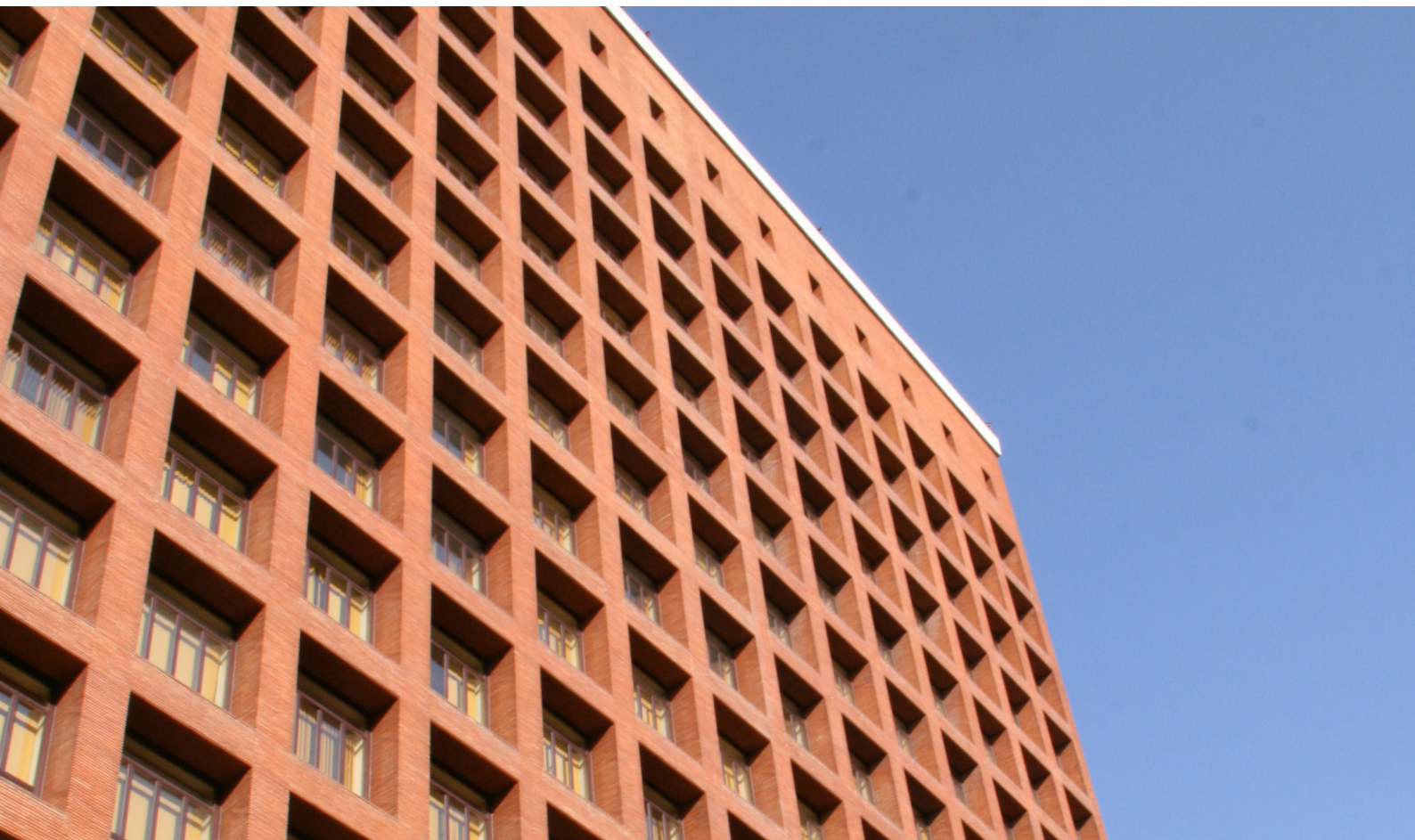




Secretaría del Sector Salud,
Sociosanitario y Dependencia.



EL EMPLEO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: TEMPORALIDAD, FEMINIZACIÓN Y SALUD DE SUS PROFESIONALES

| FeSP-UGT



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
.....	
CARACTERÍSTICAS DEL EMPLEO DENTRO DEL SISTEMA SNS	6
.....	
• EVOLUCIÓN DEL EMPLEO EN EL SNS	11
.....	
• EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO DESTINADO A LA REMUNERACIÓN DE PERSONAL	15
.....	
TEMPORALIDAD EN EL SNS	19
.....	
TEMPORALIDAD Y FEMINIZACIÓN DEL EMPLEO EN EL SNS	24
.....	
LA SALUD DE LOS PROFESIONALES	27
.....	
• ENVEJECIMIENTO	27
.....	
• IMPACTO DE LA COVID-19 SOBRE LOS PROFESIONALES	28
.....	
OBJETIVOS Y PROPUESTAS DE LA FESP-UGT PARA MEJORAR LA CALIDAD EN EL EMPLEO	31
.....	
• DISMINUIR EL IMPACTO NEGATIVO EN LA SALUD DE LAS TRABAJADORAS Y TRABAJADORES:	31
.....	
COEFICIENTES REDUCTORES PARA EL SNS	31
.....	
JUBILACIÓN PARCIAL CON CONTRATO DE RELEVO	33
.....	
• DISMINUIR EL NÚMERO DE TRABAJADORES TEMPORALES, ADECUANDO LAS PLANTILLAS ORGÁNICAS A LAS NECESIDADES REALES DEL SNS PARA DAR RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN	35
.....	

INTRODUCCIÓN

Es importante señalar que nuestro sistema sanitario se denomina Sistema Nacional de Salud, y este nombre no es gratuito ya que pone de manifiesto la pretensión de ocuparse de la salud de las personas, y no solamente de prestar atención a las personas cuando enferman. Es preciso recordar que la Constitución Española en su artículo 43 el punto 1 dice textualmente **“Se reconoce el derecho a la protección de la salud”**, por eso tenemos un Sistema Nacional de Salud y no de enfermedad, **porque la salud es un valor que se ha de proteger.**

Un sistema sanitario puede estar centrado en combatir la enfermedad para mejorar la salud de las personas, pero no debe olvidar que “no hay enfermedades sino enfermos”, (Claude Bernard 1813-1878) en definitiva que lo importante son las personas y no sus enfermedades. Por ello, **la atención a la salud de las personas es un pilar básico del estado del bienestar**

La salud más que un derecho, es un valor, la realización de este valor consiste precisamente en evitar la enfermedad cuando sea posible, en remediar sus consecuencias, y en procurar que las personas afronten la enfermedad lo mejor posible, de ahí la **importancia de la calidad de la atención que se les presta.**

Ofrecer una asistencia de calidad pasa por reconocer la **importancia de la coordinación entre los diferentes servicios de salud**, dado que todos ellos constituyen el Sistema Nacional de Salud, y son los encargados de gestionar la atención a la salud en cada Comunidad Autónoma. Aun siendo difícil, entendemos que **es imprescindible la coordinación, por tanto no solo hace falta reconocer la importancia de la coordinación sino hacerla efectiva.**

Dicho esto no es menos relevante señalar que **los RRHH son la piedra angular del SNS**, y teniendo en cuenta que no puede haber calidad en la asistencia sin calidad en empleo, resultan especialmente relevantes las condiciones laborales en el SNS.

Es de vital importancia que el Sistema Nacional de Salud cuente con personal adecuado en los servicios de salud. **Distintos organismos nacionales e internacionales han concluido recientemente que los Estados no han seguido esa recomendación, incluido España, provocando escasez de profesionales sanitarios dedicados a la atención sanitaria, más visible en atención primaria, lo que ha generado dificultades durante la pandemia actual.** En España, antes de la pandemia, la atención primaria ya estaba infradotada de personal. La ratio de enfermería por cada 1.000 habitantes en 2018 era de 0,66 y la de personal médico en atención primaria de 0,77, cifras que apenas se han modificado desde 2009. En la comparativa con la Unión Europea, España está por debajo de la media respecto al personal médico de atención primaria, y muy alejada de países como Portugal, el país con mejor ratio (2,6), Irlanda (1,82), Países Bajos (1,61), Austria (1,56) y Francia (1,42).⁴⁵ En relación a tres comunidades vemos como la Comunidad de Madrid ha reducido

un 0,01 la ratio de personal médico de atención primaria y un 0,02 el de enfermería; en Cataluña se ha aumentado en 0,04 y 0,06, y en Castilla-La Mancha ha subido un 0,01 y 0,03, respectivamente.

Un informe del Ministerio de Sanidad de 2019 preveía tensiones de reposición a corto plazo, ya que el 27,5% de las y los médicos de familia tiene 60 o más años, y a medio plazo, puesto que el 63,4% tiene 50 o más años. La tasa de reposición –contratos vía oposición que cubren los que se pierden por jubilación– varió en los años de la crisis entre el 10 y el 50%, es decir, de cada 10 profesionales que se jubilaban se ofertaban entre 1 y 5 plazas. Desde 2016 hasta la fecha, esta tasa ha llegado al 100% anual, pero no incluye la recuperación de todas las plazas que no se han repuesto durante más de diez años.

CARACTERÍSTICAS DEL EMPLEO

En la descripción de las características del empleo en los Servicios de Salud es imprescindible hablar de su **volumen, de la temporalización, de la feminización y de la salud de los profesionales**, las tres categorías mayoritarias son médicos, enfermeras y TCAEs, el volumen exacto de éstas últimas es más difícil de conocer porque no hay tantos datos como de médicos y enfermeras, pero en 2018 eran en torno a 130.000.

También señalaremos algunas de las consecuencias relacionadas con los recortes del 2012 que arrastra el SNS, entre ellas una priorización de la inversión en Atención Especializada. Hemos recabado datos publicados por el Ministerio de Sanidad y datos referentes a la contratación en los Servicios de Salud, recogidos del Boletín Estadístico del personal al servicio de las Administraciones Públicas.(BEPSAP) Registro central de personal. Partiendo de esos datos hemos elaborado algunos gráficos que proporcionan una “foto fija” a fecha de enero de 2020, son los últimos datos desagregados por Servicios de Salud que publica este boletín, a partir de ahí ya no figuran desagregados los datos. Siempre que se han encontrado datos anteriores a esa fecha se ha procurado presentar la evolución a lo largo del tiempo.

