



fedea

Fundación de
Estudios de
Economía Aplicada

**Diferencias de género y temporalidad:
El caso de los profesionales superiores en
el sector sanitario en España***

por

Juan J. Dolado**

Florentino Felgueroso***

DOCUMENTO DE TRABAJO 2007-24

Series: Capital Humano y Empleo
Economía de la Salud y Hábitos de Vida

Junio, 2007

CÁTEDRA Fedea – Santander
CÁTEDRA Fedea – “la Caixa”

* Trabajo preparado para el Monográfico de la Fundación BBVA: *Mujer y diversidad en las profesiones sanitarias: Los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud*. Agradecemos los comentarios de los participantes en un seminario en FEDEA

** Universidad Carlos III & CEPR & IZA

*** Universidad de Oviedo, FEDEA y CEPR

Los Documentos de Trabajo se distribuyen gratuitamente a las Universidades e Instituciones de Investigación que lo solicitan. No obstante están disponibles en texto completo a través de Internet: <http://www.fedea.es>.

These Working Paper are distributed free of charge to University Department and other Research Centres. They are also available through Internet: <http://www.fedea.es>.

Depósito Legal: M-31765-2007

Resumen

La feminización de las profesiones sanitarias de nivel superior ha venido acompañada de un aumento importante en la precariedad laboral a través de sucesivas bajas laborales y contratos temporales intermitentes. Este fenómeno presenta cierto paralelismo con las relaciones laborales en el sector de la construcción, aun tratándose en este caso de trabajadores menos cualificados. En este trabajo se analizan las diferencias de género en las tasas de incidencia de estas bajas laborales, así como sus efectos sobre los salarios y el tiempo trabajado en el sector sanitario a lo largo de la vida laboral. Se desarrollan diversos métodos empíricos para intentar aislar los posibles efectos composición y cohorte derivados de una tasa de feminización mayor que en otras profesiones, en buena medida debida a una reducción por parte de los varones de la demanda educativa de este tipo de estudios. Finalmente, el estudio también se centra en las diferencias de género entre los sectores público y privado de la sanidad en España.

Palabras clave: médicos, diferencias salariales de género, temporalidad, sectores público y privado

Códigos JEL: J22, J44 y J70

1. Introducción

En la actualidad, varios países experimentan una escasez de oferta de personal clave para el sector sanitario, especialmente en profesiones de nivel educativo medio, aunque también en los niveles educativos superiores¹. Esta escasez se produce tanto en el sector hospitalario como en el resto de los servicios de salud, siendo particularmente considerable en sistemas de sanidad predominantemente públicos (incluyendo Australia, Reino Unido, Canadá y Noruega), pero también en otros con mayor orientación hacia el sector privado (EE.UU).

Desde la perspectiva del análisis económico, la escasez de personal sanitario cualificado suele explicarse por los amplios y continuos cambios que han acontecido tanto en la demanda como en la oferta de trabajo.² Por el lado de la demanda cabe destacar tres factores: (i) el proceso de envejecimiento de la población en la mayoría de los países desarrollados que ha aumentado gradualmente la demanda de servicios sanitarios; (ii) el cambio educativo de la población también que también es un factor determinante del aumento de la demanda de servicios sanitarios,³ al aumentar los conocimientos sobre cuestiones relacionadas con la salud, y (iii) los avances médicos que, al expandir la frontera de posibilidades de tratamiento, requieren a su vez de personal con mejor formación. Como consecuencia de estos fenómenos, la demanda de enfermeras diplomadas y médicos no ha cesado de aumentar. Por el lado de la oferta, aparecen otro tipo de determinantes: (i) el envejecimiento del personal sanitario; (ii) el cambio demográfico que ha reducido el número de alumnos matriculados y titulados, y (iii) la existencia de otras alternativas ocupacionales a la Medicina con mayores salarios relativos y niveles de satisfacción laboral, así como menores cargas laborales y necesidades de formación inicial y continua.⁴ En cualquier caso, la oferta viene limitada por la regulación y por las políticas de formación propias de cada país que pueden provocar desajustes frente al aumento de la demanda de servicios sanitarios de la población.

Diversos estudios realizados en los países escandinavos y en el Reino Unido, muestran que la escasez de personal sanitario está ante todo relacionada con condiciones laborales relativamente precarias, tanto en el sector hospitalario como en el resto de la sanidad pública y privada. Esta precariedad desincentivaría la inversión en capital humano, provocando “cuellos de botella”

¹ Ver Simoens et al. (2005) y Simoens y Hurst (2006)

² Shields and Ward, 2001

³ Véase, Jiménez-Martin et al 2003

⁴ Se puede encontrar en Aiken et al. (2000, 2001) evidencia internacional (para seis países) sobre los bajos niveles de satisfacción..

y la necesidad de importar mano de obra procedente de otros países. España se ha caracterizado recientemente por ser a la vez exportadora e importadora de dicha mano de obra. Este hecho, aparentemente paradójico, presenta un cierto paralelismo con los flujos migratorios de los trabajadores de la vendimia, con la importante diferencia de que tiene lugar en mercados de trabajo cualificado.

El objetivo de la primera parte del monográfico se centra en el análisis de la relación existente entre las diferencias de género en el colectivo de los profesionales superiores de la sanidad con uno de los principales factores asociados a la precariedad laboral en España: la contratación temporal.

En la segunda parte se documentan los principales hechos estilizados necesarios para realizar el análisis. En primer lugar, se muestra cómo la feminización de los profesionales superiores de la sanidad ha ido acompañada de una reducción de la oferta educativa y de una menor matriculación de los varones a las facultades de Medicina. En consecuencia, los estudios sobre diferencias de género han de tener en cuenta que las pirámides de edad de las mujeres y varones médicos son muy diferentes, debiendo controlar como, quizás, en ningún otro sector, por los efectos de edad y cohorte. En segundo lugar, la feminización se ha producido sobre todo debido a su la incorporación de las mujeres tituladas superiores al sector público. Aunque el aumento relativo del número de médicos asalariados o autónomos en el sector privado haya sido mayor que el de asalariados en el sector público, estas categorías laborales siguen siendo predominantemente masculinas. En tercer lugar, las tasas de temporalidad en el sector público prácticamente doblan a las del sector privado, y las de las mujeres también duplican las de los varones en ambos sectores. Sin embargo, en los últimos años, la tasa de temporalidad femenina en el sector privado también ha ido convergiendo con dicha tasa en el sector público. Este fenómeno se asocia, en el caso de los médicos, a una mayor precariedad del empleo en forma de sucesión de bajas laborales no voluntarias por terminación de contratos, reflejando una situación similar que se está produciendo en el sector de la construcción, si bien en este caso con trabajadores menos cualificados.

Finalmente, también cabe atribuir a la temporalidad una parte importante de las diferencias salariales de género entre los profesionales superiores de la sanidad. Aunque no se observen diferencias sustanciales en los salarios base por hora, estas diferencias se amplían cuando consideramos períodos más largos de percepción de los salarios. En estos casos, los salarios de las mujeres vienen afectados en mayor medida por los días no trabajados. Por ello, con el fin de analizar las diferencias de género en salarios y temporalidad, resulta imprescindible investigar las diferencias en la proporción de tiempo no

trabajado, relacionado con la frecuencia de bajas laborales no voluntarias por cese de contrato.

El resto del capítulo se estructura como sigue. En la Sección 2, se documentan y analizan en mayor detalle los cuatro hechos estilizados anteriormente mencionados. En la Sección 3, se utilizan varios procedimientos econométricos para estimar los determinantes de las diferencias de género en la frecuencia de bajas no voluntarias, así como la influencia de éstas en la proporción de tiempo trabajado a lo largo de la vida laboral. Finalmente, en la Sección 4 se presentan las principales conclusiones de este estudio.

