

## **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)<sup>38</sup>.

**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.

---

<sup>38</sup> 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.

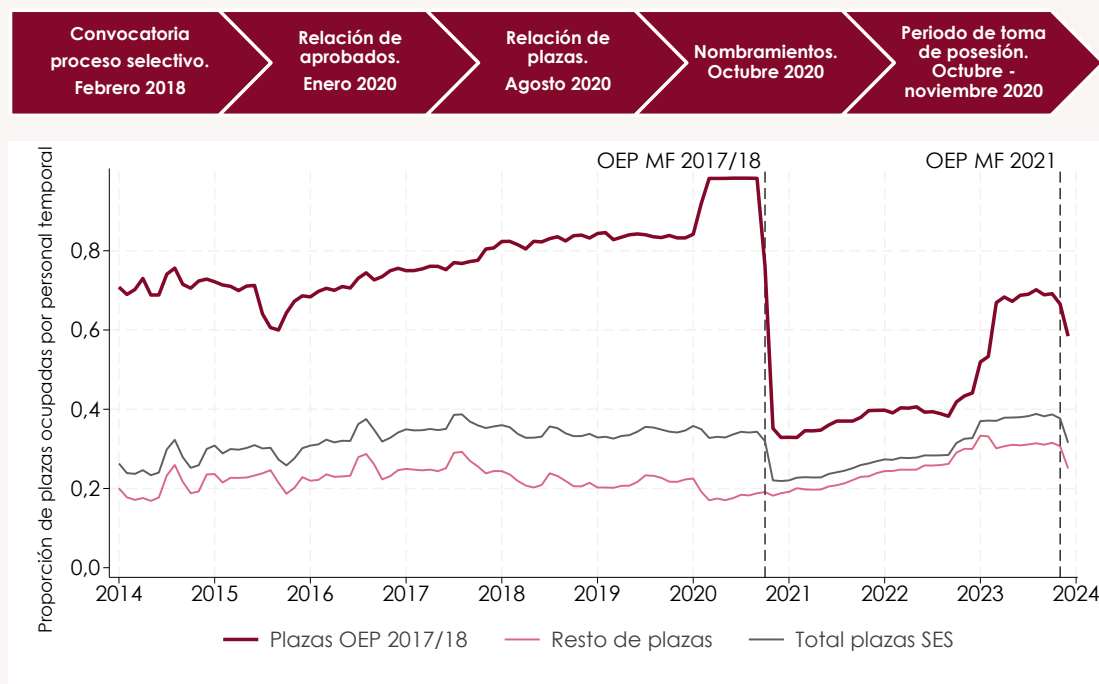
**La OEP de estabilización de 2018 y la OEP ordinaria de 2017 se acumulan en un mismo proceso de selección. Por lo tanto, y como consecuencia del solapamiento de estos procesos en el tiempo, estas OEP se analizan de manera conjunta.** En atención primaria, las OEP de 2017 y 2018 suman un total de 1.201 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.