Aunque los datos analizados son anteriores a la pandemia, nos parece relevante señalar que el posible incremento de efectivos en las comunidades autónomas entre enero y julio del 2020 se deberá en buena medida a la necesidad de incorporar efectivos en los Servicios de Salud de las distintas Comunidades Autónomas. **El incremento en este periodo ha sido de 14.791 trabajadores y trabajadoras**, pero no en todas las comunidades se ha incrementado, sino que **ha disminuido en Extremadura, Euskadi, Islas Baleares y Canarias**, hasta que no se publiquen datos desagregados por sectores de las Administraciones Públicas en las Comunidades Autónomas no podremos saber a qué sectores corresponde la pérdida de efectivos. Si dejamos a parte el sector correspondiente a las universidades,

CARACTERÍSTICAS DEL EMPLEO

que se presenta separado del resto de sectores, el incremento ha sido de 11. 494 distribuido por el resto de sectores. Pudiera ser que otros sectores hubieran perdido efectivos y se hubieran ganado en los Servicios de Salud.

En el gráfico 1 se puede ver la diferencia desglosada por comunidad autónoma, y en el 2 la cuantía de incremento, o la pérdida por comunidad autónoma de todos los efectivos de las Administraciones Públicas en las Comunidades Autónomas.

GRÁFICO 1. ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS OBTENIDOS DEL BOLETÍN ESTADÍSTICO DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS. REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL.

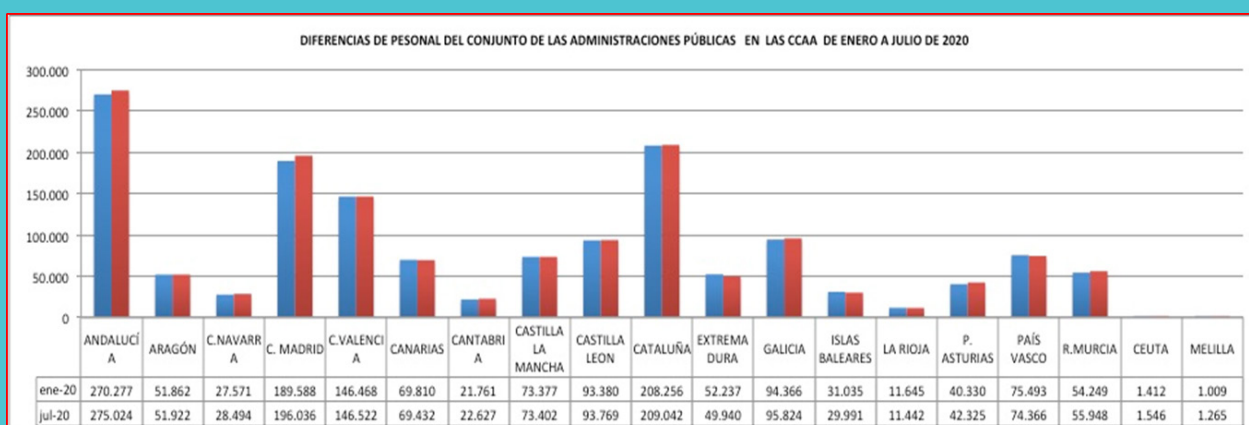


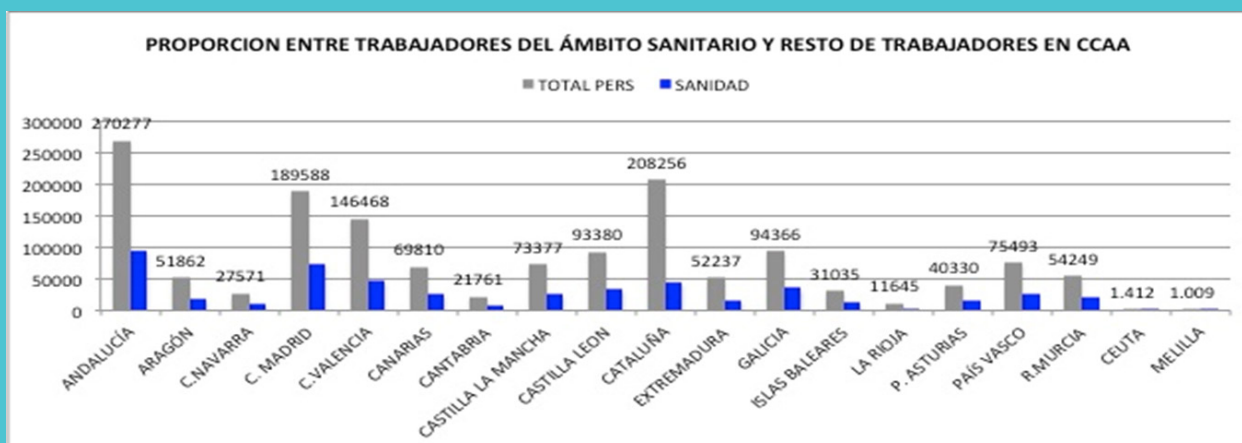
GRÁFICO 2. ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS OBTENIDOS DEL BOLETÍN ESTADÍSTICO DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS. REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL



En enero de 2020 la proporción de efectivos de los Servicios de Salud respecto a la totalidad era el 34,17%. 517.373 y 996.753 en el resto de las AAPP de las CC.AA. ([referencia](#))

En cuanto a la proporción de efectivos en el ámbito sanitario de las Administraciones Públicas en la Comunidades Autónomas, respecto al resto de trabajadores de las Administraciones Públicas en ese nivel la proporción es la que aparece en el gráfico 3.

GRÁFICO 3. ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS OBTENIDOS DEL BOLETÍN ESTADÍSTICO DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS. REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL.



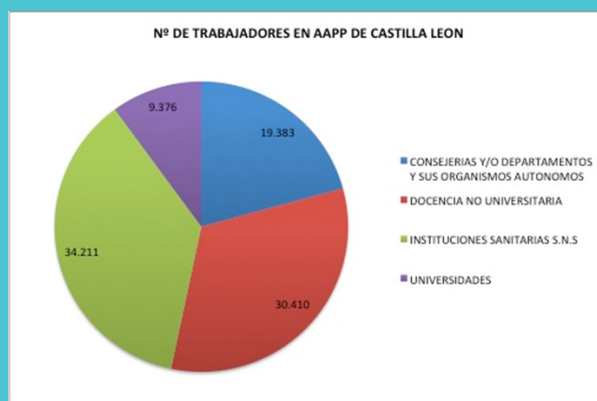
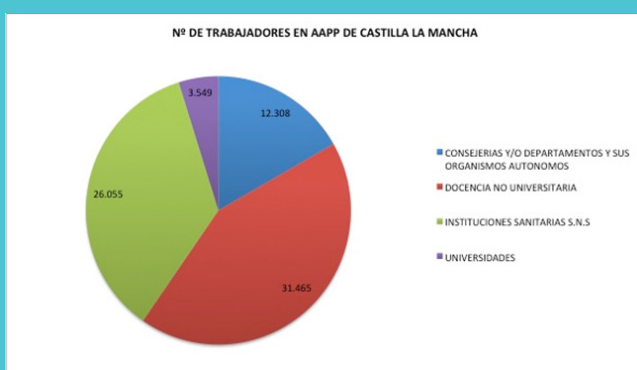
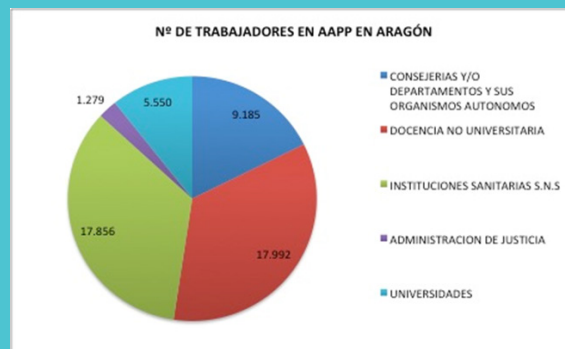
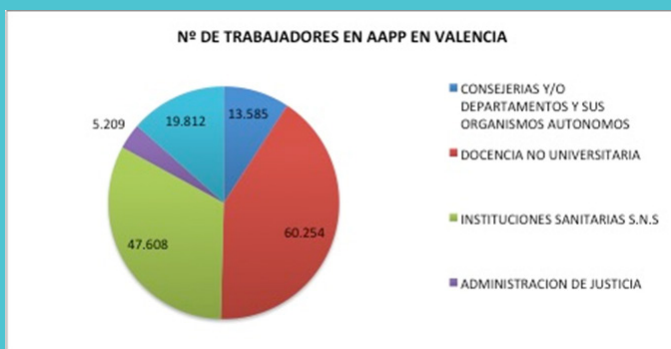
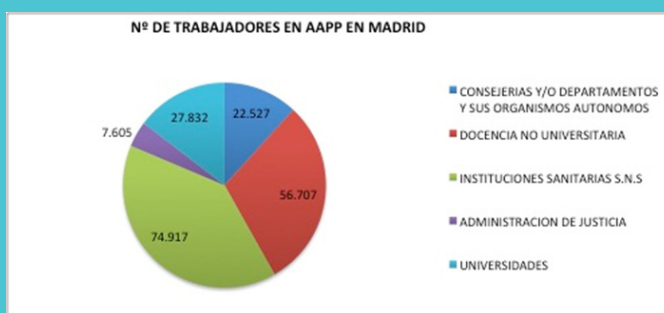
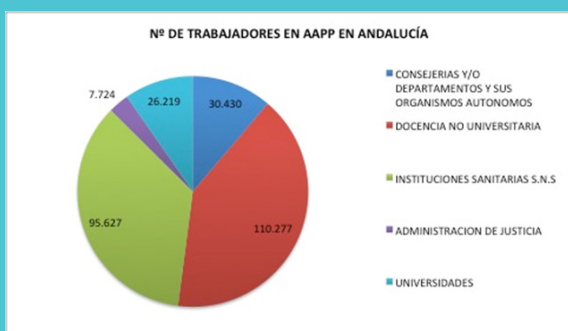
Salvo en Cataluña, que en el Servicio de Salud trabajan el 21,48% de los trabajadores de las Administraciones Públicas de la comunidad autónoma, en el resto de comunidades el porcentaje está entre 30,49% de La Rioja y el 39,52% de Madrid.

Los gráficos que se presentan a continuación **evidencian que el mayor volumen de efectivos dentro de las Administraciones Públicas en las Comunidades Autónomas recae en dos sectores, los servicios de salud y la docencia no universitaria.** Es importante señalar que los datos más actuales corresponden a enero de 2020, con posterioridad a esa fecha no se han publicado datos desagregados para las instituciones sanitarias en el BEPSAP.