2. Feminización, sectores público y privado, salarios y temporalidad en España: Hechos estilizados

La feminización de la oferta de trabajo

La feminización de la oferta de trabajo de profesionales de la salud en España se ha producido a lo largo de las últimas dos décadas como resultado de dos procesos distintos. Por una parte, el número de alumnos de estudios de ciclo corto en Ciencias de la Salud casi se ha triplicado entre mediados de los años 80 y principios de este siglo. La presencia de mujeres en este grupo de estudios ha sido tradicionalmente mayoritaria, especialmente en el campo de la enfermería. El número de alumnos de ciclo largo, por su parte, ha disminuido en un 20% durante este período, habiendo aumentado sustancialmente la proporción de mujeres en este tipo de estudios (véase Gráfico A.1)⁵

De hecho, una de las pautas más interesantes de la feminización de los profesionales de la sanidad es el aumento espectacular de la presencia de mujeres con titulaciones universitarias superiores, especialmente en Medicina. Este hecho se puede documentar utilizando los datos de la EPA (véase el Cuadro A1. y el Gráfico 1) o los de médicos colegiados (Gráfico A.2). A partir de estas

⁵ Los datos de alumnos matriculados en Ciencias de la Salud aproximan bastante bien la composición de la titulados del sector, dado que, según el MEC, son los estudios que presentan la mayor tasa de éxito y la menor tasa de abandono, probablemente por la elevada motivación vocacional de los mismos, así como una selección previa con un *numerus clausus* que exigen notas de entrada elevadas. Por otra parte, no resulta sencillo realizar un análisis de los motivos que inducen a los jóvenes a estudiar Ciencias de la Salud, dado que al *numerus clausus* severo se une el hecho de que este tipo de estudios universitarios son los que mayor brecha presentan entre demanda y oferta. En el curso 2004/2005, los ratios entre número de preinscritos y oferta de plazas era de un 316% en el caso de los estudios de Ciclo Largo y un 270% en los de Ciclo Corto, muy lejos de los demás tipos de carrera universitaria que, en algunos casos se acerca al 100% y, en la mayoría, presentan un importante exceso de oferta. En cualquier caso, los datos sobre profesionales colegiados indican que, fruto de este tipo de regulación de la oferta de trabajo a lo largo de los últimos 10 años, el número de diplomados en enfermería ha comenzado a superar ampliamente al de los médicos, cuya tasa de crecimiento ha sido netamente inferior.

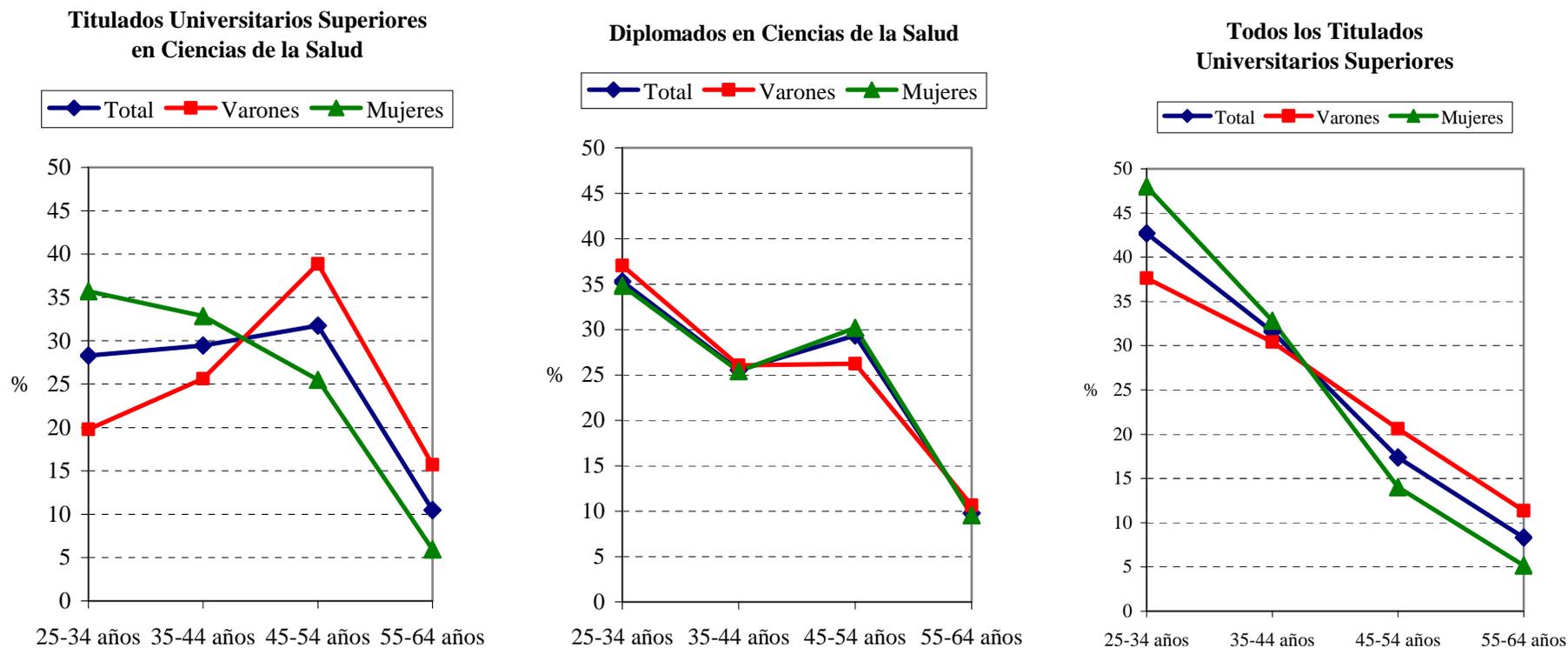
fuentes de información, se constata que se ha alcanzado en la actualidad la “paridad” de género entre la población con este tipo de estudios y edad inferior a 65 años. En el Cuadro A.1, se observa como, entre las cohortes de 55 a 64 años, sólo encontramos un 30% de mujeres, cifra similar al resto de estudios con titulaciones superiores. Sin embargo, la feminización entre los profesionales de la sanidad ha sido muy superior que en el resto de estudios superiores a lo largo de los últimos treinta años: más de 37 p.p. en el caso de las Ciencias de la Salud (un 67,4% de las mujeres de 25-34 años) frente a unos 25 p.p. en las demás titulaciones.

Este aumento de la feminización, combinado con la reducción de la oferta educativa en titulaciones superiores de CC. de la Salud ha dado lugar a unas pirámides de edad muy diferentes a las existentes en otras titulaciones superiores o de inferior nivel en las que la progresiva feminización se ha visto acompañada de un aumento de la oferta educativa.

Mientras que la gran mayoría de profesionales de ambos sexos tienen menos de 45 años en el resto de estudios, entre los varones titulados superiores de CC. de la Salud y, en particular, entre los médicos, más de la mitad de los varones tienen más de 45 años (un 40% entre 45 y 54 años), al tiempo que las mujeres de esta edad no llegan a un tercio (véase Gráfico 1 con datos de la EPA y Gráfico A.2 con datos de médicos colegiados).

En definitiva, la feminización de los titulados superiores de CC. de la Salud ha crecido a una mayor tasa que en los demás estudios. Ello se ha debido no sólo a una mayor incorporación de mujeres a las facultades de medicina, sino también a una reducción del número de varones matriculados, todo ello en un contexto de reducción de la oferta educativa.

GRÁFICO 1: Distribución por cohortes de edad de la población menor de 65 años para cada sexo: titulados superiores y diplomados universitarios en Ciencias de la Salud y todos titulados superiores universitarios (incluyendo los de Ciencias de la Salud, para cada sexo)



Fuente: EPA (2004, medias de los cuatro trimestres)

Feminización del empleo: Sector público versus sector privado

Para analizar la evolución empleo, hemos de tener en cuenta que existe una elevada tasa de pluriempleo entre los profesionales superiores de la sanidad,⁶ lo que implica la necesidad de utilizar distintas unidades de medida que permitan distinguir entre individuos empleados y puestos de trabajo. En concreto, en el Cuadro A.2 se proponen tres tipos de unidad de medida: (i) los individuos en función de su empleo principal, (ii) los individuos considerados como unidad en cada uno de los sectores en los que estén empleados y, finalmente (iii) el empleo equivalente a tiempo completo.⁷

El número de profesionales de la sanidad se ha doblado prácticamente entre 1994 y 2006, con independencia de la unidad de medida utilizada. Exceptuando el grupo clasificado como “Otros profesionales de nivel superior”, puede observarse como el aumento de los profesionales de nivel no superior ha sido mayor, especialmente entre los Técnicos sanitarios y los Auxiliares de Enfermería. Sin embargo, este aumento no se debe al sector de actividades sanitarias donde esta categoría incluso ha perdido peso.

