


FUNDACIÓN 1 DE MAYO

Informes

127 · DICIEMBRE 2016

A blurred photograph of healthcare workers in blue scrubs walking through a hospital hallway. The image is intentionally out of focus, emphasizing movement and activity in a clinical setting.

**ALTA TEMPORALIDAD
EN LA CONTRATACIÓN E
INTENSA ROTACIÓN LABORAL
EN LA SANIDAD PÚBLICA**

WWW.1MAYO.CCOO.ES

**ALTA TEMPORALIDAD EN LA CONTRATACIÓN
E INTENSA ROTACIÓN LABORAL EN LA SANIDAD PÚBLICA**

FUNDACIÓN 1º DE MAYO
C/ Longares, 6. 28022 Madrid
Tel.: 91 364 06 01
1mayo@1mayo.ccoo.es
www.1mayo.ccoo.es

COLECCIÓN INFORMES, NÚM: 127
ISSN: 1989-4473

© Madrid, Diciembre 2016

**ALTA TEMPORALIDAD
EN LA CONTRATACIÓN E INTENSA ROTACIÓN
LABORAL EN LA SANIDAD PÚBLICA**

FERNANDO PUIG-SAMPER MULERO

ADJUNTO A LA SECRETARÍA DE PROTECCIÓN SOCIAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS
CONFEDERACIÓN SINDICAL DE CCOO

Alta temporalidad en la contratación e intensa rotación laboral en la sanidad pública

Un análisis de la temporalidad en la contratación en la sanidad pública, realizado a partir de diferentes fuentes estadísticas, permite concluir que el empleo en el Sistema Nacional de Salud tiene tres problemas significativos: su tasa de temporalidad es excesiva por el elevado número de interinidades acumuladas; la temporalidad es dual y junto a las interinidades prolongadas hay una temporalidad de intensa rotación; y los contratos temporales tienen una antigüedad excesivamente alta, reflejando una cronificación del problema.

En segundo lugar, podrá verse que las explicaciones sobre los motivos de esta elevada temporalidad se entrecruzan, yendo desde las organizativas a las normativas pasando por las financieras, sin olvidar las resistencias endogámicas. Sin embargo, la impresión general es que, aunque varía la intensidad del fenómeno, las principales causas siguen siendo las mismas.

Por último, se incluyen al final de estas páginas varias líneas de propuestas: normativas, en el ámbito de la negociación colectiva y de racionalización de la temporalidad inevitable. Pero debería acentuarse la idea de que ante un problema crónico que aparece de forma reiterada hay que considerar que sólo haciendo cosas diferentes podrán conseguirse resultados distintos.

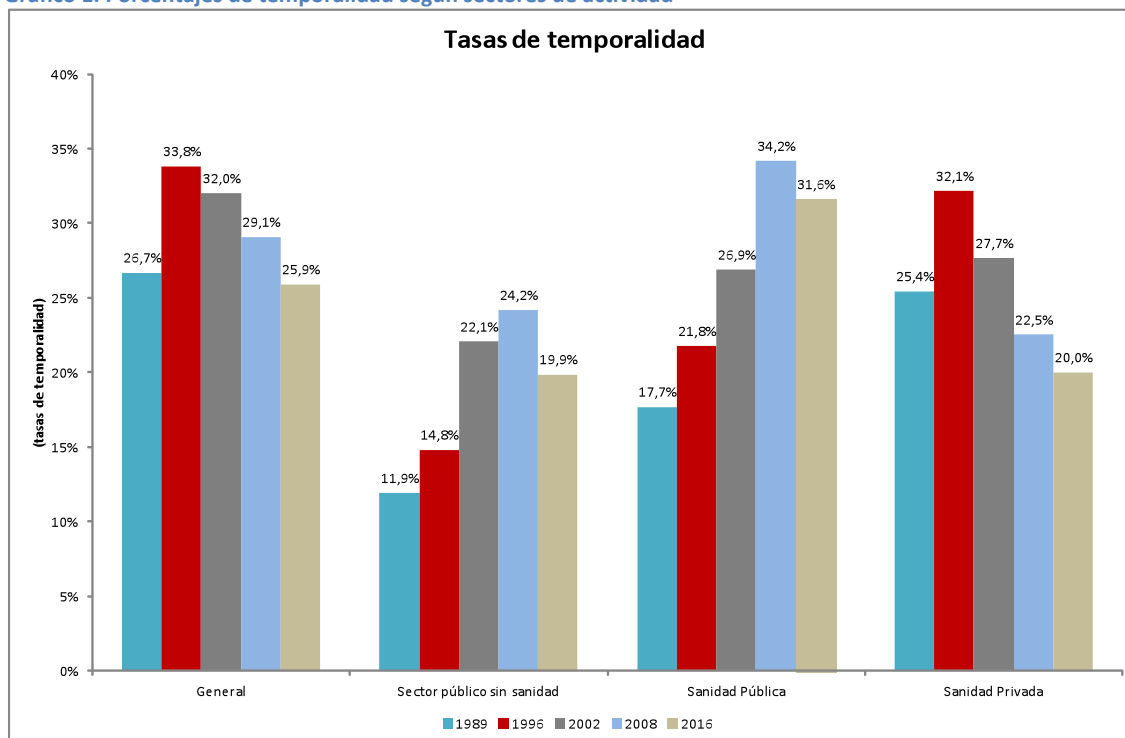
Alta temporalidad en la contratación

La sanidad pública tiene en la actualidad un promedio de 193 mil personas trabajando de manera temporal, de acuerdo con los microdatos de la Encuesta de Población Activa (EPA) que corresponden al promedio de los últimos doce meses (último trimestre de 2015 y tres primeros de 2016). Un alto número de profesionales constantemente enfrentados a la incertidumbre en su futuro laboral y que, además, representan el 31,6% del total de las 611 mil personas con empleo asalariado en este ámbito. Sin duda, se trata de una tasa de temporalidad elevada, superior a la que se observa en el sector sanitario privado o en el conjunto de las actividades económicas, tal y como puede apreciarse en el Gráfico 1.

Esta elevada tasa de temporalidad también es superior a la que se observa en el resto del sector público y ha sido así a lo largo del periodo analizado entre 1989 y 2016, con diferencias que se han ido agrandando, por lo que las explicaciones sobre lo que ocurre en la sanidad pública deben ir más allá de límites a la tasa de reposición, que también afectan al resto de las administraciones públicas y, la mayoría de los años, con restricciones más severas.