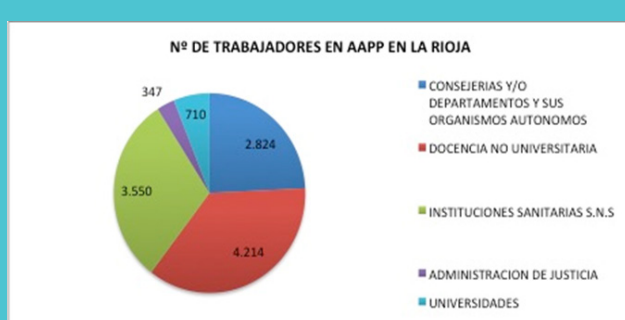
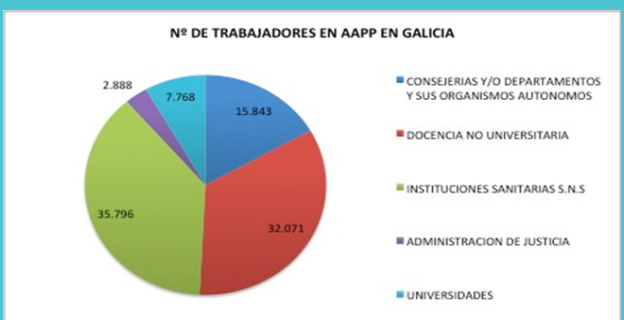
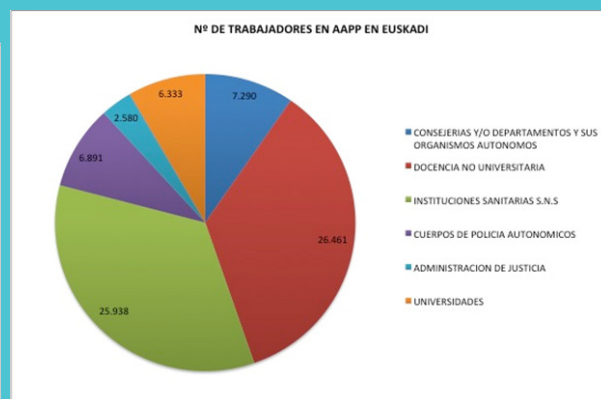
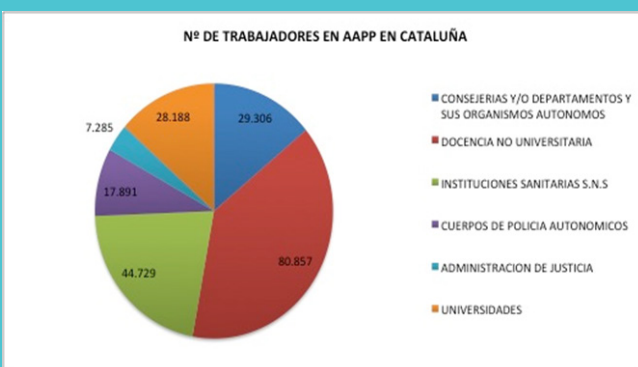
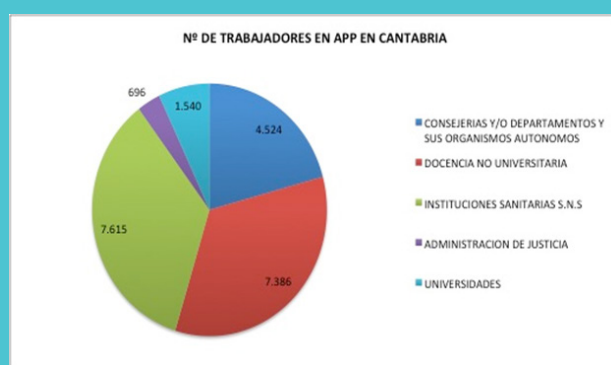
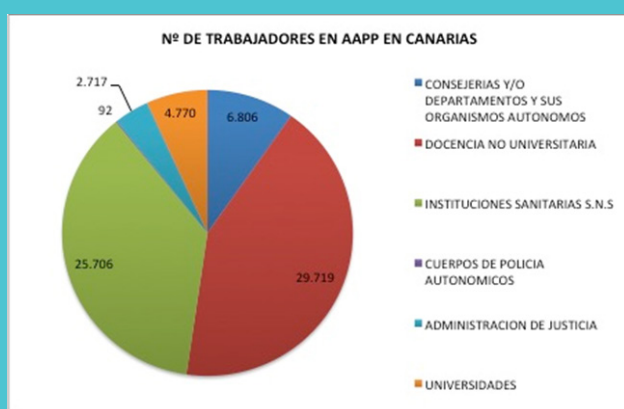
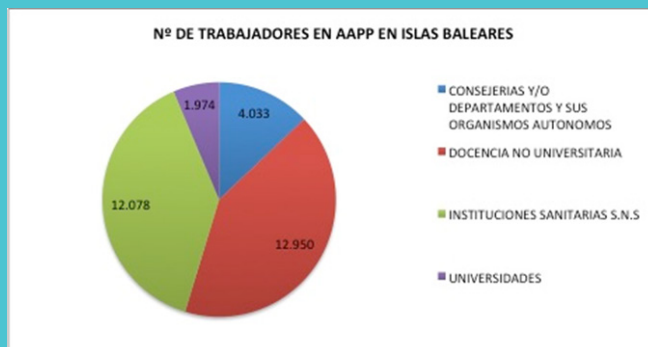
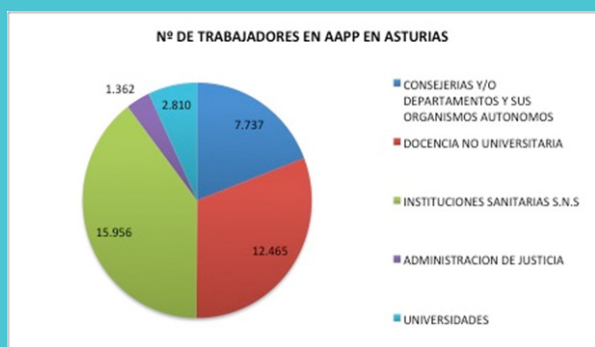
CARACTERÍSTICAS DEL EMPLEO

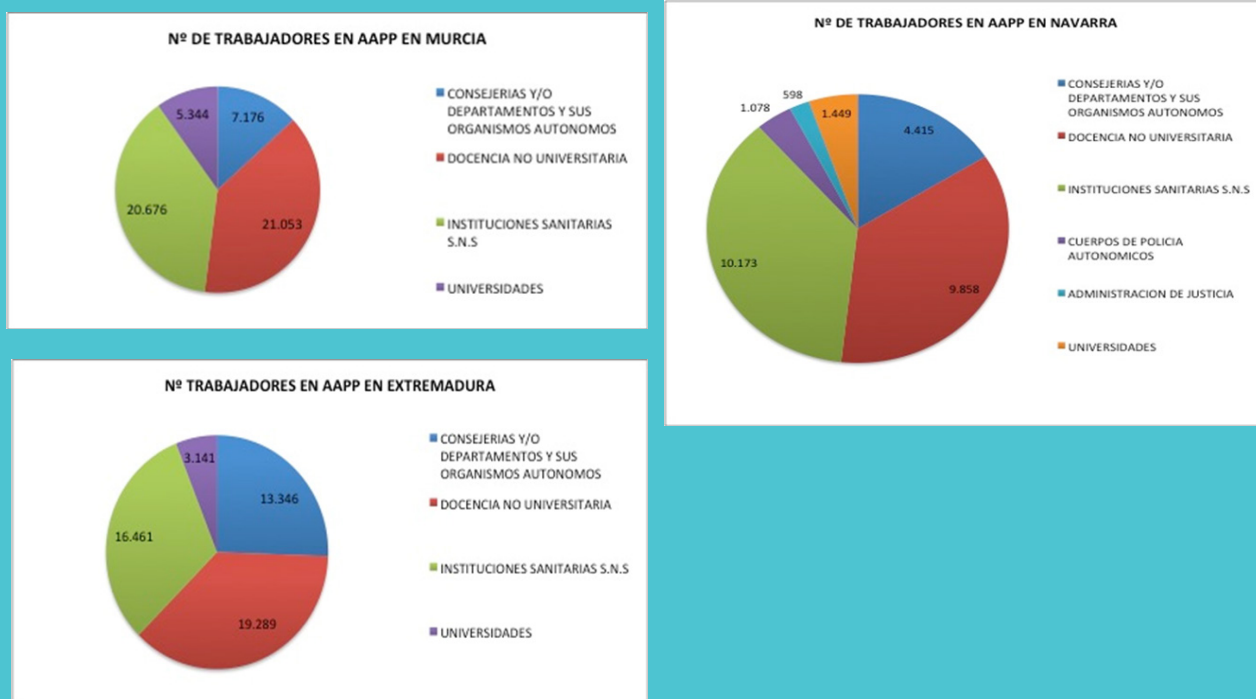
A continuación se presentan unos gráficos que recogen el número de efectivos de cada uno de los sectores de las Administraciones Públicas en las Comunidades Autónomas.

GRÁFICO 3. ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS OBTENIDOS DEL BOLETÍN ESTADÍSTICO DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS. REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL. ESTADÍSTICO DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS. REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL.



CARACTERÍSTICAS DEL EMPLEO



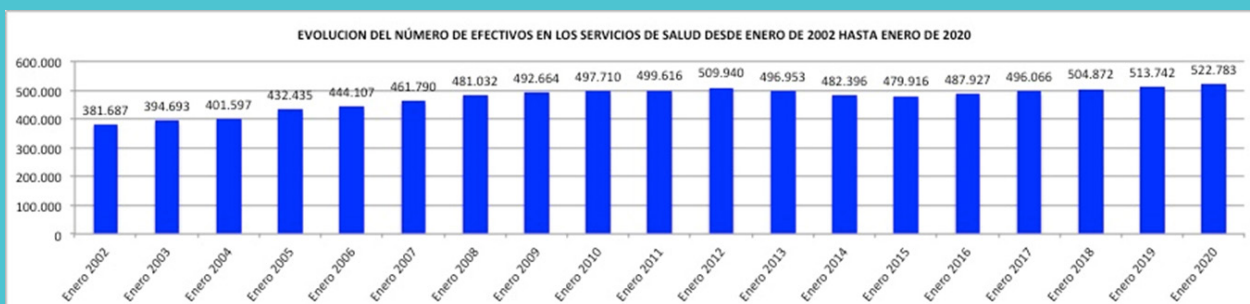


El número de trabajadores en el ámbito sanitario, dentro de las Administraciones Públicas de las comunidades autónomas, es mayor en Madrid, Castilla y León, Asturias, Cantabria, Galicia y Navarra. En el resto de comunidades autónomas es el segundo sector por detrás de la enseñanza docente no universitaria que ocupa el primer lugar.