De hecho, cerca de la mitad de los auxiliares están empleados fuera del sector cuando, hace una década, el 80% de los mismos estaba empleado en las actividades sanitarias. En definitiva, el mayor aumento de la demanda de profesionales sanitarios se debe a actividades no sanitarias, especialmente aquellas relacionadas con auxiliares de enfermería y titulaciones de FP. Por otra parte, la variación más notable en la distribución del empleo por profesiones en el sector de la sanidad es la disminución del peso de los auxiliares de enfermería debido a un mayor empleo de enfermeros diplomados. Ello podría explicarse por el progresivo aumento de la demanda de tareas que requieren mayor cualificación, a consecuencia del progreso tecnológico.

En el Cuadro A.2, también queda reflejado cómo la feminización de la oferta de trabajo en los niveles superiores de cualificación se ha trasladado a la composición de los empleos por sexos, especialmente como consecuencia del mayor peso de las mujeres en las titulaciones superiores de médicos y odontólogos⁸.

⁶ Véase Dolado y Felgueroso (2007, en este mismo monográfico)

⁷ Definido aquí de forma similar a la utilizada por la OCDE y Eurostat: el número total de horas dividido por la media de horas semanales del tiempo completo en los empleos principales para cada ocupación a tres dígitos.

⁸ Si incluimos también las actividades y profesiones veterinarias, la EPA nos permite ampliar el estudio de la evolución de la feminización del empleo en los últimos 25 años. El peso de las mujeres en las actividades sanitarias y entre los profesionales de la sanidad no ha parado de crecer, más incluso que su participación en el empleo total de la economía española. En la actualidad, un 70% de las personas empleadas en las actividades sanitarias son mujeres y un 73% entre los profesionales de la sanidad, frente al 41% para toda la economía española. El aumento de este ratio entre los profesionales de la sanidad ha sido de 25 p.p. en los últimos 25 años, el doble que el aumento registrado a nivel de toda la economía. Por otra parte, el peso de las profesiones

Otros hechos destacables son los relacionados con los cambios que se han producido en el sector público y privado, así como en las categorías laborales de asalariados y autónomos. En los Cuadros 2 y A3, se muestran estos cambios utilizando la unidad de medida de empleo equivalente a tiempo completo. El aumento del empleo de los asalariados del sector privado se ha duplicado prácticamente durante la última década, siendo el aumento del empleo de los médicos y odontólogos mayor que en el sector público. Aún ha sido mayor el aumento de médicos autónomos, si bien esta categoría laboral todavía es preponderantemente masculina (sólo un 28% son mujeres). No obstante, el sector público representa en la actualidad un 66% del empleo equivalente a tiempo completo de los médicos, frente al 11% y al 23% del empleo de los asalariados en el sector privado y los autónomos, respectivamente. En el sector público, también destaca una mayor incidencia y aumento de la feminización de los niveles profesionales superiores: un 45% de los médicos del sector eran mujeres en el 2006, 13 p.p. más que en el año 1994.

CUADRO 2: Situaciones laborales en el empleo principal: sector público, sector privado, empleo equivalente a tiempo completo, actividades sanitarias (médicos y odontólogos)

	Índice base 100 en 1994		% sobre el total de las situaciones laborales para cada ocupación			% de mujeres en cada situación laboral y ocupación		
	2000	2006	1994	2000	2006	1994	2000	2006
Asalariados del sector público	139	163	73	69	66	32	34	45
Asalariados del sector privado	200	185	11	15	11	24	47	35
Autónomos	144	248	16	16	23	19	26	28
Total	146	180	100	100	100	29	35	40

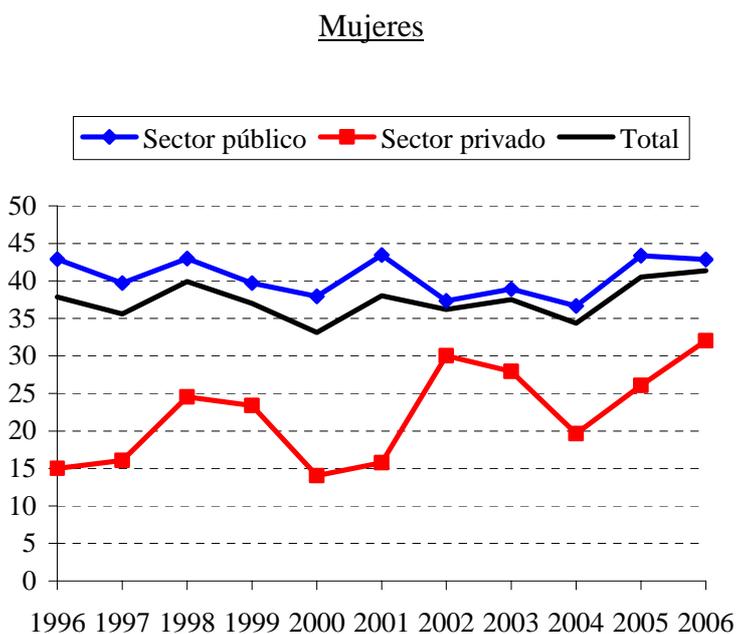
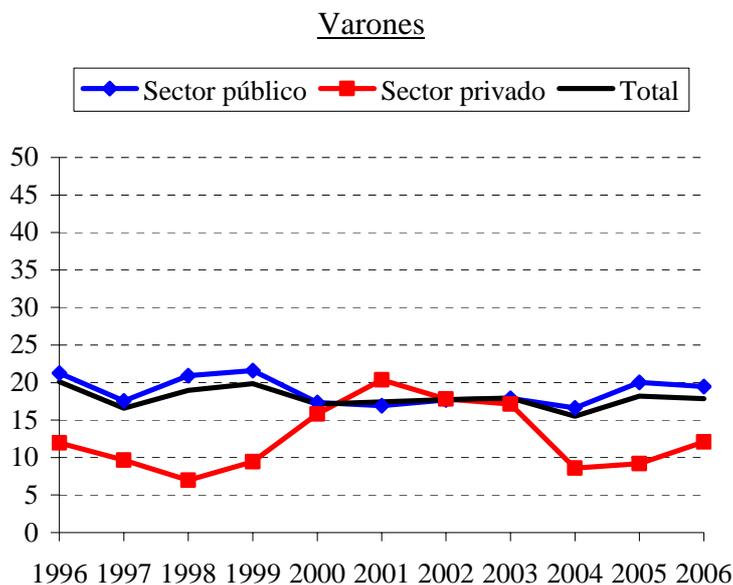
Fuente: EPA

La temporalidad y las bajas no voluntarias

Otro hecho característico de los profesionales de la sanidad es la elevada tasa de temporalidad del empleo asalariado y su diferente incidencia por género. En el Gráfico 2, se muestran las tasas de temporalidad de los médicos y odontólogos, para cada sexo, distinguiendo entre sector público y sector privado. Como puede observarse, dichas tasas se han mantenido estables en el sector público, tanto para los varones como para las mujeres, mientras que las del sector privado han tenido una evolución distinta para cada sexo.

sanitarias en el empleo femenino se ha multiplicado por cuatro desde el último cuarto de siglo. En la actualidad, representa entre 7 y 8% del empleo femenino, mientras que sólo un 4% del empleo total de ambos sexos. Los titulados universitarios superiores llegaron a suponer un 18% del empleo total a mediados de los ochenta (una cuarta parte para las mujeres), mientras que en la actualidad siguen representando entre un 9 y 10% para la población total y para la femenina, respectivamente.

GRÁFICO 2: Tasas de temporalidad en los sectores público y privado. Médicos y odontólogos (1996-2006)



Fuente: EPA

En el caso de los varones, han sido prácticamente similares a las del sector público durante el período 2000-2003, revirtiendo desde entonces a niveles similares a los de la segunda mitad de los 90, casi 10 p.p. por debajo de las del sector público. En cuanto a las mujeres, las tasas de temporalidad han seguido una tendencia creciente que las han acercado recientemente a las del sector público (la diferencia se ha reducido de 30 a 10 p.p. durante la última

década). En cualquier caso, las tasas de temporalidad de los varones han sido tradicionalmente menores que las de las mujeres: la mitad en el sector público, mientras que el sector privado, casi tres veces menos en los últimos años.