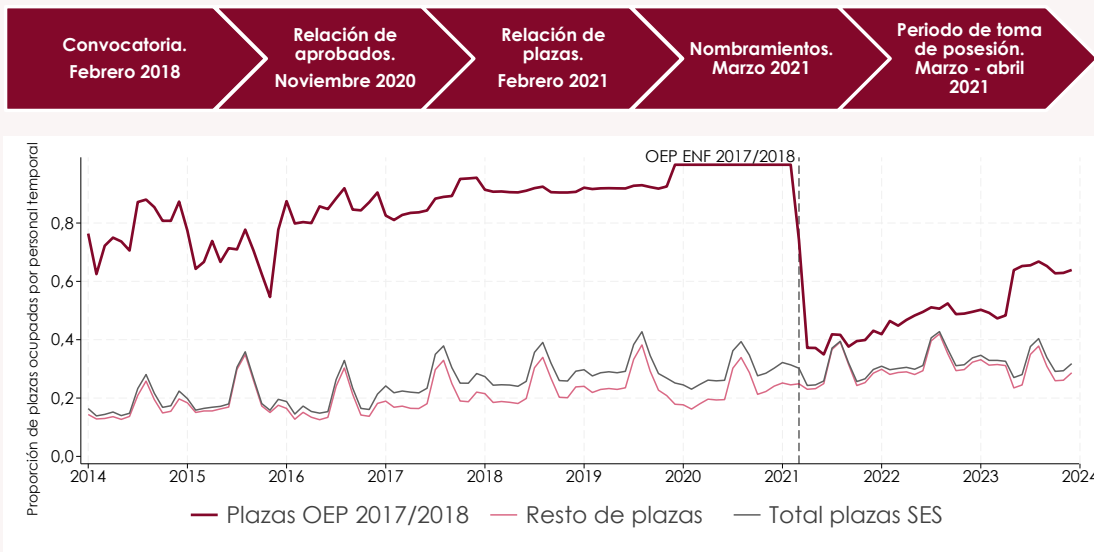
GRÁFICO RE\_2.1. PROCESO DE ESTABILIZACIÓN MEDICINA DE FAMILIA, OEP 2017/2018



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.

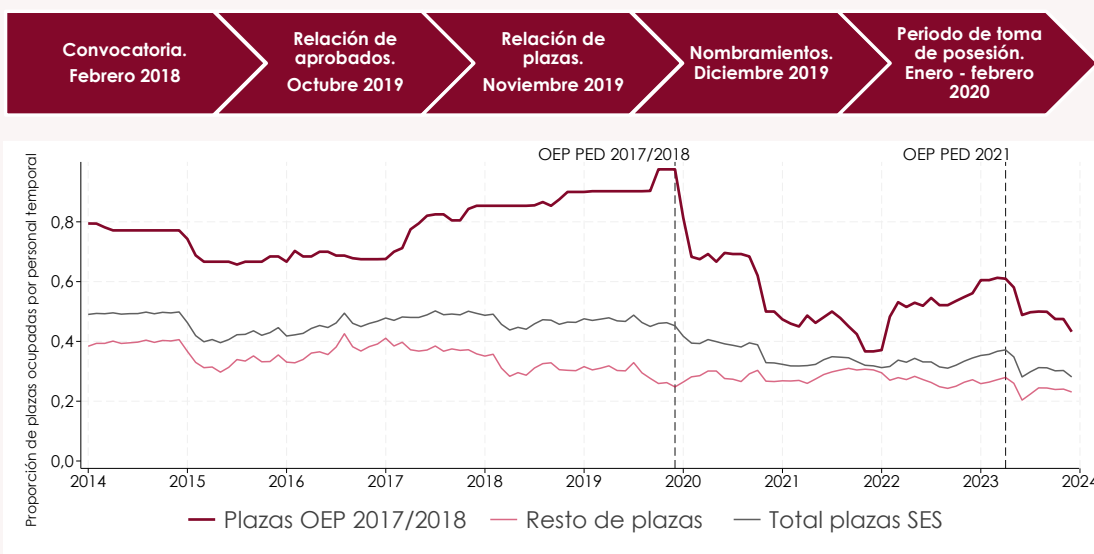
GRÁFICO RE\_2.2. PROCESO DE ESTABILIZACIÓN ENFERMERÍA, OEP 2017/2018



