, el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social establece en su artículo 161 que el derecho a la pensión de jubilación se producirá a los 67 años de edad, manteniendo la referencia de los 65 años de edad sólo para quienes ya hayan cotizado 38 años y 6 meses. Es más, en el Régimen General de la Seguridad Social jubilarse a los 65 años se considerará como jubilación anticipada, exigiéndose un mínimo de 33 años cotizados, al tiempo que se establece un sistema de jubilación postergada que permite incrementar la cuantía de la pensión cuando uno se jubila a una edad superior a la que pudiera serle de aplicación. En definitiva, una vía de solución parcial del problema del envejecimiento en la sanidad pública pasaría por adaptar el criterio del Estatuto Marco al sistema previsto en la normativa de Seguridad Social, en el que no existe el criterio de jubilación forzosa y no sólo se contempla la edad como criterio.

Además de los problemas derivados de la cobertura de las plazas vacantes por estas jubilaciones previstas, la Administración sanitaria debe ser consciente del envejecimiento de su plantilla y pensar que no sólo se atiende a personas más mayores, sino que esta atención se realiza por personas que son, también, más mayores. Sin duda, con más experiencia porque, además, tienen más antigüedad en el empleo. Pero esto conlleva, a su vez, otro tipo de problemas.

Algunos trabajos sobre enfermería (29,30) señalan retos como las cargas físicas de trabajo y los problemas de salud asociados con el envejecimiento; la discriminación por edad y la falta de valoración de la experiencia por los gestores; las necesidades, económicas y de cuidados, derivadas de la atención a hijos dependientes y, a veces simultáneamente, a padres ancianos frágiles; el acceso a la planificación de la jubilación y a opciones de trabajo flexibles; el ritmo de cambio tecnológico y la adaptación a las nuevas tecnologías, junto al hecho de que los trabajadores mayores pueden estar más dispuestos a aprender. En definitiva, promover cambios culturales, enseñar a trabajar en un entorno de diversidad intergeneracional, repensar la forma en la que se trabaja y prestar especial atención a la ergonomía y la ingeniería del trabajo.

La relevancia y extensión del problema derivado del envejecimiento del empleo en las actividades sanitarias ha motivado la inquietud de diferentes organizaciones e instituciones. Por ejemplo, en 2013, en el marco del diálogo social sectorial europeo, la European Federation of Public Services Union (EPSU) y la European Hospital and Healthcare Employers' Association (HOSPEEM) pactaron un documento con directrices y ejemplos de buenas prácticas para afrontar los retos del envejecimiento del empleo (31). En el mismo se sugieren propuestas sobre acuerdos de trabajo flexible, el diseño de los puestos de trabajo, la promoción de medidas de apoyo para trabajadores con alguna discapacidad o problema de salud para que puedan mantenerse activos en el empleo, oportunidades de formación permanente, procesos de información y consulta, marcos conocidos por todos que integren el conjunto de las medidas adoptadas, etcétera. Las buenas prácticas se dirigen a trabajo flexible, a la formación y la gestión del talento, a la seguridad y la salud en el trabajo, a la planificación de necesidades de empleo y a la preparación para la jubilación.

En definitiva, los datos deberían ser el apoyo necesario para la adopción de medidas que permitan afrontar con mejores garantías los retos a los que se enfrenta el sistema sanitario ante una población laboral envejecida.

Alguna propuesta, a modo de conclusión

De lo expuesto hasta aquí se deducen, sin duda, distintas líneas para profundizar en la investigación sobre el empleo en el sector sanitario, sus características y estructura. Pero también se han sugerido por el camino algunas líneas de acción que, para terminar, se recuerdan aquí:

- Realizar planes de empleo, incorporando las previsiones de reorganización o nuevas necesidades derivadas de la doble transición demográfica y epidemiológica.
- Modificar los sistemas de selección del personal de la sanidad pública, agilizando los procedimientos de provisión de plazas.
- Promover una mayor estabilidad en el empleo en la sanidad pública, evitando el embalsamamiento de muchos temporales con mucha antigüedad, como sucede en la actualidad, lo que requiere lanzar programas especiales para ello.