Una tasa de temporalidad tan elevada parece estar relacionada con el extraordinario número de bajas no voluntarias debidas a finalización de contratos que se han producido en la sanidad en los últimos 15 años. En el Cuadro 3, se presentan el número de bajas laborales para una submuestra de 7.717 individuos de la Muestra Continua de Vidas Laborales del año 2005, que trabajaron como titulados superiores (Grupo de cotización 1) en el sector de la sanidad.⁹ Se observa la causa más común es la “baja no voluntaria” asociada generalmente con la finalización de un contrato de trabajo en un establecimiento determinado. Este tipo de bajas supera las 160.000 a lo largo de las vidas laborales de las personas que constituyen la muestra, suponiendo un 84,5% de las bajas en el caso de los varones y un 91,8% en el caso de las mujeres, a una media de 12 y 15,6 bajas por persona, respectivamente.

En el Cuadro 4, se presentan el número medio de bajas voluntarias por persona, así como el número medio de bajas voluntarias y el de establecimientos a lo largo de su vida laboral, para cada sexo y grupo de edad. El número medio de bajas no voluntarias crece para ambos sexos hasta los 35-39 años y luego decrece. En cualquier caso, siempre es mayor para las mujeres que para los hombres, alcanzado una diferencia de género máxima a los 40-44 años. Por el contrario, los varones tienen un mayor número de bajas voluntarias originadas generalmente por cambios de empresa, alcanzado también una diferencia máxima con las mujeres entre 40 y 44 años. El número medio de centros de trabajo es similar o incluso superior para las mujeres hasta los 39 años, pasando a ser superior para los hombres hasta los 59 años.

⁹ Los datos utilizados para este artículo proceden de los ficheros de la Muestra Continua de Vidas Laborales del 2005, base de datos recientemente creada por la Tesorería de la Seguridad Social. Las personas integradas en la muestra representan alrededor de un 4% de las que mantuvieron algún tipo de relaciones económicas con la Seguridad Social a lo largo del año 2005. Para estos individuos, se dispone de las trayectorias laborales completas hasta junio del 2006. En la submuestra utilizada en este trabajo, se incluyen también los que han trabajado en otros grupos de cotización de la Seguridad Social en el sector de la Sanidad (CNAE: 851)

CUADRO 3: Número de bajas en la muestra por tipo de causa

Causa de la baja	Varones	Mujeres
Baja voluntaria del trabajador	5.119	3.380
Baja no voluntaria	68.552	92.776
Baja por fusión -absorción	95	57
Baja por fallecimiento	12	2
Baja por pase a la situación .de pensionista	386	37
Baja por servicio militar	64	5
Baja excedencia voluntaria-forzosa	122	107
Baja por huelga legal	2.335	1.110
Baja por agotamiento de incapacidad transitoria	36	19
Baja excedencia cuidado de hijos	14	116
Baja por pase a regulación de empleo	2	
Baja excedencia cuidado familiares	6	1
Baja por revisión socio-sociedad	7	2
Baja por suspensión distinta de las anteriores	19	44
Baja de oficio revisión circunstancias	381	330
Baja por pase a otro régimen de la Seguridad Social	16	1
Baja por modificación contrato o coeficiente	111	169
Otras causas de baja	1.225	705
TOTAL	81.106	101.099

Fuente: Muestra Continua de Vidas Laborales 2005

CUADRO 4: Número medio de bajas no voluntarias y voluntarias, empresas y provincias trabajados en el grupo 1 del sector de la sanidad, por sexo y grupo de edad (empleados en el año 2006).

	<u>25-29</u>	<u>30-34</u>	<u>35-39</u>	<u>40-44</u>	<u>45-49</u>	<u>50-54</u>	<u>55-59</u>	<u>60-64</u>	<u>Total</u>
Número medio de bajas no voluntarias como asalariado de la sanidad									
Varones	1,92	8,55	27,82	18,15	15,30	7,70	6,23	2,16	12,00
Mujeres	1,76	13,04	30,30	21,95	19,54	7,36	6,90	2,33	15,57
Número medio de bajas voluntarias como asalariado de la sanidad									
Varones	0,10	0,41	0,56	0,72	0,72	0,70	0,82	0,62	0,63
Mujeres	0,08	0,39	0,52	0,58	0,59	0,58	0,63	0,55	0,47
Número medio de empresas como asalariado de la sanidad									
Varones	1,22	2,18	3,14	3,44	3,30	3,06	2,70	2,35	2,87
Mujeres	1,19	2,29	3,15	3,15	3,06	2,81	2,46	2,42	2,61

Fuente: Muestra Continua de Vidas Laborales 2005

Los sistemas de determinación de salarios y las diferencias salariales por sexos

El estudio de la evolución de los salarios y, más en concreto, de las diferencias salariales entre los profesionales de la sanidad en España, presenta dos importantes limitaciones: los sistemas de determinación salarial del sector público y del privado difieren y, en el sistema público de salud, se está aún negociando salarios como consecuencia de las transferencias en la gestión del mismo a las CC.AA.

En España, tradicionalmente han existido dos formas de determinación salarial en función del tipo de sector al que perteneciese la institución sanitaria. En el sector público, definido como el antiguo sistema de INSALUD, los salarios se fijaban mediante las leyes de presupuestos con diferentes complementos por CC.AA. en función que ya se hubiera transferido la gestión del sistema de salud público. En el resto de establecimientos, definidos a efectos salariales como “sector privado”, los salarios se determinan mediante convenios colectivos de ámbito provincial. A la vista de estos dos sistemas salariales, Baños, Campal y Felgueroso (2004) han mostrado que, en los años noventa, se produjo una convergencia salarial en el sector privado entre provincias y entre ambos sectores, esto es, convergencia interprovincial en el sector privado y reducción de la brecha público/privado en el sector sanitario, dónde los salarios del primer sector fueron tradicionalmente superiores a los del segundo.

En cuanto a los procesos transferencia de competencias en materia de Sanidad a las CC.AA., más que proceder a una homologación y posible convergencia, se están fijando en cada una de ellas salarios fijos, complementos de productividad y por horas extraordinarias (guardias) muy dispares y con complementos y requisitos distintos por carreras profesionales y exclusividad. Hidalgo y Mata (2004) han realizado un estudio detallado de las diferencias entre CC.AA. en las retribuciones de los médicos españoles, en el que muestran la existencia de importantes variaciones en los diferentes modelos retributivos vigentes en la actualidad en España.¹⁰ Las diferencias se han ido ampliando en varios conceptos, según las características específicas de cada profesional médico. Los complementos de rendimiento e incentivos por calidad o productividad, al igual que la retribución de las horas extraordinarias, se han negociado de forma muy diversa por lo que también son muy variables. La conclusión más interesante de este estudio es que puede llegar a existir un 30%

¹⁰ En concreto, dichos autores cuantificaron las diferencias salariales inter- CC.AA salarios de los médicos del sistema público de salud, comparando los distintos modelos retributivos existentes en cada CC.AA para determinados tipos de médicos, definiendo unas condiciones idénticas para cada uno de ellos, es decir, aplicando las retribuciones que una serie de médicos tipo (según sea de atención primaria o especializada, funcionario o interino, tenga la misma antigüedad, un mismo número de guardias y exclusividad) percibirían, realizando las mismas funciones, en cada uno de los distintos servicios de salud.

de diferencia salarial para el mismo tipo de médico en función del servicio de salud en que preste sus servicios.

Por otra parte, existen comparaciones internacionales que sitúan las retribuciones de los médicos españoles como las más reducidas en la Unión Europea. Estas diferencias se irían ampliando a lo largo de la vida laboral. Por ejemplo, los salarios medios de los médicos al inicio de la vida laboral en el Reino Unido (uno de los lugares preferentes en las migraciones de los médicos españoles) serían unas 2,5 veces superiores a los vigentes en España y 3,3 veces al final de la misma. De hecho, esta característica también parece ser la que diferencia los salarios de los médicos españoles respecto de la de los portugueses, italianos y franceses. Al principio de la trayectoria laboral son muy similares a los de los españoles pero, al final de la misma, se sitúan entre 1,6 y 2,3 veces por encima.

