



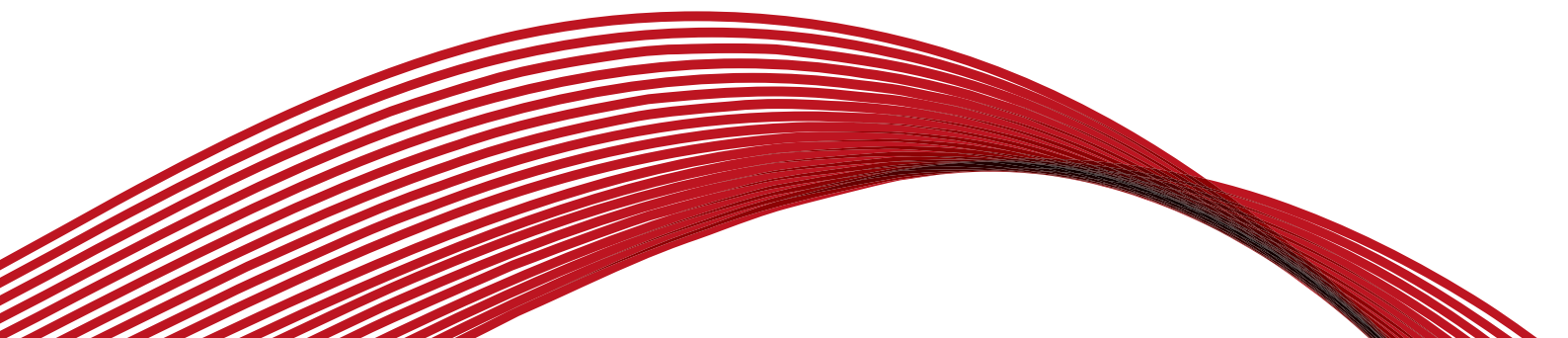
EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

ESTUDIO

EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA
DE RECURSOS HUMANOS EN EL
SISTEMA SANITARIO PÚBLICO
DE EXTREMADURA



Autoridad Independiente
de Responsabilidad Fiscal





Autoridad Independiente
de Responsabilidad Fiscal

La Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal, AAI (AIReF) nace con la misión de velar por el estricto cumplimiento de los principios de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera recogidos en el artículo 135 de la Constitución Española.

Contacto AIReF:

C/ José Abascal, 2-4, 2ª planta

28003 Madrid

+34 910 100 599

info@airef.es

www.airef.es

Esta documentación puede ser utilizada y reproducida en parte o en su integridad citando necesariamente que proviene de la AIReF.

Fecha de publicación: septiembre de 2025.

Índice

Resumen ejecutivo	4
Hallazgos y propuestas	7
1. Introducción: contexto, objetivos, ejes y metodologías de la evaluación	15
1.1. Antecedentes	15
1.2. Contexto y situación	16
1.3. Objetivo y ejes de la evaluación	18
1.4. Metodologías utilizadas en la evaluación	20
1.5. Bases de datos y otras fuentes de información	21
1.6. Gobernanza y agentes participantes	24
1.7. Presupuesto y calendario	24
1.8. Panorámica del estudio	24
2. Evaluación	25
2.1. Marco normativo de los recursos humanos en Extremadura	25
2.1.1. Análisis del marco normativo de Extremadura y sus principales implicaciones en la gestión de los recursos humanos	25
Recuadro 1. Las ofertas de empleo público en el Servicio Extremeño de Salud	29
2.2. Planificación y ordenación de los recursos humanos	36
2.2.1. Dimensionamiento, caracterización y distribución de la plantilla	36
2.3. Modelos de oferta de profesionales y demanda asistencial. La presión asistencial y los tiempos medios de espera	50
2.3.1. Atención primaria	51
2.3.2. Atención hospitalaria	66
2.4. Temporalidad y su evolución	90
Recuadro 2. Impacto de la oferta de empleo público de Extremadura durante 2017/2018 en la temporalidad de la atención primaria	94
2.5. Modelo de retribuciones e incentivos a los profesionales	108
3. Propuestas	118
4. Glosario	123

RESUMEN EJECUTIVO

La comunidad autónoma de Extremadura se enfrenta a desafíos significativos en la gestión de los recursos humanos de su sistema sanitario. Estos retos, acentuados por el contexto de una creciente presión asistencial, el envejecimiento de la población y una distribución territorial desigual, afectan directamente a la calidad de los servicios sanitarios ofrecidos a la ciudadanía. En este escenario, el presente estudio analiza tres ejes fundamentales de la política de recursos humanos del Servicio Extremeño de Salud (SES) para aportar soluciones que garanticen un uso eficiente de los recursos disponibles y promuevan un sistema equitativo y sostenible.

El marco normativo que regula los recursos humanos del sistema sanitario extremeño está definido por una estructura dual, que combina directrices estatales y desarrollos autonómicos. Aunque este enfoque busca equilibrar estabilidad y flexibilidad, en la práctica genera rigideces que limitan la capacidad de los centros para adaptarse a las necesidades específicas de sus entornos. La relación contractual está dominada por el régimen estatutario, con recientes reformas orientadas a reducir la temporalidad. Sin embargo, persiste una alta dispersión normativa en los procesos de provisión y selección de personal, los cuales priorizan méritos tradicionales sin atender a competencias transversales necesarias en el entorno sanitario. Para abordar estas limitaciones, resulta necesaria una revisión del marco normativo que permita mayor flexibilidad en la gestión de recursos humanos a nivel de centro, manteniendo las garantías necesarias del sistema público.

En términos de planificación y ordenación de los recursos humanos, el SES ha experimentado un crecimiento en su personal (+12% desde 2016), con un refuerzo notable de residentes y profesionales jóvenes. No obstante, la distribución sigue siendo desigual, con una mayor dotación relativa al número de habitantes de los recursos en áreas rurales frente a una elevada presión asistencial en zonas urbanas densamente pobladas. Para superar estas disparidades, se recomienda adoptar modelos dinámicos de planificación que vinculen las proyecciones demográficas con las necesidades asistenciales,

apoyados en incentivos específicos para profesionales en zonas de difícil cobertura y planes de relevo generacional que garanticen una continuidad eficiente en los servicios.

El modelo de oferta y demanda asistencial, como eje central de esta evaluación, revela desafíos de enorme calado y trascendencia social. La atención primaria en Extremadura muestra síntomas de tensionamiento, con un número de consultas por médico superior a la media nacional y tiempos de espera que se han deteriorado desde la pandemia, alcanzando de media los 3,6 días en 2023. En atención hospitalaria, los tiempos de espera para consultas externas e intervenciones quirúrgicas también superan los promedios nacionales, con notables diferencias entre especialidades y complejos hospitalarios. El tiempo medio de espera quirúrgico se sitúa en 181 días, superando considerablemente la media nacional de 128 días. El análisis muestra que el 64 % de los servicios hospitalarios ha experimentado un deterioro en sus tiempos medios de espera entre 2016 y 2023. Para abordar estas deficiencias, se propone reforzar estrategias duales que combinen la optimización de la oferta mediante programas de alta resolución, telemedicina y agendas dinámicas, junto con la gestión de la demanda a través de protocolos de derivación y educación sanitaria. Además, se sugiere extender en las alianzas estratégicas intercentros hospitalarios que podrían ser clave para reducir las disparidades entre áreas hospitalarias, y profundizar en ellas.

La temporalidad es otro de los grandes retos del sistema de salud extremeño con tasas que alcanzan el 50 % en enfermería de atención primaria y el 47 % en atención hospitalaria. Aunque las ofertas de empleo público (OEP) han logrado avances en la estabilización laboral, el impacto de estas medidas tiende a diluirse con el tiempo debido a la alta movilidad de los profesionales. En esta evaluación se realiza un análisis causal que se centra en analizar el impacto de las ofertas de empleo público (OEP) de 2017/2018 en la temporalidad de las plazas que se adjudican en la propia OEP. Este análisis revela que las OEP de 2017/2018, aunque efectivas inicialmente en reducir la temporalidad en estas plazas, ven diluido su efecto tras dos años desde la toma de posesión, coincidiendo con los concursos de traslado. Para abordar esta situación, se propone un programa de incentivos progresivos vinculados a la permanencia en zonas de difícil cobertura, junto con un nuevo modelo de planificación de OEP que incluya análisis predictivo de necesidades, priorización de plazas con alta rotación y supervisión del grado de coordinación entre oferta de empleo público y traslados.

El sistema de retribuciones e incentivos presenta importantes limitaciones, caracterizándose por un predominio de retribuciones fijas y un desarrollo insuficiente de incentivos variables y no económicos. La ausencia de un modelo

vinculado a resultados o al desempeño profesional afecta tanto a la motivación de los trabajadores como a la eficiencia del sistema. Un rediseño del sistema retributivo, con mayor peso de los incentivos variables ligados a indicadores objetivos y respaldado por herramientas de evaluación continua, es esencial para alinear los objetivos individuales con las metas colectivas del sistema sanitario.

En conclusión, el estudio sobre los recursos humanos del sistema sanitario público de Extremadura resalta la necesidad de abordar retos significativos en planificación, oferta profesional y modelos de gestión. Las propuestas incluyen la implementación de un sistema dinámico de planificación para prever necesidades futuras, incentivos específicos para zonas de difícil cobertura, reducción de la temporalidad y mejora de las retribuciones e incentivos vinculados a resultados. Además, se plantea una estrategia dual que combine actuaciones sobre la gestión de la oferta y la demanda, orientada a disminuir las listas de espera y mejorar la accesibilidad asistencial. Sin embargo, estos objetivos enfrentan desafíos relacionados con la heterogeneidad territorial, la persistente presión asistencial y la necesidad de equilibrar flexibilidad y estabilidad en la gestión. La sostenibilidad y el éxito de estas iniciativas dependerán también de una monitorización efectiva y ajustes continuos.

ESQUEMA Y EJES DE LA EVALUACIÓN

Bloque I. Contexto, objetivos y metodologías aplicadas			
	EJES	ASPECTOS ANALIZADOS	
Bloque II. Evidencia de la evaluación	Eje 1. Marco normativo de los recursos humanos	Análisis del marco normativo	Bloque III. Propuestas
	Eje 2. Planificación y ordenación del personal	Análisis del dimensionamiento, caracterización y distribución de la plantilla	
	Eje 3. Modelo de oferta de profesionales y demanda asistencial	Análisis de la presión asistencial y los tiempos medios de espera en atención primaria y hospitalaria	
	Eje 4. Temporalidad y su evolución	Análisis de la temporalidad Impacto de la OEP en la temporalidad en atención primaria	
	Eje 5. Modelo de retribuciones e incentivos a los profesionales	Análisis de las retribuciones e incentivos	

Fuente: AIReF.

HALLAZGOS Y PROPUESTAS

1. MARCO NORMATIVO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EXTREMADURA

HALLAZGOS	<p>Aspectos generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Regulación específica histórica para profesionales sanitarios por las características especiales del servicio. Marco dual: normativa estatal básica + desarrollo autonómico. Búsqueda de equilibrio entre estabilidad y flexibilidad en la gestión. <p>Relación jurídica y contractual:</p> <ul style="list-style-type: none"> Predominio del régimen estatutario. Dualidad: personal estable + personal temporal. Reforma reciente del estatuto marco: eliminación de la figura de eventual; límite tres años de temporalidad. Extremadura sin desarrollo normativo sustancialmente diferenciado del marco nacional. <p>Provisión y selección:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dos mecanismos principales: oferta de empleo público y bolsas de empleo. Alta regulación que limita autonomía de centros sanitarios. Procesos bienales de concurso-oposición para personal fijo. Dispersión normativa que dificulta trazabilidad. Énfasis en méritos tradicionales sin considerar competencias transversales. <p>Sistema retributivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Estructura dual: retribuciones básicas (estatales) y complementarias (desarrollo autonómico). Limitada autonomía de gestión a nivel de centros. Vacío regulatorio en incentivos no monetarios. <p>Desarrollo profesional:</p> <ul style="list-style-type: none"> Modelo dual en Extremadura: carrera profesional (sanitarios) y desarrollo profesional (personal de gestión y servicios). Evaluación integral, pero con énfasis en antigüedad. Sistema más exigente en experiencia que otras comunidades autónomas.
-----------	--

2. PLANIFICACIÓN Y ORDENACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

HALLAZGOS	<p>Dimensionamiento global del Servicio Extremeño de Salud (SES) en 2023:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número total de efectivos: 21.485 (+12 % desde 2016). • Distribución: 29 % primaria, 71 % hospitalaria. • Ponderado por dedicación y días: 16.135 efectivos (+11 % desde 2016). <p>Atención primaria (6.243 efectivos, +14 % entre 2016 y 2023):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sanitarios (77 % del total de atención primaria): <ul style="list-style-type: none"> ○ 50 % enfermería (+13 % ordinaria, -8 % urgencias). ○ 28 % medicina familiar (+22 % ordinaria). ○ 3 % pediatría (estable). • No sanitarios (23 %): <ul style="list-style-type: none"> ○ 47 % administración (+33 %). ○ 52 % celadores (+30 %). • Ratio superior a media nacional: 0,89 vs. 0,81 médicos/1000 habitantes. <p>Atención hospitalaria (15.242 efectivos, +11 % desde 2016):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sanitarios (80,3 %): <ul style="list-style-type: none"> ○ 40 % enfermería (-1 %). ○ 20 % medicina (+10 %). ○ 36 % técnicos sanitarios (+30 %). • No sanitarios (19,7 %): <ul style="list-style-type: none"> ○ 37 % administración (-1 %). ○ 62 % celadores (+8 %). <p>Aspectos destacables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notable incremento residentes: 51 % primaria, 44 % hospitalaria. • Feminización progresiva: mayor en enfermería (85 %) y pediatría (76 %). • Envejecimiento plantilla con aumento simultáneo médicos atención primaria menores de 40 años. • Mayor dotación en zonas periféricas con tendencia a homogeneización. • Personal temporal significativo: 36 % medicina familia, 50 % enfermería.
------------------	--

<p>PROPUESTAS</p>	<ul style="list-style-type: none">• Refuerzo de la planificación estratégica de los recursos humanos basada en criterios demográficos, territoriales y asistenciales.• Implementación de un modelo dinámico de planificación que integre sistemáticamente las proyecciones demográficas con las necesidades de plantilla. Desarrollo de un sistema que combine el análisis poblacional por área de salud con la evolución de las necesidades asistenciales, permitiendo anticipar y adaptar la distribución de recursos sanitarios ante la actual heterogeneidad territorial y los elevados tiempos medios de espera.• Establecimiento de una planificación plurianual de necesidades de personal por área de salud con incentivos específicos para zonas periféricas. Aprovechamiento del actual incremento de residentes para diseñar un plan de relevo generacional que garantice una distribución equitativa de recursos, definiendo plantillas óptimas por zona e incorporando medidas específicas para la cobertura estructural en áreas de difícil cobertura.
-------------------	--

3. MODELO DE OFERTA DE PROFESIONALES Y DEMANDA ASISTENCIAL

Atención primaria. Presión asistencial y tiempos medios de espera

<p>HALLAZGOS</p>	<p>Presión asistencial en atención primaria</p> <p>Comparativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Superior a media nacional. • Mayor diferencia en medicina familia (Extremadura: 7.961 consultas médico-año vs. 6.906 media nacional). <p>Distribución:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor en zonas alta densidad poblacional. • Concentración en suroeste. <p>Evolución:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería: normalización postpandemia. • Medicina de familia: distribución bimodal (alta/baja presión). • Pediatría: tendencia a alta presión. <p>Tiempos medios de espera en atención primaria</p> <p>Situación actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Media 3,6 días (2023). • 98% zonas superan 48h. • Sin correlación con densidad poblacional. <p>Evolución:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro desde pandemia (2,7 días en 2019). • Sin recuperación postpandemia. • Mayor dispersión territorial en 2023. <p>Puntos críticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunas zonas superan 10 días. • Deterioro significativo en zonas anteriormente eficientes.
-------------------------	--

Atención hospitalaria. Actividad asistencial y listas y tiempos medios de espera

<p>HALLAZGOS</p>	<p>Actividad asistencial en atención hospitalaria</p> <p>Consultas por profesional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios moderados 2016-2023. • Alta heterogeneidad entre complejos hospitalarios. • Mayores ratios: dermatología, rehabilitación y endocrinología. • Menores ratios: medicina nuclear, radiodiagnóstico y psiquiatría. <p>Intervenciones quirúrgicas por profesional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leves cambios 2016-2023 excepto neumología y hematología. • Heterogeneidad moderada entre complejos hospitalarios. • Mayores ratios: oftalmología, dermatología y cirugía maxilofacial. <p>Listas y tiempos medios de espera (TME) en atención hospitalaria</p> <p>Situación comparada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TME quirúrgico: 181 días vs. 128 media nacional. • TME consultas externas: 106 días vs. 101 media nacional. <p>Consultas externas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 54 % pacientes >60 días en consultas (2023) vs. 41 % (2016). • 30 % pacientes >180 días en cirugía (2023) vs. 26 % (2016). • 61 % servicios superan 60 días (2023) vs. 38 % (2016). • 64 % servicios muestran aumento TME 2016-2023. • Mayor deterioro: medicina interna, neumología y rehabilitación. • Alta heterogeneidad entre complejos hospitalarios. <p>Intervenciones quirúrgicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 14 % servicios superan 180 días (2023) vs. 7 % (2016). • 79 % servicios muestran deterioro 2016-2023. • Peor situación: neurocirugía (421 días) y maxilofacial (348 días). • Impacto persistente COVID-19 en mayoría de servicios.
-------------------------	---

<p>PROPUESTAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar una estrategia dual que combine actuaciones sobre oferta y demanda para mejorar la accesibilidad y reducir los tiempos medios de espera, complementada con alianzas estratégicas intercentros. Las acciones sobre la oferta incluirían: implementación de programas de alta resolución en horario de tarde, optimización de agendas y recursos existentes, desarrollo de proyectos de telemedicina e incorporación de herramientas digitales de apoyo clínico. Las actuaciones sobre la demanda contemplarían: implementación de protocolos de adecuación de indicaciones, mejora de criterios de derivación y desarrollo de programas de educación sanitaria. También podría explorarse, siguiendo el ejemplo de otras comunidades autónomas como Castilla y León, la posibilidad de implementar un sistema de transporte a demanda que garantice a los ciudadanos de zonas rurales las mismas oportunidades de acceso a los servicios de salud que disfrutaban los habitantes de núcleos urbanos más poblados. Todo este proceso sería monitorizado mediante un cuadro de mandos con indicadores clave de rendimiento. • Se plantea extender y reforzar las alianzas estratégicas entre servicios hospitalarios como herramienta clave para optimizar recursos y reducir variabilidad en los tiempos de espera. Basándose en la línea 9.1 del Plan de Ordenación de Recursos Humanos de la Junta de Extremadura, se establecerían marcos de colaboración estable entre servicios que permitan compartir recursos, priorizando centros con mayores demoras asistenciales. Esta colaboración intercentro adaptaría la cobertura asistencial a necesidades territoriales específicas, buscando la convergencia en los tiempos medios de espera entre centros y especialidades mediante el aprovechamiento eficiente de los recursos humanos disponibles. La consolidación de esta línea estratégica, establecida en el Plan de Ordenación de los Recursos Humanos del SES, y reforzada en 2024 mediante la Resolución de 16 de mayo de 2024, de la Dirección Gerencia, por la que se establecen las directrices para la fidelización y captación del talento de los profesionales especialistas en ciencias de la salud del SES, debería establecer las bases de una futura estructura organizativa de gestión clínica por procesos asistenciales que integrara unidades y servicios de diferentes niveles, áreas y centros asistenciales.
-------------------	--

4. TEMPORALIDAD DE LOS PROFESIONALES

<p>HALLAZGOS</p>	<p>Situación actual (2023):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria: medicina 36 %, enfermería 50 %, pediatría 32 %. • Atención hospitalaria: medicina 29 %, enfermería 47 %. • Principal grupo temporal: interinos en plaza vacante. <p>Evolución 2016-2023:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción en medicina (-4 %) y pediatría (-23 %). • Aumento en enfermería (+5 %). • Tendencia: reemplazo de sustitutos por interinos. <p>Hallazgos estructurales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor temporalidad donde hay menor presión asistencial. • Mayor estabilidad en colectivo médico vs. enfermería. • Más temporalidad en atención primaria que en hospitalaria. <p>Evaluación causal de la Oferta de Empleo Público (OEP) 2017/2018 para reducir la temporalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impacto positivo inicial, pero se diluye a los dos años. • Plazas concentradas en zonas periféricas menos pobladas. • Efecto en medicina de familia: +100 % personal fijo = -17 % presión asistencial. • Personal OEP más joven pero menor permanencia en plaza. • Alta movilidad posterior vía traslados, que sugieren menor atractivo de plazas estabilizadas.
<p>PROPUESTAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar el programa de incentivos para garantizar la permanencia en plazas estabilizadas, especialmente en zonas periféricas. Se propone desarrollar un sistema que combine mejoras retributivas escalonadas, prioridad en desarrollo profesional y condiciones laborales ventajosas para profesionales que mantengan su plaza más de tres años en zonas de difícil cobertura, rompiendo así el ciclo identificado en el que, tras dos años de la toma de posesión las plazas OEP retornan a la temporalidad. • Desarrollo de un nuevo modelo estratégico de planificación y seguimiento de OEP que reduzca la alta temporalidad estructural. Ante una temporalidad del 50 % en enfermería de atención primaria y 47 % en hospitalaria, se propone implementar un sistema que incluya análisis predictivo de necesidades, priorización de plazas con alta rotación, combinación estratégica de destinos y supervisión del grado de coordinación entre OEP y traslados, todo ello respaldado por un seguimiento continuo que permita intervenciones preventivas y correctivas para garantizar la estabilidad a largo plazo de las plantillas.

5. MODELO DE RETRIBUCIONES E INCENTIVOS A LOS PROFESIONALES

<p>HALLAZGOS</p>	<p>Estructura general:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Predominio retribuciones fijas. • Variables no vinculadas a rendimiento. • Escaso peso complementos productividad. <p>Productividad variable:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centrada en actividad extraordinaria. • No vinculada realmente a objetivos. • Gestión inestable (suspendida 2011-2014). <p>Relación con presión asistencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hay correlación significativa. <p>Incentivos difícil cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Económicos: +40% complemento específico. • No económicos: puntuación y movilidad. • Flexibilidad tras dos años de permanencia. • Pendiente desarrollo en atención hospitalaria.
<p>PROPUESTAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsar un modelo retributivo que incentive la eficiencia y calidad asistencial mediante retribuciones variables objetivables. Para ello, se plantea transformar el modelo actual, en el que la mayor parte de las retribuciones son fijas, y fortalecer el sistema de retribuciones variables vinculado a la evaluación del desempeño individual y colectivo, utilizando indicadores objetivos de actividad asistencial y resultados en salud. Esto implica incorporar la medición de competencias técnicas y transversales, implementar un cuadro de mando integral que permita la evaluación y ajuste dinámico de objetivos, y respaldar este sistema con una evaluación periódica que permita su adaptación continua a las nuevas necesidades del sistema sanitario.

1.

INTRODUCCIÓN: CONTEXTO, OBJETIVOS, EJES Y METODOLOGÍAS DE LA EVALUACIÓN

1.1. Antecedentes

En este informe se recogen los resultados del estudio de evaluación del gasto público de personal y la política de recursos humanos en el Servicio Extremeño de Salud (SES). Este trabajo es el resultado del encargo realizado a la AIReF por el Consejo de Gobierno de la comunidad autónoma de Extremadura por el que se solicitaba la realización de un estudio de revisión de las políticas de gasto público de las Políticas Activas de Empleo y la Sanidad (farmacia, alta tecnología y recursos humanos) para la comunidad extremeña. El 12 de mayo de 2021 la AIReF presentó un plan de acción para la realización en una primera fase del estudio de políticas activas de empleo y el estudio de farmacia sanitaria y alta tecnología, publicados ambos en octubre de 2023, y en una segunda fase de este estudio sobre los recursos humanos en el ámbito sanitario. Con fecha 1 de septiembre de 2021, el Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura dio la conformidad al plan de acción propuesto.

De acuerdo con el plan de acción, la evaluación comprendería como principales ejes:

- Marco normativo de los recursos humanos
- Planificación y ordenación del personal
- Modelo de oferta de profesionales y demanda asistencial

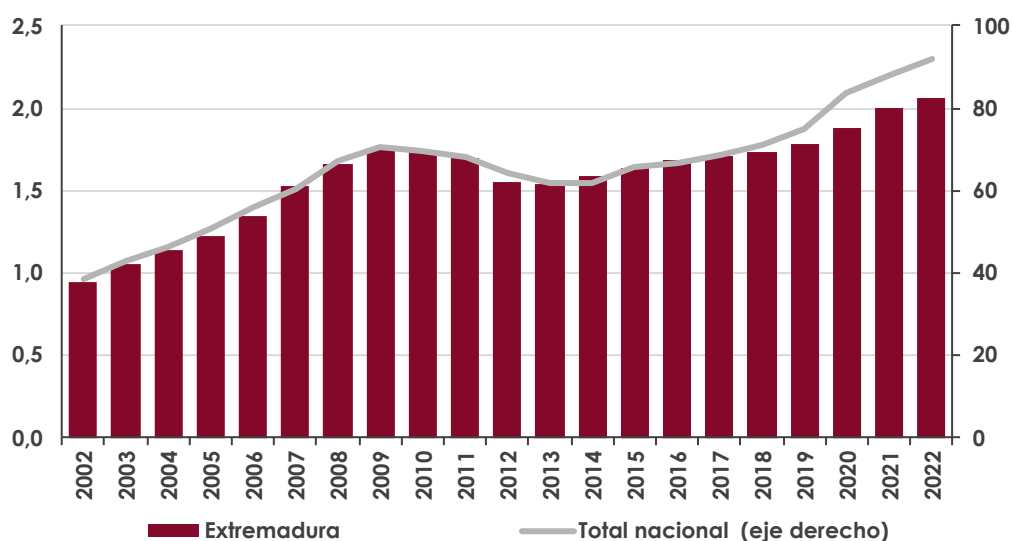
- Temporalidad, movilidad y rotación de profesionales
- Sistema de retribuciones y modelo de incentivos a los profesionales

1.2. Contexto y situación

La sanidad es la segunda política pública más relevante en términos de gasto en España, lo que pone de manifiesto los beneficios que pueden derivarse de gestionar eficientemente este sector. Según la Estadística del Gasto Sanitario Público referida a 2022, la cuantía de la inversión en sanidad pública en España ascendió a 92.072 millones de euros. En el caso de la comunidad extremeña, el gasto sanitario ascendió a 2.058 millones de euros.

El gasto sanitario público en la comunidad autónoma de Extremadura ha evidenciado una evolución análoga a la tendencia nacional durante el periodo 2002-2022, si bien con una progresión más contenida en los ejercicios más recientes. El análisis de la serie temporal refleja una trayectoria ascendente desde los 900 millones de euros de 2002 hasta superar los 2000 millones de euros al final del periodo, presentando oscilaciones significativas (gráfico 1). En la evolución pueden distinguirse diferentes fases: una expansión continuada hasta 2010, de igual ritmo en España y Extremadura, un posterior periodo de estabilización y contracción coincidente con la crisis económica (2010-2014), y una subsiguiente etapa de incremento a partir de 2015, que se acentúa con especial intensidad en el conjunto de España, desde 2020 como consecuencia de la emergencia sanitaria ocasionada por la COVID-19. Esta progresión pone de manifiesto cómo las grandes coyunturas económicas y sanitarias han condicionado la dotación presupuestaria sanitaria de la región, manteniendo no obstante una tendencia alcista sostenida durante las dos décadas analizadas.

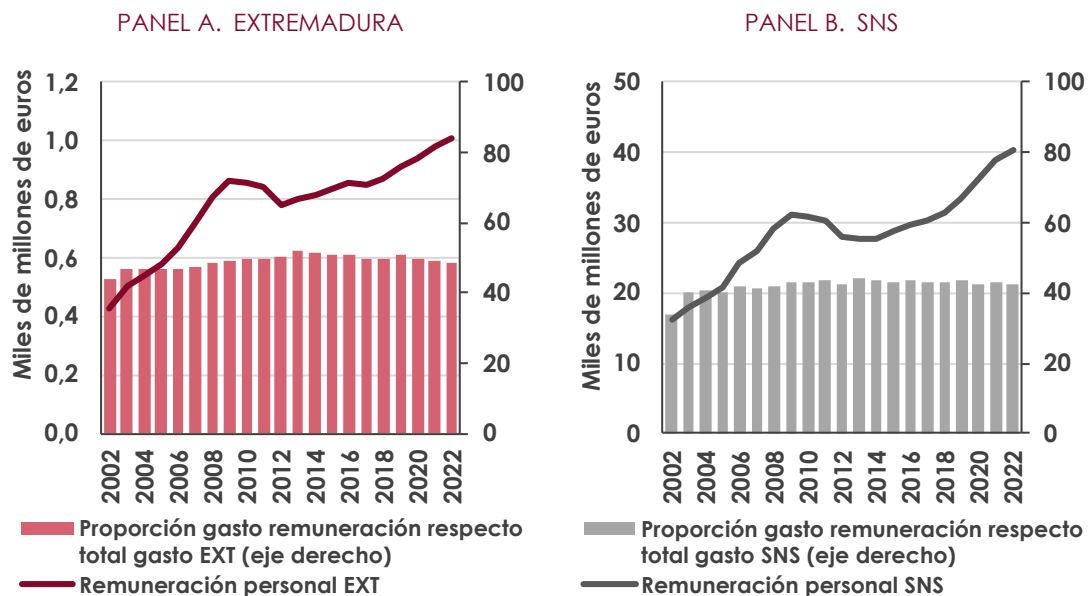
GRÁFICO 1. EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO. 2002-2022 (M€)



Fuente: Ministerio de Sanidad. Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público (2002-2022).

El gasto destinado a personal sanitario, que representa en Extremadura el 50 % del gasto sanitario total, ha mostrado una evolución creciente análoga al gasto agregado, si bien con un incremento menos pronunciado que el registrado en el conjunto del Sistema Nacional de Salud durante los últimos ejercicios. El análisis comparativo de ambos paneles del gráfico 2 evidencia una progresión ascendente en la remuneración del personal, tanto en Extremadura como en el Sistema Nacional de Salud (SNS), aunque con características diferenciadas. En el caso extremeño, la serie temporal refleja un incremento significativo desde los 400 millones de euros en 2002 hasta alcanzar 1.000 millones de euros en 2022, con un periodo de notable crecimiento hasta 2008, seguido de una fase de estabilización durante la crisis económica, y una posterior recuperación gradual que se acelera a partir de 2019. Cabe destacar cómo la tendencia alcista en la remuneración del personal ha sido menos acentuada en Extremadura que en el conjunto del SNS en los últimos ejercicios, especialmente desde el inicio de la pandemia.

GRÁFICO 2. EVOLUCIÓN DEL GASTO EN REMUNERACIÓN DEL PERSONAL Y PORCENTAJE RESPECTO AL TOTAL DE GASTO SANITARIO. 2002-2022



Fuente: Ministerio de Sanidad. Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público Total Consolidado (2002-2022).

Nota: Datos de gasto público en sanidad consolidado.

1.3. Objetivo y ejes de la evaluación

Esta evaluación tiene como objetivo examinar el gasto de personal y la política de recursos humanos del Servicio Extremeño de Salud con el fin de ofrecer propuestas para un uso más eficiente de los recursos públicos. El análisis aborda los siguientes ejes:

Eje 1. Marco normativo de los recursos humanos.

- Revisión específica de la normativa autonómica de aplicación.

Eje 2. Planificación y ordenación del personal.

- Análisis de las herramientas utilizadas por el Servicio Extremeño de Salud para la planificación global de los recursos humanos y su adecuación para la consecución de los objetivos estratégicos definidos en este ámbito. En concreto, el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del SES que está en vigor, analizando el grado de implementación de las medidas previstas en él y el cumplimiento de los objetivos establecidos en el plan en materia de personal.

- Análisis de dimensionamiento actual de las plantillas y su distribución territorial entre las áreas de salud y entre niveles asistenciales y centros sanitarios. Con una especial atención a los principales desequilibrios identificados entre la oferta y la demanda de asistencia sanitaria y de profesionales sanitarios (zonas y puestos de difícil cobertura).

Eje 3. Modelo de oferta de profesionales sanitarios y demanda asistencial.

- Análisis de la presión asistencial y los tiempos medios de espera en atención primaria y hospitalaria.

Eje 4. Temporalidad, movilidad y rotación de profesionales.

- Análisis del nivel y evolución de la temporalidad en el empleo público sanitario de la comunidad, con relación a los objetivos marcados en los planes y a los niveles de temporalidad en el sector sanitario público de otras comunidades autónomas, con el objetivo de proponer las medidas o estrategias más eficaces y eficientes (en el marco competencial de la comunidad) para reducir las tasas de temporalidad y favorecer la estabilización de los puestos de trabajo.
- Además, se han analizado las tasas de movilidad y rotación de los profesionales en el sistema sanitario público de Extremadura.

Eje 5. Modelo de retribuciones y de incentivos a los profesionales.

- Análisis de los costes y conceptos salariales por centros sanitarios, niveles asistenciales y categorías profesionales, su evolución y el porcentaje sobre el total del presupuesto. También de la eficacia del modelo de incentivos económicos existente y su alineación con la estrategia corporativa.

El informe se estructura en tres bloques. En este primer bloque se describe el objetivo de la evaluación, sus ejes, metodologías y bases de datos; en el segundo se recogen las evidencias encontradas como resultado de la evaluación en cada uno de los cinco ejes y en el tercero se formulan propuestas a partir de los hallazgos.

CUADRO 1. ESQUEMA DEL ESTUDIO

Bloque I. Contexto, objetivos y metodologías aplicadas		
	EJES	ASPECTOS ANALIZADOS
Bloque II. Evidencia de la evaluación	Eje 1. Marco normativo de los recursos humanos	Análisis del marco normativo
	Eje 2. Planificación y ordenación del personal	Análisis del dimensionamiento, caracterización y distribución de la plantilla
	Eje 3. Modelo de oferta de profesionales y demanda asistencial	Análisis de la presión asistencial y los tiempos medios de espera en atención primaria y hospitalaria
	Eje 4. Temporalidad y su evolución	Análisis de la temporalidad Impacto de la OEP en la temporalidad en atención primaria
	Eje 5. Modelo de retribuciones e incentivos a los profesionales	Análisis de las retribuciones e incentivos
		Bloque III. Propuestas

Fuente: AIReF.

1.4. Metodologías utilizadas en la evaluación

La evaluación ha requerido la aplicación de diferentes metodologías de análisis cualitativo y cuantitativo.

Metodologías de análisis cualitativo:

Análisis normativo. Se ha identificado, sistematizado y analizado la legislación y demás normativa de aplicación al ámbito de los recursos humanos y de gasto de personal en el Sistema Nacional de Salud, y específicamente en el Servicio Extremeño de Salud.

Para la revisión cualitativa del marco normativo de los recursos humanos se ha procedido a analizar la normativa específica de aplicación en los ejes y ámbitos del estudio.

Análisis documental. Se ha consultado y analizado la literatura especializada, en particular, la que aporta evidencia cuantitativa sobre la eficacia de los incentivos económicos y no económicos en los sistemas públicos de salud. Específicamente, se analiza la literatura sobre incentivos pecuniarios ligados a la productividad *pay for productivity*, incentivos pecuniarios vinculados a centros ubicados en áreas remotas —p. ej., zonas rurales—, e incentivos no monetarios relacionados con condiciones laborales más flexibles u oportunidades de ascenso. También se analizó la literatura sobre el efecto que tiene la rotación de personal en las medidas de productividad y los indicadores de mortalidad.

El Servicio Extremeño de Salud también facilitó documentación e información cualitativa de interés, específicamente los contratos de gestión de las áreas de salud para 2022 (en el marco de la evaluación del gasto de farmacia y alta tecnología).

Comparativa internacional del marco normativo y organizativo de los recursos humanos en los sistemas públicos de salud.

Análisis descriptivo y exploratorio. Los datos obtenidos de las diferentes fuentes y peticiones han sido analizados mediante diversas técnicas de carácter exploratorio, tales como correlaciones, análisis gráfico, visualización con herramientas SIG (sistemas de información geográfica) y análisis comparativo, entre otros.

Análisis de impacto / contrafactuales. Se ha utilizado el método de diferencia en diferencias (DiD) para el análisis del impacto de las ofertas de empleo público (OEP) en la temporalidad de los centros de salud de atención primaria. Adicionalmente, se ha utilizado la versión dinámica del método de diferencia en diferencias, que permite visualizaciones gráficas del efecto del tratamiento previo y posterior al nombramiento de las plazas OEP. Finalmente, se ha analizado la relación entre presión asistencial y el número de personal estatutario fijo mediante la técnica de variables instrumentales (VI), que permite obtener estimaciones insesgadas bajo ciertos supuestos, y de mínimos cuadrados ordinarios (MCO) con el fin de obtener una noción del sesgo de las estimaciones cuando no se tienen en cuenta potenciales fuentes de endogeneidad.