Por otro lado, cuando se comparan las cifras de España con las del resto de los Estados miembros de la Unión Europea (UE), también aparecen diferencias relevantes. Aunque los metadatos de Eurostat no permiten diferenciar el sector sanitario y los servicios sociales, en el conjunto de ambos sectores la temporalidad alcanzada en el segundo trimestre de 2016 duplicaba en España la observada para el conjunto de la UE28 (14,1%).

Gráfico 1. Porcentajes de temporalidad según sectores de actividad



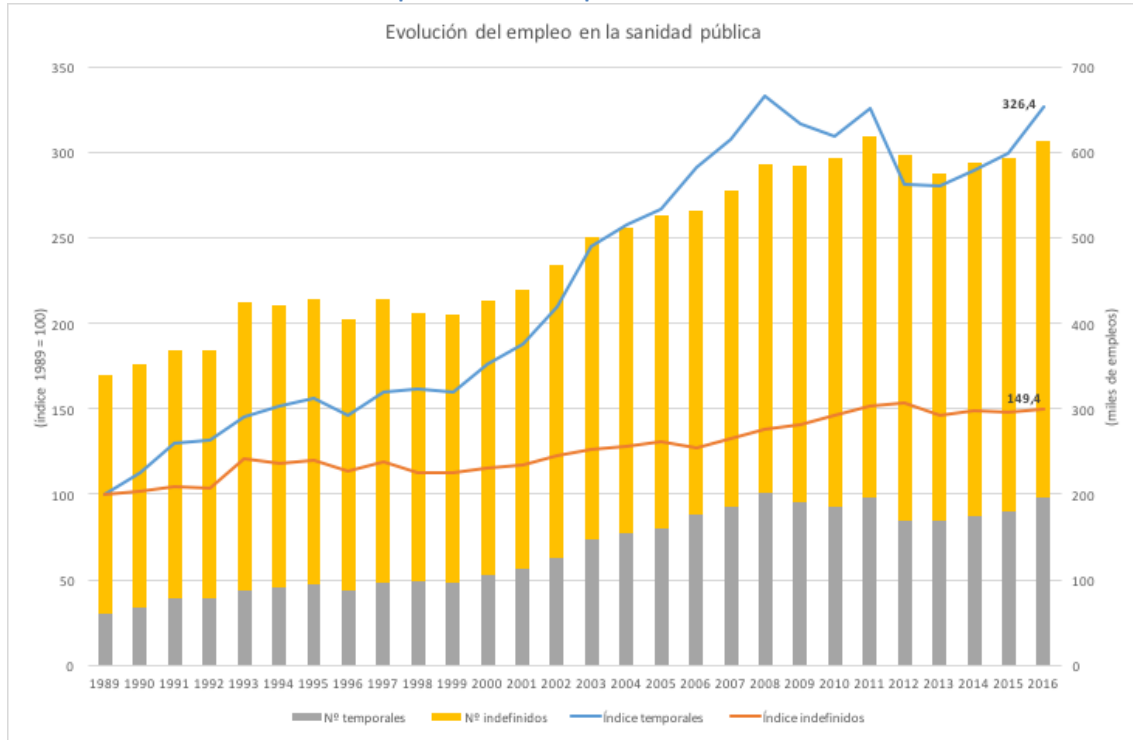
Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, con promedios anuales. *Los datos de 2016 corresponden al promedio de los últimos doce meses: último trimestre de 2015 y tres primeros de 2016.

Ni el que la actividad sea sanitaria –a la vista de las diferencias entre el sector sanitario privado y el público– ni que el sector sea público explican, por tanto, las elevadas tasas de temporalidad en la contratación en la sanidad pública. Conviene, por ello, hacer un análisis más desagregado de las cifras para saber si hay unas causas objetivas que expliquen estas diferencias o bien se trata de una práctica que podría ser corregida con otro modelo de relaciones laborales.

De los datos pueden desprenderse dos conclusiones. La primera, que los sectores público y privado siguen trayectorias diferentes en la evolución de las tasas de temporalidad en la contratación a partir de 1996. En los sectores privados se constata una progresiva disminución, mientras que en los públicos se produce un incremento significativo. Las causas en los sectores privados pueden ser de diferente índole: el acuerdo de estabilidad en el empleo de 1997; un mayor peso del tiempo parcial, como ocurre en la sanidad privada; los ajustes del empleo temporal en situaciones de crisis; el impacto de las reformas laborales con un deterioro de las condiciones de los contratos indefinidos; etcétera. En los sectores públicos hay que recordar que en 1997 se aplica por vez primera un límite: *el número de plazas de nuevo ingreso deberá ser inferior al 25 por 100 que resulte por aplicación de la tasa de reposición de efectivos*. Un porcentaje que ha ido variando desde entonces, pero que ha restringido de forma estricta la capacidad de administraciones y servicios públicos para cubrir sus necesidades de plantilla.

La segunda conclusión es que, a pesar de las restricciones, el empleo público ha seguido creciendo pero con un mayor peso del empleo temporal. Por ejemplo, en la sanidad pública puede observarse que el empleo neto generado entre 1996 y 2016 corresponde en más de la mitad, un 52%, a empleo temporal.