No existen, sin embargo, estudios que analicen las diferencias salariales de género entre profesionales superiores de la sanidad y, más en concreto, que expliquen qué parte de dichas diferencias se debe a una distinta composición por características de los empleados de cada sexo y qué parte se debe a diferencias en los rendimientos de sus características. Este análisis se puede realizar con los microdatos de la Encuesta de Estructura Salarial (EES), siguiendo procedimientos estándar en Economía Laboral.¹¹

Al llevar a cabo este ejercicio con los datos del 2002 (EES-2002), obtenemos los siguientes resultados más significativos:

- Las diferencias salariales de género en el sector sanitario ascienden al 38%, siendo las segundas más elevadas entre los doce sectores que permite distinguir la EES-2002 (sólo algo inferiores al Sector Financiero). También es el sector en el que dichas brechas salariales se explican en mayor medida por las diferencias en la composición del nivel educativo de los trabajadores, debido a esencialmente a la presencia mayoritariamente masculina en las ocupaciones con salarios más elevados (médicos) y a la femenina en ocupaciones con salarios más bajos (enfermeras, auxiliares, etc.)
- Entre los titulados universitarios superiores, las diferencias salariales se explican en gran medida por el efecto composición de edad: la mayor presencia

¹¹ En concreto, se realizan regresiones por el método de mínimos cuadrados ordinarios de ecuaciones salariales *Mincerianas*, una para cada sexo (la variable dependiente es el logaritmo salarial y las independientes intentan captar el stock de capital humano de las personas). A continuación, con los resultados de estas regresiones, se calcula la conocida descomposición de Oaxaca-Blinder que permite separar las diferencias salariales medias entre hombres y mujeres en dos partes: una debida a diferencias medias de las características de cada sexo y otra que se refiere a un distinto rendimiento de estas características.

de varones de edad avanzada y la menor presencia de mujeres más jóvenes (hecho que se ilustró al principio de esta sección).

- Al realizar las estimaciones para distintos tipos de salarios- tales como el salario hora base, el salario total por hora, el salario por mes o por año- así como para cada tipo de ocupación, obtenemos que las diferencias salariales de género presentan gran variabilidad (véase Cuadro 5). Las diferencias de género en los salarios base son muy reducidas, siendo incluso superiores para las mujeres en las profesiones de enfermeros y auxiliares. Además, se explicarían sólo por las diferencias en características. Sin embargo, las diferencias salariales a favor de los hombres pasan a ser significativas cuando se incorporan complementos (productividad, guardias, etc.) y se consideran los salarios percibidos en períodos de tiempo más amplios. Así, para los titulados superiores, la diferencia pasa del 6,3% a favor de los varones en el salario base por hora al 19,1% en el salario total anual. Un incremento tan notable también se observa entre los auxiliares, pero no entre los profesionales de nivel medio de la sanidad. Además, en el caso de los profesionales de nivel superior, las diferencias de género en los salarios anuales se explicarían por partes iguales en función de las diferencias en características y las diferencias en los rendimientos.

CUADRO 5: Diferencias salariales medias entre varones y mujeres por tipo de salario (Entre paréntesis, contribución de las diferencias en rendimientos)*

	Salario base hora/mes	Salario total hora/mes	Salario mes	Salario año
Prof. Nivel Sup	6,3 (-2,3)	15,7 (46,3)	14,7 (42,8)	19,1 (50,3)
Prof. Nivel Medio	-3,7 (27,5)	5,6 (58,7)	5,8 (51,6)	5,3 (73,1)
Auxiliares	-3,7 (-11,9)	11,9 (39,6)	15,8 (39,9)	18,1 (27,9)

(*) Calculado por método de descomposición de Oaxaca-Blinder (medias), variables independientes: especialización educativa (para prof. de nivel superior) y niveles educativos (para auxiliares), antigüedad en la empresa, tamaño centro, publico/privado, antigüedad, temporalidad, CCAA, meses afectados salario anual. Profesionales de nivel superior, CNO = 21: Prof. asociadas a titulaciones de 2º y 3º ciclo universitario, ciencias naturales y sanidad; Profesionales de nivel medio, CNO = 27: Auxiliares: CNO = 51: Profesionales asociadas a titulaciones de 1º ciclo universitario en ciencias naturales y sanidad; 51: Trabajadores de los servicios personales Fuente: Encuesta de Estructura Salarial (2002)

- La parte más importante del efecto composición en los profesionales de nivel superior se debe a las diferencias en las tasas de temporalidad de hombres y mujeres, contribuyendo en un 30% a explicar de las diferencias salariales anuales de los titulados superiores. Las diferencias son más pronunciadas para los salarios totales, y especialmente para los anuales. Como puede observarse en el Cuadro 6, los coeficientes estimados- interpretables como diferencias salariales entre un trabajador indefinido y uno temporal- son muy similares para cada sexo y aumentan a medida que pasamos de los salarios base por hora hasta

los salarios anuales. Otra variable importante es si el empleo tiene lugar en el sector público o en el privado. Se observa aquí también que los coeficientes estimados no son muy diferentes entre sexos. En ambos casos, las diferencias se producen en los salarios por hora/mes y en los salarios mes, pero no son significativas para los salarios base mes, ni para los salarios anuales. Finalmente, también se observa un comportamiento similar de los salarios en su relación con la antigüedad en la empresa para cada sexo. Cuando se usa el salario base hora, no se observan efectos significativos hasta pasados unos 10 años (para las mujeres) o 15 años (para los varones), mientras que para los salarios hora/mes y salario mensual total ya se observan diferencias por antigüedad a partir del primer quinquenio. En el salario anual total, las diferencias ya son observables desde el primer año

**CUADRO 6: Coeficientes las regresiones de ecuaciones salariales
(Mínimos Cuadrados Ordinarios, Profesionales Superiores de la Sanidad)**

	Salario base hora/mes		Salario total hora/mes		Salario mes		Salario año	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Sector								
Público	0,05	0,03	0,21***	0,20***	0,20***	0,20***	0,10	0,06
Contrato temporal	-0,05	-0,03	-0,27***	-0,24***	-0,29***	-0,26***	-0,32***	-0,31***
Antigüedad:								
< 1 años	-	-	-	-	-	-	-	-
1-2 años	-0,01	0,00	0,02	0,01	0,02	0,01	0,29***	0,32***
3-4 años	-0,04	-0,06	0,06	-0,01	0,05	-0,02	0,33***	0,33***
5-9 años	0,05	0,03	0,15***	0,15***	0,14***	0,15***	0,42***	0,52***
10-14 años	0,03	0,10*	0,15***	0,18***	0,15***	0,15***	0,42***	0,53***
15-19 años	0,19***	0,13*	0,20***	0,26***	0,21***	0,24***	0,49***	0,58***
20-24 años	0,26***	0,29***	0,28***	0,25***	0,24***	0,26***	0,55***	0,65***

(*) Variables independientes: especialización educativa, antigüedad en la empresa, tamaño centro, publico/privado, antigüedad, temporalidad, CCAA, días (meses) afectados en el salario mensual (anual) por no haber trabajado

*** significativo al 1%, ** significativo al 5%, * significativo al 10%

Fuente: Encuesta de Estructura Salarial (2002)

3. Diferencias de género en las bajas laborales no voluntarias

En las sección anterior, se documentaron las importantes diferencias salariales de género que pueden ser motivadas por efectos composición por edades, pero también por las distintas tasas de temporalidad entre hombres y mujeres. Estas tasas de temporalidad, a su vez, están muy asociadas con el elevado número de bajas no voluntarias entre los profesionales superiores de la sanidad.

En esta sección se analizan en mayor detalle las diferencias de género en relación con este fenómeno. En primer lugar, con el propósito de aislar posibles efectos cohorte, utilizamos los historiales laborales de la Muestra Continua de Vidas, analizando cuál ha sido el número de bajas laborales voluntarias y no voluntarias, así como el número de establecimientos en los que trabajaron los individuos de la submuestra en el sector de la Sanidad desde el inicio de su vida laboral hasta el momento en el que cumplieron los 35, 45 y 55 años. Estos resultados se presentan en los Gráficos 3a-3b, en cuyos ejes de abscisas aparecen las edades de las personas a mediados del año 2006.