1.5. Bases de datos y otras fuentes de información

La implementación metodológica de la presente evaluación ha requerido un exhaustivo proceso de estructuración y análisis de datos, caracterizado por la complejidad inherente al tratamiento de microdatos sanitarios no estructurados de diversa naturaleza y granularidad. Este proceso ha exigido la aplicación de técnicas intensivas de depuración y filtrado de datos, así como la implementación de metodologías avanzadas de *data analysis* para optimizar el procesamiento de la información. La heterogeneidad de las fuentes utilizadas ha comprendido desde datos administrativos individualizados del personal sanitario (incluidas variables retributivas, situación contractual y adscripción por centros), hasta indicadores de actividad asistencial desagregados por niveles territoriales (zonas básicas de salud y áreas sanitarias) y organizativos (atención primaria y hospitalaria), complementados con variables sociodemográficas y epidemiológicas de la población atendida (estructura etaria y perfiles

de cronicidad) y datos geoespaciales del mapa sanitario autonómico. La integración de estos conjuntos de datos ha requerido el diseño e implementación de algoritmos específicos de homogeneización y validación, que garantizan la consistencia y trazabilidad de la información procesada. En concreto se ha empleado la siguiente información clasificada en función de su naturaleza:

- Personal: con datos personales, administrativos y de retribuciones de los profesionales del SES. Microdatos a nivel de profesional y centro sanitario.

Se ha facilitado información de detalle relacionada con la situación administrativa y contractual de los profesionales del Servicio Extremeño de Salud, así como de sus retribuciones; a nivel de zonas básicas de salud, de equipo de atención primaria y de profesional para atención primaria, y de área, de hospital y de servicio y especialidad en atención hospitalaria.

- Actividad y calidad asistencial: datos de actividad y calidad asistencial en atención primaria y atención hospitalaria. Microdatos a nivel de cupo, profesional y zona básica de salud, para atención primaria; y de área y servicio para atención hospitalaria.

En el ámbito de la actividad y la calidad asistencial, el SES ha facilitado información de indicadores de actividad de consultas, presión asistencial y tiempos medios de espera en atención primaria (a nivel de zonas básicas de salud, cupos y profesionales) y de actividad de consultas, quirófanos, hospitalización y pruebas funcionales y diagnósticas, así como de listas de espera, en atención hospitalaria (a nivel de centros y servicios hospitalarios). También se ha recibido información de otros indicadores de calidad asistencial en el ámbito hospitalario (reingresos, infecciones nosocomiales...).

- Población atendida: datos de sexo, edad y estado de salud (cronicidad). Microdatos a nivel de cupo, profesional y zona básica de salud.
- Mapa sanitario de la comunidad autónoma. Microdatos de información geográfica a nivel de zona básica de salud.

Otras fuentes de información:

- Instituto Nacional de Estadística (INE): Datos socioeconómicos de la población atendida, datos de características socioeconómicas de la población (microdatos a nivel de sección censal; agregados a nivel de zona básica de salud).

Esta revisión de la información se ha completado con la recogida específica de información sobre aspectos no incluidos en la documentación y registros anteriores, a través de entrevistas con:

- Centros directivos del SES: Dirección General de Recursos Humanos y Dirección General de Asistencia Sanitaria; así como Gerencia (Subdirección de Sistemas de Información).

CUADRO 2. BASES DE DATOS UTILIZADAS

BASES DE DATOS	
Ministerio de Hacienda	
	Indicadores de gasto sanitario
	Boletín Estadístico del personal al servicio de las AA. PP.
Ministerio de Sanidad	
EGSP	Estadística de Gasto Sanitario Público
CNH	Catálogo Nacional de Hospitales
SIAE	Sistema de Información de Atención Especializada
SIAP	Sistema de Información de Atención Primaria
REPS	Registro Estatal de Profesionales Sanitarios
RNEF	Registro Nacional de Especialistas en Formación
SISLE	Sistema de Información sobre Listas de Espera
Instituto Nacional de Estadística	
	Indicadores demográficos y de renta media del hogar a nivel de sección censal
Servicio Extremeño de Salud	
	Gasto de personal y retribuciones de los profesionales
	Profesionales adscritos / nombramientos y contratos
	Plantilla orgánica
	Actividad asistencial en atención primaria y hospitalaria
	Calidad asistencial en atención primaria y hospitalaria
	Información espacial del mapa sanitario extremeño
	Ofertas de empleo público y concursos de traslado
Sistema de Información sobre Ocupación del Suelo de España	
	Información sobre uso residencial del suelo

Fuente: AIReF.

1.6. Gobernanza y agentes participantes

Esta evaluación ha sido realizada, dirigida, coordinada y supervisada por el equipo de la División de Evaluación del Gasto Público de la AIReF¹. El equipo de evaluación agradece la excelente colaboración prestada por los agentes participantes en el presente estudio, así como a todas las personas, entidades e instituciones que han cedido datos y han participado en entrevistas o reuniones de trabajo.

1.7. Presupuesto y calendario

El presupuesto para este estudio del ámbito de gasto de personal y de la política de recursos humanos en el SES (dentro de la fase II del plan de acción del *Estudio de revisión del gasto público sanitario en Extremadura*) se determinó de conformidad con lo previsto de 18 de diciembre de 2019, de la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal, por la que se actualizan los precios públicos para la elaboración de estudios (BOE de 23 de diciembre de 2019) y ascendió a un total de 194.361,09€ (IVA incluido).

El desarrollo del trabajo ha tenido lugar entre marzo de 2023 y noviembre de 2024.

1.8. Panorámica del estudio

En las siguientes secciones de este informe se aborda el análisis de las partidas de gasto público evaluadas, por este orden. El eje 1 se dedica al análisis del marco normativo de los recursos humanos en el sistema sanitario público de Extremadura; el eje 2 al ámbito de la planificación y ordenación de los recursos humanos; el eje 3 a los modelos de oferta de profesionales y demanda asistencial; el eje 4 a la temporalidad, movilidad y rotación de los profesionales sanitarios en el Servicio Extremeño de Salud; y el eje 5 se dedica al análisis del modelo de retribuciones e incentivos a los profesionales del SES. Por último, en el capítulo 3, se formulan y detallan las propuestas de la evaluación, a partir de las principales conclusiones y hallazgos identificados.

¹ Se ha contado con la asistencia técnica de PricewaterhouseCoopers.

2.

EVALUACIÓN

2.1. Marco normativo de los recursos humanos en Extremadura

2.1.1. Análisis del marco normativo de Extremadura y sus principales implicaciones en la gestión de los recursos humanos

Los profesionales sanitarios y demás colectivos de personal que prestan sus servicios en los centros e instituciones sanitarios públicos han tenido históricamente en España una regulación específica. Ello responde a la necesidad de que su régimen jurídico se adapte a las características específicas del ejercicio de las profesiones sanitarias y del servicio sanitario y asistencial que prestan, así como a las peculiaridades organizativas del propio Sistema Nacional de Salud (SNS).

El principal objetivo de este apartado es identificar posibles rigideces o limitaciones impuestas por el marco normativo, que pueden afectar a la eficiencia de los servicios de salud y dificultar o estrechar el ámbito y capacidad gestora de las entidades pertinentes.

Para ello, el análisis normativo que se presenta a continuación se centra en una serie de ámbitos o temáticas principales:

- Relación jurídica y contractual entre los profesionales y las instituciones de salud.
- Sistemas de provisión de puestos de trabajo y selección de personal.

- Sistema de retribuciones y modelos de incentivos, destacando aspectos clave que pueden repercutir en la motivación y satisfacción de los profesionales.
- Diseño y configuración de modelos de carrera profesional, que definen las trayectorias y desarrollo del personal de la salud.

Relación jurídica y contractual

El sistema sanitario público extremeño, como parte del Sistema Nacional de Salud, estructura su personal principalmente bajo el régimen estatutario, siguiendo el marco normativo establecido por el Estatuto Marco del Personal Estatutario y el Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP). Este régimen, mayoritario en el Servicio Extremeño de Salud, establece las bases de la relación jurídica de los profesionales sanitarios con la Administración.

La configuración del personal sanitario en Extremadura mantiene la dualidad característica del sistema nacional: por un lado, profesionales con vinculación estable que garantizan la continuidad asistencial en hospitales, centros de salud y otros dispositivos sanitarios de la comunidad; por otro, personal temporal necesario para asegurar la cobertura ininterrumpida de los servicios sanitarios, especialmente relevante en una comunidad con amplias zonas rurales y necesidades específicas de cobertura asistencial.

La reciente reforma del estatuto marco ha impactado directamente en la gestión del personal sanitario extremeño, eliminando la figura del personal eventual y manteniendo las categorías de personal estatutario temporal interino y sustituto, con un límite de tres años. Esta modificación busca reducir la temporalidad en el sector sanitario regional mientras mantiene la flexibilidad necesaria para la gestión de los servicios.

Extremadura no presenta un desarrollo normativo autonómico sustancialmente diferenciado del marco nacional en cuanto a las relaciones jurídicas y contractuales del personal sanitario. Se mantiene la aplicación predominante de la normativa administrativa, que, si bien aporta uniformidad y estabilidad, puede limitar la capacidad de adaptación a las necesidades específicas de las distintas áreas de salud y centros sanitarios de la región.

Este marco regulatorio, aplicado al contexto extremeño, plantea desafíos particulares en la gestión de recursos humanos sanitarios, especialmente considerando las características demográficas y territoriales de la comunidad, donde la necesidad de garantizar una atención sanitaria accesible y de calidad debe equilibrarse con una gestión eficiente del personal dentro de las limitaciones del marco normativo vigente.

Provisión de puestos de trabajo y selección de personal

El sistema de contratación sanitaria público se estructura fundamentalmente a través de dos mecanismos principales gestionados por las comunidades autónomas: las ofertas de empleo público (OEP) y las bolsas de empleo. Las OEP se configuran como instrumentos de programación para la contratación indefinida, sujetas a restricciones presupuestarias y procesos burocráticos complejos, mientras que las bolsas de empleo se establecen como sistemas de contratación temporal basados en criterios de mérito y baremación específicos.

La gestión del personal sanitario en Extremadura se caracteriza por una alta regulación normativa que limita la autonomía de los centros sanitarios. El Servicio Extremeño de Salud ha desarrollado normativa específica para la provisión y selección de personal estatutario, tanto fijo como temporal, aunque presenta menor desarrollo en la regulación del personal funcional y laboral. El sistema establece procesos bienales de concurso-oposición para personal fijo, complementados con mecanismos de promoción interna, mientras que la selección de personal temporal se gestiona a través de bolsas de trabajo organizadas por categoría, especialidad, nivel asistencial y área de salud.

El personal laboral en el sistema sanitario extremeño se gestiona mediante tres procesos diferenciados de selección y provisión. Se establece un turno de traslado para personal fijo con experiencia, un turno de ascenso para la promoción interna, y un turno libre para nuevas incorporaciones, cada uno con sus propios requisitos y sistemas de evaluación. Esta estructura se complementa con una regulación específica de movilidad que contempla distintas modalidades, como la voluntaria y por razón de destino.

La configuración actual del sistema presenta importantes desafíos y limitaciones. Destaca la dispersión normativa que dificulta la trazabilidad de los procesos, un desarrollo normativo desigual entre personal temporal y fijo, y una limitada capacidad de gestión por parte de los centros sanitarios. Además, los procesos de selección se centran en méritos tradicionales como formación, investigación y experiencia profesional, sin considerar competencias transversales como la comunicación o el trabajo en equipo, lo que puede limitar la evaluación integral de los candidatos en un sector que requiere cada vez más estas habilidades.

Temporalidad y ofertas de empleo público

La reducción de la temporalidad en el empleo público sanitario ha sido un objetivo prioritario desde 2017. Los acuerdos iniciales entre el Gobierno nacional y los sindicatos establecieron procesos de estabilización a través de ofertas de

empleo público, contempladas en los Presupuestos Generales del Estado de 2017 y 2018. Estos procesos permitieron convocar hasta el 90% de las plazas estructurales ocupadas temporalmente durante los tres años previos al 31 de diciembre de 2016, siempre condicionados a no incrementar efectivos ni gasto público.

La Ley 20/2021 supuso un avance significativo en la estrategia contra la temporalidad laboral pública. Esta normativa introdujo modificaciones sustanciales en el Estatuto Básico del Empleado Público y el estatuto marco, estableciendo dos vías principales de actuación: los procesos de estabilización para plazas ocupadas temporalmente los tres años antes del 31 de diciembre de 2020 mediante concurso-oposición, y un proceso extraordinario, mediante concurso, para abordar la temporalidad de larga duración en plazas ocupadas desde enero de 2016. La ley incorporó, además, mecanismos de control y seguimiento para garantizar la efectividad de estas medidas.

La implementación de estas medidas ha tenido un impacto directo en el sistema sanitario extremeño. En el contexto regional, estas iniciativas se han materializado a través de sucesivas ofertas de empleo público por parte del Servicio Extremeño de Salud, destacando las OEP de 2018 y 2019 derivadas de los acuerdos iniciales, y la OEP de 2022 como resultado de la aplicación de la Ley 20/2021. Estas actuaciones representan un esfuerzo coordinado para alcanzar el objetivo de reducir la tasa de temporalidad por debajo del 8% en las plazas estructurales, buscando así una mayor estabilidad laboral en el sistema sanitario público.

Recuadro 1. Las ofertas de empleo público en el Servicio Extremeño de Salud

El Servicio Extremeño de Salud (SES) inició en 2018 un ambicioso proceso de estabilización laboral a través de su primera OEP (“OEP 1”). Esta primera convocatoria identificó 2.409 plazas estructurales ocupadas temporalmente de forma ininterrumpida desde antes del 31 de diciembre de 2014, aunque debido a limitaciones presupuestarias y normativas solo pudo convocar el 76 % de estas plazas, dejando pendientes 572 posiciones.

La segunda OEP, lanzada en 2019, se centró específicamente en completar el proceso de estabilización iniciado. Esta convocatoria abordó las 572 plazas restantes de la primera OEP, logrando una cobertura del 86 % de las posiciones ofertadas, lo que dejó únicamente 78 plazas sin resolver, demostrando la efectividad del proceso de estabilización en esta fase.

La tercera OEP de 2022 representó un cambio estratégico en el abordaje de la temporalidad. Fundamentada en la Ley 20/2021, esta convocatoria se enfocó exclusivamente en la temporalidad de larga duración, estableciendo un sistema de concurso para plazas ocupadas antes del 1 de enero de 2016. Para evitar la movilidad masiva entre comunidades autónomas, se implementaron medidas como la mayor valoración de los servicios prestados en el propio SES, habiendo resuelto hasta el momento 1.837 plazas y manteniendo 494 en proceso de resolución.

CUADRO RE_1.1. OFERTAS DE EMPLEO PÚBLICO DEL SES Y NÚMERO DE PLAZAS INCLUIDAS

	OEP 1		OEP 2		OEP 3	
	AP	AH	AP	AH	AP	AH
Medicina de familia	247	-	-	-	59	-
Pediatría	20	-	15	-	15	-
Enfermería	583	-	-	-	415	-
Resto de personal sanitario	549	-	467	-	794	-
Personal de gestión y servicios	438	-	90	-	603	-
Total	1.837		572		1.886	
	(572 restantes)		(78 restantes)			

Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

Sistema de retribuciones y modelos de incentivos

El marco retributivo del Sistema Nacional de Salud se caracteriza por una estructura dual que combina regulación estatal y desarrollo autonómico. La normativa estatal, fundamentada en el Estatuto Marco del Personal Estatutario y el Estatuto Básico del Empleado Público, establece una estructura básica homogénea para todas las comunidades autónomas, que incluye retribuciones básicas (sueldo, trienios y pagas extraordinarias) y complementarias, estas últimas con mayor flexibilidad en su desarrollo autonómico.

Las retribuciones complementarias constituyen el elemento más dinámico del sistema retributivo sanitario. Se estructuran en cinco categorías principales: complemento de destino, específico, productividad, atención continuada y carrera profesional. Aunque están orientadas a la motivación del personal y la mejora de la calidad del servicio, el marco normativo no contempla explícitamente la implementación de incentivos no monetarios, lo que deja un vacío regulatorio en este aspecto.

El sistema presenta particularidades según el tipo de personal. Para el personal funcionario, el Estatuto Básico del Empleado Público establece directrices generales que pueden generar heterogeneidad autonómica en materia retributiva. El personal laboral, por su parte, se rige por convenios colectivos específicos y legislación laboral pertinente, lo que añade una capa adicional de complejidad al sistema.

En el caso específico de Extremadura, el desarrollo normativo en materia retributiva ha sido limitado. El Servicio Extremeño de Salud define su estructura retributiva principalmente a través de resoluciones de la dirección gerencia y normativas específicas para casos particulares, como la retribución adicional para puestos de difícil cobertura. Este sistema, caracterizado por una limitada autonomía de gestión a nivel de centros sanitarios, establece sus condiciones y compensaciones mediante negociaciones sectoriales en el ámbito autonómico, lo que puede generar rigideces y limitar la capacidad de adaptación a las necesidades específicas del entorno sanitario.

La configuración actual del sistema retributivo presenta desafíos significativos en términos de flexibilidad y adaptabilidad. La combinación de marcos normativos estatales y autonómicos, junto con la limitada capacidad de decisión de los centros sanitarios y la rigidez de los procesos de negociación sectorial, puede dificultar la respuesta ágil a las necesidades cambiantes del sector sanitario y la implementación de sistemas de incentivos más innovadores y efectivos.

Desarrollo y carrera profesional

El desarrollo profesional en el Sistema Nacional de Salud se articula a través de un modelo de carrera profesional orientado a la mejora global de la atención sanitaria. Este modelo, fundamentado en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, permite la progresión individualizada del profesional mediante un sistema de grados, sin necesidad de cambiar de puesto de trabajo, diferenciándose así de la carrera vertical tradicional basada en concursos o libre designación.

El marco normativo nacional establece principios generales que permiten un amplio desarrollo autonómico. La regulación se sustenta en tres pilares fundamentales: el Estatuto Marco del Personal Estatutario, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) y la Ley de Cohesión y Calidad del SNS. Sin embargo, presenta ciertas limitaciones, como la desactualización de la LOPS respecto a las nuevas estructuras de profesiones sanitarias y la ausencia de criterios para técnicos sanitarios.

Las comunidades autónomas disponen de amplias competencias en el desarrollo de la carrera profesional, aunque deben mantener coherencia con las normas aplicables al resto de servicios públicos. La estructura básica exige entre cuatro y cinco grados de desarrollo profesional, con un mínimo de cinco años de antigüedad para ascender de nivel, lo que puede derivar en un sistema más centrado en la antigüedad que en el desarrollo profesional efectivo.

El Servicio Extremeño de Salud ha desarrollado un modelo dual de progresión profesional. A través de acuerdos específicos firmados en 2006 y 2007, establece dos sistemas diferenciados: la carrera profesional para personal sanitario licenciado y diplomado, y el desarrollo profesional para personal de formación profesional y servicios. Ambos sistemas se estructuran en cuatro niveles y requieren una experiencia profesional superior a la media nacional, evaluándose méritos en tres ámbitos principales: actividad profesional, formación-docencia-investigación y participación organizativa.

La configuración del sistema extremeño destaca por su exhaustividad en la evaluación de méritos, aunque presenta una estructura más exigente en términos de experiencia requerida en comparación con otras comunidades autónomas. El sistema evalúa de forma integral el desarrollo profesional a través de un baremo establecido que considera tanto aspectos técnicos como competencias transversales y contribuciones al sistema sanitario. El marco normativo de Extremadura plantea diversos modelos de carrera o desarrollo profesional en función de la tipología de los profesionales, sanitario y no sanitario.

A pesar de pequeñas diferencias los modelos se articulan fundamentalmente, en línea con lo dispuesto a nivel nacional, en torno a la permanencia y continuidad de los profesionales en su actividad.

CUADRO 3. NIVELES Y PUNTUACIONES EN LOS SISTEMAS DE DESARROLLO Y CARRERA PROFESIONAL DEL SES

Sistema de carrera profesional				
Personal	Experto	Consultor	Referente	Excelente
Licenciados sanitarios	5 años	13 años	21 años	28 años
Licenciados sanitarios especialistas	5 años	12 años	20 años	25 años
Diplomados sanitarios	5 años	14 años	22 años	28 años
Diplomados sanitarios especialistas	5 años	13 años	21 años	28 años
Puntuación mínima exigida	600 puntos	700 puntos	750 puntos	800 puntos
Sistema de desarrollo profesional				
Personal	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Personal de formación profesional y de gestión y servicios	5 años	14 años	22 años	28 años

Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

Cuadro resumen de la normativa específica de impacto

El siguiente cuadro resume la principal normativa, así como los acuerdos, pactos o resoluciones, que introducen cambios y actualizaciones en los diferentes ejes de análisis de este estudio:

CUADRO 4. NORMATIVA

Norma	Ámbito de análisis	Objetivo	Impacto
<p>Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Organismo Autónomo. Resolución de 27 de abril de 2023, de la Dirección Gerencia, por la que se modifica el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Organismo Autónomo. Resolución de 16 de mayo de 2024, de la Dirección Gerencia, por la que se establecen las directrices para la fidelización y captación del talento de los profesionales especialistas en ciencias de la salud del SES</p>	<p>Provisión de puestos de trabajo y selección de personal. Sistemas de retribuciones y modelos de incentivos. Otros ámbitos de análisis.</p>	<p>Creación y actualización del Plan de Ordenación de Recursos Humanos a la vista de los datos de recursos humanos actuales de la comunidad, la proyección de jubilaciones y el análisis de las necesidades que hay que atender con nuevas medidas que se adicionan a este.</p>	<p>El plan original incluye diferentes medidas relacionadas con la flexibilización horaria y la conciliación o una mayor puntuación para la bolsa de trabajo, concurso de traslado, carrera profesional o concursos de méritos. Mas adelante, en su actualización se incluye la creación de alianzas estratégicas y plantillas horizonte, y la adaptación de plantillas a nuevas especialidades. También permite a los profesionales permanecer en servicio hasta los 70 años, exime a los mayores de 55 de guardias rotatorias, y aborda la escasez de personal en áreas remotas, con la implantación de un complemento para puestos de difícil cobertura. Directrices para la oferta de empleos y condiciones específicas para la captación y retención de profesionales especialistas, específicamente enmarcadas en alianzas estratégicas hospitalarias.</p>
<p>Resolución del 2 de junio 2020, de la Dirección General de Trabajo, por la que se dispone la publicación del "Pacto de 13 de febrero de 2020".</p>	<p>Provisión de puestos de trabajo y selección de personal</p>	<p>Aprobar las modificaciones al pacto del 17 de enero de 2013 por el que se regulan los procedimientos de selección de personal temporal y provisión de plazas con carácter temporal en los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos dependientes del SES.</p>	<p>Modificar los baremos de puntuación para los puestos designados como de difícil cobertura implica considerar como tales las plazas de cualquier categoría y, de ser el caso, especialidad, que no hayan sido provistas mediante los sistemas de selección y provisión establecidos por la normativa vigente durante el último año en que hayan permanecido temporalmente sin personal asignado.</p>

CUADRO 4 (CONTINUACIÓN). NORMATIVA

Norma	Ámbito de análisis	Objetivo	Impacto
<p>Acuerdo de Recomendaciones para la Aplicación del Proceso de Estabilización derivados de la Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de Medidas Urgentes para la Reducción de la Temporalidad en el Ámbito de los Servicios de Salud.</p> <p>Resolución de 1 de agosto de 2022, de la Vicepresidenta Primera y Consejera, por la que se ordena la publicación en el Diario Oficial de Extremadura del Acuerdo de Desarrollo de los Procesos de Estabilización del Empleo Temporal en el Ámbito de la Administración General de la Junta de Extremadura.</p>	<p>Provisión de puestos de trabajo y selección de personal.</p>	<p>Reducción de la tasa de temporalidad estructural por debajo del 8% tal y como lo define la norma nacional 20/2021 de medidas urgentes contra la temporalidad en el empleo público.</p>	<p>El acuerdo incluye cambios en la reorganización de los procesos de estabilización, como convocar al tribunal una vez establecida la convocatoria para agilizar los trámites, limitaciones en las comisiones de servicio, reducción de plazos y simplificación de trámites administrativos.</p> <p>Adicionalmente, a raíz del primer acuerdo, se publica una oferta de empleo público de carácter extraordinario para aquellas plazas de índole estructural que lleven ocupadas de forma temporal desde al año 2016 de forma ininterrumpida. Este proceso solo afecta a las plazas no a los profesionales y se determina que no puede darse un incremento del gasto ni del número de profesionales en el servicio de salud.</p>
<p>Instrucciones conjuntas 1/23 y 2/23, de 2 de mayo, de la Dirección Gerencia y de la Dirección General de Recursos Humanos y Asuntos Generales del SES referente a varios aspectos derivados del acuerdo con el comité de huelga designado.</p>	<p>Otros ámbitos de análisis.</p>	<p>Entrada en vigor del pacto del 23 de enero de 2023 entre el SES y el comité de huelga designado por el Sindicato Médico de Extremadura de desconvocatoria de huelga programada para los días 26 y 27 de enero de 2023. Entrada en vigor del Pacto para la mejora de las condiciones laborales del personal de SES con relación a las líneas incluidas en el Plan de Ordenación de Recursos Humanos entre el SES y los sindicatos CSI-F, SATSE, UGT-SP, CC. OO. y USAE.</p>	<p>Se aprobaron medidas como la reorganización de agendas y la limitación de cupos en el sistema de salud. Esto incluye agendas tipo con un máximo de 36 pacientes para médicos de familia y 28 para pediatras, junto con la creación de 16 unidades básicas asistenciales. También se aumentó el valor de la hora de guardia, se amplió la exención de guardia para mayores de 55 años, se otorgaron incentivos para zonas con dificultades de cobertura, se organizó el descanso después de jornadas de 24 horas y se consideró el "solape" entre turnos como tiempo de trabajo efectivo.</p>

CUADRO 4 (CONTINUACIÓN). NORMATIVA

Norma	Ámbito de análisis	Objetivo	Impacto
Decreto 149/2013, de 6 de agosto, por el que se regulan la jornada y horarios de trabajo, los permisos y las vacaciones del personal funcionario al servicio de la Administración de la comunidad autónoma de Extremadura.	Otros ámbitos de análisis.	Tras el incremento de la jornada laboral en 2013, este acuerdo busca volver a la situación previa y reducir otra vez el horario laboral.	Se aprueba un aumento del horario laboral de los profesionales sanitarios a 35 horas semanales. En cómputo anual supone un total de: <ul style="list-style-type: none"> • 1.613 horas en el caso del turno diurno • 1.631 horas en el caso del turno rotativo • 1.480 en el caso del turno nocturno
Acuerdo Junta de Extremadura-sindicatos con representación en la mesa general de negociación de la Junta de Extremadura para la recuperación de derechos, para la extensión de medidas de flexibilización y para la profundización en las políticas de igualdad del conjunto de empleados públicos de la Administración autonómica extremeña.	Otros ámbitos de análisis.	Tras el incremento de la jornada laboral en 2013, este acuerdo busca volver a la situación previa y reducir otra vez el horario laboral.	Se aprueba un aumento del horario laboral de los profesionales sanitarios a 35 horas semanales. En cómputo anual supone un total de: <ul style="list-style-type: none"> • 1.519 horas en el caso del turno diurno • 1.484 horas en el caso del turno rotativo • 1.450 en el caso del turno nocturno
Resolución de 10 de agosto de 2022, de la Vicepresidenta Primera y Consejera, por la que se ordena la publicación en el Diario Oficial de Extremadura del II Acuerdo Junta de Extremadura - Sindicato con representación en la Mesa General de Negociación de la Junta de Extremadura para la profundización en la recuperación de derechos, en materia de flexibilización y jornada, carrera y desarrollo profesional y dignificación de las empleadas y empleados públicos en sus distintos ámbitos.	Sistemas de retribuciones y modelos de incentivos. Otros ámbitos de análisis.	Reducción de la tasa de temporalidad estructural por debajo del 8%, tal y como lo define la norma nacional 20/2021 de medidas urgentes contra la temporalidad en el empleo público.	Resolución de 10 de agosto de 2022, de la Vicepresidenta Primera y Consejera, por la que se ordena la publicación en el Diario Oficial de Extremadura del II Acuerdo Junta de Extremadura-Sindicatos con representación en la Mesa General de Negociación de la Junta de Extremadura para la profundización en la recuperación de derechos, en materia de flexibilización y jornada, carrera y desarrollo profesional y dignificación de las empleadas y empleados públicos en sus distintos ámbitos.

Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

2.2. Planificación y ordenación de los recursos humanos

2.2.1. Dimensionamiento, caracterización y distribución de la plantilla

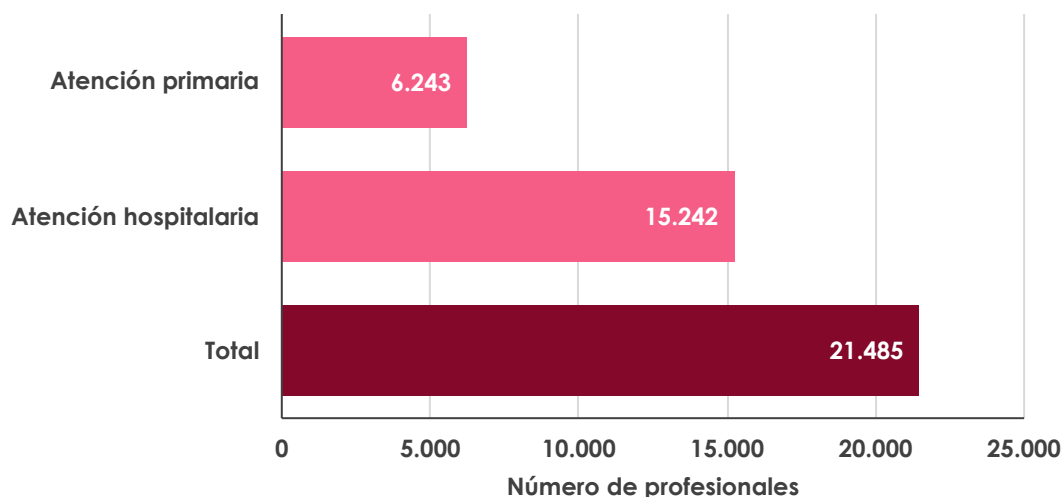
En 2023, el Servicio Extremeño de Salud (SES) cuenta con un total de 21.485 efectivos, 6.243 en atención primaria y 15.242 en atención hospitalaria (gráfico 3). Ponderando por dedicación y días de contratos al año, se obtiene un total de 16.135 efectivos, 4.072 en atención primaria y 12.063 en atención hospitalaria. Para el análisis de los recursos humanos del SES, se construye una base de datos a partir de la combinación de tres ficheros de microdatos provistos por la comunidad autónoma: 1) fichero de personal estructural; 2) fichero de personal de bolsa y; 3) fichero de plantilla. El fichero de personal estructural contiene el universo de contratos del personal del SES al último día de cada mes para el periodo 2014-2023, e incluye el identificador (p. ej., NIF), régimen del contrato (estatuario fijo, etc.), función, centro/hospital al cual las funciones están vinculadas, número de plaza al cual se asocia el contrato², y características básicas de la persona como sexo y fecha de nacimiento. El fichero de personal de bolsa contiene los contratos que se gestionan a través de la bolsa de trabajos temporales del SES durante el periodo 2014-2023 y, por lo tanto, complementa la información del fichero personal estructural ya que puede incluir contratos de corta duración con fecha de finalización anterior al último día del mes. Finalmente, el fichero de plantilla incluye las plazas que están en plantilla³. Además, para atención primaria, la base de microdatos se complementa con el fichero de consultas con el fin de identificar el personal que tiene actividad ordinaria mayoritariamente⁴ (profesionales con consultas mayores que cero). Se utiliza el identificador de persona para unir el fichero de personal estructural con el fichero de bolsa y el fichero de actividad (para el caso de atención primaria), mientras que se utiliza el número de plaza para unir el fichero resultante de las agrupaciones anteriores con el fichero de plantilla. Esta base de datos se emplea para construir las estadísticas de esta sección. Para el cómputo del total de efectivos no se consideró la dedicación ni la duración del contrato, por lo cual también se incluye personal que haya estado realizando funciones de manera puntal en el año (p. ej., personal sustituto).

² Existen contratos fuera de plantilla y que, por lo tanto, no tienen asociado un número de plaza (por ejemplo, residentes y personal de área).

³ El personal interino que tiene número de plaza asignado sobre plantilla y, por lo tanto, no figura en el fichero de plantilla.

⁴ El fichero de actividad incluye urgencias, pero representan menos del 1 % del total de consultas.

GRÁFICO 3. PERSONAL DEL SES (2023)



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

Atención primaria cuenta con 4.784 efectivos de personal sanitario⁵ (77 % del total de atención primaria), compuesto principalmente por personal de enfermería (50 %) y médicos de familia (28 %). En el panel A del gráfico 4 se observa que el 3 % del personal sanitario está formado por pediatras y el 7 % son residentes. En 2023, atención primaria cuenta con 1.459 efectivos no sanitarios⁶. Además, se observa que el 47 % del personal no sanitario corresponde a personal de administración y el 52 % a celadores, el 1 % restante son trabajadores sociales. Si empleamos los ponderadores por dedicación y días de contratos al año, se obtiene un total de 4.072 efectivos en atención primaria, 3.402 corresponden a personal sanitario.

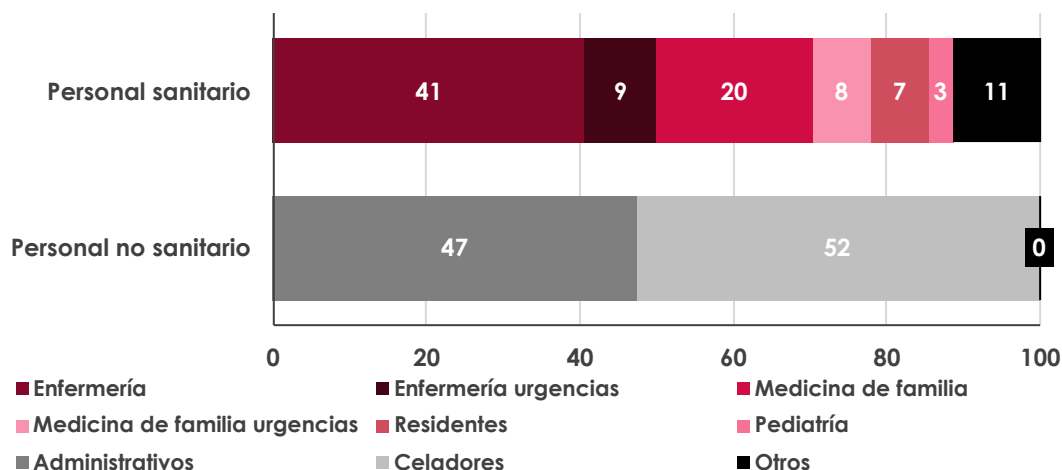
Atención hospitalaria dispone de 12.234 efectivos de personal sanitario, siendo en su mayoría personal de enfermería (40 %), médicos (20 %), y personal técnico sanitario (36 %); el 5 % restante son residentes. Además, el personal no sanitario cuenta con 3.008 efectivos. Este incluye principalmente, personal administrativo (37 %) y celadores (62 %), mientras que el 1 % restante corresponde a trabajadores sociales. Usando los ponderadores, se obtiene un total de 12.063 efectivos en atención hospitalaria, 9.728 de ellos personal sanitario.

⁵ Para el análisis de la composición del personal sanitario se distinguen siete categorías: enfermería ordinaria y de urgencia (dos categorías), medicina de familia ordinaria y de urgencia (dos categorías), pediatría, residentes, y una categoría "otros" que incluye farmacéuticos, fisioterapeutas, técnicos sanitarios, veterinarios, y trabajadores sociales.

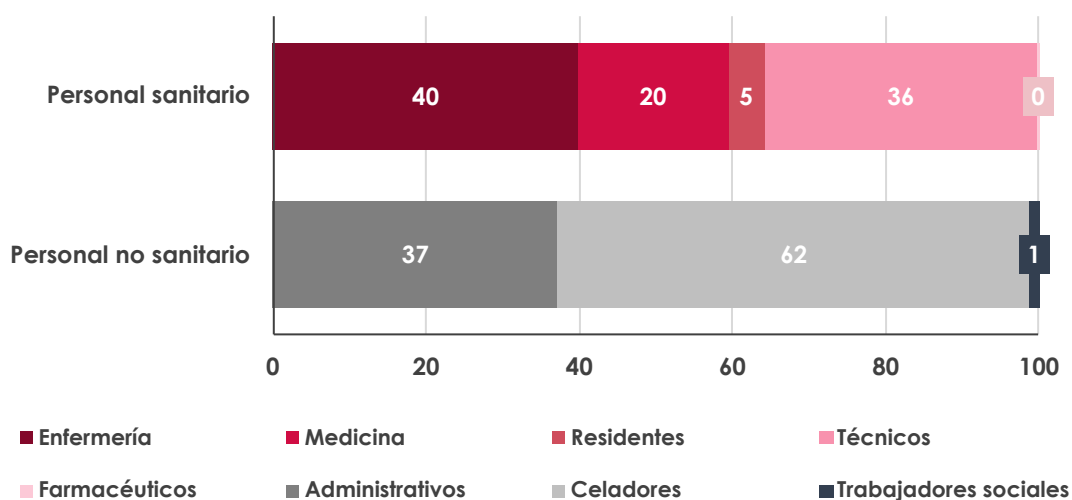
⁶ El colectivo no sanitario se agrupa, según su función, en administrativos, celadores, y trabajadores sociales.