Gráfico 2. Evolución desde 1989 del empleo en la sanidad pública



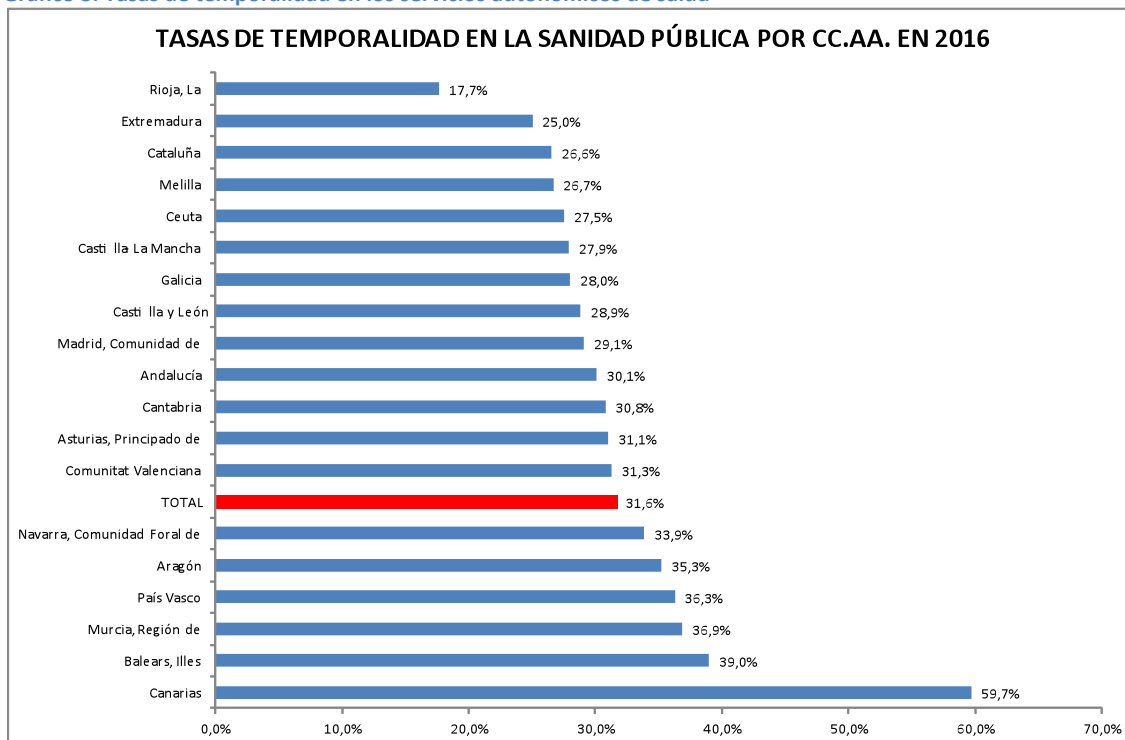
El Gráfico 2 permite apreciarlo de manera clara. Entre 1989 y 1999 la temporalidad ya crece con un ritmo superior al que lo hace el empleo indefinido, pero es a partir de entonces cuando se acelera de forma notable hasta el comienzo de la crisis en 2008. Con la crisis, se incrementó a partir de 2012 la jornada laboral desde las 35 horas semanales hasta las 37,5, para hacer recaer sobre la parte estable de la plantilla la disminución del número de temporales. En otras palabras, el sistema sanitario público se expande como respuesta a las demandas de la población, pero al no poder hacerlo por la vía de las convocatorias de ofertas de empleo lo hace mediante el fuerte crecimiento del empleo temporal y de la jornada laboral.

Una muestra de la expansión del sistema es el crecimiento de su actividad. La hospitalaria generaba en el año 1997 alrededor de 48,5 millones de consultas y 3,2 millones de altas; en 2007 ya eran 61,8 y 3,6 millones; y en 2014 se alcanzaban los 72,9 millones de consultas y los 3,7 millones de altas. Por otro lado, las consultas ordinarias en atención primaria crecían desde los 336 millones en 2007 a los 373 millones en 2015, mientras que las urgentes iban desde los 12 millones en 2007 a los 25 millones en 2015. Además, conviene recordar que el envejecimiento de la población repercute en la actividad, no sólo por un incremento de la cantidad sino por un requerimiento de mayores tiempos de atención para pacientes con varias patologías y mayores dificultades de recuperación. Por ejemplo, en 2015 el 44% de las consultas de enfermería se realizaron con pacientes con más de 65 años.

Esta alta temporalidad se produce tanto en la atención especializada como en la primaria, pero con mayor intensidad en el primero de estos ámbitos. En concreto, la atención especializada tiene una tasa de temporalidad del 34,0% según el promedio de los últimos doce meses, mientras que la atención primaria alcanza el 23,2%. En parte, esto se explica porque es en la especializada donde se concentran los contratos vinculados a la formación especializada, pero

aunque no se tuvieran en cuenta la tasa de temporalidad sería del 30,5%. Además, conviene tener en cuenta que en este ámbito se concentra el 82,4% del total de las interinidades.

Gráfico 3. Tasas de temporalidad en los servicios autonómicos de salud



Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, promediando el último trimestre de 2015 y los tres primeros de 2016.

Por último, conviene reseñar la dispersión que se produce entre las diferentes comunidades autónomas, que son, al fin y al cabo, las principales responsables de la gestión de los recursos en el SNS. La media para el conjunto de España en los últimos doce meses es del 31,6%, como ya se ha visto, pero la dispersión es alta situándose los extremos en Canarias (59,7%) y en La Rioja (17,7%), aunque en este último caso hay que tener en cuenta que la muestra de la EPA no es suficientemente representativa, lo que también afecta a Ceuta y Melilla.

Quizás en Canarias pueda haber un especial efecto por insularidad (Illes Balears también está por encima de la media) y distancia, lo que conlleva dificultades para mantener a los profesionales, pero al tiempo hay que preguntarse si la alta temporalidad en el empleo y la valoración negativa que sobre la sanidad pública canaria tiene gran parte de su población (más de la mitad, según el Barómetro Sanitario de 2015, considera que necesita cambios fundamentales, aunque algunas cosas funcionan, o que está tan mal que se necesitaría rehacerlo) no son factores que se nutren mutuamente.

Los contratos de interinidad, núcleo de la temporalidad

Los diferentes tipos de contrato¹ pueden ayudar a explicar parte de este fenómeno de elevada temporalidad en la sanidad pública. Tal y como puede observarse en la Tabla 1, en la sanidad

¹ El **Estatuto de los Trabajadores** regula en su artículo 15 la duración del contrato y distingue: el contrato de **obra o servicio** determinados, de duración incierta; **eventual** por circunstancias de la

pública hay 17 mil personas vinculadas con contratos de aprendizaje, formación o práctica, un 9,0% del total del empleo temporal, concentrándose el 90,8% en la franja de edad hasta los 34 años. Algo lógico teniendo en cuenta la formación sanitaria especializada que se desarrolla en los campos de biología, enfermería, farmacia, medicina, psicología, química y radiofísica (regulados por una relación laboral especial). Sin embargo, en la sanidad privada este tipo de contratos supone el 6,1% del total de los temporales y el 94,3% se concentra entre los menores de 34 años; sobre todo, entre los menores de 25 años porque su base no está en la formación sanitaria especializada sino en los contratos formativos previstos en el artículo 11 del Estatuto de los Trabajadores.