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

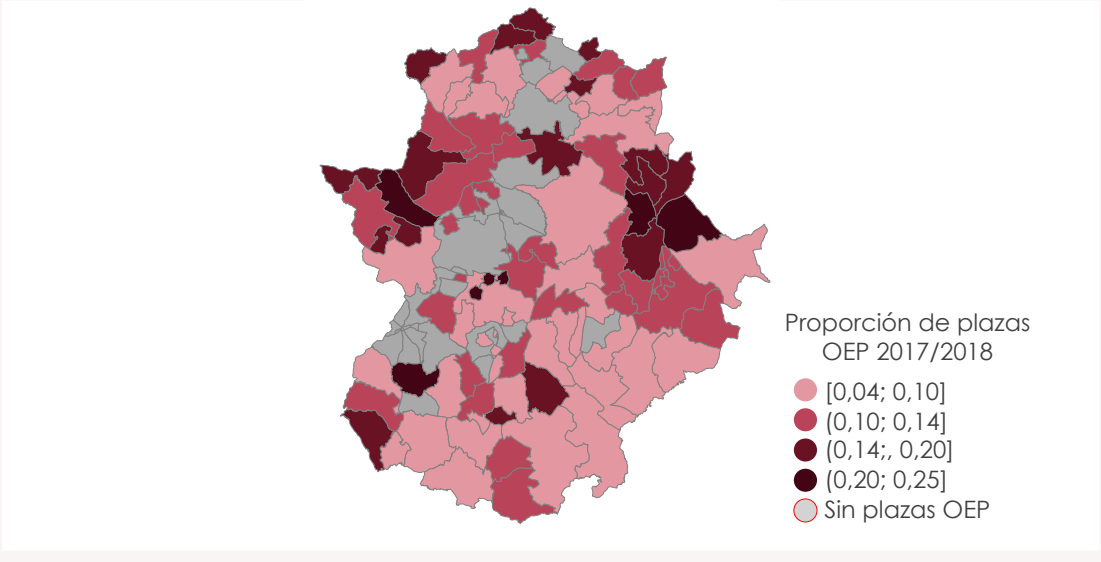


Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

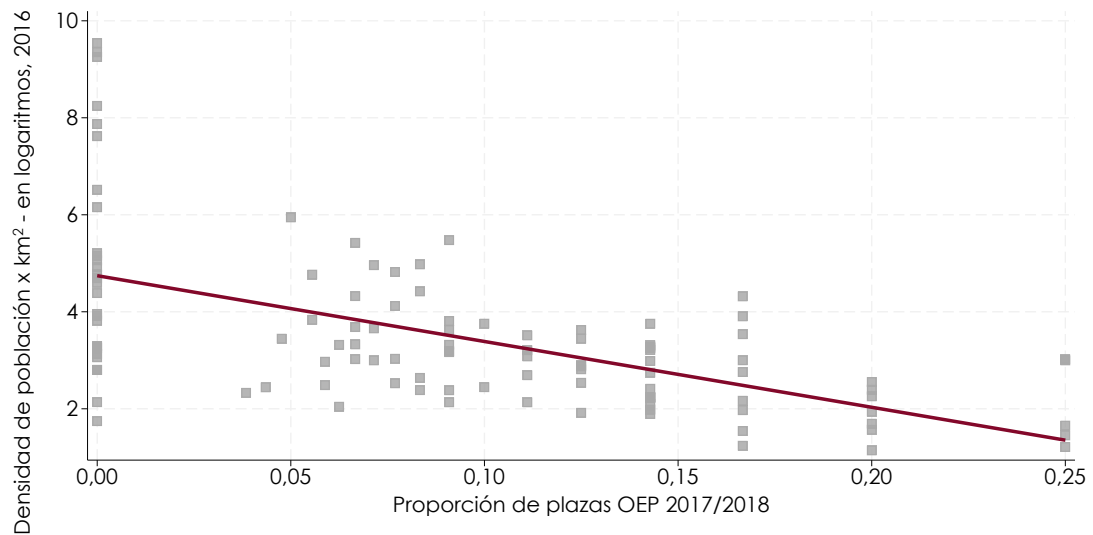
**En medicina de familia, las plazas de las OEP 2017/2018 parecerían estar concentradas en zonas periféricas.** Los gráficos re\_2.4 y re\_2.5 muestran la distribución espacial de la proporción de plazas de la OEP 2017/2018 a nivel de zona básica de salud (panel A), y su correlación con la densidad de 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