- Mejorar los niveles de cualificación profesional exigibles para trabajar en el sector sanitario, mejorando con ello la calidad del trabajo y facilitando los sistemas de selección.
- Promover planes de igualdad de oportunidades, tanto en la sanidad pública como en la privada, que contribuyan a corregir las desigualdades actuales.
- Adecuar las medidas de incentivación y motivación profesional a la realidad de plantillas diferentes: mujeres jóvenes en la privada y mujeres mayores en la pública.
- Adoptar medidas de flexibilidad interna que permitan una mayor estabilidad en el empleo y, con ello, una mejor capacidad de integración y participación de los profesionales, mejorando así los sistemas de gestión.
- Adecuar las previsiones sobre jubilación forzosa del Estatuto Marco a las normas generales establecidas en la Ley General de Seguridad Social.
- Promover políticas de adaptación al envejecimiento de las plantillas en los centros sanitarios públicos.

Bibliografía

- (1) World Health Organization, The Global Health Workforce Alliance. Global Health Workforce Alliance. 2015; Available at: <http://www.who.int/workforcealliance/about/en/>. Accessed junio 2015, 2015.
- (2) World Health Organization. Health workforce 2030. A Global strategy on human resources for health. 2012.
- (3) World Health Organization. The Global Health Workforce Alliance. Strategy 2013-2016. Advancing the health workforce agenda within universal health coverage. 2012.
- (4) World Health Organization. A universal truth: no health without a workforce. 2014.
- (5) Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde sobre el personal sanitario europeo COM (2008) 725. Bruselas; 2008.
- (6) European Commission. Action Plan for the EU Health Workforce. Commission staff working document. SWD (2012) 93 final. 2012.
- (7) Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo. Informe de la Ponencia de Estudio de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo (543/000005). 2010.
- (8) Consejo Asesor de Sanidad, Universidad Rey Juan Carlos. Libro Blanco. Los recursos humanos en el sistema sanitario. 2013.
- (9) OCDE. Health at a glance 2013. OECD indicators. 2013.
- (10) OCDE. Health at a glance: Europe 2014. 2014.
- (11) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2012. 2014.
- (12) Jiménez-Martín S, Andrea Viola A. El sistema de salud en España en perspectiva comparada. 2014.
- (13) Murphy M, Fernández A. The Spanish public health workforce. Perspectives in Public Health 2014 Sep 2014; 134(5):257-8.
- (14) González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Planificación y formación de profesionales sanitarios, con foco en la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gaceta sanitaria 2012 -03-01; 26:46; 46-51; 51.
- (15) Barber Pérez P, González López-Valcárcel B, Suárez Vega R. Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2010-2025). 2011.
- (16) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Informe sobre profesionales de enfermería. Oferta-Necesidad 2010-2025. Revisión Abril de 2012. 2012.

- (17) Pastor Gosalbez MI, Belzunegui Eraso A, Ponton Merino P. Mujeres en sanidad: entre la igualdad y la desigualdad. Cuadernos de relaciones laborales 2012 -07-01; 30(2):497.
- (18) Vázquez Vega P, Albert R, Universidad Complutense de Madrid, Fundación BBVA. La feminización de las profesiones sanitarias. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2010.
- (19) Cervero-Liceras F, McKee M, Legido-Quigley H. The effects of the financial crisis and austerity measures on the Spanish health care system: A qualitative analysis of health professionals' perceptions in the region of Valencia. Health policy (Amsterdam) 2015 -01-01; 119(1):100; 100-106; 106.
- (20) Santos Pita MdP, Tierno Alonso MJ, Millán Vázquez de la Torre, María Genoveva. Evolución del mercado de trabajo en la Comunidad Autónoma andaluza: análisis del empleo femenino en el sector sanitario. Trabajo: Revista andaluza de relaciones laborales 2011(24):217-244.
- (21) Iñiguez-Vázquez I, Iñiguez-Vázquez I, Matesanz-Fernández M, Rabuñal-Rey R, Monte-Seccades R. Análisis de la situación laboral actual de los especialistas en Medicina Interna formados en Galicia en los últimos 5 años. Revista clínica española 2014 -12-01; 214(9): 541; 541-543; 543.
- (22) Gobierno PSOE. Ley 27/2009, de 30 de diciembre, de medidas urgentes para el mantenimiento y el fomento del empleo y la protección de las personas desempleadas. Disposición Adicional Decimoquinta, encuadramiento en la Seguridad Social del personal estatutario de los servicios de salud que realice actividades complementarias privadas. 2009.
- (23) INE. Indicadores demográficos básicos. Metodología. 2014.
- (24) Varela J, Castells X, Riu M, Cervera AM, Vernhes T, Díez A, et al. El impacto del Envejecimiento Sobre la Casuística del Hospital. Gaceta Sanitaria 2000; 14(3): 203-209.
- (25) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2012.
- (26) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España. 2011.
- (27) IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España. 2004.
- (28) Bauman Z. Modernidad líquida. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2012.
- (29) Graham EM, Duffield C. An Ageing Nursing Workforce. Australian Health Review 2010; 34(1):44-48.
- (30) Sherman RO, Chiang-Hanisko L, Koszalinski R. The ageing nursing workforce: a global challenge. J Nurs Manag 2013;21(7): 899-902.
- (31) EPSU-HOSPEEM. Guidelines and examples of good practice to address the challenges of an ageing workforce. 2013.