GRÁFICO 4. DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DEL SES POR CATEGORÍAS (2023)

PANEL A. ATENCIÓN PRIMARIA (%)



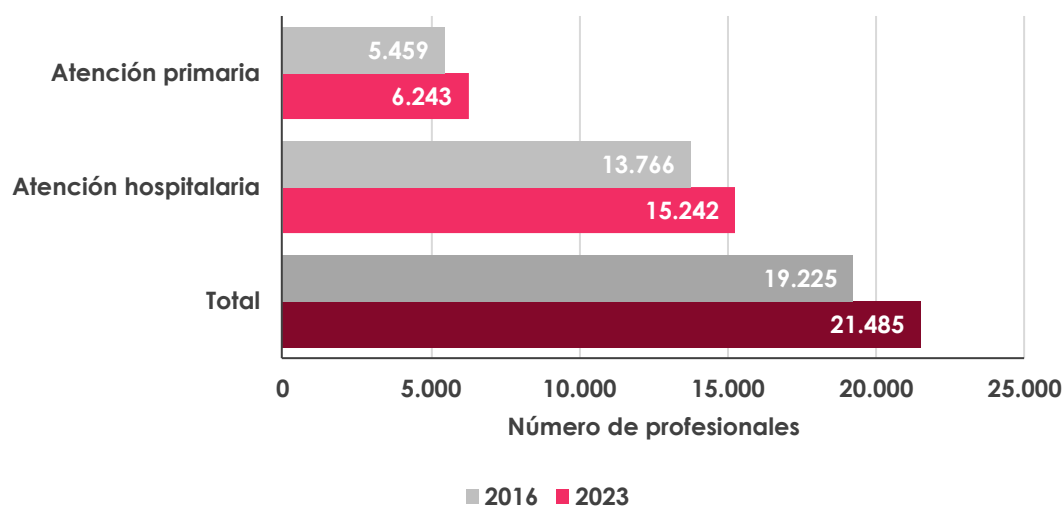
PANEL B. ATENCIÓN HOSPITALARIA (%)



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

El número total de trabajadores en el SES aumentó un 12% (de 19.225 a 21.485 efectivos) entre 2016 y 2023. Ponderando por dedicación y días de contratos al año, el incremento es del 11% (de 14.552 a 16.135 efectivos). En el gráfico 5 se observa el número total de efectivos del SES en 2016 y 2023. En atención primaria, el número de efectivos se incrementa un 14% (de 5.459 a 6.243 efectivos), mientras que en atención hospitalaria aumenta un 11% (de 13.766 a 15.242 efectivos).

GRÁFICO 5. EVOLUCIÓN PERSONAL DEL SES (2016-2023)



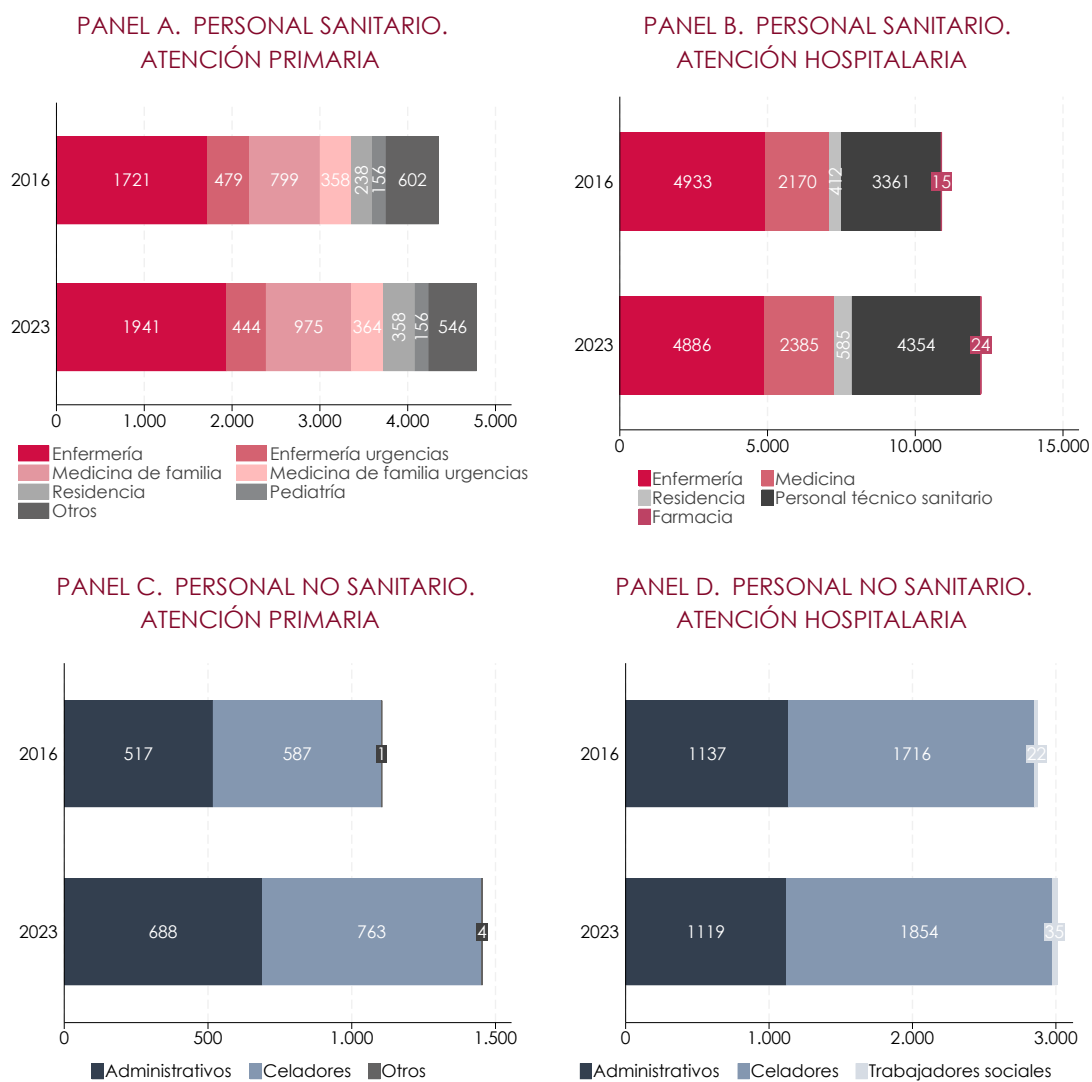
Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

En atención primaria, el personal sanitario aumenta un 10% y el personal no sanitario se incrementa un 32%. El panel A del gráfico 6 muestra el número de personal sanitario en atención primaria, agrupado por categorías según su función para 2016 y 2023. En atención primaria se observa un incremento de 4.353 a 4.784 efectivos sanitarios. Destacan los aumentos en el número de residentes (50%), medicina de familia (sin incluir urgencias) (22%) y enfermería (sin incluir urgencias) (13%). También destaca enfermería de urgencia que disminuye un 8%. La categoría “Otros” disminuye un 10%. El resto de las categorías experimentan leves variaciones. Finalmente, en el panel B del gráfico 6, se observa un importante incremento del personal no sanitario (32%), que estaría explicado por el avance tanto de administrativos (33%) como de celadores (30%). Si empleamos ponderadores por dedicación y días de contratos al año, el incremento del personal no sanitario es del 15%, el personal de administración se incrementa un 12% y los celadores un 17%, lo cual podría sugerir que se están usando más efectivos para cubrir los mismos puestos de jornada completa todo el año (p. ej., más contrataciones cortas o de jornadas reducidas).

En atención hospitalaria, el personal sanitario aumenta un 12% y el personal no sanitario se incrementa un 4,6%. El panel B del gráfico 6 muestra el número de personal sanitario en atención hospitalaria agrupado por categorías según su función para 2016 y 2023. En atención hospitalaria se observa un incremento de 2.875 a 3.008 efectivos sanitarios. Destacan los aumentos en residentes (42%) y técnicos sanitarios (30%). Además, los médicos de medicina especializada aumentan un 10% y el personal de enfermería cae un 1%. Por otro lado, en el panel D del gráfico 6 se observa que el personal no sanitario se incrementa un

4,7%. El personal administrativo experimenta una leve reducción, mientras que los celadores aumentan un 8%. Los trabajadores sociales se incrementan un 60%.

GRÁFICO 6. EVOLUCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DEL SES POR CATEGORÍAS (2016,2023)



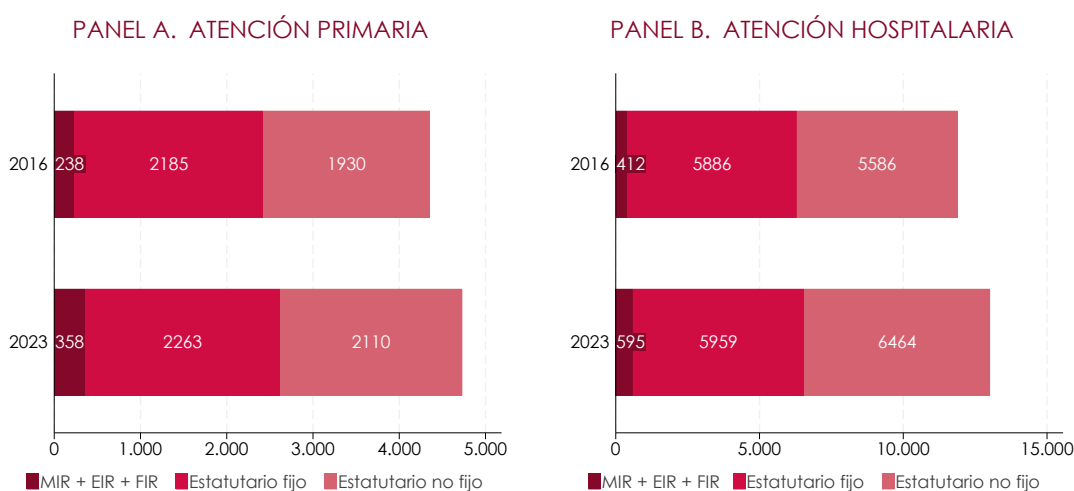
Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

El personal residente experimenta los mayores incrementos, tanto en atención primaria (51 %) como en atención hospitalaria (44 %)⁷. En el panel A del gráfico 7 se observa que el número de residentes de atención primaria aumenta

⁷ Se agrupan los datos teniendo en cuenta el área personal en las siguientes categorías: residentes (médicos internos residentes (MIR), enfermeras internas residentes (EIR) y farmacéuticos internos residentes (FIR)), estatutarios fijos y estatutarios no fijos, que incluyen interinos y sustitutos.

de 238 a 258. Los estatutarios fijos se incrementan un 9% (de 2.185 a 2.263) y los estatutarios no fijos, un 3% (de 1.930 a 2.110). En atención hospitalaria (gráfico 7 panel B) el número de residentes crece de 412 a 595. En este caso los estatutarios no fijos avanzan hasta un 16% (de 5.586 a 6.464). De nuevo, los estatutarios fijos son los que experimentan un menor incremento, manteniéndose prácticamente constantes (de 5.886 a 5.959).

GRÁFICO 7. EVOLUCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO DEL SES POR TIPO DE CONTRATO (2016,2023)



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

Entre el personal sanitario de atención primaria que registra actividad⁸ las enfermeras aumentan un 21% de 2016 a 2023, mientras que los médicos de familia y los pediatras apenas cambian. Hay que tener en cuenta que el panel A del gráfico 8 solo considera las categorías de profesionales que presentan actividad (enfermería, medicina de familia y pediatría)⁹. En el panel B del gráfico 8 se consideran los profesionales que presentan actividad y están vinculados a una plaza de la plantilla (plaza propia o cubriendo una vacante), clasificados en las mismas categorías que en el panel A¹⁰.

⁸ Se obtiene el subgrupo de personal con actividad cruzando (a nivel anual) los datos de personal con los datos de consultas por interlocutor.

⁹ Teniendo en cuenta las categorías del panel A del gráfico 4, enfermería englobaría "enfermería", "enfermería urgencias" y "residentes de enfermería", y de forma análoga medicina de familia incluiría "medicina de familia urgencias" y "residentes de medicina de familia".

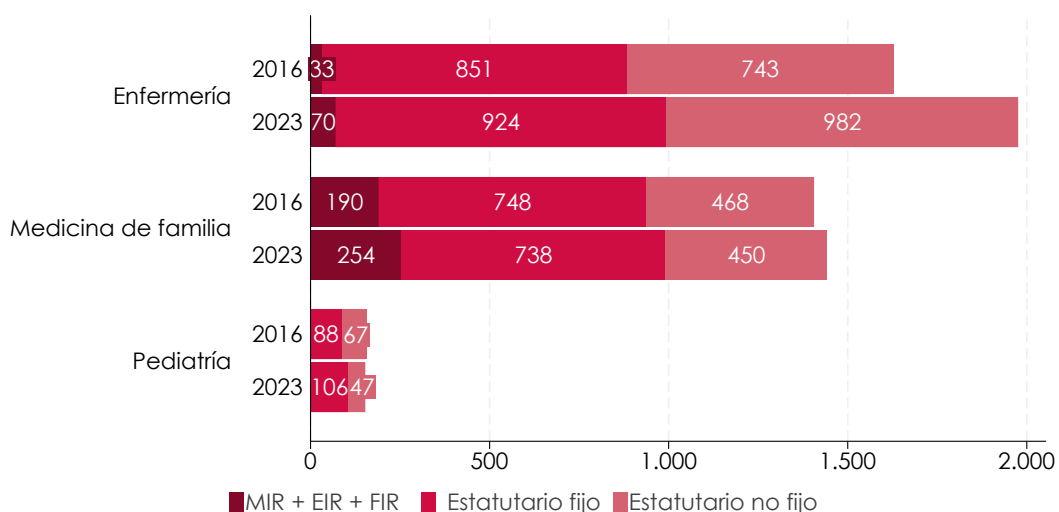
¹⁰ Se obtiene el subgrupo de personal vinculado a plaza de plantilla cruzando a nivel anual los datos de personal con los de plantilla a través del código de plaza. De este modo, se descarta personal asignado a códigos de plaza que no están reflejados en plantilla.

En el panel A del gráfico 8 se observa que el aumento en el personal de enfermería se debe a un incremento de los residentes y los estatutarios no fijos. El 47 % de las enfermeras, el 51 % de los médicos de familia y el 69 % de los pediatras son estatutarios fijos. Por otro lado, el 50 % de las enfermeras y el 31 % de los médicos de familia y los pediatras son estatutarios no fijos.

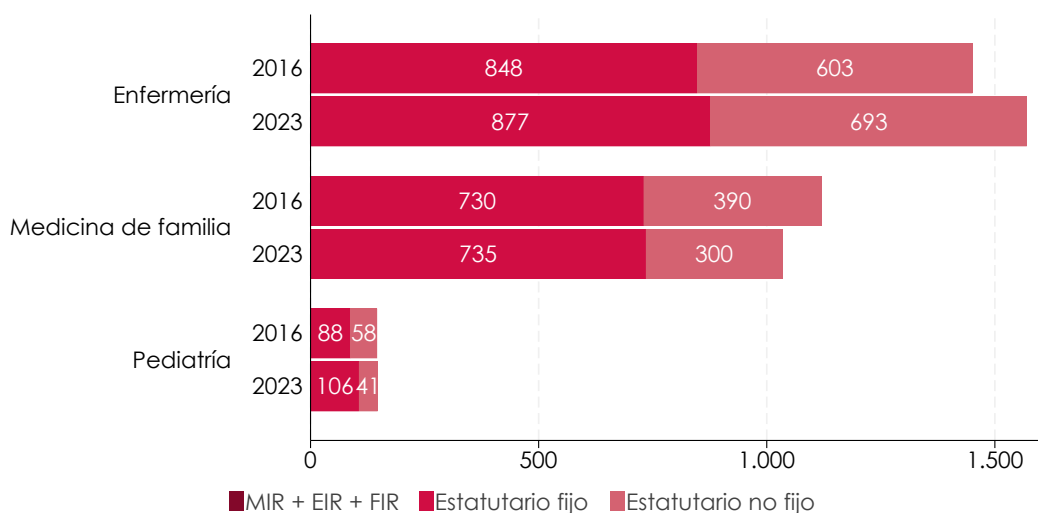
En 2023, en atención primaria, el 28 % de los médicos de familia, el 21 % de las enfermeras y el 4 % de los pediatras que presentaban actividad, no contaban con plaza de plantilla. El panel B del gráfico 8 descarta a los residentes, al personal de área y al personal interino acumulado frente al panel A. En el panel B del gráfico 8 se observa que los médicos de familia que realizan actividad y están vinculados a una plaza de plantilla disminuyen entre 2016 y 2023 (de 1.120 a 1.035). También refleja que el incremento en estatutarios no fijos en enfermería viene mayoritariamente vinculado a personal que no cubre una plaza, dado que en el panel de la derecha el aumento de este colectivo se reduce al 15%. Por último, respecto a pediatría, se aprecia un incremento del 21 % en el número de estatutarios fijos, que en 2023 representan un 70 % de los profesionales con actividad, y una disminución del 30 % de los no fijos.

GRÁFICO 8. EVOLUCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA POR CATEGORÍAS Y TIPO DE CONTRATO (2016, 2023)

PANEL A. PERSONAL CON ACTIVIDAD



PANEL B. PERSONAL CON ACTIVIDAD Y VINCULADO A PLAZA DE PLANTILLA

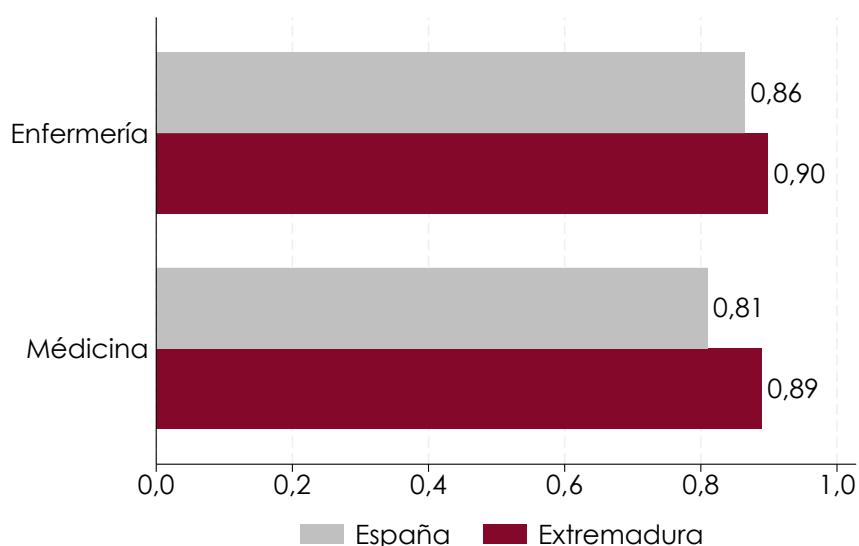


Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

Utilizando los datos de profesionales del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), Extremadura se sitúa ligeramente por encima de la media nacional en profesionales per cápita, con 0,89 médicos cada 1.000 habitantes frente a los 0,81 de la media nacional, y 0,90 enfermeras cada 1.000 habitantes frente a los 0,86 de la media nacional (gráfico 9). La información del SIAP considera profesionales con plaza y con funciones de atención directa y, por

lo tanto, excluye a varios tipos de profesionales (p. ej., residentes). Esto explica la diferencia en la dotación de recursos humanos por habitante que resulta de utilizar los datos de la comunidad.

GRÁFICO 9. PROFESIONALES CADA 1.000 HABITANTES POR ESPECIALIDAD (2023)



Fuente: AIReF a partir de los datos del SIAP e INE.

Con base en los microdatos suministrados por la comunidad autónoma, en 2023 Extremadura dispone, en promedio, de 1,8 médicos y 2,8 enfermeras por cada 1.000 habitantes en atención primaria. Con el foco en atención primaria (AP), se construyen dos variables a nivel de zona básica de salud, médicos y enfermeras por cada 1.000 habitantes. Se consideran estos recursos por ser las categorías que presentan actividad¹¹. Ponderando por dedicación y días de contratos al año, la dotación de recursos humanos para medicina familia es de 1,54 profesionales por cada 1.000 habitantes, mientras que para enfermería es de 1,68 profesionales por cada 1.000 habitantes. La discrepancia observada en enfermería se explicaría por el mayor número de trabajadores con dedicación parcial y contratos temporales.

¹¹ La categoría de médicos incluye médicos de familia, médicos de urgencias en AP, médicos especialistas en AP y pediatras. En la categoría de enfermeras se incluye auxiliares de enfermería, enfermeras AP, enfermeras de urgencias de AP y enfermeras especialistas de AP.

Se evidencia heterogeneidad en la dotación de recursos humanos por cada 1.000 habitantes a nivel de zona básica de salud, con mayores recursos per cápita en las zonas menos pobladas¹². El panel A del gráfico 10 presenta la distribución de la dotación por cada 1.000 habitantes a nivel de zona básica de salud a través de un mapa¹³. Las tonalidades más oscuras se utilizan para identificar zonas con dotaciones más numerosas. En las zonas periféricas de la comunidad, especialmente del norte, se concentran mayores niveles de médicos por cada 1.000 habitantes. El panel A del gráfico 11 presenta la distribución espacial del número de enfermeras por cada 1.000 habitantes a nivel de zona básica de salud. En este caso se observa una mayor heterogeneidad entre zonas. Además, se evidencia un patrón geográfico similar, con valores más altos para las zonas más periféricas del norte y del sur.

Las zonas dotadas con menores recursos humanos per cápita en 2016 son las que experimentan un mayor incremento en 2023, especialmente en enfermería, lo que evidencia un patrón progresivo de convergencia hacia una dotación más homogénea de recursos humanos sanitarios en Extremadura. Para analizar los cambios en la dotación de recursos humanos, se estudia la relación entre el nivel de recursos humanos por cada 1.000 habitantes en 2016 y su cambio porcentual entre 2016 y 2023. En el panel B del gráfico 10 se presenta esta correlación utilizando médicos por cada 1.000 habitantes. Se observa que las zonas básicas de salud con menores niveles de profesionales per cápita en 2016 han experimentado los mayores incrementos, mientras que las zonas con niveles más altos en 2016 han experimentado los descensos más acusados. Las zonas con mayor crecimiento de profesionales per cápita son Badajoz-Cerro Gordo, Cáceres-La Mejostilla y Hoyos, y como zonas con mayores descensos Vilar del Pedroso, Talaván y Valeria de Alcántara. En el panel B del gráfico 11 se presenta el resultado utilizando enfermeras por cada 1.000 habitantes. La correlación también es más negativa y, por lo tanto, apunta a ciertos cambios en la distribución de los recursos humanos. En este caso, la mayoría de las zonas básicas de salud con menores niveles de profesionales per cápita han visto incrementado su dotación de recursos per cápita. Destacan como zonas con

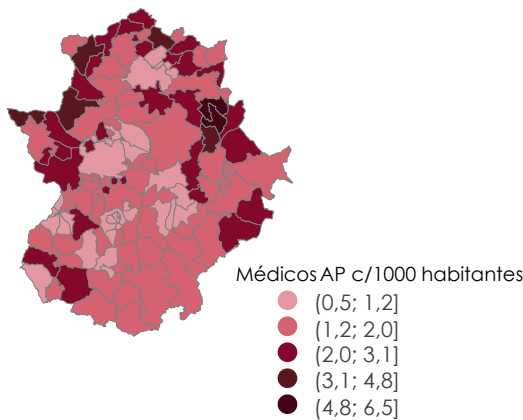
¹² Para construir el dato de población a nivel de zona básica de salud, se utilizó la información de población proporcionada por el INE a nivel de sección censal que proviene del Padrón Municipal, la capa de secciones censales del INE, la capa oficial de zona básica de salud proporcionada por la comunidad autónoma, e información sobre suelo residencial del Sistema de Ocupación del Suelo del año 2017, que utiliza información del catastro, para construir ponderadores en los casos en que no hay un solapamiento perfecto de los bordes de las zonas y las secciones censales.

¹³ Los mapas de zonas básicas de salud toman la información de la capa geográfica de zonas básicas facilitada por la comunidad.

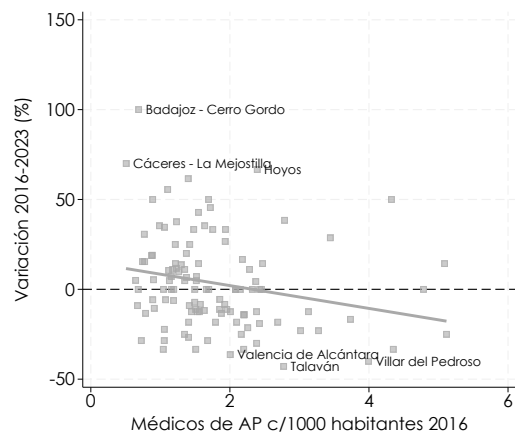
mayor crecimiento de profesionales Cáceres-Nuevo Cáceres, Monesterio y Arroyo de la Luz, y como zonas con mayores descensos Cordobilla de Lácara, Hervás y Zorita'.

GRÁFICO 10. EVOLUCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS POR 1.000 HABITANTES

PANEL A. MAPA POR ZONAS BÁSICAS DE SALUD



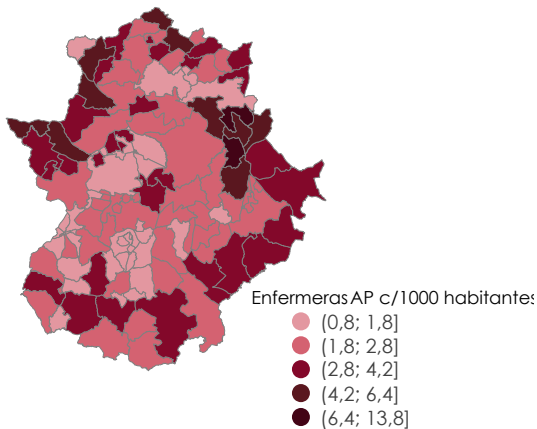
PANEL B. CORRELACIÓN ENTRE MÉDICOS Y PEDIATRAS POR 1.000 HABITANTES EN 2016 Y CAMBIO 2016-2023 (%)



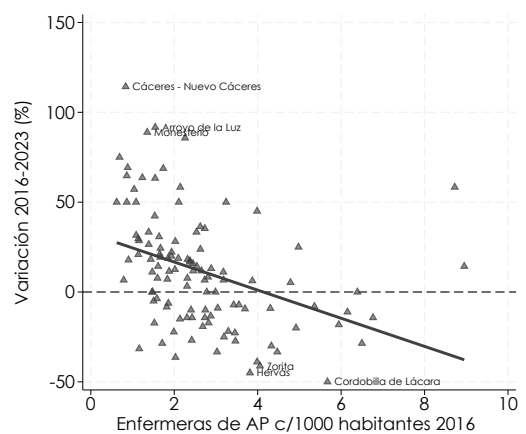
Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

GRÁFICO 11. EVOLUCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE ENFERMERAS POR 1.000 HABITANTES

PANEL A. MAPA POR ZONAS BÁSICAS DE SALUD



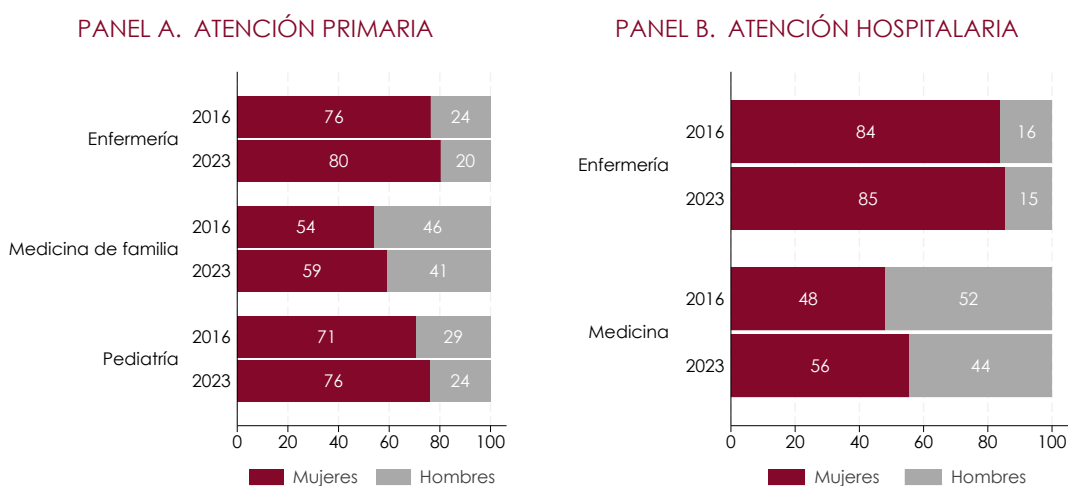
PANEL B. CORRELACIÓN ENTRE ENFERMERAS POR 1.000 HABITANTES EN 2016 Y CAMBIO 2016-2023 (%)



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

Destaca la feminización del colectivo en todas las categorías profesionales, y su progresivo avance. Respecto a la distribución del personal por género, el gráfico 12 muestra las proporciones para cada una de las categorías en atención primaria (panel A) y atención hospitalaria (panel B). El colectivo de enfermería es el que presenta mayores índices de feminización, suponiendo las mujeres el 85% de todo el personal en atención hospitalaria. Las mujeres pediatras también representan una importante mayoría, el 76%. Por otro lado, los médicos de atención hospitalaria son el colectivo con menor proporción de mujeres (con un total del 56%). Las tasas de mujeres han experimentado ligeros incrementos de 2016 a 2023, siendo la de mayor crecimiento la de medicina de atención hospitalaria con un incremento de ocho puntos porcentuales.

GRÁFICO 12. DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL POR GÉNERO (%)



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

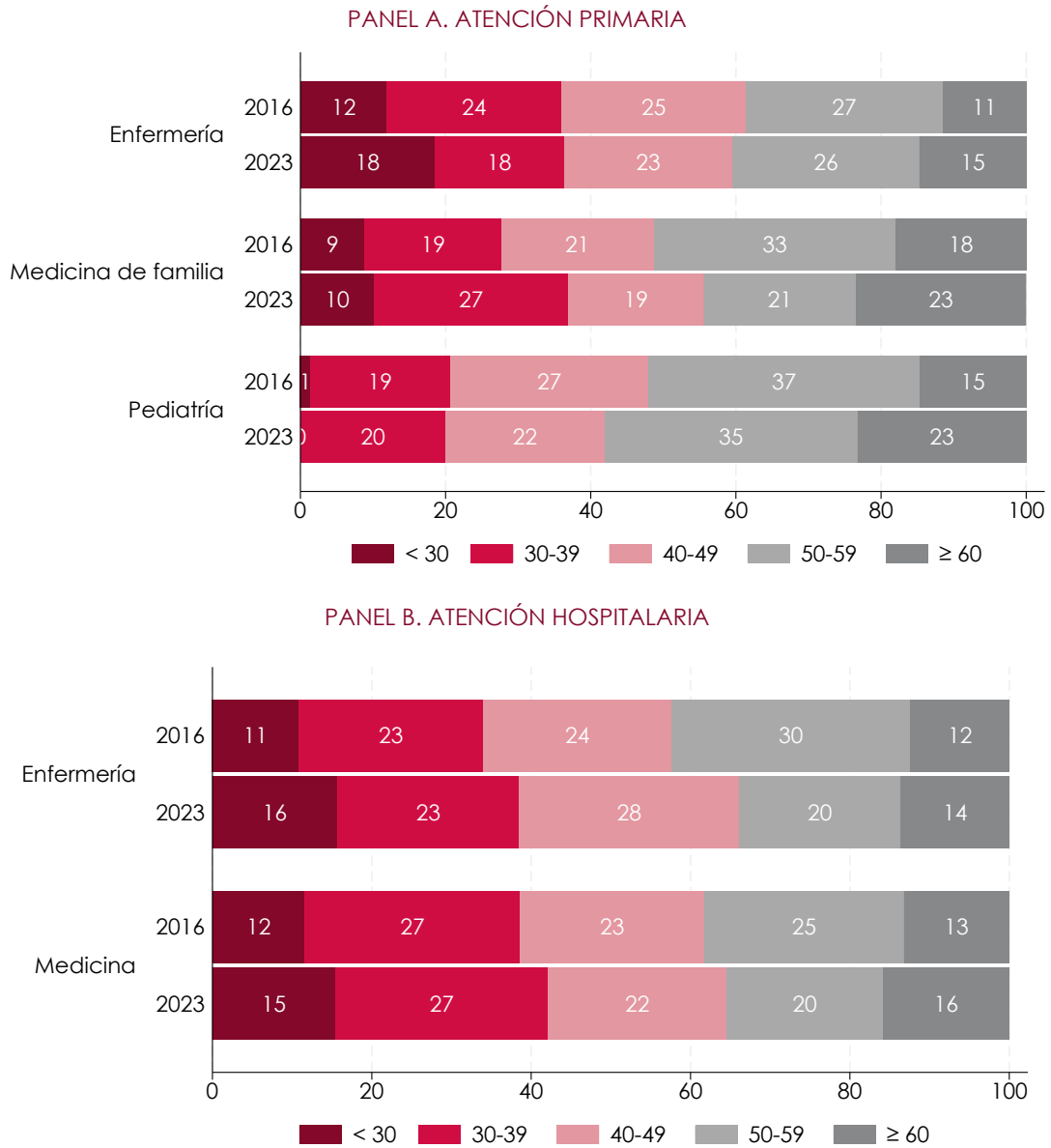
El grupo de profesionales sanitarios mayores de 60 años crece de 2016 a 2023 en todas las categorías de profesionales de atención primaria y hospitalaria lo que evidencia un progresivo envejecimiento de la plantilla, aunque también destaca el avance de los médicos de atención primaria menores de 40 años¹⁴. El gráfico 13 presenta la distribución por grupos etarios de los profesionales. En el panel A del gráfico 13 se observa que los grupos más numerosos en 2023 en atención primaria son los profesionales de 50 a 59 años para enfermería y pediatría, y de 30 a 39 años para medicina de familia. En el panel B del gráfico 13 se aprecia que los grupos con mayor presencia en 2023 en atención

¹⁴ Cabe señalar que el incremento del grupo de mayores de 60 años es especialmente notorio para el personal estatutario fijo. Así, este grupo aumenta entre 2016 y 2023 para los médicos de familia en 14 puntos porcentuales, suponiendo un 35% de la plantilla de fijos. En general, para todas las categorías en atención primaria el personal mayor de 50 años supone más del 60% del personal fijo, mientras que en atención hospitalaria este porcentaje es algo inferior (el 57%).

hospitalaria son los profesionales de 40 a 49 años para enfermería y de 30 a 39 años para medicina. Por otro lado, crece ligeramente el grupo de menores de 30 años, excepto para los pediatras que son el colectivo que evidencia un claro envejecimiento. Destaca en medicina de familia el aumento en ocho puntos porcentuales del grupo de 30 a 39 años y en enfermería hospitalaria la disminución en diez puntos porcentuales del grupo de 50 a 59 años.

En resumen, entre 2016 y 2023, se observó un aumento del 12% en el número total de profesionales del SES. En atención primaria, el personal sanitario aumentó un 10% y el no sanitario un 32%, mientras que, en atención hospitalaria, el incremento fue del 12% para el personal sanitario y del 4,6% para el no sanitario. Destaca el incremento significativo del personal residente, tanto en atención primaria (51%) como en atención hospitalaria (44%). Comparativamente, Extremadura se sitúa por encima de la media nacional en profesionales per cápita en atención primaria, con 0,89 médicos por cada 1.000 habitantes frente a 0,81 de la media nacional, y 0,90 enfermeras por cada 1.000 habitantes frente a 0,86 de la media nacional. Además, se observa un progresivo envejecimiento de la plantilla, con un aumento del colectivo de profesionales sanitarios mayores de 60 años en todos los grupos. Sin embargo, también destaca un avance en el número de médicos de atención primaria menores de 40 años. En cuanto a la distribución geográfica, se aprecia una tendencia hacia una distribución más homogénea de los recursos humanos sanitarios en la región. Se evidencia una heterogeneidad en la dotación de recursos humanos por cada 1.000 habitantes a nivel de zona básica de salud, con mayores recursos per cápita en las zonas periféricas y poco pobladas, aunque disminuyendo en los últimos años.

GRÁFICO 13. DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL POR EDAD (%)



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

2.3. Modelos de oferta de profesionales y demanda asistencial. La presión asistencial y los tiempos medios de espera

En la presente sección se procede al análisis del grado de presión asistencial¹⁵ experimentado por los dispositivos de atención primaria y hospitalaria del Sistema Sanitario Extremeño. El apartado aborda específicamente la caracterización del estado situacional de los centros de salud y establecimientos hospitalarios integrados en el Servicio Extremeño de Salud, con particular énfasis en la identificación y evaluación de potenciales escenarios de sobredemanda o tensión asistencial. Asimismo, se examina la correlación existente entre las variables sociodemográficas y económicas del entorno y la manifestación de episodios de saturación en los servicios sanitarios, con objeto de determinar los factores subyacentes que pudieran incidir en la generación de dichas situaciones de presión asistencial.

Unos mayores tiempos de espera son más comunes en sistemas de provisión tipo Beveridge como el español o el National Health Service (NHS) británico que priorizan el acceso universal. En los sistemas Beveridge, las esperas pueden extenderse varios meses debido a la necesidad de priorizar recursos dentro de un presupuesto público limitado. En contraste, los sistemas Bismarck, como el alemán o el francés, mantienen tiempos de espera menores, aunque en ocasiones eso implica mayores costes per cápita y cotizaciones sociales más elevadas. Esta diferencia refleja una tensión fundamental entre equidad y eficiencia: el modelo Beveridge prioriza el acceso universal y la contención de costes, mientras que el Bismarck enfatiza la rapidez de atención y la capacidad de elección del paciente.

