



GOBIERNO
de
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD

REMUNERACIONES DE LOS MÉDICOS EN LA UNIÓN EUROPEA, ESPAÑA Y COMUNIDADES AUTÓNOMAS:

ANÁLISIS COMPARATIVO



REMUNERACIONES DE LOS MÉDICOS EN LA UNIÓN EUROPEA, ESPAÑA Y COMUNIDADES AUTÓNOMAS: ANÁLISIS COMPARATIVO

Esteban Lifschitz
Juan E. del Llano
Joan Rovira
Beatriz González
Fernando Magro

Madrid, 14 de septiembre de 2020



Edita:

Consejería de Sanidad
Gobierno de Cantabria

Maquetación e impresión:

Imprenta Regional de Cantabria 10/1111

Depósito Legal: SA-633-2020



ÍNDICE

Resumen ejecutivo	7
1. Introducción	13
2. Contexto y marco laboral de los recursos humanos del sector sanitario en España.....	16
2.1. Consideraciones generales.....	16
2.2. Datos básicos de referencia.....	18
2.3. Marco regulatorio del personal sanitario	19
3. Metodología	27
4. Los sistemas de salud en Europa y España: caracterización de los modelos y comparaciones de gasto sanitario	28
4.1. Sistemas de Salud de la Unión Europea y España	28
4.2. Gasto en salud en UE, España y CCAA.....	30
4.2.1 Gasto Per cápita global, público y privado	30
4.2.2 Gasto público y privado en salud en % del PIB.....	32
5. Los niveles generales de salarios en la UE, España y CCAA.....	34
5.1 Brecha salarial por género en la UE y en España y sus CCAA	35
5.2 Salario mínimo	36
6. Remuneraciones de los médicos en UE, España y CCAA.	37
6.1. Introducción. Formas de pago a los médicos y su relación con el tipo de sistema sanitario	37
6.2. El modelo retributivo de los médicos en España.....	39
6.3. La remuneración de los médicos en España y en sus CCAA	41
6.3.1 Ingreso promedio	41
6.3.2 Las retribuciones de los médicos en España en el contexto internacional	42
6.3.3 Brecha salarial entre médicos y resto de la población	44
6.4 Remuneraciones por CCAA.....	48
6.4.1 Introducción: Tipología de los médicos.....	48
6.4.2 Comparación de las retribuciones de los médicos de AP en las CCAA españolas	49
6.4.3 Comparación de las retribuciones de los médicos de AH en las CCAA españolas	53
6.4.4 Las retribuciones de los Médicos Internos y Residentes (MIR) .	56

7. Disponibilidad de médicos en la UE, España y CCAA.....	59
7.1 Introducción	59
7.2 Médicos colegiados	59
7.2.1 Médicos colegiados en España.....	59
7.2.2 Comparación de las tasas de médicos colegiados en España, la OCDE y la UE.	60
7.2.3 Médicos colegiados por Comunidades Autónomas	61
7.3 Médicos activos.....	62
7.3.1 Médicos activos en España	62
7.3.2 Comparación de médicos activos en España con la OCDE y la UE	63
7.3.3 Distribución de médicos activos por CCAA.....	64
7.4 Médicos ocupados en el sector público	65
7.4.1 Médicos ocupados en el sector público en España.....	65
7.4.2 Análisis del empleo público de médicos por CCAA	67
7.5 El empleo de médicos en la red privada.....	69
8. Graduados en medicina. España en el contexto internacional	70
9. Feminización de la profesión.....	71
9.1 Estudiantes de Medicina	71
9.2 Residentes de Medicina	71
10. Movilidad de los médicos	72
10.1 Movimientos dentro de España	72
10.2 Movilidad fuera de España.....	73
11. Actividad profesional en UE, España y sus CCAA, condiciones de trabajo y satisfacción de los médicos con la vida laboral	74
11.1 Horas semanales de atención de pacientes y número de consultas..	74
11.2 Horas semanales de tareas administrativas	76
11.3 Vacaciones.....	77
11.4 Satisfacción con vida laboral	77
12. Discusión	80
13. Conclusiones y recomendaciones.....	86
Addenda 1. Definiciones, glosario y fuentes.....	92
Autores	96
Referencias.....	98

RESUMEN EJECUTIVO

1. El modelo retributivo del Sistema Nacional de Salud está sujeto a la Ley 55/2003, aplicable al personal estatutario que desempeña su función en los centros e instituciones sanitarias de los servicios de salud de las comunidades autónomas o en los centros y servicios sanitarios de la Administración General del Estado.
2. España está bien posicionada en el conjunto de países europeos y de la OCDE en cuanto a la disponibilidad de médicos activos y a la tasa de graduados en Medicina por 100.000 habitantes, pero no tanto en otros indicadores como el gasto en salud per cápita, las remuneraciones a los médicos o la satisfacción de éstos.
3. Aun cuando un mayor gasto en salud no es garantía de mejores resultados sanitarios, la comparación internacional de gasto sanitario es un primer referente. España está aproximadamente en la media de la OCDE en porcentaje de gasto en salud sobre el PIB (8,9%). Sin embargo, si comparamos el gasto per cápita en unidades monetarias (\$) ajustadas por poder de compra (PPP), US\$ 3.300 para España, con la media de la Unión Europea, estamos un 11% por debajo, ocupando el puesto 13 de 23 países, por debajo de varios de los países vecinos (Francia, Reino Unido e Italia) y solo por encima de Portugal.
4. Las diferencias en los ingresos se observan también según el tipo de actividad profesional, ya que los médicos de atención hospitalaria (AH) cuentan con ingresos un 14% por encima de sus colegas de atención primaria (AP).
5. En la mayoría de los países de la OCDE, los médicos de AP ganan entre 2 a 4 veces más que el salario promedio de cada país y esa brecha es aún mayor para los médicos de AH (entre 2 y 6 veces). En el caso de España, los médicos de AP ganan 2,1 veces más que el salario promedio del país, mientras que en el caso de los médicos de AH la diferencia es de 2,4 veces.
6. Según un informe del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, en 2019 los médicos ganaban más que ningún otro graduado universitario al cuarto año de haber obtenido su título (34.000 € brutos anuales), por encima de los graduados de Ingeniería, Ciencias Actuariales y Financieras, Enfermería y Arquitectura.

7. Según un informe de HAYS, consultora británica de selección de personal, los salarios de los médicos (tanto de AP como de AH) son superiores a los que reciben los arquitectos e ingenieros, pero notablemente inferiores al salario de los abogados.
8. Según informes de Medscape basados en encuestas a médicos, la satisfacción de los médicos en España no parece guardar una relación directa con sus remuneraciones. En el caso de los médicos de Estados Unidos, Alemania y el Reino Unido, países en los cuales los médicos de AP y AH reciben las remuneraciones más elevadas, existe correlación entre el nivel de remuneraciones y la satisfacción de sus médicos.
9. Entre los médicos de las CCAA españolas se observan diferencias retributivas por ámbito de trabajo (atención primaria y hospitalaria), antigüedad en la profesión y en función de la realización o no de guardias. Esos criterios definen cuatro tipos ordinales (1 a 4). Sin considerar las guardias, en 2018 la remuneración promedio para los médicos de AP tipo 1 era de aproximadamente 44.000 € y poco menos de 48.000 € para los de tipo 2. Los médicos del tipo 3 reciben en promedio 56.755 €, y aquellos que conforman el tipo 4 reciben algo más de 65.000 € brutos al año. Todos los tipos de médicos reciben algo más de 14.000 € adicionales al año por realizar guardias.
10. Entre los médicos de AP, las retribuciones mínimas se identificaron en los médicos tipo 1 de Cataluña que no realizan guardias, con un salario bruto anual de 33.375 €. En contrapartida, los mayores ingresos son para los médicos tipo 4 de Ceuta y Melilla que realizan guardias (poco menos de 94.000 €), lo cual implica una diferencia de 180% a favor del último grupo.
11. Tanto entre los médicos de AP como entre quienes trabajan en el ámbito hospitalario, la Comunidad de Cantabria se encuentra por encima de la remuneración promedio en los médicos tipo 1 pero en el resto de los tipos de médicos está siempre por debajo. Dicha situación se explica en gran medida por el casi nulo aumento entre los médicos cántabros del tipo 1 al tipo 2 (0,7%).
12. La retribución de los Médicos Internos Residentes está regulada por el Real Decreto 1146/2006. El ingreso promedio de los Residentes del país depende no solo del año de formación en el que se encuentran sino también del aporte adicional que supone la realización de guardias.

13. Las remuneraciones de los MIR en Cantabria se encuentran prácticamente en el promedio del país, con una brecha entre las remuneraciones de los residentes de quinto año y los de primero del 38%, ligeramente por encima de la diferencia promedio a nivel nacional. Este grupo de médicos también ha sufrido una caída en sus remuneraciones respecto a 2009 aunque la misma ha sido menor en Cantabria que el promedio de España (1,1% vs 2,7%).
14. Pese a que el capital humano es el más valioso de un sistema de salud, poca atención se le ha prestado, aun cuando se hayan ido implantando ajustes y cambios en los servicios sanitarios. Los recursos humanos deben ocupar un lugar destacado en la política sanitaria con la finalidad de adecuar la oferta de los mismos a las necesidades de la población.
15. Como consecuencia de la larga crisis que comenzó en 2008 se han disminuido los presupuestos públicos sanitarios en España, más intensamente en las partidas de gasto correspondientes a personal, la más significativa.
16. En los países de Europa, a diferencia de lo que ocurre en otras regiones del mundo, suele haber un tipo dominante de sistema de salud. Los países con sistemas tipo Beveridge, entre los que se encuentran España y el Reino Unido, se caracterizan por la universalidad de la cobertura, financiación vía impuestos, y una marcada presencia de intervención del estado en la prestación del servicio. En Alemania y Francia, el modelo predominante es tipo Bismarck, con financiación a través de cuotas de empleadores y empleados.
17. Tanto el gasto en salud per cápita en España como su evolución desde 2010 están por debajo del promedio en los países de la Unión Europea.
18. En España, la proporción de gasto sanitario público sobre total (70.5% en 2018) está por debajo de la media de la OCDE y de la UE (¡14 puntos porcentuales menos que Alemania!), y ha evolucionado de forma preocupante desde 2010, ya que el gasto público ha caído (pasando del 6,7% de PIB al 6,2% en 2018) al contrario que el privado y que el gasto público en promedio en la OCDE, que pasó del 6,4% del PIB en 2010 a 6,6% en 2018. Dentro del gasto privado, el de bolsillo o pago directo a proveedores sanitarios representa en España el 24% del gasto en salud, muy por encima de Alemania, Francia, Reino Unido e Italia.
19. Cantabria está entre las primeras ocho Comunidades Autónomas de España en cuanto a gasto público per cápita en salud.

20. El número total de médicos colegiados aumentó más del 20% en España entre 2009 y 2019 y casi un 50% desde inicios de este siglo. Hay 566 médicos colegiados por 100.000 habitantes, 15% por encima del promedio de los países de la OCDE. La brecha a favor de España se ha ido ampliando en la última década. Hay en España menos médicos colegiados por 100.000 habitantes que en Alemania, Italia y Portugal, pero más que en el Reino Unido. Todavía es mayor la brecha de los médicos activos (los que se encuentran en el ejercicio de la profesión). España, con 476 por 100.000 habitantes, está casi un 33% por encima del promedio de la UE y supera a todos los países vecinos.
21. En los últimos años se observa una tendencia hacia la feminización de la profesión médica, tanto entre los médicos colegiados como entre los médicos activos. La situación no es diferente cuando se limita el análisis a los médicos que trabajan en el SNS, donde las mujeres representan el 55,5% del total. Es esperable que esta feminización de la medicina sea mayor en los próximos años, ya que la mayor parte de los médicos que se jubilarán en los próximos años son hombres y más del 70% de los médicos menores de 35 años son mujeres. Las mujeres alcanzaron el 67% entre quienes ingresaron a las Facultades de Medicina en el período 2015-2016.
22. En más de la mitad de las CCAA, las mujeres son mayoría. Algunas especialidades quirúrgicas siguen teniendo claro predominio masculino, hasta el 80% del total de médicos.
23. La composición del colectivo de médicos activos está sesgada hacia la atención hospitalaria (AH) y en detrimento de la atención primaria (AP). La ratio en España es 3.3, y se ha venido ampliando en los últimos años. Es mayor que la media, y que la mediana, de los países de la UE.
24. En todas las CCAA españolas predominan los médicos de AH por encima de quienes trabajan en AP, aunque se observa una reducción de la razón AH-AP entre 2012 y 2016. En el SNS, Cataluña es la CCAA con la mayor ratio de médicos AH-AP, el cual es 50% superior al de la Comunidad de Navarra.
25. Las Comunidades Autónomas de Cataluña y Madrid reúnen más del 30% de los médicos activos del país, aunque es en Navarra y Cantabria donde se observan las tasas más elevadas de médicos activos por 100.000 habitantes.

26. En ocho CCAA, más del 50% de los médicos que trabajan en el SNS superan los 50 años. Castilla y León encabeza ese grupo, con 59,4% de médicos mayores de 50 años, seguida por Galicia (55,3%) y Asturias (55%). La Comunidad de Cantabria tiene la menor proporción de médicos por encima de 60 años.
27. En el SNS español, menos del 40% de los médicos en actividad contaba con plaza en propiedad en 2018, y más del 70% de los propietarios de plaza tienen entre 41 y 60 años de edad.
28. La proporción de médicos con plaza en propiedad es diferente entre las CCAA. En La Rioja, el País Vasco, Galicia y Asturias más de la mitad de los médicos cuentan con plaza en propiedad. Menos del 40% de los médicos cuentan con plaza en propiedad en la Comunitat Valenciana, Cataluña y Canarias.
29. Entre los médicos que no cuentan con plaza en propiedad, la mayoría son mujeres (60%) y menores de 40 años (41,5%).
30. España es el segundo país del mundo con más Facultades de Medicina por población, solo por debajo de Corea del Sur. El crecimiento de más del 70% en el número de Facultades de Medicina desde 2007 explica en parte los 14,5 graduados por 100.000 habitantes, cifra que se encuentra por encima del promedio de la OCDE (13,1%) y de países del entorno como Italia (13,3), Reino Unido (12,9), Alemania (12,0) y Francia (9,5). Casi un 10% de los médicos que ejercen en España se graduaron en el extranjero.
31. La movilidad entre provincias se observó en más de 12% de los médicos colegiados entre 1997 y 2017, y casi un 10% de ellos han cambiado de CCAA. En las CCAA de Melilla, las Islas Baleares y Ceuta se observa una ganancia neta de médicos que supera el 30% mientras que Cataluña, el Principado de Asturias y Madrid encabezan el ranking de CCAA que pierden más profesionales de los que reciben. Un grupo relativamente numeroso de médicos han solicitado certificados de idoneidad para ejercer en otro país, aunque no todos terminan haciéndolo. Entre 2011 y 2017 se solicitaron 20.000 certificados de idoneidad, siendo el Reino Unido y Francia los destinos más requeridos.

32. La carga laboral de los médicos en España no es la misma entre hombres y mujeres, tanto en lo que respecta a la atención de pacientes como a tareas administrativas. En España los hombres destinan 40 horas semanales en promedio a la asistencia médica y las mujeres 38. Para el 50% de los médicos en España, la atención de pacientes representa entre un 61%, y un 80% de sus actividades laborales semanales. En Alemania y el Reino Unido, el rango de horas semanales dedicadas a la atención de pacientes está por debajo del mencionado para España. En el caso de Francia, la mayoría de los médicos de AP dedican una proporción mayor de su jornada laboral a la atención de pacientes, con un rango entre el 64% y el 82% (según género). Las diferencias en la cantidad de horas semanales de trabajo entre hombres y mujeres se observaron también en el resto de los países europeos analizados, aunque con porcentajes diferentes entre sexos.
33. La reinstauración de la jornada laboral de 35 horas semanales (ampliadas a 37,5 para el sector público mediante la Ley 2/2012), no se ha realizado en todas las CCAA. Al menos ocho CCAA han retornado a las 35 horas semanales (entre ellas Cantabria), encontrándose el resto en proceso de implementación.
34. En término de consultas anuales, en España cada médico realizó por término medio 1.883 consultas en 2017, 14% por debajo del promedio de los países de la OCDE y 4% menos que las 1.960 consultas que realizó en promedio cada médico de los países de la UE. La cantidad de consultas anuales es mayor para los médicos en Francia y Alemania, pero menor que en España en Italia y Portugal
35. Tres de cada cuatro médicos están satisfechos con su vida laboral en España, aunque ese porcentaje es menor al contestado por los médicos en Alemania y el Reino Unido. Resulta preocupante que el 15% de los médicos hayan contestado que se encuentran insatisfechos o muy insatisfechos con su vida laboral, lo cual resulta varias veces superior al porcentaje de médicos insatisfechos en Alemania, Francia y el Reino Unido.

1. INTRODUCCIÓN

Mary Shelly fue una fantástica escritora cuya obra maestra, Frankenstein, la escribió con sólo 18 años, ciertamente influida por su marido Percey Shelly, Lord Byron y el Dr. Polidory, en una Ginebra lluviosa del verano de 1.816. Creó un monstruo que acabó rebelándose contra ella misma: tú me creaste, ahora yo soy tu dueño. Escribir sobre remuneraciones de médicos en España tiene algo de esto. Por ello, abrimos este estudio con interesantes aseveraciones que hemos encontrado en una entrada del blog de Sergio Minué de 2017 que lleva por título Frankenstein en la consulta. Si pagamos por hacer, el comportamiento del médico intensifica el uso de la historia clínica, y el uso de la pantalla del ordenador, la cabeza del nuevo monstruo se hace muy presente, pues necesita alimentación (datos) y atención al ordenador. Los pacientes pasan a ser extensas plantaciones de datos que el médico cosecha con mimo, las conversaciones que debiéramos mantener con los pacientes prácticamente han desaparecido. Hay que recuperar el control sobre el monstruo. Tarea difícil, pues tras la pandemia de la Covid 19, la telemedicina ha sido llamada a crecer y crecer.

Afortunadamente en el espacio del trabajo moderno formamos parte de un equipo que lleva a cabo tareas concretas usando procesos para resolver problemas (de salud). Así, el paciente se puede beneficiar de distintos puntos de vista que siempre enriquecen, pues aportan una gama de capacidades más amplia.

En España, lamentablemente no hemos experimentado reformas de calado de las administraciones públicas desde que se promulgó la Ley General de Sanidad en 1986. Y esto es un lastre, como veremos más adelante, en la caracterización y marco de relaciones laborales de nuestro Sistema Nacional de Salud. Los cambios institucionales no han pasado de la descentralización a las CCAA que cuentan con plenas competencias para prestar los servicios sanitarios que persigan el mantenimiento de la salud como señala el artículo 43 de nuestra Constitución; y de la implantación de fórmulas de colaboración público-privadas al albur de la Ley 15/1997 de habilitación de nuevas personas jurídicas para la gestión sanitaria. Además, la conveniencia del diálogo y la consulta con los distintos interlocutores sociales ha retraído más que impulsado avances y mejoras en materia laboral. Tampoco se ha contado para los acuerdos, hasta hace poco, con usuarios, pacientes, y algo más, con los profesionales sindicalizados. Todo ello, bastante ajeno a lo que debieran ser unas sanas relaciones laborales.

Si bien las remuneraciones de los médicos vienen preocupando desde hace tiempo, sorprendentemente no hay mucha literatura comparativa. Este estudio, encargado por el Servicio Cántabro de Salud, ha intentado acercarse a un análisis actualizado de la información disponible.

Tener una retribución que se considere digna, justa y adecuada a su capacidad, responsabilidad y desempeño laboral es un objetivo de la mayoría de los trabajadores y un importante factor de motivación profesional.

La valoración de dicha adecuación se lleva a cabo a menudo comparando la retribución propia, del grupo profesional de referencia, con la de los mismos profesionales en otras áreas geográficas o instituciones empleadoras, o con los de otros profesionales del sector o de otros sectores de una categoría equivalente. Este tipo de referencias son las más utilizadas en las reivindicaciones y negociaciones retributivas, como convenios y similares.

Los médicos españoles reivindican aumentos salariales afirmando, entre otros argumentos, que sus retribuciones son inferiores a las de otros médicos de algunos países de la UE. Las diferencias con algunos de estos países son notables y pueden deberse a distintos factores.

Sin embargo, la información necesaria para hacer estas comparaciones no siempre está disponible o no es homogénea.

El presente informe empieza describiendo el contexto y marco laboral de los recursos humanos en el sector sanitario de España (apartado 2), y la metodología utilizada (apartado 3), así como los aspectos más relevantes de los sistemas de salud en Europa y España (apartado 4) y una comparación internacional de los niveles generales de salarios (apartado 5). El apartado 6 analiza las retribuciones de los médicos en España y sus CCAA, con referencia a los países del entorno. Constituye el cuerpo principal del informe, e incluye aspectos como la brecha salarial de género y entre AP y AH y la comparación entre las retribuciones de los médicos y de otros profesionales en España. En los siguientes apartados se analizan los posibles factores asociados a las diferencias y niveles retributivos, como la disponibilidad de médicos (apartado 7) y de graduados en medicina (apartado 8), la feminización de la profesión (apartado 9), las migraciones de médicos (apartado 10), y las condiciones de ejercicio profesional como horario o vacaciones, así como la satisfacción expresada por los profesionales (apartado 11). El informe termina con un apartado de discusión y unas recomendaciones a modo de conclusión, que inevitablemente harán referencia al momento COVID que vivimos.

Objetivos

Describir y comparar las retribuciones de los médicos en países seleccionados de la UE, en España y sus CCAA.

Analizar la situación descrita e intentar identificar, en su caso, los factores asociados al mayor o menor nivel retributivo, tal como el tipo de sistema de salud (SNS vs. SS), la disponibilidad de médicos, la composición del gasto público, las condiciones laborales, la jornada de trabajo, etcétera.

Explorar la satisfacción de los profesionales y el papel de la retribución como determinante de la satisfacción.

2. CONTEXTO Y MARCO LABORAL DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR SANITARIO EN ESPAÑA

2.1 Consideraciones generales

En las últimas décadas los sistemas de prestación y financiación de servicios sanitarios en Europa se han visto sujetos a ajustes, cambios e incluso transformaciones que han interesado a gobiernos, administraciones, centros de investigación aplicada, medios sociales, profesionales, aseguradoras, usuarios y pacientes. Sin embargo, se ha prestado mucha menos atención a la gestión de recursos humanos y a su marco de relaciones laborales.

Las demandas crecientes de estrategias más apropiadas para la contención de costes, mejorar la transparencia entre los agentes del sistema, aumentar la rendición de cuentas por parte de los prestadores y mejorar los resultados asistenciales y de salud de las intervenciones sanitarias sobre los pacientes, han hecho y están haciendo que cambien las formas tradicionales de practicar la medicina. Estamos hablando de un necesario mayor énfasis en la atención primaria, de la incorporación de la perspectiva poblacional, del trabajo en equipo pluridisciplinario, de las redes de prestación integrada, de la introducción de los sistemas de gobierno clínico, y de la consideración de la transversalidad en todas las políticas de salud vinculándolas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas.

En los servicios sanitarios, intensivos en empleo, el papel que desempeñan las personas en la consecución de los objetivos es clave. El capital humano es el más valioso del sistema sanitario. Las reformas señalan que una gestión efectiva de los profesionales será clave por su impacto en costes, producción, y calidad de los servicios prestados.

La creciente complejidad tecnológica requiere no sólo la excelencia clínica, sino también las capacidades gestoras que aseguren que los inputs se usen adecuadamente en el lugar oportuno y en el tiempo preciso. El desarrollo de estas habilidades necesita de cambios en la práctica clínica, en los currículos, en la necesaria formación continua y su financiación y en el gobierno de los profesionales sanitarios que va más allá del sistema sanitario y afectan a la educación superior y a la investigación.

La política y la planificación, como parte sustancial de ella, de los recursos humanos deben ocupar un lugar predominante en la política sanitaria de un país tanto para adecuar la oferta a la demanda como por su impacto en el gasto sanitario. En este nivel macro la tarea no es sencilla: requiere una perspectiva de largo plazo, la cobertura de las necesidades de salud de la población, asegurando una distribución equitativa de recursos entre las CCAA. Además, en economías cada vez más globalizadas, la movilidad de los profesionales, la capacidad de retención, el reclutamiento y los escenarios de determinadas especialidades, son en sí mismos enormes desafíos.

En el nivel meso, la gestión del funcionamiento de los servicios requiere del acople de la organización y división del trabajo, de los estándares de práctica, de los métodos de pago, de la circulación de la información, de las herramientas de gestión y de los mecanismos de evaluación.

A un nivel micro, la motivación en el trabajo necesita imperativamente el alineamiento de las metas de la organización y de las personas que trabajan en ella, con plena percepción de los profesionales sanitarios de que pueden llevar a cabo sus tareas en un clima y con unos recursos que lo permitan y lo propicien.

Hay que conciliar la contención de costes sanitarios con la exigencia de una mayor efectividad de la práctica clínica. Por su creciente complejidad, la asistencia sanitaria requiere una mayor diversificación y especialización del personal asistencial, y a la vez involucrar a otra gran diversidad de actividades indirectas en múltiples y expansivos sectores tecnológicos.

Los servicios sanitarios están en permanente evolución e innovación, tanto en la búsqueda de soluciones científico-tecnológicas como en la gestión, y han de movilizar un diverso conjunto multidisciplinar de recursos humanos, que constituye a la vez el activo más importante del sector y su principal fuente de gasto.

En España y en otros países del entorno, los datos disponibles para el sector público suelen ser más completos y fiables que los del sector privado.

Dos consideraciones finales en este apartado, La primera es que la articulación territorial de la sanidad en España, muy descentralizada, es un elemento de complejidad añadida a cualquier estrategia de planificación, ordenación y gestión de los servicios asistenciales. La segunda es el término atención primaria versus atención especializada, de amplio uso pero incorrecto, ya que la atención primaria se ejerce por especialistas, de modo que un pediatra o una médico de familia que trabajen en atención primaria son tan especialistas

como los que ejercen en los hospitales y en los centros ambulatorios de especialidades dependientes de los hospitales. Por ese motivo, en este informe se utilizan los términos atención primaria (AP) y atención hospitalaria (AH) en vez de AP y atención “especializada”, salvo cuando el contexto impone emplear la terminología habitual, como cuando nos referimos al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). En otros países, existe la medicina general como opuesta a la medicina de especialidad, y algunas estadísticas internacionales se refieren a esa comparación.