Anexo. Metodología del CNAE-2009. Actividades sanitarias

86 Actividades sanitarias

Esta división comprende las actividades de los hospitales generales y especializados de corta y larga estancia, los hospitales quirúrgicos, psiquiátricos y para drogodependientes, los sanatorios, los centros de medicina preventiva, los hospitales geriátricos, los manicomios, los centros de rehabilitación, los lazaretos y otras instituciones sanitarias que dispongan de alojamiento y que proporcionan servicios de diagnóstico y tratamiento médico a pacientes internos con una variedad situación médica. Comprende también las consultas y tratamientos realizados por médicos de medicina general, especialistas y cirujanos. Comprende las actividades odontológicas de naturaleza general o especializada, y las actividades de ortodoncia. Además, esta división comprende las actividades relacionadas con la salud humana no realizadas en hospitales o por doctores en medicina en ejercicio, sino por otro personal paramédico legalmente habilitado para tratar a pacientes.

86.1 Actividades hospitalarias

86.10 Actividades hospitalarias

Esta clase comprende:

- Las actividades de los hospitales de corta y larga estancia; es decir, las actividades médicas, de diagnóstico y tratamiento de los hospitales generales (por ejemplo, hospitales regionales y municipales, hospitales de organizaciones sin fines de lucro, hospitales universitarios, hospitales militares y penitenciarios) y de los hospitales especializados (por ejemplo, hospitales psiquiátricos y para drogodependientes, hospitales para enfermedades infecciosas, maternidades, sanatorios especializados). Estas actividades están principalmente destinadas a la atención de pacientes internos, se realizan bajo la supervisión directa de médicos, y comprenden:

- Los servicios del personal médico y auxiliar.
- Los servicios de laboratorios e instalaciones técnicas, incluso servicios de radiología y anestesiología.
- Los servicios de urgencia.
- Los servicios de quirófano, de farmacia, de comedor y otros servicios hospitalarios.
- Los servicios de los centros de planificación familiar que ofrecen tratamientos médicos como la esterilización o el aborto, con alojamiento

Esta clase no comprende:

- El análisis y la inspección de todo tipo de materiales y productos, por laboratorios, excepto los médicos.

- Los servicios veterinarios.
- La asistencia sanitaria al personal militar en campaña (véase 84.22) - las actividades de atención odontológica, de naturaleza general o especializada, por ejemplo, endodoncia y odontología pediátrica; las patologías bucales y las actividades de ortodoncia (véase 86.23)
- La asistencia privada a los pacientes internos por médicos externos.
- Los laboratorios de análisis médicos (véase 86.90).
- El transporte en ambulancia (véase 86.90).

86.2 Actividades médicas y odontológicas

Este grupo comprende las actividades de consulta y tratamiento realizadas por médicos de medicina general y especializada, incluidos los cirujanos, los dentistas, etc.

Las actividades pueden realizarse en consultorios privados, consultorios de grupos médicos y ambulatorios hospitalarios, y en clínicas de empresas, escolares, de residencias de ancianos, de organizaciones sindicales y asociaciones profesionales, así como en el domicilio de los pacientes.

Este grupo comprende también:

- La asistencia privada a los pacientes internos por médicos externos.

86.21 Actividades de medicina general

Esta clase comprende:

- Las consultas y tratamientos realizados por médicos de medicina general.

Esta clase no comprende:

- La atención de pacientes internos en hospitales (véase 86.10).
- Las actividades sanitarias realizadas por personal paramédico como comadronas, enfermeras y fisioterapeutas (véase 86.90).