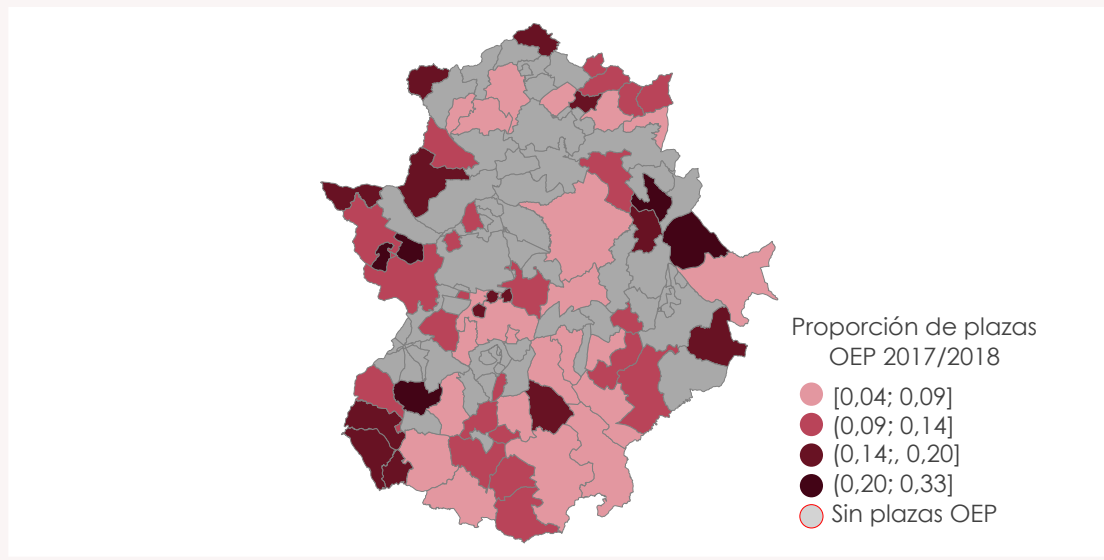
PANEL B. CORRELACIÓN ENTRE PROPORCIÓN DE PLAZAS Y DENSIDAD DE POBLACIÓN



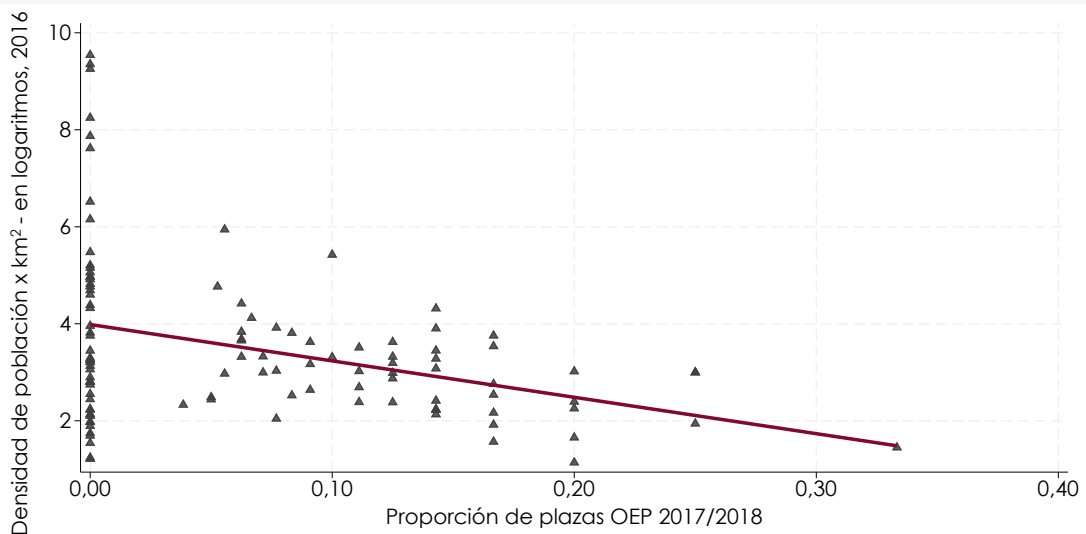
Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