Tabla 1. Empleos asalariados en sanidad según tipos de contratos

EPA 2016 (promedio doce meses)

| ASALARIADOS SANIDAD PÚBLICA | | | | | | |
|-----------------------------|--------------|---------------|---|-------|--------------|---------|
| INDEFINIDOS | Total | | Tipos de contrato temporal | Nº | % Temporales | % Total |
| | 417,5 | 68,4% | | | | |
| TEMPORALES | 193,1 | 31,6% | <i>Por circunstancias de la producción</i> | 21,8 | 11,3% | 3,6% |
| | | | <i>De aprendizaje, formación o práctica</i> | 17,4 | 9,0% | 2,8% |
| | | | <i>Cubre la ausencia total o parcial de otro trabajador</i> | 103,8 | 53,7% | 17,0% |
| | | | <i>Para obra o servicio determinado</i> | 27,0 | 14,0% | 4,4% |
| | | | <i>Otros tipos/No sabe</i> | 23,2 | 12,0% | 3,8% |
| TOTAL | 610,7 | 100,0% | | | | |

EPA 2016 (promedio doce meses)

| ASALARIADOS SANIDAD PRIVADA | | | | | | |
|-----------------------------|--------------|---------------|---|------|--------------|---------|
| INDEFINIDOS | Total | | Tipos de contrato temporal | Nº | % Temporales | % Total |
| | 260,0 | 80,0% | | | | |
| TEMPORALES | 64,9 | 20,0% | <i>Por circunstancias de la producción</i> | 12,9 | 19,9% | 2,1% |
| | | | <i>De aprendizaje, formación o práctica</i> | 4,0 | 6,1% | 0,7% |
| | | | <i>Cubre la ausencia total o parcial de otro trabajador</i> | 18,0 | 27,7% | 2,9% |
| | | | <i>Para obra o servicio determinada</i> | 21,7 | 33,4% | 3,5% |
| | | | <i>Otros tipos/No sabe</i> | 8,4 | 12,9% | 1,4% |
| TOTAL | 324,9 | 100,0% | | | | |

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, promediando los datos del último trimestre de 2015 y los tres primeros de 2016.

Teniendo en cuenta este dato sobre los contratos que en la sanidad pública pueden entenderse vinculados a la necesaria formación sanitaria especializada, y si se excluyeran los mismos del cálculo de la temporalidad atribuyéndolos al empleo indefinido, la tasa se reduciría al 28,8%. En la sanidad privada se reduciría –si se aceptara el mismo criterio de exclusión de este tipo de contratos de aprendizaje, formación o práctica– al 18,8%. En otras palabras, aun

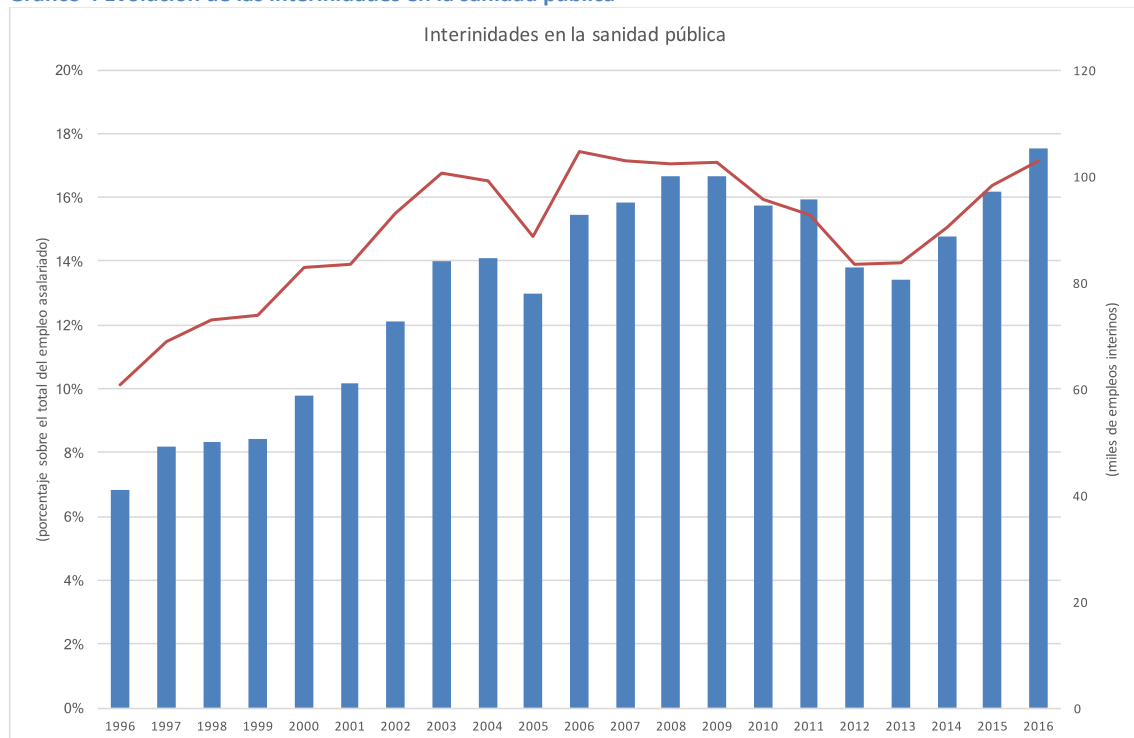
producción, cuando las circunstancias del mercado, acumulación de tareas o exceso de pedidos así lo exigieran, aun tratándose de la actividad normal de la empresa; **interinidad**, cuando se trate de sustituir a trabajadores con derecho a reserva del puesto de trabajo, siempre que en el contrato de trabajo se especifique el nombre del sustituido y la causa de sustitución. Además, el artículo 11 regula los **contratos formativos**: en prácticas, que podrá concertarse con quienes estuvieren en posesión de título universitario o de formación profesional de grado medio o superior o títulos oficialmente reconocidos como equivalentes; y el contrato para la formación y el aprendizaje, que tendrá por objeto la cualificación profesional de los trabajadores en un régimen de alternancia de actividad laboral retribuida en una empresa con actividad formativa recibida en el marco del sistema de formación profesional para el empleo o del sistema educativo. Sin embargo, el **Estatuto Marco** del personal estatutario del Sistema Nacional de Salud regula en su artículo 9 los nombramientos de personal estatutario temporal distinguiendo los de **interinidad** para cubrir plazas vacantes; **eventuales**; y de **sustitución**, para cubrir vacaciones, permisos y demás ausencias de carácter temporal que comporten la reserva de la plaza. Una diferencia que debe tenerse en cuenta, puesto que la EPA sigue la clasificación del Estatuto de los Trabajadores y ajusta a la misma los datos de todos los sectores, incluyendo la sanidad pública.

teniendo en cuenta este factor la temporalidad en la sanidad pública sigue siendo muy elevada y por encima del resto de los sectores.

De hecho, en la sanidad pública hay 104 mil personas que cubren la ausencia total o parcial de otro trabajador; el 53,7% del total del empleo temporal. Por otro lado, un 14,0% de los temporales son contratos de obra y servicio y otro 11,3% son eventuales por circunstancias de la producción. Mientras tanto, en la sanidad privada sólo el 27,7% son contratos de interinidad, mientras que el 33,4% son contratos de obra y servicio y el 19,9% son eventuales por circunstancias de la producción.