86.22 Actividades de medicina especializada

Esta clase comprende:

- Las consultas y tratamientos realizados por médicos especialistas y cirujanos.

Esta clase comprende también:

- Los servicios de los centros de planificación familiar que ofrecen tratamientos médicos como la esterilización o el aborto, sin alojamiento.

Esta clase no comprende:

- La atención de pacientes internos en hospitales (véase 86.10).
- Las actividades sanitarias realizadas por personal paramédico como comadronas, enfermeras y fisioterapeutas (véase 86.90).

86.23 Actividades odontológicas

Esta clase comprende:

- Las actividades de odontología general o especializada, por ejemplo, endodoncia y odontología pediátrica; las patologías bucales.
- Las actividades de ortodoncia.

Esta clase comprende también:

- La asistencia odontológica en salas de operaciones.

Esta clase no comprende:

- La producción por laboratorios dentales de piezas dentales, dentaduras y prótesis.
- La atención de pacientes internos en hospitales (véase 86.10).
- Las actividades realizadas por personal paramédico de odontología como los higienistas dentales (véase 86.90).

86.9 Otras actividades sanitarias

86.90 Otras actividades sanitarias

Esta clase comprende:

- Las actividades relacionadas con la salud humana no realizadas en hospitales o por doctores en medicina u odontólogos: las actividades de enfermeras, comadronas, fisioterapeutas u otros facultativos en el ámbito de la optometría, hidroterapia, masaje terapéutico, terapia ocupacional, logopedia, podología, homeopatía, quiropráctica, acupuntura, etc.

Estas actividades pueden realizarse en clínicas de empresas, escolares, de residencias de ancianos, de organizaciones sindicales y asociaciones profesionales, así como en establecimientos sanitarios residenciales distintos de los hospitales, en consultas privadas, en el domicilio del paciente u otros lugares.

Esta clase comprende también:

- Las actividades realizadas por personal paramédico de odontología como los higienistas dentales, que pueden no ejercer su trabajo en el mismo lugar que el odontólogo, pero se someten a la supervisión periódica de éste.
- Las actividades de los laboratorios médicos, como: laboratorios de rayos X y otros centros de diagnóstico por imagen; laboratorios para análisis de sangre.
- Las actividades de bancos de sangre, bancos de esperma y de órganos para trasplante, etc.
- El transporte en ambulancia, incluido por avión. Estos servicios suelen prestarse durante una urgencia médica.

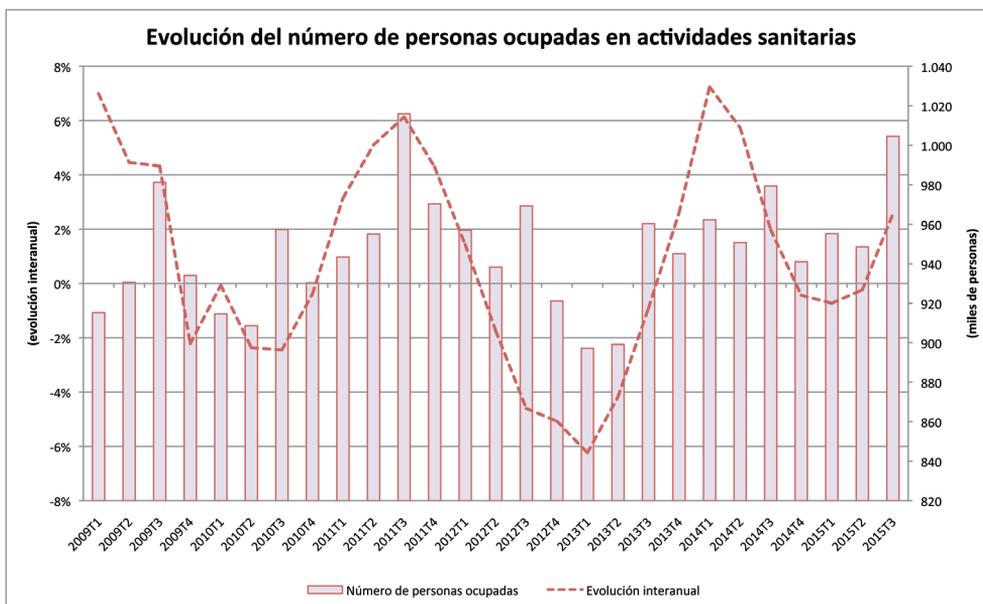
Esta clase no comprende:

- La producción por laboratorios dentales de piezas dentales, dentaduras y prótesis.
- El traslado de pacientes, sin equipos de urgencia ni personal médico.
- Los análisis de laboratorio no médicos.
- Los análisis bromatológicos.
- Las actividades hospitalarias (véase 86.10).
- Las actividades de médicos y odontólogos (véase 86.2).
- La asistencia en establecimientos residenciales con cuidados de enfermería.