EVOLUCIÓN DEL EMPLEO EN EL SNS

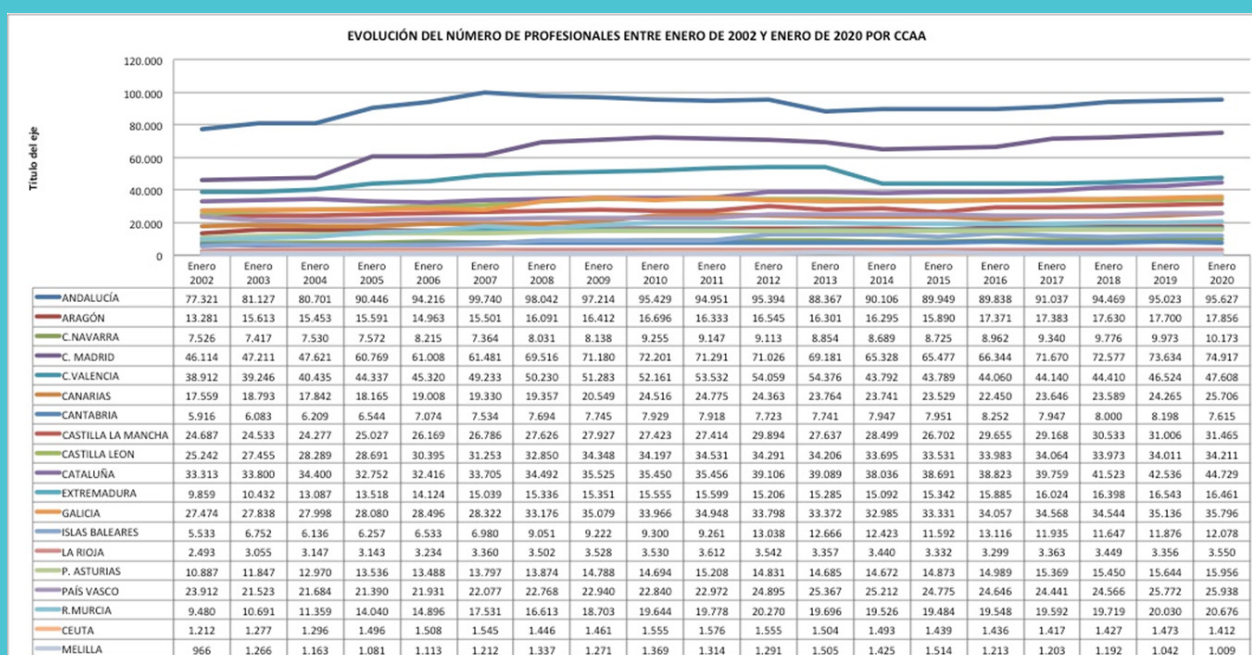
En el gráfico 5 se puede observar la evolución de los efectivos del conjunto de los servicios de salud desde el 2002 hasta enero del 2020, observándose un incremento más rápido desde el 2002 hasta el 2007, a partir de aquí decrece el incremento hasta el 2012, momento en el que se inicia una disminución llegando a los valores más bajos en el 2015. A partir de aquí vuelve a incrementarse de forma lenta y como veremos a continuación lo hará a costa de aumentar el empleo temporal.

GRÁFICO 5. ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS OBTENIDOS DEL BOLETÍN ESTADÍSTICO DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS. REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL.



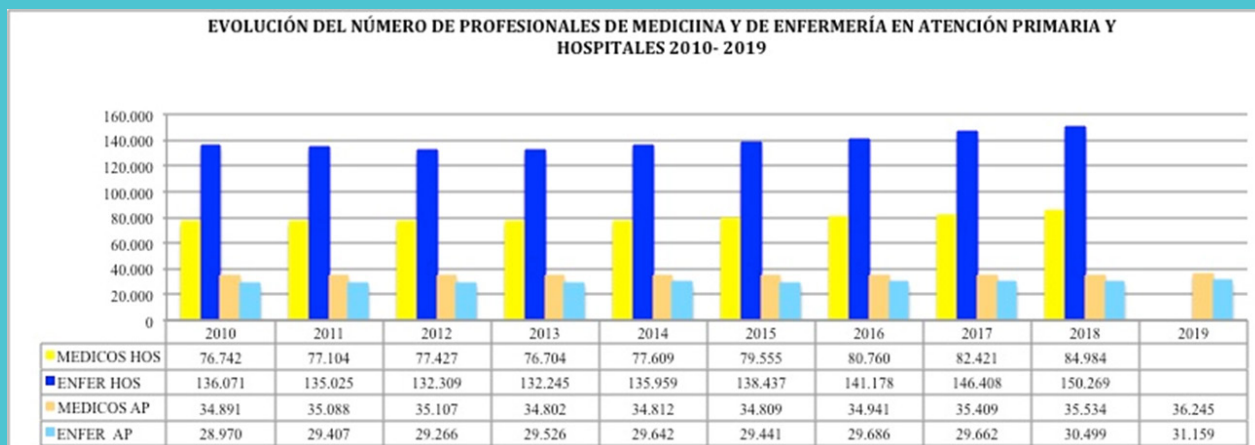
En el gráfico 6 se detallan los incrementos desglosados por Comunidades Autónomas.

EN EL GRÁFICO 6 SE DETALLAN LOS INCREMENTOS DESGLOSADOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS.



Desde el punto de vista de donde se ha realizado más o menos inversión en recursos humanos, si en Atención Primaria o en Atención Especializada, el gráfico 7 lo ilustra adecuadamente.

GRÁFICO 7. ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS OBTENIDOS EN LA PÁGINA WEB DE MINISTERIO DE SANIDAD



Los médicos en hospitales han aumentado desde el 2010 en **8.242**, mientras que en Atención Primaria se han incrementado en **643**, y las enfermeras han aumentado **14.198** en hospitales y en Atención Primaria en **1.529**. Es importante señalar que **una Atención Primaria deficitaria provoca un aumento en las descompensaciones de las patologías crónicas de las personas, lo que ocasiona un aumento de la presión asistencial en urgencias y un aumento de ingresos hospitalarios, sobrecargando la Atención Especializada.**

Esta presión asistencial se ha visto elevada en los últimos años. Así con respecto a la dimensión de cupos asignados a cada profesional, el Marco Estratégico para la Atención Primaria establece el máximo deseable en 1.500 pacientes por profesional sanitario en atención a adultos. Sin embargo, el propio Ministerio de Sanidad reconoció en 2018 que más del 41% de las y los médicos de familia tienen cupos que superan los 1.500 pacientes y que este exceso supone que las agendas de médicos con 40, 60 o incluso más pacientes al día sean demasiado frecuentes en muchos centros. Asimismo, existen estudios que muestran que antes de la pandemia ya había evidencias de que estos cupos en algunas áreas de salud, sobre todo las urbanas, están sobredimensionados, lo que impide un adecuado seguimiento de cada paciente y merma la calidad de su atención.

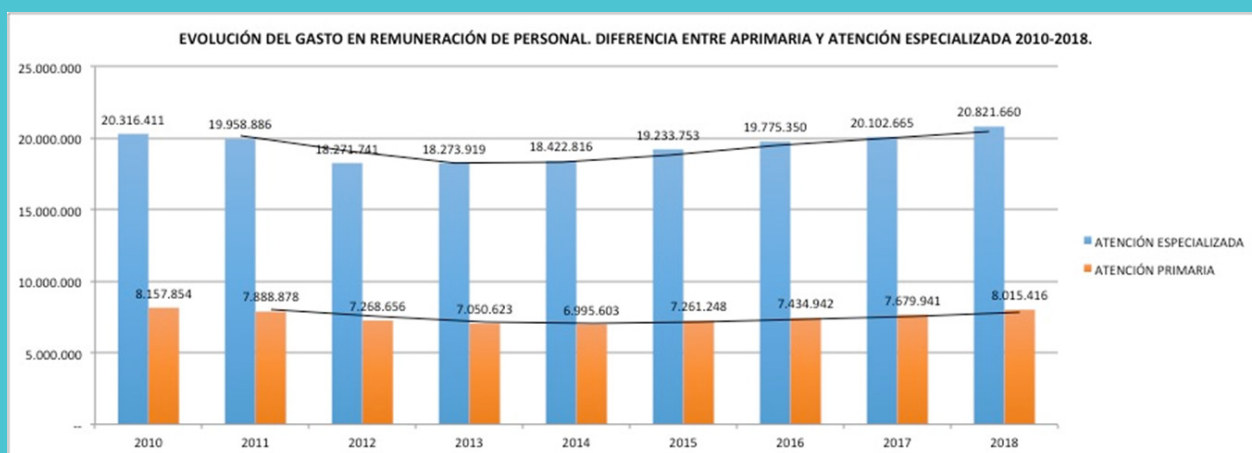
Ejemplo, en la Comunidad de Madrid, en 2018 se estiman 34 pacientes diarios de media, aunque este valor no contabiliza las ausencias no cubiertas que se reparten entre el resto de profesionales presentes, por lo que probablemente este número es mayor. No hay datos oficiales de presión asistencial en Castilla-La Mancha. En Cataluña, el Institut Català de la Salut estima que en 2018 se atendieron casi 21 millones de consultas en medicina de familia y más de 13 millones en enfermería, pero no hay datos de media de pacientes al día por consulta. Asociaciones de profesionales catalanes señalan la media entre 35 y 40 pacientes al día por médico. Por otra parte, es necesario destacar el acuerdo firmado entre el Institut Català de la Salut y el sindicato Metges de Catalunya, que estableció una media de 1.300 tarjetas individuales sanitarias (TIS) por médico y una media de 12 minutos por visita. Sin embargo, tal y como muestran los testimonios de los profesionales, este acuerdo no se está cumpliendo.

Ante las condiciones descritas, existe una creciente tendencia de emigración a otros países del personal médico y de enfermería. Según datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en 2019 se expidieron un total de 4.100 certificados de idoneidad para salir a otros países, una cifra que supone un incremento de un 18,7% respecto a 2018 y que es tres veces superior a las cifras de 2011. En los últimos nueve años se han solicitado alrededor de 27.500 certificados de idoneidad, números importantes teniendo en cuenta la necesidad de personal sanitario en los próximos años.

EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO DESTINADO A LA REMUNERACIÓN DE PERSONAL

En cuanto al gasto de remuneración en personal los datos se pueden observar en el gráfico 8

GRÁFICO 8. ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS OBTENIDOS EN LA PÁGINA WEB DE MINISTERIO DE SANIDAD. (Referencia)



En él se puede apreciar con claridad el inicio del descenso en el 2011 para llegar al mínimo en 2013 en ambos niveles de atención. Sin embargo, a partir de ahí, el gasto ha aumentado más en hospital que en Atención Primaria que aún no ha recuperado el nivel del 2010. En el mismo sitio web se puede ver el gasto en personal de cada comunidad autónoma.

A continuación compararemos la evolución del número de profesionales por CCAA con el gasto sanitario público que se destina a su remuneración.

GRÁFICO 9.1A ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS PUBLICADOS EN EL BEPSAP

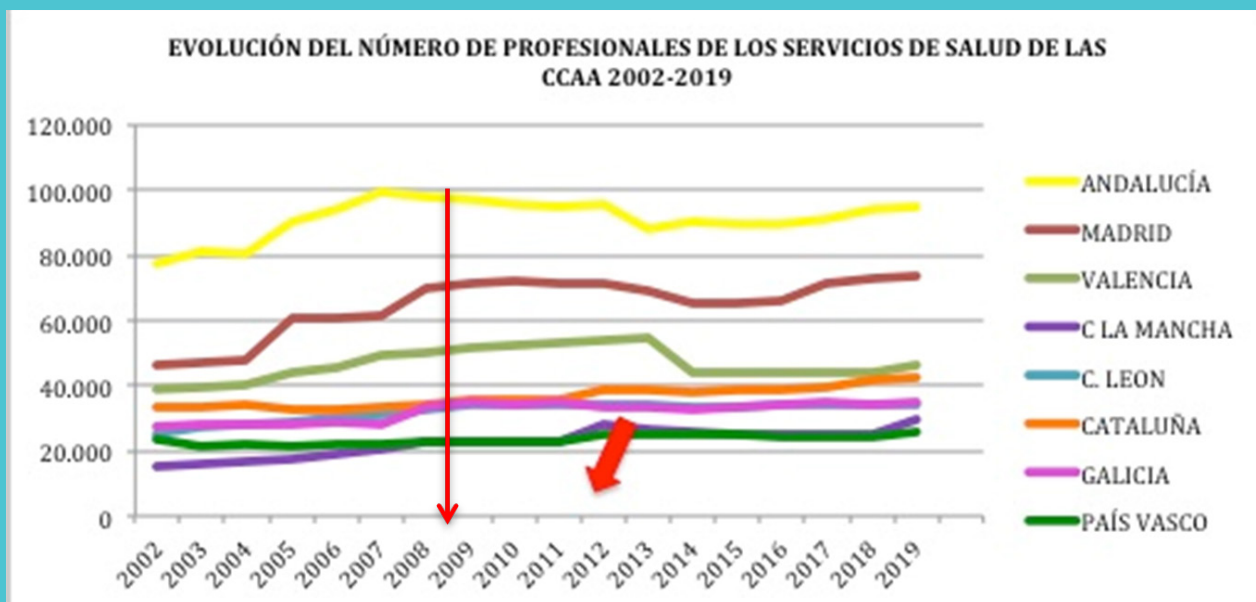
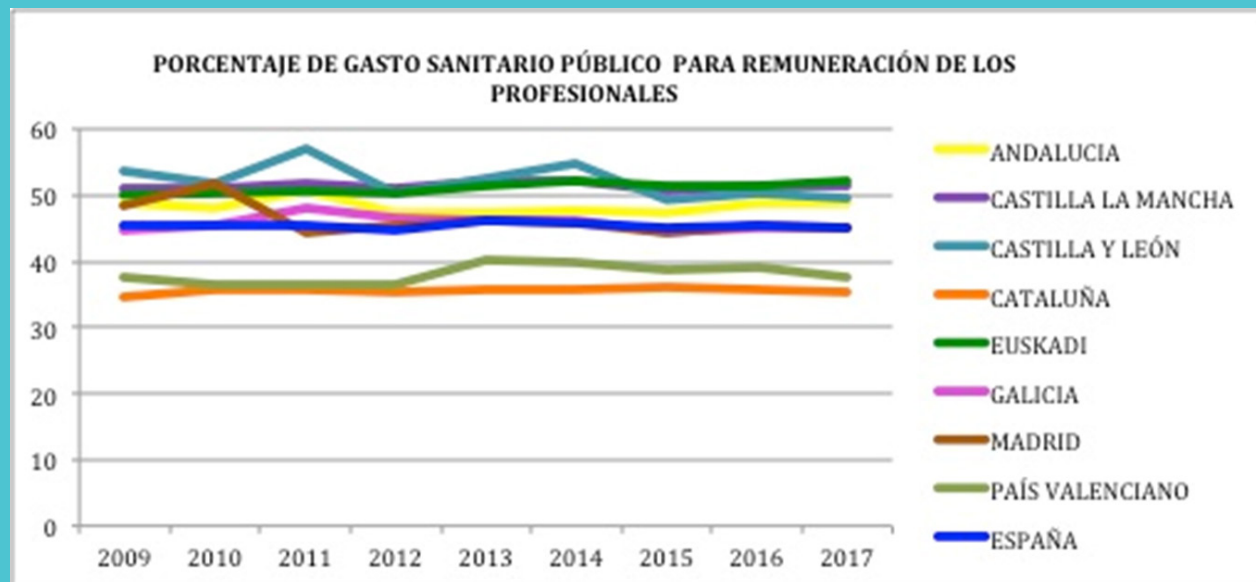


GRÁFICO 9.1B ELABORACIÓN PROPIA. FUENTE: INDICADORES CLAVE DEL MINISTERIO DE SANIDAD



Cataluña y el País Valenciano se quedan por debajo de la media de España, a pesar de que el País Valenciano es la tercera comunidad con más número de profesionales, solo por detrás de Andalucía y Madrid que son los que más tienen, aunque evidentemente tienen

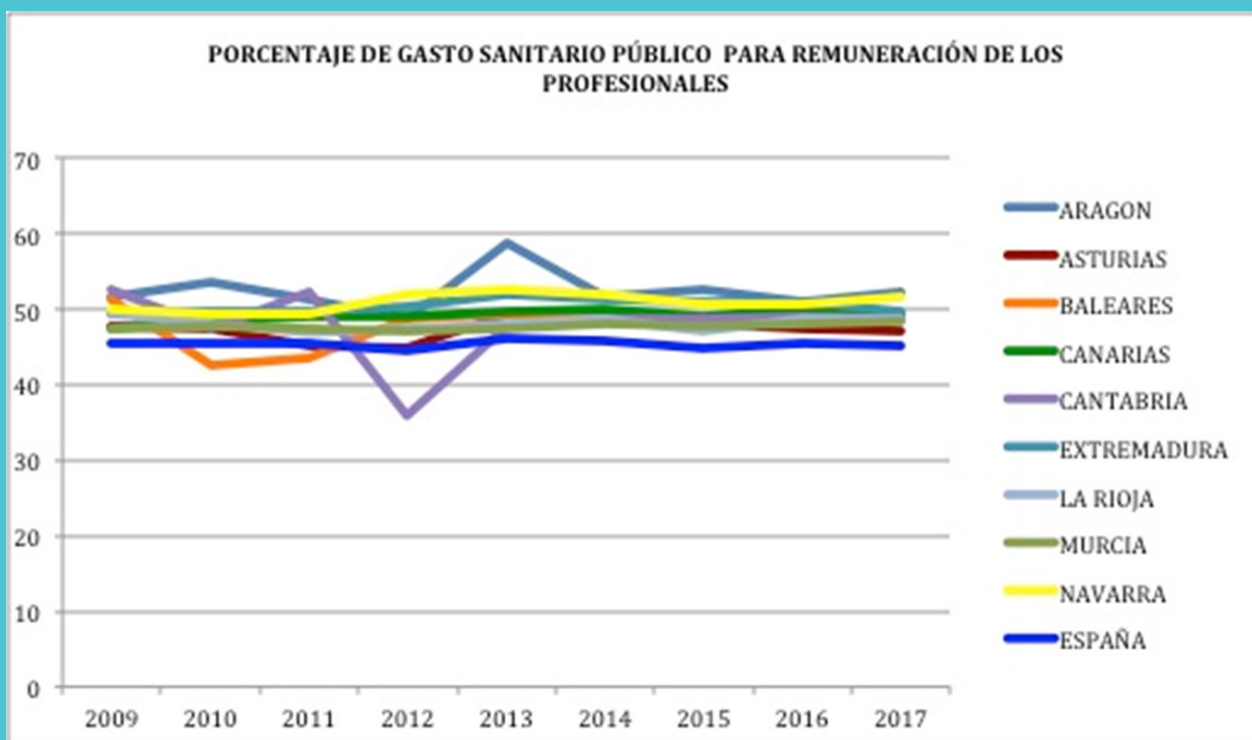
también mayor población. Cataluña aunque destina menos recursos, tiene menor número de trabajadores. Euskadi se mantiene en torno a un 50% con Castilla La Mancha y Castilla y León, aunque Castilla y León tiene un pico en el 2011 para descender bruscamente y no recuperar y otro pico con el consiguiente descenso en el 2014. Andalucía estaba un poco por encima de la media y se mantiene en el gasto en torno al 50%, en la parte más alta, siendo la comunidad autónoma que más profesionales tiene. Galicia se mantiene en la media, después de un pico en el 2011. Y Madrid en el 2010 se encontraba entre las CCAA que más invertían pero en el 2011 cayó la inversión por debajo de la media recuperando en el 2013 la media y manteniéndose.

GRÁFICO 9. 2A ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS PUBLICADOS EN EL BEPSAP



Es este segundo grupo de CCAA Murcia y Canarias suben en el 2010, y Baleares sube en el 2012, el resto mantiene una ligera subida, salvo La Rioja que presenta una curva aplanada.

GRÁFICO 9 .2 B ELABORACIÓN PROPIA. FUENTE: INDICADORES CLAVE DEL MINISTERIO DE SANIDAD



En cuanto a los recursos que destinan a la remuneración de los profesionales, Aragón presenta un incremento fuerte en el 2013, para volver a mantener la tónica general por encima de la media en torno al 50%, y Cantabria que tiene un descenso importante en el 2012 y recupera en el 2013 para mantener en 2017 en torno al 50%.

Hasta aquí hemos visto la evolución en el volumen de profesionales y la remuneración de los mismos. Lo siguiente será exponer lo relacionado con la temporalidad, que es un problema muy grave en el SNS por su elevada tasa.