2.2 Datos básicos de referencia

El sector sanitario público en España está configurado como un SNS, fuertemente descentralizado en cuanto a competencias y gestión en 17 CCAA con sus correspondientes servicios regionales, y un organismo central y singular de gestión, INGESA, que se mantiene residualmente como entidad gestora de la seguridad social, para la atención sanitaria en Ceuta y Melilla. A este dispositivo deben añadirse otras funciones horizontales de planificación, ordenación, sanidad pública, sanidad exterior y la política farmacéutica, residenciadas en el Ministerio de Sanidad como parte sustancial del gobierno de la administración general del Estado.

El conjunto del gasto sanitario público para 2018 fue, según la última Estadística de Gasto Sanitario Público, de 75.145 millones de €, lo que supone 1.523 € per cápita y, un 5,9% del PIB. Estas cifras sitúan nuestro gasto sanitario público por debajo de los países de nuestro entorno europeo, aunque no tanto si lo ajustamos por renta. Los servicios sanitarios públicos constituyen la segunda rúbrica de gasto del sector público español en su conjunto y el primero en los presupuestos de las distintas CCAA. Solamente es superado por el gasto en pensiones públicas.

Como consecuencia de la larga crisis que dio comienzo en 2008 se han reducido los presupuestos sanitarios públicos, especialmente en las partidas de gasto correspondientes a personal, la más significativa, y a farmacia. También han caído las inversiones. Todo ello ha repercutido en indicadores objetivos como las listas de espera, y en el ánimo y percepción del sistema sanitario público por los profesionales sanitarios.

Los RRHH constituyen el principal activo del sistema al margen de su titularidad pública o privada. En 2018, España dedicó el 44% del total de gasto sanitario público a personal (31.334 millones de €).

Los datos sobre efectivos del sistema público proceden de distintas fuentes, y consideran diferentes clasificaciones. Una fuente de gran importancia por la precisión de los datos y la posibilidad de seguimiento temporal es el registro de personal de las Administraciones Públicas (AAPP), que aporta datos agregados en las correspondientes relaciones de puestos de trabajo y no permite cuantificar con precisión las situaciones de temporalidad, muy prevalentes en la sanidad pública. Los datos de este registro indican que el conjunto de las CCAA y la Administración General del Estado (AGE) (de la que dependen algunos profesionales sanitarios) disponen de 515.312 puestos de trabajo, a 1 de enero de 2019 en servicios sanitarios.

Dentro de ese conjunto se encuentran los titulados superiores y, dentro de ellos, el personal médico, con un papel clave en todas las áreas del sistema, tanto en su vertiente asistencial, como de planificación, administración y gestión. Este colectivo comprende personal con contrato tanto a jornada completa como parcial y en todas las formas de relación laboral. A este colectivo facultativo debe añadirse el personal en formación (MIR).

Cabe destacar asimismo al personal de enfermería, que ha ido modificando su nivel formativo en los últimos veinte años de forma notable y que en la actualidad tienen nivel universitario de grado, y han desarrollado una creciente especialización.

2.3 Marco regulatorio del personal sanitario

El personal sanitario del sector público está encuadrado en distintas formas de relación laboral, lo que constituye uno de los elementos más complejos para la gestión y representa uno de los elementos más críticos para la gobernanza del sistema, tanto en sus aspectos funcionales como económicos.

La mayor parte del personal sanitario pertenece a uno de los tres tipos siguientes: relación funcionarial, “estatutaria” y laboral.

Cabe señalar en primer lugar que la distinción entre funcionario y estatutario es importante, aunque ambas son claramente de naturaleza estatutaria, en tanto en cuanto, el conjunto de las condiciones de empleo está contempladas en normas de rango superior, y de carácter horizontal o básico para el conjunto del sistema. Estas normas pueden ser complementadas con regulaciones singulares en determinados aspectos en función del ejercicio en el uso de sus competencias por parte de las CCAA de las que depende la mayor parte de este personal.

Personal funcionario

En los servicios sanitarios el número de funcionarios, en sentido estricto, es pequeño en relación con el conjunto, salvo en el caso de Navarra que optó por funcionarizar al personal de su servicio de salud. Se trata, en el caso común del resto de CCAA, por una parte, fundamentalmente de personal médico y, por otra, personal de apoyo, generalmente en ámbitos administrativos, sin actividad asistencial.

En cuanto al personal médico y parte del personal de enfermería, se encuadran en funciones de planificación, regulación e inspección y, por ello, desempeñan sus actividades con más frecuencia en las áreas de administración sanitaria, salud pública y sanidad exterior. Se ubican generalmente en los departamentos directivos - Ministerio y Consejerías - y los órganos y organismos directamente dependientes de ellos.

El acceso a su puesto de trabajo tiene lugar mediante sistemas de oposición basados en principios de competencia, mérito y capacidad.

Están estructurados y clasificados orgánica y funcionalmente en relaciones concretas y detalladas de puestos de trabajo que contienen su número, categoría y aspectos singulares del desempeño, además, de las cuantías de sus retribuciones fijas.

Personal estatutario

La relación “estatutaria” constituye la más frecuente en la sanidad pública para los médicos. Es un tipo de relación que en gran medida y de forma similar se aplica también al personal de enfermería y auxiliar que trabaja en áreas asistenciales.

El sistema sanitario dispone de un estatuto marco desde 2003, la Ley 55/2003 de 16 de diciembre, aunque estaba previsto ya veinte años antes por la Ley General de Sanidad de 1984. En él se contempla de forma detallada y con carácter básico el conjunto de derechos y deberes del personal. El personal de los servicios sanitarios hasta ese momento se regía por normas preconstitucionales recogidas en tres estatutos en los que se encuadraban, respectivamente, el personal médico, el sanitario no médico y el no sanitario.

No puede obviarse que en España el SNS actual es heredero en gran parte del anterior sistema de asistencia sanitaria, un régimen singular encuadrado en la seguridad social, que englobaba el conjunto de prestaciones asistenciales, sociales y económicas de los empleados que cotizaban obligatoriamente

al sistema público de prevención social. De ahí su primera denominación: “Seguro obligatorio de enfermedad” (SOE), encuadrado en el Instituto Nacional de Previsión, al que sustituyó posteriormente el Instituto Nacional de la Salud, el INSALUD. Denominación que sigue formando parte del idioma cotidiano. Se hace todavía referencia con mucha frecuencia al “seguro” más que al SNS o servicio de salud. Este hecho se considera significativo. No se trataba entonces de un servicio universal. Solo estaban acogidos los empleados y trabajadores del sistema de seguridad social, con la llamativa exclusión de todo el sector agrario, entonces mayoritario como sector primario, en la estructura de la economía española, que se incorporó muy posteriormente.

El sistema creció de forma rápida, en paralelo con el desarrollo económico español a partir de la salida de la autarquía en los años sesenta, con lo que se incorporó una gran cantidad de personal asistencial al “seguro”, del que debe destacarse al personal médico.

Es en ese entorno social, político y económico en el que se afronta la regulación de las condiciones de trabajo del personal del “seguro”. No se hace trasladando el modelo de la función pública, funcionarial, al que se consideraba puramente burocrático y poco adecuado para la gestión de un servicio complejo como el sanitario. Se optó por un sistema aparentemente laboral, pero con determinados componentes característicos del estatuto funcionarial. Un elemento claramente diferenciador desde su inicio, es que el personal estatutario cotiza al sistema de seguridad social al que pertenece y no a los sistemas de clases pasivas, propios de los funcionarios en aquel momento, lo que también se modificó a partir de la nueva normativa general del funcionariado en 1982, aunque determinados colectivos siguieron y siguen en la actualidad en el régimen de clases pasivas, cuya gestión, manteniendo su singularidad, ha permanecido en el Ministerio de Hacienda hasta la formación del reciente gobierno de coalición en 2020. Los cambios estructurales en el sector público han tenido y siguen teniendo unas enormes inercias.

Lo que pudiera haber sido una relación laboral fija como la del resto de los trabajadores atendidos por el sistema público sanitario, excluyendo temporales y desempleados, se concretó en otra estatutaria y promulgada ya que en estos supuestos la negociación colectiva queda muy limitada, especialmente en sus aspectos más relevantes, relacionados con los sistemas retributivos y sus revisiones. En los tres estatutos citados se recogían para los colectivos en ellos encuadrados sus derechos y deberes; muchos derechos y menos deberes ya que el ejercicio de esos derechos y su despliegue estaba fuertemente controlado. La característica más destacada de los distintos estatutos era su

fuerte rigidez derivada de la detallada descripción de las funciones asignadas a cada colectivo y casi de cada puesto de trabajo, lo que ha obstaculizado de forma muy marcada la gestión, en un entorno, además, muy cambiante organizativa y tecnológicamente, sin entrar en el cambio social al que han sobrevivido gran parte de los contenidos de los estatutos iniciales y que condicionaron en gran medida el posterior Estatuto Marco de 2003.

Otra característica de los estatutos del personal, también origen de inercias para la gestión y condicionándola de forma notable, fue que recogían las mejores condiciones de ambos ámbitos estatutarios. Por una parte la estabilidad en el puesto, característica del régimen funcional de la administración pública, su inamovilidad, que no disponía del reconocimiento de la negociación colectiva ya que sus condiciones se establecían y siguen estableciendo por Ley y por otra, la negociación colectiva propia del mundo laboral de la empresa que si bien era bastante restringida entonces, ahora ha quedado totalmente incorporada como fórmula a la hora de fijar una parte mayoritaria y sustancial de las condiciones de trabajo del personal al afectar a los aspectos organizativos. En resumen, estabilidad en el empleo y negociación colectiva unidos a un sistema inicialmente otorgado con más peso de los derechos que los deberes y derivado de ello, una excesiva rigidez.

A pesar de la evolución del sistema, de la conversión del “seguro” no universal en SNS a partir de la Ley General de Sanidad de 1986; del Estatuto Marco antes comentado; de la Ley de Cohesión; de la transferencia a todas las CCAA de las competencias en materia de asistencia sanitaria a partir de 2002, la vieja filosofía de los estatutos de personal y especialmente del personal médico que ahora nos ocupa, no han seguido una evolución similar y puede afirmarse que toda la normativa en materia de personal que han ido aprobando en distinto momento y con similares contenidos las distintas CCAA, han seguido culturalmente anclados a esas inercias, siendo la política de personal el elemento más crítico para afrontar las continuas reformas que un sistema de la complejidad del sanitario demandan en cada momento. El profesional considera mayoritariamente la estabilidad contemplada en su marco estatutario y su catálogo de derechos, como algo a conservar y a defender por encima, incluso, de las posibles mejoras salariales y de carrera que pudieran encontrar en sistemas más abiertos de negociación colectiva.

Personal laboral

Las dificultades de gestión de personal han llevado a los distintos gestores sanitarios de las CCAA, cualquiera que fuese la orientación política de sus

gobiernos, a la búsqueda de la diversificación en las relaciones laborales y para ello se han utilizado distintos sistemas y modelos. En todos los casos se pretendía, de una forma u otra, reconociéndolo o no, la “huida del derecho administrativo” en este caso considerando administrativo, por su rigidez, el régimen estatutario del personal.

La forma más utilizada ha sido, por una parte, la no cobertura de las bajas en las plantillas de los centros a través del sistema de oposición o concurso oposición de personal estatutario. Esas bajas se han procurado cubrir en determinados casos con personal laboral, generalmente de carácter temporal, en espera de unas convocatorias para personal estatutario que se retrasaba lo más posible. Otras muchas veces se ha recurrido a la figura del interino.

En otras ocasiones el procedimiento ha sido más radical. Se han planificado centros desde su inicio, generalmente hospitalarios, incorporando formas de gestión distintas de las generales del sistema y así, han ido proliferando fundaciones sometidas a legislación especial y en materia de personal al derecho laboral; también empresas públicas con personalidad jurídica propia para poder disponer de herramientas que facilitarían la gestión tanto en las áreas de contratación pública como, sobre todo, para poder incorporar personal a las mismas, generalmente hospitales, en régimen laboral.

Por último, otro modelo de forma de gestión y que ha sido objeto de mayor debate y confrontación entre las distintas opciones políticas, lo constituyen los diversos modelos de gestión público-privada, que van desde externalizaciones de la infraestructura, de la que se responsabiliza una empresa, generalmente constructora, en colaboración con empresas de equipamiento sanitario e incluso de gestión, en forma de uniones temporales de empresa (UTES), y que recuperan su inversión a través de detallados contratos de largo plazo entre 15 y 30 años, que incluyen la gestión de áreas no sanitarias del centro: limpieza, hostelería, aparcamientos, seguridad, etc... Lo que coloquialmente se conocen como contratos de “bata azul”, o FPI (acrónimo en español de Private Finance Initiative, PFI, en inglés). La responsabilidad de la gestión sanitaria, y por ende la gestión de personal, permanecen bajo la dependencia directa de los órganos correspondientes de las CCAA.

En algunos casos se incluye en la externalización, la asistencia sanitaria del centro hospitalario y la atención primaria atendida por los centros de salud de la citada área. Es el llamado modelo concesión. El sistema de retribución a la empresa seleccionada a través de complejos concursos y con contratos muy detallados y también de largo plazo es, generalmente capitativo, tenien-

do en cuenta el conjunto de ciudadanos a atender por el hospital o por el conjunto del dispositivo asistencial del área, incluyendo los centros de salud. Esta financiación se complementa con mecanismos de facturación en una doble dirección: personas atendidas de fuera del área, que genera ingresos y personas atendidas del área por centros distintos, de fuera de ella, que generan el correspondiente gasto. Los sistemas de gestión de estos procesos residenciados en las Consejerías correspondientes son laboriosos y objeto de permanente revisión y ajuste y también de litigiosidad que se sustancian en Cámaras o Tribunales de Cuentas o en la jurisdicción contencioso-administrativa.

Estos modelos “sustitutorios” de colaboración público-privada tienen completa autonomía para la contratación del personal que se rige por la legislación laboral y que disponen de negociación colectiva, generalmente circunscritos al ámbito de la empresa o del sector de la sanidad privada. Este tipo de centros sólo han tenido implantación en algunas CCAA, destacando la de Valencia en la que se ha producido, por cumplimiento del tiempo del contrato, la primera reversión a la gestión pública; el hospital y área de Alzira que ha dado además nombre a este modelo de gestión.

También un importante intento de desarrollo en la Comunidad Autónoma de Madrid tras una rápida implantación del modelo PPI (Public-Private Partnership Initiative) en seis nuevos hospitales, que no ha prosperado al intentar evolucionar hacia el modelo de concesión y ha sido abandonado por el gobierno de la Comunidad, después de una alta conflictividad impulsada por un sindicato médico al que apoyaron posteriormente el resto de sindicatos y movimientos ciudadanos, que condujo a la paralización judicial de los contratos de adjudicación a las empresas concesionarias. Un movimiento que también ha consolidado su forma reivindicativa: la marea blanca. En Madrid aún subsiste el modelo asistencial hospitalario público con gestión privada en cinco hospitales.

Personal interino

El personal interino es aquel que se contrata temporalmente para ocupar una plaza de personal funcionario o estatutario durante el periodo limitado al proceso de selección de dicho personal para la ocupación con carácter permanente de la plaza vacante. Desde este punto de vista formal, nada que añadir. Los derechos de este personal son limitados durante ese periodo ya que no tienen movilidad y, dada su previsible poca permanencia en activo. Pero la utilización de esta figura, necesaria por la continuidad de la asistencia,

por todas las administraciones sanitarias no ha sido la prevista. Se ha aprovechado la “carencia” de determinados derechos por parte de este personal para ir perpetuando su continuidad al no poner en marcha los procesos de selección para la ocupación definitiva de la plaza vacante. Con ello se ha ido generando con carácter muy general, una bolsa muy numerosa de interinos, que o bien permanecía en precario en la plaza ocupada o bien, en el caso de ser cubierta, eran desplazados, también, como interinos, a otra vacante y se encadenaban los procesos.

Esto ha generado situaciones cada vez más frecuentes de descontento que han exigido en determinados casos plantear ofertas de consolidación muy numerosas, ofertas públicas de empleo (OPEs), en sus distintas variantes que en muchos casos añadían complejidad y litigiosidad a la gestión de personal, ya de por sí, laboriosa. Ha habido procesos de estas características que han afectado a miles de puestos de trabajo y se han ido desarrollando a lo largo de años obligados por los sistemas reglados de opciones encadenadas de traslado, lo que es un ilustrativo ejemplo de los condicionantes en la gestión de personal ligada a la rigidez de los sistemas contemplados en el estatuto y la dificultad para adaptarlo, a través de la negociación colectiva, con los diversos y fuertes sindicatos generales y corporativos propios del sector. El resultado indeseable es que se han dado casos de personal que se ha jubilado en la situación de interino.

El asunto ha alcanzado tal dimensión cuantitativa y temporal que ha acabado llegando a los tribunales europeos, que ya han dictado resoluciones que obligarán a corto plazo a las administraciones españolas, especialmente autonómicas a revisar en profundidad la situación.

Otro tipo de situaciones laborales de personal

Además de las citadas situaciones de provisionalidad, algunas convertidas en crónicas o permanentes, cabría citar los contratos de sustitución y eventuales, que están pensados para cubrir los servicios cuando la ausencia del titular es sobrevenida por enfermedad, permiso, vacaciones o excedencias. En otros sectores esta parte de la plantilla es meramente residual, pero en los servicios sanitarios representa porcentajes relevantes del total de personal, debido a la necesidad de garantizar la continuidad de la asistencia en un contexto de rigidez normativa: turnos, sustituciones, temporalidades, refuerzos y ajustes más o menos permanentes imprimen complejidad a la gestión de personal que con frecuencia no puede dejar de ser mera administración.

Perspectivas a medio plazo

Durante la larga crisis económica, que se ha dado por terminada al menos en términos macroeconómicos, no se han abordado medidas o reformas estructurales rigurosas aunque el gobierno del Partido Popular aprobó medidas “urgentes” en el RDL 16/2012 que afectaban fundamentalmente a la cobertura aseguradora y al co-pago de medicamentos. El actual gobierno de coalición ha auspiciado un debate parlamentario sobre las reformas estructurales necesarias para el SNS, en el contexto de la crisis provocada por la COVID-19. Dicho debate terminó con la aprobación de un dictamen, por el pleno del congreso, previa propuesta por la comisión de reconstrucción social y económica creada a tal fin. El documento contiene propuestas de reforma, pero gran parte de las que se proponían en las versiones iniciales se fueron cayendo a lo largo del proceso¹. En el caso específico de los recursos humanos, no se propone la reforma del Estatuto.

Las relaciones laborales del sector salud necesitan claridad. Los médicos precisan de un horizonte mejor definido sobre los sistemas de acceso para el diseño de sus expectativas laborales y vitales. El conocimiento de la situación actual, al que este informe aspira a contribuir, es un elemento fundamental para un debate argumentado sobre este tema.

1 Véase B Gonzalez Lopez-Valcarcel (2020) “Dictamen de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica (salud): paso adelante y oportunidad perdida”. Blog Nada es Gratis, 24 de julio 2020. Accesible en <https://nadaes-gratis.es/beatriz-gonzalez-lopez-valcarcel/dictamen-de-la-comision-de-reconstruccion-social-y-economica-salud-paso-adelante-y-oportunidad-perdida>

3. METODOLOGÍA

A partir de fuentes secundarias se revisaron aspectos relacionados con los sistemas de salud en su conjunto, sus características, gasto y personal, en los países de la UE, España y sus CCAA. A partir de los datos obtenidos se realizó un análisis pormenorizado con especial interés en identificar potenciales condicionantes de las remuneraciones que reciben los médicos en cada país. El análisis partió en todos los casos desde aspectos más generales, como el gasto en salud a otros más relacionados con las retribuciones y condiciones de trabajo de los médicos, tales como las horas destinadas a la asistencia médica y la cantidad de consultas anuales. La disponibilidad de la información referida al número de médicos ayuda a conocer la relación con las remuneraciones, entendiendo que la disponibilidad puede ser un condicionante de las remuneraciones o por el contrario, éstas pueden afectar de manera directa la posibilidad de contar con un número adecuado de médicos.

Las fuentes figuran en la Addenda 1, y las hemos clasificado como oficiales y no oficiales en función de su consistencia y robustez. La addenda 1 contiene también un glosario.

4. LOS SISTEMAS DE SALUD EN EUROPA Y ESPAÑA: CARACTERIZACIÓN DE LOS MODELOS Y COMPARACIONES DE GASTO SANITARIO

Un sistema de salud es, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de la población. Todo sistema de salud puede ser pensado como la articulación de tres componentes¹¹: Un componente económico, denominado “modelo de financiación”, otro componente político (modelo de gestión) y un tercer componente técnico-sanitario, el “modelo de atención”.

4.1 Sistemas de Salud de la Unión Europea y España

El **Modelo Bismarck** es el más antiguo, nació en 1883 en Alemania y en su época fue el más avanzado del mundo. Se conforma en torno a los “sistemas de seguridad social”, financiados por cotizaciones sociales obligatorias por parte de los trabajadores y empresas, que a su vez son la principal fuente de financiación. Este dinero va a parar a “fondos” de entidades no gubernamentales reguladas por ley, que gestionan esos recursos. En este modelo se protege a los trabajadores y a sus familiares contra accidentes, enfermedad, invalidez y problemas de salud derivados de la vejez. Es obligatorio y de carácter solidario. Los países de la EUR-15 con este modelo (tabla 1) incluyen Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Luxemburgo y Países Bajos. También se incluyen algunos países, actualmente en el grupo OCDE, incorporados a la EUR-28 en el último decenio (Eslovaquia, Eslovenia, República Checa o Hungría). Los países bajo el modelo Bismarck suelen tener una cobertura más amplia, pero sobre todo mucho más explícita y delimitada. Aunque hay variantes entre países, el aseguramiento sanitario de un paquete básico es obligatorio, es decir, todos los ciudadanos obtienen su filiación a la seguridad social. Por otro lado, es frecuente que la mayor parte de la población suscriba un seguro privado.

El **Modelo Beveridge** sigue el patrón del Sistema Nacional de Salud (SNS) donde los residentes tienen derecho a recibir servicios sanitarios con cobertura universal, financiados mayoritariamente a través de impuestos. Se parte de que la protección a la salud es un derecho de la ciudadanía, al que debería

tenerse acceso igualitario. Surgió en 1948 en el Reino Unido, y hoy en día es el modelo definitorio de Reino Unido, Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Italia, España, Grecia y Portugal.

En la UE-28 hay países tipo Bismarck puros y países Beveridge puros, pero también hay híbridos. De hecho, una clasificación no dicotómica de los sistemas de salud es la que se realiza en función de si la fuente de financiación principal son los impuestos (Beveridge) o, en caso de no serlo, si hay un aseguramiento con pagador único (seguro público) o con múltiples aseguradores, con afiliación obligatoria o voluntaria (elección entre aseguradoras en competencia). El tipo predominante en la EUR-28 es el modelo de SNS (tabla 1), con 11 de los 28 países. Los nuevos países emergentes suelen adoptar el sistema de asegurador único, con financiación mixta parcialmente proveniente de impuestos generales (9 de los 28 países). Hemos excluido de la tabla a Rumanía porque no entra en la lista de los analizados por el Observatorio Europeo de la OMS² que es nuestra principal fuente de información. Grecia y Lituania, tienen sistemas mixtos o híbridos, con características de ambos modelos.

Tabla 1. Tipos de sistemas de salud en la OCDE y EUR-28

Fuente principal de cobertura de atención sanitaria básica		Lista de países
Sistema de salud financiado con impuestos generales	Sistema Nacional de Salud (SNS) Modelo Beveridge	Australia, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Islandia, Irlanda, Italia, Nueva Zelanda, Noruega, Portugal, España, Suecia, Reino Unido, Chipre, Letonia, Malta
Sistema de seguro de salud	Pagador único	Grecia, Hungría, Corea, Luxemburgo, Polonia, Eslovenia, Turquía, Bulgaria, Croacia, Estonia, Lituania
	Múltiples aseguradores con afiliación obligatoria	Austria, Bélgica, Francia, Japón
	Múltiples aseguradores con elección de aseguradora	Chile, República Checa, Alemania, Israel, México, Países Bajos, Eslovaquia, Suiza, EEUU

(En negrita, UE-28)

Fuente: OECD Health system characteristics Survey 2012. Tomado de Mossialos et al 2015(3)

<http://www.oecd.org/health/health-systems/characteristics.htm>

2 <http://www.hspm.org/mainpage.aspx>

En el caso de la Unión Europea, los sistemas de salud de cada país tienen características que le son propias, pero comparten algunas otras que permiten realizar análisis comparativos. A pesar de las diferencias organizativas y financieras, se basan en los valores comunes reconocidos por el Consejo de Ministros de Sanidad en 2006^{III}: universalidad, acceso a una asistencia sanitaria de buena calidad, equidad y solidaridad.

El sistema de salud español pertenece al modelo de salud universalista, tipo Beveridge. La Atención Primaria (AP) representa un elemento esencial del sistema de salud y los equipos encargados de su provisión son la base del Sistema Nacional de Salud (SNS). Según informa la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), España encabeza la lista de países del continente por Esperanza de Vida al Nacer (EVN)^{VI} (83,4 años), cerca de 3 años más que el promedio de países de la OCDE (80,7) y 2,5 por sobre el promedio de países de la Unión Europea (UE). Las mujeres viven 5,5 años más que los hombres, situación que se observa en todos los países de OCDE, aunque España se encuentra muy por debajo de los casi 10 años de diferencia por género de Letonia y Lituania. Las Comunidades Autónomas de Madrid y Navarra cuentan con la mayor EVN, sobrepasando los 84 años. La mayor brecha de género se presenta en Cantabria con casi 6 años más a favor de las mujeres^V.

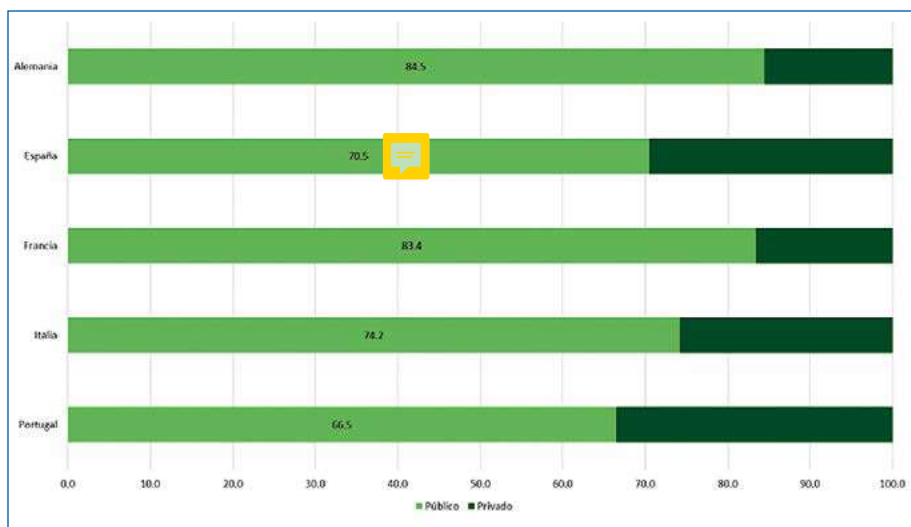
4.2 Gasto en salud en UE, España y CCAA

4.2.1 Gasto Per cápita global, público y privado

Según un informe de la OCDE^{VI}, el gasto per cápita en salud en España, medido por paridad de poder adquisitivo (PPP, por sus siglas en inglés) alcanzó los US\$ 3.322,6 en el año 2018, 20% menos que el promedio de los 36 países de la OCDE (US\$ 3.994,1).