Las situaciones de tensión se producen cuando la demanda efectiva del servicio supera la oferta. Generalmente, para conocer el nivel de tensión o sobredemanda de centros de salud u hospitales se utilizan indicadores de tensión. El análisis del estado de situación del SES se centrará en dos indicadores (*outcomes*). En primer lugar, se analiza la presión asistencial (número de pacientes atendidos por profesional y día de trabajo efectivo) o las consultas por profesional como indicador aproximado de presión asistencial en el caso de atención primaria. En segundo lugar, se analizarán los tiempos medios de espera para consultas en atención primaria, y los tiempos medios de espera para consultas externas e intervenciones quirúrgicas en atención hospitalaria.

¹⁵ La presión asistencial se define como el número de pacientes, por término medio, atendidos por profesional y día de trabajo efectivo.

Desde el punto de vista del planificador y de la búsqueda de la eficiencia del gasto público, es clave conocer el estado de situación del sector sanitario público mediante el uso de evidencia para establecer si se está realizando una asignación óptima de los recursos.

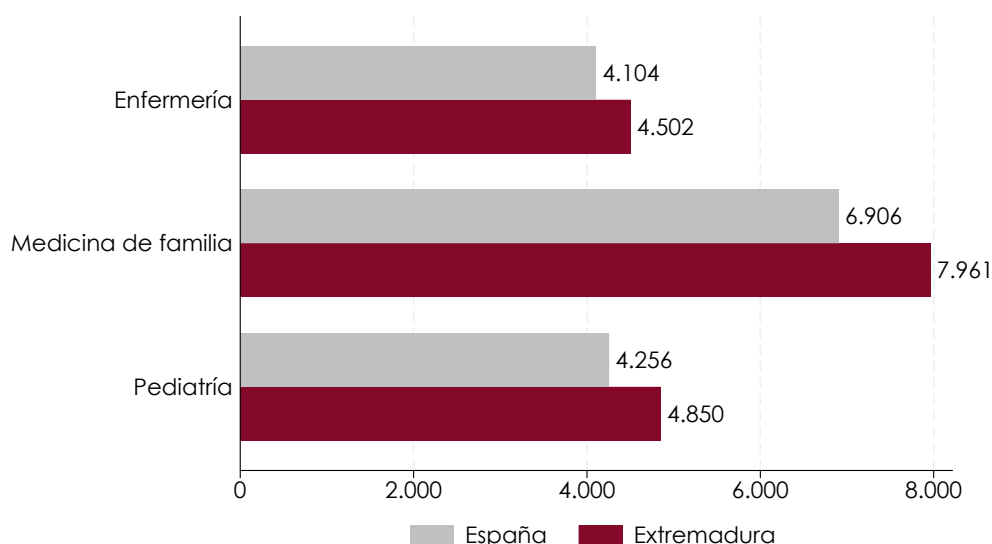
2.3.1. Atención primaria

2.3.1.1. La presión asistencial en atención primaria

En 2023, Extremadura se sitúa por encima del valor nacional en cuanto a consultas por profesional, siendo la diferencia en medicina de familia más acentuada. A modo de contextualizar el estado de situación de la comunidad, se utilizan datos descargados del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) sobre consultas y número de profesionales por especialidad tanto para Extremadura como para España. Se emplean los datos del 2023 ya que es el último año disponible. El indicador resulta de dividir el total de consultas entre el número de profesionales por especialidad.

La mayor diferencia se registra en medicina de familia donde se observan 7.961 consultas por profesional en la comunidad y 6.906 en España (gráfico 14).

GRÁFICO 14. CONSULTAS ANUALES POR PROFESIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA POR ESPECIALIDAD (2023)



Fuente: AIReF a partir de los datos del SIAP.

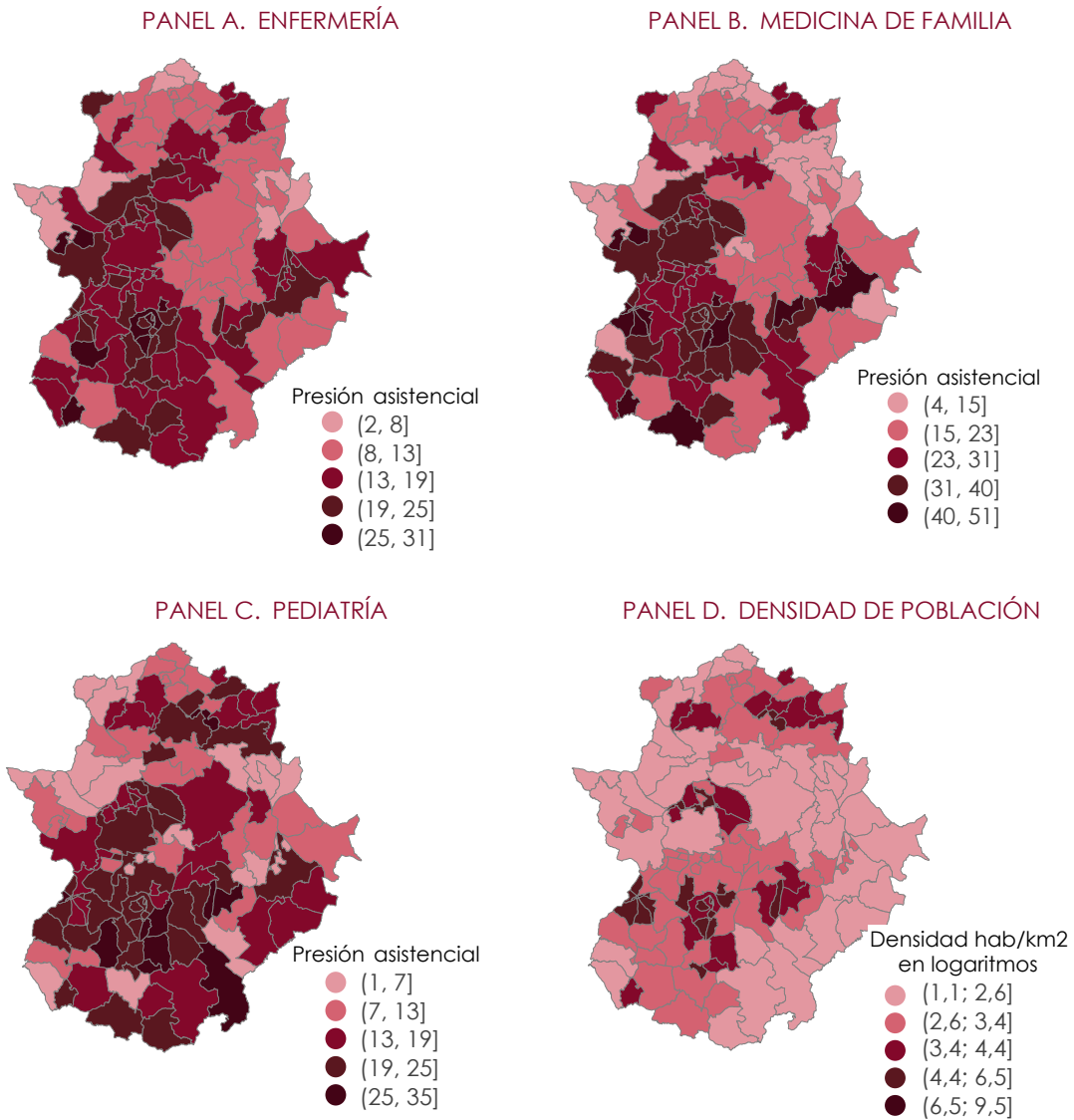
Existe heterogeneidad en la presión asistencial entre zonas básicas de salud, lo cual implica que hay zonas geográficas presionadas y otras con menor carga asistencial. La presión asistencial se define como el número de pacientes, por término medio, atendidos por profesional y día de trabajo efectivo. La

información sobre este indicador proviene de los microdatos aportados por la comunidad autónoma¹⁶. El gráfico 15 presenta un mapa de la distribución espacial de la presión asistencial para las tres categorías a nivel de zona básica de salud y densidad de población, con el objetivo de identificar geográficamente las zonas con mayor presión (tonalidades más oscuras) y menor presión (tonalidades más claras).

En las tres categorías profesionales, se observa una mayor presión asistencial en el suroeste de la comunidad, que es, a su vez, donde se sitúan las áreas de salud con mayor densidad de población.

¹⁶ Los datos aportados por la comunidad autónoma permiten diferentes niveles de agregación. Desde el más agregado al menos desagregado, se presentan los siguientes niveles: área de salud, zona básica de salud, y centro médico. En algunos casos, existe la figura “puesto”, que puede estar asociado a varios centros. En pediatría, el máximo nivel de desagregación es el de zona básica de salud, ya que en varios casos la información se presenta a nivel de unidades pediátricas de área y estas unidades registran la actividad para un conjunto de centros que no necesariamente se ubican en la misma zona. Para construir la información a nivel de zona básica de salud, se utilizó una regla de asignación de la actividad basada en la población registrada según el padrón municipal.

GRÁFICO 15. MAPAS DE PRESIÓN ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y DENSIDAD DE POBLACIÓN POR ZONAS BÁSICAS DE SALUD EN 2023



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

Para complementar este análisis, el cuadro 5, el cuadro 6 y el cuadro 7 presentan las diez zonas con mayor presión asistencial y las cinco zonas con menor presión asistencial en 2023 para cada especialidad. Destacan las zonas de Oliva de la Frontera, Badajoz-San Roque, y San Vicente de Alcántara con valores muy altos con respecto al promedio tanto en enfermería como en medicina de familia, y Don Benito-Este destaca por valores muy altos en pediatría. Por otro lado, Valencia de Alcántara, Pinofranqueado y Nuñomoral presentan niveles muy bajos de presión asistencial tanto en enfermería como en medicina de familia, y Bohonal de Ibor en enfermería y pediatría.

CUADRO 5. ZONAS BÁSICAS DE SALUD CON PRESIÓN ASISTENCIAL ALTA Y BAJA EN ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA (2023)

Área de salud	Zona básica de salud	Presión asistencial	Nivel de presión asistencial	Ranking
Mérida	Mérida San Luis	30,7	Alto	1
Badajoz	San Vicente de Alcántara	30,7	Alto	2
Badajoz	Badajoz-San Roque	30,0	Alto	3
Mérida	Mérida-Pol. Nueva Ciudad	29,5	Alto	4
Badajoz	Oliva de la Frontera	28,6	Alto	5
Mérida	Almendralejo-San Roque	26,3	Alto	6
Badajoz	Valverde de Leganés	26,2	Alto	7
Llerena-Zafra	Los Santos de Maimona	25,1	Alto	8
Mérida	Almendralejo-San José	25,0	Alto	9
Badajoz	Badajoz-Progreso	25,0	Alto	10
Extremadura		16,4		
Cáceres	Alcántara	7,3	Bajo	108
Navalmoral de la Mata	Bohonal de Ibor	7,1	Bajo	109
Cáceres	Valencia de Alcántara	3,0	Bajo	110
Plasencia	Pinofranqueado	2,9	Bajo	111
Plasencia	Nuñomoral	2,3	Bajo	112

Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

CUADRO 6. ZONAS BÁSICAS DE SALUD CON PRESIÓN ASISTENCIAL ALTA Y BAJA EN MEDICINA DE FAMILIA DE ATENCIÓN PRIMARIA (2023)

Área de salud	Zona básica de salud	Presión asistencial	Nivel de presión asistencial	Ranking
Badajoz	Oliva de la Frontera	50,9	Alto	1
Badajoz	Badajoz-Suerte Saav./La Pilara	47,7	Alto	2
Badajoz	Badajoz-San Roque	47,5	Alto	3
Badajoz	San Vicente de Alcántara	46,2	Alto	4
Mérida	Mérida-San Luis	45,0	Alto	5
Badajoz	Badajoz-Ciudad Jardín	45,0	Alto	6
Cáceres	Cáceres-Sur	44,4	Alto	7
Llerena-Zafra	Fregenal de la Sierra	44,0	Alto	8
Don Benito-Villanueva S.	Talarrubias	43,7	Alto	9
Badajoz	Badajoz-San Fernando	43,6	Alto	10
Extremadura		27,6		
Navalmoral de la Mata	Villar del Pedroso	8,1	Bajo	108
Cáceres	Berzocana	7,3	Bajo	109
Plasencia	Pinofranqueado	4,9	Bajo	110
Plasencia	Nuñomoral	4,2	Bajo	111
Cáceres	Valencia de Alcántara	3,6	Bajo	112

Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

CUADRO 7. ZONAS BÁSICAS DE SALUD CON PRESIÓN ASISTENCIAL ALTA Y BAJA EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA (2023)

Área de salud	Zona básica de salud	Presión asistencial	Nivel de presión asistencial	Ranking
Don Benito-Villanueva S.	Don Benito–Este	34,7	Alto	1
Llerena-Zafra	Azuaga	34,2	Alto	2
Llerena-Zafra	Los Santos de Maimona	29,7	Alto	3
Don Benito-Villanueva S.	Villanueva de la Serena–Sur	29,1	Alto	4
Mérida	Villafranca de los Barros	28,3	Alto	5
Mérida	Almendralejo-San José	27,3	Alto	6
Badajoz	Badajoz-San Fernando	26,7	Alto	7
Plasencia	Plasencia-Luis de Toro	26,6	Alto	8
Badajoz	Santa Marta	25,9	Alto	9
Mérida	La Zarza	25,8	Alto	10
Extremadura		15,9		
Navalmoral de la Mata	Bohonal de Ibor	3,0	Bajo	108
Navalmoral de la Mata	Castañar de Ibor	2,8	Bajo	109
Navalmoral de la Mata	Almaraz	2,3	Bajo	110
Mérida	Cordobilla de Lácara	2,2	Bajo	111
Badajoz	Villanueva del Fresno	1,1	Bajo	112

Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

Las tres categorías profesionales de atención primaria recuperan, una vez superada la pandemia, valores medios de presión asistencial similares a los registrados antes de esta. En enfermería, si bien la media de presión asistencial se incrementa de 16,1 en 2016 a 23,6 en 2021, en 2023 el valor medio es 16,4. Por su parte, en medicina de familia la media de la presión asistencial aumenta de 28,2 en 2016 a 29,1 en 2021 y en 2023 desciende a 27,6. Finalmente, los valores medios de presión asistencial en pediatría son similares durante estos tres años, aunque con un ligero avance (15,7 en 2016, 15,7 en 2021, y 15,9 en 2023).

Resulta relevante analizar los cambios en la distribución de la presión asistencial a nivel de zonas básicas de salud ya que pueden haber registrado cambios. Si bien los valores medios de presión asistencial son similares, podrían haberse producido cambios en la distribución. Por ejemplo, podría suceder que se

incrementase la densidad en ambas colas de la distribución (p. ej., incremento en la dispersión) y que, aun así, se mantuviese un valor medio similar al de prepandemia. Por tal motivo, y de manera complementaria, a continuación se analizan los cambios en la distribución por especialidad.

La presión asistencial evidencia un deterioro significativo en los años de pandemia, especialmente en enfermería, pero la situación tiende a revertirse en ejercicios posteriores. En el panel A del gráfico 16, gráfico 17 y gráfico 18 se presentan estimaciones no paramétricas¹⁷ de la distribución de la presión asistencial a nivel de zonas básicas de salud¹⁸ para los años 2016, 2021, y 2023. Disponer de estas distribuciones y compararlas ayuda a identificar la concentración de la presión asistencial, detectar asimetrías, valores atípicos y la evolución a lo largo del tiempo.

Enfermería experimentó un incremento sustancial en la presión asistencial durante la pandemia que ya se ha revertido (gráfico 16). La distribución postpandemia (2023) es similar a la distribución prepandemia (2016). En el panel B, se identifican las zonas que experimentan mayores cambios. Los incrementos se representan en tonalidades rojas y las reducciones en tonalidades grises. Las zonas de Guadalupe, Mérida-Obispo Paulo y Mérida-Polígono Nueva Ciudad experimentan incrementos de más del 50% en presión asistencial. Por otro lado, las zonas de Ahigal, Cáceres-Plaza de Argel, Don Benito-Este y Villafranca de los Barros han registrado reducciones de 25%-35%.

En medicina de familia, la presión asistencial pasa a una distribución bimodal tras la pandemia, es decir se acentúan las diferencias entre las zonas con baja y alta presión asistencial, aunque no se modifica la presión media (gráfico 17). Si antes de la pandemia la presión asistencial de las áreas de salud se concentraba en valores entre 20 y 30 a raíz de la pandemia ha aumentado la dispersión de forma que se concentra en áreas de 20 por un lado y de 40 por otro, lo que da lugar a una distribución bimodal. Este aumento de la dispersión aún no se había corregido en el año 2023. En el panel B se observan cambios moderados a lo largo del territorio extremeño. Destacan las zonas de “Badajoz-

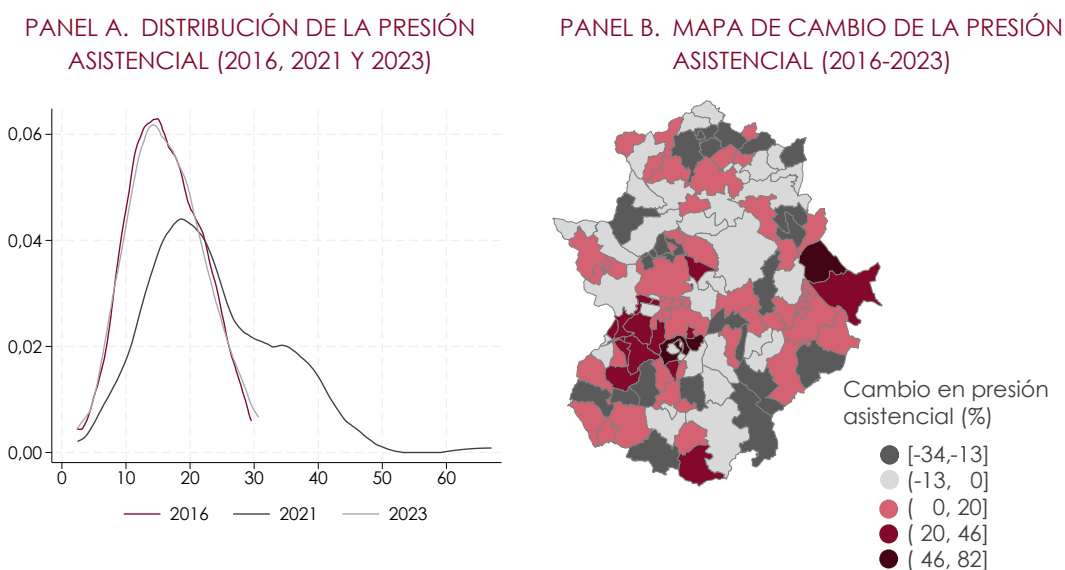
¹⁷ Este método no paramétrico se utiliza para estimar la distribución empírica (p. ej., la función de densidad de probabilidad) de variables continuas. Para la estimación se requiere especificar el tipo de función kernel a emplear (por ejemplo, Epanechnikov) y el ancho de banda, siendo este último parámetro importante en la estimación ya que plantea una tensión entre sesgo y varianza que puede dar lugar a estimaciones poco o demasiado suavizadas. En este caso, se utiliza la regla empírica de Silverman (o aproximación gaussiana) que generalmente funciona de manera adecuada cuando la densidad se aproxima a la normalidad.

¹⁸ Generalmente, cada zona básica de salud contiene por lo menos un centro de salud, y consultorio, por lo que, como paso previo a la estimación de la distribución empírica, se agregaron los datos de presión asistencial a nivel de zona utilizando la media.

Suerte Saavedra/La Pilara" y "Badajoz-Ciudad Jardín" con incrementos del 33%, y "Badajoz-Cerro Gordo" con un incremento de 72%. Por otra parte, las zonas de "Talaván", "Valdefuentes", y "Villar del Pedroso" reducen la presión asistencial un 31 %, un 36 % y un 44 %, respectivamente.

En pediatría, la distribución de la presión asistencial también ha cambiado de forma, destacando la acumulación de densidad en torno a la media tras la pandemia. Si antes de la pandemia existía una distribución bimodal que concentraba las áreas de salud en zonas de baja presión asistencial por un lado y de alta presión por otra, desde la pandemia se ha producido una mayor concentración en áreas de alta presión asistencial (gráfico 18). Las zonas de Siruela, Zafra II, Casas de Castañar, Nuñomoral y Pinofranqueado destacan por su incremento. En cambio, las zonas de Jerez de los Caballeros, Villanueva del Fresno y Almaraz experimentan importantes reducciones.

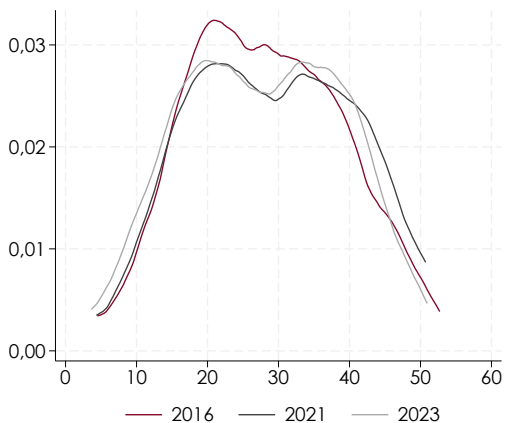
GRÁFICO 16. PRESIÓN ASISTENCIAL EN ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA



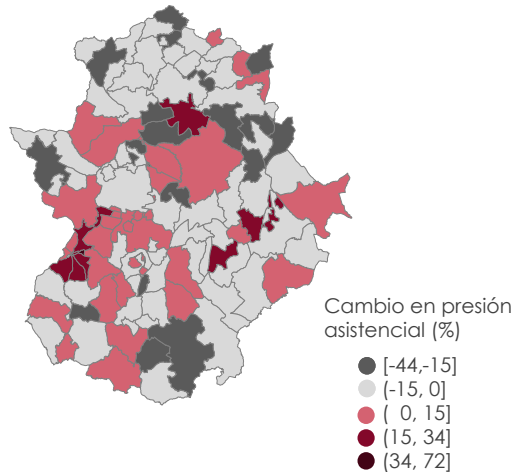
Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

GRÁFICO 17. PRESIÓN ASISTENCIAL EN MEDICINA DE FAMILIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

PANEL A. DISTRIBUCIÓN DE LA PRESIÓN ASISTENCIAL (2016, 2021 Y 2023)



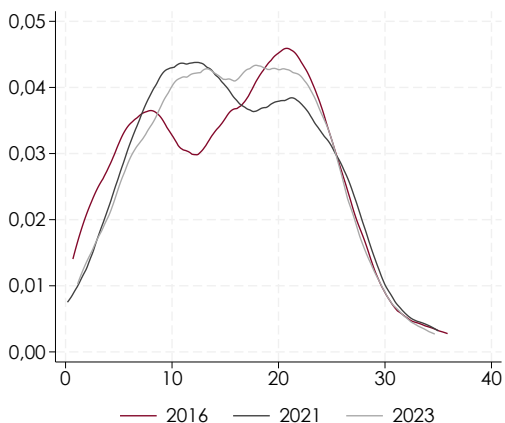
PANEL B. MAPA DE CAMBIO DE LA PRESIÓN ASISTENCIAL (2016-2023)



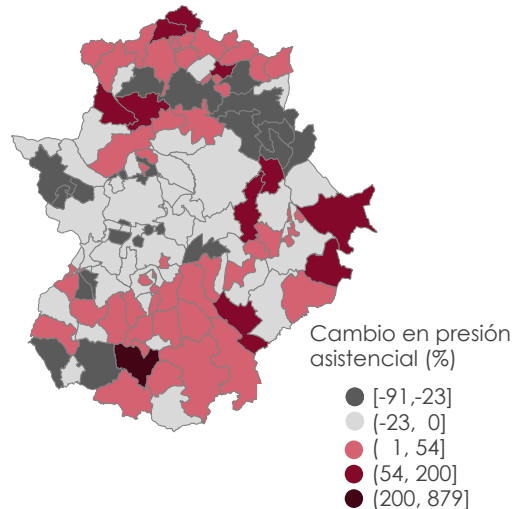
Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

GRÁFICO 18. PRESIÓN ASISTENCIAL EN PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

PANEL A. DISTRIBUCIÓN DE LA PRESIÓN ASISTENCIAL (2016, 2021 Y 2023)



PANEL B. MAPA DE CAMBIO DE PRESIÓN ASISTENCIAL (2016-2023)

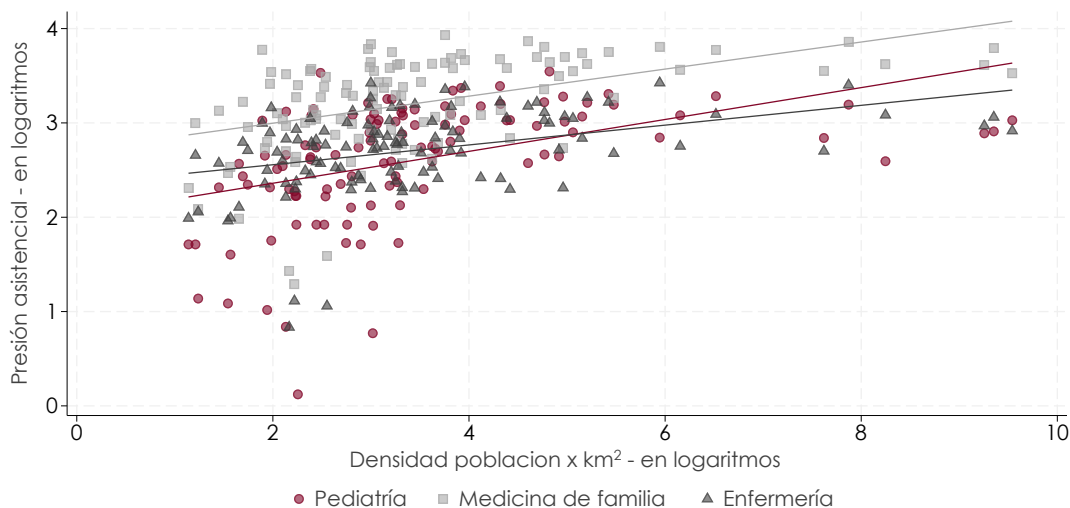


Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

Existe correlación positiva entre densidad de población y presión asistencial, lo que evidencia que las zonas con mayor concentración de población son las que sufren la mayor presión asistencial. El gráfico 19 presenta la correlación entre la presión asistencial en 2023 (en logaritmos) y la densidad de población en 2016 (en logaritmos), utilizando datos a nivel de zona básica de salud.

Se observa una correlación positiva entre presión asistencial y densidad de población en las tres categorías profesionales (gráfico 19). Esto implicaría que en las zonas más densamente pobladas la demanda de servicios de atención primaria sería mayor que la oferta en aquellas zonas de menor densidad (p. ej., recursos humanos e infraestructura).

GRÁFICO 19. CORRELACIÓN ENTRE PRESIÓN ASISTENCIAL Y DENSIDAD DE POBLACIÓN POR ESPECIALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA (2023)

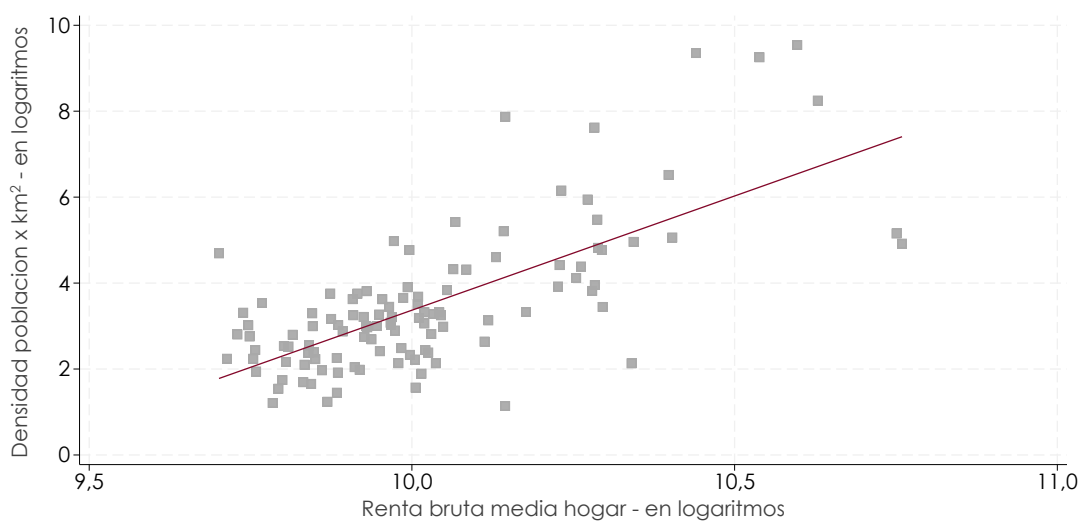


Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

La densidad también correlaciona de forma positiva con la renta y de forma negativa con el peso de la población más adulta (gráfico 20 y gráfico 21). Los datos de renta a nivel de sección censal provienen del Instituto Nacional de Estadística. El gráfico 21 muestra una marcada correlación positiva entre las áreas de mayor densidad poblacional y aquellas con niveles de renta más elevados. Asimismo, el gráfico 21 revela que en las zonas de mayor densidad demográfica reside un porcentaje más alto de población menor de 65 años.

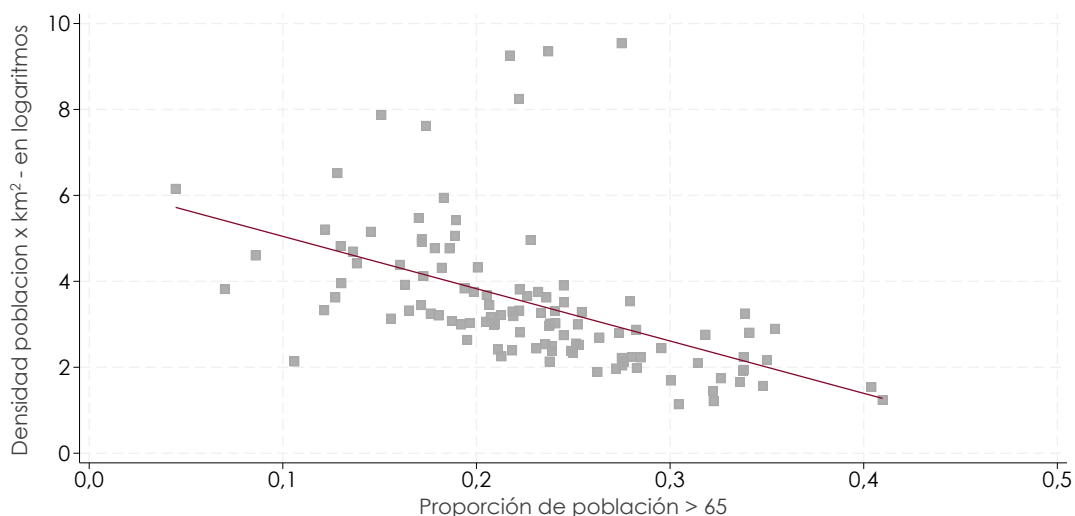
En conclusión, el análisis de los datos en Extremadura indica que la presión asistencial es más elevada en las áreas densamente pobladas, las cuales coinciden con las zonas de renta más alta y donde se concentra una menor proporción de población mayor de 65 años.

GRÁFICO 20. CORRELACIÓN ENTRE DENSIDAD DE POBLACIÓN Y RENTA BRUTA



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

GRÁFICO 21. CORRELACIÓN ENTRE DENSIDAD DE POBLACIÓN Y PROPORCIÓN DE POBLACIÓN DE MAYORES DE 65 AÑOS



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

2.3.1.2. El tiempo medio de espera en atención primaria

En atención primaria, la media de los tiempos medios de espera aumentó en 2023 hasta los 3,6 días, superando las 48 horas que evidencian una situación de deterioro. Para este análisis se han utilizado los datos de demoras de medicina de familia a nivel mensual aportados por la comunidad autónoma que representan una foto fija de un momento concreto en el tiempo. Los datos

para este indicador están desagregados a nivel de unidad de tratamiento superior, lo cual permite establecer una equivalencia con zona básica de salud. El último año disponible corresponde a 2023, año que se utiliza para conocer el estado de situación de demora en atención primaria del SES¹⁹. Hay que tener en cuenta que se considera demora las consultas presenciales que sobrepasan las 48 horas²⁰, por lo que valores inferiores a dos días no se registran en un intervalo continuo. Esto implica que el soporte de la variable tiempo medio contiene una parte discreta (p. ej., observaciones que no experimentan demora, y que estarían en el intervalo [0,2)) y una parte continua de los dos días de espera en adelante. Para las zonas que experimentan demoras —p. ej., demoras mayores o iguales a dos días²¹—, se obtiene un promedio de 3,6 días de espera.

Se evidencia una cierta homogeneidad en la espera media en el territorio extremeño. No obstante, existen zonas que tienen esperas elevadas respecto a la media. El gráfico 22 presenta un mapa de la distribución espacial del tiempo medio de espera en medicina de familia a nivel de zona básica de salud. El objetivo es identificar geográficamente las zonas con mayor espera media (zonas más oscuras) y menor espera media (tonalidades más claras), y visualizar el grado de variación a nivel de zona. En general, se observa cierta homogeneidad territorial en la espera media. También es importante mencionar que, en atención primaria, esperas mayores a 48 horas evidencian una situación de deterioro.

El 98 % de las zonas básicas de salud experimentan demoras mayores o iguales que 48 horas²². El Ministerio de Sanidad estableció un plazo máximo de 48 horas para consultas en atención primaria. Se calcula la proporción de zonas (para las cuales disponemos de información) que tiene demora mayor o igual que 48 horas. En 2023, se observa que la mayoría de las zonas experimentan demoras mayores o iguales a dos días (89 de las 91 zonas de las que disponemos de información²³).

¹⁹ Para el análisis se utilizó el mes de diciembre y, para el caso de zonas con valores perdidos, se utiliza el mes de noviembre u octubre.

²⁰ De acuerdo con el SES el tiempo medio de espera es el promedio de días que llevan esperando los pacientes para ser atendidos en esa especialidad o patología.

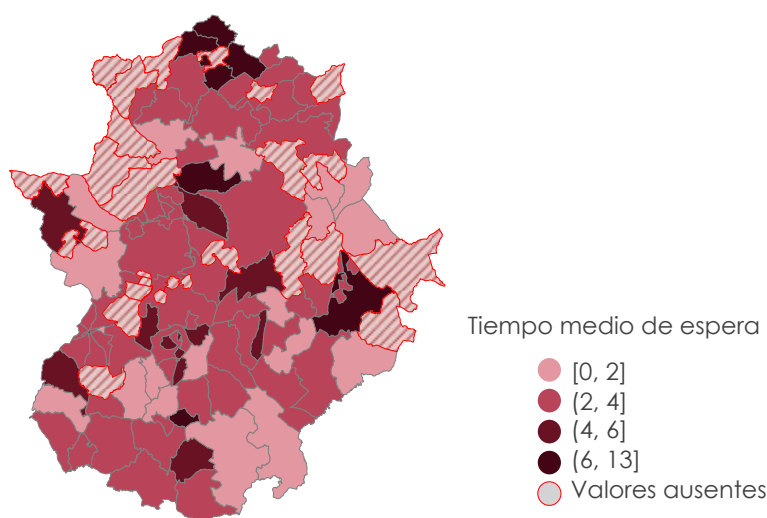
²¹ 89 zonas de las 91 para las cuales se dispone de información.

²² La recomendación de una atención dentro de 48 horas en atención primaria está recogida en el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en abril de 2019. En concreto, se plantea "garantizar que las demandas de atención no urgentes se atiendan en menos de 48 horas."

²³ La comunidad autónoma de Extremadura tiene 112 zonas básicas de salud.

Para completar el análisis, el cuadro 8 presenta las 5 zonas con mayores tiempos de espera media en 2023 para medicina de familia. Destacan las zonas de Ahigal, Los Santos de Maimona, Aldeanueva de Camino, Pinofranqueado y Talaván que tienen valores de tiempo medio de espera muy superiores al de la media del resto de la comunidad.

GRÁFICO 22. MAPA DE TIEMPO MEDIO DE ESPERA POR ZONAS BÁSICAS DE SALUD EN MEDICINA DE FAMILIA EN 2023



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

CUADRO 8. ZONAS BÁSICAS DE SALUD CON MAYOR TIEMPO MEDIO DE ESPERA EN MEDICINA DE FAMILIA EN 2023

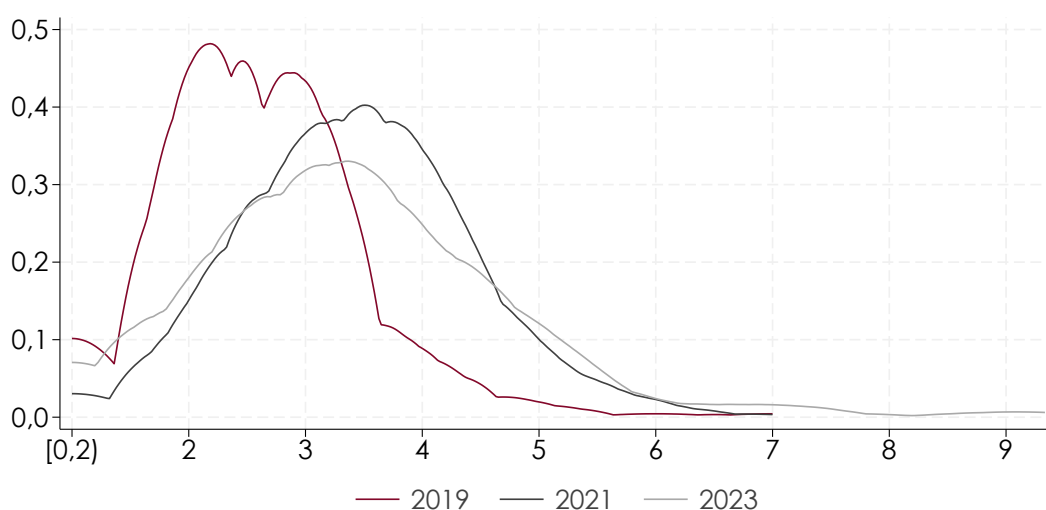
Área de salud	Zona básica de salud	Tiempo medio de espera	Ranking
Plasencia	Ahigal	13,0	1
Llerena-Zafra	Los Santos de Maimona	11,0	2
Plasencia	Aldeanueva del Camino	8,0	3
Plasencia	Pinofranqueado	8,0	4
Cáceres	Talaván	7,0	5

Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

Los tiempos medios de espera de medicina de familia evidencian un deterioro durante la pandemia que se mantiene en los años posteriores. La media de días de demora para medicina de familia se incrementa de 2,7 días en 2019 a 3,5 en 2021, y se mantiene en 3,6 días en 2023. Este aumento se produjo en los años de pandemia y no se ha recuperado en los siguientes.