Sin entrar a considerar si los eventuales y los de obra y servicio responden realmente a las causas exigibles para este tipo de contratos temporales, es evidente que la sanidad pública tiene un elevado porcentaje de temporalidad porque tiene un elevado número de interinidades. De hecho, si se calculara una tasa de temporalidad sin tener en cuenta las interinidades ni los contratos de aprendizaje, formación o prácticas, en la sanidad pública sería del 11,8% mientras que en la privada sería del 13,2%. Las interinidades y la formación sanitaria especializada explican el 62,7% de la temporalidad en la sanidad pública. En otras palabras, la alta temporalidad en la sanidad pública se deriva del elevado número de coberturas por ausencia de otros trabajadores. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que el Estatuto Marco distingue entre interinidades –para ocupar plazas vacantes– y sustituciones –para cubrir ausencias temporales con reserva de plaza–, siendo las primeras las que deberían ser objeto de corrección.

Gráfico 4 Evolución de las interinidades en la sanidad pública



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

Si se analiza la evolución de las interinidades en la sanidad pública (ver Gráfico 4), pueden apreciarse tres fases. La primera transcurre desde 1996 a 2003, con un crecimiento constante tanto en números absolutos como en términos relativos. En ese periodo se duplican las

interinidades (desde los 41 mil hasta los 84 mil) y su peso relativo crece desde suponer el 10,1% del total del empleo hasta el 16,8%. Entre 2003 y 2008 el número absoluto continúa creciendo hasta los 100 mil, aunque en términos de peso relativo apenas hay variaciones significativas, manteniéndose en el 17,1% del total. Desde 2008 podrá observarse que el ajuste derivado de la crisis económica se ha hecho, en gran medida, reduciendo su número. El conjunto del empleo temporal se redujo en 32 mil empleos entre 2008 y 2013, y 20 mil eran interinos. Desde los cien mil de 2008 hasta los ochenta mil de 2013 este ajuste supuso una reducción del peso relativo de las interinidades sobre el conjunto del empleo en la sanidad pública, que pasó de suponer el 17,1% al 14,0%. En 2016 se ha vuelto a incrementar tanto el número como el peso relativo de las interinidades, situándose de nuevo en una cifra que supera los cien mil y el 17,0% del total del empleo.

Por otro lado, si se observan los datos desde la perspectiva de las ocupaciones profesionales, la EPA, utilizando la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 2011, permite conocer las diferencias en el tipo de temporalidad en las dos profesiones de la salud más numerosas, medicina y enfermería.

Entre la profesión médica de la sanidad pública, en los últimos doce meses la tasa de temporalidad se eleva hasta el 31,8%; es decir, se sitúa en la media del conjunto del sector. Entre la enfermería la tasa de temporalidad en este mismo periodo es ligeramente más reducida, situándose en el 29,6%.

Sin embargo, la distribución interna de la temporalidad en ambas profesiones varía, tal y como puede observarse en la Tabla 2.

Tabla 2. Distribución de los tipos de contrato temporal en medicina y enfermería

| EPA 2016 Promedio de los últimos doce meses | | |
|--|----------|------------|
| Tipo de contrato temporal | Medicina | Enfermería |
| Por circunstancias de la producción | 16,0% | 8,9% |
| De aprendizaje, formación o práctica | 31,7% | 2,5% |
| Cubre la ausencia total o parcial de otro trabajador | 28,6% | 61,0% |
| Para obra o servicio determinado | 11,2% | 14,8% |
| Otros tipos/no sabe | 12,4% | 12,8% |
| Total | 100,0% | 100,0% |

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

Entre los profesionales de la medicina, la mayor parte de la temporalidad se explica por la formación sanitaria especializada, los MIR, seguida muy de cerca por las interinidades, que afectan al 28,6% del total de los trabajadores temporales. Entre la enfermería, sin embargo, casi dos tercios de la temporalidad corresponden a los contratos de interinidad. En números absolutos, son 12,9 mil interinidades entre los profesionales de la medicina y 34,9 mil entre la enfermería.

Una temporalidad dual: interinidades prolongadas junto a bolsas de intensa rotación

No sólo se observan altas tasas de temporalidad en la sanidad pública, con un elevado número de interinidades, sino que se está produciendo una rotación exagerada entre quienes tienen contratos eventuales.

Una manera de medirla es calculando el índice de rotación laboral, definido como el cociente entre el total de contratos temporales en un periodo determinado dividido por el número de asalariados temporales en ese mismo periodo de tiempo. Lamentablemente, las estadísticas del Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE) no desagregan el número de contratos diferenciando la sanidad pública de la privada, aunque sí permiten conocer los datos sobre los contratos registrados en el conjunto del sector sanitario. Utilizando el mismo periodo de tiempo que el utilizado con la EPA –el promedio de los últimos doce meses, considerando el último trimestre de 2015 y los tres primeros de 2016–, el número de contratos temporales registrados se eleva a 463.781, de los cuales 37.489 son de obra o servicio; 169.360 son eventuales por circunstancias de la producción; y 244.068 son de interinidad, correspondiendo el resto a contratos formativos, a los vinculados con jubilaciones y a discapacidad. De acuerdo con estos datos, y teniendo en cuenta los reflejados por la EPA y recogidos en la Tabla 1, el índice de rotación laboral es igual a 1,8 contratos por empleo temporal. Un índice que no es elevado si se compara con la media general, de un 4,6 en ese mismo periodo.

Parte de la explicación sobre esta diferencia está en la diferente composición de la contratación temporal que caracteriza al sector sanitario. En este ámbito, las interinidades representan el 52,6% del total de los contratos temporales, mientras que en el conjunto de las actividades económicas sólo representan el 8,9%, tratándose de un tipo de contratos mucho más estable que el resto de los contratos temporales.

Sin embargo, este dato sobre la rotación hay que matizarlo para la sanidad pública. Según la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL) de la Seguridad Social, entre quienes tienen definido su tipo de relación laboral como personal estatutario temporal en las organizaciones de salud la media de contratos realizados en 2014 fue de 4,4. La mayoría, el 48,1%, tiene registrado un solo contrato en ese año, pero debe tenerse en cuenta que más de doce mil personas, el 6,8%, realizaron más de doce contratos en un solo año, llegando algunos a un pico máximo de 154 contratos en un solo año para trabajar ¡263 días! en 2014, más que cualquier otro estatutario con una plaza consolidada.