El gasto público en salud corresponde al 70,5% del total en España, casi 5 puntos porcentuales por debajo del promedio de la UE. Ello la ubica en el 18° lugar entre los países con menor porcentaje de gasto público en el gasto total. Alemania es también el país con mayor gasto público porcentual (más del 84,5%) y tal como se presenta en el Gráfico 1, España solo se encuentra por encima de Portugal entre sus países vecinos.

Gráfico 1: Gasto público y privado en salud. Como porcentaje del total. Países seleccionados. 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE 2020. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-spending/indicator/english_8643de7e-en

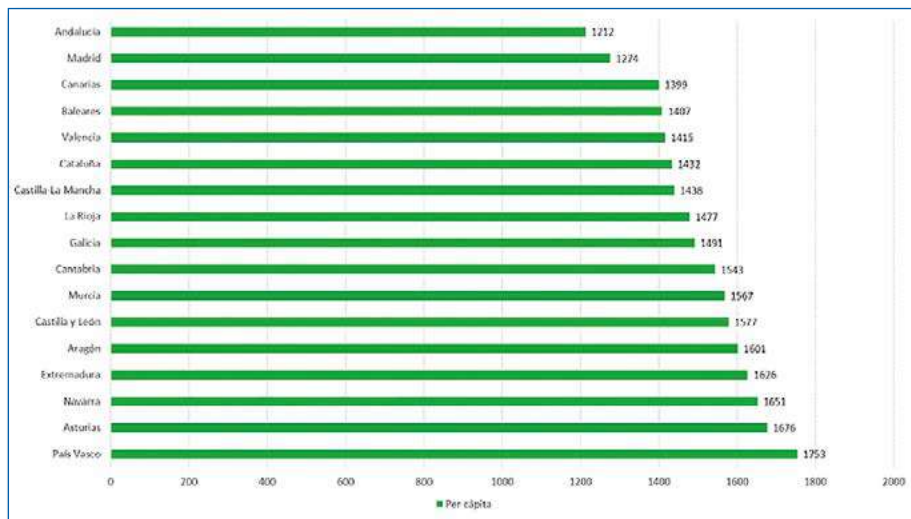
Desde el año 2010, el gasto per cápita en salud en término de precios actuales tuvo un crecimiento del 9,7% en España. Entre 2010 y 2013 se produjo una caída del 5% pero a partir de entonces cambia la tendencia, observándose el mayor crecimiento interanual entre los años 2014 y 2015 (5,2%).

El mayor crecimiento del gasto público per cápita en el período 2010-2018 se observa en Estonia (76,6%), seguido por Suecia, Lituania y Letonia, todos ellos por encima del 60% de aumento. España tuvo un escaso aumento del gasto público per cápita (3,4%), muy lejos del 26,5% que presentaron en promedio estos 23 países de la UE y más aún, del 38,8% que presentaron en promedio los países de la OCDE³.

Según datos del Ministerio de Sanidad de 2018^{vii}, el País Vasco es la Comunidad Autónoma con el gasto público per cápita más elevado del país (1.753 €), seguido por Asturias y Navarra con 1.676 € y 1.651 €, respectivamente.

³ De hecho, hasta el 2014 inclusive, el gasto público per cápita se redujo año tras año y sólo en el año 2017 alcanzó las cifras de 2010 (gráfico 3). Italia, Luxemburgo y Grecia son los países que presentaron una caída en este indicador, siendo en este último país de casi 40% respecto a 2010.

Gráfico 2: Gasto público per cápita. Por CCAA. 2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad. <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>

4.2.2 Gasto público y privado en salud en % del PIB

Según los últimos datos disponibles, del año 2018, España destina 8,9% de su Producto Interior Bruto (PIB) a salud. Ese valor, que no ha sufrido prácticamente modificaciones en la última década, es ligeramente superior al promedio de los países de la OCDE (8,8%) y más aún al 8,5% que presentan en promedio los 23 países que integran la UE y están incluidos en las estadísticas de la OCDE.

En España, el gasto público es de 6,2% del PIB y ha sufrido una caída desde 2010, cuando llegó al 6,7% (mayor % desde entonces). El gasto público promedio de los países de la OCDE tuvo una trayectoria inversa, pasó de 6,4% en 2010 a 6,6% en 2018.

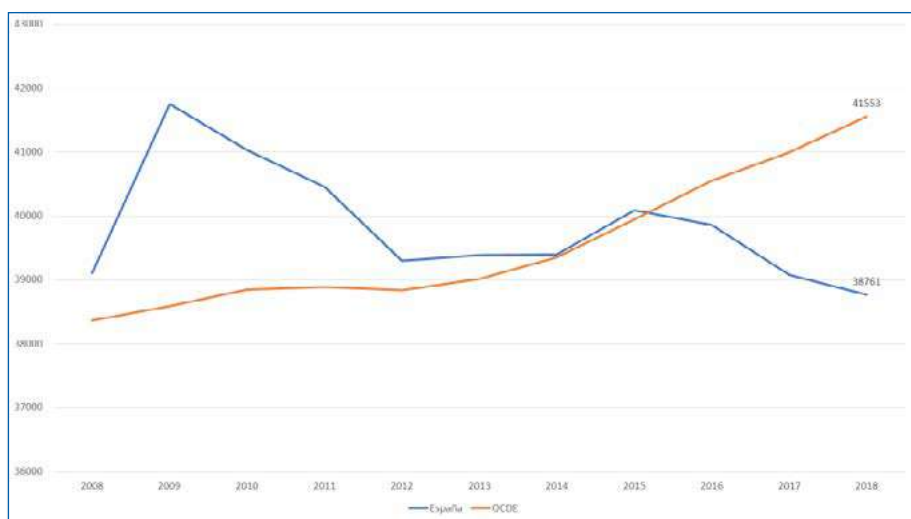
Según datos del Ministerio de Sanidad, en el año 2018, un 44% del gasto público en salud se destina a remuneraciones del personal (31.334 millones de euros). Algo más de un cuarto se utiliza para consumo intermedio y el resto, se reparte entre transferencias corrientes (17,4%), conciertos (11,1%), gasto de capital (1,9%) y consumo de capital fijo (0,4%). Merece la pena remarcar que el porcentaje que se destina a remuneraciones del personal ha aumentado un 30% desde el año 2002^{viii}.

Aragón es la Comunidad Autónoma con mayor porcentaje del gasto sanitario público destinado a remuneraciones del personal (52,2%). Le siguen el País Vasco (51,5%), Castilla-La Mancha (50,9%), Navarra (50,3%) y Extremadura (50,0%). Por su parte, Cataluña ocupa la última posición (35,1%). La Comunidad Autónoma de Cantabria destina un 48,1% del gasto público a remuneraciones del personal, ocupando el puesto 12º entre las CCAA, ordenadas de mayor a menor porcentaje. Sólo Asturias, Comunitat Valenciana, Galicia, Madrid y la mencionada Cataluña destinan un porcentaje menor que Cantabria a las remuneraciones del personal.

5. LOS NIVELES GENERALES DE SALARIOS EN LA UE, ESPAÑA Y CCAA

El salario bruto promedio anual de los trabajadores en España (no específicamente en el sector sanitario), calculado por PPP, era de US\$ 38.761 en 2018, valor más bajo desde 2008. En el grupo de países de la OCDE el salario promedio es US\$ 2.800 mayor, y a diferencia de España, se encuentra en su cifra máxima en 2018. Como puede apreciarse en el gráfico 3, mientras España atravesó ascensos y descensos durante el período 2008-2018, el promedio de países de la OCDE mantuvo un crecimiento aproximadamente continuo.

Gráfico 3: Salario promedio. En los países de la OCDE. 2008-2018 en US\$ PPP



Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE. <https://stats.oecd.org/>

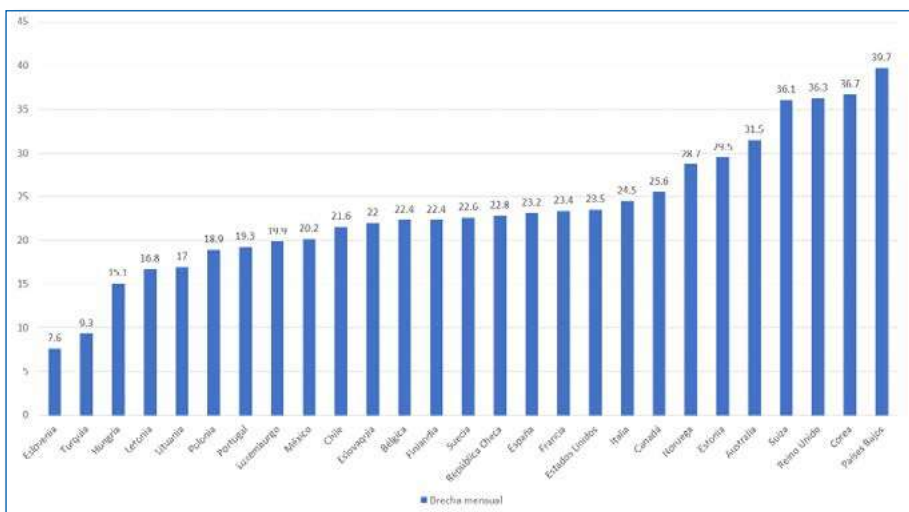
Un informe presentado por Adecco^{IX} con datos referidos a 2018, dejó en evidencia que el mejor salario promedio lo reciben los trabajadores del País Vasco y Madrid, con 1.963 € y 1.961 € al mes. La Comunidad de Extremadura ocupa el último lugar con 1.345 €, 600 € menos que el País Vasco y 313 € por debajo del promedio nacional de 1.658 € mensuales. Por su parte, la Encuesta Anual de Estructura Salarial del INE^X evidenció un ingreso promedio de 23.647 € anuales en 2017. Cuatro Comunidades Autónomas presentan salarios por encima de la media nacional, encabezados por el País Vasco (28.204 €) y seguido por Madrid, Navarra y Cataluña.

En el período 2008-2017, el salario promedio español creció el 8,06%, con diferencias entre las CCAA.

5.1 Brecha salarial por género en la UE y en España y sus CCAA

Además de las diferencias en los salarios promedios en los distintos países y entre Comunidades Autónomas, existe a su vez una brecha asociada al género^{XI}. Así, el salario mensual de los hombres españoles es 23,2% superior al de las mujeres pero esa diferencia en el salario es de 14,9% cuando la comparación se realiza considerando las horas trabajadas por hombres y mujeres. Esta diferencia es levemente mayor en países como Francia e Italia (23,4% y 24,5%, respectivamente) y notablemente superior en Reino Unido y Países Bajos (gráfico 4) donde la diferencia supera el 35% (datos de la Organización Internacional del Trabajo, OIT).

Gráfico 4: Brecha salarial a favor de los hombres (%). Según ingreso mensual.



Países de la OCDE

Fuente: Elaboración propia a partir de OIT https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_650553.pdf

Realizando la comparación de la brecha por género ajustando por horas trabajadas, España se encuentra ligeramente por debajo del 15% a favor de los hombres, mientras que en Austria, Alemania, República Checa, Reino Unido, Eslovenia y Corea supera el 20%.

Según la mencionada Encuesta Salarial Anual del INE, en 2017 la ganancia media anual de los hombres era superior a la de las mujeres en todas las CCAA. Las mayores brechas se observan en el Principado de Asturias, donde los hombres ganan 43,4% más que las mujeres, seguido de Navarra, Murcia, Cantabria, Andalucía, Castilla y León, Aragón y el País Vasco, todas por encima del 30%.

5.2 Salario mínimo

Según estadísticas de la OCDE, el salario mínimo ajustado por PPP alcanzó en 2018 los US\$ 14.290 en España. En término de precios constantes en dólares estadounidenses, el salario mínimo ha sido superior en España hasta el año 2011. Desde entonces, el salario mínimo en promedio en los países de la OCDE ha sido superior al español cada año, aunque la brecha se ha ido reduciendo hasta llegar al 6,6% en 2018.

A partir del 1 de enero de 2019, el salario mínimo interprofesional (SMI) en España tuvo un marcado incremento. A partir del Real Decreto 1462/2018^{XII} se fijó en 900 € brutos por mes si se divide en 14 pagas (12.600 € brutos al año), independientemente del sexo, edad y condición laboral (trabajadores fijos, eventuales y temporeros). Dicho salario mínimo representa un aumento del 22,3% frente a los 736 €/mes vigente durante el año previo, el mayor ascenso porcentual interanual desde 2009.^{XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII}

6. REMUNERACIONES DE LOS MÉDICOS EN UE, ESPAÑA Y CCAA

6.1 Introducción. Formas de pago a los médicos y su relación con el tipo de sistema sanitario

Los sistemas de remuneración a los médicos son complejos y representan un aspecto de interés, ya que suelen impactar no solo en la satisfacción de los profesionales, sino también en sus conductas. Por forma o sistema de pago o remuneración^{XXIII} se entiende la forma en que se organiza la compensación económica, normalmente monetaria, que recibe un prestador sanitario por la prestación de sus servicios a un paciente o grupo de pacientes. Existen múltiples sistemas de remuneración, los cuales se diferencian por la unidad de pago y por la distribución del riesgo entre prestador y financiador. En el caso de los prestadores individuales, entre los que se encuentran los médicos, las modalidades de pago incluyen el pago por acto o prestación⁴, el pago por salario y el pago por capitación.

La tabla 2 describe las características distintivas de estos tres sistemas de remuneración.

Tabla 2: Sistemas de remuneración. Características distintivas

Sistema de remuneración	Concepto	Unidad de pago	Riesgo
Por acto médico	Se paga por acto profesional	Prestación (consulta, práctica)	Para el financiador
Salario	Se paga por un conjunto de actividades durante un período de tiempo. Puede depender de la carga horaria y el nivel jerárquico	Horas contratadas	Para el prestador. En caso de ajustes por productividad, el riesgo es para el financiador

4 Fee for Service, en inglés.

Sistema de remuneración	Concepto	Unidad de pago	Riesgo
Capitación	Se paga por el número de personas asignadas bajo su responsabilidad, independientemente del uso que realice el beneficiario.	Tamaño de la población asignada (puede ajustarse por riesgo/composición de la población)	Para el prestador. En caso de cápitás ajustadas, el riesgo es para el financiador.

Fuente: Elaboración propia a partir de Álvarez et al. <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2000.v8n1-2/55-70/es>

Entre las ventajas de los sistemas de remuneración basados en el pago por prestación está el estímulo de la competencia y la mayor satisfacción de los usuarios. Pero no solo se privilegia la cantidad sobre la calidad, sino que se estimula la sobreprestación^{xxiv}. Por el contrario, la capitación, donde el pago se relaciona con la responsabilidad sobre un grupo de personas, si bien potencialmente favorece la continuidad en los cuidados, al mismo tiempo, desestimula la prestación de servicios adecuados^{xxv} y podría tender a la subprestación y al exceso de derivaciones a otros niveles de atención (otros especialistas, hospital). Ello suele generar un mayor grado de satisfacción por parte del paciente, pero al mismo tiempo, el médico se ahorra la prestación de un servicio que posiblemente podría prestar de forma más efectiva y eficiente. Finalmente, el salario ofrece una remuneración fija por la realización de un conjunto de actividad en un período de tiempo, si bien es sencillo desde el punto de vista administrativo, no premia la eficiencia ni incentiva la productividad^{xxvi}.

En general, la modalidad de remuneración no es la misma en los diferentes ámbitos de actividad. En el caso de España, en la red pública conviven el salario y la capitación en Atención Primaria (AP), mientras que en la atención especializada ambulatoria y en ámbitos hospitalarios, la modalidad de pago es el salario. La tabla 3 describe las características retributivas en algunos países de la Unión Europea (UE), donde pueden observarse diferentes modalidades de pago aun en sistemas de salud de similares características.

Tabla 3: Modalidad de pago según ámbito de trabajo. Red pública. Países de la UE.

País	AP	Asistencia ambulatoria	Hospital
España	Combinación de salario y capitación	Salario	Salario
Alemania	Por prestación	Por prestación	Salario
Italia	Capitación	Salario	Salario
Portugal	Salario	Combinación de salario y pago por prestación	Salario
Reino Unido	Salario-Capitación- Por prestación	Salario	Salario
Francia	Combinación de salario, por prestación y capitación	Por prestación	Salario
Países Bajos	Por prestación -Capitación	Por prestación	Combinación de pago por salario y por prestación.
Dinamarca	Combinación de salario, por prestación y capitación	Salario	Salario
Luxemburgo	Por prestación	Por prestación	Por prestación

Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad. https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/presentacion_es.pdf

6.2 El modelo retributivo de los médicos en España

El modelo retributivo del Sistema Nacional de Salud está sujeto a la Ley 55/2003^{xxvii}, la cual es aplicable al personal estatutario que desempeña su función en los centros e instituciones sanitarias de los servicios de salud de las comunidades autónomas o en los centros y servicios sanitarios de la Administración General del Estado. En dicha Ley se identifican retribuciones básicas y complementarias.

Las retribuciones básicas se componen de:

- Sueldo, asignado a cada categoría según el título exigido para su desempeño. Es el mismo en función de la categoría profesional en todo el territorio.

- Trienios, que incluyen una cantidad determinada para cada categoría por cada tres años de ejercicio de la profesión.
- Pagas extraordinarias, que serán dos al año. El importe de cada una de ellas debe ser como mínimo de una mensualidad del sueldo y trienios al que se añade una catorceava parte del importe anual del complemento de destino.

Por su parte las retribuciones complementarias, definidas en el artículo 43 de la mencionada Ley, tienen como objetivo motivar al personal e incentivar la calidad del servicio. Las mismas pueden ser:

- Complemento de destino, correspondiente al nivel del puesto que se desempeña. Dicho complemento se debe abonar en 14 pagas.
- Complemento específico, destinado a retribuir las condiciones particulares de algunos puestos en función de su dificultad técnica o responsabilidad, entre otros.
- Complemento de productividad, destinado a retribuir el especial rendimiento y la contribución a la consecución de objetivos programados.
- Complemento de atención continuada, mediante el cual se retribuye por la atención permanente y continuada.
- Complemento de carrera, por el cual se retribuye el grado alcanzado en la carrera profesional.

En el caso del empleo privado, la regulación laboral se rige por los Convenios Colectivos específicos para el sector. Más allá de las diferencias que pudiera haber entre CCAA^{xxviii}, ^{xxix}, ^{xxx}, los Convenios Colectivos determinan que las remuneraciones estarán conformadas por un salario base y complementos, entre los cuales se distinguen los siguientes:

- Complemento de puesto de trabajo de responsabilidad, el cual es determinado por cada empresa.
- Complemento de antigüedad.
- Plus de transporte.
- Complemento especial, que asciende al 15% del módulo establecido, en razón de la mayor especialidad, toxicidad o peligrosidad. Aplica, entre otros, para unidad de cuidados intensivos, hemodiálisis, radioterapia y quirófano.

- Complemento por nocturnidad.

Si bien existen los convenios colectivos de trabajo que regulan las remuneraciones, en la sanidad privada existen también relaciones no asalariadas, incluyendo profesionales que alquilan el quirófano de una clínica privada o reciben un pago por acto médico.

6.3 La remuneración de los médicos en España y en sus CCAA

6.3.1 Ingreso promedio

Según datos del año 2019 consultados en un informe de Medscape^{xxxI}, el ingreso anual promedio de los médicos españoles es de 56.962 €⁵ al año. Dicha remuneración, que incluye salario, bonus y participación en beneficios representa un aumento del 7,5% respecto al 2016^{xxxII}.

Los ingresos profesionales presentan marcadas variaciones, tanto por género como por tipo de médico, ámbito donde realizan la actividad (consultorio vs hospital) y hasta por edad. Pese a que los conceptos retributivos son iguales para hombres y mujeres, los primeros ganan 17,6% más que las mujeres^{xxxIII} (60.000 € vs 51.000 €), brecha que se redujo considerablemente desde 2016. En ese año, la remuneración promedio de los hombres ascendía a 57.000 € mientras que las mujeres recibían 45.000 €, un 26,7% menos. La brecha en los ingresos se debe entre otras razones, al hecho de que la profesión médica se ha feminizado en las últimas décadas, por lo que los hombres predominan entre quienes superan los 50 años, tienen más antigüedad y carrera profesional. Asimismo, los cargos directivos (que cuentan con mayores retribuciones) suelen ser ocupados por personas de esas edades. Por el contrario, las mujeres son mayoría entre los menores de 50 años con menor antigüedad, carrera y menor representación entre los cargos directivos. Otra de las razones de la diferencia en los ingresos es la conciliación familiar y los embarazos que son causa de un mayor porcentaje en jornadas reducidas y exención de guardias.

Tampoco es homogéneo el ingreso de acuerdo al tipo de actividad que desempeñan los profesionales, mientras que los médicos de AP ganan 51.000 € al año, los médicos de AH alcanzan los 58.000 € (casi 14% más que los primeros).

5 El cálculo se realizó considerando 1,106 dólares por euro.

En la misma línea, las estadísticas de la OCDE^{xxxiv} describen ingresos siempre superiores para los médicos asalariados de AH en España en relación a sus colegas de primaria. En el período informado (2011-2017) la mayor brecha entre ambos grupos de produjo en 2013 cuando alcanzó el 18% con un mínimo de 12% a favor de los médicos de AH en 2011.

Por su parte, entre los médicos de AH, los hombres ganan casi 10.000 € más que las mujeres.

Finalmente, los mayores de 45 años reciben ingresos 10.000 € superiores a sus colegas menores (61.000 € vs 51.000 €), brecha que alcanza los 5.000 € a favor de los médicos de hospital (59.000 € vs 54.000 €).

6.3.2 Las retribuciones de los médicos en España en el contexto internacional

6.3.2.1 Comparaciones para el conjunto de la profesión médica

Según datos de Medscape, la situación de España es desventajosa en comparación con algunos países de Europa, como Alemania, Francia y Reino Unido donde los médicos reciben remuneraciones entre 71% y 158% superior a la de los médicos españoles en euros corrientes. En el caso de los médicos estadounidenses, la brecha es todavía mayor, incluso frente a Alemania (país con los mayores ingresos médicos del grupo europeo) ya que el ingreso promedio en EEUU es de 283.000 €. Por su parte, la situación española es favorable en relación con Brasil y México, aunque frente al primero de ellos la diferencia es de solo 4.500 €.

En línea con lo que ocurre en España, en la mayor parte de los países los médicos de AH reciben ingresos superiores a sus pares de AP. Así es en Francia^{xxxv}, donde la brecha es de solo 2% pero también en el Reino Unido^{xxxvi}, Brasil^{xxxvii} y Estados Unidos^{xxxviii}, con brechas de 11%, 32% y 47% respectivamente. Aunque la mayor diferencia se identificó en México^{xxxix}, donde frente a los 21.000 € en AH, los médicos de AP solo reciben 12.500 €.

La situación es la opuesta en Alemania, donde los médicos de atención hospitalaria reciben 144.000 € frente a los 166.000 € de quienes trabajan en AP^{xl}.

Cabe aclarar que en el informe de Medscape se realizó el cálculo de euros equivalentes a la moneda local de cada país utilizando como factores de conversión los que se presentan en la tabla 4.

Tabla 4: Factor de conversión de monedas. Agosto 2019.

Moneda	Euros	Dólares estadounidenses	Libras esterlinas	Reales	Pesos mexicanos
1 US\$	0,9	N/A	0,82	3,835	19,173
1 €	N/A	1,106			

Fuente: Elaboración propia a partir de Medscape. <https://www.medscape.com/slideshow/2019-international-compensation-report-6011814#17>

6.3.2.2 Comparación de retribuciones de los médicos asalariados

Una forma de comparar los ingresos entre países consiste en ajustar por paridad de poder adquisitivo (PPP⁶, por sus siglas en inglés), lo cual permite no solo analizar las diferencias de salarios nominales entre países, sino también comparar su poder adquisitivo, al emplearse dólares internacionales. De acuerdo a estadísticas de la OCDE (2018 o último año disponible) el ingreso de los médicos de AP en España es de US\$ 92.167, solo 400 dólares por debajo del promedio de los 19 países cuyos datos han sido informados, pero casi 15.000 dólares por encima de la mediana (US\$ 77.936). Por el contrario, la comparación con los 13 países de la UE que conforman dicho informe, evidencia que España se encuentra casi US\$ 400 por PPP por encima del promedio de esos países.

En el caso de los médicos de atención hospitalaria, la OCDE ha publicado datos sobre 29 países, con un promedio de US\$ 116.616 por PPP ligeramente superior a los US\$ 115.829 si nos limitamos a los 19 países que cuentan con datos para sus médicos de AP. El grupo lo lidera también Luxemburgo con algo más de US\$ 293.000 internacionales, muy lejos del 2° (Irlanda, con US\$ 209.000 por PPP). En este grupo, España ocupa el 15° lugar con cerca de US\$ 105.000 (algo más de US\$ 11.000 por debajo del promedio). Cuando el análisis se limita a los 21 países de este grupo que forman parte de la UE, los médicos de AH de España ocupan el noveno lugar entre quienes mejores remuneraciones reciben (US\$ 4.000 por PPP por debajo del promedio).

La situación de los médicos de AH en España resulta intermedia en relación a sus pares de países vecinos. Es ligeramente superior a las remuneraciones de este grupo profesional en Italia y Francia, aunque la brecha es mayor frente a los colegas de Portugal respecto a que alcanza un 43% de diferencia a favor de España. Por su parte, los médicos de AH en Alemania y Reino Unido reci-

6 Purchasing power parity.

ben remuneraciones más elevadas que las de España. Mientras en Alemania alcanzan los US\$ 183.115 (74,7% por arriba de España), en el Reino Unido la diferencia a favor de este país llega casi al 48% (US\$ 165.348) respecto a los mencionados US\$ 105.000 de España.