**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



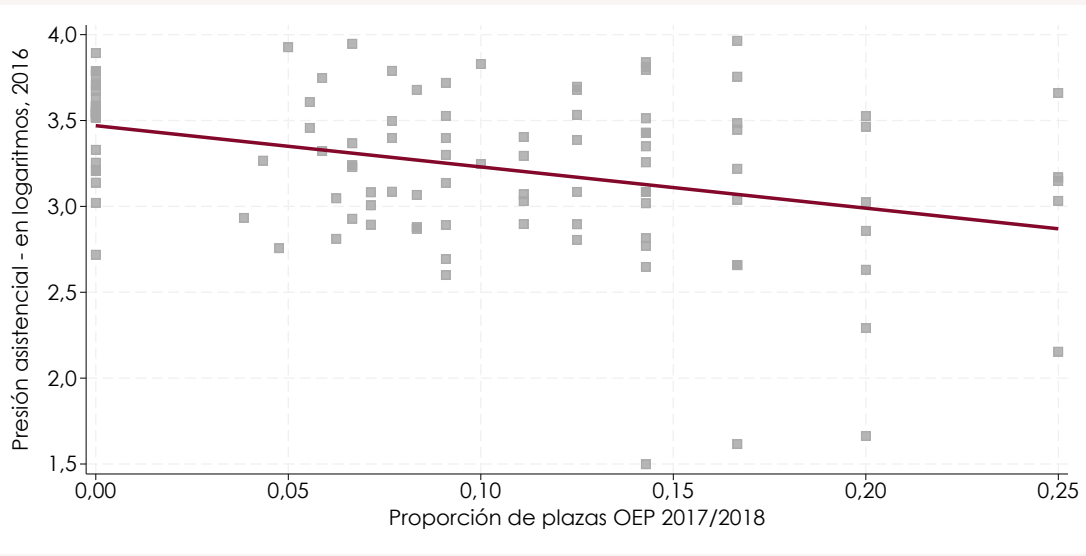
PANEL B. CORRELACIÓN ENTRE PROPORCIÓN DE PLAZAS Y DENSIDAD DE POBLACIÓN

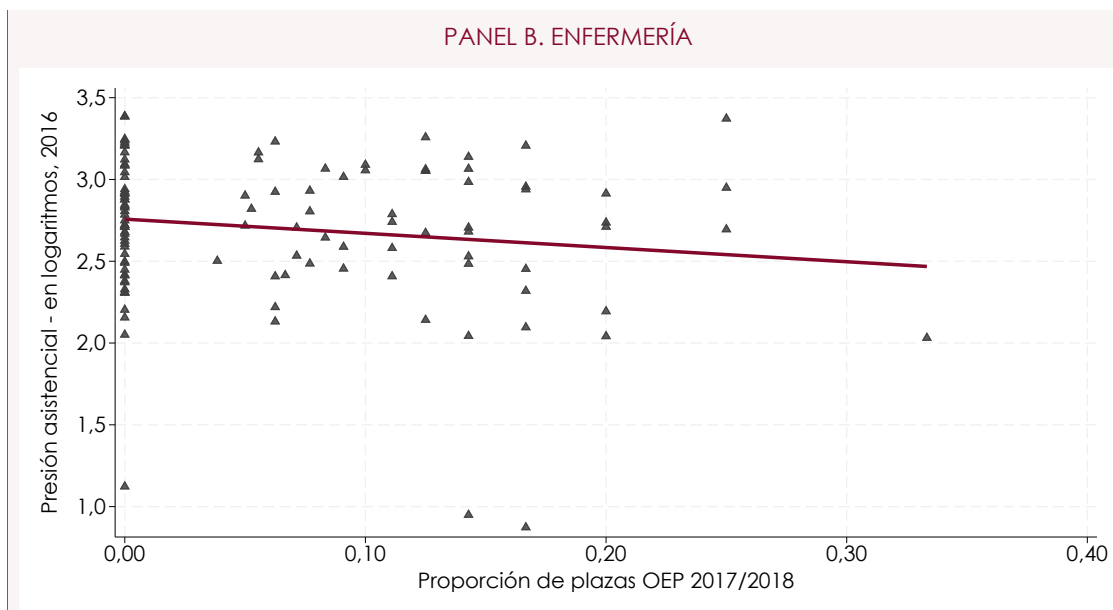


Fuente: AIReF a partir de microdatos proporcionados por la comunidad autónoma.