Adenda

Se acaban de publicar los datos de la EPA del tercer trimestre de 2015. Aunque el informe se cerró con los referidos al último trimestre de 2014, parece oportuno incorporar a modo de adenda alguna reflexión sobre la evolución del empleo en las actividades sanitarias en 2015.

En el tercer trimestre de 2015 trabajaban en actividades sanitarias 1.004,5 mil personas, un 2,6% más que en el mismo período del año anterior. Es la primera vez que se supera el millón de personas en el sector desde el tercer trimestre de 2011, aunque debe tenerse en cuenta que en el trimestre veraniego hay siempre, en sanidad, un repunte del empleo.



Ahora bien, como puede observarse en el gráfico, los tres trimestres anteriores han registrado una evolución interanual negativa, rompiendo la tendencia de recuperación que se apreciaba desde finales de 2013.

Como ya se ha señalado en el informe, conviene desagregar estos datos para saber cuántas de estas personas trabajan como asalariadas en los sectores sanitarios público y privado. De las 922,1 mil personas asalariadas en el tercer trimestre de 2015, 612,3 mil (el 66,4%) lo hacían en el sector público y 309,8 mil (el 33,6%) en el sector privado, manteniéndose la predominancia del sector público.

Sin embargo, la tendencia y la intensidad de la evolución siguen siendo diferentes en ambos sectores, observándose que el sector privado continúa creciendo en términos relativos por encima de lo que lo hace el sector público. La sanidad privada hizo un fuerte ajuste en 2010 y otro algo más suave entre 2012 y 2013, pero desde hace ya dos años está registrando tasas positivas de crecimiento. Por su parte, la sanidad pública hizo su principal ajuste en 2012 y 2013, y de nuevo entre finales de 2014 y el primer semestre de 2015.