Prácticamente en todos los países de los que hay datos sobre ambos tipos de médicos, se pone de manifiesto que los profesionales que desarrollan su actividad en la atención hospitalaria tienen ingresos superiores a sus colegas de AP. En España la brecha es del 14% a favor de los profesionales de AH y las mayores diferencias se observan en el Reino Unido e Israel (ambos con más del 100% de diferencia). Diferente es la situación en Polonia, Luxemburgo y Portugal, donde son los médicos de AP quienes más ganan. En Portugal la diferencia es solo del 6%, sube al 25% en Luxemburgo y llega hasta el 55% en Polonia. Finalmente, en Eslovenia no hay diferencias entre ambos grupos de profesionales.

6.3.2.3 Profesionales autónomos

No es mucha la información disponible sobre este grupo de profesionales. De hecho, las estadísticas de la OCDE incluyen a 15 países en el caso de médicos de AP y solo 12 en AH (no hay datos sobre España). Además, no hay homogeneidad en cuál es el último año reportado, Bélgica e Israel tienen datos de 2017, en Estados Unidos el último dato presentado es 2001.

El promedio de ingresos de los médicos que ejercen en AP es US\$ 138.000, mientras que los médicos de AH reciben ingresos algo superiores a los US\$ 229.000. Luxemburgo lidera el ranking en médicos de AH con US\$ 411.000, seguido por Bélgica y Alemania con US\$ 331.000 y US\$ 262.000 respectivamente. En el caso de los médicos de AP, el líder es Alemania con casi US\$ 250.000, 18% menos que en AH.

6.3.3 Brecha salarial entre médicos y resto de la población

6.3.3.1 Comparaciones de las retribuciones de los médicos con la población general

Las remuneraciones de los médicos dependen de múltiples factores entre los cuales pueden mencionarse la especialidad, antigüedad, el lugar de trabajo, aspectos propios del mercado (oferta y demanda), la categoría profesional e incluso el salario promedio que reciben los habitantes del país.

Según un informe de Adecco^{XLI} el salario bruto promedio en España ascendía a 23.812 € anuales en 2018. Por su parte, de acuerdo al informe Health at a

Glance^{XLIII} del año 2019, en la mayoría de los países de la OCDE, los médicos de AP ganan entre 2 a 4 veces el salario promedio de cada país, y esa brecha es mayor para los médicos de AH (entre 2 y 6 veces). Entre los asalariados españoles, los médicos de AH reciben 2,4 veces el salario promedio del país lo que la lleva a ocupar el 15° entre los países con mayor brecha salarial en este grupo de médicos.

Según informes de la OCDE Health at a Glance de 2015^{XLIII} y 2017^{XLIV}, tanto en el año 2013 como 2015 la remuneración de los médicos de AP era el doble al salario bruto promedio. En el caso de los médicos de AH, la brecha era de 2,4 en 2013 (la misma que figura en el informe de 2019 y una décima por debajo (2,3) en el año 2015).

Es menor la disponibilidad de datos en el caso de los médicos autónomos, aunque en todos los países del informe de OCDE de 2019 la brecha fue mayor que la de los médicos asalariados.

6.3.3.2 Comparaciones de las retribuciones de los médicos con otros profesionales de similar nivel formativo

Según el informe Inserción laboral de los graduados universitarios^{XLV}, del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, en 2019 los médicos ganaban más que ningún otro graduado universitario al cuarto año de haber obtenido su título (34.000 € brutos anuales), el 92% de ellos ya habían sido contratados. El grado en medicina es la titulación universitaria en España con mayor grado de inserción laboral temprana. Después de los médicos, los graduados en náutica y transporte marítimo, en ingeniería aeronáutica y en ingeniería de organización industrial s obtienen las mejores retribuciones (los ingenieros ganan al menos un 11% por debajo de los médicos)⁷.

Según un informe sobre empleo en 2018 realizado por Adecco^{XLVI}, la categoría profesional es la variable que más influye en la retribución. Pese a las limitaciones que supone realizar comparaciones absolutas, se observa que un titulado universitario con estudios de posgrado percibe un salario 70% superior al de un trabajador sin estudios o con estudios básicos. La brecha es de 40% cuando se compara con un titulado superior en Formación Profesional y 17% mayor al de un profesional que no continúa sus estudios después de haber obtenido el título universitario. Otro condicionante del salario es el nivel for-

7 Los titulados en Ciencias Actuariales y Financieras reciben algo más de 28.000 € brutos anuales, por encima de quienes se gradúan de Enfermería (26.000 € brutos anuales), Derecho (23.500 € brutos anuales) y Arquitectura (poco más de 19.000 € brutos anuales)

mativo del empleado, alcanzando un promedio anual bruto de 29.700 € para quienes poseen un máster o posgrado. Tal como se presenta en la tabla 5, ese valor es 8,5% mayor que quienes han obtenido un Doctorado y 16,7% más elevado que el de aquellos que alcanzaron una licenciatura, diplomatura o título de grado universitario.

Tabla 5: Salario bruto anual promedio según nivel formativo máximo del empleado. En €. 2018.

Nivel formativo máximo	Salario bruto (€/año)
Máster o posgrado	29.706,50 €
Doctorado	27.386,29 €
Licenciatura/Diplomatura/Grado universitario	25.445,43 €
Ciclo formativo de grado superior (FP) o equivalente	21.496,19 €
Ciclo formativo de grado medio (FP) o equivalente	18.703,51 €
Bachillerato o equivalente	18.583,07 €
Sin estudios	17.562,50 €
Educación Secundaria Obligatoria, graduado escolar o equivalente	16.523,78 €

Fuente: Adecco 2018. <https://iestatic.net/infoempleo/documentacion/Informe-infoempleo-adecco-2018.pdf>

Según un informe de 2020 realizado por HAYS^{XLVII}, una compañía multinacional británica especializada en selección especializada de personal, el salario fijo bruto anual de los médicos de AP y AH de cinco ciudades españolas⁸, presenta marcadas diferencias con otros profesionales con similar nivel formativo. Aun cuando las brechas dependen no solo de la profesión sino de los años de experiencia, globalmente se observa que los salarios de los médicos (tanto de AP como de AH) son superiores a los que reciben los arquitectos e ingenieros⁹ pero notablemente inferiores al de los abogados. En promedio, los salarios de los médicos de atención primaria en 2019 fueron 58,5% superiores a los recibidos por los arquitectos y 22,3% mayores que los salarios de los ingenieros en las cinco ciudades analizadas.

⁸ El informe se centra en las ciudades de Barcelona, Madrid, Bilbao, Sevilla y Valencia.
⁹ Se analizó el salario de los ingenieros de proyectos.

En el caso de los médicos de atención hospitalaria, sus salarios fueron prácticamente 65% superiores a los arquitectos y 27% que el de los ingenieros. Al analizar en detalle las diferencias entre los médicos de AP y AH frente a ambos tipos de profesionales y considerando la misma cantidad de años en la profesión, la brecha más amplia se observa entre los médicos de atención hospitalaria de Bilbao y Sevilla que cuentan con entre 2 y 5 años de experiencia frente a los arquitectos. Mientras que el salario de estos últimos profesionales asciende a 22.000 € brutos al año, el de los médicos de AH es 86,4% superior (41.000 €).

Muy diferente es la situación de los médicos frente a los abogados, aunque la comparación no resulta sencilla ya que las retribuciones de estos últimos están condicionadas por la categoría a la que pertenecen, la cual no coincide exactamente con la antigüedad de los médicos en la profesión. Según un análisis realizado por Signium^{XLVIII} en despachos españoles que agrupan a más de 7.000 profesionales, se clasificó a los abogados en 5 categorías de acuerdo a, número de años en la profesión, tal como se describe en la tabla 6.

Tabla 6: Categorías para el análisis. Abogados.

Categoría	Años en la profesión
Junior	1 a 3
Asociado	4 a 6
Asociado Senior	7 a 9
Director o Socio	10 o más

Fuente: Signium. <https://www.signium.es/Portals/56/SIGNIUM%20-%20Estudio%20salarial%20sector%20legal%20web%202018.pdf>

Pese a las limitaciones que surgen de esta dispar agrupación de médicos y abogados según años de experiencia, la brecha es siempre a favor de estos últimos. Los salarios de los socios son al menos 250% más elevados que los de los médicos de AP con más de 10 años de experiencia, situación evidenciada en Sevilla y Valencia. Esa brecha se amplía hasta 400% al comparar los 285.000 euros brutos anuales que reciben los socios en los despachos internacionales de Madrid frente a los 57.000 € de los médicos de AP de la misma ciudad.

Tal es la diferencia en el nivel salarial que en tres de las cinco ciudades analizadas (Barcelona, Madrid y Bilbao), los abogados con no más de 6 años en la profesión reciben salarios superiores al de los médicos de AH con más de 10 años de experiencia.

6.3.4 Satisfacción de los médicos con las remuneraciones

Las remuneraciones suelen ser uno de los factores más relevantes de cara a la satisfacción del personal y a la motivación profesional de cualquier trabajador, y obviamente los médicos no son la excepción, independientemente del importante componente vocacional que se asocia al ejercicio de la medicina y al cuidado de la salud, en general. En una serie de informes, Medscape realizó encuestas a médicos de diferentes países con el fin de identificar los factores asociados a la satisfacción con las remuneraciones. Se indagó en aspectos tales como la cantidad de horas trabajadas, la presencia de reglas y reglamentos, hasta las dificultades para obtener un reembolso justo por parte de los aseguradores.

Si bien no hay una correlación absoluta entre nivel de remuneración y satisfacción de los médicos con sus retribuciones, se aprecia cierto grado de asociación. De hecho, Estados Unidos, Alemania y Reino Unido son los tres países (en ese orden) donde los médicos, tanto de AP como de AH, reciben las remuneraciones brutas anuales más elevadas (en euros corrientes), y son los tres países donde manifiestan mayor satisfacción con sus retribuciones, en el mismo orden. En España, por el contrario, parece no cumplirse esa regla: es el 5º país de los estudiados en nivel de ingresos para los médicos, pero ocupa la última posición en satisfacción. Entre los médicos de AP españoles, solo el 16% refiere estar satisfecho con la remuneración, mientras que entre los médicos de atención hospitalaria el porcentaje es aún menor (13%).

6.4 Remuneraciones por CCAA

En este apartado se comparan las retribuciones de los médicos de AP y de AH en España, por CCAA, clasificados según grupos homogéneos de antigüedad y otras características.

6.4.1 Introducción: Tipología de los médicos

La Organización Médica Colegial (OMC) de España presentó un informe^{XLIX} con las remuneraciones de los médicos de AP en las diferentes Comunidades Autónomas para el año 2018 y su evolución desde 2009. Para ello realizó una clasificación de los profesionales en 4 categorías, considerando el momento de la carrera, la edad, el hecho de contar o no con plaza en propiedad y la dedicación al servicio de salud, entre otros.

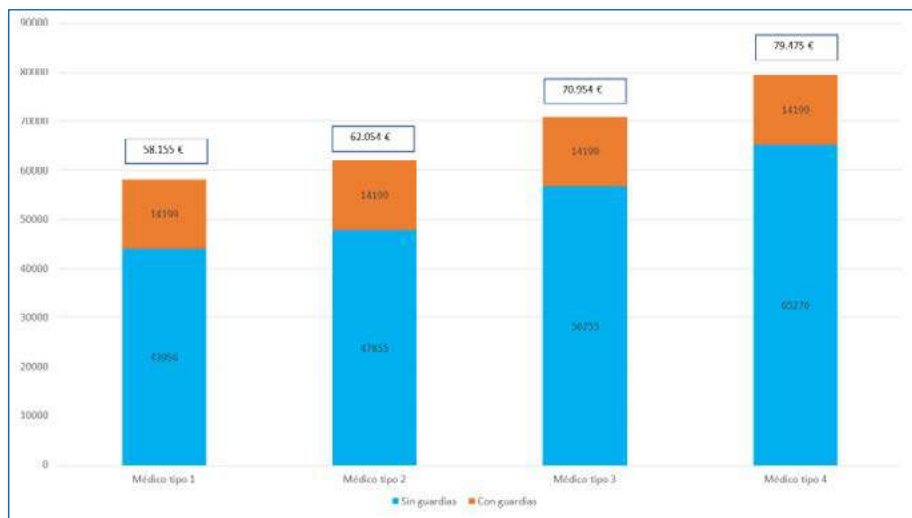
- Médico tipo 1: Inicia su actividad profesional como interino eventual o sustituto (con 30 años o más de edad). Tiene reconocido un trienio, sin nivel de Carrera Profesional retribuido, sin dedicación exclusiva al Servicio de Salud, realiza Atención Continuada A y tiene la posibilidad de realizar guardias.
- Médico tipo 2: Inicia su actividad profesional como interino eventual o sustituto (con 30 años o más de edad). Tiene reconocido un trienio, sin nivel de Carrera Profesional retribuido, con dedicación exclusiva al Servicio de Salud, realiza Atención Continuada A y tiene la posibilidad de realizar guardias.
- Médico tipo 3: Se encuentra en la parte central de su actividad profesional (con 40 años o más de edad). Es propietario de plaza, tiene reconocidos cinco trienios y 2° nivel retribuido de carrera profesional, con dedicación exclusiva al Servicio de Salud, realizada Atención Continuada y tiene la posibilidad de realizar guardias.
- Médico tipo 4: Está en la etapa final de su actividad profesional (con 55 años o más de edad). Es propietario de plaza, tiene reconocidos diez trienios y el 4° nivel retribuido de carrera profesional (o el máximo reconocido en el Servicio de Salud), con dedicación exclusiva al Servicio de Salud, realiza Atención Continuada A y tiene la posibilidad de realizar guardias.

A partir de dicha clasificación, se analizó la remuneración en cada grupo, considerando la inclusión o no de guardias, lo cual genera 8 categorías.

6.4.2 Comparación de las retribuciones de los médicos de AP en las CCAA españolas

En 2018, la remuneración promedio (sin incluir guardias) de las CCAA españolas supone cerca de 44.000 € brutos anuales para los médicos tipo 1 y poco menos de 48.000 € para los de tipo 2. Los médicos del tipo 3 reciben en promedio 56.755 €, un 18,6% más que sus colegas del tipo 2 y finalmente, los del tipo 4 alcanzan algo más de 65.000 € brutos al año. Como puede observarse en el Gráfico 5, en España las guardias otorgan a los médicos del país un ingreso adicional de algo más de 14.000 € al año. Ello representa 32,3% de la remuneración total para los médicos tipo 1, porcentaje que se reduce hasta el 21,8% para los médicos tipo 4.

Gráfico 5: Remuneración promedio por tipo de médico. Médicos de AP. Con o sin guardia. 2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de OMC. <http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/Retribuciones-Medicos-AP-2018-2009.pdf>

Las retribuciones mínimas se localizan en los médicos tipo 1 de Cataluña que no realizan guardias, con un salario bruto anual de 33.375 €. En contrapartida, los mayores ingresos son para los médicos tipo 4 de Ceuta y Melilla que realizan guardias (poco menos de 94.000 €). Los extremos descritos implican una diferencia de 60.000 € anuales (180%) a favor del último grupo.

Entre los médicos tipo 1 que no realizan guardias, son doce las CCAA que se encuentran por encima del promedio de este tipo de médicos (casi 44.000 €), encabezados por Murcia con 56.000 €, el País Vasco (49.600 €) y Canarias (48.600 €). En Navarra, Andalucía y Cataluña se observan las remuneraciones más bajas, entre 8 y 10.000 € por debajo del promedio.

Como puede observarse en el gráfico anterior, en los médicos del tipo 2 el promedio es 4.000 € más elevado que el tipo 1 con un rango de remuneraciones que se sitúa entre 42.000 €, en Cataluña, y 59.000 € en Ceuta y Melilla. En el grupo de médicos tipo 3 se presenta la mayor diferencia porcentual respecto al grupo anterior, un 18,6% más que el tipo 2. Y finalmente, el grupo 4 también está liderado por Ceuta y Melilla, aunque debido al escaso número de profesionales no ha sido considerado en el informe de OMC para estimar el promedio nacional. La brecha en los ingresos entre los médicos tipo 1 que menos ganan y los del tipo 4 con mayores ingresos supera el 50%, con el piso de poco más de 33.000 € en Cataluña hasta los 82.500 € de Ceuta y Melilla.

La Comunidad Autónoma de Cantabria ocupa el 7º lugar entre las que mejores remuneraciones pagan a sus médicos de tipo 1, 3.000 € por encima del promedio. En el resto de los grupos ocupa el puesto 11º, 12º y 10º, siempre por debajo del promedio de cada grupo.

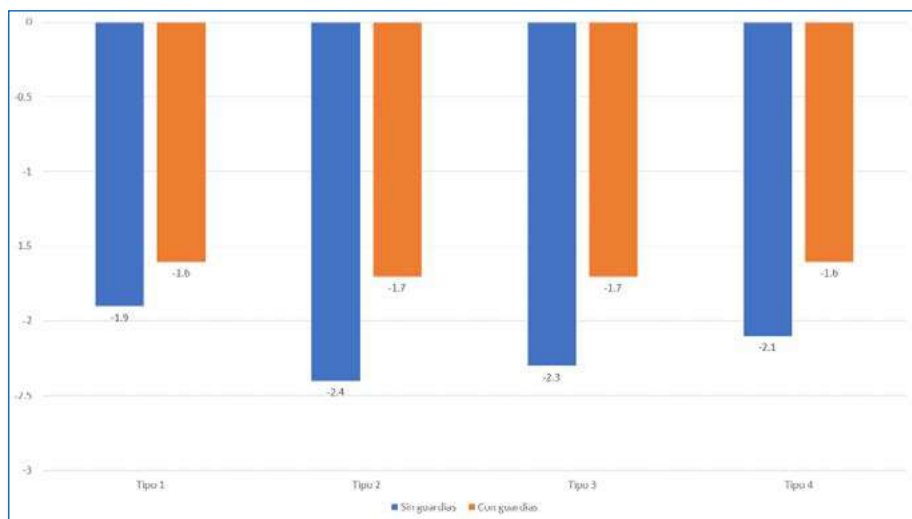
El ingreso promedio de los médicos tipo 4 que realizan guardias es un 37% superior al de los médicos tipo 1 y cerca de un 22% mayor que el de los del mismo grupo que no hacen guardias.

A diferencia de lo observado al comparar los ingresos sin guardias, entre los profesionales que realizan guardias, la Comunidad de Cantabria presenta mejor ubicación entre los médicos tipo 1 (5º lugar), tipo 2 (10º) y 3 (11º), no así en el tipo 4 donde ocupa el 11º lugar (uno por debajo de la 10ª posición observada entre los médicos que no realizan guardias). Aunque probablemente más relevante que el lugar que ocupa en el ranking sea la distancia a la media de cada tipo de médico. Mientras en el tipo 1 se encuentra por sobre el promedio, en el resto de los grupos se ubica ligeramente por debajo (0,8% en el tipo 2, 1,6% en el tipo 3 y 1% en el tipo 4).

Cambios en los ingresos y poder adquisitivo de los médicos de AP en la última década

Entre 2009 y 2018, la mayoría de los médicos de AP sufrieron un recorte en sus ingresos y, sobre todo, una acusada pérdida de poder adquisitivo. La caída media de la retribución bruta anual de los médicos de atención primaria del país fue entre 800 € y 1500 €, aunque el mayor impacto porcentual fue para los médicos tipo 2 sin guardias con un descenso de 2,4% en sus remuneraciones (Gráfico 6).

Gráfico 6: Reducción promedio en la remuneración bruta anual. Médicos de AP. España. 2009-2018.



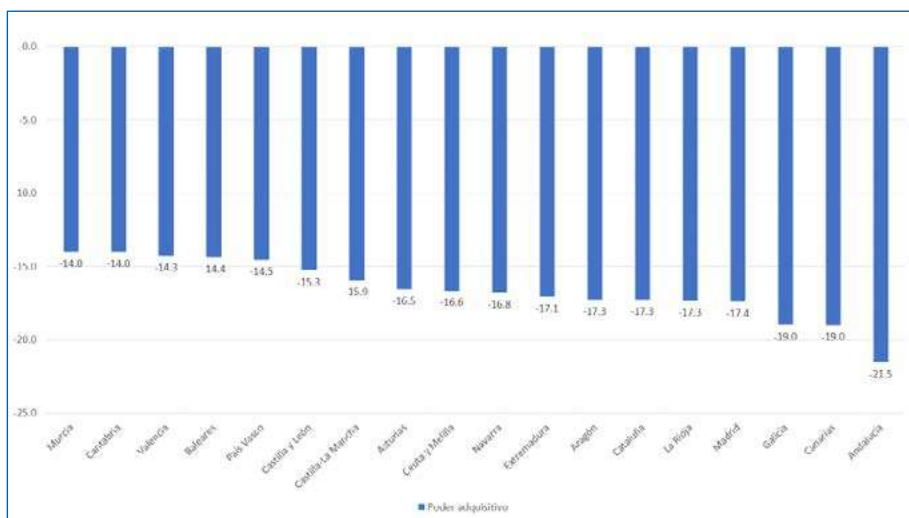
Fuente: Elaboración propia a partir de OMC. <http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/Retribuciones-Medicos-AP-2018-2009.pdf>.

Si bien el promedio nacional arrojó resultados negativos en todos los niveles de ingreso, la situación no ha sido uniforme en todas las Comunidades Autónomas. En nueve CCAA, la reducción en el ingreso alcanzó a todos los tipos de médicos, más allá de la realización o no de guardias. La menor caída en términos absolutos se observó en los médicos tipo 4 de La Rioja que realizan guardias, con una reducción de su ingreso bruto anual de 77 €. En el extremo opuesto, se encuentran los médicos andaluces de ese mismo grupo quienes vieron reducir sus remuneraciones en cerca de 4.900 €. Pero en términos porcentuales, el mayor descenso lo padecieron los médicos gallegos tipo 1 que realizan guardias, con casi un 8%.

En otras tantas CCAA, algunos tipos de médicos no solo no padecieron reducciones en sus remuneraciones, sino que incluso, recibieron aumentos. Así ha sido en Murcia, donde prácticamente todos los médicos han sido favorecidos con algún grado de crecimiento en sus retribuciones (inferior, en todo caso al 2%). Los mayores beneficiados han sido los médicos tipo 1 de Cantabria, con 9,9% de aumento entre quienes no realizaron guardias. Cabe señalar que ese crecimiento en la retribución respecto a 2009 obedece a la generalización del cobro del complemento específico que terminó de implementarse luego de ese año.

En promedio, los médicos de AP de las CCAA han sufrido una considerable pérdida del poder adquisitivo entre 2009 y 2018, que ronda entre el 16 y el 17%. A diferencia de lo observado al analizar la caída en las remuneraciones, todas las Comunidades Autónomas se han visto afectadas por esta pérdida en el poder adquisitivo. Galicia, Canarias y Andalucía son las CCAA con mayor caída promedio (gráfico 7). Individualmente, los médicos menos afectados fueron los del tipo 1 de la Comunidad de Cantabria que no realizaron guardias, con un descenso menor al 4% en esos años.

Gráfico 7: Pérdida de poder adquisitivo entre 2009 y 2018. Médicos de AP. Por CCAA.



Fuente: Elaboración propia a partir de OMC. <http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/Retribuciones-Medicos-AP-2018-2009.pdf>

6.4.3 Comparación de las retribuciones de los médicos de AH en las CCAA españolas

De acuerdo a un informe del Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada^L (CESM), en el cual se analizó el ingreso de los profesionales médicos en el ámbito hospitalario (sin incluir a los Médicos Internos Residentes, MIR) para el año 2018 y utilizando la misma clasificación que la referida para los médicos de AP, el ingreso bruto promedio fue de 53.000 € en 2018 entre quienes no realizaron guardias, 14.000 € menos que aquellos que trabajaron en los servicios de Urgencias y Emergencias. Esos montos son prácticamente iguales a los ingresos de los médicos de AP e incluso se encuentran ligeramente por debajo de aquellos (menos del 2%).

La escala salarial parte de un mínimo de 34.135 € en Andalucía (médicos tipo 1 sin guardias) hasta 93.000 € en los médicos tipo 4 de Ceuta y Melilla que realizan guardias (cerca de 3 veces más).

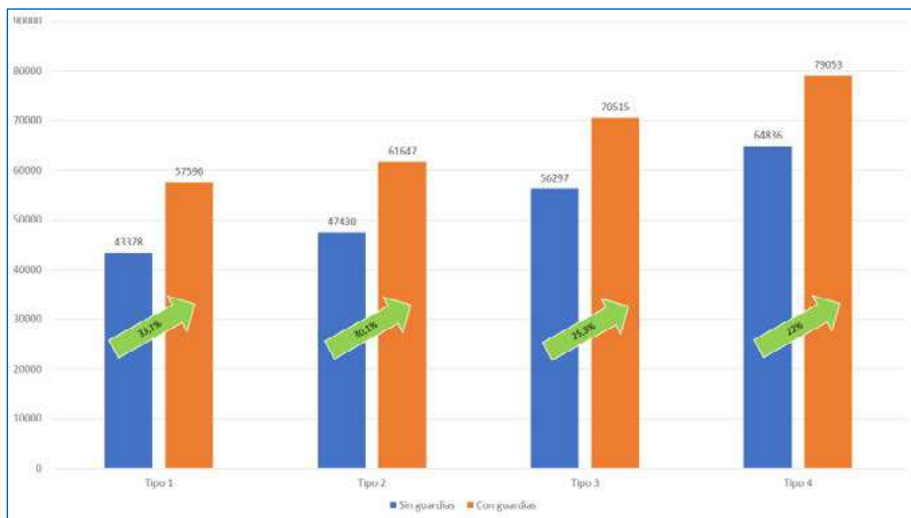
Entre los médicos del tipo 1 (sin guardias) solo Andalucía, Navarra, Asturias, Galicia, Cataluña y Extremadura se encuentran por debajo de promedio del grupo (43.378 €) y los valores más altos se observan en Murcia (53.000 €), el País Vasco (49.000 €) y Canarias (48.000 €). En el grupo 2, aparecen Navarra, Cantabria y Madrid entre las CCAA que menos pagan, entre 2.000 y 4.000 € por debajo del promedio. Al igual que en el grupo anterior, Murcia, el País Vasco y Canarias ocupan los primeros puestos, aunque los médicos de Ceuta y Melilla son quienes reciben las mejores remuneraciones (cerca de 57.000 €). En el caso de los médicos tipo 3 y 4 que no realizan guardias, las primeras posiciones pertenecen a Ceuta y Melilla, Murcia, Valencia y el País Vasco, más allá de alternar el liderazgo entre ellas.