LA TEMPORALIDAD

El empleo en el SNS presenta un **elevado índice de temporalidad**, por lo que España ha recibido una llamada de atención por parte de la Unión Europea. Véase la sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE), de 14 de septiembre de 2016, al respecto. Esta sentencia dejó al descubierto una forma errónea de afrontar la crisis del 2007, como así lo confirma el Informe emitido por el Observatorio Europeo sobre Políticas y Sistema de Salud de la UE, referido al 2019, que recoge textualmente **“la temporalidad y los contratos a tiempo parcial son dos problemas importantes en el SNS”**. Este informe recoge un **30% de temporalidad en el 2017 frente a un 27% en el 2012**(referencia). Por si esto fuera poco la pandemia de 2020 ha venido a confirmar lo ajustado e insuficiente de las plantillas del SNS. Pero no solamente se perdieron puestos de trabajo, que también, sino que además debido al límite a la tasa de reposición se creó un volumen de temporalidad en el SNS que está siendo muy difícil de revertir.

Tanto el informe del Observatorio Europeo sobre Políticas y Sistemas de Salud de la UE (2019), como la llegada de la pandemia han puesto de relieve que las políticas de personal en el sistema sanitario se han basado en la precariedad laboral, lo que tiene un impacto en el derecho a la salud. Según una encuesta de la Organización Médica Colegial realizada antes de la pandemia y publicada en 2020, la tasa de temporalidad en el sistema sanitario público español afecta a más del 36% de las médicas y médicos encuestados. De estos, el 55,4% lleva más de seis años sin conseguir una plaza mediante concurso oposición. La misma encuesta realizada un año antes mostraba que el 27,1% de quienes no disponían de una plaza fija llevaban entre once y veinte años en la misma situación, y un 11,9% llevaba más de veinte años, lo que representa una precariedad ya cronificada. En 2017 solo el 6,9% de los contratos de médicos de familia fueron indefinidos, frente al 9,4% de médicos hospitalarios, y el 70% de esos contratos fueron de menos de un mes. En el caso de la enfermería en atención primaria, la temporalidad es del 19%.

La precariedad se concentra en el personal médico joven (menores de 40 años), donde solo el 15,2% tenía plaza fija en 2017 en el sistema público. La precariedad afecta especialmente a las mujeres, menores de 40 años y con nacionalidad extranjera. El Marco Estratégico para la Atención Primaria establece como objetivo mantener una tasa de temporalidad en atención primaria inferior al 8%. Sin embargo, la situación real dista mucho del objetivo marcado

En el 2017 gobierno y sindicatos, entre ellos la FeSP-UGT firmaron un acuerdo para el empleo que entre sus objetivos tenía el de **reducir la temporalidad**, además de recuperar derechos perdidos en el Real Decreto 16/2012. En el mismo sentido se firmó otro **acuerdo en el 2018**. Sin embargo el **problema de la temporalidad ha seguido creciendo en el SNS y las cifras son descorazonadoras**.

No solamente existe un volumen de interinos de larga duración en el SNS demasiado grande, sino que además las bolsas de empleo son **una plantilla en la sombra** que permite a los Servicios de Salud hacer numerosos contratos de muy corta duración para “tapar agujeros”. Los profesionales trabajan dos días aquí, uno allá. La variabilidad de los lugares de trabajo es muy grande, y las categorías profesionales que no son médicos, no solo cambian de lugar manteniéndose en un mismo nivel de atención (Atención Primaria o Atención Especializada), sino que trabajan un día en una UCI, y otro en un centro de salud, o en un servicio de diálisis.

Las diferentes unidades asistenciales tienen sus peculiaridades tanto a nivel organizativo, como a nivel de especificidad de prestación de los servicios. Por ello precisan un tiempo de adaptación por parte de los profesionales, que en contratos de corta duración excede a la duración de los mismos. La ausencia de un periodo de adaptación suficiente genera un **estrés** añadido en los profesionales, además de **dificultar la integración en los equipos de trabajo y la continuidad en la atención a los usuarios**. En Atención Primaria se ve muy claramente cuando en un cupo se suceden distintos profesionales en periodos cortos de forma que los usuarios cambian de médico

o enfermera de referencia más a menudo de lo que sería deseable, **dificultando con ello el establecimiento de una relación clínica de calidad.**

A propósito de la Covid-19 señalar que los profesionales más jóvenes han sufrido ese estrés añadido de forma más intensa que los profesionales más veteranos, así lo recoge la guía editada por el Instituto de Seguridad y Salud en el Trabajo “Trabajar en tiempos de Covid-19. Buenas prácticas de intervención psicosocial en centros sanitarios”.

Desde nuestro punto de vista **los límites a la tasa de reposición han supuesto un aumento de la temporalidad y de la precariedad en el empleo.** Como hemos señalado anteriormente **no se trata solo de un aumento de los interinos de larga duración sino de la precarización en el empleo que suponen las bolsas de empleo, plantillas en la sombra, en lo que se refiere a contratos de corta duración y los cambios de centro de trabajo cada muy poco tiempo.**

Es importante señalar que ahora mismo las bolsas de trabajo de las CCAA, tanto para médicos como para enfermeras, están vacías en algunos territorios y en otros casi, el resto de categorías también están afectadas por la escasez de profesionales.

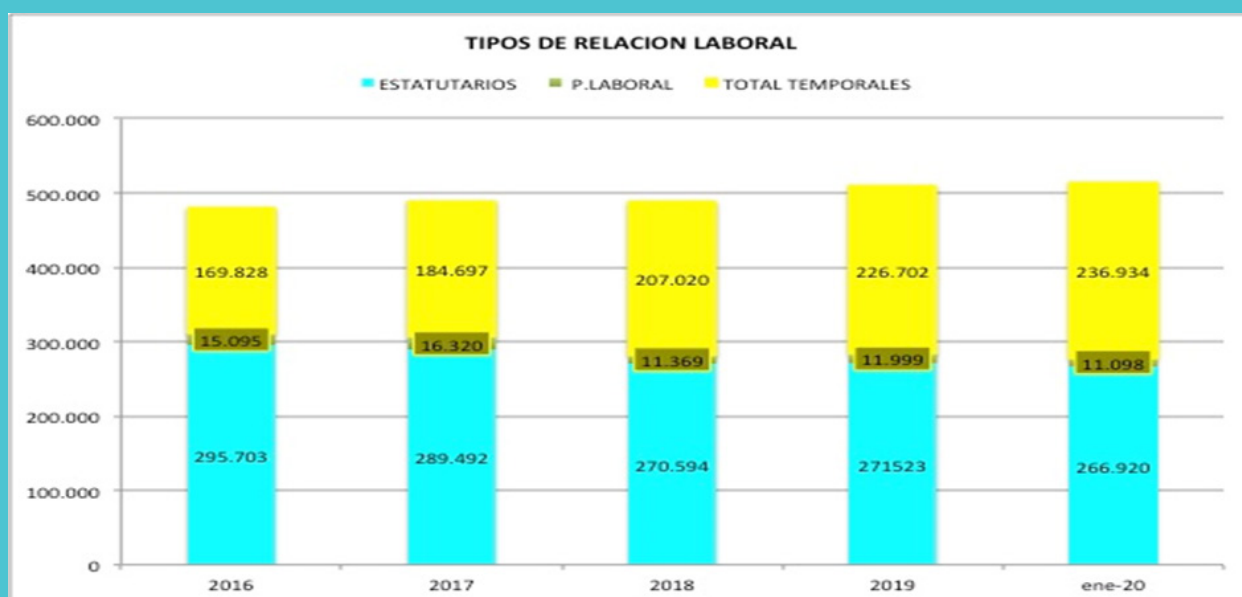
Hasta aquí **los argumentos para respaldar que la temporalidad supone un empeoramiento de las condiciones laborales de los profesionales, con la consiguiente repercusión en la calidad de la atención.**

Algunos gráficos elaborados con datos publicados por el Ministerio de Sanidad y datos referentes a la contratación en los Servicios de Salud extraídos del Boletín Estadístico del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas. Registro central de personal. (BEPSAP) en estos gráficos se puede apreciar, **la disminución de empleo fijo y el incremento de empleo temporal, así como la feminización, estando las mujeres sobre representadas en el incremento de**

empleo temporal y en la pérdida de empleo fijo, por tanto son sobre todo las mujeres quienes soportan peores condiciones de trabajo.

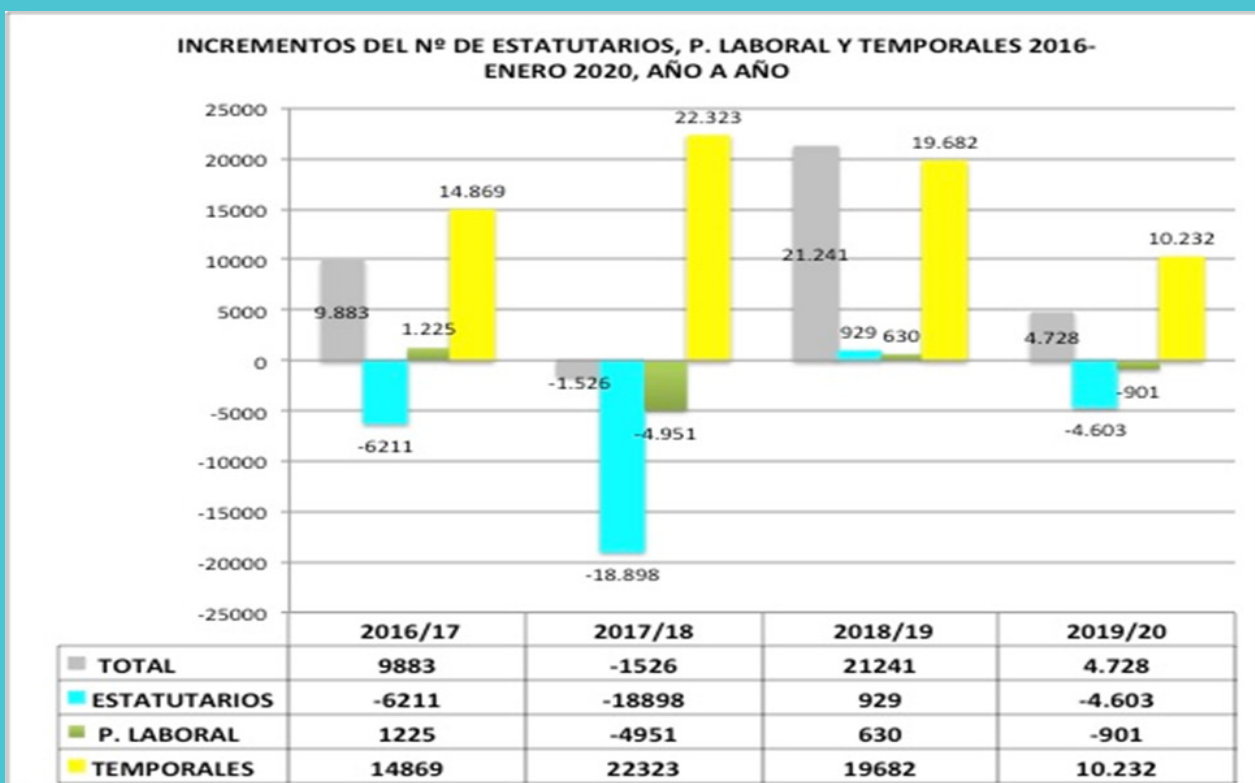
Los gráficos siguientes muestran un aumento de la temporalidad y una disminución de los trabajadores y trabajadoras fijos en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, entre enero de 2016 y enero de 2020, es decir, que el aumento de efectivos que veíamos en el gráfico 1 se debe exclusivamente a un aumento de los efectivos temporales. Aunque aquí solo tenemos la serie temporal desde el 2016 hasta enero del 2020. Desde enero de 2020 hasta julio de 2020, fechas de publicación de los últimos BEPSAPs, se ha producido un incremento de 11.494 trabajadoras y trabajadores en lo que se refiere a los sectores que trabajan en las CCAA sin contar a las universidades. **Es importante señalar que el número de trabajadores y trabajadoras temporales ha aumentado en 20.744, el incremento de la temporalidad sigue por tanto siendo muy elevado, especialmente en mujeres, ya que son ellas las que han dejado de ocupar plaza de personal funcionario/estatutario fijo 5.447.**