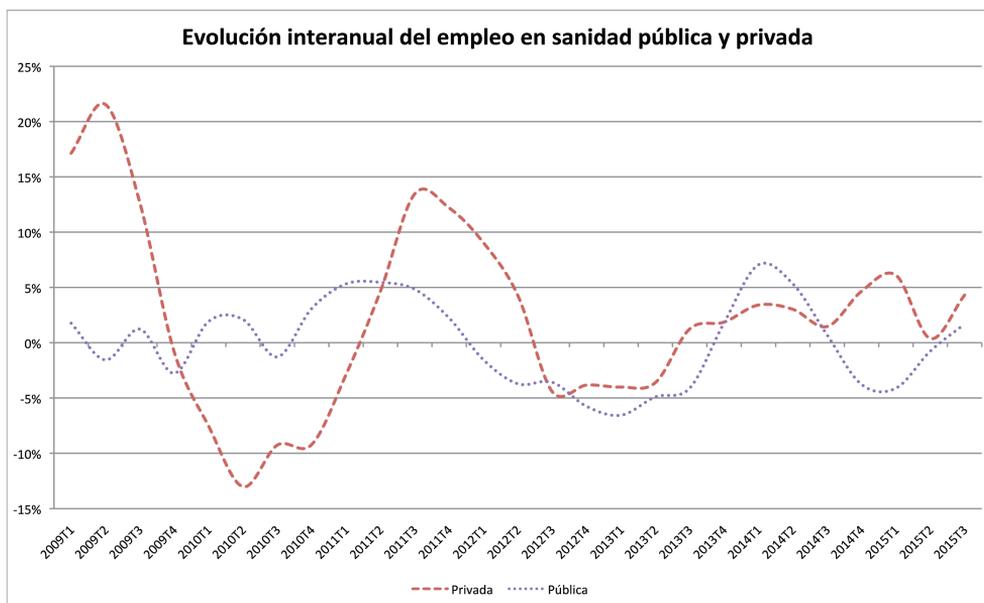
Encuesta población activa
Ocupados

Asalariados del sector privado por sexo y rama de actividad.			
Unidades: Miles Personas			
86 Actividades sanitarias			
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
	Valor absoluto	Valor absoluto	Valor absoluto
2015T3	309,8	64,4	245,4
2015T2	287,2	66,5	220,6
2015T1	302,3	67,5	234,8
2014T4	297,1	70,0	227,1
2014T3	297,0	74,5	222,5
2014T2	286,1	71,7	214,4
2014T1	284,9	60,8	224,1
2013T4	283,9	64,3	219,6
2013T3	292,7	69,2	223,5
2013T2	277,7	65,0	212,7
2013T1	275,5	66,8	208,6
2012T4	278,7	71,4	207,3
2012T3	289,1	77,4	211,7
2012T2	288,1	70,4	217,7
2012T1	287,0	66,9	220,2
2011T4	289,8	74,0	215,8
2011T3	302,5	77,4	225,1
2011T2	276,3	65,4	210,9
2011T1	263,2	61,2	201,9
2010T4	258,3	57,8	200,6
2010T3	266,6	62,0	204,7
2010T2	264,0	69,6	194,4
2010T1	271,0	76,2	194,8
2009T4	284,5	73,2	211,3
2009T3	293,8	69,5	224,4
2009T2	303,5	68,9	234,6
2009T1	293,1	66,4	226,7
2008T4	286,9	65,9	221,0
2008T3	260,8	62,8	197,9
2008T2	249,7	63,1	186,7
2008T1	250,2	69,0	181,1

Encuesta población activa

Ocupados

Asalariados del sector público por sexo y rama de actividad.			
Unidades: Miles Personas			
	86 Actividades sanitarias		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
	Valor absoluto	Valor absoluto	Valor absoluto
2015T3	612,3	162,0	450,3
2015T2	582,2	152,5	429,8
2015T1	573,6	150,6	423,0
2014T4	566,4	150,1	416,3
2014T3	602,1	157,6	444,5
2014T2	586,7	161,4	425,2
2014T1	598,2	161,1	437,1
2013T4	588,6	156,8	431,8
2013T3	597,9	156,4	441,6
2013T2	557,0	148,7	408,3
2013T1	558,8	152,1	406,8
2012T4	578,2	161,3	416,9
2012T3	623,5	171,0	452,5
2012T2	585,7	171,1	414,6
2012T1	598,0	173,6	424,3
2011T4	613,5	170,9	442,6
2011T3	646,6	177,8	468,8
2011T2	608,3	164,2	444,1
2011T1	607,4	155,5	452,0
2010T4	600,1	155,0	445,0
2010T3	616,8	162,2	454,5
2010T2	576,8	156,9	419,9
2010T1	576,7	155,5	421,2
2009T4	582,1	153,4	428,7
2009T3	624,8	163,7	461,0
2009T2	564,9	149,5	415,4
2009T1	565,8	148,9	416,9
2008T4	598,6	149,5	449,1
2008T3	617,2	149,0	468,3
2008T2	573,8	148,2	425,5
2008T1	556,0	142,9	413,1



Al margen del volumen del empleo, lo relevante es saber si su calidad y estabilidad han mejorado o no. Viendo los datos sobre el conjunto de la población asalariada es fácil predecir que no, puesto que la tasa de temporalidad se sitúa en el 26,2% en el tercer trimestre de 2015 cuando hace un año era el 24,6%, reflejo de que el crecimiento del empleo es básicamente temporal. Ocurre en el conjunto del sector privado (27,2% frente al 25,7% de hace un año), así como en el conjunto del sector público (22,0% frente al 20,3% de hace un año).

En todo caso, tres trimestres de 2015 no suponen tiempo suficiente para que se hayan modificado las tendencias señaladas en el informe. Por ejemplo, los microdatos de la EPA del segundo trimestre de 2015 nos permiten observar que la tasa de temporalidad en el conjunto de las actividades sanitarias era el 24,8%, siendo en el sector privado el 15,8% y en el público el 29,3%.

Los problemas crónicos continúan acentuándose en 2015 sin que se aprecien síntomas de mejora. De ahí que las conclusiones y el debate que se sugiere en el informe sobre algunas propuestas concretas sigan estando hoy plenamente vigentes.

CUADERNOS

de información sindical