Cuando se analizan las remuneraciones de los médicos de hospital que realizan guardias, la comparación entre CCAA no presenta muchas diferencias a las informadas para los médicos de hospitales que no realizan guardias.

De manera similar a lo descrito para los médicos de AP, la Comunidad de Cantabria se encuentra por arriba de la remuneración promedio en el tipo 1 pero en el resto de los tipos de médicos está siempre por debajo, hasta 2.550 € menos que la retribución promedio para los médicos tipo 3 que realizan guardias.

Globalmente, la realización de guardias aporta un 27,6% de ingresos extra, llegando al 33% en los médicos tipo 1. Por otra parte, tal como queda evidenciado en el gráfico siguiente, el impacto porcentual de las guardias sobre la remuneración total que reciben los médicos varía en función del tipo de médico del que se trate.

Gráfico 8: Remuneración bruta anual promedio. Médicos de hospital por tipo. Con o sin guardia. 2018.



Fuente: CESM 2018. <http://simeg.org/wp/wp-content/uploads/2019/02/Retribuciones-Hospital-2018.pdf>

Cambios en los ingresos y poder adquisitivo de los médicos de hospital en la última década

El informe *Diferencias retributivas de los Médicos de Hospital Españoles en 2018 y recortes desde 2009* analizó el cambio en el nivel de ingreso de los médicos entre 2009 y 2018, identificando una caída de entre 854 € y 1301 € en la remuneración bruta anual (hasta 2,3%). La Comunidad Autónoma con mayor caída en promedio es Madrid donde los profesionales médicos perdieron casi 3.000 € de ingresos, aunque el mayor descenso lo padecieron los médicos tipo 4 de la Comunidad Autónoma de Navarra que realizaron guardias (3.870 €).

De manera similar a los hallazgos de la OMC para los médicos de AP, en el período 2009-2018, los médicos de hospital sufrieron una pérdida de poder adquisitivo entre 16 y 17%. Madrid encabeza el grupo con una caída superior al 20% seguida por Navarra, Galicia, Asturias y Extremadura, todas ellas con descensos superiores al 18%. En el extremo opuesto es posible identificar a Murcia, Canarias y Cantabria con pérdidas de entre el 12,5 y el 14% en el poder adquisitivo. Individualmente, los médicos más afectados han sido los gallegos del tipo 1 sin guardias cuyos ingresos tuvieron una caída que alcanzó el 21,5% y los menos afectados, los médicos de Cantabria con un descenso de solo el 3,3% en el mismo grupo profesional.

6.4.4 Las retribuciones de los Médicos Internos y Residentes (MIR)

La retribución de los Médicos Internos y Residentes (MIR) está regulada por el Real Decreto 1146/2006^{LI} e incluye los siguientes conceptos:

- Sueldo, cuya cuantía será equivalente a la asignada, en concepto de sueldo base, al personal estatutario de los servicios de salud en función del título universitario exigido para el desempeño de su profesión, atendiendo, en el caso de los residentes, al exigido para el ingreso en el correspondiente programa de formación.
- Complemento de grado de formación, cuya percepción se devengará a partir del segundo curso de formación. La cuantía del mismo será un porcentaje del sueldo, de acuerdo al año de formación en el que se encuentren. Los residentes de segundo año recibirán un complemento equivalente al ocho por ciento del sueldo, mientras que para los residentes de tercer año será del 18%. Los MIR de cuarto y quinto año recibirán un complemento equivalente al 28% y 38% del sueldo, respectivamente.
- Complemento de atención continuada.
- Plus de residencia en aquellos territorios en los que esté establecido.

Asimismo, los residentes percibirán dos pagas extraordinarias que se devengarán semestralmente, el importe de cada una de ellas será, como mínimo, de una mensualidad del sueldo y del complemento de grado de formación.

De forma similar a como realizó el análisis de las retribuciones de los médicos de hospital, el Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada presentó también un informe comparativo sobre el grupo de médicos Residentes^{LII}. El ingreso promedio de los Residentes del país depende no solo del año de formación en el que se encuentran sino también del aporte adicional que supone la realización de guardias. En promedio, sin contar las guardias, los MIR españoles reciben 16.100 € en el primer año, cifra que aumenta entre un 7,5 y un 9% cada año hasta alcanzar los 22.000 € en 5º año. El aporte de las guardias es notable para la remuneración final; de hecho, la realización de una guardia semanal termina adicionando entre un 75 y un 86% al salario de este grupo profesional. Los ingresos más bajos (sin considerar las guardias) son para los Residentes de Asturias, Castilla-La Mancha, Madrid y La Rioja, en todos los años de formación de posgrado. En Ceuta y Melilla se identificaron las mejores remuneraciones en cada uno de los 5 años del MIR, lo que podría explicarse en parte por el complemento por residencia para los Residen-

tes del Instituto de Gestión Sanitaria (INGESA), que en 2018 era de 10.979 € anuales. Canarias, Murcia, Galicia y la Comunidad Valenciana aparecen generalmente en las primeras posiciones a nivel de remuneraciones, mientras que la Comunidad Autónoma de Cantabria ocupa el 9º lugar en cada uno de los años de Residencia, con valores prácticamente iguales al promedio nacional.

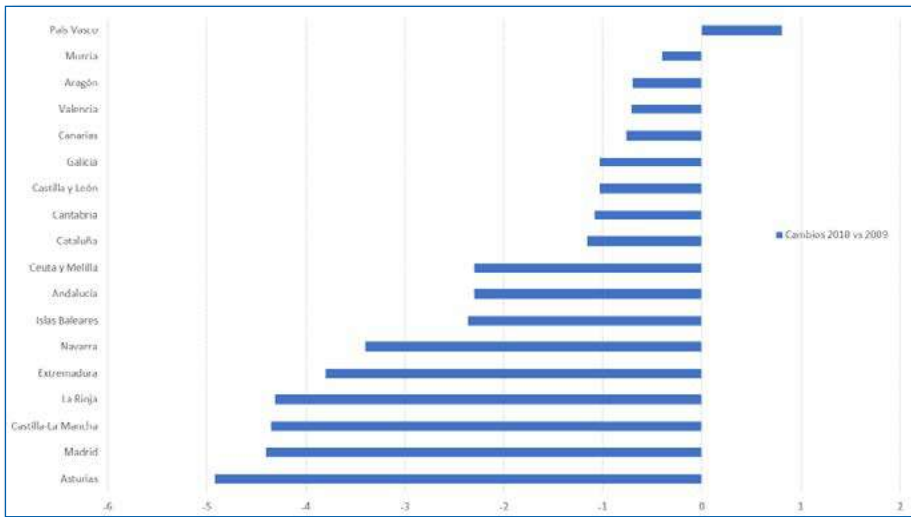
Como se mencionó previamente, el impacto de las guardias sobre el ingreso anual de los residentes es muy elevado. Si bien aparecen nuevamente Ceuta y Melilla con las mayores remuneraciones, se observa que Navarra, Castilla-La Mancha y el País Vasco aparecen mejor posicionadas en esta comparación. Teniendo en cuenta que el análisis contempla la realización de una guardia semanal, ese cambio en el ranking de estas CCAA deja clara la mejor retribución alcanzada por las guardias en ambas Comunidades. De hecho, en promedio los residentes del País Vasco aumentan sus ingresos un 91,8% por las guardias, mientras que en Navarra y Castilla-La Mancha el impacto se ubica cercano al 110%. Las remuneraciones de la Comunidad Autónoma de Cantabria se mantienen muy cercanas al promedio nacional, ocupando entre el 9º y 10º lugar entre las Comunidades Autónomas con remuneraciones más elevadas.

Cambios en los ingresos y poder adquisitivo de los MIR en la última década

Los médicos residentes no han sido ajenos al efecto de la crisis sobre las remuneraciones de los profesionales de la salud. Excepto en el País Vasco e Islas Baleares, que han tenido leves aumentos en las remuneraciones de los residentes con guardias respecto a 2009, la mayor parte de estos profesionales vieron reducirse sus ingresos. En promedio, la mayor caída se produjo en el Principado de Asturias (1.200 €), equivalente al 4,92%. Allí también se observó el mayor descenso individual, que fue de 1.531 € para los residentes de 5º año con guardias. El gráfico 9 presenta el detalle para la totalidad de CCAA españolas, donde puede observarse que el País Vasco ha sido la única con un crecimiento positivo respecto al 2009 (0,81%).

Merece la pena destacarse que el salario de los MIR no se ha modificado entre 2012 y 2016, fecha en que se incrementó tan solo un uno por ciento^{LIII}.

Gráfico 9: Remuneración bruta anual. Médicos residentes. 2018 vs 2009. Por CCAA.



Fuente: CESM 2018. <http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/Retribuciones-MIR-2018.pdf>

La pérdida de poder adquisitivo en 2018 respecto a 2009 ha sido del 16,6% para los residentes de todos los años, promedio superado, entre otros, por Asturias, Madrid, Castilla-La Mancha y La Rioja con más del 18%. Al igual que en caso de los médicos de AP y hospital, la pérdida de poder adquisitivo ha sido mayor que la disminución observada en la remuneración nominal.

7. DISPONIBILIDAD DE MÉDICOS EN LA UE, ESPAÑA Y CCAA

7.1 Introducción

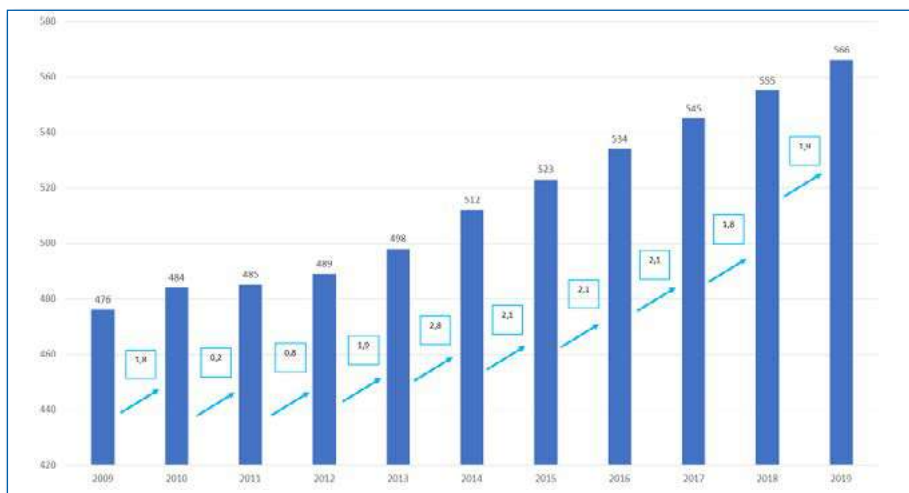
En este apartado se describe la información de distintas fuentes sobre el número de médicos colegiados, activos, ocupados en la red pública y en total. Se analiza la composición por género y edad, y las ratios poblacionales.

7.2 Médicos colegiados

7.2.1 Médicos colegiados en España

Según datos del Instituto Nacional de Estadística procedentes de la Organización Médica Colegial^{LV}, en el año 2019 España contaba con 267.995 médicos colegiados (incluyendo los jubilados), 566 por 100.000 habitantes^{LV}, de los cuales 51,6% eran mujeres. El número total de médicos ha aumentado un 49,7% desde inicios de este siglo y algo más de 22% en los últimos 10 años, ya que en 2009 ascendía a 219.031 profesionales. Por su parte, el gráfico 10 detalla la evolución de la tasa de médicos colegiados por 100.000 habitantes y su aumento interanual desde 2009.

Gráfico 10: Médicos colegiados. Tasa por 100.000 habitantes. 2009-2019. España.



Fuente: Elaboración propia a partir de INE (https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176781&menu=ultiDatos&idp=1254735573175) y OMC 2018 (https://www.cg-com.es/sites/default/files/estudio_demografia_2017/)

En el gráfico previo se observa que el mayor crecimiento interanual se produjo en 2014 (2,8%), año en el que España ha quebrado la barrera de los 500 médicos por 100.000 habitantes. Desde entonces este indicador ha crecido un 2% interanual en promedio.

El gráfico 11 describe la distribución de colegiados por rango etario¹⁰. Mientras que en los mayores de 70 años las mujeres representan un 17,5% del total, en menores de 35 años alcanzan valores cercanos al 68%.

Gráfico 11: Médicos Colegiados según edad y sexo. España. 2019.



Fuente: Elaboración propia a partir de INE. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176781&menu=ultiDatos&idp=1254735573175

En el año 1954 solo había 3 médicas colegiadas¹⁰ y en 1982 ya eran 20.000. En el año 2017 las mujeres han pasado a representar más del 50% de los médicos colegiados.

7.2.2 Comparación de las tasas de médicos colegiados en España, la OCDE y la UE

El promedio de médicos colegiados por 100.000 habitantes en los países de la OCDE ascendía en 2018 a 492 profesionales¹¹. La tasa de 566 médicos colegiados por 100.000 habitantes reportada para España en 2019 la ubican en el 11º lugar en número de médicos colegiados por 100.000 habitantes

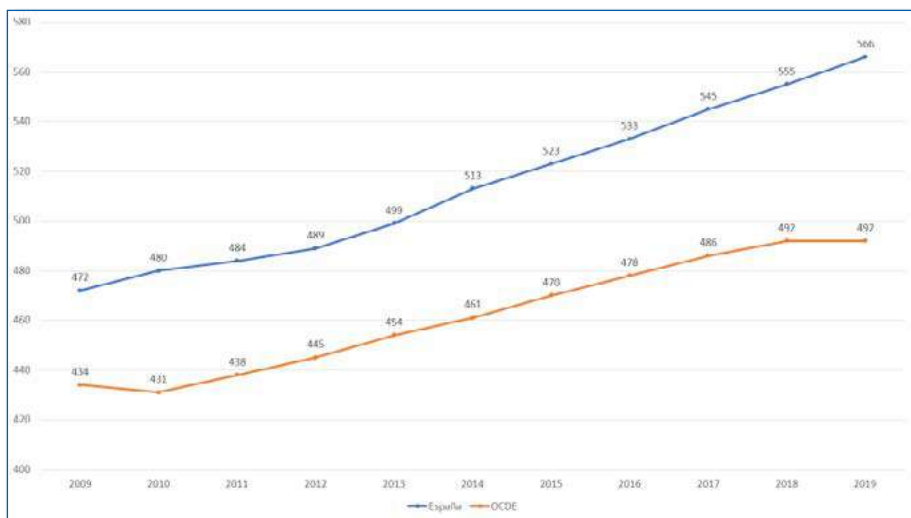
¹⁰ Todos los tramos decenales, excepto quienes están entre 55 y 64 años, tienen entre 18% y 19% de los médicos colegiados. Incluso los mayores de 65 años suman casi 19% del colectivo.

¹¹ Con extremos que iban desde 262 profesionales (Chile) hasta 774 en Islandia.

(posición que ocupa desde el año 2010), un 15% por encima de la media del grupo.

El gráfico 12 presenta la evolución de este indicador en España y en la OCDE (promedio) desde 2009.

Gráfico 12: Médicos colegiados por 100.000 habitantes. España y promedio OCDE. 2009-2019.



Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE (<https://stats.oecd.org/>) e INE (https://www.ine.es/dyngs/INE-base/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176781&menu=ultiDatos&idp=1254735573175)

En el gráfico anterior puede apreciarse, no solo que la tasa de médicos colegiados ha aumentado de forma constante tanto en España como en los países de la OCDE, sino también que la diferencia se ha ido ampliando con el correr de los años.

A partir de las estadísticas de EUROSTAT^{LVII} para el año 2017 y considerando como médicos jubilados a la diferencia entre los colegiados y los activos, el promedio de médicos jubilados asciende a 28,4 del total entre los 20 países de la UE sobre los que hay datos disponibles. El mencionado promedio se encuentra muy por encima del 14% de España mencionado unos párrafos más arriba.

7.2.3 Médicos colegiados por Comunidades Autónomas

Las CCAA españolas presentan una marcada dispersión en la tasa de médicos colegiados, desde tasas menores a 380 por 100.000 habitantes (Melilla) has-

ta los 689,3 de la Comunidad de Aragón. En términos absolutos, la Comunidad de Madrid encabeza el listado con casi 46.000 médicos colegiados^{12, LVIII}.

En el año 2019, España contaba con 138.250 médicas colegiadas lo cual representaba 51,6% del total. Al analizar la situación en cada una de las CCAA, se aprecia que la Comunidad de Madrid cuenta con la mayor proporción de mujeres (56,4%) y junto a otras 6 Comunidades (Navarra, el País Vasco, La Rioja, Aragón, Cataluña y Asturias) superan el promedio nacional.

Las comunidades más jóvenes en su composición profesional son Madrid y Murcia. En situación opuesta se encuentran Castilla y León, Asturias, Aragón, Melilla y el País Vasco con más de 20% de los médicos colegiados mayores a 65 años.

7.3 Médicos activos

7.3.1 Médicos activos en España

De acuerdo a la OMC^{LIX}, en 2018 España contaba con 221.470 médicos activos, con una tasa de 476 médicos por 100.000 habitantes, de los cuales 52,4% eran mujeres (115.965 médicas). Dicha tasa ha aumentado un 32% desde el año 2009.

Globalmente, 59% de los profesionales en actividad tienen menos de 55 años, pero en ese grupo etario el porcentaje de mujeres asciende al 63%.

Tal como se describió al presentar la situación de los médicos colegiados, la feminización de la profesión es un hecho y todo indica que se profundizará en los próximos años.

7.3.1.1 Distribución de los médicos activos por ámbito de trabajo

Según datos de EUROSTAT^{LX} para 2018, entre los médicos que proveían servicios directos a los pacientes, España contaba con 35.378 médicos de Atención Primaria (AP) y 117.912 de Atención Hospitalaria (AH), lo cual da una razón de 3,33 médicos de AH por cada profesional de AP¹³.

12 De hecho, es esta última la que encabeza el ranking, tanto en número absoluto (44.490 profesionales) como en relación a sus habitantes. Ocho CCAA (Comunidad de Madrid, Cataluña, Andalucía, Comunitat Valenciana, Castilla y León, Galicia, País Vasco y Canarias) acumulan casi el 80% de los 267.995 médicos colegiados con los que cuenta España y son ocho también las comunidades autónomas que superan el promedio nacional de 566 médicos colegiados por 100.000 habitantes (Aragón, Madrid, Asturias, el País Vasco, Navarra, Cantabria, Castilla y León, y Cataluña)

13 En los últimos años la razón ha ido aumentando, pasando de 3,1 en 2007 a 3,2 en 2012 y finalmente a la mencionada razón AH/AP de 3,33 en 2018.

La tabla 7 presenta la distribución porcentual de los médicos activos según ámbito de trabajo, según un informe de la OMC¹⁴ a partir de un cuestionario semi-estructurado sobre una muestra de 13.498 profesionales médicos^{LXI, 15}.

Tabla 7: Médicos activos según ámbito de trabajo. España. 2018.

Ámbito de trabajo	%
Atención primaria	36,9
Hospital	45,7
Urgencias-Emergencias	13,7
Otra actividad asistencial	9,8
Actividad no asistencial	4,3

Fuente: Elaboración propia a partir de OMC. https://www.cgcom.es/sites/default/files//u183/informe_de_resultados_-_5o_muestreo_encuesta_situacion_profesion_medica_en_espana-30_mayo_2018_0.pdf
 Nota: El total supera el 100% ya que hay médicos que trabajan en más de 1 sector.

Según la quinta oleada de la Encuesta sobre la Situación de la Profesión Médica en España (ESPM) realizada por la Organización Médica Colegial^{LXI}, la gran mayoría de los 13.948 médicos encuestados (72,8%) trabajan en el sector público, aunque una porción superior al 11% lo hace tanto en dicho sector como en el privado

En el caso de los médicos de AP, el empleo en el sector público ronda el 90%. Cuando se analiza la situación laboral de los médicos que trabajan en el sector público, se observa un comportamiento dual en algo más del 13%.

7.3.2 Comparación de médicos activos en España con la OCDE y la UE

En promedio, los países de la OCDE cuentan en 2018 con 346,7 médicos activos por 100.000 habitantes. Pero cuando el análisis se limita a los 21 países de ese grupo que forman parte de la UE, la tasa alcanza los 358 médicos activos por 100.000 habitantes. Austria es el país europeo que cuenta con el mayor número de médicos por 100.000 habitantes. La tasa de España es superior a la de todos sus países vecinos.

Globalmente, los hombres superan en promedio a las mujeres (51,9% vs 48,1%) aunque en 13 países (incluida España) predomina el sexo femenino.

14 Puede observarse que la mayoría de los médicos trabajan a nivel hospitalario (45,7%) y algo más de un tercio (36,9%) lo hace en AP.

15 Se recibieron encuestas de 52 colegios médicos, con una dispar representatividad en cada uno de ellos. En el caso de Cataluña, por ejemplo, solo se recibieron 37 encuestas de Barcelona y 2 de Gerona.

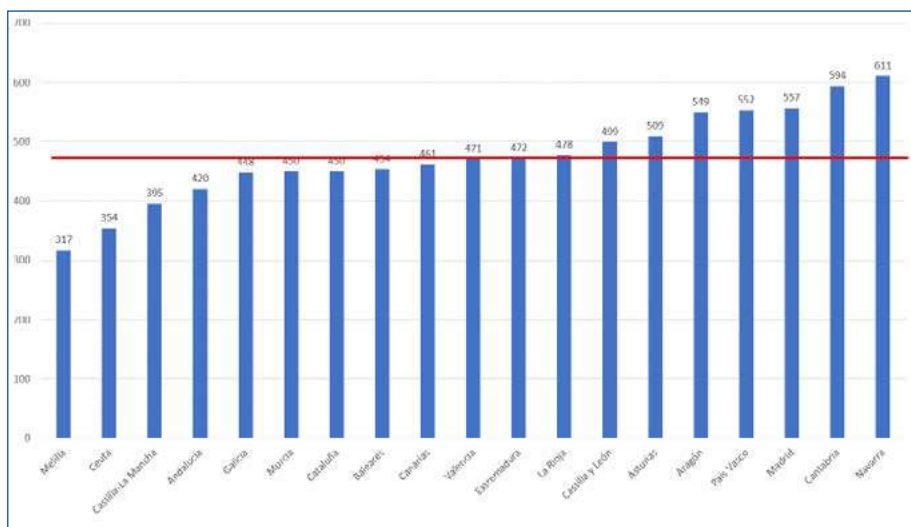
Por su parte, los países de la UE tienen casi el 42% de sus médicos por debajo de los 45 años^{LXII}, y Malta y el Reino Unido aparecen como los países cuyos médicos resultan más jóvenes en promedio).

Excepto en Irlanda y Portugal, en los países de la UE predominan los médicos de atención hospitalaria respecto a los que trabajan en atención primaria. La razón AH/AP promedio en 27 países de la UE es de 3,14 en 2018.

7.3.3 Distribución de médicos activos por CCAA

Al analizar la tasa de médicos en relación a la población, el máximo valor se observa para Navarra (611), gráfico 13. Sólo 8 CCAA superan la tasa de médicos activos por 100.000 a nivel nacional.

Gráfico 13: Médicos activos por 100.000 habitantes. Por CCAA.



Fuente: Elaboración propia a partir de OMC 2018. https://www.cgcom.es/sites/default/files/estudio_demografia_2017/

Doce CCAA presentan mayor proporción de mujeres entre los médicos, aunque solo 8 de ellas superan el promedio nacional de 52,4%. Las mayores diferencias a favor de las mujeres se observan en Madrid (58,1%), el País Vasco (57,4%)¹⁶.

16 Por su parte, las Comunidades Autónomas con mayor masculinización de sus médicos son Melilla (35,7%), Ceuta (38,9%) e Islas Baleares (47,9%)

El promedio de edad de los médicos activos es de 48,8 años¹⁷. Madrid, Murcia y el País Vasco cuentan con más del 20% de sus médicos por debajo de los 35 años. En el extremo opuesto, Cataluña aparece con más del 25% de profesionales mayores de 65 años, seguida por Cantabria (11,2%) y Melilla (8,9%).

Según el informe La Sanidad Española en cifras del año 2018, sobre datos de 2016, en todas las CCAA españolas predominan los médicos de AH sobre los de AP.

7.4 Médicos ocupados en el sector público

7.4.1 Médicos ocupados en el sector público en España

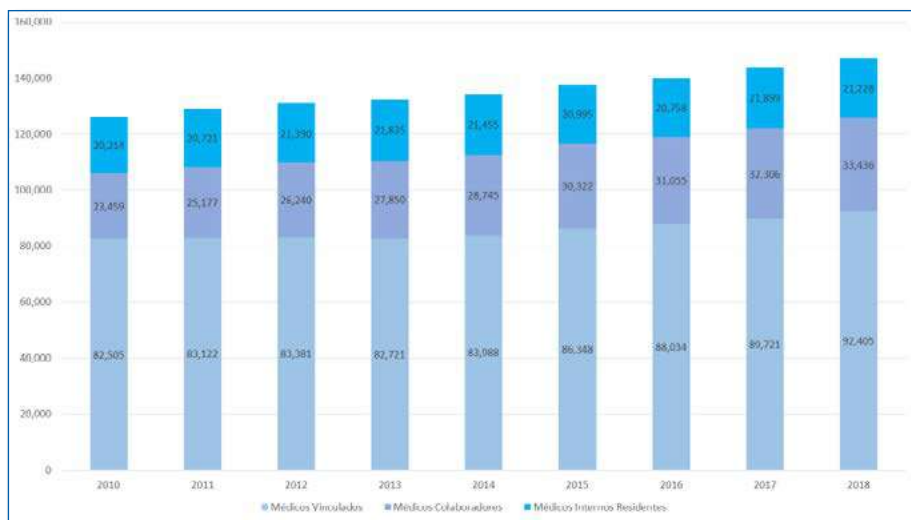
Como se presentó previamente, la mayor parte de los médicos trabajan en el Sistema Nacional de Salud (SNS). En el año 2018, 31% de los 138.797 médicos del sector (43.034) trabajaban en AP y 55,2% (76.562), en AH^{LXIII}. El restante 13,8% realiza actividades no asistenciales o en áreas no reconocidas como especialidad (como urgencias y emergencias).

Son 312,5 profesionales por 100.000 habitantes, cifra que ha aumentado un 37% desde el año 2007.

Según el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE^{LXIV}), en 2018 trabajaban 147.069 médicos en el ámbito hospitalario (y en los centros de especialidades dependientes de los hospitales). Casi 63% de ellos son médicos vinculados, es decir personal ligado al centro mediante contrato, ya sea como funcionario, laboral, estatutario, o de otro tipo, independientemente del tipo de jornada. Algo más de 33.000 médicos pertenecen a la categoría Colaboradores, personal que no tiene relación laboral con el Centro, pero que realiza actividad en el mismo mediante otro tipo de relación contractual, o como autónomo independiente. Finalmente, casi el 15% restante son Médicos Internos Residentes (MIR), personal en etapa de formación de posgrado. El gráfico 14 presenta la composición de los médicos de AH en hospitales del SNS desde 2010 hasta 2018.