Tal como se observa en el Gráfico 3a, el número medio de bajas no voluntarias, o por cese de contrato, ha aumentado de forma notable, sobre todo durante la última década. Para los médicos más jóvenes (los que acaban de cumplir 35 años), este número ya supera la media de 25 bajas no voluntarias, cuando para los que nacieron sólo cinco años antes, solo era de 10, y, para los que nacieron en la década anterior sólo era de 5. Si nos remontamos más allá en el tiempo, para los médicos que cumplieron 35 años a mediados de los 80, la media de bajas no voluntarias era sólo de 1 por persona.

El gráfico no muestra patrones significativamente diferentes para hombres y mujeres entre las cohortes más jóvenes. La única diferencia notable se sitúa entre los que nacieron en el período 1956 y 1960. En esta cohorte, las mujeres habían experimentado ya más de 6 bajas no voluntarias de media antes de cumplir los 45 años.

El número de bajas voluntarias, sin embargo, muestra patrones bien distintos. Aunque siempre con una media menor de 1 por persona, ha ido disminuyendo para todas las cohortes, excepto para la última, hasta llegar a los 35 años de edad y, en cualquier caso, siempre es mayor en el caso de los varones para todas cohortes de edad y hasta los 35, 45 y 55 años. El número medio de establecimientos, por su parte, se ha ido incrementando de forma continua entre cohortes, no constituyendo un fenómeno propio de la última década. En la actualidad es el doble entre las personas que han cumplido recientemente 35 años y aquellos que los cumplieron antes del año 1980.

En resumen, el mercado de trabajo de los profesionales de la sanidad parece haber sufrido una progresiva precarización, en el sentido de tener empleos más inestables, esencialmente mediante la sucesión de múltiples contratos en los mismos establecimientos. En la última década, esta precarización habría aumentado de forma considerable.

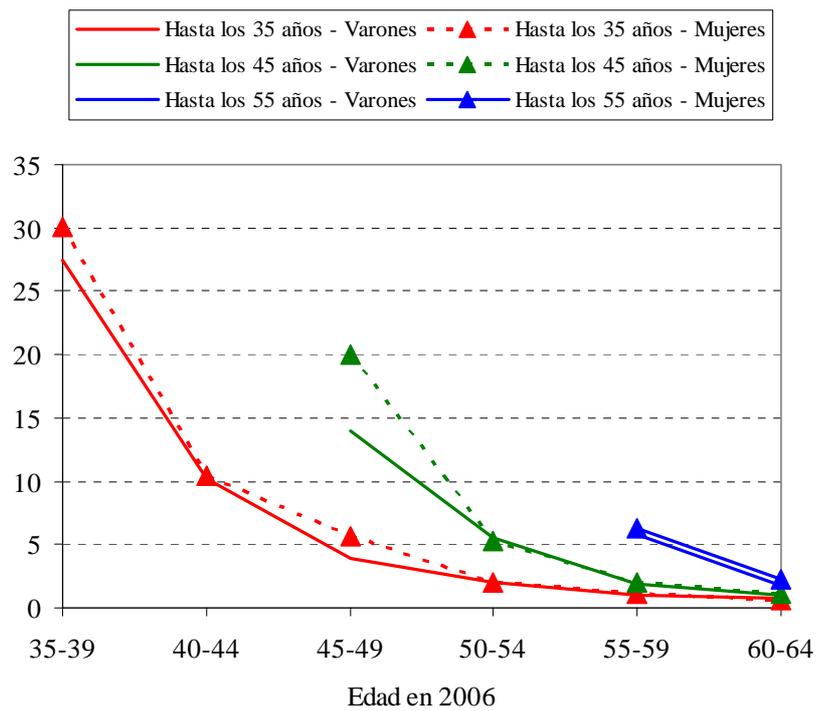
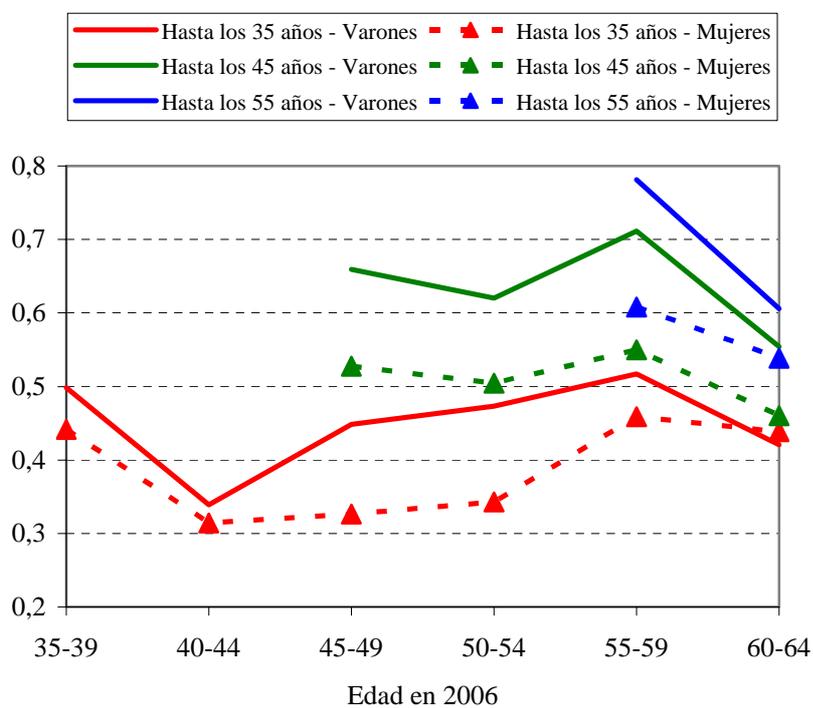
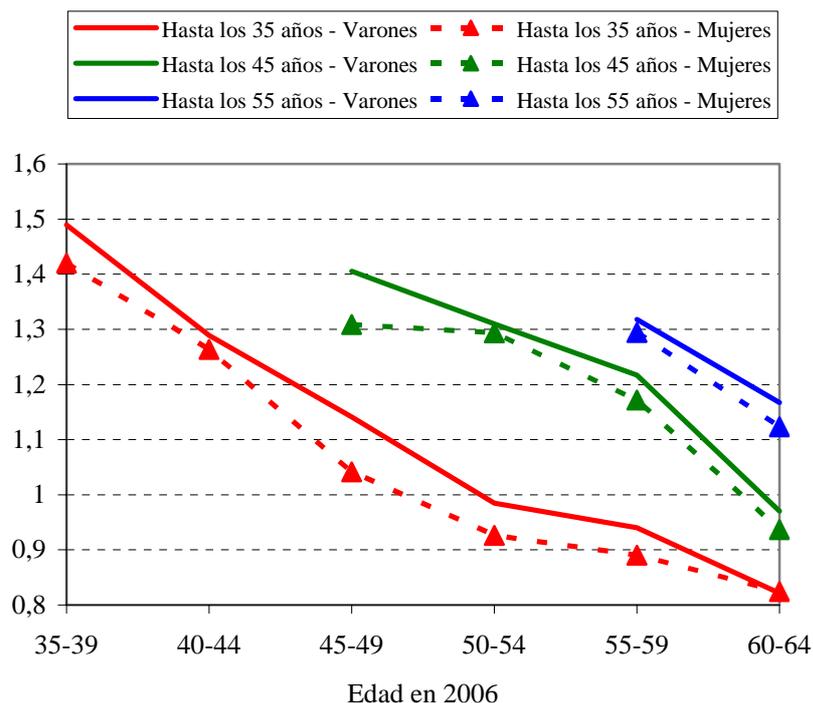
GRÁFICO 3a: Número de causas de baja no voluntaria**GRÁFICO 3b: Número de causas de baja voluntaria**

GRÁFICO 3c: Número de establecimientos

Fuente: Muestra Continua de Vidas Laborales 2005

Los datos que se acaban de ilustrar gráficamente también se pueden utilizar para analizar, mediante modelos de regresión, cuáles son los determinantes de las bajas voluntarias y no voluntarias y del número de establecimientos. Los resultados de estas regresiones se muestran los Cuadros 6a-6c, enfatizándose en qué medida influye el efecto cohorte. En las dos primeras columnas, se presentan los resultados de las regresiones binomiales negativas que utilizan toda la submuestra, incluyendo variables de interacción entre la edad y la variable de género (variable artificial que toma el valor de 1 para las mujeres).¹² En las tres siguientes columnas, se realizan regresiones del mismo tipo, pero con aquellas personas que ya hayan alcanzado las edades de 35, 45 y 55 años, respectivamente, considerando el número de bajas y de empresas hasta alcanzar estas edades como variables dependientes.