En el gráfico 23 se presentan estimaciones no paramétricas kernel de la distribución de la media de días de demora para medicina de familia a nivel de zonas básicas de salud, para los años 2019 (prepandemia)²⁴, 2021 (pandemia) y 2023 (postpandemia)²⁵. Se observa un incremento en los días de demora, reflejado en el desplazamiento hacia la derecha de la función de distribución entre 2019 y 2021.

GRÁFICO 23. DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO MEDIO DE ESPERA (EN DÍAS) EN MEDICINA DE FAMILIA (2019, 2021, 2023)



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

Por otro lado, la distribución del 2023 evidencia una mayor dispersión con respecto a la de 2021, y además se observa un incremento de la densidad en las colas de la distribución. En el cuadro 9 se pone el foco en la parte alta de la distribución de 2023, y se analiza cómo era la situación previa a la pandemia²⁶. Cuatro de las seis zonas con elevada espera en 2023, presentaban entre uno y dos días de espera media en 2019, lo que demuestra un deterioro significativo de la eficacia en la provisión.

²⁴ Se considera el año 2019 por presentar un menor número de valores perdidos en comparación con años anteriores.

²⁵ Para este ejercicio, se utilizan los datos de todos los meses que no tienen valores perdidos tanto en 2019 como en 2023.

²⁶ Los datos en el cuadro corresponden a meses para los cuales tenemos información de tiempo medio de espera tanto en 2023 como en 2019.

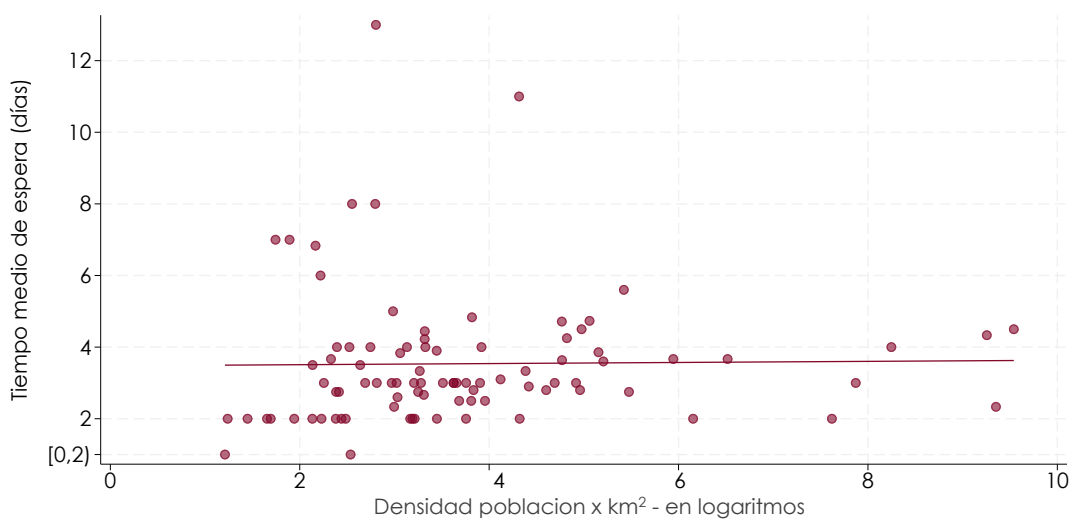
CUADRO 9. ZONAS BÁSICAS DE SALUD CON TIEMPO DE ESPERA EN 2023 Y SU SITUACIÓN EN 2019

Área de salud	Zona básica de salud	Tiempo medio de espera 2023	Tiempo medio de espera 2019	Mes	Ranking
Navalmoral de la Mata	Talayuela	9	3	6	1
Llerena-Zafra	Fregenal de la Sierra	9	1	5	1
Don Benito-Villanueva S.	Zalamea de la Serena	9	5	7	1
Cáceres	Cáceres - La Mejostilla	9	2	7	1
Plasencia	Pinofranqueado	8	2	12	5
Cáceres	Arroyo de la Luz	8	2	10	5

Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

No se observa correlación entre los tiempos de espera medios en medicina de familia y la densidad de población. El gráfico 24 muestra que la media de días de demora en 2023 en medicina de familia (en niveles) y la densidad de población en 2016 (en logaritmos) no están correlacionadas.

GRÁFICO 24. CORRELACIÓN ENTRE TIEMPO MEDIO DE ESPERA EN 2023 Y DENSIDAD DE POBLACIÓN EN 2016 EN MEDICINA DE FAMILIA



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

2.3.2. Atención hospitalaria

2.3.2.1. La actividad asistencial en atención hospitalaria

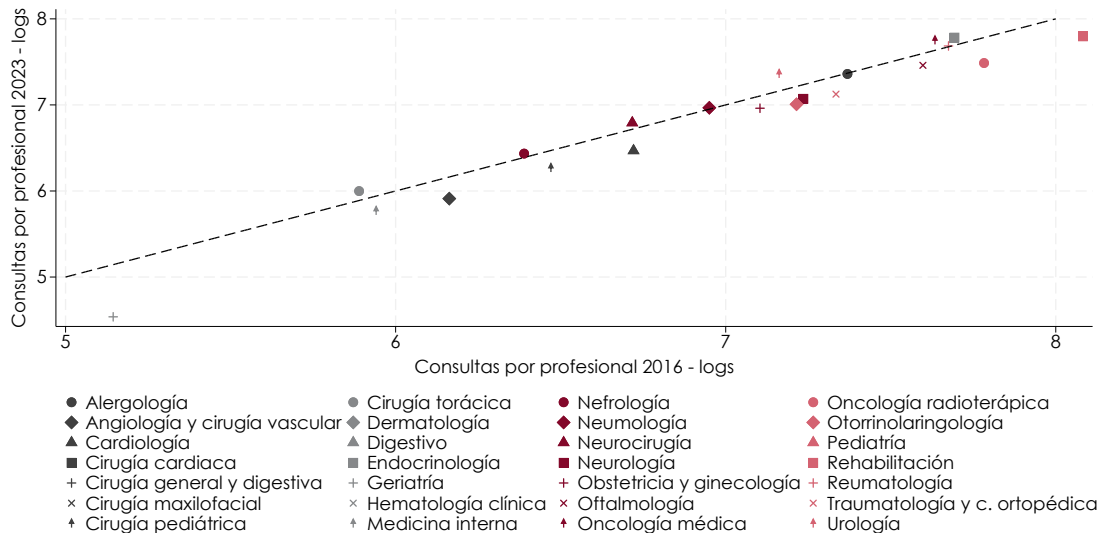
En atención hospitalaria no se dispone de un indicador de actividad similar a la presión asistencial, que resuma el estado de situación y permita conocer el nivel de tensión de los centros. Además, la construcción de un indicador que refleje toda la actividad hospitalaria presenta dificultades dada la variedad de servicios y las diferencias entre las actividades de estos. Por ejemplo, en algunos servicios la actividad involucra consultas y también intervenciones quirúrgicas. En otros, la actividad se concentra en consultas y pruebas diagnósticas. El indicador resumen debería contemplar estas diferencias, y de algún modo otorgar pesos —p. ej., ponderadores— a las diferentes actividades. Dado que no existe un indicador general y estándar para medir niveles de tensión, este estudio se centra en dos indicadores simplificados de actividad: las consultas por profesional, que incluye primeras consultas y consultas sucesivas, y las intervenciones quirúrgicas por profesional. Una desventaja de este enfoque es que los datos no permiten identificar qué profesionales realizan consultas, intervenciones quirúrgicas, o ambas en cada servicio. Por lo tanto, esta medida es una aproximación al nivel de actividad que enfrenta cada complejo hospitalario en cada servicio.

Consultas por profesional

Se observan pocos cambios en el número de consultas por profesional entre 2016 y 2023. En el gráfico 25, se presenta la relación entre consultas por profesional por servicio en 2023 (eje horizontal) y 2016 (eje vertical)²⁷. En general, se observan muchos servicios en torno a la línea de 45 grados, lo que es indicativo de poco cambio en este indicador.

²⁷ El dato a nivel servicio se obtiene como el sumatorio de consultas partido por el número de profesionales.

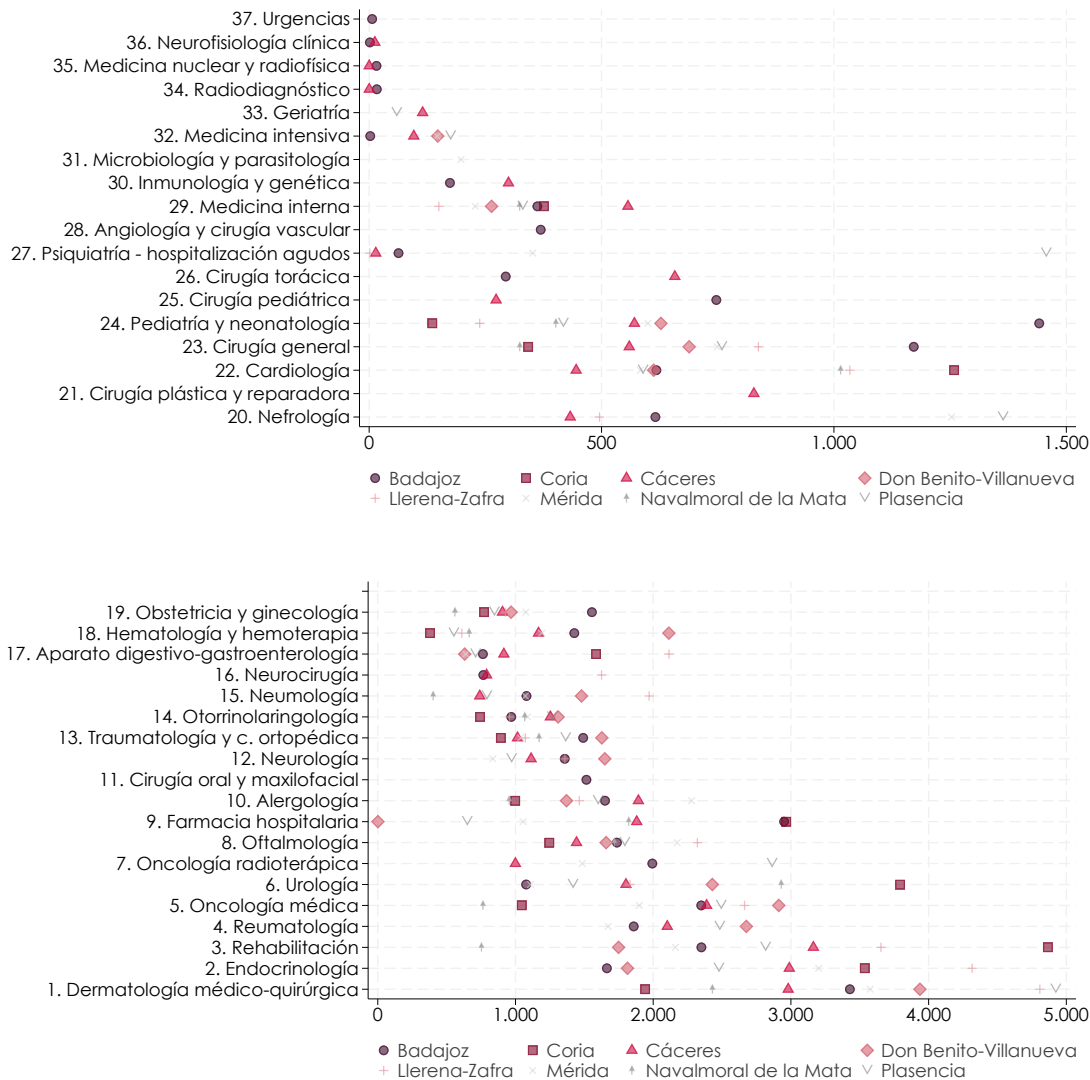
GRÁFICO 25. CORRELACIÓN ENTRE CONSULTAS POR PROFESIONAL EN 2016 Y EN 2023



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

En cambio, se identifica un elevado nivel de heterogeneidad en las consultas por profesional entre los diferentes complejos hospitalarios de la comunidad autónoma Para construir este indicador, se combina la base de actividad de atención hospitalaria —p. ej., total de consultas anuales— con la base de personal a nivel de servicio y complejo hospitalario. El gráfico 26 muestra las consultas por profesional y servicio para cada complejo hospitalario, ordenadas de menor a mayor. La ratio de consultas por profesional refleja bastante heterogeneidad dentro de cada servicio y entre complejos hospitalarios, principalmente, en los servicios con mayor nivel de consultas por profesional. Por ejemplo, dermatología médico-quirúrgica, endocrinología, y rehabilitación presentan niveles dispersos entre complejos hospitalarios. El cuadro 10 muestra las áreas de salud y servicios con más consultas por profesional. Destacan dermatología médico-quirúrgica en Plasencia (4.924 consultas por profesional), rehabilitación en Coría (4.866 consultas por profesional), y dermatología médico-quirúrgica en Llerena-Zafra (4.808 consultas por profesional). Por otro lado, medicina nuclear y radiofísica y radiodiagnóstico en Cáceres, destacan por niveles muy bajos de consultas por profesional (cuadro 11).

GRÁFICO 26. CONSULTAS POR PROFESIONAL Y SERVICIO Y POR COMPLEJO HOSPITALARIO (2023)



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

CUADRO 10. ÁREAS DE SALUD-SERVICIOS CON MAYOR NIVEL DE CONSULTAS POR PROFESIONAL

Área de salud	Servicio	Consultas por profesional	Ranking
Plasencia	Dermatología médico-quirúrgica	4.924	1
Coria	Rehabilitación	4.866	2
Llerena-Zafra	Dermatología médico-quirúrgica	4.808	3
Llerena-Zafra	Endocrinología	4.316	4
Don Benito-Villanueva S.	Dermatología médico-quirúrgica	3.937	5
Coria	Urología	3.793	6
Llerena-Zafra	Rehabilitación	3.654	7
Mérida	Dermatología médico-quirúrgica	3.576	8
Coria	Endocrinología	3.536	9
Badajoz	Dermatología médico-quirúrgica	3.428	10
Mérida	Endocrinología	3.201	11
Cáceres	Rehabilitación	3.163	12
Cáceres	Endocrinología	2.988	13
Cáceres	Dermatología médico-quirúrgica	2.980	14
Coria	Farmacia hospitalaria	2.967	15
Badajoz	Farmacia hospitalaria	2.951	16
Navalmoral de la Mata	Urología	2.929	17
Don Benito-Villanueva S.	Oncología médica	2.912	18
Plasencia	Oncología radioterápica	2.864	19
Plasencia	Rehabilitación	2.817	20

Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

CUADRO 11. ÁREAS DE SALUD-SERVICIOS CON MENOR NIVEL DE CONSULTAS POR PROFESIONAL

Área de salud	Servicio	Consultas por profesional	Ranking
Badajoz	Medicina nuclear y radiofísica	15,8	184
Cáceres	Psiquiatría. Hospitalización agudos	14,3	185
Cáceres	Neurofisiología clínica	12,3	186
Badajoz	Medicina intensiva	2,4	188
Badajoz	Neurofisiología clínica	1,7	189
Llerena-Zafra	Psiquiatría. Hospitalización agudos	1,4	190
Don Benito-Villanueva S.	Farmacia hospitalaria	1,3	191
Cáceres	Radiodiagnóstico	0,2	192
Cáceres	Medicina nuclear y radiofísica	0,2	193

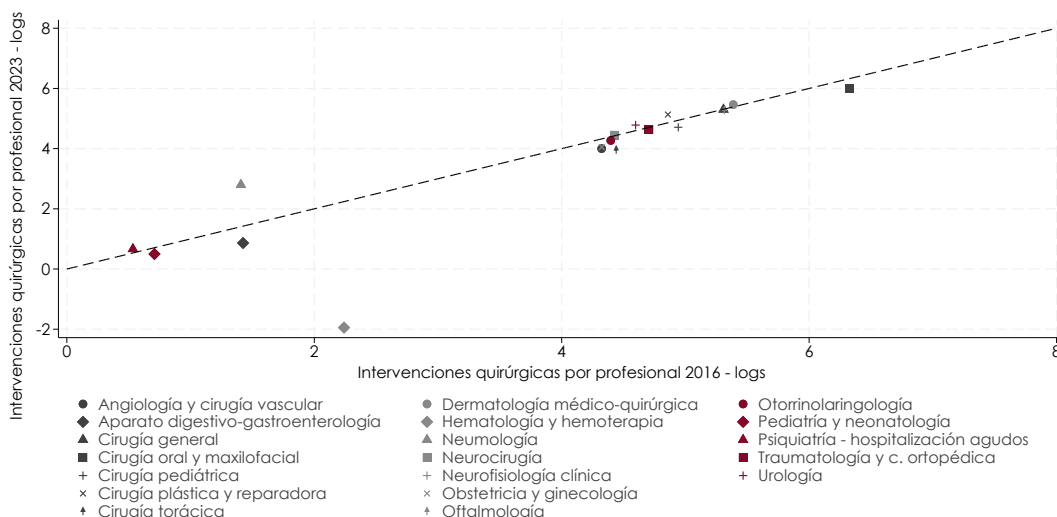
Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

Intervenciones quirúrgicas

Se evidencian leves cambios en el indicador de intervenciones por profesional a nivel de servicio entre 2016 y 2023, con excepción de neumología y hematología y hemoterapia²⁸. Nuevamente, en el gráfico 27 se analiza la evolución de las intervenciones por profesional comparando el nivel de intervenciones por profesional en 2023 (eje vertical) y en 2016 (eje horizontal). Se observan muchos servicios en torno a la línea de 45 grados, lo que es indicativo de poco cambio en la actividad quirúrgica. Destaca el incremento de neumología y la reducción de hematología y hemoterapia.

²⁸ La actividad quirúrgica recogida para los servicios de neumología y de hematología clínica del área hospitalaria de Badajoz, se refiere respectivamente, a broncoscopias (con sospecha de patologías tumorales) y punciones lumbares por enfermedades hematológicas, realizadas a pacientes en edad pediátrica, que al requerir sedación se realizan en el área quirúrgica.

GRÁFICO 27. CORRELACIÓN ENTRE INTERVENCIONES POR PROFESIONAL EN 2016 Y EN 2023

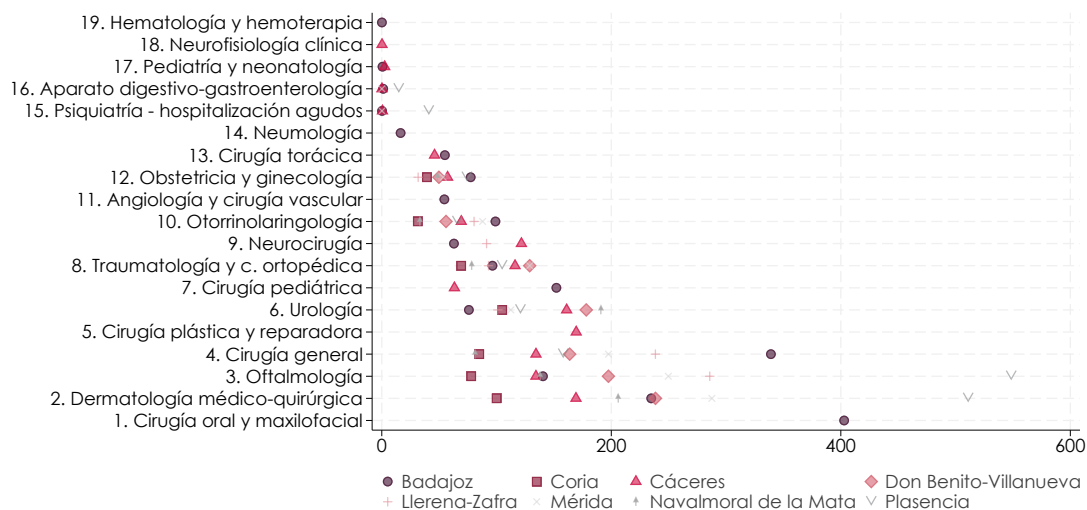


Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

Las intervenciones quirúrgicas por profesional evidencian una heterogeneidad moderada entre complejos hospitalarios y para cada servicio quirúrgico.

De igual modo, se construye este indicador de actividad como el número total de intervenciones quirúrgicas partido por el número de profesionales. Como se menciona anteriormente, los datos no nos permiten diferenciar a los profesionales que efectúan intervenciones quirúrgicas de los que solo pasan consulta. Por tal motivo, este indicador puede estar subestimando el nivel de actividad quirúrgica por profesional. Además, en este caso, se observa que varios de estos servicios no están presentes en todas las áreas de salud, lo cual dificulta su interpretación. El gráfico 28 refleja cierta heterogeneidad en las intervenciones por profesional. Por ejemplo, cirugía general muestra variedad en este indicador entre complejos hospitalarios.

GRÁFICO 28. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR PROFESIONAL Y SERVICIO Y POR COMPLEJO HOSPITALARIO



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

El cuadro 12 presenta las diez áreas/servicios con mayor nivel de actividad de consultas por profesional. Oftalmología en Plasencia, dermatología médico-quirúrgica en Plasencia, y cirugía oral y maxilofacial en Badajoz destacan con 548, 511 y 403 intervenciones quirúrgicas al año por profesional respectivamente. En el cuadro 13 vemos los servicios con menores consultas por profesional, con aparato digestivo-gastroenterología en Mérida, hematología y hemoterapia en Badajoz, y aparato digestivo-gastroenterología en Cáceres con niveles muy bajos en este indicador de actividad.

CUADRO 12. ÁREAS DE SALUD-SERVICIOS CON MAYOR NIVEL DE CONSULTAS POR PROFESIONAL

Área de salud	Servicio	Consultas por profesional	Ranking
Plasencia	Oftalmología	548	1
Plasencia	Dermatología médico-quirúrgica	511	2
Badajoz	Cirugía oral y maxilofacial	403	3
Badajoz	Cirugía general	339	4
Mérida	Dermatología médico-quirúrgica	288	5
Llerena-Zafra	Oftalmología	286	6
Mérida	Oftalmología	250	7
Don Benito-Villanueva S.	Dermatología médico-quirúrgica	238	8
Llerena-Zafra	Cirugía general	238	9
Badajoz	Dermatología médico-quirúrgica	235	10

Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

CUADRO 13. ÁREAS DE SALUD CON MENOR NIVEL DE CONSULTAS POR PROFESIONAL

Área de salud	Servicio	Consultas por profesional	Ranking
Cáceres	Neurofisiología clínica	0,3	74
Mérida	Psiquiatría. Hospitalización Agudos	0,2	75
Cáceres	Aparato digestivo-gastroenterología	0,2	76
Badajoz	Hematología y hemoterapia	0,1	77
Mérida	Aparato digestivo-gastroenterología	0,1	78

Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

2.3.2.2. El tiempo medio de espera y las listas de espera en atención hospitalaria

Los datos del Sistema de Información sobre Listas de Espera (SISLE)²⁹ para 2023 sitúan el tiempo medio de espera de Extremadura para intervenciones quirúrgicas y consultas externas por encima de la media nacional. En concreto

²⁹ SISLE-SNS (2023) "Situación diciembre 2023. Indicadores resumen". Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS.

el tiempo medio de espera para intervenciones quirúrgicas³⁰ es de 181 días frente a los 128 de la media nacional. Por su parte, el tiempo medio de espera para consultas externas de las especialidades básicas³¹ del SISLE también posiciona a Extremadura ligeramente por encima de la media nacional con 106 días frente a los 101 días de España.

Usando la información cedida por la comunidad para este estudio en atención hospitalaria, en 2023, el tiempo medio de espera en consultas externas es de 108 días y en intervenciones quirúrgicas es de 151 días. La información sobre tiempo medio de espera en atención hospitalaria fue cedida por la comunidad, y hace referencia a la espera para primera consulta (p. ej., consultas externas) e intervenciones quirúrgicas (no urgentes). El tiempo medio de espera se define como el tiempo promedio en días que llevan esperando los pacientes en espera estructural³² para ser atendidos. Para su cálculo se emplea la lista total de pacientes en espera estructural, y se utiliza la fecha de registro de la solicitud y la fecha de corte, siendo esta última el momento en el cual se extrae la información. Los tiempos medios de espera se encuentran desagregados por servicio y centro. El análisis se centra en la figura de complejo hospitalario (p. ej., el conglomerado de servicios que pueden ser prestados en diferentes infraestructuras), existiendo un complejo por cada una de las ocho áreas de salud de la comunidad. Además, los datos aportados por la comunidad incluyen el número de pacientes en lista de espera por servicio y complejo hospitalario, lo cual permite construir ponderadores cuyos pesos se asignan en función de la cantidad de pacientes en estas listas en cada servicio y complejo. La media ponderada por número de pacientes en lista de espera por servicio y complejo hospitalario se sitúa en 108 días en consultas externas y 151 días en intervenciones quirúrgicas.

³⁰ Cirugía cardíaca, angiología, cirugía maxilofacial, cirugía pediátrica, cirugía plástica, cirugía torácica, neurocirugía y dermatología.

³¹ Ginecología, oftalmología, traumatología, dermatología, otorrinolaringología, neurología, cirugía general y aparato digestivo, urología, digestivo y cardiología.

³² Pacientes en espera estructural: son aquellos pacientes que, en un momento dado, están pendientes de ser intervenidos quirúrgicamente, y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles.

Consultas externas

En 2023, el 54 % de los pacientes en lista de espera para primeras consultas llevan más de 60 días esperando, frente al 41 % en 2016. La normativa (reales decretos y ley autonómica)³³ establece tiempos máximos de respuesta de 60 días naturales para acceso a primeras consultas externas. Empleando este marco regulatorio, se calcula la proporción de pacientes en lista de espera en consultas externas en el SES con espera superior a 60 días, y se obtiene un 54 % en 2023 y un 41 % en 2016.

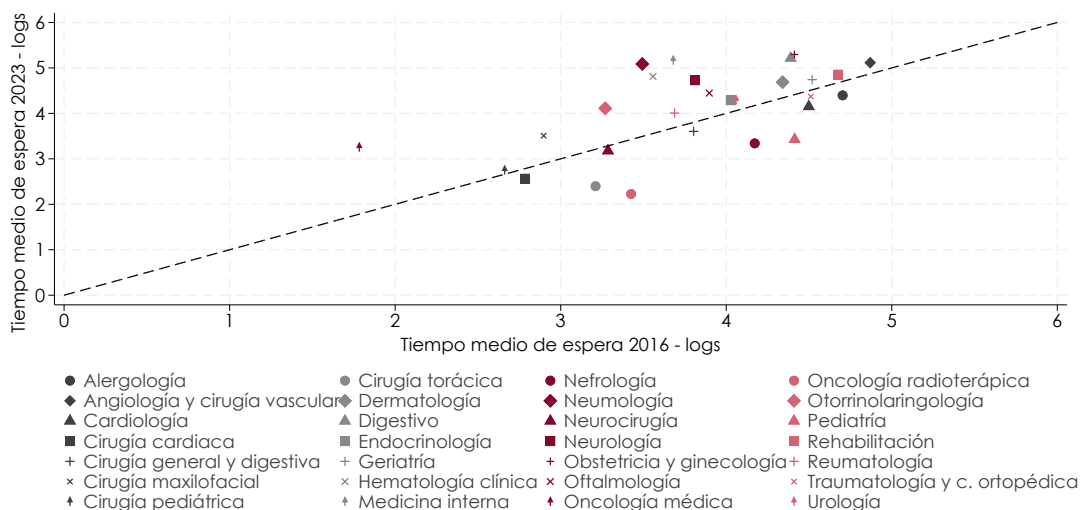
En 2023, el 61 % de los servicios hospitalarios tienen un tiempo de espera medio superior a los 60 días de espera en consultas externas, frente al 38 % en 2016. Para calcular estos porcentajes, primero se estima el tiempo medio de espera (ponderado por el número de pacientes en espera) por servicio, y luego se calcula el porcentaje de servicios con tiempo medio de espera superior a 60 días. La evidencia muestra un deterioro en la espera media.

El 64 % de los servicios de especialidad muestran un aumento del tiempo medio de espera en primeras consultas entre 2016 y 2023. En el gráfico 29 se presenta la relación entre tiempo medio de espera para primera consulta por servicio en 2023 (eje horizontal) y 2016 (eje vertical)³⁴. Se observa que el 64 % de los servicios están situados por encima de la línea de 45 grados, lo que evidencia un deterioro en su espera media. El servicio de medicina interna es el que presenta un mayor aumento en la espera media, al pasar de 40 a 175 días. También se observan incrementos significativos en neumología (de 33 a 162 días), obstetricia y ginecología (de 82 a 200 días) y digestivo (de 81 a 184 días). Por otra parte, se registra una reducción importante del tiempo medio de espera en los servicios de pediatría (de 83 a 31 días), nefrología (de 65 a 28 días) y alergología (de 110 a 81 días).

³³ En el Real Decreto 605/2003 de 23 de mayo se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. En el Real Decreto 1039/2011 de 15 de julio se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Además, la Ley 1/2005 de 24 de junio, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del Sistema Sanitario Público de Extremadura, que entró en vigor el día 7 de octubre de 2005, establece tiempos máximos de respuesta: 180 días naturales en el caso de intervenciones quirúrgicas, 60 días naturales para acceso a primeras consultas externas, y 30 días naturales para la realización de pruebas diagnósticas/terapéuticas.

³⁴ La media del servicio se obtiene como un promedio ponderado por el número de pacientes en lista de espera en cada servicio-complejo.

GRÁFICO 29. COMPARACIÓN DEL TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE LAS CONSULTAS EXTERNAS ENTRE 2016 Y 2023



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

Los servicios de medicina interna, neumología, rehabilitación, angiología y medicina vascular, geriatría y hematología clínica destacan por un incremento considerable en los tiempos medios de espera en consultas externas entre 2016 y 2023. Algunos servicios experimentan un repunte que coincide con el estallido de la COVID-19 (en digestivo, dermatología, traumatología, otorrinolaringología y, oftalmología). En el gráfico 30 se observa un incremento importante del tiempo medio de espera en medicina interna, neumología, rehabilitación y hematología clínica a partir de 2019-2020. También se aprecia un aumento pronunciado de angiología y cirugía vascular y de geriatría en 2021 y 2023, respectivamente. Por otro lado, cardiología, nefrología, pediatría, neurocirugía, cirugía torácica y oncología radioterápica muestran una tendencia decreciente en los días de espera durante este periodo.

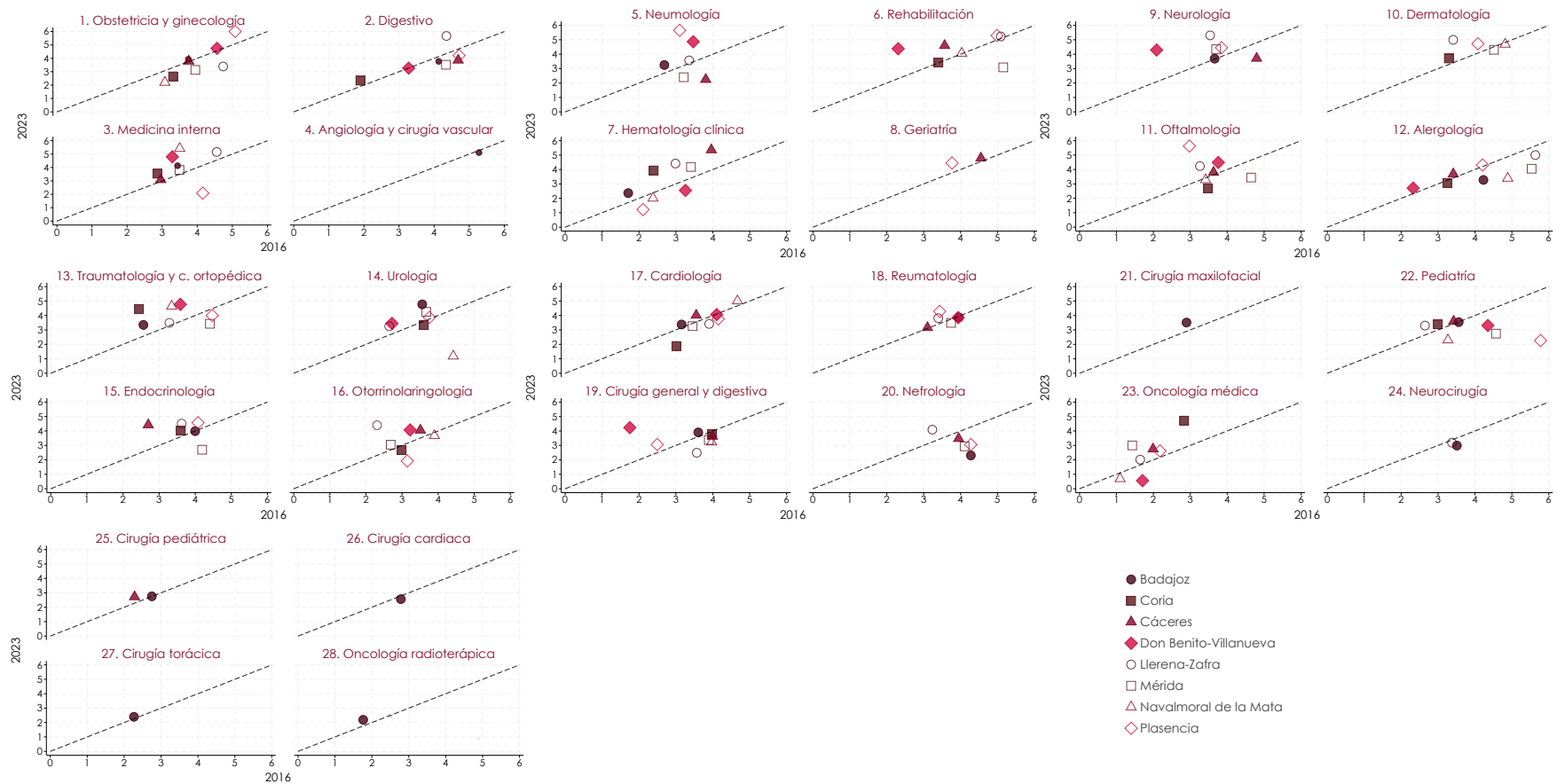
GRÁFICO 30. EVOLUCIÓN DEL TIEMPO MEDIO DE ESPERA EN CONSULTAS EXTERNAS ENTRE 2016 Y 2023 POR SERVICIOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

El tiempo de espera en consultas externas presenta una tendencia heterogénea entre los distintos complejos hospitalarios registrando aumentos significativos entre 2016 y 2023 en medicina interna, traumatología y ortopedia. El gráfico 31 muestra el tiempo medio de espera (en logaritmos) para los años 2016 (eje horizontal) y 2023 (eje vertical), por servicio, donde cada punto representa un complejo hospitalario. La región superior a la línea de 45 grados indica que ha habido un incremento en la espera media, mientras que la región inferior a esta línea sugiere una disminución. Entre los aumentos en el tiempo de espera más significativos destacan los de neumología, oftalmología y obstetricia y ginecología en Plasencia (de 22 a 286, de 20 a 278, y de 161 a 405 días, respectivamente), digestivo en Llerena-Zafra (de 78 a 289 días), medicina interna en Navalmoral de la Mata (de 33 a 227 días) y neurología en Llerena-Zafra (de 34 a 201 días). Por otro lado, las disminuciones más notables se encuentran en oncología radioterápica en Mérida (de 133 a 2 días), pediatría en Plasencia (de 323 a 10 días), urología en Navalmoral de la Mata (de 83 a 3 días), medicina interna en Plasencia (de 64 a 8 días), rehabilitación den Mérida (de 174 a 22 días) y nefrología en Badajoz (de 72 a 10 días).