**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 2017/18<sup>39</sup> a nivel de zona, en el periodo 2014-2023. Además, el análisis se centra en medicina de familia y enfermería<sup>40</sup>.

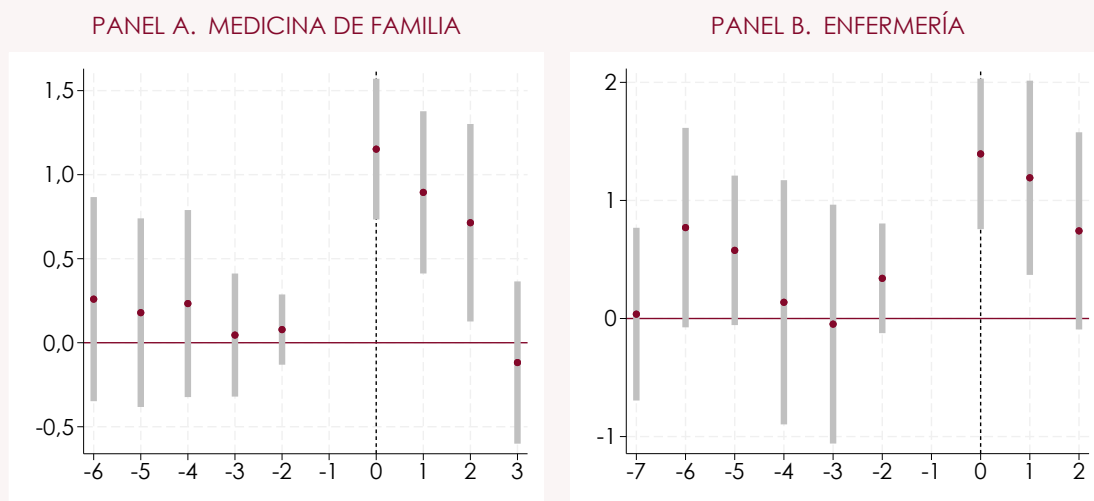
**Se emplea la versión dinámica del modelo de diferencia en diferencias con la finalidad de analizar si existen posibles violaciones del supuesto de tendencias paralelas.** La estimación dinámica permite contrastar si, en caso de que existan efectos, estos perduran en el tiempo, o si por el contrario 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.

<sup>39</sup> Para la construcción de esta variable se utiliza el número de plazas en 2016.

<sup>40</sup> 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)

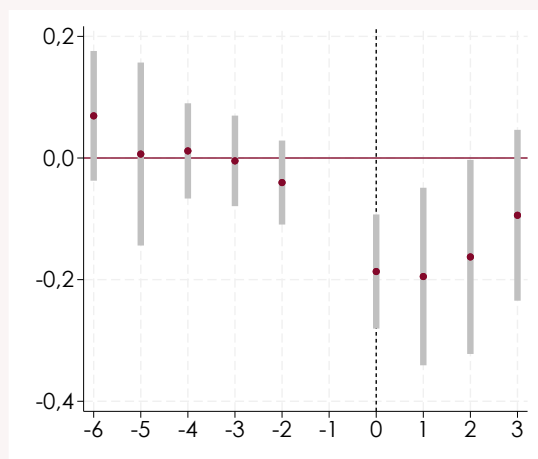
	Medicina de familia		Enfermería	
	MCO	VI	MCO	VI
log (# de Est. fijos)	-0,044* (0,020)	-0,167** (0,055)	0,136 (0,089)	0,080 (0,169)
Estadístico F		18		12
Observaciones	224	224	224	224