17 Las CCAA más jóvenes son Madrid (46,2), Murcia (47,0), Castilla-La Mancha (47,7) y Extremadura (47,9)

Gráfico 14: Médicos de AH en hospitales. SNS. 2010-2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de SIAE. <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/comun/ArbolNodos.aspx?idNodo=14029>

Por su parte, según datos del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), el número de médicos en AP asciende a 41.709 en 2018^{LXV}. Este grupo está compuesto en su mayoría por médicos de familia (29.086), pero también por pediatras (6.519), médicos de urgencia (5.933) y médicos de cuidados paliativos (171).

Según el último informe sobre médicos especialistas publicado por el Ministerio¹⁸, el 2018 se observa un marcado envejecimiento de los médicos de la red pública con 50% de ellos con al menos 50 años e incluso algo más del 20% por encima de los 60 años de edad. En línea con los hallazgos a nivel nacional, entre las mujeres se observa que casi el 60% tiene menos de 50 años mientras que entre la población masculina, prácticamente el 30% supera los 60 años.

La estabilidad laboral es un aspecto importante de la situación laboral y una de las metas de todo trabajador y los médicos no escapan a esa preferencia. En el SNS español, en el año 2018 menos del 40% de los médicos en actividad contaba con plaza en propiedad¹⁹. Por su parte, el número de mujeres con

18 <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/20182030EstimacionOfertaDemandaMedicosEspecialistasV2.pdf>

19 De cada 100 médicos con plaza en propiedad, 71,4% tienen entre 41 y 60 años de edad, algo menos del 25% es mayor de 60 años y solo un 4% es menor de 40 años. La distribución porcentual de las plazas en propiedad sufrió modificaciones respecto a 2017, entre las que resalta un descenso entre los menores de 40 años (de 5% a 4%) y un aumento entre los mayores de 60, que pasaron del 21,5% al 24,6%.

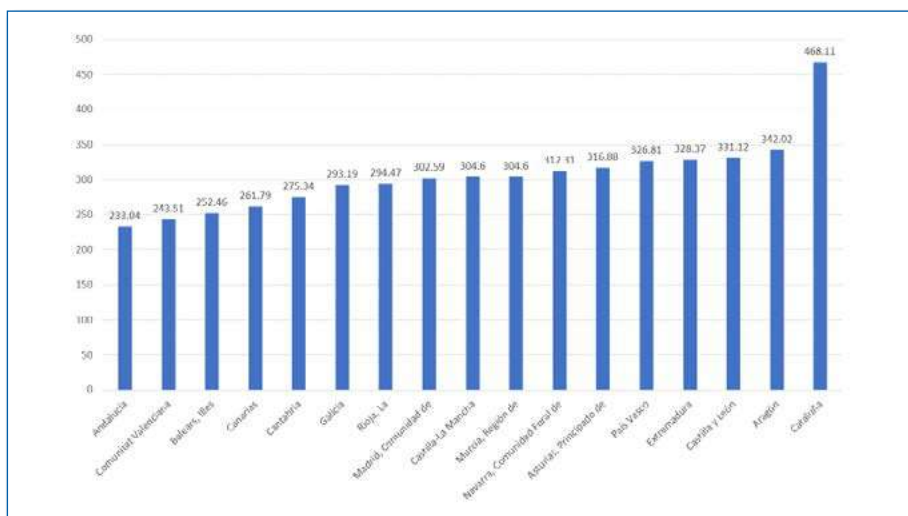
plaza en propiedad sufrió un aumento del 6% entre 2017^{LXVI} y 2018, pasando del 45,5% a 48,4%.

Entre los profesionales que no cuentan con plaza en propiedad en 2018, casi un 60% son mujeres. Los menores de 40 años representan el 41,5% en 2018, lo que pone de relieve una situación preocupante de cara a lograr la deseada estabilidad laboral entre los médicos más jóvenes.

7.4.2 Análisis del empleo público de médicos por CCAA

La Comunidad Autónoma de Cataluña posee la mayor cantidad de médicos de AH por 100.000 habitantes (468) ocupados en el sector público²⁰ (gráfico 15).

Gráfico 15: Médicos de AH ocupados en el sector público por 100.000 habitantes. Por CCAA.



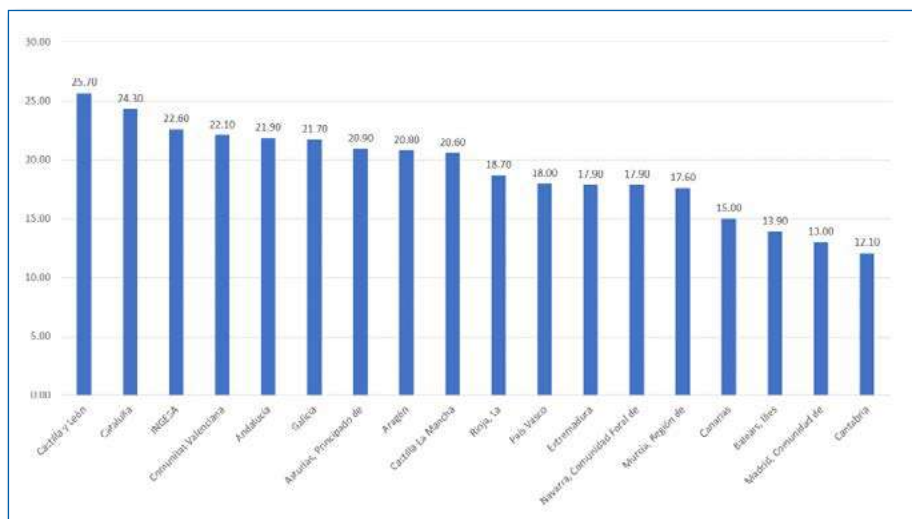
Fuente: Elaboración propia a partir de Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. <https://www.msbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/20182030EstimacionOfertaDemandaMedicosEspecialistasV2.pdf>

Siete CCAA cuentan con una tasa de médicos de AP ocupados en el sector público superior al promedio nacional, encabezadas por Extremadura con 131,8 por 100.000 habitantes. En esa Comunidad Autónoma y en Castilla y León la ratio AH/AP se encuentra entre los más bajos del país (1,49 y 1,54 respectivamente).

²⁰ Son seis las CCAA que superan el promedio nacional de 312,5 médicos por 100.000 habitantes, entre las que figuran (además de las ya mencionadas) Castilla y León (331,1), Extremadura (328,4), País Vasco (326,8) y Asturias (3

La composición etaria del cuerpo profesional resulta relevante de cara a estimar la evolución del mercado laboral. En ese sentido, ocho CCAA cuentan con más del 50% de sus médicos que superan los 50 años (gráfico 16).

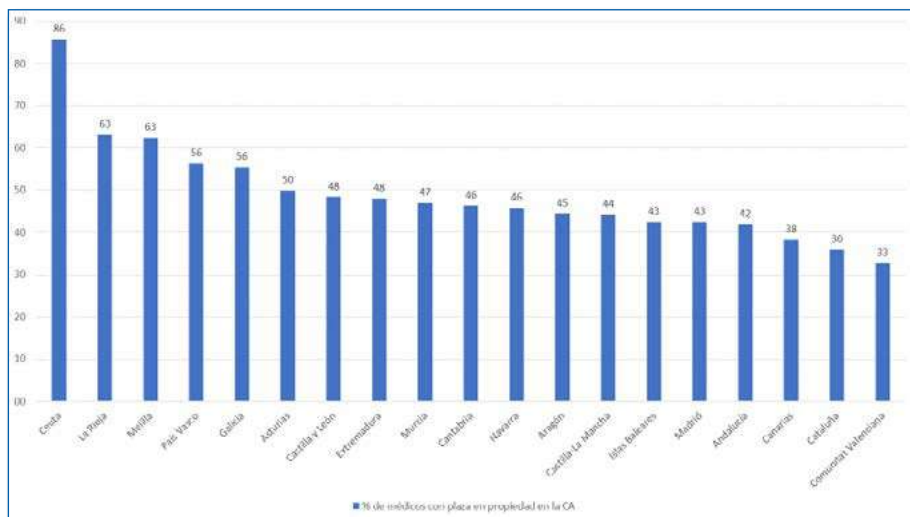
Gráfico 16: Porcentaje de médicos \geq 60 años. Red pública del SNS. 2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. <https://www.msbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/20182030EstimacionOfertaDemandaMedicosEspecialistasV2.pdf>

En cuanto a la estabilidad en el empleo, según una encuesta realizada por la OMC en 2018 a 11.970 médicos que trabajan, menos del 50% cuenta con plaza en propiedad (Gráfico 17).

Gráfico 17: Médicos con plaza en propiedad según Comunidad Autónoma. 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de OMC 2018. https://www.cgcom.es/sites/default/files/estudio_demografia_2017/

7.5 El empleo de médicos en la red privada

Según informe del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad^{LXVII} (IDIS), en 2017 trabajaban 60.606 médicos en el sector privado español, lo cual representa el 23% de los profesionales de la salud en el sector privado. Más de la mitad de los médicos (31.034) se encuentran en las Comunidades de Madrid, Cataluña y Andalucía.

Al analizar el ámbito en el que trabajaban esos médicos, se observa que algo menos del 20% lo hacían en el ámbito hospitalario y el resto (48.621 médicos) en el ámbito extrahospitalario.

8. GRADUADOS EN MEDICINA. ESPAÑA EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL

En el año 2017 se graduaron en España 14,5 médicos por 100.000 habitantes^{LXVIII}, cifra que se encuentra por debajo del promedio de la UE (15,9 en 25 países). En los últimos años se observa un aumento considerable de graduados en medicina; de hecho en promedio, entre 2012 y 2017 se produjo un aumento del 25%, y si se considera el período 2007-2017 el aumento fue aún mayor (65,3%). El comportamiento de este indicador no ha sido homogéneo en los países de la UE. Mientras que en Letonia se produjo un crecimiento de casi el 250% (pasó de 5 graduados por 100.000 habitantes en 2007 a 17,4% en 2017), en Austria y Grecia hubo una disminución del 17,9 y 29,4% respectivamente. Son varios los motivos del crecimiento en el número de graduados en España, entre los cuales resalta el hecho de ser el segundo país del mundo (solo por debajo de Corea del Sur) con mayor cantidad de Facultades de Medicina. El aumento de aproximadamente el 60% del *numerus clausus* en Universidades Públicas y Privadas también ha favorecido el aumento de graduados en medicina, alcanzándose un *numerus clausus* total de 6.995 en el período 2017-2018.

Cerca del 10% de los médicos que trabajan en España se han graduado en el extranjero, cifra relativamente baja en comparación con los países de la OCDE donde el 17,7% se han formado fuera de los países en los cuales ejercen.

9. FEMINIZACIÓN DE LA PROFESIÓN

9.1 Estudiantes de Medicina

Es un hecho que la profesión médica ha iniciado hace años un proceso de feminización que no solo alcanza a los profesionales activos sino también a los aspirantes a serlo. En la década de 1970-80, las estudiantes representaban un cuarto del total del alumnado y esa cifra aumentó hasta el 44% en la siguiente década. A partir de los años '90, el porcentaje de matriculadas en Facultades de Medicina superó el 50% y según los últimos datos publicados por la OMC, en el período 2015-2016, 67% de quienes ingresaron a las Facultades de Medicina en España eran mujeres. Si bien varias CCAA del norte del país destacan en este ranking, en todas las regiones el porcentaje de mujeres supera al de los hombres. El análisis no incluye a las Islas Baleares, La Rioja, y Ceuta y Melilla ya que no cuentan con Facultades de Medicina.

La composición de quienes se gradúan en las Facultades de Medicina también muestra un predominio de mujeres a partir del ciclo 1987-1988. Esa tendencia ha ido en aumento de forma sostenida hasta alcanzar un pico de 72,4% en la promoción del 2007-2008, aunque en los últimos años se evidencia una ligera disminución (66,3% en 2015-2016)

9.2 Residentes de Medicina

La situación de los MIR poco difiere a la descrita previamente para los estudiantes de Medicina. Según el Centro de Estudios del Sindicato Médico (CESM) de Granada, en 2020 las mujeres representan el 66,0% de los aspirantes a una plaza MIR^{LXIX}. Las especialidades con mayor feminización entre los Residentes son Obstetricia y Ginecología (87,4%) y Pediatría (83,8%). Por el contrario, en el caso de Bioquímica Clínica y Cirugía Ortopédica y Traumatología, las mujeres representan menos del 40% del total.

Al analizar la situación en las diferentes Comunidades Autónomas, se observa que en el año 2017 el País Vasco contaba con la mayor proporción de mujeres (71,6%), seguida por La Rioja y Castilla-La Mancha con 69,2 y 69,1% respectivamente.

10. MOVILIDAD DE LOS MÉDICOS

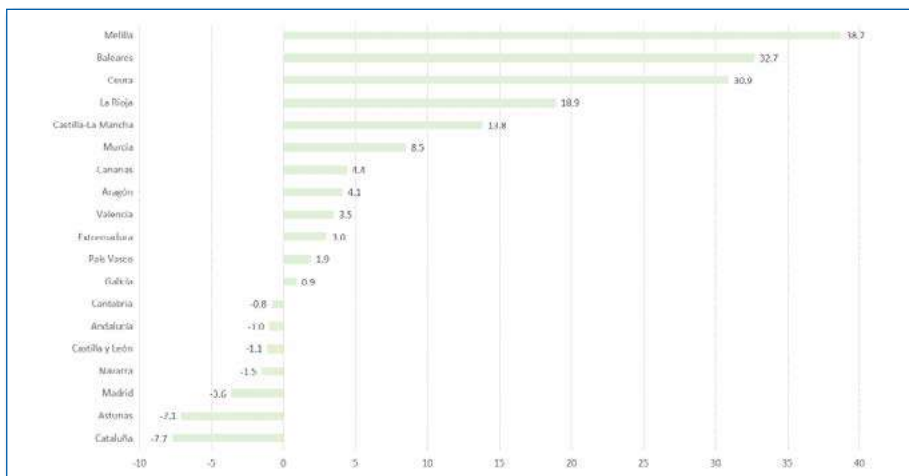
10.1 Movimientos dentro de España

Uno de los aspectos que merecen ser analizados a la hora de identificar patrones de comportamiento entre los médicos es la movilidad entre Comunidades Autónomas e incluso fuera del país. Son varios los motivos que pueden llevar a un profesional a decidir un cambio de ese tipo, algunos de ellos de índole netamente personal y otros tantos alineados con la búsqueda de mejores condiciones laborales (incluyendo estabilidad y mejores remuneraciones).

Entre los médicos colegiados, en el período 1997-2017, 12,6% han cambiado de provincia de colegiación médica y 9,3% se han trasladado incluso de CCAA. Debe tenerse en cuenta que la primera colegiación suele realizarse al iniciar la residencia y que una vez terminada, se opte por motivos personales y/o profesionales por cambiar de provincia o de CCAA.

Una manera complementaria de analizar la movilidad de los médicos entre CCAA, incluye estimar el saldo neto de profesionales en cada una de las Comunidades, es decir determinar si se comportan más como importadoras o como exportadoras de médicos. Melilla, las Islas Baleares y Ceuta presentan una ganancia de profesionales superior al 30% mientras que Cataluña, el Principado de Asturias y Madrid encabezan el ranking de CCAA que pierden más profesionales de los que reciben (gráfico 18).

Gráfico 18: Saldo neto de médicos colegiados. Por CCAA. 1997-2017.



Fuente: Elaboración propia a partir de OMC 2018. https://www.cgcom.es/sites/default/files/estudio_demografia_2017/

10.2 Movilidad fuera de España

Cuando un médico decide ejercer la profesión en otro país debe presentar, entre otros documentos, un certificado de idoneidad el cual garantiza al país de destino que no presenta sanciones en el país de origen. Entre 2011 y 2017 se han solicitado 20.000 certificados de idoneidad y si bien no todos los profesionales que lo solicitan abandonan España para ejercer en otro país, los certificados permiten de manera indirecta estimar la tendencia en cuanto a la salida de los médicos. En 2012 se produjo el mayor crecimiento porcentual interanual de solicitudes de certificados de idoneidad, con un aumento de 74,3% respecto a 2011.

Los destinos más requeridos eran en el año 2017 el Reino Unido, con un 20% del total de certificados solicitados y Francia (18%). Irlanda (6%) y Alemania (5%) completan las primeras posiciones.

11. ACTIVIDAD PROFESIONAL EN UE, ESPAÑA Y SUS CCAA, CONDICIONES DE TRABAJO Y SATISFACCIÓN DE LOS MÉDICOS CON LA VIDA LABORAL

11.1 Horas semanales de atención de pacientes y número de consultas

La actividad de los médicos incluye no solo la atención de pacientes sino también, estudio, preparación de casos, reuniones clínicas y de formación, y en mayor o menor medida tareas administrativas. Según un informe de Medscape, la carga laboral no es equivalente entre hombres y mujeres, y tampoco entre médicos de Atención Primaria y Hospitalaria. En el caso de España los hombres destinan 40 horas semanales en promedio a la asistencia médica y las mujeres 38. El 60% de los médicos (más allá del género) trabajan entre 31 y 45 horas a la semana, y la cuarta parte lo hace más de 45 horas semanales^{LXX} en tareas asistenciales e incluso 11% destina más de 55 horas.

En promedio, los médicos franceses refieren destinar 54 horas semanales a la atención de pacientes, con algo más de dedicación semanal por parte de los hombres (55 horas frente a las 51 de las mujeres). Los médicos de AP franceses son quienes más horas dedican en promedio a la atención de pacientes (45), frente a las 33 de los profesionales del Reino Unido. En ambos países las mujeres dedican menos horas que sus pares hombres a la atención de pacientes, aunque en el caso del Reino Unido la diferencia porcentual es más del doble que en Francia (9,1% vs 4,4%).

En el caso de las CCAA españolas, la reducción de la jornada laboral aparece como una reivindicación cuya resolución no ha sido uniforme hasta el momento^{LXXI}. Tras el establecimiento de la jornada laboral de 37,5 horas semanales a través de la Ley 2/2012^{LXXII}, Extremadura, Andalucía, el País Vasco, Castilla-La Mancha, Canarias, La Rioja, Cantabria y Asturias han logrado la reinstauración de las 35 horas semanales en el marco de las negociaciones y acuerdos de reducción de la jornada laboral en el sector sanitario (tabla 8), mientras que en el resto de CCAA aún están vigentes las 37,5 horas por semana.

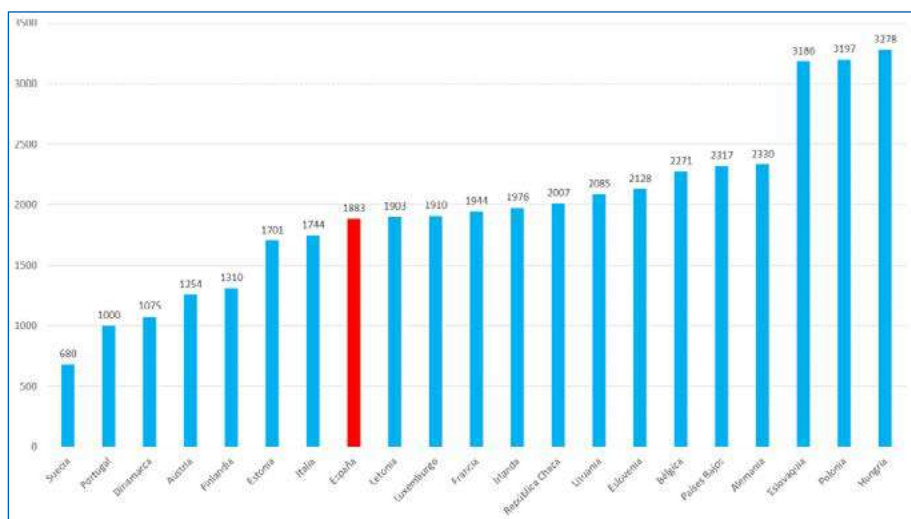
Tabla 8: Proceso de establecimiento de la jornada de 35 horas semanales por CCAA.

Comunidad Autónoma	Estado de situación	Vigencia desde	Comentarios
País Vasco	Resuelto	2016	
Andalucía	Resuelto	Diciembre 2017	
Extremadura	Resuelto	Octubre 2018	El personal sanitario tiene 35 horas presenciales y dos de formación no presencial.
Castilla-La Mancha	Resuelto	Enero 2019	
Canarias	Resuelto	Mayo 2019	
La Rioja	Resuelto	36 hs desde ene-2019, 35 hs desde ene-2020	
Cantabria	Resuelto	36 hs desde may-2019, 35 hs desde may-2020	
Madrid	Sin resolver	Aún cuenta con 37,5 hs semanales.	A los trabajadores sanitarios que trabajan 35 horas se les descuenta las 2,5 hs de diferencia.
Cataluña	Sin resolver		
Islas Baleares	Sin resolver	No se ha negociado.	
Navarra	Sin resolver	No se ha negociado.	
Galicia	Sin resolver	No se ha negociado.	
Comunidad Valenciana	Sin resolver	No se ha negociado.	
Aragón	Sin resolver	No se ha negociado.	
Murcia	Sin resolver	No está contemplado el tema.	
Asturias	Resuelto	Mayo 2019	
Castilla y León	Sin resolver	Se estima que podría recuperar las 35 hs pronto.	

Fuente: Elaboración propia a partir de Redacción Médica. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/35-horas-en-sanidad-4-ccaa-las-aplican-3-las-han-pactado-y-2-las-esperan-6132>

En parte, la calidad asistencial guarda relación con el volumen de pacientes que debe atender cada profesional. En 2017, cada médico español realizó por término medio 1.883 consultas, 14% por debajo del promedio de los países de la OCDE (2.181 consultas) y 4% menos que las 1.960 consultas que realizó en promedio cada médico de los 21 países de la UE de los cuales se cuenta con datos (gráfico 19).

Gráfico 19: Consultas por médico. Unión Europea. 2017.



Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE. <https://stats.oecd.org/>

11.2 Horas semanales de tareas administrativas

La carga laboral para la realización de tareas administrativas (entendemos por tales las que no son asistenciales y podrían ser realizadas por otros profesionales no sanitarios) ocupa una porción sustancial en la agenda semanal de los profesionales médicos. En el caso de España, la mitad de los profesionales destinan entre 10 y 24 horas semanales para este tipo de actividades no asistenciales y un 15% dedica aún más. Sin embargo, hay países donde la carga administrativa es aún mayor, como el caso de Alemania y México, donde una cuarta parte de sus profesionales ocupa más de 25 horas semanales a las mismas.

Si bien la disponibilidad de datos sobre horas semanales dedicadas a la atención de pacientes y tareas administrativas no permite una comparación sencilla, se observa que, en España, el 50% de los médicos varones dedican entre

el 62,5% y el 80% de su tiempo a la atención de pacientes. Teniendo en cuenta que las mujeres dedican 2 horas menos que los hombres cada semana para la atención de pacientes, el porcentaje de dicha actividad es levemente menor a la observada entre sus colegas masculinos (entre el 61% y el 79% del total de horas semanales trabajadas).

11.3 Vacaciones

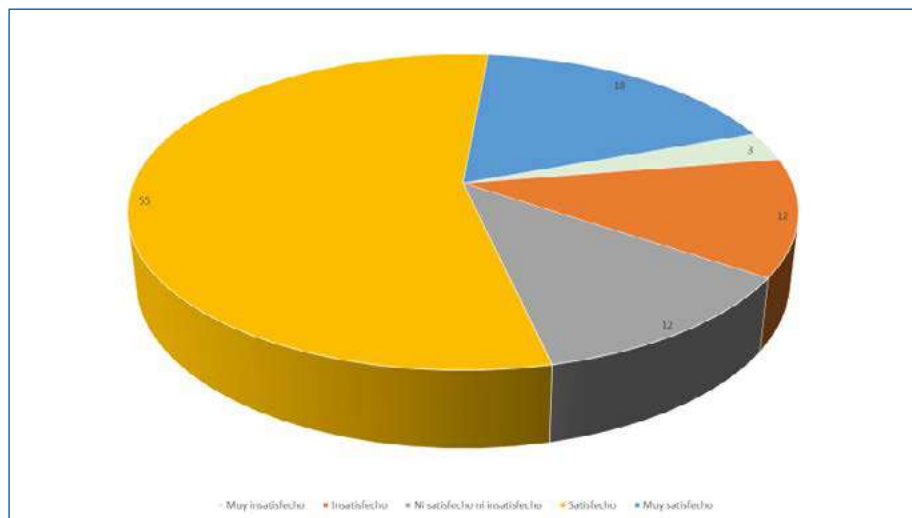
Según un informe de 2018, la mitad de los médicos españoles toman 3 a 4 semanas de vacaciones al año e incluso 42% tienen 5 o más semanas de descanso, lo cual permite identificar que 92% alcanza al menos 3 semanas de vacaciones anuales²¹. La situación resulta bastante diferente para los médicos de Estados Unidos. Según un informe sobre estilos de vida y felicidad del 2019, los médicos norteamericanos gozaron en promedio de 17 días de vacaciones^{LXXIII} en el año 2017. Por su parte, un informe similar de Medscape de 2020^{LXXIV}, describe que casi un cuarto de los médicos en Estados Unidos toma al menos 5 semanas de vacaciones al año.

11.4 Satisfacción con vida laboral

Encontrarse satisfecho con diferentes aspectos de la vida profesional, más allá de los económicos, suelen ser un motor personal y repercutir positivamente en el compromiso con las tareas asumidas. En varios informes presentados por Medscape, se describe el grado de satisfacción de los médicos utilizando diferentes escalas para su categorización. En el caso español, la satisfacción con la vida laboral alcanza al 73% de los profesionales médicos e incluso casi 20% han contestado sentirse muy satisfechos (gráfico 20).

21 *En España, se identificaron también diferencias en la cantidad de semanas de vacaciones de acuerdo a la edad de los médicos. Si bien 9 de cada 10 médicos tuvo entre 3 a 6 semanas de vacaciones, la mayor parte mayores de 45 años toma entre 3 y 6 semanas, mientras que los menores de dicha edad suelen hacerlo entre 1 a 4. Cabe aclarar que en la red pública se otorgan días adicionales de vacaciones por años de antigüedad, de modo que los médicos de más edad tienen más días. En el caso de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, por ejemplo, el personal funcionario de dicha CA tiene derecho a un día adicional de vacaciones al cumplir quince años de servicio. Al cumplir los veinte, veinticinco y treinta años de servicio se añade un día adicional, hasta un total de veintiséis días laborables por año.*

Gráfico 20: Satisfacción con vida laboral. España. 2019.