GRÁFICO 31. RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO MEDIO DE ESPERA EN CONSULTAS EXTERNAS EN 2016 Y 2023 EN LOGARITMOS POR SERVICIOS Y COMPLEJOS HOSPITALARIOS

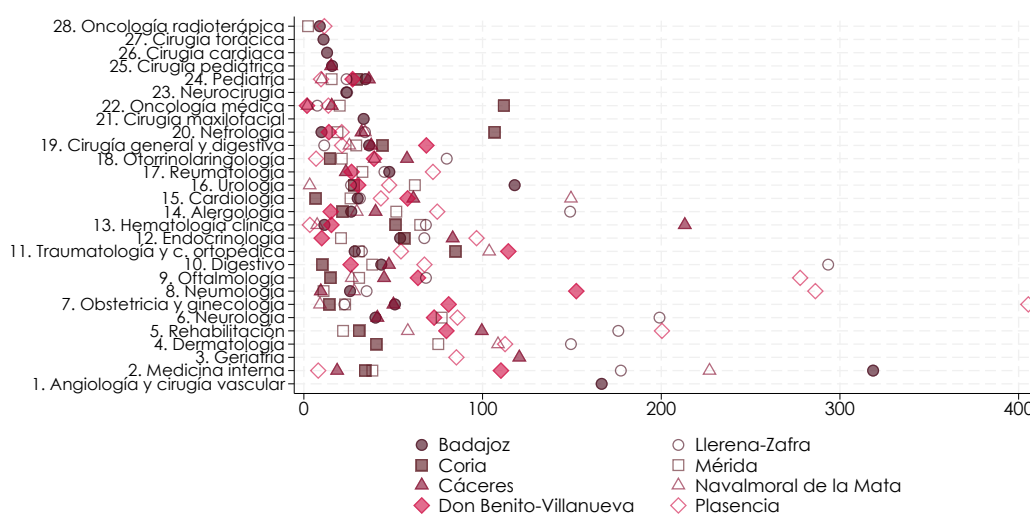


Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

Los complejos hospitalarios del SES evidencian una elevada heterogeneidad en los tiempos medios de espera en consultas externas por servicio, especialmente en los servicios con mayores tiempos de espera como medicina interna, rehabilitación o neurología. El gráfico 32 presenta los tiempos medios de espera por servicio y complejo hospitalario. El listado de los 28 servicios (en el eje horizontal) se encuentra ordenado según el promedio de espera media por servicio de menor a mayor. Se observa que existe heterogeneidad entre complejos hospitalarios para un mismo servicio, principalmente, entre los servicios con mayor espera media. La heterogeneidad entre complejos hospitalarios es menos acentuada en los servicios con menor tiempo medio de espera.

El cuadro 14 presenta el listado de los 20 centros-servicios con mayor espera en consultas externas, y el cuadro 15 presenta el listado de los 10 centros-servicios con menor espera en consultas externas. Para la elaboración de los cuadros se consideran los microdatos de espera de 2023 a nivel de centro hospitalario, el nivel más desagregado. Por ejemplo, medicina interna en el Hospital Perpetuo Socorro en Badajoz presenta una espera media de 625 días, seguido por obstetricia y ginecología,d con 405 días de espera, en el Hospital Virgen del Puerto en Plasencia. En tercer lugar, se ubica el servicio de digestivo del Hospital General de Llerena con 303 días de espera. En los centros-servicios con menor espera media destacan oncología médica en el Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena y en el Hospital Campo Arañuelo, y oncología radioterápica en el Hospital Ciudad de Mérida (cuadro 15).

GRÁFICO 32. TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE LAS CONSULTAS EXTERNAS POR SERVICIO Y COMPLEJO HOSPITALARIO



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

CUADRO 14. CENTROS-SERVICIOS CON MAYOR TIEMPO MEDIO DE ESPERA EN CONSULTAS EXTERNAS (2023)

Área de salud	Centro	Servicio	Tiempo medio de espera	Ranking
Badajoz	Hospital Perpetuo Socorro	Medicina interna	625	1
Plasencia	Hospital Virgen del Puerto	Obstetricia y ginecología	405	2
Llerena-Zafra	Hospital General de Llerena	Digestivo	303	3
Plasencia	Hospital Virgen del Puerto	Neumología	286	4
Llerena-Zafra	Hospital de Zafra	Digestivo	283	5
Plasencia	Hospital Virgen del Puerto	Oftalmología	278	6
Navalmoral de la Mata	Hospital Campo Arañuelo	Medicina interna	227	7
Llerena-Zafra	Hospital General de Llerena	Medicina interna	223	8
Llerena-Zafra	Hospital de Zafra	Neurología	213	9
Cáceres	Hospital San Pedro de Alcántara	Hematología clínica	213	10
Don Benito-Villanueva S.	Hospital Siberia-Serena	Neumología	210	11
Llerena-Zafra	Hospital de Zafra	Rehabilitación	209	12
Plasencia	Hospital Virgen del Puerto	Rehabilitación	200	13
Llerena-Zafra	Hospital General de Llerena	Neurología	185	14
Badajoz	Hospital Universitario de Badajoz	Angiología y cirugía vascular	167	15
Llerena-Zafra	Hospital General de Llerena	Dermatología	165	16
Llerena-Zafra	Hospital General de Llerena	Alergología	152	17
Navalmoral de la Mata	Hospital Campo Arañuelo	Cardiología	149	18
Llerena-Zafra	Hospital de Zafra	Alergología	146	19
Llerena-Zafra	Hospital General de Llerena	Rehabilitación	143	20

Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

CUADRO 15. CENTROS Y SERVICIOS CON MENOR TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTAS EXTERNAS (2023)

Área de salud	Centro	Servicio	Tiempo medio de espera	Ranking
Navalmoral de la Mata	Hospital Campo Arañuelo	Hematología clínica	7,5	199
Plasencia	Hospital Virgen del Puerto	Otorrinolaringología	6,8	200
Coria	Hospital Ciudad de Coria	Cardiología	6,6	201
Don Benito-Villanueva S.	Hospital Siberia-Serena	Reumatología	6,0	202
Llerena-Zafra	Hospital General de Llerena	Nefrología	5,4	203
Plasencia	Hospital Virgen del Puerto	Hematología clínica	3,4	204
Navalmoral de la Mata	Hospital Campo Arañuelo	Urología	3,3	205
Mérida	Hospital Ciudad de Mérida	Oncología radioterápica	2,3	206
Navalmoral de la Mata	Hospital Campo Arañuelo	Oncología médica	2,0	207
Don Benito-Villanueva S.	Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena	Oncología médica	1,8	208

Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

Intervenciones quirúrgicas

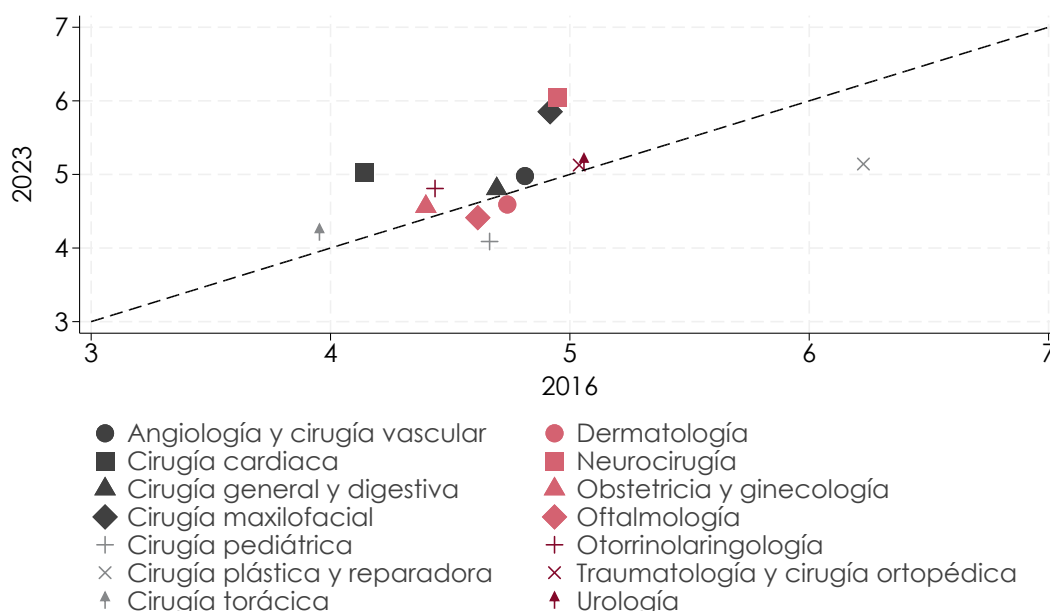
En 2023, el 30% de los pacientes en lista de espera para intervenciones quirúrgicas lleva más de 180 días esperando, frente al 26% en 2016. La normativa (reales decretos y ley autonómica) establece tiempos máximos de respuesta de 180 días naturales para intervenciones quirúrgicas. Empleando este marco regulatorio, se calcula la proporción de pacientes en lista de espera de intervenciones quirúrgicas en el SES con espera superior a 180 días, y se obtiene un 30% en 2023 y un 26% en 2016.

En 2023, el 14% de los servicios hospitalarios tienen un tiempo de espera medio superior a los 180 días de espera en intervenciones quirúrgicas, frente al 7% en 2016. Para calcular estos porcentajes, primero se calcula el tiempo medio de espera (ponderado por el número de pacientes en espera) por servicio, y luego se calcula el porcentaje de servicios con un tiempo medio de espera superior a 180 días.

Se observa un deterioro en la espera media para intervenciones quirúrgicas en el 79% de los servicios. En el gráfico 33, se presenta la relación entre tiempo medio de espera para intervenciones quirúrgicas por servicio en 2023

(eje horizontal) y 2016 (eje vertical)³⁵. El 71 % de los servicios experimenta un incremento en la espera media. Destaca neurocirugía con un aumento del tiempo medio de espera de 141 a 421 días entre 2016 y 2023. También se observan aumentos significativos en cirugía maxilofacial (de 137 a 348 días), cirugía cardíaca (de 63 a 151 días) y otorrinolaringología (de 84 a 123 días). Por otra parte, se registra una reducción importante del tiempo medio de espera en los servicios de cirugía plástica y reparadora (de 506 a 171 días) y cirugía pediátrica (de 106 a 60 días).

GRÁFICO 33. COMPARACIÓN DEL TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (EN LOGARITMOS) ENTRE 2016 Y 2023



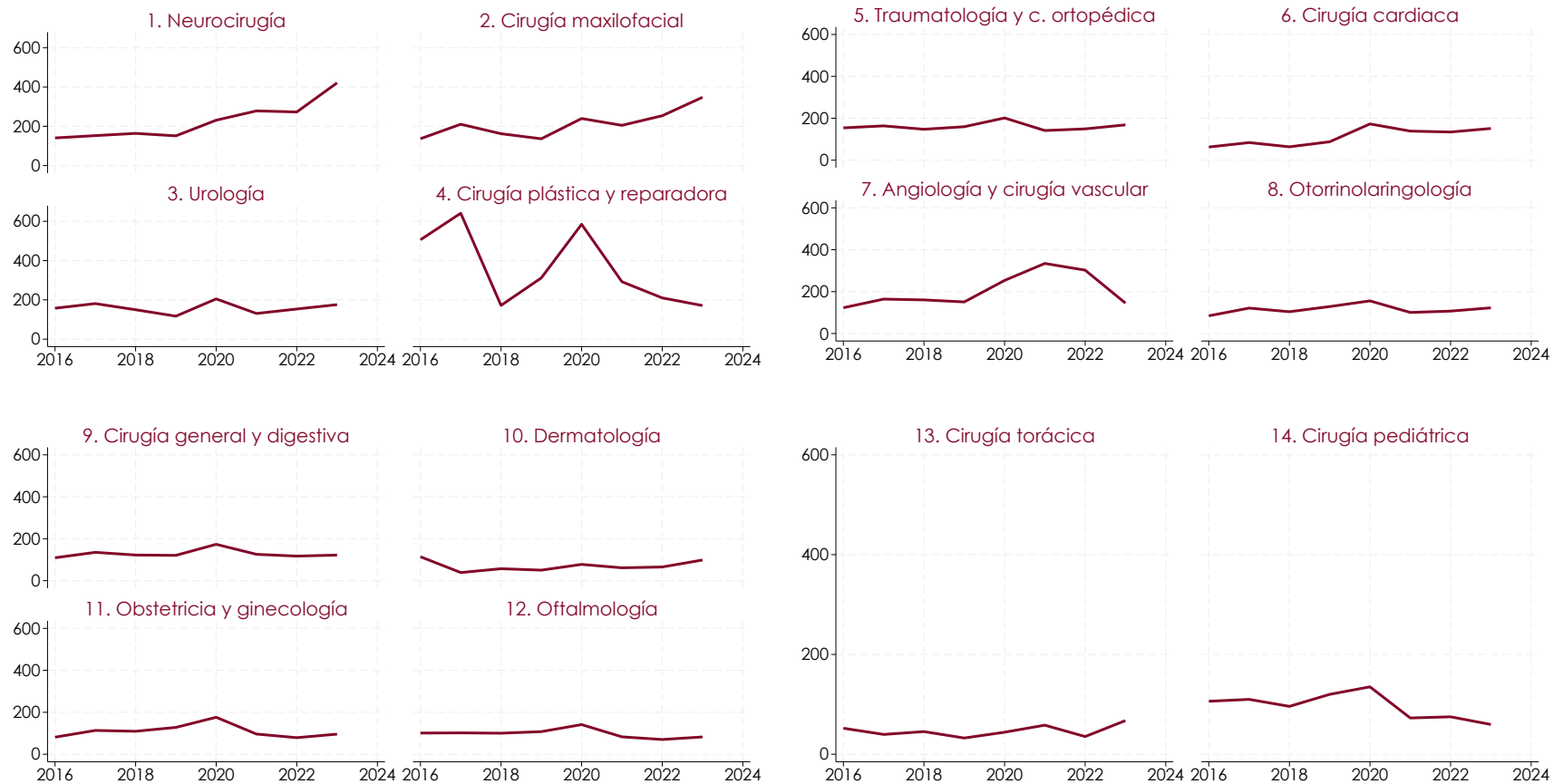
Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

Los servicios de neurocirugía, cirugía cardíaca, angiología y cirugía vascular, urología, otorrinolaringología, oftalmología, obstetricia y ginecología, y cirugía general y digestiva, muestran un incremento en los días medios de espera en 2020, coincidiendo con el estallido de la COVID-19. La mayoría de estos servicios no han recuperado el mismo nivel de demora previo a la pandemia y registran valores superiores en 2023 en comparación con 2016. No obstante, urología y cirugía general y digestiva han conseguido mejorar sus niveles prepandemia. En el gráfico 34 también se observa un incremento moderado del tiempo medio de espera en cirugía maxilofacial, traumatología y cirugía ortopédica,

³⁵ La media del servicio se obtiene como un promedio ponderado por el número de pacientes en lista de espera para intervenciones quirúrgicas en cada servicio-complejo.

dermatología y cirugía torácica durante ese periodo. Por otro lado, cirugía plástica y reparadora, así como cirugía pediátrica, muestran una tendencia decreciente de forma continua en los días de espera entre 2016 y 2023.

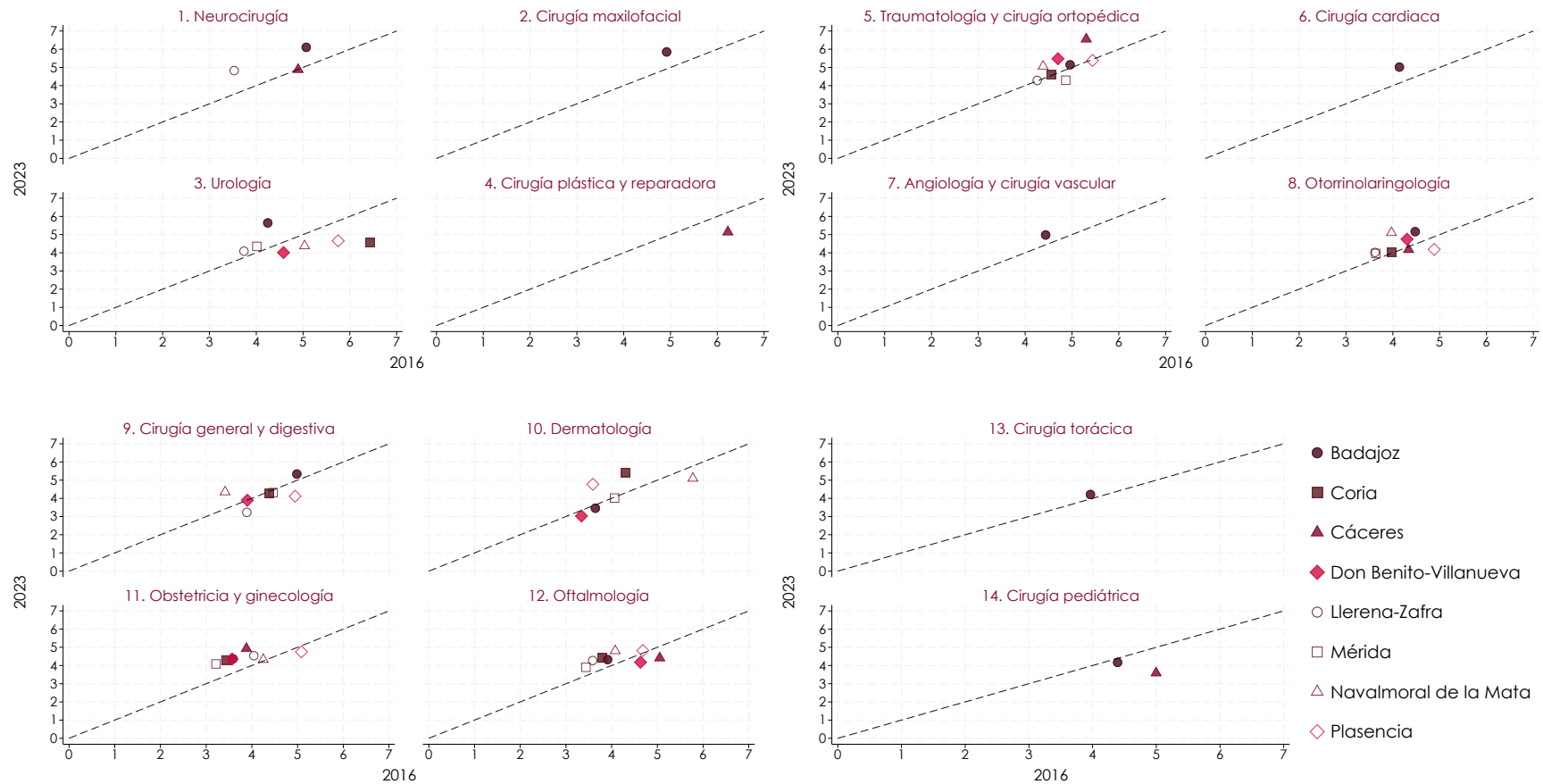
GRÁFICO 34. EVOLUCIÓN DEL TIEMPO MEDIO DE ESPERA EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ENTRE 2016 Y 2023 POR SERVICIOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

El tiempo de espera para intervenciones quirúrgicas muestra tendencias distintas entre complejos hospitalarios. Los servicios de traumatología y cirugía ortopédica, así como obstetricia y ginecología, presentan incrementos generalizados en el conjunto de los complejos hospitalarios, mientras que en urología se observa una tendencia opuesta. El gráfico 35 muestra el tiempo medio de espera (en logaritmos) para los años 2016 (eje horizontal) y 2023 (eje vertical), por servicio, donde cada punto representa un complejo hospitalario. La región superior a la línea de 45 grados indica que ha habido un incremento en la espera media, mientras que la región inferior a esta línea sugiere una disminución. Entre los cambios más significativos por servicio en cada complejo, destaca el incremento en traumatología y cirugía ortopédica en Cáceres (de 121 a 649 días), neurocirugía en Llerena-Zafra (de 63 a 151 días), en urología en Badajoz (de 70 a 282 días), dermatología en Coria (de 74 a 226) y Plasencia (de 36 a 118 días), y en otorrinolaringología en Navalmoral de la Mata (de 53 a 165 días). Por otro lado, se observa una disminución notable en el tiempo medio de espera en cirugía plástica y reparadora en Cáceres, que pasa de 759 a 171 días (único complejo que ofrece el servicio), urología en Coria (de 612 a 95 días) y Plasencia (de 314 a 106 días), cirugía general y digestiva en Plasencia (de 141 a 61 días) y en cirugía pediátrica en Cáceres (de 148 a 36 días).

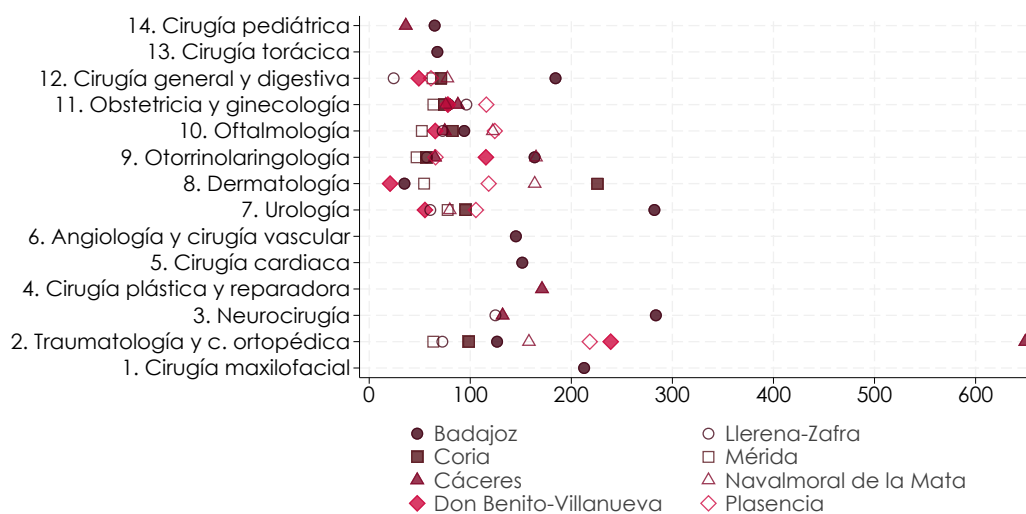
GRÁFICO 35. RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO MEDIO DE ESPERA EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (EN LOGARITMOS) EN 2016 Y 2023 POR SERVICIOS Y COMPLEJOS HOSPITALARIOS



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

Se observa una notable heterogeneidad en los tiempos medios de espera para intervenciones quirúrgicas por servicios entre los diferentes complejos hospitalarios. El gráfico 36 ilustra el tiempo medio de espera para intervenciones quirúrgicas por servicio y complejo hospitalario, ordenado (de menor a mayor) según la media para cada servicio. Algunos servicios, con los tiempos de espera más elevados, no están disponibles en todos los complejos hospitalarios.

GRÁFICO 36. TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR SERVICIO Y COMPLEJO HOSPITALARIO



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

El cuadro 16 presenta los 20 centros-servicios con mayor tiempo medio de espera en intervenciones quirúrgicas y el cuadro 17 aquellos con menor tiempo medio de espera. Destacan traumatología en el Centro de Alta Resolución de Trujillo y el Hospital Pedro de Alcántara con esperas medias de 767 días y 532 días, respectivamente. Por otro lado, cirugía general y digestiva en el Hospital de Zafra y dermatología en el Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena, tienen una espera media de 21 días. Nuevamente, en los servicios con promedio más alto en cuanto al tiempo medio de espera se observa una mayor heterogeneidad entre complejos hospitalarios.

CUADRO 16. CENTROS-SERVICIOS CON MAYOR TIEMPO MEDIO DE ESPERA EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (2023)

Área de salud	Centro	Servicio	Tiempo medio de espera	Ranking
Cáceres	Centro Alta Resolución de Trujillo	Traumatología y c. ortopédica	766,9	1
Cáceres	Hospital San Pedro de Alcántara	Traumatología y c. ortopédica	531,6	2
Badajoz	Hospital U. de Badajoz	Neurocirugía	448,9	3
Badajoz	Hospital U. de Badajoz	Cirugía maxilofacial	354,1	4
Badajoz	Hospital U. de Badajoz	Cirugía general y digestiva	292,9	5
Badajoz	Hospital U. de Badajoz	Urología	282,2	6
Don Benito-Villanueva S.	Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena	Traumatología y c. ortopédica	239,0	7
Coria	Hospital Ciudad de Coria	Dermatología	225,8	8
Plasencia	Hospital Virgen del Puerto	Traumatología y c. ortopédica	218,3	9
Badajoz	Hospital Perpetuo Socorro	Otorrinolaringología	189,5	10

Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

CUADRO 17. CENTROS-SERVICIOS CON MENOR TIEMPO DE ESPERA EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (2023)

Área de salud	Centro	Servicio	Tiempo medio de espera	Ranking
Cáceres	Centro Alta Resolución de Trujillo	Obstetricia y ginecología	36,0	83
Badajoz	Hospital Universitario de Badajoz	Dermatología	29,0	84
Llerena-Zafra	Hospital General de Llerena	Cirugía general y digestiva	27,8	85
Don Benito-Villanueva S.	Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena	Dermatología	20,7	86
Llerena-Zafra	Hospital de Zafra	Cirugía general y digestiva	20,7	87

Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

2.4. Temporalidad y su evolución

Atención primaria

En atención primaria, la tasa de temporalidad en 2023 para medicina de familia es del 36 % en enfermería se sitúa en un 50 %, y en pediatría es del 32 %. La tasa de temporalidad se define como la proporción de personal con contrato temporal sobre el total de personal³⁶. Además, para el cálculo solo se considera el personal asignado a una plaza de plantilla³⁷. El gráfico 37 muestra el personal de atención primaria desglosado por tipología (personal fijo y personal temporal dividido en personal interino en plaza vacante, sustituto de larga duración y sustituto) para las tres categorías principales. En medicina de familia, la temporalidad en 2023 es de un 36 %. Cabe destacar como principal grupo de temporales al personal interino de plazas vacantes, que supone un 28 % del total de personal (un 78 % del personal temporal). De manera similar para pediatría los temporales suponen el 32 % del personal y el personal de tipo interino en plaza vacante también representa el grupo principal de temporales. En enfermería, la temporalidad es algo superior, alcanzando un valor del 50 %.

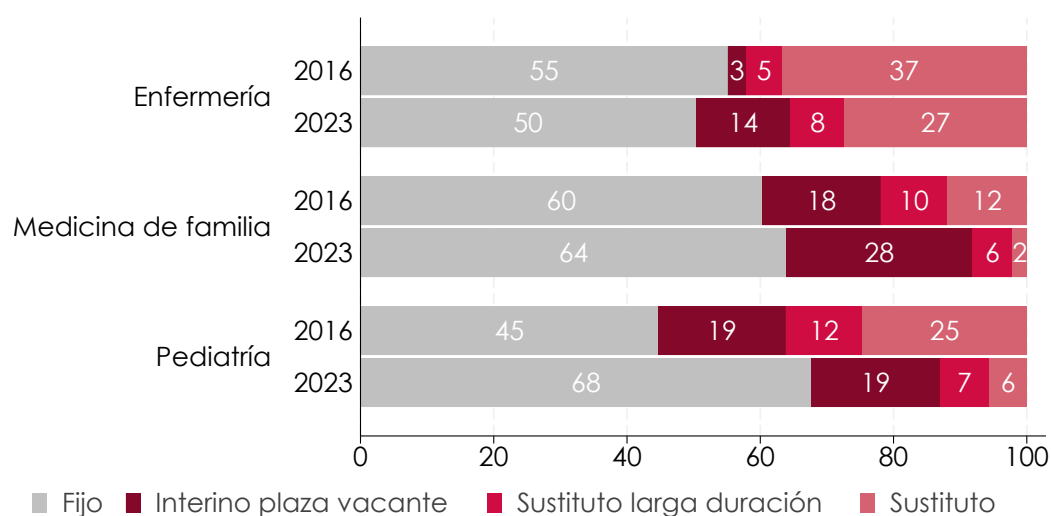
En medicina de familia y pediatría la tasa de temporalidad se reduce entre 2016 y 2023 (en 4 y 23 puntos porcentuales respectivamente), mientras que en enfermería se incrementa en 5 puntos porcentuales. El gráfico 37 presenta la evolución de la temporalidad. En medicina de familia, la temporalidad se reduce de 40 % en 2016 a 36 % en 2023. Pediatría experimenta una reducción sustancial en la temporalidad del 55 % a 32 % entre 2016 y 2023. Por otro lado, se observa un incremento en la temporalidad en enfermería del 45 % en 2016 a 55 % en 2023.

En medicina de familia y enfermería decrece el personal sustituto, pero se incrementa el personal interino en plaza vacante. El gráfico 37 también nos muestra los cambios de composición del personal que afectan a la evolución de la tasa de temporalidad. En medicina de familia, se produce un descenso del personal sustituto que es compensado por el avance del interino en plaza vacante. En enfermería, se produce un importante incremento del personal interino al tiempo que el sustituto disminuye ligeramente.

³⁶ Toda persona contratada en algún momento del año correspondiente toma valor 1, independientemente del tiempo (días o meses) que haya permanecido. En caso de que haya estado vinculada a contratos de diferente tipología a lo largo del mismo año, se le asignará aquel de mayor "calidad" (es decir, si es interino y estatutario fijo en un mismo año ese profesional computará solo como estatutario fijo).

³⁷ Esto excluye, por ejemplo, al personal interino acumulado.

GRÁFICO 37. COMPOSICIÓN DE LA TEMPORALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

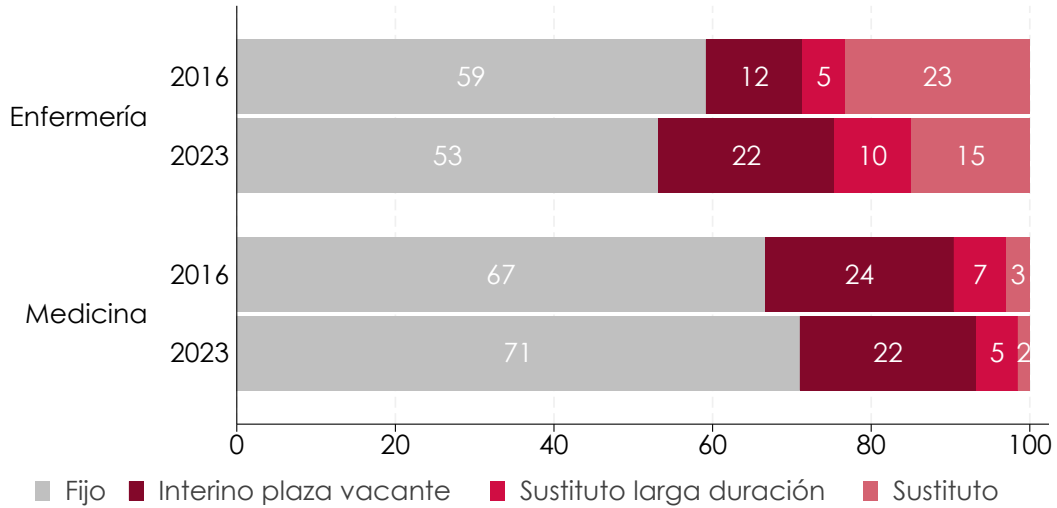


Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

Existe una mayor estabilidad laboral en el colectivo médico frente al de enfermería en el ámbito hospitalario. La medicina de atención hospitalaria presenta una tasa de temporalidad del 29 % (gráfico 38), mientras que en enfermería alcanza el 47%. En ambas categorías, el personal interino en plaza vacante constituye el principal grupo temporal (22% en cada caso). Sin embargo, la enfermería muestra una mayor proporción de sustitutos (25% en total).

En medicina el incremento del personal estatutario fijo está generando un descenso de la temporalidad. En enfermería el aumento de los interinos en plaza vacante explicaría el incremento de la temporalidad. En el gráfico 38 se observa cómo el incremento de los estatutarios fijos en cuatro puntos porcentuales parece estar causando un descenso en la temporalidad de medicina especializada. Al contrario, en enfermería de atención hospitalaria disminuyen los estatutarios fijos en seis puntos porcentuales y se incrementan los interinos en plaza vacante en diez, lo que deriva en un avance de la temporalidad.

GRÁFICO 38. COMPOSICIÓN DE LA TEMPORALIDAD EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

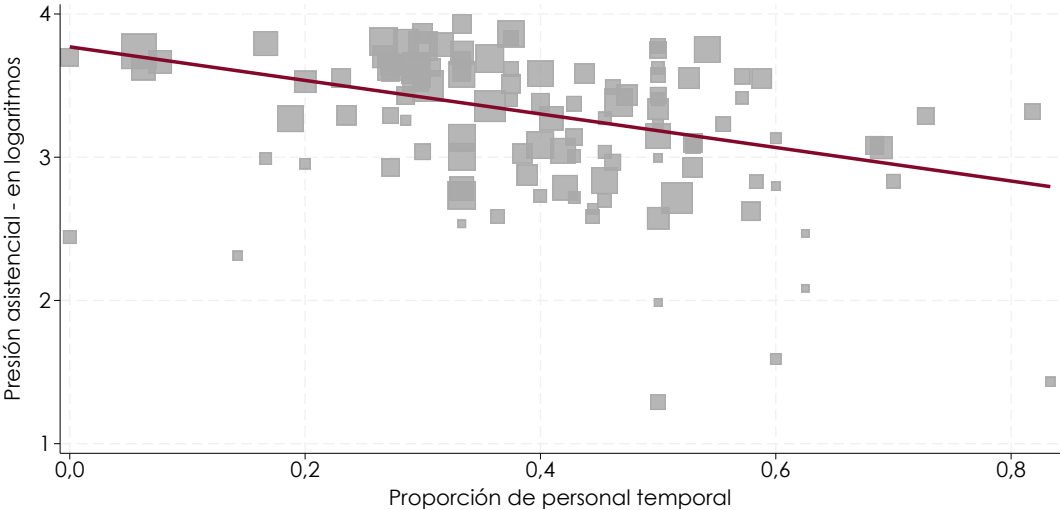


Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

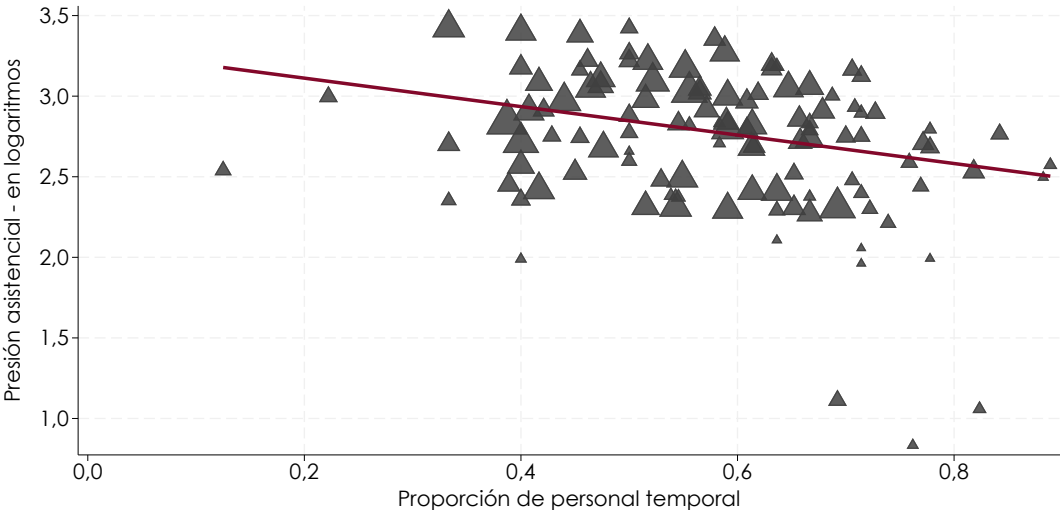
La proporción de personal temporal muestra una correlación negativa con la presión asistencial que analizamos en un recuadro. Para analizar la posible relación entre temporalidad con indicadores de tensión el gráfico 39 presenta la correlación a nivel de zona básica de salud entre la proporción de personal temporal y la presión asistencial (en logaritmos), en 2023 para medicina de familia y enfermería. Ambas categorías muestran una tenue correlación negativa, lo que indica que, a menor presión asistencial, mayor número de temporales.

GRÁFICO 39. CORRELACIÓN ENTRE PROPORCIÓN DE PERSONAL TEMPORAL Y PRESIÓN ASISTENCIAL (EN LOGARITMOS) EN 2023

PANEL A. MEDICINA DE FAMILIA



PANEL B. ENFERMERÍA



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

Recuadro 2. Impacto de la oferta de empleo público de Extremadura durante 2017/2018 en la temporalidad de la atención primaria

Este recuadro tiene dos objetivos. El primero es analizar el impacto de las ofertas de empleo público (OEP) 2017/2018 en la temporalidad en las plazas adjudicadas en esta oferta. El segundo estimar la relación entre presión asistencial y número de profesionales con contrato fijo. Este parámetro nos podría ayudar a entender cuál sería el efecto en la presión asistencial de incrementar el número de efectivos con contrato fijo, en detrimento de reducir personal con contrato temporal. Para obtener una estimación insesgada de esta relación precisamos una estrategia de identificación ya que la conexión entre presión asistencial y número de profesionales fijos posiblemente sea endógena (p. ej., problema de causalidad inversa)³⁸.

La OEP 2018 se lanza en el marco de un proceso de estabilización de la comunidad que tiene, entre otros objetivos, reducir la tasa de temporalidad del SES. Esta OEP pretendía cubrir con personal estatutario fijo plazas ocupadas por personal temporal o vacantes.

La estrategia empírica empleada explota la relación del cambio en el número de personal estatutario fijo en determinados centros como consecuencia del proceso de estabilización. Una vez que se estima el efecto que tienen las OEP en el número de personal estatutario fijo a nivel de centro de salud (primer objetivo de este apartado), se procede a estimar la relación entre presión asistencial y número de personal estatutario fijo haciendo uso del cambio inducido por las OEP como instrumento exógeno a la presión asistencial.

El análisis se centra en atención primaria, específicamente, en las 112 zonas básicas de salud de Extremadura. Si bien el proceso de estabilización también incluye plazas en atención hospitalaria, este ejercicio es menos factible ya que hay ocho complejos hospitalarios, lo cual dificulta la identificación de posibles efectos. Para la estimación se emplearon datos anuales de presión asistencial a nivel de zona básica de salud, los cuales se combinan con datos anualizados de personal estatutario fijo agregado a nivel de zona.

³⁸ Por ejemplo, frente a un incremento de la presión asistencial en una zona básica de salud el planificador social podría decidir asignar recursos adicionales a esa zona. Del mismo modo, la presión asistencial en una zona dependerá de la dotación inicial de recursos.