GRÁFICO 10. ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS OBTENIDOS DEL BOLETÍN ESTADÍSTICO DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS. REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL.



El gráfico 11 muestra como son los incrementos en intervalos anuales en el periodo entre enero del 2.016 y enero del 2020.

GRÁFICO 11. ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS OBTENIDOS DEL BOLETÍN ESTADÍSTICO DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS. REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL.



Se pueden apreciar las sucesivas pérdidas de puestos de trabajo fijos y el progresivo incremento de trabajadoras y trabajadores temporales. Se van perdiendo puestos fijos y se van incrementando los puestos de trabajo temporales. Hay una pérdida de puestos fijos en tres intervalos de tiempo, solo del 2018 al 2019 se incrementan los fijos en 929. Mientras que **los temporales entre el 2017 y el 2018 aumentan a 22.323, descienden a 19.682 del 2018 al 2019, y a 10.232 del 2019 al 2020.**

TEMPORALIDAD Y FEMINIZACIÓN EN EL SNS

Si analizamos los datos desagregados por sexo, podemos observar que la temporalidad aumenta más en las mujeres que en los hombres, y desciende también el número de mujeres con un empleo fijo. Por tanto la precariedad en el empleo afecta especialmente a las mujeres.

GRÁFICO 12. EVOLUCIÓN ENTRE EL 2016 Y ENERO DE 2020 DE ESTATUTARIOS FIJOS, DESAGREGADOS HOMBRES Y MUJERES. ELABORACIÓN PROPIA CON LOS DATOS OBTENIDOS DEL BOLETÍN ESTADÍSTICO DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS. (BEPSAP)



El número de mujeres que ocupan una plaza de personal estatutario fijo disminuye en 19.084, mientras que el número de hombres disminuye en 9.699, prácticamente la mitad.

El gráfico 13 muestra la diferencia entre hombres y mujeres para el personal temporal

GRÁFICO 13. EVOLUCIÓN ENTRE EL 2016 Y ENERO DE 2020 DE PERSONAL LABORAL, DESAGREGADOS HOMBRES Y MUJERES. ELABORACIÓN PROPIA CON LOS DATOS OBTENIDOS DEL BOLETÍN ESTADÍSTICO DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS. (BEPSAP)



En 2017 las mujeres eran 12.582, 1.020 más que en 2016, mientras que en enero de 2020 disminuyeron en 4.487. Los hombres en 2017 alcanzaron la cifra de 3.738, aumentando respecto al 2016 en 205, mientras que en enero de 2020 habían disminuido en 735.

En cuanto a los empleos temporales los podemos ver en el gráfico 14

GRÁFICO 14. EVOLUCIÓN ENTRE EL 2016 Y ENERO DE 2020 DE TEMPORALES, DESAGREGADOS HOMBRES Y MUJERES. ELABORACIÓN PROPIA CON LOS DATOS OBTENIDOS DEL BOLETÍN ESTADÍSTICO DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS. (BEPSAP)



En 2016 las mujeres eran 129.039, sufriendo un incremento en 2020 de 53.857, mientras que los hombres de 40.789 en 2016 pasaron a ser 54.038 en enero de 2020, lo que arroja un incremento de 13.249, el incremento de la temporalidad ha sido 5 veces mayor para las mujeres que para los hombres. A la luz de estos datos, se puede reflexionar acerca de la incorporación de la mujer al trabajo, que efectivamente se está haciendo, es posible que las mujeres se estén incorporando a los trabajos que tienen un índice de precariedad más elevado, si consideramos la temporalidad como una característica de la precariedad.

LA SALUD DE LOS PROFESIONALES

ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento de la población en nuestro país es un dato incontestado actualmente y relevante a la hora de planificar la atención a la salud de la población. Respecto a la salud de los profesionales interesa resaltar el envejecimiento en categorías profesionales como la medicina. El informe anual del Ministerio de Sanidad, correspondiente a 2018, recoge que en el año 2000 de cada 10 médicos 6 eran menores de 45 años y en el 2016 solo 4 de cada 10 lo eran. Respecto al resto de categorías los datos no están desagregados, presentándose de forma conjunta la información del ámbito sanitario y sociosanitario. Podemos señalar que las enfermeras no empezarán a ejercer antes de los 20 años en ningún caso, constituyendo la categoría profesional más numerosa, en cuanto a los técnicos, tanto superiores como de cuidados auxiliares de enfermería también precisan una formación profesional que requiere un tiempo, lo que dificulta su incorporación al trabajo antes de esa edad. Enfermeras, médicos y TCAEs constituyen las tres categorías profesionales mayoritarias en el SNS. Lo expuesto anteriormente conlleva una edad elevada en el colectivo de los profesionales sanitarios, **siendo un motivo de preocupación en relación a las posible falta de profesionales debido a la jubilación de los actuales en próximos años**. Además la pandemia ha demostrado que las plantillas del SNS son muy justas. Pero no solo, sino que **las “plantillas en la sombra”**, las bolsas de empleo a las que acuden los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas para prestar servicios, en muchos casos permanentes, a la población también se han quedado vacías o quasi vacías. Por tanto los profesionales de nuestro SNS son insuficientes, y además su media de edad es elevada, con las cuestiones de salud asociadas a ello. Un ejemplo de ello ha sido el duro impacto que ha tenido el Covid-19, especialmente en la primera ola, no solamente se contagiaron, sino que además las

estancias en hospital, en UCIs, los fallecimientos y las secuelas han sido muy importantes en el colectivo de profesionales. Sobre este tema se puede consultar el informe realizado por la UGT que se hizo público en rueda de prensa el 30 de noviembre.

Según un informe universitario realizado por investigadores, que tiene en su poder el Ministerio de Sanidad, **la mitad de los médicos tiene más de 50 años**. De manera que **el 50% del total de los médicos (hombres y mujeres) tiene 50 o más años, siendo el envejecimiento más marcado en Atención Primaria (62% con 50 o más años) que en Especializada (44%)**. Uno de cada cinco médicos tiene 60 o más años. La distribución es desigual por comunidades. Madrid, Cantabria, Baleares y Canarias destacan por el reducido porcentaje de médicos mayores de 60 años, mientras que Castilla y León más que duplica los porcentajes de estas regiones.

El perfil etario y por sexo varían mucho entre especialidades médicas. En Pediatría, 3 de cada 4 médicos son mujeres. Por el otro lado, sólo 1 de cada 5 son mujeres en Urología. Sólo en 13 especialidades, la mayoría quirúrgicas, hay un predominio masculino significativo.

En el caso de los hombres, en un considerable número de especialidades se presenta un pico en el intervalo de edad entre 50 y 59 años.

IMPACTO DE LA COVID-19 SOBRE LOS PROFESIONALES

A fecha 4 de marzo de 2021 se han contagiado en España entre sanitarios y sociosanitarios un total de 125.691 profesionales. **En la primera ola casi la cuarta parte de la población contagiada eran profesionales de los ámbitos: sanitario y sociosanitario**. El tramo de edad más golpeado y con mayor repercusión en su salud fueron los trabajadores y trabajadoras de entre 50 y 60.

Desde el 11 de mayo de 2020 se han contagiado 75.271, aunque los EPIs han mejorado la situación, cualquier persona que se haya puesto y quitado un EPI sabe que no es tarea fácil y cuando el profesional está cansado corre el riesgo de no ponerse o quitarse el EPI de forma adecuada, algo que por supuesto no se debe achacar a la falta de diligencia del profesional sino al cansancio, al agotamiento y al stress de la situación.

Según los datos publicados en el informe epidemiológico de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica a **10/03/2021**, diagnosticado desde el 11 de mayo de 2020, el personal sanitario que trabaja en centro sanitario es de 36.619 mujeres y 11.520 hombres, nótese la sobrerrepresentación de las mujeres, cuidando de la población afectada están sufriendo el impacto de la enfermedad de forma muy importante.

Estas cifras además de corroborar el impacto y la falta de previsión por la pandemia, algo comprensible, también permiten definir el marco de prevención y protección del SNS y su deficiente sistema de gestión en materia de prevención de riesgos y condiciones de trabajo del citado colectivo.