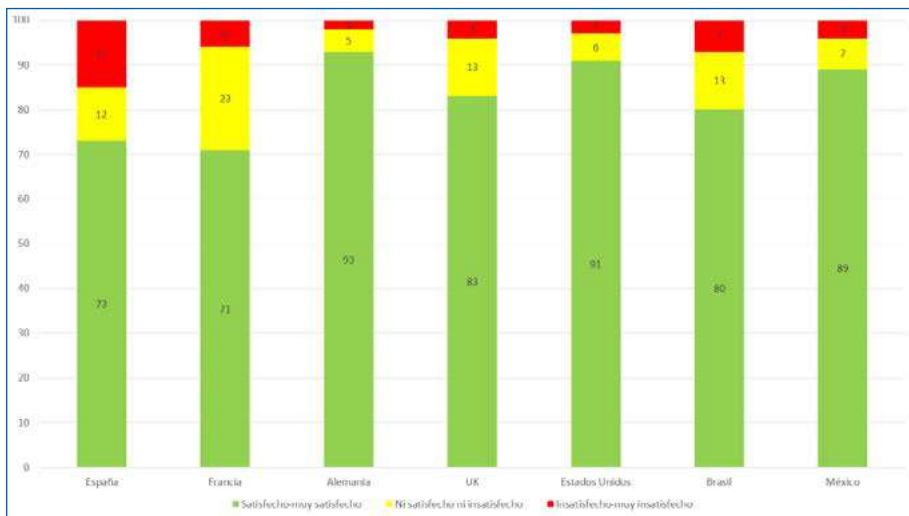


Fuente: Elaboración propia a partir de Medscape (<https://www.medscape.com/slideshow/2019-international-compensation-report-6011814#1>, https://espanol.medscape.com/diapositivas/59000110?src=ban_990x90_mdc_salary_2019_int&pa=bOSMf0%2FkWXTDWjrKytgFfSz6z0JjVVWJ%2BJcHExyOUT-lo7PW6GG8evQt7YsJ5uxlcFrqow%2Bf2%2F37XuRaZT6JAA%3D%3D#6, <https://www.medscape.com/slideshow/2019-uk-doctors-salary-report-6011623#2> y <https://www.medscape.com/slideshow/2019-compensation-overview-6011286#18>).

El gráfico 21 presenta la distribución del grado de satisfacción profesional en 3 categorías posibles²², a fin de unificar la categorización y permitir la comparación entre los países analizados.

²² Satisfecho/muy satisfecho, Ni satisfecho/ni insatisfecho, Insatisfecho/muy insatisfecho.

Gráfico 21: Satisfacción con vida laboral. Países seleccionados. 2019.



Fuente: Elaboración propia a partir de Medscape. <https://www.medscape.com/slideshow/2019-international-compensation-report-6011814#1>

Según esa misma fuente, algo más del 40% de los profesionales españoles refirieron sufrir algún grado de desgaste profesional y si bien la mayoría de los encuestados (57%) atribuyen una de las causas a la remuneración, es posible identificar otras tantas que valdría la pena considerar a la hora de planificar estrategias para con los recursos humanos en salud. Entre ellas, sobresalen la carga de tareas no asistenciales (47%), la falta de respeto de los empleadores, colegas y/o personal (36%) y la cantidad de horas destinadas al trabajo en el 26% de los casos.

12. DISCUSIÓN

Aunque la **retribución** no es el único componente relevante de la compensación para los médicos, comparar las retribuciones promedio en distintos países es un primer punto de referencia útil. La remuneración promedio de los médicos en España, medida en euros corrientes, asciende a casi 57.000 euros anuales, según una encuesta de Medscape. Estamos por debajo de Alemania, Francia y el Reino Unido. Según esa encuesta, ajustando por paridad de poder adquisitivo los médicos de atención primaria en España estarían por encima del promedio de la UE pero los de atención “hospitalaria” (AH) estarían por debajo. La brecha de género en contra de las mujeres sería inferior en España, según la misma fuente. La edad es el factor discriminante con mayor poder predictivo de las retribuciones, como corresponde al marco regulatorio descrito más arriba. En España, los médicos mayores de 45 años ganan en promedio 10.000 € más que los menores de esa edad (61.000 € vs 51.000 €). La brecha retributiva de género se asocia a la edad (entre los médicos mayores predominan los hombres) y al ejercicio de cargos directivos, más frecuente en hombres que en mujeres.

La comparación de retribuciones con otros profesionales como los abogados o los ingenieros y con el nivel general de salarios del país sirve también como marco de referencia. Los médicos de atención primaria cobran en promedio 2.1 veces más que la población general y los de AH, 2.4 veces más. Esta diferencia es superior en otros países europeos como Reino Unido, Portugal o Italia.

La forma de pago a los médicos implica incentivos de comportamiento para el facultativo y una determinada distribución de riesgo entre el proveedor (médico) y el financiador (servicio regional de salud, hospital o centro). Las distintas formas de pago (pago por acto, por capitación, por salario, por presupuesto cerrado, con variaciones según resultados) se utilizan para retribuir a los médicos, en atención primaria y en hospital, de forma variable en Europa.

En España, la forma predominante de retribución en la red pública del SNS es el **salario** fijo, incrementado con cantidades menores en concepto de complementos varios. La Ley 55/2003, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, establece los conceptos retributivos para el personal estatutario y temporal, que son el correlato casi idéntico del de los

funcionarios en la administración general del Estado y en servicios transferidos como educación. Las retribuciones se clasifican en básicas y complementarias. Las primeras (sueldo, trienios, pagas extraordinarias) solo dependen de categoría profesional, titulación de base, y antigüedad. Aunque las complementarias, que incluyen el complemento de destino, el específico, el de productividad, el de atención continuada y la carrera profesional, se han establecido para poder pagar por desempeño, en la práctica se ha tendido a la uniformización, y la necesaria objetividad de los méritos a retribuir se ha traducido en la práctica en que la antigüedad como único “mérito” indiscutible. La acción sindical resulta en mesas de negociación que priman la uniformidad y las mejoras generalizadas sobre cualquier señalamiento a logros individuales o de equipos clínicos.

Un caso muy ilustrativo es el del concepto de **carrera profesional**, ya incorporado en la Ley 55/2003 como elemento incentivador y diferenciador de la administración general del Estado. Aunque el artículo 40 de dicha ley establece que la carrera profesional “supondrá el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de los objetivos de la organización a la cual prestan sus servicios”, en la práctica ha supuesto una subida generalizada e indiscriminada de retribuciones en función de la antigüedad.

La actividad de los médicos incluye la atención de pacientes, pero también, horas destinadas al estudio, la preparación de casos y reuniones clínicas, así como la realización de tareas administrativas. Comparados con sus colegas de algunos países europeos, como Alemania y Reino Unido, los médicos españoles están más concentrados en la atención directa a los pacientes. En promedio, cada médico en España hace casi 1,900 consultas anuales, un 14% menos que el promedio de la OCDE. El número de consultas está asociado al tipo de sistema sanitario, en los basados en seguros de salud como Alemania y Francia consultan más, en los sistemas universales financiados con impuestos, como Italia y Portugal, menos. Estas diferencias podrían estar relacionadas también con la forma de pago a los médicos y los incentivos implicados. Un 60% de los médicos en España dedican entre 31 y 45 horas semanales a la atención de pacientes, a tareas administrativas dedica más de 10 horas semanales el 65% de los médicos en España.

Son muchos los condicionantes de la **satisfacción** de un médico con su vida laboral, y difieren entre personas; la carga de trabajo asistencial y de tareas administrativas, el reconocimiento por los pares y pacientes, un buen balan-

ce entre la vida laboral y personal son componentes relevantes. La inmensa mayoría de los médicos en España (73%) han declarado en 2019 en una encuesta, según informe de Medscape, que se sienten satisfechos o muy satisfechos con su vida laboral, pero resulta preocupante el 15% de los que han declarado estar insatisfechos o muy insatisfechos. Ese porcentaje de médicos insatisfechos en España es muy superior al del resto de países analizados (Reino Unido, Alemania, Estados Unidos Francia, México y Brasil). No obstante, en otra encuesta a más de diecinueve mil médicos realizada a finales de 2019 por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) y la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), se detecta mayor insatisfacción laboral: el 35.3% de los médicos dice sentirse insatisfecho con el ejercicio de su profesión debido sobre todo a la carga laboral o asistencial (el 65.2%). Más de la mitad declaraba sentirse “emocionalmente cansado”. Esta encuesta fue realizada meses antes de la crisis de la Covid-19, por lo que este cansancio emocional se habrá agravado, con toda probabilidad. Otra señal de insatisfacción podría encontrarse en los planes de jubilación. Según la referida encuesta, el 13.7% de los médicos mayores de 55 años quiere adelantar voluntariamente su jubilación. La encuesta mencionada arriba de Medscape informa de que solo el 16% de los médicos de AP en España están satisfechos con la retribución, y solo el 13% en AH. Los médicos españoles tienen la percepción de estar mal retribuidos, lo que corresponde con un hecho objetivo cuando se comparan internacionalmente las retribuciones de los médicos en la UE.

Algunos países retribuyen a los médicos de atención primaria con formas puras: únicamente por acto (Luxemburgo, Alemania), por capitación (Italia) o por salario (Portugal). Los Países Bajos pagan por una fórmula que combina una capitación básica con pago por acto, y España combina el pago por salario con un ajuste por capitación. Hay tres países (Francia, Reino Unido y Dinamarca) que combinan las tres formas de pago (salario, capitación y acto) a sus médicos de atención primaria. Reino Unido y Dinamarca están entre los países con atención primaria más reconocida y empoderada. De hecho, Reino Unido fue el pionero en el paradigma de “el dinero sigue al paciente” y los médicos de familia son detentadores de fondos que, con un presupuesto que pueden gestionar, compran servicios a la atención hospitalaria, que se convierte por tanto en cliente, y no proveedor, de la atención primaria. En Dinamarca, los grupos de médicos de familia trabajan juntos con plena autonomía de gestión en organizaciones (empresas) profesionales bien reguladas en las que los médicos tienen gran autonomía profesional, también para las decisiones presupuestarias.

El salario es la forma de pago más prevalente en Europa a los médicos que trabajan en hospitales de la red pública, también en España. Los médicos en atención ambulatoria no hospitalaria representan una posición intermedia en formas de pago entre los de primaria y los de hospital.

En relación a la situación de **Cantabria** en el contexto de las CCAA españolas, su gasto sanitario público per cápita (algo más de 1,500€) está por encima de la mediana. También está en las primeras posiciones en tasa de médicos colegiados (635 por 100,000 habitantes, sexta en el ranking). Algo más de la mitad (51%) son mujeres y el perfil etario de los médicos colegiados muestra un envejecimiento relativo similar al del conjunto de España, aunque sólo un tercio de los médicos en Cantabria son menores de 45 años (37% en España). En las últimas dos décadas (1997-2019), el número de médicos colegiados ha aumentado un 56% en Cantabria (59% en España).

En cuanto a médicos activos (594 por 100,000 habitantes), Cantabria ocupa la segunda posición entre las CCAA, solo por debajo de Navarra. En Cantabria casi el 42% de los médicos activos tienen más de 55 años y es la segunda CCAA (por debajo de Cataluña) que cuenta con la mayor proporción de médicos activos mayores de 65 años (11,2%). El porcentaje de médicos activos menores de 45 años también es bajo (36,1%). La ratio entre médicos de AH y AP es de 2,3 en Cantabria, por debajo del promedio de las CCAA, aunque ha ido aumentando (algo más del 5%) durante el período 2012-2016.

El empleo en la red pública en Cantabria muestra una baja ratio de médicos en AH (275 por 100,000 habitantes, alrededor del 12% por debajo del promedio nacional) pero una ratio AH/AP inferior a la nacional (1.87 en Cantabria, 2.2 en España). Además, es la comunidad con menor proporción de médicos activos con 60 años o más trabajando en el sector público. Menos de la mitad de los médicos cuentan con plaza en propiedad en Cantabria, mientras que en el promedio nacional el porcentaje de “propietarios” es todavía menor. Aunque lejos del objetivo, en los últimos años Cantabria ha hecho un esfuerzo por reducir la temporalidad. Entre 2017 y 2018, el porcentaje de “propietarios” en 13.4 puntos porcentuales, por encima del promedio estatal.

En cuanto a las **remuneraciones** de los médicos, una variable clave definitoria del nivel retributivo es la consideración del grupo profesional, “licenciado” (viejo término para los nuevos graduados universitarios) o “especialista”. Entre los médicos de un mismo grupo profesional, las diferencias responden básicamente a los años de profesión, que a su vez condicionan el número de niveles de carrera profesional consolidados, a si tienen la plaza en propiedad,

a si hacen o no guardias, si cobran por atención continuada y por exclusividad. La OMC²³ ha tipificado a los médicos de AP y de AH en cuatro tipos según esos criterios, para comparar retribuciones. Se trata de perfiles “estándar”.

En 2018, en AP la diferencia entre el nivel 4 y el nivel 1 es del 37% para España. Es un recorrido corto. Desde que un médico joven empieza a trabajar en la red pública de atención primaria hasta que se jubila, únicamente ha de esperar un aumento retributivo total de solo el 37%. Por poner un elemento de comparación, los MIR reciben un aumento retributivo idéntico, el 37%, en los años que dura la residencia, desde el R1 hasta el R5 en su caso. Algo similar (corto recorrido a lo largo de la vida profesional) ocurre en atención hospitalaria en España.

Según los datos de la encuesta de inserción laboral de los graduados universitarios del INE, los médicos aparecen muy bien posicionados en sus primeros años de profesión, comparados con ingenieros, abogados y licenciados en economía o finanzas, tanto por el nivel de sus ingresos como por el porcentaje de profesionales que han sido contratados en los primeros cuatro años posteriores a la finalización de los estudios universitarios. Sin embargo, la ventaja comparativa desaparece a lo largo del tiempo. Es este otro indicador de la escasa progresión económica de los médicos en el SNS a lo largo de su ciclo de vida profesional. No es de extrañar que aspiren a complementarlo con retribuciones adicionales por práctica privada.

El gradiente retributivo de los médicos a lo largo de su vida profesional varía mucho entre CCAA, desde el 26% en Murcia al 104% en Andalucía para los médicos de AP sin guardias. Para los médicos de AP que hacen guardias la expectativa de promoción se reduce, siendo en Cantabria del 29%, muy inferior al 38% promedio de las CCAA.

Comparando las retribuciones por tipos y CCAA, se concluye que Cantabria estaría por encima del promedio nacional en las retribuciones de los médicos tipo 1, los más jóvenes, realicen guardias o no. Solo Murcia, los dos archipiélagos y el País Vasco están por encima de Cantabria en retribuciones a médicos tipo 1 que hacen guardias. Sin embargo, para los médicos tipo 4, Cantabria está por debajo del promedio de las CCAA, ocupando la octava (de 18) posición para los médicos de AP que hacen guardias y la novena para los que no hacen guardias.

23 <http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/Retribuciones-Medicos-AP-2018-2009.pdf>

Cantabria ha sido una de las pocas CCAA en las que aumentaron las remuneraciones de los médicos de AP entre 2009 y 2018, aunque el beneficio ha sido solo para médicos jóvenes (tipo 1). De hecho, en Cantabria se observa el mayor aumento, casi 10%. Ese crecimiento se debe a la generalización del cobro del complemento específico para ese colectivo. El resto de los médicos sufrió una caída en las remuneraciones desde 2009, incluso superior en Cantabria (2,6%) que en el promedio del país (2,2%). El conjunto de médicos de AP sufrió una pérdida de poder adquisitivo entre 2009 y 2018 del 14% en Cantabria, inferior a la de las demás CCAA, salvo Murcia.

Las retribuciones de los médicos de hospital han seguido en general una tónica similar a los de AP. Es la novena comunidad que mejor paga a los médicos jóvenes de hospital (tipo 1) que no hacen guardias y la octava a los tipo 1 que hacen guardias, pero es la sexta que peor paga a los médicos consolidados (tipo 4) de hospital, hagan o no guardias. Por tanto, Cantabria se caracteriza por unas retribuciones basales a los médicos jóvenes, comparativamente altas, pero también por una menor progresión retributiva a lo largo de la carrera como médicos.

13. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las reformas necesarias para que el SNS se recupere de la crisis Covid-19 y aproveche la oportunidad que representa el haber subido en la escala de visibilidad y priorización del país son de gran calado y van más allá del marco retributivo. Estas reformas han de ponerse en un marco más amplio, de **autonomía de gestión** para los centros sanitarios públicos, que puedan entrar en una dinámica de competencia por comparación con otros centros. La gestión de los RRHH y la posibilidad de hacer políticas que trasciendan la mera administración de personal, implicarán cambios en profundidad del marco regulatorio a nivel estatal. Cantabria se verá afectada en la medida en que pueda participar del debate y conseguir un marco regulatorio afín a su situación y necesidades particulares, y sobre todo se verá afectada por las consecuencias prácticas de un posible cambio de paradigma con la reforma del Estatuto.

La evaluación del desempeño individual es difícil, crea conflictos internos que los sindicatos rehúyen, las organizaciones sanitarias públicas carecen de motivación para dedicar esfuerzo a ese objetivo y el sistema carece de mecanismos para llevarlo a cabo, empezando por los sistemas de información, más diseñados para administrar que para gestionar. La financiación de los centros sanitarios, las herramientas de gestión autónoma, la motivación organizacional y profesional, y los sistemas de información clínica y de gestión son piezas del mismo puzzle. Mientras estén sueltas, no podrán encajarse ni la evaluación profesional ni la institucional, y faltarán las bases para unas nuevas relaciones laborales basadas en la incentivación individual de la calidad del cuidado y la eficiencia en el uso de los recursos.

Aunque la temporalidad es uno de los grandes problemas de los recursos humanos en el SNS español, consecuencia de la rigidez en el proceso de consolidación que prevé el estatuto marco (Ofertas Públicas de Empleo, OPEs, que se celebran con escasa frecuencia y colapsan durante años la administración de la sanidad regional), el personal temporal, con nombramiento de interinidad, de carácter eventual o de sustitución, tiene el mismo régimen retributivo que los estatutarios con plaza “en propiedad”.

Según una encuesta sobre la situación de la profesión médica en España realizada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) y la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) en octubre-noviembre 2019, el 36% de los médicos que trabaja en la sanidad pública española tiene

un contrato temporal, la mitad de ellos desde hace más de 6 años y el 8% desde hace más de 20 años. Cantabria es una de las CCAA identificadas en esa encuesta con mayor problema de temporalidad, por encima del 45%.

En marzo de 2020, el Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE) ha dictaminado que la práctica generalizada en la sanidad pública de encadenamiento de contratos interinos vulnera la directiva comunitaria que prohíbe el abuso de la temporalidad. La alta tasa de temporalidad en el sector público español es generalizada: En el cuarto trimestre de 2019, era del 27.8%, 1.5 puntos porcentuales más que en 2018 y 8 puntos más que en 2014. En sanidad, el problema es todavía más grave por dos motivos. El primero, por su alcance, el segundo, por sus consecuencias. La temporalidad resta calidad a la atención, sobre todo en atención primaria, donde el mayor valor añadido procede del seguimiento longitudinal de los pacientes por su médico (enfermera) de cabecera, a los que conoce porque lleva interactuando con ellos y su comunidad durante años, de forma que unos pocos minutos de consulta añaden mucho valor, proveyendo de la nueva información clínica necesaria para tomar decisiones adecuadas. Un médico de sustitución con contrato de corta duración, por muy buen médico que sea, no podrá dar atención de calidad porque le falta el requisito básico, el seguimiento longitudinal. Se ha conjeturado que la alta temporalidad prevalente en el SNS no solamente es consecuencia de la rigidez del marco estatutario sino un instrumento para “gestionar” recursos profesionales de forma más ágil, confiando cierta holgura o capacidad de gestión y políticas de personal mediante la capacidad discrecional de movilizar a los profesionales cuando es preciso por necesidades del servicio. En definitiva, sería una perversión del rígido sistema estatutario que para defenderse de sí mismo recurre en la práctica de forma permanente a los mecanismos diseñados para resolver problemas de ajustes transitorios. En su sentencia de 19 de marzo de 2020, el TJUE considera ilegal que se recurra a contratos temporales para cubrir necesidades permanentes y estables de personal sanitario.

Esta sentencia de marzo 2020 es el último jalón de una larga cadena de intentos infructuosos de cambios normativos para limitar la temporalidad. Ya en 2016, la comisión de empleo y seguridad social del congreso de los diputados solicitaba al gobierno la reducción de la temporalidad en sanidad por debajo del 10%²⁴ y un cambio del estatuto marco del SNS, que todavía está pendiente.

24 <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/el-congreso-exige-a-sanidad-una-tasa-temporalidad-inferior-al-10-en-el-sns-7672>

Aunque ha habido una aceleración de las OPEs en el último año, sobre todo a raíz de la primera llamada de atención de la Unión Europea a España por la alta prevalencia de la temporalidad, el sistema es por su propia configuración lento e ineficiente, tanto en la captación de talento como en la incentivación extrínseca para la calidad del trabajo de los profesionales y la alineación de objetivos con los del SNS.

Además, y este es un problema particularmente relevante hoy en día, el estatuto marco apenas pasa de puntillas sobre el problema de la compatibilización del trabajo en la red pública y privada, que no es solamente cuestión de retribución de la “exclusividad”, sino también de regulación y supervisión de conflictos de intereses e incentivos perversos para la organización pública. En la última década, el número de médicos asistenciales que trabajan en la red privada, bien con contrato o mediante colaboración basada en pago por acto, ha aumentado muchísimo. El Sistema de Información de Atención Especializada ofrece datos claros a este respecto: entre 2010 y 2017, tres especialidades médicas aumentaron sus efectivos en la red privada en más de un 60% (neurocirugía, dermatología y cirugía plástica), otras cinco aumentaron entre el 40% y el 60% (oftalmología, cirugía torácica, anestesia, cirugía oral y digestivo), y el empleo de médicos en otras nueve especialidades creció entre un 20% y un 40%. Frente a estos aumentos sin precedentes, en la red pública los aumentos de empleo médico han sido muy limitados, únicamente en rehabilitación y en urgencias el empleo médico aumentó más en la red pública que en la privada durante este periodo.

Las relaciones laborales del sector salud necesitan claridad. Los médicos precisan de un horizonte mejor definido sobre los sistemas de acceso para clarificar sus expectativas laborales y vitales. Existen dos posibles opciones: un sistema similar al actual, casi funcionarial, pero con regulación transparente, predecible, de libre concurrencia y con valoración objetiva del mérito, y con acceso y reposición de plazas anualizado. Este es el modelo propuesto por José Ramón Repullo en la comisión de reconstrucción económica y social del congreso de los diputados. La segunda, sería un sistema de contrataciones laborales con reglas de juego bien fijadas y definidas. Esta opción se podría complementar con la regulación de la carrera profesional, basada en mérito, con la garantía de capacitación de los profesionales mediante algún sistema objetivo de recertificación, con escalas retributivas basadas en experiencia, categoría, dedicación y excelencia, y con sistemas de evaluación transparentes. Las universidades tienen un sistema unificado de evaluación de los logros investigadores, los llamados sexenios de investigación, del que podría apren-

der sanidad. Sorprende que en un sistema tan regulado como el sanitario el médico se vea abocado a accesos y carreras distintas, en función de la geografía con dosis importantes de opacidad, y ya no en cada CCAA, sino entre dos centros del mismo servicio regional de salud.

La segunda opción pasa por reformar el estatuto. Como se ha propuesto en la comisión de reconstrucción social y económica del congreso de los diputados el 12 junio 2020²⁵, las grandes líneas de cambio han de basarse en el principio de que los profesionales son los grandes activos del SNS, su capital humano es el más valioso. El reto es diseñar y poner en marcha un nuevo modelo de relación profesional en el SNS que capte y retenga talento, que incentive la práctica bien hecha, que favorezca al trabajador con fórmulas que permitan flexibilidad, conciliación, y adaptación a sus preferencias. Se requieren fórmulas flexibles y eficaces para atraer talento (zonas rurales, plazas de difícil cobertura, ...), teniendo en cuenta que la retribución es sólo un elemento de la compensación del trabajador. Que los centros sanitarios puedan hacer políticas de personal, porque hay diferencia entre gestión y mera administración.

Esto implica un cambio en profundidad en el marco de las relaciones laborales en el SNS, con un perfeccionamiento del Estatuto y un cambio sustancial en los procedimientos de selección y contratación de profesionales, así como rediseño de los incentivos.

Una condición necesaria para la gestión pública eficiente es la profesionalización de las funciones de los gestores meso (cargos directivos). Hay que gestionar más que administrar. Es imprescindible despolitizar el sistema de selección de directores de centros y de los sistemas regionales hasta el nivel de Director General incluido. Algunas ineficiencias son debidas a graves déficits de gestión profesional de los recursos, debidos a la alta interferencia política, a prácticas corruptas o a la falta de preparación de algunos gestores nombrados más por su lealtad que por su capacidad.

Las políticas de personal son especialmente relevantes en atención primaria y medicina de familia. Los incentivos no han de ser solo monetarios, también a la investigación, docencia, desarrollo profesional. El objetivo es que lo individualmente atractivo coincida con lo socialmente deseable. Un indicador de éxito es el número de MIR que eligen medicina familiar y comunitaria entre los 3.000 primeros: en 2019, fue 101, el objetivo, para mantener la proporcionalidad, en 2020 sería 876.

25 <http://www.congreso.es/wc/wc/audiovisualdetalledisponible?codSesion=135&codOrgano=499&fechaSesion=12/06/2020&mp4=mp4&idLegislaturaElegida=14>

Además, habría que prestar mayor atención a nuevas profesiones y al papel de la Enfermería, así como plantear y debatir cambios en la especialización y adaptar las convocatorias MIR de acuerdo con una planificación dinámica de necesidades. Necesitamos un sistema que no requiera mantener un 20% de profesionales en paro para cubrir las vacaciones del resto.

Cantabria tiene cierto margen de holgura, pero estará muy condicionado por las decisiones que se tomen a nivel estatal. Tiene sus propios retos (como incentivar a los médicos para que ocupen y no abandonen plazas en zonas rurales, sobre todo en AP, pero también en hospitales comarcales, en una Comunidad Autónoma cuya oferta hospitalaria está extremadamente concentrada en un hospital, el Marqués de Valdecilla, que concentra un porcentaje mayoritario del presupuesto y de los RRHH de la Comunidad). No se tratará únicamente de cuánto y cómo remunerar a los médicos, también de cómo conseguir que se sientan parte de una misma organización, sin primera o segunda división, y que aportan valor al conjunto.