Los resultados muestran cómo la OEP 2017/2018 ha contribuido a la reducción de la temporalidad en las plazas adjudicadas en esta oferta (relativa a las no adjudicadas), previamente ocupadas por personal temporal. No obstante, este efecto se atenúa de forma relevante transcurridos dos años, aproximadamente, desde la fecha de nombramiento, coincidiendo con los concursos de traslado.

Se observa como el personal que toma posesión de una plaza OEP 2017/2018 decide moverse a otro sitio coincidiendo con la fecha de nombramiento del concurso de traslado. Es posible, que las plazas OEP dentro del proceso de estabilización sean menos atractivas, lo cual explicaría el hecho de que históricamente hayan sido ocupadas por personal temporal.

Además, respecto a la relación entre personal fijo y presión asistencial en médicos de atención primaria, se obtiene una elasticidad de -0,17, es decir, un incremento en el número de estatutarios fijos del 100 % genera una reducción del 17 % en la presión asistencial.

La reducida magnitud de la elasticidad se explica por el hecho de que el proceso de estabilización se centra en plazas existentes y no supone la creación de nuevas plazas. Esta estimación podría estar capturando una mejora en la calidad del profesional o un incremento en la estabilidad en plazas que experimentan mucha rotación.

Con respecto a la enfermería, no se observa una clara relación causal entre presión asistencial y número de estatutarios fijos para enfermería. La ausencia de efecto en enfermería podría explicarse por la existencia de un vínculo más indirecto entre la presión asistencial y los recursos humanos.

A continuación, se describe con mayor detalle el proceso de estabilización del SES, los datos utilizados para este análisis, la estrategia empírica, los resultados y unas breves conclusiones.

Desde 2017 se han desarrollado distintas normativas con el objetivo de reducir la temporalidad en el empleo público, que se materializa en el I y II Acuerdo para la mejora del empleo público y las condiciones de trabajo. Estos acuerdos se firmaron entre el Gobierno y los sindicatos con el objetivo de, entre otras cosas, reducir la tasa de temporalidad hasta situarla por debajo del 8 %. Para ello se definieron los procesos de estabilización. Estos procesos consisten en ofertas de empleo público (OEP) que se verían reflejadas en los Presupuestos Generales del Estado en los años 2017 y 2018. En estas OEP se convocarían, como máximo, el 90 % de aquellas plazas que, siendo estructurales y habiendo estado dotadas presupuestariamente, hubiesen sido ocupadas de forma temporal (p. ej., por

medio de contratos temporales e ininterrumpidamente desde los tres años anteriores al 31 de diciembre de 2016. Estas medidas estarían condicionadas por la situación presupuestaria.

Entre 2018 y 2022, Extremadura ha convocado tres OEP de estabilización, en 2018, 2019 y 2022, para abordar la alta temporalidad en el SES. Durante la convocatoria y parte de su desarrollo, solo se conoce la especialidad (medicina de familia, enfermería, y pediatría en atención primaria) pero no el centro de salud al cual hace referencia la plaza. Este aspecto de las OEP favorece la estrategia empírica ya que reduciría efectos de comportamiento o anticipatorios.

El análisis se centra en la OEP de estabilización de 2018, específicamente, en las 534 plazas convocadas para las tres categorías profesionales de atención primaria. No se analiza la OEP de estabilización 2019 ya que, si bien se resolvió en abril de 2023, solo convocó 15 plazas de pediatría en atención primaria. La OEP de estabilización de 2022 todavía no se ha resuelto.

Cabe destacar que en 2017 y 2021 se convocaron dos OEP fuera del proceso de estabilización. La OEP de 2017 convocó 667 plazas en atención primaria. La OEP de 2021 se resolvió en noviembre de 2023, en el caso de plazas para medicina de familia, y, por lo tanto, ambas se excluyen del análisis. En estas dos OEP una proporción de las plazas convocadas eran nuevas y, por lo tanto, podría generar un incremento de la oferta a nivel local.

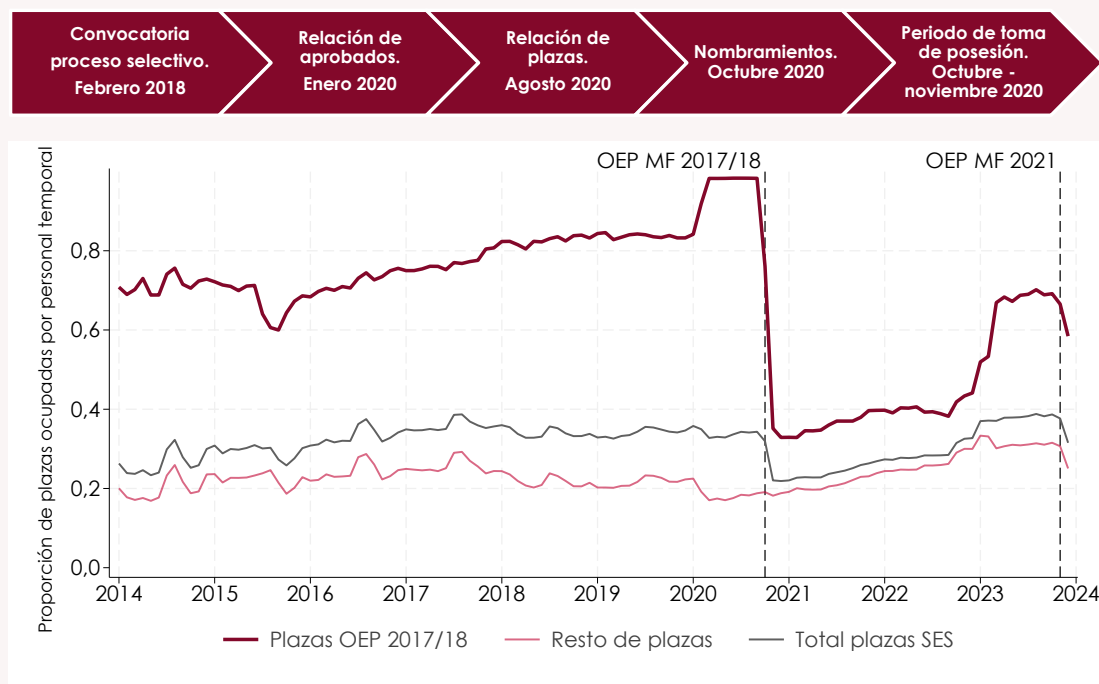
La OEP de estabilización de 2018 y la OEP ordinaria de 2017 se acumulan en un mismo proceso de selección. Por lo tanto, y como consecuencia del solapamiento de estos procesos en el tiempo, estas OEP se analizan de manera conjunta. En atención primaria, las OEP de 2017 y 2018 suman un total de 1.201 plazas, de las cuales 341 son de medicina de familia, 40 de pediatría, y 820 de enfermería.

En la fecha de nombramiento de las plazas para medicina de familia, se observa una caída abrupta en la proporción de plazas que entran en el concurso OEP 2017/2018 ocupadas por personal temporal. En los gráficos re_2.1, re_2.2 y re_2.3, se presenta el desarrollo de las OEP 2017/2018 en una línea de tiempo (panel A) junto con la evolución de la proporción de plazas ocupadas por personal temporal (panel B), para las tres categorías de atención primaria. La primera línea vertical indica la fecha de nombramiento de la OEP 2017/2018, la segunda hace referencia a la fecha de nombramiento de la OEP 2021 (que no forma parte del proceso de estabilización). El leve incremento de la

temporalidad en las plazas OEP 2017/2018 previo a su nombramiento se explica posiblemente por el concurso de traslados de diciembre de 2019 con toma de posesión en febrero de 2020.

Transcurridos dos años de la fecha de nombramiento de la OEP 2017/2018 se observa un incremento importante en la proporción de temporales que ocupan plazas de las OEP 2017/2018, desvaneciéndose, en parte, el efecto de la OEP sobre la temporalidad en estas plazas. Este aumento parece coincidir con un nuevo concurso de traslados con fecha febrero de 2023 y toma de posesión en marzo de 2023. Esta evidencia sugiere que unos años después de adjudicarse estas plazas a los ganadores de los concursos, deciden moverse a otra plaza haciendo uso del concurso de traslados.

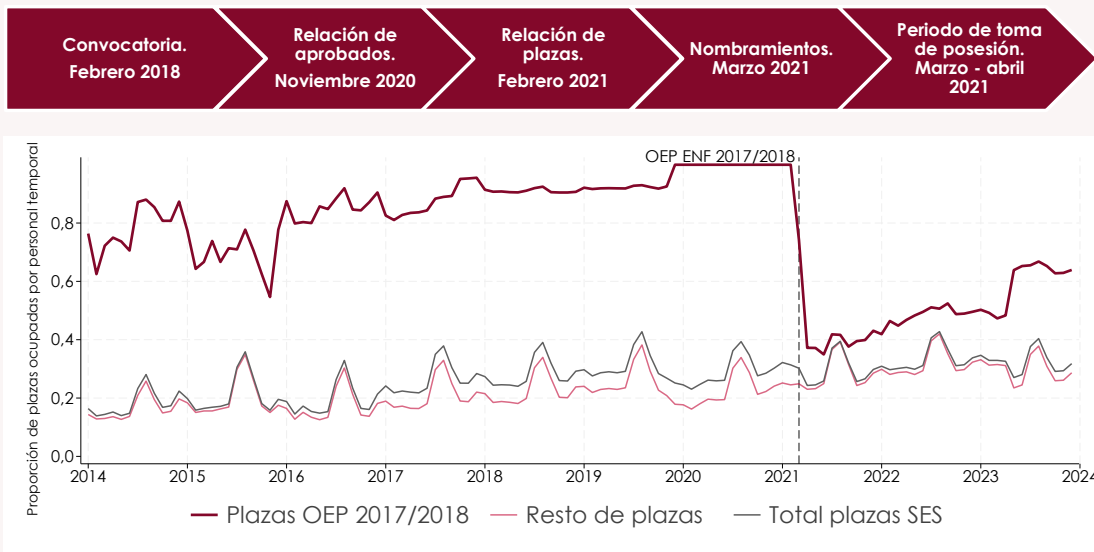
GRÁFICO RE_2.1. PROCESO DE ESTABILIZACIÓN MEDICINA DE FAMILIA, OEP 2017/2018



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

En enfermería también se observa una caída de la temporalidad en las plazas de las OEP 2017/2018 en su fecha de nombramiento que se mitiga transcurridos dos años de la fecha de nombramiento (gráfico re_2.2). Nuevamente, el leve incremento de la temporalidad en estas plazas a finales de 2019 podría estar vinculado al concurso de traslados de octubre de 2019. Del mismo modo, se observa un incremento, más pronunciado, dos años después del nombramiento de la OEP 2017/2018, coincidiendo con el concurso de traslados de abril de 2023.

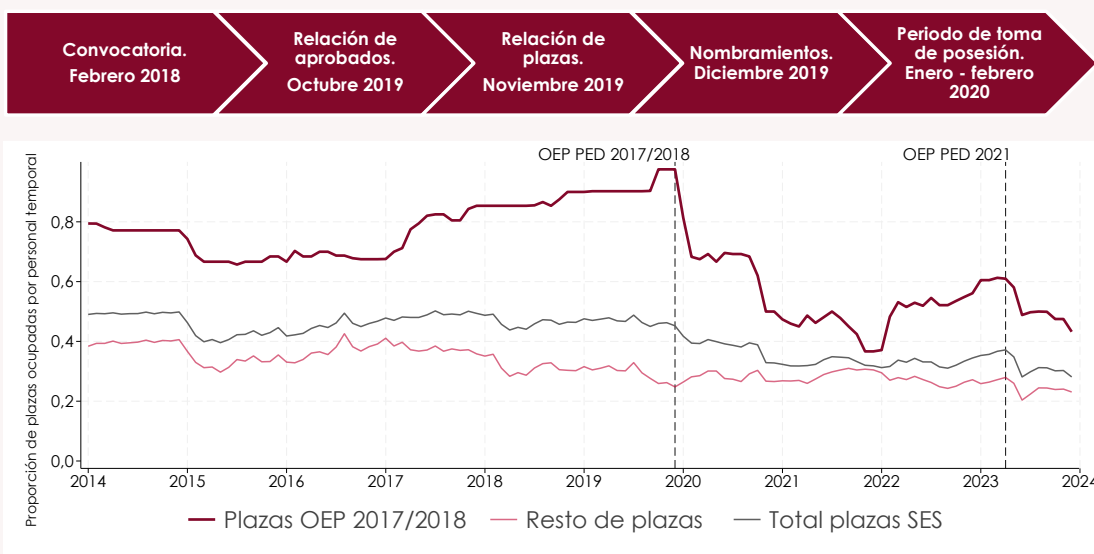
GRÁFICO RE_2.2. PROCESO DE ESTABILIZACIÓN ENFERMERÍA, OEP 2017/2018



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

En pediatría, al contrario que en medicina de familia y enfermería se observa una caída escalonada (gráfico re_2.3). Cabe destacar que para esta especialidad entran en concurso 40 plazas. La temporalidad se incrementa levemente con anterioridad al nombramiento de la OEP 2017/2018, en la fecha en que se realiza el concurso de traslados 09/2019. A comienzos del 2023, la temporalidad en estas plazas también aumenta ligeramente, coincidiendo con el concurso de traslados de enero de 2023, aunque después desciende, posiblemente debido al nombramiento de la OEP 2021.

GRÁFICO RE_2.3. PROCESO DE ESTABILIZACIÓN PEDIATRÍA, OEP 2017/2018

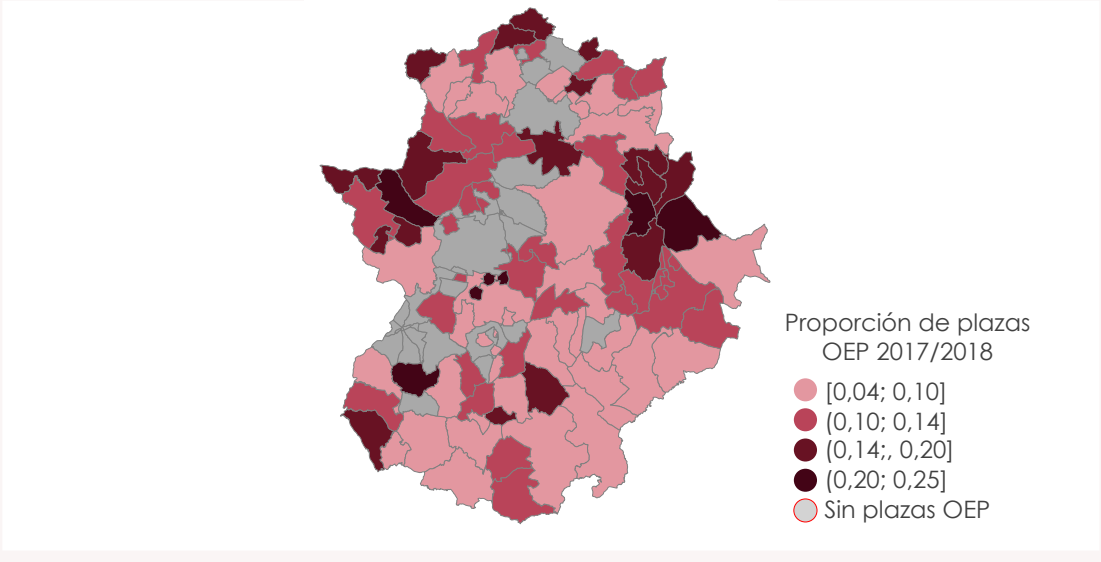


Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

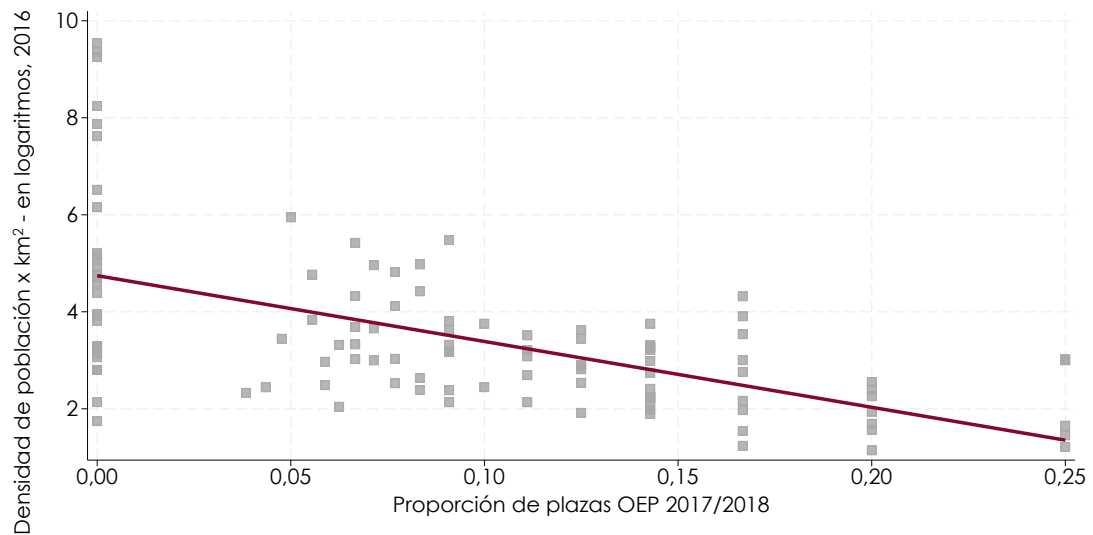
En medicina de familia, las plazas de las OEP 2017/2018 parecerían estar concentradas en zonas periféricas. Los gráficos re_2.4 y re_2.5 muestran la distribución espacial de la proporción de plazas de la OEP 2017/2018 a nivel de zona básica de salud (panel A), y su correlación con la densidad de población (panel B), para medicina de familia y enfermería.

Además, se observa una correlación negativa entre la proporción de estas plazas y la densidad de población. Esto indicaría que estas plazas habrían sido focalizadas en zonas poco pobladas.

GRÁFICO RE_2.4. PLAZAS OEP 2017/2018, MEDICINA DE FAMILIA
 PANEL A. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LA PROPORCIÓN DE PLAZAS



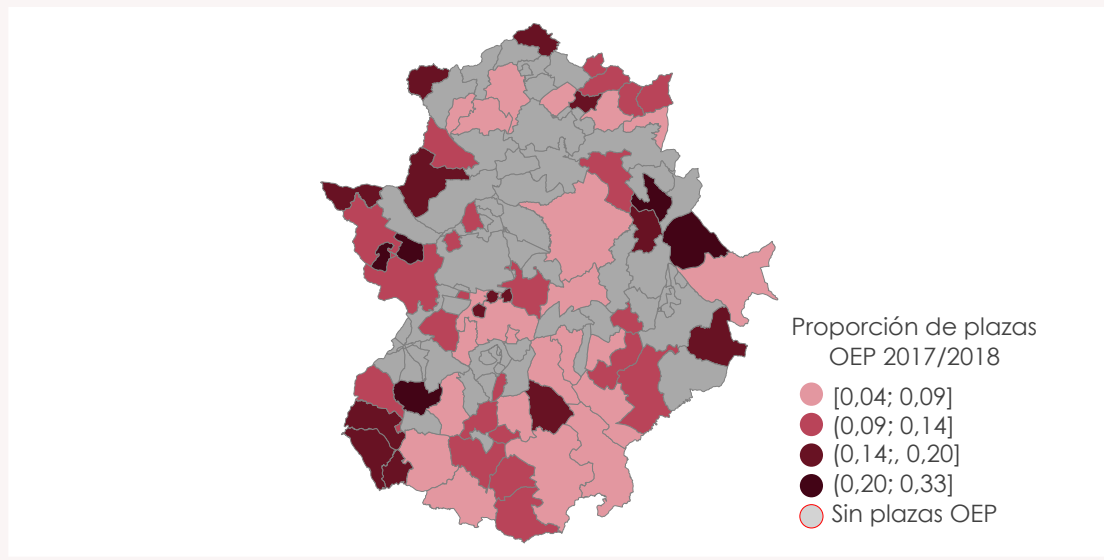
PANEL B. CORRELACIÓN ENTRE PROPORCIÓN DE PLAZAS Y DENSIDAD DE POBLACIÓN



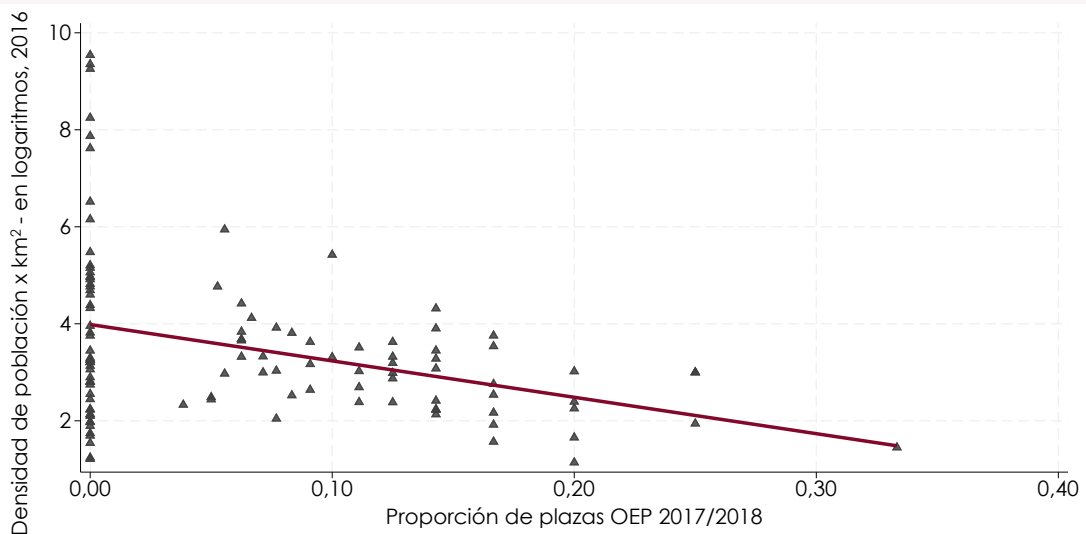
Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

Enfermería también muestra concentración de plazas en zonas periféricas y una correlación negativa entre proporción de plazas de la OEP 2017/2018 y la densidad; en pediatría se observa un patrón similar. Esto se debe a que convocar un número reducido de plazas genera poca variación espacial, por lo tanto, se observan muchas zonas sin plazas asignadas. Por este motivo, no se realiza un análisis de impacto para esta especialidad.

GRÁFICO RE_2.5. PLAZAS OEP 2017/2018, ENFERMERÍA
 PANEL A. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LA PROPORCIÓN DE PLAZAS



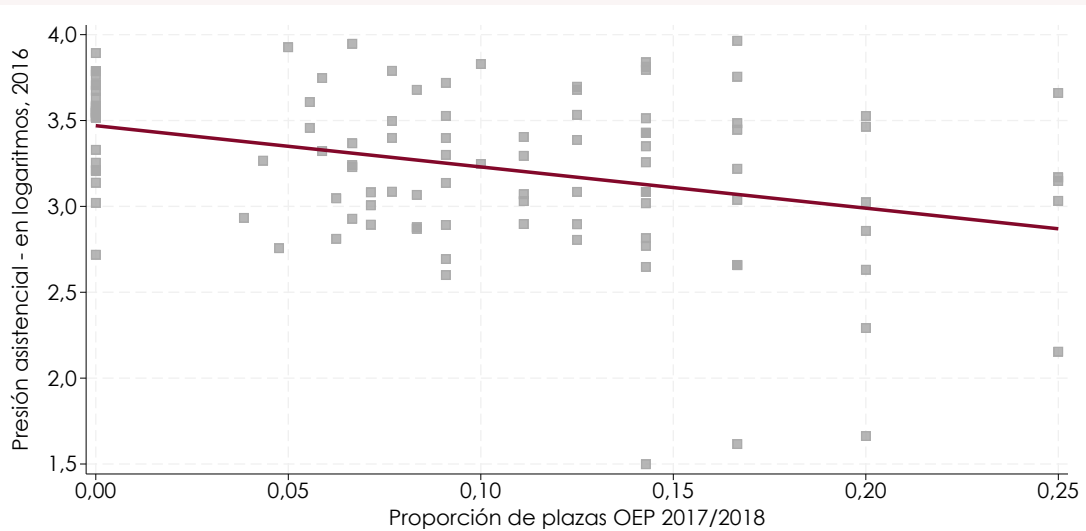
PANEL B. CORRELACIÓN ENTRE PROPORCIÓN DE PLAZAS Y DENSIDAD DE POBLACIÓN

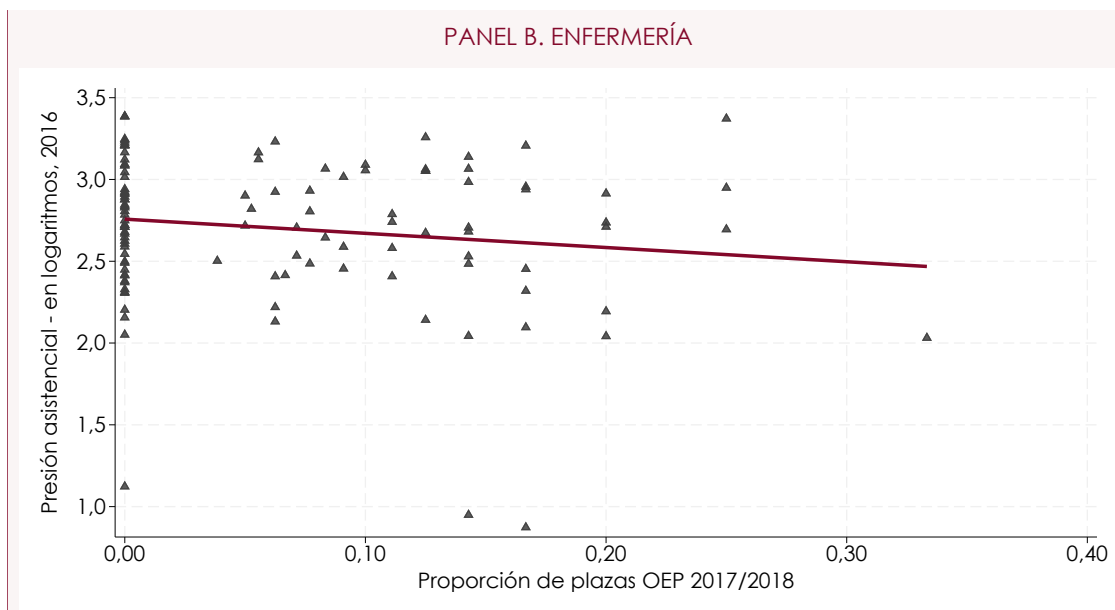


Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

Adicionalmente se analiza la relación entre la presión asistencial y la proporción de plazas de la OEP 2017/2018. En el gráfico re_2.6 se presenta la correlación entre presión asistencial y la proporción de plazas de la OEP 2017/2018 para medicina de familia y enfermería. Para medicina de familia (panel A) se observa una correlación negativa; es decir, la proporción de plazas de la OEP 2017/2018 es mayor en zonas con menor presión asistencial. Para enfermería (panel B) la correlación es levemente negativa.

GRÁFICO RE_2.6. CORRELACIÓN ENTRE PLAZAS OEP 2017/2018 Y PRESIÓN ASISTENCIAL
PANEL A. MEDICINA DE FAMILIA





Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

Para estimar el impacto de las OEP 2017/2018 en el número de profesionales fijos se emplea la metodología de diferencia en diferencias (DiD). Esta estrategia empírica se basa en comparar un grupo de unidades tratadas con un grupo de unidades no tratadas, antes y después de que ocurra el tratamiento. En este caso, la variable de tratamiento es continua, ya que se utiliza la proporción de plazas de la OEP 2017/2018.

Para la estimación, se utilizan datos anuales de presión asistencial a nivel de zona básica de salud, combinados con datos anualizados del número de personal estatutario fijo, y con la proporción de plazas de la OEP 2017/18³⁹ a nivel de zona, en el periodo 2014-2023. Además, el análisis se centra en medicina de familia y enfermería⁴⁰.

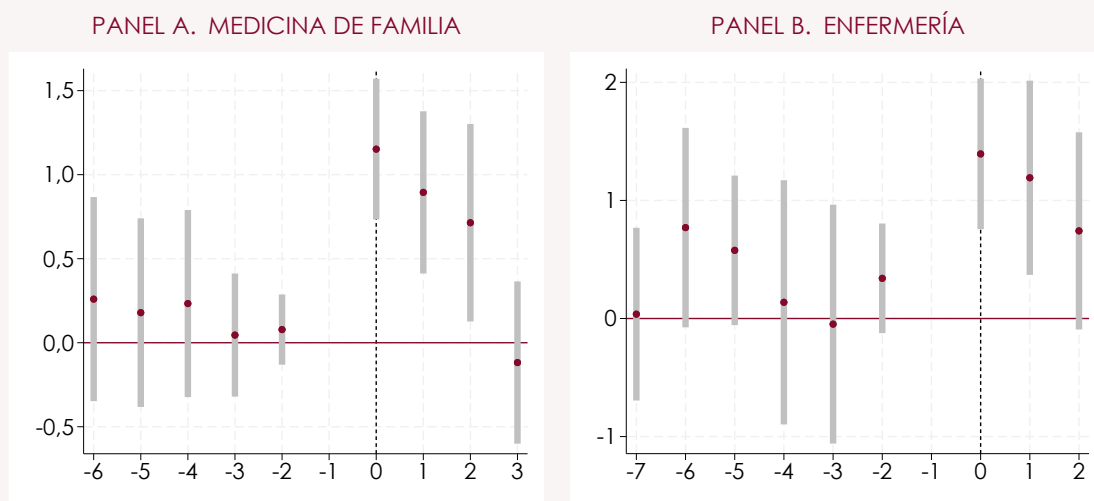
Se emplea la versión dinámica del modelo de diferencia en diferencias con la finalidad de analizar si existen posibles violaciones del supuesto de tendencias paralelas. La estimación dinámica permite contrastar si, en caso de que existan efectos, estos perduran en el tiempo, o si por el contrario los efectos son pasajeros. Para la estimación se incluyen efectos fijos de año, de zona, y de área de salud multiplicado por año, para tener en cuenta posibles cambios a nivel de área de salud.

En medicina de familia y enfermería la OEP genera un incremento en el número de estatutarios fijos en las zonas con mayor proporción de plazas OEP. En el gráfico re_2.7 cada punto representa el efecto de la OEP 2017/2018 relativo al año previo a su nombramiento (2020 en medicina de familia y 2021 en enfermería). Las barras verticales representan los intervalos de confianza al

95%. En el panel A del gráfico re_2.7 (medicina de familia) se observa que los coeficientes no son estadísticamente significativos en años posteriores al nombramiento, mientras que en el año de nombramiento el impacto es positivo y estadísticamente significativo. Esto implica que la OEP provoca un aumento del número de estatutarios fijos en las zonas con mayor proporción de plazas OEP.

El efecto desaparece a los dos años, y en el tercer año el coeficiente es cercano a cero y no estadísticamente significativo, lo que refleja que el efecto de las OEP sobre la reducción de la temporalidad en las plazas adjudicadas en la convocatoria 2017/2018 persiste durante dos años. Los resultados para enfermería son similares (gráfico re_2.7, panel B). No obstante, las estimaciones son más imprecisas, con intervalos de confianza más amplios, y algunos de los coeficientes previos al tratamiento son elevados.

GRÁFICO RE_2.7. IMPACTO DE LAS OEP 2017/2018 EN EL NÚMERO DE PROFESIONALES FIJOS



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

A continuación, se utiliza el incremento en el número de estatutarios fijos inducido por las OEP 2017/2018 para estimar el efecto de contar con más estatutarios fijos en la presión asistencial.

³⁹ Para la construcción de esta variable se utiliza el número de plazas en 2016.

⁴⁰ Se excluye pediatría del análisis por dos motivos. Primero, se observa poca variación en la intensidad del tratamiento entre zonas. Segundo, se convocan pocas plazas, además los gráficos descritos previamente no sugieren un shock o cambio abrupto en la temporalidad.

Para estimar la relación de la presión asistencial con respecto al número de profesionales con contrato fijo utilizamos la técnica de variables instrumentales (VI). Como instrumento utilizamos la proporción de plazas OEP 2017/2018 a nivel de zona básica de salud interactuada con una variable binaria que toma el valor uno en el año de la fecha de nombramiento de estas plazas. La primera etapa identifica el impacto de las OEP 2017/2018 en el número de profesionales fijos (p. ej., el cambio en número de estatutarios fijos inducido por el proceso las OEP 2017/2018), y cuyas estimaciones se habían presentado anteriormente; por lo tanto, no se ahonda en detalles de la primera etapa.

Los resultados de las estimaciones muestran que duplicar el número de personal fijo en medicina de familia (incremento del 100 %), en sustitución del temporal, reduce la presión asistencial en un 17 %. En el cuadro re_2.1 se presentan los resultados. Para estas estimaciones se utiliza el año previo al nombramiento y el año de nombramiento. En la primera y tercera columna se muestran los resultados que se obtienen al emplear mínimos cuadrados ordinarios (MCO). Para medicina de familia, se obtiene una elasticidad de -0,044 al utilizar MCO (significativo al 10%) y de -0,167 al utilizar variables instrumentales (VI) (significativo al 5%), por lo cual las estimaciones por MCO parecen estar segadas hacia cero. Cabe recordar que el objetivo de la OEP es estabilizar plazas existentes ocupadas por temporales y, por lo tanto, no implica un incremento de efectivos, sino muy posiblemente el reemplazo de un temporal por un fijo. Esto explicaría la baja magnitud de esta elasticidad. Los resultados para enfermería no muestran efectos significativos ni en mínimos cuadrados ordinarios ni en variables instrumentales.

De forma complementaria, el gráfico re_2.8 presenta los resultados de forma reducida, es decir, relacionando el instrumento directamente con la variable de resultado. La evidencia para medicina de familia está en línea con los resultados previos (panel A). En medicina de familia se observa una caída en la presión asistencial en el año de nombramiento y los posteriores, aunque el efecto solo se prolonga dos años. Para enfermería no se observan efectos (panel B).

CUADRO RE_2.1. RELACIÓN ENTRE NÚMERO DE PROFESIONALES FIJOS Y PRESIÓN ASISTENCIAL (METODOLOGÍA MCO Y VI)

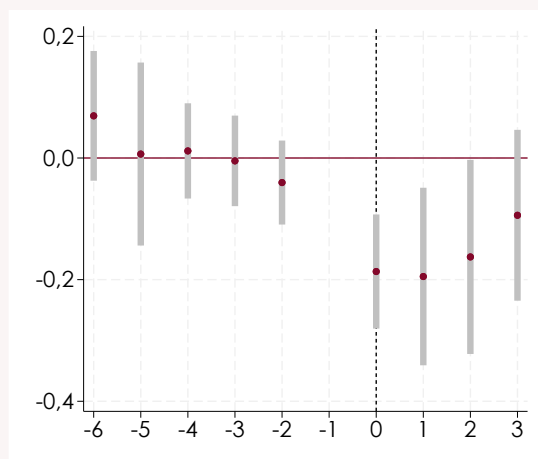
	Medicina de familia		Enfermería	
	MCO	VI	MCO	VI
log (# de Est. fijos)	-0,044* (0,020)	-0,167** (0,055)	0,136 (0,089)	0,080 (0,169)
Estadístico F		18		12
Observaciones	224	224	224	224

Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

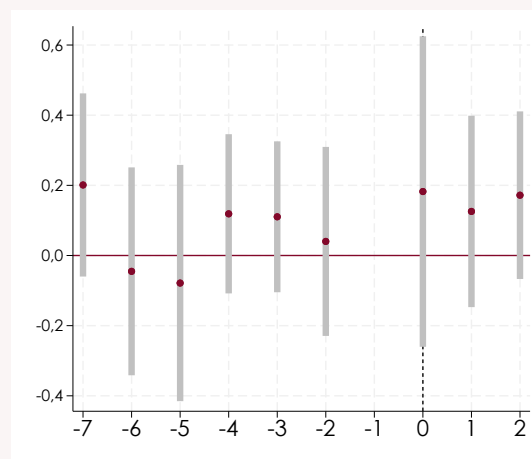
Nota: * significativo al 10 %, ** significativo al 5 %, *** significativo al 1 %". MCO: mínimos cuadrados ordinarios, VI: variables instrumentales.