En la primera columna del Cuadro 6a, podemos observar como la variable de género (“ser mujer”) tiene un coeficiente positivo y significativo (i.e., coeficientes estimados transformados en ratios de tasas de incidencia por encima de 1). Lo mismo ocurre con el efecto de la edad. Sin embargo, la interacción entre sexo y edad (segunda columna) anula el efecto de género. Si realizamos ésta última estimación hasta los 35 años, 45 años y 55 años para controlar un posible efecto cohorte, vemos cómo se recupera el efecto género hasta los 45

¹² La distribución binomial negativa es similar a la exponencial, excepto que se permite que la media difiera de la varianza (“sobre-dispersión”).

años. Hasta los 35 años no se observa un efecto género, excepto para las mujeres que tenían 45 a 49 años en 2006. Sin embargo, hasta los 45 años, el efecto género positivo vuelve a estar presente, mientras que pasa a ser negativo hasta los 55 años.

De acuerdo con las regresiones binomiales utilizadas para modelizar el número de causas voluntarias asociadas con el abandono (primera columna del Cuadro 6b) obtenemos que el coeficiente de género es negativo y significativo aunque, al igual que para el número de causas de bajas no voluntarias, desaparece para toda la muestra cuando se interacciona edad con género. Sin embargo, vuelve a recuperarse este efecto género negativo, independientemente de la edad, cuando se estima hasta los 35, los 45 y los 55 años, desapareciendo el efecto de la interacción entre el sexo y la edad.

Finalmente, en el Cuadro 6c se presentan los resultados las regresiones binomiales negativas correspondientes al número de empresas en los que cada individuo ha trabajado como asalariado en la sanidad desde su primer empleo. Son muy similares a las del abandono no voluntarios, excepto por el signo contrario en las diferencias de género. Si utilizamos toda la muestra, de nuevo se observa como el coeficiente de la variable de género es negativo y significativo si bien, una vez más, desaparece para toda la muestra cuando se interacciona edad con género. Solo se vuelve a recuperar un efecto negativo cuando se estima hasta los 45 años.

CUADRO 6a: Determinantes del número de causas baja no voluntarias
Regresiones binomiales negativas (ratios de tasas de incidencia)

	Toda la muestra		Hasta los 35 años	Hasta los 45 años	Hasta los 55 años
Mujer	1,20***	1,06	1,10	1,29***	0,67***
30-34 años	6,23***	3,82***			
35-39 años	14,54***	13,53***			
40-44 años	9,99***	6,84***	0,56**		
45-49 años	6,95***	5,53***	0,17***		
50-54 años	2,95***	2,76***	0,09***	0,40***	
55-59 años	2,31***	2,68***	0,06***	0,21***	
60-64 años	0,92	0,53	0,06***	0,08***	0,25***
Mujer x 30-34 años		0,26			
Mujer x 35-39 años		0,20			
Mujer x 40-44 años		0,24	0,83		
Mujer x 45-49 años		0,20	1,29*		
Mujer x 50-54 años		0,19	1,03	0,86	
Mujer x 55-59 años		0,19	1,00	0,80	
Mujer x 60-64 años		0,43	1,01	1,15	1,58*
Edad primer empleo asalariado sanidad	1,04***	1,04***	0,85***	0,98***	1,04***
N	5613	5613	4151	2685	778
R ² ajustado	0,046	0,046	0,116	0,078	0,086

Nota: las estimaciones incluyen un efecto fijo provincial (provincia de afiliación)
 (***) significativo al 1%, (**) significativo al 5%, (*) significativo al 10%

CUADRO 6b: Determinantes del número de causas baja voluntarias
Regresiones binomiales negativas (ratios de tasas de incidencia)

	Toda la muestra		Hasta los 35 años	Hasta los 45 años	Hasta los 55 años
Mujer	0,82***	0,76	0,79*	0,84*	0,74*
30-34 años	5,11***	3,93***			
35-39 años	7,45***	5,83***			
40-44 años	9,06***	8,90***	0,62		
45-49 años	9,88***	8,48***	1,09		
50-54 años	9,89***	8,81***	1,16	1,06	
55-59 años	12,06***	11,80***	1,05	1,42	
60-64 años	11,24***	9,71***	1,31	1,37	0,69
Mujer x 30-34 años		0,38			
Mujer x 35-39 años		0,36			
Mujer x 40-44 años		0,31	1,07		
Mujer x 45-49 años		0,33	0,91		
Mujer x 50-54 años		0,33	0,87	0,92	
Mujer x 55-59 años		0,32	1,13	0,85	
Mujer x 60-64 años		0,40	1,13	0,87	1,23
Edad primer empleo asalariado sanidad	0,93***	0,93***	0,83***	0,90***	0,92***
N	5613	5613	4151	2685	778
R ² ajustado	0,070	0,070	0,113	0,091	0,112

Nota: las estimaciones incluyen un efecto fijo provincial (provincia de afiliación)
 (***) significativo al 1%, (**) significativo al 5%, (*) significativo al 10%

CUADRO 6c: Determinantes del número de empresas
Regresiones binomiales negativas (ratios de tasas de incidencia)

	Toda la muestra		Hasta los 35 años	Hasta los 45 años	Hasta los 55 años
Mujer	0,96***	0,99	0,96	0,92**	0,93
30-34 años	2,03***	1,84***			
35-39 años	2,92***	2,87***			
40-44 años	3,08***	3,50***	0,81**		
45-49 años	3,18***	3,48***	0,77***		
50-54 años	2,99***	3,22***	0,54***	0,78***	
55-59 años	2,77***	2,98***	0,44***	0,64***	
60-64 años	2,73***	2,49***	0,53***	0,40***	0,76*
Mujer x 30-34 años		0,10			
Mujer x 35-39 años		0,09			
Mujer x 40-44 años		0,08	0,99		
Mujer x 45-49 años		0,08	0,96		
Mujer x 50-54 años		0,08	1,00	1,01	
Mujer x 55-59 años		0,09	1,08	0,95	
Mujer x 60-64 años		0,13	1,06	1,06	1,03
Edad primer empleo asalariado sanidad	0,96***	0,96***	0,88***	0,91***	0,97***
N	5613	5613	4151	2685	778
R ² ajustado	0,081	0,081	0,184	0,036	0,075

Nota: las estimaciones incluyen un efecto fijo provincial (provincia de afiliación)
 (***) significativo al 1%, (**) significativo al 5%, (*) significativo al 10%

En el análisis previo no se recogieron las posibles diferencias debidas a la elección de especialidades distintas por sexos y a la situación al inicio de la carrera profesional. El método que utilizamos a continuación para profundizar en el control de los efectos edad y cohorte es el del “emparejamiento”. Este método consiste en analizar las diferencias que se producen entre dos personas que son similares en el inicio de la vida laboral, estudiando sus trayectorias hasta la actualidad. En concreto, las parejas elegidas reúnen las siguientes condiciones: (i) estar en el mismo grupo de cotización, (ii) haber nacido el mismo año, y (iii) haber comenzado a trabajar en el sector de la sanidad en el mismo año y en la misma provincia (lo que permite controlar en parte el tipo de especialización y las diferencias no observables que puedan generar distintos comportamientos de movilidad en el inicio de la carrera laboral).

Si permitimos que una misma persona se pueda emparejar con todas aquellas presentes en la muestra que reúnan sus mismas características, la elección de estos criterios da lugar a la formación de 3.475 parejas. Además de las parejas mixtas, también se ha permitido que se formasen parejas *unisex*, de manera que estas últimas puedan servir de control de las diferencias observadas en las primeras.

En los Gráficos 3 y 4, se presentan los principales resultados descriptivos de este ejercicio para las diferencias en el número de bajas no voluntarias. En

concreto, en el Gráfico 3, se muestran las funciones de densidad *kernel* de las diferencias para cada tipo de pareja. Para las parejas mixtas, las diferencias se definen como el número de bajas del varón menos el de la mujer. Como puede observarse, los tres gráficos (el de parejas *unisex* masculinas, el *unisex* femeninas y el de parejas mixtas) se superponen prácticamente uno sobre el otro, de forma que, controlando por la edad actual y la edad y la provincia en el inicio de la vida laboral, no observamos prácticamente ninguna diferencia entre individuos del mismo o distinto sexo.