En otras palabras, la temporalidad en la sanidad pública se mueve entre dos extremos: el fuerte peso de la interinidad, por un lado, y la excesiva rotación, por otro. Esta rotación tiene un doble efecto negativo. Por un lado, sobre la calidad asistencial y la percepción social de la misma. A veces, estas rotaciones producen que los pacientes sean atendidos en cortos periodos de tiempo por diferentes profesionales, generándose discontinuidades en la necesaria relación de confianza así como en el seguimiento de los tratamientos.

Por otro lado, sobre la calidad del empleo. La explicación tiene la lógica de responder a situaciones imprevistas o picos de actividad. Sin embargo, cuando un profesional se ve obligado a realizar decenas de contratos en un año suele ser porque se le aplica la *lógica del bote de tomate*, explicada hace años por un dirigente empresarial en una mesa de

negociación: *“al igual que en un bote de tomate se diferencia entre el peso y el peso neto escurrido, así hay que hacerlo con el tiempo de trabajo. Queremos personas que acudan al puesto de trabajo sólo cuando se les llame y que lo abandonen en cuanto se les diga, trabajadores permanentemente disponibles a los que sólo se les paga por el tiempo neto escurrido”*.

En otras palabras, una lógica que traslada la incertidumbre empresarial al profesional, empeorando sus condiciones de trabajo. Por esto, la mera conversión de contratos eventuales en interinos ya significa una mejora de la calidad del empleo temporal, y así se está abordando en muchos servicios públicos sanitarios mientras se mantengan los límites al crecimiento del empleo estable.

Excesiva antigüedad en la temporalidad

Analizando la duración de los contratos según la última fecha de alta en aquellos que estuvieran vigentes en algún momento del año 2014 y clasificados como estatutarios temporales en las organizaciones de salud en la MCVL, puede apreciarse que el 9,9% tenían una duración inferior a una semana –un dato coherente con el segmento de elevada rotación– al tiempo que un 25,4% tenían una antigüedad superior a los tres años –coherente con la duración media de los contratos de interinidad, situada en 3,5 años–. El dato es análogo al reflejado por la EPA. Según esta fuente, del total de 193 mil empleos temporales en la sanidad pública (en el promedio de octubre de 2015 a septiembre de 2016), hay 51 mil (el 26,2%) que llevan trabajando tres o más años en su último contrato. Entre ellos hay 11 mil con una antigüedad igual o superior a los diez años, el 5,8% del total de los empleos temporales en la sanidad pública. Si se limita el dato a los contratos de interinidad de la sanidad pública, de los 104 mil hay 30 mil que llevan tres o más años en esta situación (el 29,3%). De ellos, 8 mil tienen una antigüedad igual o superior a los diez años, el 7,9% del total de los contratos de interinidad.

Pero si se amplía la observación analizando no sólo la duración del último contrato sino el tiempo en la empresa, la EPA permite observar antigüedades mayores derivadas del encadenamiento de contratos. Así, del total de empleos temporales en los últimos doce meses, el 65,0% tiene más de tres años de antigüedad y el 32,4% más de diez años de antigüedad, tal y como puede verse en la Tabla 3. Diferenciando los interinos del resto de los temporales puede apreciarse que los primeros tienen antigüedades mayores –el 70,3% tiene más de tres años de antigüedad y el 38,1% tiene más de diez años de antigüedad– que el resto. Ahora bien, incluso entre quienes no son interinos hay antigüedades elevadas. En concreto, el 58,9% de los trabajadores eventuales tiene una antigüedad superior a los tres años y el 25,8% supera los diez años a base de encadenar diferentes contratos en los servicios de salud.

Tabla 3. Antigüedad y edad del empleo asalariado temporal en la sanidad pública

| PROMEDIO DOCE MESES ANTIGÜEDAD | EDAD | | | | TOTAL | |
|-----------------------------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|--------------|---------------|
| | 34 años o menos | 35 a 44 | 45 a 54 | 55 o más | | |
| Un año o menos | 18,4 | 8,9 | 6,4 | 1,8 | 35,5 | 18,4% |
| Más de uno y menos de tres | 18,6 | 8,3 | 3,4 | 1,8 | 32,0 | 16,6% |
| Más de tres y menos de cinco | 10,4 | 3,7 | 1,5 | 1,3 | 16,9 | 8,7% |
| Más de cinco y menos de diez | 18,1 | 18,3 | 7,4 | 2,4 | 46,2 | 23,9% |
| Diez o más años | 8,3 | 24,0 | 18,9 | 11,3 | 62,6 | 32,4% |
| TOTAL | 73,8 | 63,0 | 37,7 | 18,6 | 193,1 | 100,0% |
| | 38,2% | 32,6% | 19,5% | 9,6% | 100,0% | |

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

Esto tiene su reflejo en las tasas de temporalidad según los diferentes tramos de edad. Los datos que se reflejan en la Tabla 4 permiten deducir que la mayor parte de los empleos temporales se concentran en los tramos de edad más jóvenes, algo que sucede también en el conjunto de las actividades económicas. Sin embargo, la intensidad es mayor en el sector sanitario público.

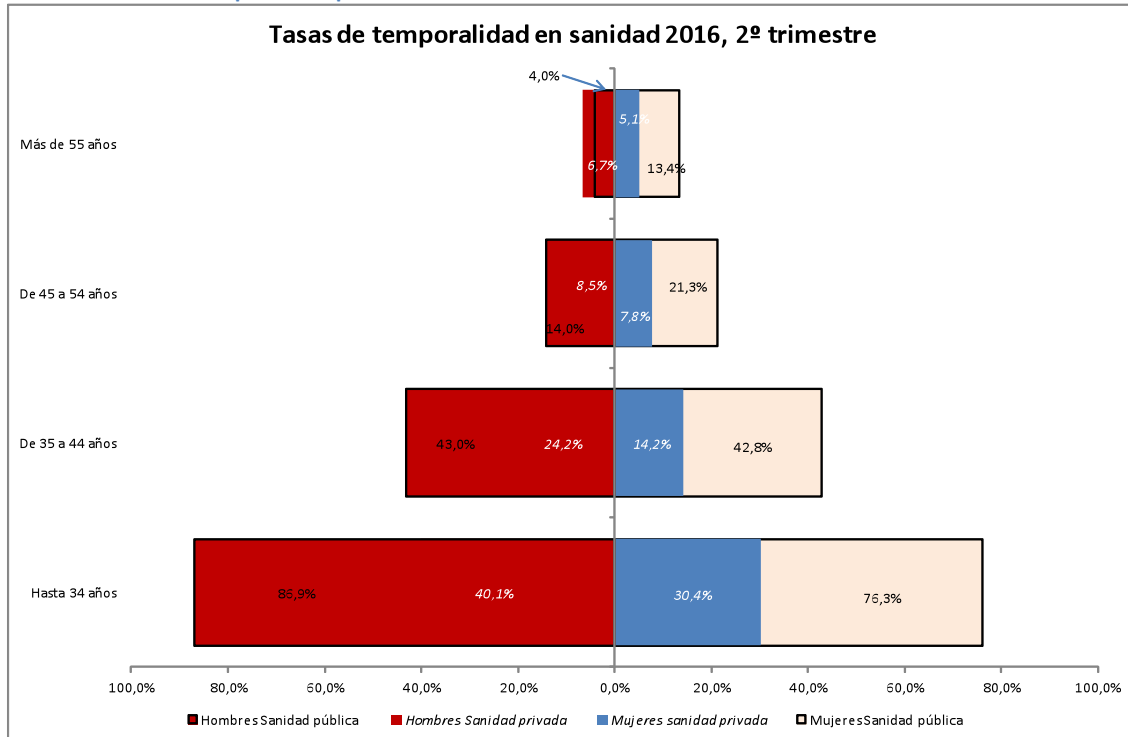
Tabla 4. Distribución por sexos y edades del empleo en la sanidad pública