GRÁFICO RE_2.8. RELACIÓN ENTRE NÚMERO DE PROFESIONALES FIJOS Y PRESIÓN ASISTENCIAL (METODOLOGÍA DID)

PANEL A. MEDICINA DE FAMILIA



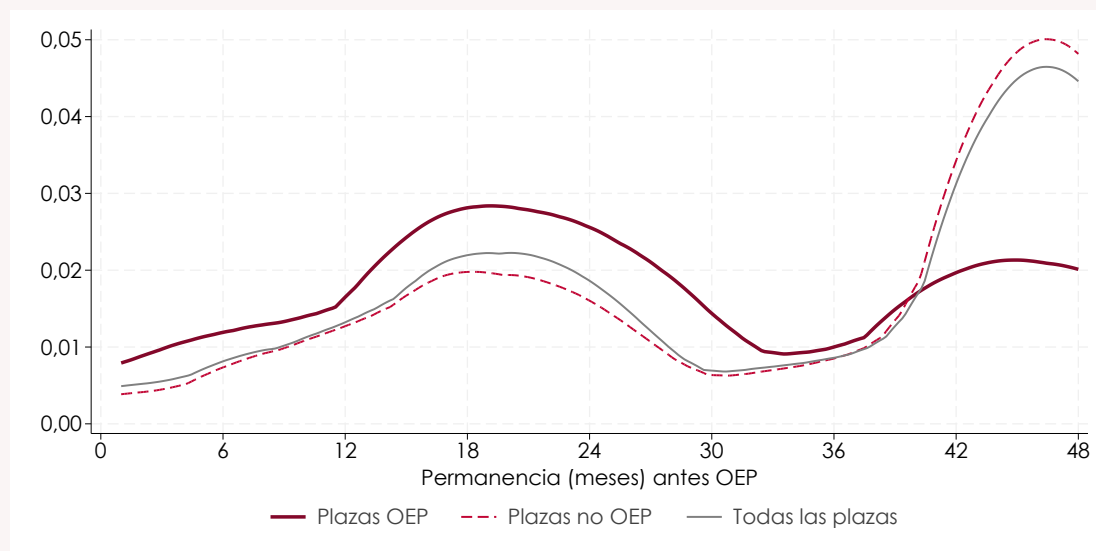
PANEL B. ENFERMERÍA



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

Finalmente, se analizan posibles determinantes que podrían explicar los efectos positivos sobre la presión asistencial de aumentar el porcentaje de personal fijo en la plantilla. Una hipótesis es que el nuevo efectivo podría aportar estabilidad a la plaza al menos por un tiempo. En el gráfico re_2.9 se presenta la distribución de la permanencia (en meses) en las plazas de la OEP 2017/2018, en las plazas que no forman parte de la OEP y para la totalidad de las plazas para medicina de familia. La evidencia muestra que la permanencia de médicos de familia en plazas OEP es inferior a la permanencia en el resto de las plazas.

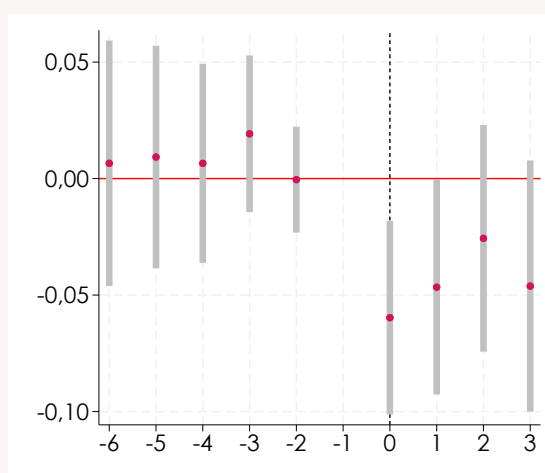
GRÁFICO RE_2.9. PERMANENCIA EN MESES ANTES DE LA OEP EN MEDICINA DE FAMILIA



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

Otro factor podría ser si el personal fijo que gana la plaza OEP tiene una edad diferente al personal que ocupaba la plaza. Para ello, se utilizan los datos a nivel de plaza junto con los de personal, lo cual nos permite conocer la edad de la persona que está ocupando la plaza. Empleando la estrategia de diferencia en diferencias analizamos el impacto de la OEP en la edad de la persona que ocupa la plaza como forma de conocer si existe un cambio en la edad de la persona que gana el concurso. En el gráfico re_2.10 se observa que hay una caída en la edad de los profesionales que ocupan la plaza OEP en el momento del nombramiento de la plaza. Esto hace pensar que los profesionales que vienen son más jóvenes respecto a las que ocupaban previamente la plaza. Una posible hipótesis es que estos profesionales (más jóvenes) podrían tener un mayor grado de motivación en comparación con el profesional anterior.

GRÁFICO RE_2.10. IMPACTO DE LA EDAD EN LAS OEP EN MEDICINA DE FAMILIA



Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

2.5. Modelo de retribuciones e incentivos a los profesionales

La mayor parte de las retribuciones de los profesionales sanitarios es de naturaleza fija y no estaría vinculada al desempeño ni a la productividad del trabajador. Las nóminas de los profesionales del SES incluyen un conjunto de conceptos salariales que se pueden clasificar, a grandes rasgos, entre retribuciones básicas y complementarias (cuadro 18). A pesar de su complejidad, la mayor parte del salario percibido por los profesionales es de carácter fijo, lo que abarca no solo las retribuciones básicas, sino también los complementos ordinarios, así como los específicos o de destino (gráfico 40). La parte variable incluye los complementos por actividad extraordinaria, el complemento de productividad por desempeño, y otras retribuciones complementarias. La mayor parte de la cuantía variable se basa en la participación del profesional en la jornada laboral —p. ej., suplementos por nocturnidad, fines de semana o atención continuada—, y no está ligada al rendimiento ni al cumplimiento de objetivos. Por lo tanto, los complementos variables por productividad y desempeño representan una parte poco significativa del total de la retribución, lo que dificulta la implementación de una política de incentivos económicos destinadas a mejorar la calidad asistencial y fomentar una mayor productividad.

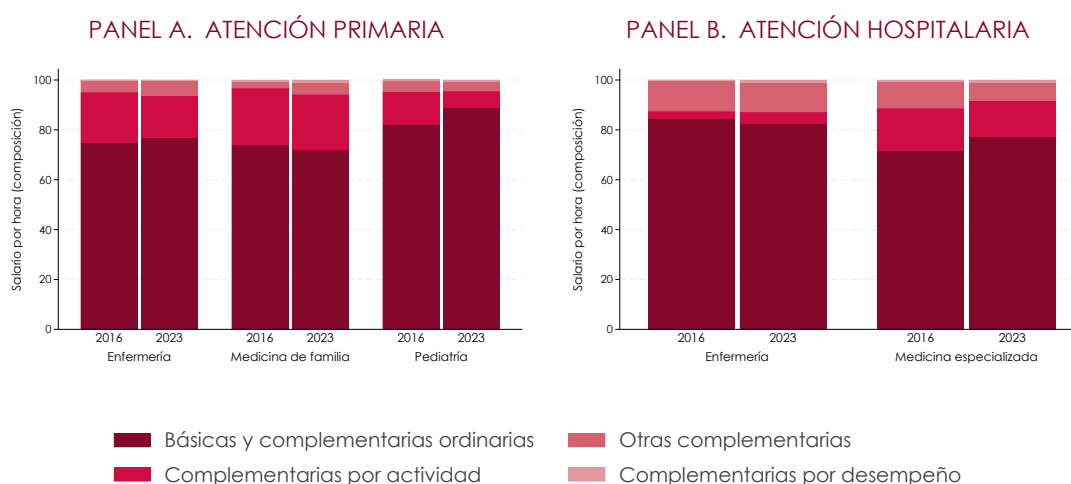
CUADRO 18. RETRIBUCIONES Y CONCEPTOS SALARIALES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Clase de retribución		Descripción	Conceptos salariales
Retribuciones básicas		Estas retribuciones aseguran el mantenimiento de un modelo común. Responden a los principios de cualificación técnica y profesional; teniendo en cuenta la antigüedad.	Sueldo Trienios Pagas extraordinarias Vacaciones no disfrutadas
Retribuciones complementarias fijas y variables	Ordinarias	Son retribuciones fijas que dependen del nivel y condiciones del puesto, grado de responsabilidad, lugar de trabajo; y del nivel alcanzado en el sistema de desarrollo profesional.	Complemento de destino Complemento específico Complemento de grado Complemento de carrera profesional Productividad fija Complemento de atención continuada Guardias
	Complemento de productividad por desempeño	Son incentivos destinados a retribuir el especial rendimiento, el interés o la iniciativa del titular del puesto, así como su participación en programas concretos.	Productividad variable - programas especiales Productividad variable (otras)
	Otras retribuciones complementarias	Similares a la categoría anterior, representan compensaciones por la naturaleza de la jornada laboral, así como por la formación en competencias del profesional.	Indemnización por desplazamiento/ transporte Indemnización por asistencia a tribunales Nocturnidad Turnicidad Festivos Complemento incapacidad temporal Gastos sociales Gastos formación

Fuente: AIReF a partir de los datos del SES y del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los servicios de salud.

Se observa un ligero retroceso en la proporción de las retribuciones complementarias por actividad extraordinaria en pediatría de atención primaria. Cabe destacar que las retribuciones básicas y los complementos ordinarios no dependen del rendimiento ni de la actividad del trabajador, sino de la experiencia, el puesto de trabajo o la formación del profesional. Además, la mayoría de las categorías variables, como las retribuciones por actividad y otros complementos, corresponde a la naturaleza de la actividad desempeñada o a actividades extraordinarias que pueda ejercer el trabajador (como suplementos por festivos, atención continuada, guardias, complementos por incapacidad temporal etc.) y tampoco están ligadas a la productividad o desempeño individual del profesional. En el ámbito de la atención hospitalaria, no se observan cambios relevantes en la composición de las retribuciones (panel B del gráfico 40).

GRÁFICO 40. COMPOSICIÓN Y EVOLUCIÓN DE RETRIBUCIONES



Fuente: AIReF a partir de los datos del SES.

El complemento de productividad variable en el SES

El complemento de productividad variable está destinado a la remuneración del especial rendimiento, el interés o la iniciativa del profesional, así como de su participación en órganos o actuaciones concretas. En Extremadura este complemento tiene su origen en el modelo del INSALUD e inicialmente se instauró en la atención primaria para, posteriormente, ampliarse al ámbito de la atención especializada.

El complemento de productividad variable no puede considerarse un pago por desempeño ni vinculado, al menos en su totalidad, a la consecución de objetivos, sino a una remuneración por la realización de actividades extraordinarias, programas especiales o funciones adicionales o específicas asumidas por los profesionales. Esto se deduce del análisis de la producción

normativa extremeña relacionada con este concepto retributivo que, aunque de menor alcance o importe que la de otras comunidades autónomas, dicta instrucciones para la elaboración de las nóminas del personal adscrito al SES de forma análoga a otros servicios de salud autonómicos.

Este concepto retributivo habitualmente está sujeto a negociaciones en las mesas sectoriales y no ha sido lineal o estable en el tiempo. Al igual que sucede en otros servicios de salud se trata de un concepto sujeto a negociaciones, fruto de las cuales se establecen los objetivos, criterios o bolsa para los distintos ejercicios y anualidades. Como en otras comunidades autónomas no ha sido lineal ni estable en el tiempo, sino que durante algunos periodos se dejó de abonar al personal adscrito al SES (p. ej., entre 2011 y 2014, retomándose de nuevo en 2015).

En los contratos de gestión firmados entre la dirección gerencia del SES y las distintas gerencias territoriales vigentes en la actualidad se establecen **cuatro tipos de productividad variable**:

- **Productividades finalistas** (se financian en su totalidad), muy vinculadas a actividad fuera de la jornada ordinaria laboral del profesional (como la elaboración de informes fuera de horario para programas de detección precoz de cáncer de mama o colon).
- **Productividades financiadas** con una dotación presupuestaria para el año 2023 calculada a partir del promedio del gasto real en los ejercicios de 2019 y 2020. De nuevo, este concepto está muy vinculado a actividad extraordinaria, salvo un caso en concreto (productividad variable de especial rendimiento), aunque no se explicita ni detalla cómo se define este especial rendimiento ni a qué objetivos concretos se vincula.
- **Productividades variables por jefatura de guardia.**
- **Productividades por actividad complementaria**, donde se mencionan específicamente programas puestos en marcha para la monitorización de cirugías, entre otros.

A partir de estos contratos no es posible determinar en qué medida los distintos objetivos fijados se relacionan con los distintos conceptos de productividad variable que en ellos se definen o se trasladan a estos, y en particular, al concepto de productividad variable de especial rendimiento.

La literatura académica no ofrece una respuesta concluyente respecto a los efectos de los incentivos ligados a la productividad *pay for productivity*, sino que su efecto parece depender del contexto y aspectos específicos del diseño de la política. Las limitaciones de estas políticas, señaladas por Peiró y García-

Altés (2008), deben ser consideradas, ya que juegan un papel clave en la efectividad. Por ejemplo, el estudio de Rosenthal et al. (2016), realizado en los Estados Unidos indica que los esquemas de pago por productividad vinculados a objetivos médicos intermedios solo generan un efecto significativo en la reducción de visitas cuando los incentivos se otorgan sin retraso⁴¹.

En el Sistema Nacional de Salud (SNS), la mayoría de las retribuciones complementarias se basan en actividades o funciones adicionales. Este enfoque limita la posibilidad de generar incentivos variables que discriminen entre trabajadores en función de su desempeño profesional o el cumplimiento de objetivos (Eiras & Ortún, 2012; Labrador & Campo, 2024). Pérez-García et al. (2014) sugiere que el desarrollo profesional, con sus complementos correspondientes, no ha tenido un impacto significativo en la actividad asistencial.

Efecto de las retribuciones complementarias en la presión asistencial

Desde un punto de vista teórico, la relación entre la retribución por actividad extraordinaria y la presión asistencial no es unívoca y puede tener efectos opuestos. Por un lado, un aumento en este tipo de retribución puede motivar a un mismo profesional a trabajar más horas, lo que incrementa el número de consultas por día y, por tanto, eleva la presión asistencial. Por otro lado, si más profesionales se animan a asumir actividades extraordinarias gracias a esta retribución, la carga de trabajo puede repartirse mejor, lo que reduce la presión asistencial individual. Además, una medida de este tipo también contribuiría a disminuir progresivamente los tiempos medios de espera.

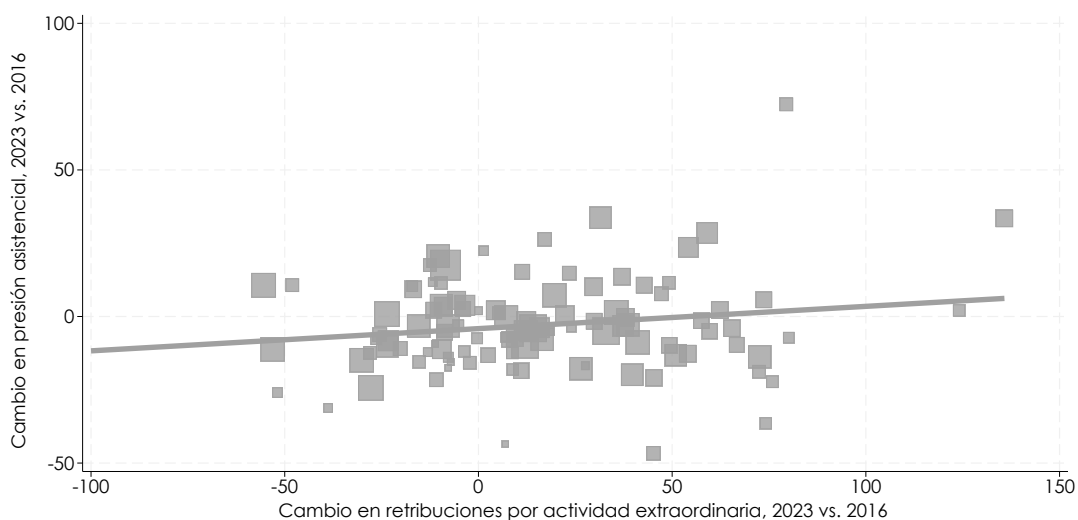
No se observa una correlación entre las retribuciones por actividad extraordinaria del conjunto de profesionales sanitarios y la presión asistencial. Los siguientes gráficos describen la relación entre el incremento porcentual en las retribuciones por actividad extraordinaria y el incremento porcentual en la presión asistencial, entre 2016 y 2023, utilizando datos de atención primaria por especialidad y a nivel de zona básica de salud. Tanto el eje horizontal como el vertical representan cambios porcentuales entre los años señalados.

En medicina de familia, se observa una ligera relación positiva entre las retribuciones por actividad complementaria y la presión asistencial (gráfico 41). Un incremento del 1 % en las retribuciones está asociado a un aumento del 0,076 % en la presión asistencial, relación que solo resulta estadísticamente significativa a un nivel del 10 %. Existe una importante variabilidad en el cambio

⁴¹ En los casos en los que el incentivo se otorga con retraso los efectos se atenúan, y en algunos casos no se evidencian efectos significativos.

porcentual de las retribuciones por actividad extraordinaria, que contrasta con una menor variabilidad en los cambios en la presión asistencial a nivel de zona básica de salud.

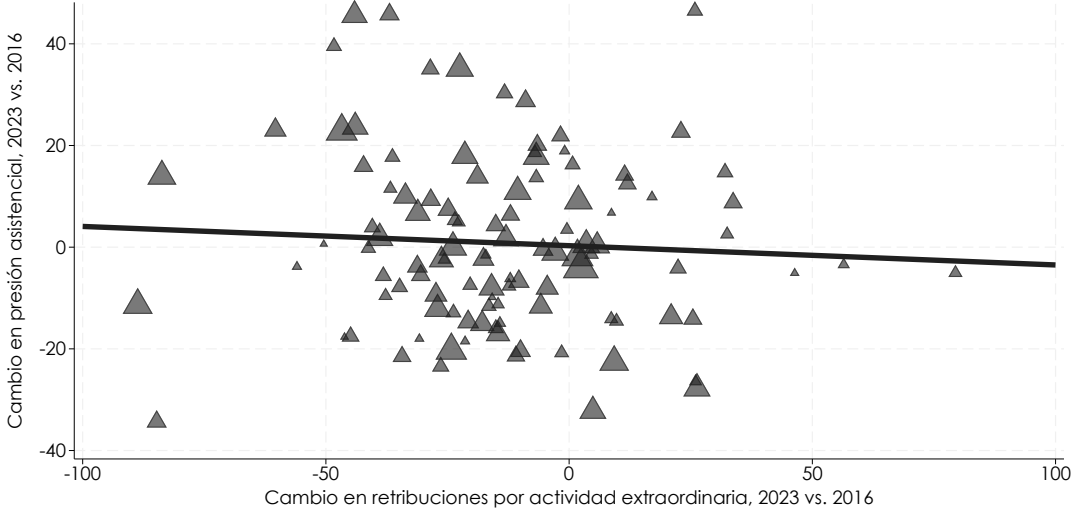
GRÁFICO 41. RELACIÓN ENTRE EL CAMBIO DE RETRIBUCIONES Y EL CAMBIO DE PRESIÓN ASISTENCIAL EN MEDICINA DE FAMILIA (%)



Fuente: AIReF a partir de los datos del SES.

En el caso de los profesionales en enfermería de atención primaria, no se puede identificar una correlación evidente entre cambios en retribuciones y cambios en presión asistencial. Aunque se observa una pendiente ligeramente negativa (ver gráfico 42), el coeficiente de la línea de regresión es $-0,0038$ no siendo estadísticamente diferente de cero, lo cual implica que no existe relación entre estas variables.

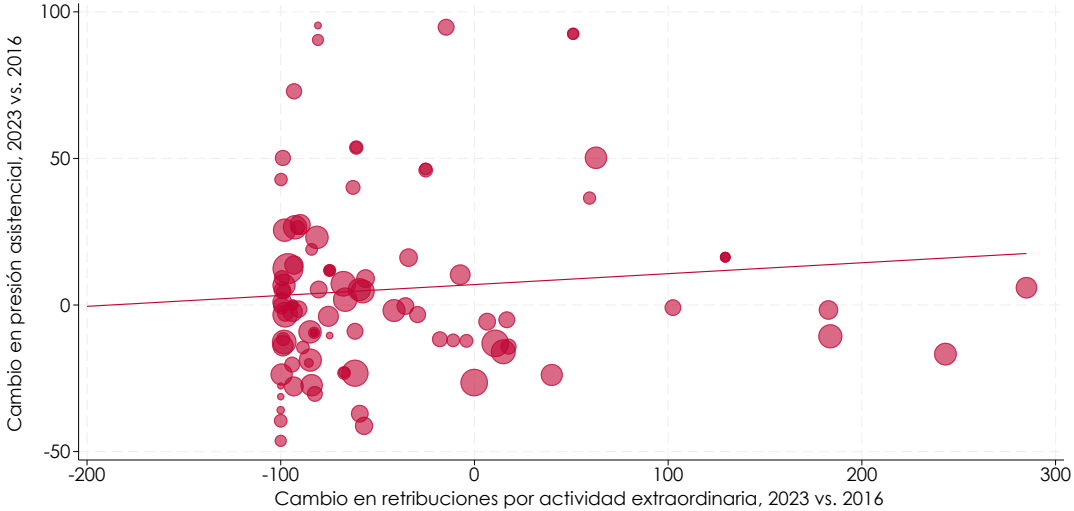
GRÁFICO 42. RELACIÓN ENTRE EL CAMBIO DE RETRIBUCIONES Y EL CAMBIO DE PRESIÓN ASISTENCIAL EN ENFERMERÍA (%)



Fuente: AIReF a partir de los datos del SES.

La misma situación se observa en pediatría. Aunque se aprecia una leve relación positiva entre los cambios en las retribuciones y la presión asistencial (ver gráfico 43), no se identifica una correlación estadísticamente significativa. Una subida del 1% en las retribuciones por actividad extraordinaria está asociado a un incremento del 0,037% en la presión asistencial.

GRÁFICO 43. RELACIÓN ENTRE EL CAMBIO DE RETRIBUCIONES Y EL CAMBIO DE PRESIÓN ASISTENCIAL EN PEDIATRÍA (%)



Fuente: AIReF a partir de los datos del SES.

Incentivos a los puestos de difícil cobertura

La escasez de profesionales sanitarios en ciertas áreas de España está estrechamente relacionada con el concepto de "puestos de difícil cobertura", que se definen como aquellas vacantes que son difíciles de cubrir debido a factores como la ubicación geográfica, las condiciones de trabajo desfavorables o la falta de recursos. La falta de profesionales en estas áreas no sólo compromete la calidad y continuidad de la atención médica, sino que también puede aumentar la carga de trabajo para el resto de los profesionales de la salud, lo que puede afectar negativamente su bienestar y desempeño.

CUADRO 19. FACTORES DE LOS MEDICAL DESERTS O PUESTOS DE DIFÍCIL COBERTURA, Y SOLUCIONES PARA MITIGARLOS

	Demanda de asistencia sanitaria	Oferta de asistencia sanitaria
Factores que contribuyen a la generación de medical deserts	<ul style="list-style-type: none"> • Envejecimiento de la población • Cambios en la estructura de las necesidades de salud • Falta de apoyo social / comunitario • Despoblación 	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos inadecuados de planificación de la fuerza laboral en salud • Financiación insuficiente • Falta de inversiones en atención primaria • Condiciones de trabajo difíciles para los profesionales de salud • Accesibilidad geográfica deficiente • Envejecimiento de la fuerza laboral en salud
Soluciones habitualmente utilizadas para mitigarlos	<ul style="list-style-type: none"> • Modelos innovadores de atención centrados en gestionar la demanda de pacientes • Programas centrados en la integración de la atención social y de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del número de plazas de formación para profesionales médicos (tanto a nivel de pregrado como de posgrado) • Modelos innovadores de atención centrados en mejorar la eficiencia y el acceso a la atención • Políticas dirigidas a fomentar que los profesionales médicos trabajen en áreas rurales (incluido el apoyo infraestructural)

Fuente: Dubas-Jakóbczyk, K. et al. (2024) «Medical deserts in Spain — Insights from an international project», The International Journal of Health Planning and Management.

En el Servicio Extremeño de Salud (SES) se venía reconociendo desde, al menos, 2019 la existencia de dificultades para la cobertura de determinadas plazas, así como la necesidad de establecer una serie de medidas específicas para que, al proveer estas plazas, se disponga de profesionales suficientes con los que se lograse una mayor eficacia en la gestión sanitaria y asistencial.

Extremadura reconoce formalmente la existencia de este tipo de puestos en 2020 y establece ciertos incentivos para favorecer la ocupación de estas plazas. Mediante la Resolución de 2 de junio de 2020, de la Dirección General de Trabajo, “se consideran plazas de difícil cobertura aquellas pertenecientes a cualquier categoría, y en su caso, especialidad, que no hayan podido proveerse por los sistemas de selección y provisión establecidos por la normativa de aplicación correspondiente, en el último año desde que quedó temporalmente desatendida”. También se recogen una serie de ventajas en los procesos de selección de personal estatutario temporal para incentivar la ocupación de estas plazas, en concreto:

- En los criterios de baremación, se aumenta la puntuación a 0,40 puntos por mes trabajado (frente a los 0,25 puntos hasta ese momento), así como 0,013 puntos por día para los días restantes del mes (frente a los 0,0083 puntos para las plazas de no difícil cobertura).
- Se permite a los aspirantes que ostenten un nombramiento de más de dos años de duración en las categorías y especialidades ubicadas en zonas de difícil cobertura que puedan pasar a la situación de disponibles en las bolsas de trabajo y puedan recibir otros nombramientos de esas categorías y especialidades.

En 2023 se amplía el ámbito de aplicación de estos incentivos y se crean otros adicionales. Fruto del Acuerdo de fin de huelga suscrito entre el Servicio Extremeño de Salud y el Sindicato Médico de Extremadura (SIMEX), se amplía el ámbito de aplicación al personal estatutario fijo de atención primaria y se abre la posibilidad a puestos en la atención especializada. Además, se introducen las siguientes medidas⁴²:

⁴² Instrucciones conjuntas 1/23 y 2/23, de 2 de mayo, de la Dirección Gerencia y de la Dirección General de Recursos Humanos y Asuntos Generales del SES referente a varios aspectos derivados del pacto de mejora de las condiciones laborales del personal del servicio del SES de 8 de febrero de 2023. Y Resolución de 27 de abril de 2023, de la Dirección Gerencia, por la que se modifica el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del SES.

- **Incentivos económicos:** se incrementa en un 40% el **complemento específico** durante dos años a los profesionales que ocupen estos puestos en atención primaria (un 20% el primer año y un 20% adicional el segundo). Este aumento se mantendrá mientras el profesional permanezca en esa plaza.
- **Incentivos no económicos:** (i) en el baremo de las bolsas de trabajo los servicios prestados en plazas ubicadas en estas zonas de difícil cobertura serán valorados con una mayor puntuación por mes trabajado (0,40 puntos, en lugar de 0,25); (ii) se permitirá a los aspirantes que ostenten un nombramiento de más de dos años de duración en las categorías y, en su caso, especialidades ubicadas en zonas de difícil cobertura, que puedan pasar a la situación de disponibles en las bolsas de trabajo y puedan recibir otros nombramientos de esas categorías y, en su caso, especialidades, cuando le correspondan según su puntuación en la bolsa de trabajo; (iii) a aquellos aspirantes que ostenten un nombramiento en la categoría de médico de familia de equipo de atención primaria se le podrán ofertar nombramientos de plazas de la categoría de médico/a de familia de equipo de atención primaria con denominación/función de atención continuada y viceversa.
- **Otros incentivos no económicos:** se emplaza a negociar en la mesa sectorial de sanidad otras medidas como pueden ser (i) flexibilización horaria y conciliación para profesionales que cubran dichos puestos; (ii) mayor puntuación para bolsa de trabajo, concursos de traslado, carrera profesional o concursos de méritos; (iii) posibilidad de formar alianzas estratégicas o estar vinculado parcial o totalmente a servicios con más personal que permitan su desarrollo profesional y apoyo para toma de decisiones. Con estas alianzas, los facultativos se desplazarían, de manera voluntaria, a otro hospital o área de salud para realizar tareas asistenciales, de docencia e de investigación. El flujo sería bidireccional entre las dos áreas de salud implicadas y no se limitaría solo a un determinado profesional.
- **Incentivos en el ámbito de la atención hospitalaria:** se establece que se negociará la redefinición de las plazas o zonas de difícil cobertura en atención especializada y la forma de incentivarlas. Como medida adicional para incentivar la cobertura de estas plazas y de fidelizar al personal en formación se ofrecerá la posibilidad de prestar servicio percibiendo las retribuciones propias de un especialista a aquellos residentes que voluntariamente y con el visto bueno de la unidad docente en la que se estén formando hayan completado el 80% de su periodo de formación.

3.

PROPUESTAS

Planificación y ordenación de los recursos humanos

Propuesta 1: Refuerzo de la planificación estratégica de los recursos humanos basada en criterios demográfico, territoriales y asistenciales

Planificación integral que combine las proyecciones demográficas poblacionales con la evolución de la plantilla profesional, garantizando una distribución equitativa y sostenible de los recursos. La evaluación muestra una distribución heterogénea de profesionales, —con mayor concentración en zonas periféricas—, un significativo envejecimiento de la plantilla y tiempos medios de espera superiores a 48 horas en atención primaria en el 98% de las zonas básicas de salud. Para abordar estos desafíos, se propone implementar un modelo dinámico de planificación que integre sistemáticamente las proyecciones oficiales de población por área y permita anticipar las necesidades asistenciales futuras y adaptar los recursos a los cambios en los patrones de demanda. Esta planificación debe aprovechar el significativo incremento de residentes (+51 % en atención primaria, +44 % en atención hospitalaria) para establecer un plan de relevo generacional que afronte el envejecimiento de la plantilla. A nivel territorial, es necesario reforzar el actual proceso de convergencia mediante el diseño de una planificación plurianual de necesidades de personal por área de salud que incluyan incentivos específicos para la cobertura estructural en zonas periféricas, garantizando así una distribución equitativa de los recursos que responda tanto a las necesidades asistenciales actuales como a las proyectadas.

Modelo de oferta de profesionales y demanda asistencial

Propuesta 2: Implementación de una estrategia para reducir los tiempos medios de espera mediante actuaciones tanto desde el lado de la oferta como de la gestión de la demanda

Desarrollo de una estrategia dual que combine el incremento y optimización de la capacidad asistencial con una gestión eficiente de la demanda. Desde el lado de la oferta, se propone el refuerzo de programas de alta resolución quirúrgica y ambulatoria en horario de tarde, optimizando el uso de quirófanos y consultas mediante una gestión eficiente de agendas. Esta estrategia se complementaría con el establecimiento de alianzas estratégicas entre centros hospitalarios y el desarrollo de proyectos de telemedicina, que permitirían una distribución más eficiente de la carga asistencial. Se potenciará la capacidad resolutoria por medio de la implementación de consultas de alta resolución y la incorporación de herramientas digitales de apoyo a la decisión clínica, junto con el desarrollo de un plan de incentivos específico para la cobertura de especialidades y zonas con mayor déficit de profesionales. Además, se podría analizar la asignación de recursos entre servicios urgentes y no urgentes de atención primaria, y crear mecanismos automáticos que permitan responder dinámicamente a las necesidades cambiantes permitiendo de esta forma un mejor ajuste de la oferta a la demanda de ambos servicios.

Paralelamente, desde la gestión de la demanda, se podrían reforzar los protocolos de adecuación de la indicación quirúrgica y los criterios de derivación consensuados, reforzando el papel de la atención primaria como gestor principal del proceso asistencial. Cabría la posibilidad de estudiar la idoneidad de incorporar un sistema de priorización clínica basado en criterios objetivos, junto con programas de confirmación activa de citas y gestión de incomparecencias. Además, podría reforzarse el desarrollo de programas específicos de educación sanitaria y autocuidado, orientados a fomentar un uso más adecuado de los servicios sanitarios y la corresponsabilidad del paciente en su proceso asistencial. También cabría explorar, siguiendo el ejemplo de otras comunidades autónomas como Castilla y León, la posibilidad de implementar un sistema de transporte a demanda que garantice a los ciudadanos de zonas rurales las mismas oportunidades de acceso a los servicios de salud que disfrutaban los habitantes de núcleos urbanos más poblados.

Todo ello debería estar respaldado por un sistema de información transparente que permita la monitorización continua de los tiempos de espera y la evaluación del impacto de las medidas implementadas, con especial atención a aquellas especialidades y procedimientos con mayores demoras. Este sistema debería contar con un cuadro de mandos específico para el seguimiento de

indicadores clave de rendimiento, que incluya tanto métricas de actividad como de resultados en salud, permitiendo una gestión proactiva y adaptativa de las listas de espera. Este sistema facilitaría además la identificación temprana de desviaciones y la implementación de medidas correctoras, garantizando la equidad en el acceso a los servicios sanitarios y la optimización continua de los recursos disponibles.

Propuesta 3: Refuerzo de las alianzas estratégicas hospitalarias

Desarrollo y ampliación de la línea 9.1 Alianzas estratégicas, del Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Extremeño de Salud establecido en la Resolución de 27 de abril de 2023, de la Dirección Gerencia, por la que se modifica el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Organismo Autónomo, como parte de un cambio del modelo asistencial para homogeneizar los resultados y la adaptación a las nuevas necesidades asistenciales y retos. Refuerzo de la implantación del marco de colaboración estable previsto por el plan, entre dos o más servicios hospitalarios, para intercambiar, compartir y generar recursos (humanos) de forma común, con el fin de mejorar los resultados en los objetivos de accesibilidad para las consultas y la actividad quirúrgica. Especialmente en los complejos, centros, servicios hospitalarios y especialidades con peores indicadores de tiempos medios de espera, que hagan converger los tiempos medios de espera con los de los hospitales y especialidades con tasas más bajas.

Esta estrategia de colaboración intercentros se fundamenta en lo establecido en el artículo 8 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de la Junta de Extremadura reformulada en el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Extremeño de Salud establecido en la Resolución de 27 de abril de 2023 y que busca implementar un modelo de gestión innovador que dé respuesta efectiva a las dificultades actuales del sistema sanitario.

La consolidación de esta línea estratégica, establecida en el Plan de Ordenación de los Recursos Humanos del SES, y reforzada en 2024 mediante la Resolución de 16 de mayo de 2024, de la Dirección Gerencia, por la que se establecen las directrices para la fidelización y captación del talento de los profesionales especialistas en ciencias de la salud del SES, debería establecer las bases de una futura estructura organizativa de gestión clínica por procesos asistenciales que integrara unidades y servicios de diferentes niveles, áreas y centros asistenciales.

Temporalidad de los profesionales

Propuesta 4: Estrategia de estabilización con incentivos de permanencia en zonas de difícil cobertura

Incorporación de medidas que garanticen la permanencia en las plazas adjudicadas, especialmente en áreas periféricas. Los datos y el análisis causal realizado en esta evaluación revelan que las plazas de la OEP 2017/2018 se concentraron en zonas periféricas y menos pobladas, pero tras dos años de la toma de posesión, muchos profesionales se trasladaron mediante concurso, por lo que estas plazas retornaron a la temporalidad. Para romper este ciclo, se propone implementar un programa de incentivos progresivos vinculados a la permanencia, incluyendo mejoras retributivas, desarrollo profesional preferente, y condiciones laborales ventajosas para aquellos profesionales que mantengan su plaza en zonas de difícil cobertura por periodos superiores a tres años. Esta estrategia debe complementarse con medidas de desarrollo profesional y mejora de condiciones asistenciales que hagan estas plazas más atractivas a largo plazo.

Propuesta 5: Refuerzo de la planificación de las ofertas de empleo público

Rediseño del modelo actual de oferta de empleo público, incorporando criterios estratégicos de asignación y seguimiento tras la incorporación. El análisis muestra que en enfermería la temporalidad alcanza el 50% en atención primaria y el 47% en atención hospitalaria, con un incremento significativo de interinos en plaza vacante. Para abordar esta situación, se propone implementar un nuevo modelo de planificación de OEP que incluya: análisis predictivo de necesidades por zona y especialidad, priorización de plazas con alta rotación histórica, creación de "paquetes de plazas" que combinen destinos de diferente atractivo profesional y un sistema de seguimiento y evaluación continua que permita anticipar y prevenir nuevos focos de temporalidad. Este modelo debe complementarse con una reducción de los tiempos entre las convocatorias y la resolución de los procesos selectivos, y supervisar el grado de coordinación entre oferta de empleo público y concursos de traslados para minimizar el impacto en la estabilidad de las plantillas.

Modelo de retribuciones e incentivos a los profesionales

Propuesta 6: Sistema retributivo con mayor vinculación a la productividad y resultados asistenciales

Refuerzo de un modelo retributivo que incentive la eficiencia y calidad asistencial mediante retribuciones variables objetivables. El análisis muestra que en la actualidad la mayor parte de las retribuciones son de naturaleza fija, con una parte variable centrada principalmente en la actividad extraordinaria pero no vinculada al rendimiento ni al cumplimiento de objetivos. Para transformar este modelo, se propone reforzar el sistema de retribuciones variables, de modo que combine la evaluación del desempeño individual y colectivo mediante indicadores objetivos de actividad asistencial y resultados en salud. Este enfoque retributivo incorporará la medición de competencias tanto técnicas como transversales, valorando aspectos como la práctica clínica basada en evidencia, la participación en actividades de investigación e innovación, y las habilidades en gestión sanitaria y liderazgo. El seguimiento se podría llevar a cabo mediante un cuadro de mandos integrado que permitiera la evaluación trimestral de resultados y el ajuste dinámico de objetivos, equilibrando incentivos individuales y de equipo para fomentar tanto la excelencia personal como la colaboración en la consecución de metas asistenciales comunes. Este sistema estaría respaldado por una evaluación periódica que permitiría su adaptación continua a las nuevas necesidades del sistema sanitario, los avances tecnológicos y las competencias profesionales emergentes.

La presidenta de la AIReF



Cristina Herrero Sánchez

4.

GLOSARIO

A

AP: Atención primaria

D

DiD: Diferencia en diferencias

E

EBEP: Estatuto básico del empleado público

EIR: Enfermera interna residente

F

FIR: Farmacéutico interno residente

L

LOPS: Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias

M

MCO: Mínimos cuadrados ordinarios

MIR: Médico interno residente

O

OEP: Oferta de empleo público

S

SES: Servicio Extremeño de Salud

SIAP: Sistema de Información de Atención Orimaria

SISLE: Sistema de Información sobre Listas de Espera

SNS: Sistema Nacional de Salud

V

VI: Variables instrumentales

Z

ZBS: Zona básica de salud



Autoridad Independiente
de Responsabilidad Fiscal

José Abascal, 2-4, 2.ª planta

28003 Madrid

+34 910 100 599

info@airef.es

www.airef.es

 [Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal \(AIReF\)](#)

 [@AIReF_es](#)