De los numerosos casos de contagio de la Covid19 entre el personal sociosanitario, según los datos sobre el tipo de tramitación de las bajas, merece la pena señalar que apenas hay registros como accidente de trabajo o enfermedad profesional. A día de hoy no somos conocedores del seguimiento de casos, deriva y recidiva de los mismos. Entendemos que la falta de registros se estos dos tipos de bajas es porque se están tramitando como “enfermedad común”. El virus de SAR-2-Cov (Covid19) pertenece a la familia Coronaviridae, que en el anexo II del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre aparece clasificada en el grupo 2; sin embargo, el Advisory Committee on Dangerous Pathogens del Health and Safety Executive (HSE) en su publicación The Approved List of biological agents 2004, clasifica este virus en el grupo 3 (Pueden provocar una enfermedad grave y constituir un serio peligro para los trabajadores)

Se trata por lo tanto de una enfermedad debida a la actividad laboral, con un mal pronóstico de curación, con una tendencia de agravación progresiva y solo desde hace pocos meses con una profilaxis mediante la vacunación. En el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro, no se reconoce como enfermedad profesional, esto obliga al trabajador a tener que recurrir, en muchos casos, a la vía judicial para su reconocimiento. Se trata pues de una situación a abordar seriamente por las Administraciones Públicas, con la adopción de medidas legales, laborales y socioeconómicas que incidan en una mejora de sus condiciones y de los mecanismos de protección social, sanitaria y laboral.

OBJETIVOS Y PROPUESTAS DE LA FeSP-UGT PARA MEJORAR LA CALIDAD EN EL EMPLEO.

DISMINUIR EL IMPACTO NEGATIVO EN LA SALUD DE LAS TRABAJADORAS Y TRABAJADORES:

Se hace necesario bajo todo punto de vista solicitar a las Administraciones Públicas una mayor implicación en materia de gestión de la prevención, presupuestos ajustados a objetivos, sistema de protección, provisión y prevención en los centros, dimensionar los recursos necesarios en los servicios de prevención, mejorar las disposiciones legislativas existentes en materia de higiene y seguridad en el trabajo, adaptándolas a las características particulares de las funciones del personal de los centros y agilizar los mecanismos de control, seguimiento, eficacia y eficiencia en materia de reducción y eliminación de los riesgos laborales al colectivo de trabajadores.

COEFICIENTES REDUCTORES

En el apartado anterior hemos hecho referencia a como la COVID-19 afecta de una manera directa al colectivo sanitario, que por otro lado necesita de una atención urgente referida a la asignación de coeficientes reductores para la edad de jubilación.

Hablamos de actividades laborales en las escalas, categorías o especialidades cuyo ejercicio implique el sometimiento a un excepcional índice de penosidad, peligrosidad, insalubridad o toxicidad y en las que se hayan comprobado unos elevados índices de morbilidad o mortalidad o la incidencia de enfermedades profesionales; además, se tendrán en cuenta la morbilidad y

mortalidad por enfermedad y su relación directa con el trabajo, y la incapacidad permanente derivada de enfermedad en los términos indicados en el artículo 115.2.e) de la Ley General de la Seguridad Social, que se produzcan en grado superior a la media. Es por ello y sobre la base de aspectos que inciden en el personal sanitario y su incidencia por el Covid19, entre otros:

- Siniestralidad en el sector, distinguiendo entre índice de accidentes de trabajo e índice de enfermedades profesionales.
- Morbilidad y mortalidad por enfermedad y su relación directa con el trabajo, y la incapacidad permanente derivada de enfermedad en los términos indicados en el artículo 115.2.e) de la Ley General de la Seguridad Social, que se produzcan en grado superior a la media.
- Condiciones de trabajo, en las que se tendrá en cuenta a estos efectos la peligrosidad, insalubridad y toxicidad, la turnicidad, el trabajo nocturno y el sometimiento a ritmos de producción. Relación con la edad del trabajador y el tiempo de exposición al riesgo.
- Requerimientos físicos y/o psíquicos exigidos para el desarrollo de la actividad.
- Edad aproximada a partir de la cual no es aconsejable el ingreso en el sector o colectivo, o desde la que no puede razonablemente desarrollarse la actividad.

A tenor de este criterio la FeSP-UGT, previa argumentación y constatación de hechos y casos, desde esta secretaría solicitó en julio de 2017 un coeficiente reductor. **¿Para cuándo presentará el Gobierno las instrucciones necesarias al INSS para que, y aplicando la amplia jurisprudencia existente, reconozca el derecho a la aplicación de los coeficientes reductores del Real Decreto 2366/1984 a las personas trabajadoras del sector de salud y servicios socio sanitarios?**

JUBILACIÓN PARCIAL CON CONTRATO DE RELEVO

Precisamente porque la salud de los profesionales es una de las cuestiones más importantes para nosotros, desde mayo de 2016 llevamos entre nuestras reivindicaciones, además de la exigencia de los coeficientes reductores, la jubilación parcial con contrato de relevo. Esta opción permitiría abandonar la vida laboral de una forma progresiva al tiempo que rejuvenecería las plantillas aumentándolas de forma simultánea. Una salida de la vida laboral de forma progresiva permitiría que los profesionales llegasen al último período de su vida laboral en mejores condiciones de salud; resulta inadmisibles que mujeres, lo son en su inmensa mayoría, después de cuarenta años trabajando continúen haciendo turnos y noches con edades superiores a los 60 años, no sucede lo mismo en otros sectores; y no olvidemos que tienen en sus manos algo tan valioso como la salud de las personas.

La jubilación parcial permitiría la entrada en el SNS de profesionales más jóvenes, cuestión esta nada desdeñable dada la elevada media de edad de los profesionales, tal y como se recoge en el informe. En cuanto a la necesidad de aumentar el número de profesionales el propio gobierno ha reconocido la necesidad al publicar el Real Decreto 3/2021, de 3 de febrero para paliar este problema.

Artículo 5. [Compatibilidad de la pensión de jubilación con el nombramiento como personal estatutario de las y los profesionales sanitarios, realizado al amparo del Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2.](#)

1. [Los profesionales sanitarios jubilados médicos/as y enfermeros/as y el personal emérito, que se reincorporen al servicio activo por la autoridad competente](#) de la comunidad autónoma, o por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla o por el Ministerio de Defensa en la Red Hospitalaria de la Defensa, a través del nombramiento estatutario correspondiente

tendrán derecho a percibir el importe de la pensión de jubilación que estuvieran percibiendo al tiempo de la incorporación al trabajo, en cualquiera de sus modalidades, incluido, siempre que reúna los requisitos establecidos para ello, el complemento por mínimos.

2. La persona beneficiaria tendrá la consideración de pensionista a todos los efectos.

3. Durante la realización de este trabajo por cuenta ajena compatible con la pensión de jubilación, las comunidades autónomas o, en su caso, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, y las personas trabajadoras están sujetas a la obligación de afiliación, alta, baja y variación de datos prevista en el artículo 16 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social y a la obligación de cotizar en los términos de los artículos 18 y 19 del mismo texto legal, no siendo de aplicación lo dispuesto en su artículo 153.

4. Durante la realización de este trabajo estarán protegidos frente a todas las contingencias comunes y profesionales, siempre que reúnan los requisitos necesarios para causarlas, siendo de aplicación el régimen de limitación de las pensiones, incompatibilidades y el ejercicio del derecho de opción, previstos en el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

5. El derecho al subsidio por incapacidad temporal que se cause durante esta situación se extinguirá por la finalización del trabajo por cuenta ajena, además de por las causas generales previstas en la normativa vigente.

6. Una vez finalizado el trabajo por cuenta ajena, las cotizaciones realizadas durante esta situación podrán dar lugar a la modificación del porcentaje aplicable a la base reguladora de la pensión de jubilación, la cual permanecerá inalterable. Estas cotizaciones no surtirán efecto en relación con los porcentajes adicionales previstos en el artículo 210.2 del texto refundido de la Ley General de la

Seguridad Social y en la disposición adicional decimoséptima del texto refundido de Ley de Clases Pasivas del Estado.

Asimismo, las cotizaciones indicadas surtirán efectos exclusivamente para determinar el porcentaje aplicable a las jubilaciones anticipadas ya causadas, manteniendo la misma base reguladora.

Desde la FeSP-UGT entendemos que la jubilación parcial con contrato de relevo sería una forma de establecer una salida de la vida laboral progresiva, al tiempo que se rejuvenecerían las plantillas del SNS,.

DISMINUIR EL NÚMERO DE TRABAJADORES TEMPORALES, ADECUANDO LAS PLANTILLAS ORGÁNICAS A LAS NECESIDADES REALES DEL SNS PARA DAR RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN.

- **Retirar el límite a las tasas de reposición** para que las plantillas orgánicas se puedan adecuar a las necesidades del Sistema Nacional de Salud.
- **Modificación del Artículo 9.3 del Estatuto Marco**, estableciendo un criterio relativo a la duración de los contratos temporales, de forma que ese puesto de trabajo se convierta en una plaza estructural de la plantilla orgánica, cuando se exceda el carácter temporal en (SUPRIMIR) un periodo de tiempo determinado.

Artículo 9. Personal estatutario temporal.

Por razones de necesidad, de urgencia o para el desarrollo de programas de carácter temporal, coyuntural o extraordinario, los servicios de salud podrán nombrar personal estatutario temporal.

Los nombramientos de personal estatutario temporal podrán ser de interinidad, de carácter eventual o de sustitución.

El nombramiento de carácter interino se expedirá para el desempeño de una plaza vacante de los centros o servicios de salud, cuando sea necesario atender las correspondientes funciones.

Se acordará el cese del personal estatutario interino cuando se incorpore personal fijo, por el procedimiento legal o reglamentariamente establecido, a la plaza que desempeñe, así como cuando dicha plaza resulte amortizada.

El nombramiento de carácter eventual se expedirá en los siguientes supuestos:

Quando se trate de la prestación de servicios determinados de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria.

SUPRIMIR: Cuando sea necesario para garantizar el funcionamiento permanente y continuado de los centros sanitarios.

Para la prestación de servicios complementarios de una reducción de jornada ordinaria.

Se acordará el cese del personal estatutario eventual cuando se produzca la causa o venza el plazo que expresamente se determine en su nombramiento, así como cuando se supriman las funciones que en su día lo motivaron.

Si se realizaran más de dos nombramientos para la prestación de los mismos servicios por un período acumulado de 12 o más meses en un período de dos años, procederá **SUPRIMIR: (el estudio de las causas que lo motivaron, para valorar, en su caso, si procede)** la creación de una plaza estructural en la plantilla del centro.

El nombramiento de sustitución se expedirá cuando resulte necesario atender las funciones de personal fijo o temporal, durante los períodos de vacaciones, permisos y demás ausencias de carácter temporal que comporten la reserva de la plaza.

Se acordará el cese del personal estatutario sustituto cuando se reincorpore la persona a la que sustituya, así como cuando ésta pierda su derecho a la reincorporación a la misma plaza o función.

Al personal estatutario temporal le será aplicable, en cuanto sea adecuado a la naturaleza de su condición, el régimen general del personal estatutario fijo.