Hacer bajar la temporalidad por debajo del 10% es el gran reto para el SNS, también en Cantabria. El dato de que solo el 4% de los médicos menores de 40 años tiene estabilidad jurídica en su puesto de trabajo (estatutario por oposición) es el más relevante para valorar la situación laboral de los médicos del sistema.

Los hallazgos del presente trabajo obligan a analizar con mayor nivel de detalle otros aspectos que pudieran afectar negativamente al grado de satisfacción de un profesional además de la remuneración, como las condiciones laborales, las horas semanales de atención a pacientes y a tareas administrativas, las posibilidades de promoción profesional, de hacer investigación y docencia o de conciliar la vida familiar y la profesional.

Uno de los aspectos que ha quedado señalado en este informe es el escaso recorrido que tienen los médicos en su mejora económica a lo largo de los años de profesión. Un reto para el SNS es aumentar las retribuciones a los profesionales, que están por debajo de las de otros países comparables, pero no de forma indiscriminada y generalizada, sino ligada al desempeño y a los logros profesionales con indicadores de calidad para profesionales individuales y equipos. Esa había sido la intención de la carrera profesional, reconocida en la Ley de 2003 del Estatuto Marco, que lamentablemente se tradujo en una subida generalizada de retribuciones para ajustar los salarios de los médicos a los de equilibrio del mercado en unos años de fuerte expansión de la demanda de profesionales. Ese es también el propósito del movimiento

o paradigma del Pago por Desempeño (Pay for Performance, en inglés) que ha protagonizado las reformas en muchos países desarrollados, tanto en AP como en AH. Este reto es particularmente relevante para Cantabria, pues en esta Comunidad se parte de un nivel retributivo basal a los médicos jóvenes relativamente alto, pero con poca posibilidad real de mejoras económicas durante los años de ejercicio de la profesión en el SCS.

Uno de los aspectos que resulta de gran interés es la feminización de la profesión médica, también entre los MIR. Queda claro que la participación de las mujeres en el ámbito de la medicina ha tenido un sostenido crecimiento en los últimos años y todo indica que esa tendencia ha venido para quedarse. Ciertos aspectos relacionados con la feminización de la medicina precisan un abordaje desde las políticas públicas en salud. Habría que diseñar incentivos específicos para la carrera profesional de las mujeres, atractivos para ellas y motivadores. En particular, el hecho de que las mujeres rehúyen los puestos de dirección requiere análisis específicos.

Las lecciones aprendidas con la Covid-19 representan una ventana de oportunidad única para dar un impulso de reforma en profundidad del SNS, no solamente con aumento de recursos humanos y presupuestarios, sino también modificando la organización, los procedimientos, y la evaluación del sistema.

ADDENDA 1. DEFINICIONES, GLOSARIO Y FUENTES

Definiciones (entre paréntesis, en su caso, fuente de la definición)

- *Remuneración*: Deriva del vocablo latino remuneratio, es el pago que recibe una persona por realizar un trabajo. Se entiende como una contraprestación en una relación laboral. Es sinónimo de retribución.
- *Ingreso*: Se entiende por ingreso al incremento de los recursos económicos de una persona y que constituye un aumento del patrimonio neto de la misma. Es la ganancia que pasa a formar parte del patrimonio de alguien.
- *Salario*: Es una modalidad de remuneración en el cual se paga por un conjunto de actividades durante un período de tiempo.
- *Médico colegiado*
 - Médico que cuenta con título habilitante para ejercer la profesión y está registrado, independientemente de que se encuentren o no en actividad (OCDE).
 - Profesional activo así como aquel que cuente con título y licencia para ejercer como profesional de la salud (EUROSTAT).
 - En España: médico con título habilitante que está colegiado en un colegio de médicos provincial.
- *Médico activo*: Médico que se encuentra proveyendo activamente servicios profesionales en instituciones públicas o privadas (OCDE).
- *Médico vinculado*: Médico que depende del centro mediante contrato, ya sea como funcionario, laboral, estatutario, o de otro tipo, independientemente del tipo de jornada (SIAE).
- *Médico colaborador*: Médico que no tiene relación laboral con el Centro, pero que realiza actividad en el mismo mediante otro tipo de relación contractual, o como autónomo independiente (SIAE).
- *Médico Interno Residente (MIR)*: Médico en etapa de formación de postgrado (SIAE).
- *Atención hospitalaria*: Incluye la atención en régimen de internamiento y la atención especializada que se presta en centros ambulatorios de especialidades (Ministerio de Sanidad).

Glosario de siglas

- *AAPP*: Administraciones Públicas
- *AH*: Atención Hospitalaria.
- *AP*: Atención Primaria.
- *APS*: Atención Primaria de Salud.
- *BOE*: Boletín Oficial del Estado.
- *CCAA*: Comunidades Autónomas.
- *CESM*: Centro de Estudios del Sindicato Médico.
- *CGCOM*: Consejo General de Colegios de Médicos
- *EE.UU.*: Estados Unidos de América.
- *ESPM*: Encuesta sobre la Situación de la Profesión Médica.
- *EUROSTAT*: Oficina Europea de Estadística.
- *EVN*: Esperanza de Vida al Nacer.
- *IDIS*: Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad.
- *INE*: Instituto Nacional de Estadística.
- *INGESA*: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
- *INSALUD*: Instituto Nacional de la Salud
- *MIR*: Médico Interno Residente.
- *OCDE*: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
- *OIT*: Organización Internacional del Trabajo.
- *OMC*: Organización Médica Colegial.
- *OMS*: Organización Mundial de la Salud.
- *OPE*: Oferta Pública de Empleo
- *PIB*: Producto Interior Bruto.
- *PPP*: Power Purchasing Parity (Paridad de Poder Adquisitivo)
- *PFI (o FPI)*: Private Finance Initiative
- *PPI*: Partnership Public-Private Initiative
- *RRHH*: Recursos Humanos
- *SIAH*: Sistema de Información de Atención Especializada.
- *SIAP*: Sistema de Información de Atención Primaria.
- *SMI*: Salario Mínimo Interprofesional.
- *SNS*: Sistema Nacional de Salud.
- *SOE*: Seguro Obligatorio de Enfermedad
- *UE*: Unión Europea.
- *UTE*: Unión Temporal de Empresas

Fuentes Oficiales

- *Organización Médica Colegial de España (OMC)*: Se integra por los Colegios Provinciales Oficiales de Médicos y por el Consejo General. Ha sido fuente de consulta de las remuneraciones de los médicos en las CCAA, así como la disponibilidad de los mismos y aspectos sobre sus condiciones laborales. Asimismo, se han consultado allí aspectos relacionados con los estudiantes de medicina.
- *Instituto Nacional de Estadística (INE)*: Es un organismo autónomo de carácter administrativo, con personalidad jurídica y patrimonio propio, adscrito al Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital a través de la Secretaría de Estado de Economía y Apoyo a la Empresa. A partir de la Encuesta de Población Activa se han analizado los salarios de la población en España. El INE ha sido fuente de datos sobre la disponibilidad de médicos en este país.
- *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)*: Es un organismo de cooperación internacional, compuesto por 37 países miembros, cuyo objetivo es coordinar sus políticas económicas y sociales. Sus estadísticas han sido fuente de datos relacionados con el gasto en salud y las remuneraciones de los médicos en los países miembros, así como la disponibilidad de médicos en los diferentes países. A partir de los datos sobre los salarios de la población en los países permitió analizar la brecha entre los médicos y la población en general.
- *EUROSTAT - Oficina Europea de Estadística*: Es la oficina de estadística de la Comisión Europea, que produce datos sobre la Unión Europea y promueve la armonización de los métodos estadísticos de los estados miembros.
- *Ministerio de Sanidad*: Es el Departamento de la Administración General del Estado que asume la propuesta y ejecución de la política del Gobierno de la Nación en materia de salud, de planificación y asistencia sanitaria, así como el ejercicio de las competencias de la Administración General del Estado para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud. Ha sido fuente de datos sobre el gasto público en salud en España, así como sobre la disponibilidad de médicos en el sector público.
- *Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades*: Es el departamento de la Administración General del Estado encargado de la ejecución de la política del Gobierno en materia de investigación científica y técnica, desarrollo tecnológico e innovación en todos los sectores. Este Ministerio ha

sido fuente de datos para analizar los salarios de los médicos de manera comparativa con profesionales de similar nivel formativo.

- *OIT - Organización Internacional del Trabajo*: Es un organismo especializado de las Naciones Unidas, creado en 1919, que se ocupa de los asuntos relativos al trabajo y las relaciones laborales. Sus estadísticas sirvieron para analizar la brecha salarial por género en los países de la OCDE.

Fuentes No Oficiales

- *Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS)*: Entidad que aglutina al sector privado, cuya finalidad es promover la mejora de la salud de los ciudadanos y defender el sistema sanitario español en su conjunto, a través de la puesta en valor de la aportación de la sanidad privada. Esta entidad ha servido como fuente de datos sobre el empleo médico en la red privada.
- *Medscape*: Sitio web que proporciona acceso a información médica para médicos. Los datos provistos por la misma han sido de utilidad para analizar las remuneraciones de los médicos en diferentes países, las diferencias de las remuneraciones por género y tipo de actividad desarrollada (AE vs AH). Ha sido una fuente de datos sobre la actividad de los médicos, condiciones laborales y satisfacción de los mismos.
- *Addeco*: Empresa dedicada a la búsqueda y selección de personal, así como a la capacitación y formación de empleados. Sus estadísticas permitieron analizar los salarios de los trabajadores en España y en las CCAA, también ha sido de utilidad para realizar un análisis comparativo de las remuneraciones de los médicos frente a otros profesionales.
- *HAYS*: Empresa dedicada a la selección de personal, tanto para el sector privado como el público. Sus datos colaboraron para realizar el análisis comparativo del salario de los médicos con otros profesionales de similar nivel formativo.
- *Signium*: Empresa internacional dedicada a la búsqueda de directivos. Ha sido la fuente para realizar el análisis comparativo del salario de los médicos con profesionales de similar nivel formativo, particularmente los abogados.

Esteban Lifschitz

Médico. Especialista en Clínica Médica y Medicina Sanitaria. Máster en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud. Director de la Carrera de Médico Especialista en Evaluación de Tecnologías Sanitarias en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina. Investigador del IMSET (Instituto de Medicina para la Seguridad Social y Evaluación Tecnológica), Facultad de Medicina (UBA).

Juan E. del Llano

Licenciado en Medicina y Cirugía (1981) y Doctor en Medicina (1990) por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública (MIR 1982-85, Hospital La Paz). M. Sc. Community Health, Usher Institute, University of Edinburgh (1985-86). European Healthcare Leadership Programme, INSEAD (1999-2000). Programa de Alta Dirección de Instituciones Sanitarias, IESE, Universidad de Navarra (2004). Advanced Health Leadership Forum, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona y University of California, Berkeley (2005). Salzburg Global Seminar, ediciones 1994 y 2015. Desde 1998 es director de la Fundación Gaspar Casal. Desde 1989 es Director Académico y profesor de Salud Pública y Gestión Clínica del Master de Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Fundación Gaspar Casal y Universitat Pompeu Fabra (anterior al 2000, ICADE-UPCO). Presidente de la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, desde 2003. Editor Asociado de Gestión Clínica y Sanitaria, desde 1999. Investigador Asociado del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), Universitat Pompeu Fabra, desde 2000. Evaluador del Área de Biomedicina, Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva. Profesor Ayudante Doctor, Agencia Nacional de Evaluación, Calidad y Acreditación (PAD: 2012-7582).

Joan Rovira

Es Profesor Emérito del Departamento de Teoría Económica de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Barcelona y Profesor Asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Colabora habitualmente como consultor de la Fundación Gaspar Casal en la realización de estudios relacionados con la Evaluación de Tecnologías en Salud (ETS) y las políticas de precios de los medicamentos. Socio fundador y director de investigación de SOIKOS SL, que llevó a cabo un gran número

de estudios de evaluación económica de tecnologías para la industria y para organismos sanitarios y que desarrolló la Base de Datos de Costes Sanitarios. Fue miembro de la Junta Directiva de ISPOR, y Economista de la Salud Senior en el Departamento de Salud, Nutrición y Población del Banco Mundial, Washington DC.

Beatriz González

Doctora en Economía y Catedrática de Métodos Cuantitativos en Economía, Universidad de Las Palmas de GC (España). Su principal interés de investigación es la Economía de la Salud, específicamente Recursos Humanos para la Salud. Consultora internacional en México, Brasil, Costa Rica, Chile, Uruguay y Mozambique. Ha publicado artículos científicos en las revistas *Journal of Health Economics*, *Health Economics*, *Preventive Medicine*, *European Journal of Cancer*, *European Journal of Public Health*, *Journal of Epidemiology and Community Health* and *Human Resources*, entre otras. Investigadora visitante en el departamento de Economía, MIT Cambridge, MA (EE.UU.), 2008. Presidenta de la Asociación Española de Economía de la Salud (2004-2005). Presidenta de la Sección de Economía de la Salud Pública de la Asociación Europea de Salud Pública (EUPHA) (2011-2012). Condecorada con la Cruz de la Orden del Mérito Civil de Sanidad (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) en 2011. Nombrada Hija Adoptiva de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria. 5 períodos de investigación (sexenios): 1983-2012

Fernando Magro

Licenciado en Ciencias Químicas por la Universidad Complutense. Ha sido subsecretario del Ministerio de la Vivienda y vocal asesor en la Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas del Ministerio de Hacienda, director del Departamento de Relaciones Institucionales del Gabinete del Presidente del Gobierno, subdirector general en los Ministerios de Economía y de Interior; director general en los Ministerios de Industria y de Sanidad y Consumo; consejero técnico de la Secretaría General de Hacienda y jefe de departamento en el Ministerio de Agricultura. Miembro del Consejo de Administración de la Sociedad Estatal ExpoZaragoza 2008, la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre o Repsol Petróleo. En la empresa privada has sido responsable de Acceso a Mercado de Esteve. Actualmente es consultor.

REFERENCIAS

- I Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/28/es/>
- II Tobar F. Herramientas para el análisis del sector salud. Medicina y Sociedad 2000;2:2. http://www.fsg.org.ar/maestria_pdfs/4.pdf
- III European Commission. Ficha técnica del semestre europeo. Sistemas sanitarios. Disponible en: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_health-systems_es.pdf.
- IV Bernal-Delgado E. et al. Sistemas de salud en transición. España. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/pdf/REVISION_SISTEMA_SANITARIO_ESPANOL_2018.pdf
- V Instituto Nacional de Estadística (INE). Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1448>
- VI OCDE (2020), “Health spending” (indicator), https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-spending/indicator/english_8643de7e-en (último acceso 31 de mayo de 2020).
- VII Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
- VIII Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>
- IX Adecco. VI Monitor anual Adecco sobre salarios. Primera Parte. Disponible en: <https://www.adecco.es/wp-content/uploads/2018/04/NdP-VI-Monitor-Adecco-Salarios.-Parte-I.pdf>
- X INE. Encuesta Anual de Estructura Salarial. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=4563&capsel=4563>
- XI International Labour Organization (ILO). Global Wage Report 2018/19. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_650553.pdf

- xii España. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1462/2018. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2018/12/27/pdfs/BOE-A-2018-17773.pdf>
- xiii España. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 2128/2008. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/12/30/pdfs/A52429-52430.pdf>
- xiv España. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 2030/2009. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2009/12/30/2030/dof/spa/pdf>
- xv España. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1795/2010. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/12/31/pdfs/BOE-A-2010-20150.pdf>
- xvi España. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1888/2011. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2011/12/31/pdfs/BOE-A-2011-20645.pdf>
- xvii España. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1717/2012. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/12/31/pdfs/BOE-A-2012-15766.pdf>
- xviii España. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1046/2013. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2013/12/30/pdfs/BOE-A-2013-13764.pdf>
- xix España. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1106/2014. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2014/12/27/pdfs/BOE-A-2014-13518.pdf>
- xx España. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1171/2015. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/12/30/pdfs/BOE-A-2015-14273.pdf>
- xxi España. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 742/2016. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2016/12/31/pdfs/BOE-A-2016-12598.pdf>
- xxii España. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1077/2017. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2017/12/30/pdfs/BOE-A-2017-15848.pdf>
- xxiii Álvarez B, Pellisé L, Lobo F. Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000.

- xxiv Lifschitz E, Tobar F. Cuando más no es mejor. Cuando más no es mejor. Revista Médicos, n° 59. Páginas 35-38. mayo 2010. Disponible en: <https://www.revistamedicos.com.ar/numero59/pagina40.htm>
- xxv Martín, JJ (2015). Las retribuciones en el Sistema Nacional de Salud. Presupuesto y gasto público, ISSN 0210-5977, N° 79, 2015, págs. 149-162. Disponible en: https://focap.files.wordpress.com/2015/11/2015-0875_10_jose_martin.pdf
- xxvi Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Los sistemas sanitarios en los países de la Unión Europea. https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/presentacion_es.pdf
- xxvii España. Boletín Oficial del Estado. Ley 55/2003. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-23101-consolidado.pdf>
- xxviii Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. Convenio Colectivo Clínicas Privadas 2016-2020. Disponible en: <https://www.codem.es/documentos-legales/convenio-colectivo-clinicas-privadas-periodo-2016-2020>
- xxix Cantabria. Convenio Colectivo de sector para establecimientos sanitarios privados de hospitalización, de la Comunidad de Cantabria. Años 2018 a 2019. Disponible en: http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/15605/doc295109_CONVENIO_HOSPRICAN_2018-2019.pdf
- xxx Cataluña. X Convenio colectivo de establecimientos sanitarios de hospitalización, asistencia, consulta y laboratorios de análisis clínicos de Cataluña, 2018 – 2019. Disponible en: <https://www.convenioscolectivos.net/establecimientos-sanitarios-de-hospitalizacion-de-cataluna/>
- xxxi Medscape. International Physician Compensation Report 2019: Do US Physicians Have It Best? Disponible en: <https://www.medscape.com/slideshow/2019-international-compensation-report-6011814#1>
- xxxii Medscape. Informe de salarios médicos: España. Disponible en: <https://espanol.medscape.com/diapositivas/59000086#6>
- xxxiii Medscape. Informe de remuneración económica y satisfacción profesional: España. Disponible en: https://espanol.medscape.com/diapositivas/59000110?src=ban_990x90_mdc_salary_2019_int&pa=bOSMf0%2FkWXTDWjrKytgFfSzb6z0JjVVWJ%2BJcHExyOUTlo7PW6G-G8evQt7YsJ5uxlcFrqow%2Bf2%2F37XuRaZT6JAA%3D%3D#6

- xxxiv OCDE. Disponible en: <https://stats.oecd.org/> (último acceso 31 de mayo de 2020)
- xxxv Medscape. Enquête : pouvoir d'achat et satisfaction professionnelle des médecins français. Disponible en: <https://français.medscape.com/diaporama/33000212#7>
- xxxvi Medscape. UK Doctor's Salary & Satisfaction Report 2019. Disponible en: <https://www.medscape.com/slideshow/2019-uk-doctors-salary-report-6011623#2>
- xxxvii Medscape. Remuneração e satisfação dos médicos brasileiros 2019. Disponible en: <https://portugues.medscape.com/slideshow/65000108#6>
- xxxviii Medscape. Physician Compensation Report 2019. Disponible en: <https://www.medscape.com/slideshow/2019-compensation-overview-6011286#18>
- xxxix Medscape. Reporte de remuneración económica y satisfacción profesional: México. Disponible en: <https://espanol.medscape.com/diapositivas/59000113#1>
- xl Medscape. Gehaltsreport 2019: Immer besser – die finanzielle Situation von Ärzten in Deutschland. Disponible en: <https://deutsch.medscape.com/diashow/49000684#2>
- xli Adecco. Informe Infoempleo 2018. Disponible en: <https://iestatic.net/infoempleo/documentacion/Informe-infoempleo-adecco-2018.pdf>
- xlii OCDE (2019). Health at a Glance 2019: OECD indicators, OECD publishing, Paris. <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>
- xliii OCDE (2015), Remuneration of doctors (general practitioners and specialists), in Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015/remuneration-of-doctors-general-practitioners-and-specialists_health_glance-2015-25-en
- xliv OCDE (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

- XLV Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Inserción Laboral de los Graduados Universitarios. Disponible en: https://www.abc.es/sociedad/abci-estudios-universitarios-mejores-y-peores-sueldos-antes-cumplir-30-anos-201907101253_noticia.html
- XLVI Adecco. Informe Infoempleo 2018. Disponible en: <https://iestatic.net/infoempleo/documentacion/Informe-infoempleo-adecco-2018.pdf>
- XLVII HAYS. Guía del mercado laboral 2020. Disponible en: <https://www.hays.es/documents/63345/4314146/GUIA+DEL+MERCADO+LABORAL+DE+HAYS+2020+-+Online.pdf>
- XLVIII Signium. Análisis comparativo de las retribuciones en los despachos de abogados en España. Deci-mocuarta edición. 2019. Disponible en: <https://www.signium.es/Portals/56/SIGNIUM%20-%20Estudio%20salarial%20sector%20legal%20web%202018.pdf>
- XLIX OMC (2018). Estudio comparativo de las retribuciones de los médicos de atención primaria en España en 2018 y diferencias desde 2009. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/Retribuciones-Medicos-AP-2018-2009.pdf>
- L Centro de Estudios. Sindicato Médico de Granada 2018. Diferencias retributivas de los médicos de hospital españoles en 2018 y recortes desde 2009. Disponible en: <http://simeg.org/wp/wp-content/uploads/2019/02/Retribuciones-Hospital-2018.pdf>
- LI España. Boletín Oficial del Estado. 1146/2006. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/10/06/1146/dof/spa/pdf>
- LII CESM 2018. Estudio comparativo de las retribuciones de los facultativos residentes en España en el año 2018 y recortes desde el año 2009. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/Retribuciones-MIR-2018.pdf>
- LIII Redacción Médica. El sueldo del MIR sube aún menos que las pensiones. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/el-sueldo-del-mir-sube-aun-menos-que-las-pensiones-7748>
- LIV INE. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176781&menu=ultiDatos&idp=1254735573175

- LV INE. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/epsc_2019.pdf
- LVI Organización Médica Colegial (OMC) de España. Diagnóstico de género de la profesión médica. 2018. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/Diagnostico_genero_profesion_medica/87/
- LVII EUROSTAT. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00167/default/table?lang=en>
- LVIII INE. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=6459&capsel=6460>
- LIX Organización Médica Colegial (OMC) de España. Estudio sobre demografía médica. 2018. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/estudio_demografia_2017/ (último acceso 31 de mayo de 2020).
- LX Eurostat. Disponible en: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?query=BOOKMARK_DS-052274_QID_66597377_UID-3F171EB0&layout=TIME,C,X,0;MED_SPEC,L,X,1;GEO,L,Y,0;UNIT,L,Z,0;INDICATORS,C,Z,1;&zSelection=DS-052274INDICATORS,OBS_FLAG;DS-052274UNIT,NR;&rankName1=INDICATORS_1_2_-1_2&rankName2=UNIT_1_0_0_1&rankName3=TIME_1_0_0_0&rankName4=MED-SPEC_1_2_1_0&rankName5=GEO_1_2_0_1&sortC=ASC_-1_FIRST&rStp=&cStp=&rDCh=&cDCh=&rDM=true&cDM=true&footnes=false&empty=false&wai=false&time_mode=ROLLING&time_most_recent=false&lang=EN&cfo=%23%23%23%2C%23%23%23.%23%23%23
- LXI OMC. Encuestasobre la situación de la profesión médica en España. 5.ª oleada 2018. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files//u183/informe_de_resultados_-_5o_muestreo_encuesta_situacion_profesion_medica_en_espana-30_mayo_2018_0.pdf
- LXII Eurostat. Disponible en: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?query=BOOKMARK_DS-052274_QID_66597377_UID-3F171EB0&layout=TIME,C,X,0;MED_SPEC,L,X,1;GEO,L,Y,0;UNIT,L,Z,0;INDICATORS,C,Z,1;&zSelection=DS-052274INDICATORS,OBS_FLAG;DS-052274UNIT,NR;&rankName1=INDICATORS_1_2_-1_2&rankName2=UNIT_1_0_0_1&rankName3=TIME_1_0_0_0&rankName4=MED-SPEC_1_2_1_0&rankName5=GEO_1_2_0_1&sortC=ASC_-1_FIRST&rStp=&cStp=&rDCh=&cDCh=&rDM=true&cDM=true&footnes=false&empty=false&wai=false&time_mode=ROLLING&time_most_recent=false&lang=EN&cfo=%23%23%23%2C%23%23%23.%23%23%23

- LXIII Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. Estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas. España 2018-2030. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/20182030EstimacionOfertaDemandaMedicosEspecialistasV2.pdf>
- LXIV Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/comun/ArbolNodos.aspx?idNodo=14029>
- LXV Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Estadisticas.htm>
- LXVI OMC. Estudio sobre la situación laboral de los médicos en España. Cuarta Oleada. 2017. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/informe_resultados_cuarto_muestreo_encuesta_situacion_laboral_medicos_en_espana_23_febrero_2017.pdf
- LXVII IDIS. Sanidad Privada, aportando valor. Análisis de situación 2019. Disponible en: <https://www.fundacionidis.com/informes/analisis-de-situacion-de-la-sanidad-privada/sanidad-privada-aportando-valor-analisis-de-situacion-2019>
- LXVIII EUROSTAT. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_physicians#Health_graduates (último acceso 31 de mayo de 2020)
- LXIX Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada. Disponible en: <https://www.consalud.es/uploads/s1/12/60/88/0/finalizan-mir-2020-avance.pdf>
- LXX Medscape. Informe de calidad de vida y desgaste profesional del médico: España. Disponible en: <https://espanol.medscape.com/diapositivas/59000099#1>
- LXXI Redacción Médica. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/35-horas-en-sanidad-4-ccaa-las-aplican-3-las-han-pactado-y-2-las-esperan-6132>
- LXXII España. Ley 2/2012 de Presupuestos Generales del Estado para el año 2012. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2012/BOE-A-2012-8745-consolidado.pdf>

LXXIII Medscape. Physician Lifestyle & Happiness Report 2019. Disponible en: <https://www.medscape.com/slideshow/2019-lifestyle-happiness-6011057#16>

LXXIV Medscape. Physician Lifestyle & Happiness Report 2020: The Generational Divide <https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle-happiness-6012424#7>



GOBIERNO
de
CANTABRIA
CONSEJERÍA DE SANIDAD