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

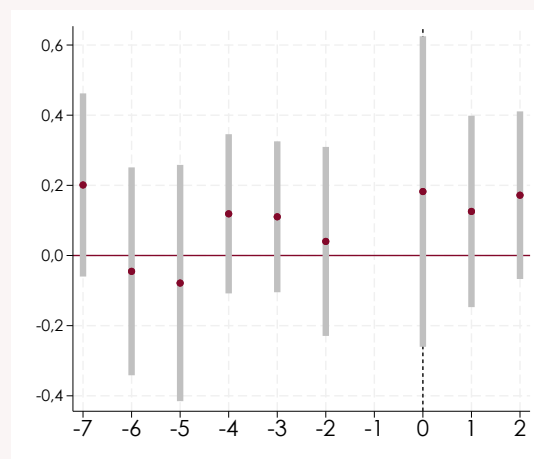
Nota: \* significativo al 10 %, \*\* significativo al 5 %, \*\*\* significativo al 1 %". MCO: mínimos cuadrados ordinarios, VI: variables instrumentales.

GRÁFICO RE\_2.8. RELACIÓN ENTRE NÚMERO DE PROFESIONALES FIJOS Y PRESIÓN ASISTENCIAL (METODOLOGÍA DID)

PANEL A. MEDICINA DE FAMILIA



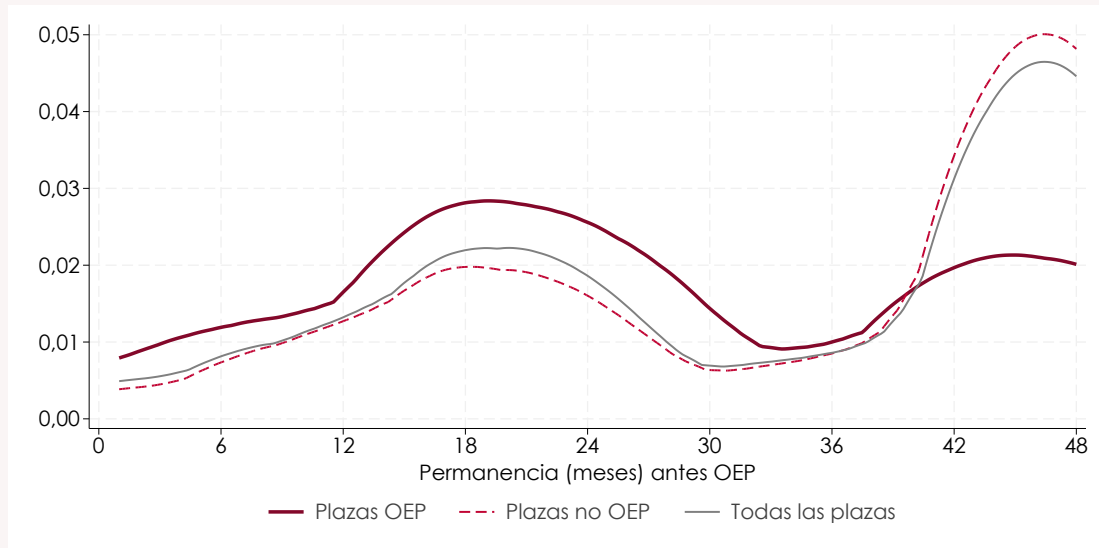
PANEL B. ENFERMERÍA



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.

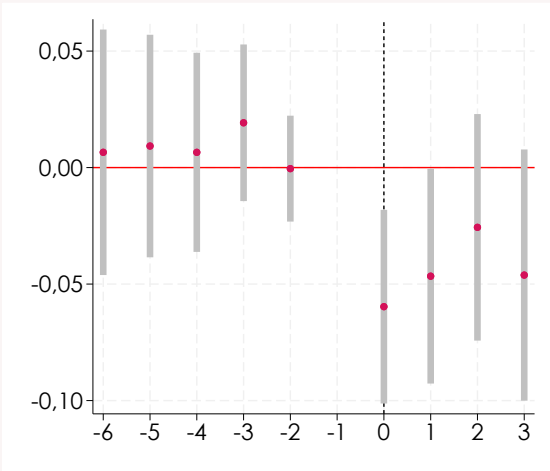
GRÁFICO RE\_2.9. PERMANENCIA EN MESES ANTES DE LA OEP EN MEDICINA DE FAMILIA



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 diferencias 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.