| EPA 2016 promedio últimos doce meses (miles) | SECTOR PÚBLICO SANITARIO | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Indefinidos | | | Temporales | | | TOTAL | | |
| | Edad | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres |
| Hasta 34 años | 4,0 | 17,6 | 21,6 | 17,4 | 56,4 | 73,8 | 21,4 | 74,0 | 95,4 |
| De 35 a 44 años | 24,5 | 61,1 | 85,6 | 20,1 | 43,0 | 63,0 | 44,6 | 104,1 | 148,7 |
| De 45 a 54 años | 39,6 | 108,6 | 148,2 | 6,5 | 31,1 | 37,7 | 46,2 | 139,7 | 185,9 |
| Más de 55 años | 51,4 | 110,7 | 162,1 | 2,0 | 16,6 | 18,6 | 53,4 | 127,3 | 180,7 |
| Total | 119,5 | 298,0 | 417,5 | 46,0 | 147,1 | 193,1 | 165,6 | 445,1 | 610,7 |

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

Por ejemplo, hasta los 34 años la tasa de temporalidad, calculada como promedio de los últimos doce meses, en el conjunto de las actividades es de un 44,3%, pero en la sanidad pública se mantiene en un elevadísimo 78,2% y en la sanidad privada se reduce a un 32,9%. Puede servir el siguiente gráfico –limitado al segundo trimestre para evitar la distorsión de la temporalidad de las vacaciones de verano– para reflejar la gran diferencia en la temporalidad según sea el sector sanitario público o privado.

Gráfico 5. Tasas de temporalidad por edades en el sector sanitario



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

Tal y como puede observarse, la diferencia en las tasas de temporalidad entre la sanidad pública y la privada se mantiene en todas las franjas de edad y entre ambos sexos, salvo entre los hombres mayores de 55 años. La intensidad de la diferencia es tal, que las tasas de temporalidad entre quienes tienen entre 35 y 44 años en la sanidad pública es mayor que la que se registra en la sanidad privada entre el grupo de edad más joven, hasta los 34 años. Conviene recordar que la sanidad privada gestiona su actividad mediante contratos a tiempo parcial más que con temporalidad, mientras que en la sanidad pública los contratos a tiempo completo son los dominantes.

Algunas explicaciones sobre la temporalidad

A la vista de estos datos, puede concluirse que la elevada temporalidad en la sanidad pública se debe a un modelo de relaciones laborales fracasado e inadecuado para un sector en el que la gestión del conocimiento es la clave de bóveda de la actividad. Frente a la necesidad de profesionales comprometidos con proyectos a medio y largo plazo, con estabilidad en sus empleos, se ha promovido un modelo basado en la búsqueda de una mayor flexibilidad basada en la precariedad.

Las explicaciones para justificar este modelo son varias²: organizativas, normativas y financieras.

² Estas explicaciones surgieron en buena medida de un grupo de debate donde, animados por José Ramón Repullo, participaron Elena Arias y Juan José Cañas, todos ellos buenos conocedores de la gestión en centros públicos y privados.

Organizativas

Se imponen enfoques simplistas y mecanicistas sobre la mayor facilidad para despedir y ajustar las plantillas (como ha sucedido en los años más agudos de la crisis), así como para tener garantías de que se cumplen órdenes e instrucciones bajo la amenaza de la pérdida del puesto de trabajo y la creencia de que el supuesto “desamparo” de estos colectivos favorece un menor control sindical, y que, por tanto, al amparo del régimen eventual se pueden hacer otras muchas cosas (prolongaciones de jornada que no se retribuyen o evitan nuevas contrataciones, no inclusión en posibles beneficios sociales, etc.).

El personal temporal trabaja “incentivado” por la posibilidad de renovar o no su contrato, mientras que el personal fijo no cuenta hoy con instrumentos de incentivación adecuados que permitan premiar a los mejores. Al personal temporal se le puede mover de un centro a otro, bien porque lo acepta o bien porque se condiciona la renovación del contrato a ello, mientras que el personal fijo es casi inamovible. Por otro lado, los turnos y horarios son más fáciles de ajustar cuando el personal es temporal. Prima la flexibilidad sobre la calidad y seguridad de la asistencia y los cuidados.

Estos enfoques responden en buena medida a la escasa profesionalización de los directivos, con una visión de los profesionales como “recursos” y un nulo papel de los responsables de personal.

Según este enfoque, la precariedad favorece también que los profesionales acepten con menor nivel de contestación los modelos de gestión en la sanidad pública regulados por el régimen laboral, en el caso de que se oferten contratos indefinidos, aunque las retribuciones sean menores o el régimen general resulte menos beneficioso. Durante los últimos años, también ha sido utilizado como argumento para atraer profesionales desde el ámbito de la provisión privada.

Junto a estos enfoques, debe reconocerse que una parte de la temporalidad se debe a que hay necesidades que surgieron como temporales y han devenido en estructurales (sobre todo por la gestión de las demoras), mientras que otros temporales provienen de la introducción de nuevas técnicas y tecnologías sin consolidación de plantillas (hay dinero para inversiones o te “regalan” aparatitos, pero no puedes modificar plantilla).

Legislativas

Lo fundamental es el límite legal a la tasa de reposición de efectivos. La Ley 39/1992, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1993, ya establecía en el artículo 20.4 que *“durante 1993, las convocatorias de plazas para ingreso de nuevo personal, cualquiera que sea su naturaleza, se limitarán a las que, excepcionalmente, se consideren inaplazables”*. Desde entonces, los límites han ido variando pero siempre han supuesto un serio obstáculo para la estabilización de las plantillas existentes y para la cobertura estable de las plazas vacantes.

Entre 1997 y 2002 el número de plazas convocadas debía ser inferior al 25%, mientras que entre 2003 y 2008 se elevó al 100%. Comenzada la crisis, los porcentajes vuelven a restringirse al 30% en 2009, al 15% en 2010, al 10% entre 2011 y 2015 (en algunos sectores, incluyendo sanidad, mientras que en general era el 0%), y sólo en 2016 ha vuelto a elevarse el límite de

nuevo hasta el 100%. Se trata de normativa básica, por lo que las comunidades autónomas están obligadas a respetar estos límites.

También hay que tener en cuenta que, aunque el límite se lleve hasta el 100%, sólo se permite la reposición de efectivos y no su crecimiento. Se cubren incapacidades, jubilaciones y excedencias, pero no es posible abordar la cobertura de otras plazas generadas por la propia expansión del sistema sanitario público.

Por último, otro de los problemas señalados por algunos gestores es el de la caducidad de las ofertas de empleo público. En concreto, el artículo 70.1 del Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP) señala que *la ejecución de la oferta de empleo público o instrumento similar deberá desarrollarse dentro del plazo improrrogable de tres años*. Esto ya ha producido anulaciones de procesos selectivos por estar encajados en ofertas que ya habían superado el plazo mencionado de tres años.

Además de estos límites legales, hay que tener en cuenta que cuando se han convocado Ofertas de Empleo Público la tendencia ha sido evitar incluir en las mismas todas las plazas posibles. Por un lado, porque la selección del personal temporal se hace, de forma generalizada, en los propios centros de trabajo, mientras que la selección a través de una OEP se hace al margen de los equipos directivos. Además, si es temporal la selección se produce cuando el centro lo requiere, pero las OEP se realizan al cabo de los años y al margen de las necesidades puntuales de cada centro sanitario. Por otro lado, a la rigidez administrativa para la modificación de plantillas y los problemas para convocar una OEP, hay que sumar resistencias de distinto tipo. Unas veces, la presión de los jefes de servicio que no quieren perder a sus “especialistas”, en muchas ocasiones formados por ellos. Otras veces, al propio eventual le interesa mantener esa situación ante el riesgo de perder su puesto actual, pues en una oposición nada le garantiza quedarse donde está actualmente.

Financieras

Contar con personal temporal permite ahorrar en costes salariales. No tienen carrera ni promoción profesional y hasta hace poco se le negaba el pago de la antigüedad. En sentido contrario, aumentan los costes porque cotizan por desempleo, un 7,05% los interinos y un 8,3% los eventuales.

Además, en épocas de crisis son los temporales los que sufren el ajuste derivado de las restricciones económicas, tal y como ha sucedido en estos últimos años. De hecho, los gastos de personal han disminuido un 11,0% entre 2009 y 2014, con un recorte de 3.446 millones de euros.

Por otro lado, las últimas sentencias producidas en España, al calor de la dictada por el Tribunal de Justicia Europeo de 16 de septiembre de 2016, implican, además, el reconocimiento de indemnizaciones para quienes finalizan en un contrato de interinidad: *el mero hecho de que este trabajador haya prestado sus servicios en virtud de un contrato de interinidad no puede constituir una razón objetiva que permita justificar la negativa a que dicho trabajador tenga derecho a la mencionada indemnización*.

Algunas conclusiones y propuestas

El resultado es que la precariedad en el empleo conlleva sentimiento de provisionalidad, nula motivación e incentivación, relaciones de miedo vs relaciones profesionales, práctica imposible de trabajo en equipo o cooperativo, gestión por competencias nula, evaluación del desempeño prácticamente inviable, la no participación en procesos de formación continuada, dificultades para la integración y la participación, y problemas para impulsar una investigación de calidad con este marco de precariedad.

En definitiva, la precariedad laboral es un lastre para la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud. Para actuar en su corrección pueden considerarse diferentes medidas.

En primer lugar, de carácter normativo. Los límites a la reposición de efectivos deben ser removidos, haciendo viables convocatorias de OEP que establezcan el empleo en la sanidad pública. En este sentido, la próxima Ley de Presupuestos Generales del Estado debería prever una convocatoria excepcional tanto en sanidad como en otros servicios y administraciones. Además, el EBEP y el Estatuto Marco del personal al servicio del SNS deberían ser modificados para integrar los requerimientos de la nueva jurisprudencia, en lo que a las indemnizaciones se refiere, así como para reforzar los compromisos de estabilización de las plantillas: tanto la creación de plazas estructurales en las plantillas de los centros como para la periodicidad anual de las convocatorias.

Mientras llegan estas modificaciones, al menos debería esperarse el estricto cumplimiento de las normas ya existentes, tal y como la Administración General del Estado está exigiendo con el artículo 70.1 del EBEP en relación con la caducidad de las convocatorias. Por ejemplo, el artículo 9.3 del Estatuto Marco establece que *“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 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”*. La mera realización de este estudio en cada servicio de salud permitiría mejorar la calidad del empleo temporal al ayudar a transformar contratos eventuales en interinos.

En segundo lugar, medidas en el ámbito de la negociación colectiva y de la flexibilidad interna. Es el momento de promover una fuerte negociación colectiva que permita, en diferentes niveles, no sólo prever necesidades y recursos sino también promover otro modelo de relaciones laborales diferente al imperante en la mayor parte del SNS. Un modelo basado en la negociación de criterios y cauces para la flexibilidad interna –y esto incluye jornadas y horarios, conceptos salariales, movilidad, promoción profesional, etcétera– contrapuesto a la imperante flexibilidad externa –destruyendo empleo temporal en tiempos de crisis, congelando las OEP, con jubilaciones forzadas–, basada en un modelo de relaciones laborales alejado de la gestión del conocimiento y la atención a la calidad. Quizás esta pueda ser una buena base para que, junto con la profesionalización de la gestión, en el futuro pudieran abordarse sistemas de selección más ágiles y descentralizados.

Y, en tercer lugar, de promoción de medidas que permitan una mayor calidad en el empleo eventual. La planificación de la eventualidad no es infalible, pero permitiría racionalizar la actual rotación y evitar que una persona tenga que realizar 154 contratos en un año para una

misma actividad profesional. Al menos habría una menor rotación en los contratos temporales, aunque ello conllevara mantener sistemas de correturnos, contratos que permitan acumular guardias, refuerzos, substituciones rápidas, etc.

Madrid, 5 de diciembre de 2016