En el Gráfico 4, se presenta la distribución de parejas mixtas en función de que tengan el mismo número de bajas o que sea el varón o la mujer el que tenga un número de bajas superior. También se observa que - excepto los más jóvenes (de 25 a 29 años) donde hay un 45% de parejas con idéntico número de bajas no voluntarias- el porcentaje de parejas en las que la mujer tiene un mayor número de bajas es similar al de aquellas donde ocurre lo contrario. Además, estos dos tipos de parejas se mantienen proporcionalmente bastante estables con la edad, decreciendo sólo ligeramente el primer tipo a favor de la proporción de parejas con igual número de bajas.

GRÁFICO 3: Funciones de densidad *kernel* de las diferencias en bajas no voluntarias para parejas mixtas y *unisex*.

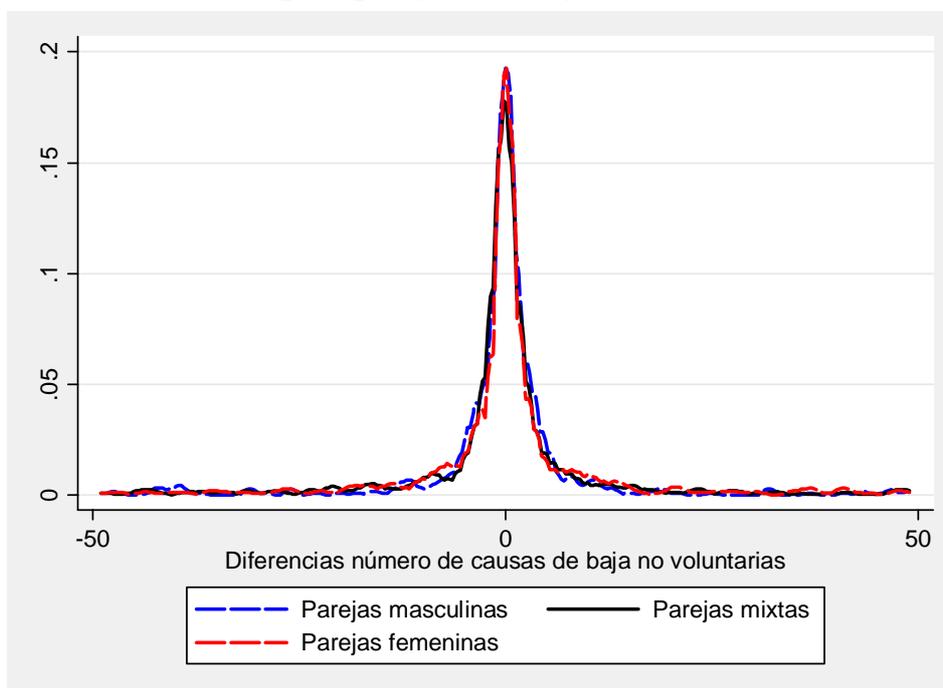
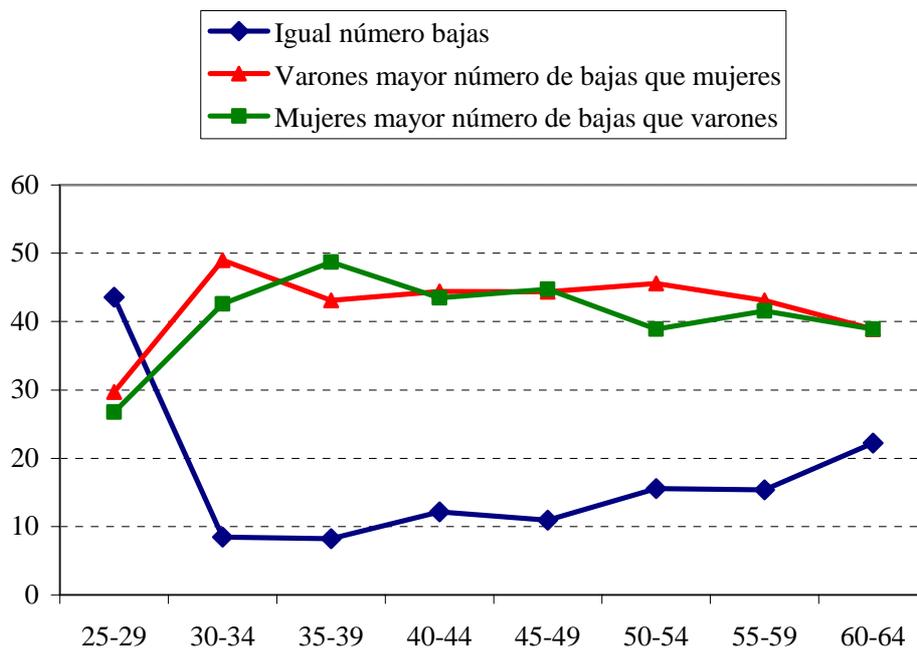


GRÁFICO 4: Distribución de las parejas mixtas en función de que el número de bajas de los dos miembros sea igual, sea superior el de la mujer o sea superior el del varón.



Finalmente, en el Cuadro A4, se presentan los resultados procedentes de la estimación de un modelo logit multinomial en el que la categoría de referencia sea aquella en que los integrantes de la pareja tengan el mismo número de bajas no voluntarias en relación con las dos alternativas a modelizar: (i) que el primero tenga más bajas que el segundo, y (ii) que el segundo tenga más bajas que el primero. El mismo ejercicio se realiza para el número de bajas voluntarias y el número de empresas. El resultado principal que se obtiene es que la probabilidad de que una de las dos personas supere a la otra en número de bajas (es decir, en las dos situaciones alternativas a la de referencia) depende de la edad de la pareja, lo que refuerza la evidencia presentada en el Gráfico 4. Por otra parte, ocurre que los coeficientes del tipo de pareja y de su interacción con la edad, cuando aparecen como significativos, lo hacen con valores casi simétricos en las dos situaciones alternativas. Ello viene a confirmar que- al menos en el número de bajas voluntarias, bajas no voluntarias y establecimientos- no se obtienen diferencias de género una vez que se controla por la edad actual y situaciones similares al inicio de la vida laboral.

Porcentaje de tiempo trabajado en la sanidad en la vida laboral

Finalmente, analizamos en qué medida las bajas laborales no voluntarias afectan al tiempo trabajado en el sector de la sanidad a lo largo de la vida laboral. Para ello, se ha definido dicho porcentaje como el número de días trabajados en el grupo de cotización 1 en el sector sanitario sobre el total de días

transcurridos desde el primer empleo hasta junio del año 2006. El número de días trabajados ha sido multiplicado por el coeficiente de tiempo parcial con el fin de ponderar de manera diferente aquellos individuos que hayan estado pluriempleados.

En el Cuadro 7 se presentan los resultados estimar un modelo tobit para este porcentaje, distinguiendo entre los individuos que han realizado toda su vida laboral como asalariados en la sanidad privada o como asalariados de la sanidad pública. La muestra está compuesta por todas aquellas personas que hayan trabajado en el grupo 1 del sector de la sanidad y tuvieran menos de 65 años en el año 2006. Los controles son el sexo, la edad, el número de bajas y la interacción entre ellas, así como la edad y la provincia del primer empleo. El resultado más interesante es que el efecto de la variable de género (de nuevo aquí, toma el valor 1 para las mujeres) desaparece en las estimaciones de los individuos que sólo han trabajado como asalariados en el sector público cuando se utilizan las interacciones con la edad y el número de bajas, mientras que en el sector privado ello no ocurre. En este sector, el efecto género es aún más negativo, sin que los coeficientes de interacción sean significativos. El efecto del número de bajas no voluntarias también deja de ser significativo cuando se interacciona con el sexo y la edad, incluso si se observan efectos positivos, en comparación con los varones en el sector público, en la interacción entre mujer, edad y número de bajas, para las mujeres de 45 a 49 años y para las de más de 55 años.

CUADRO 7: Porcentaje de tiempo trabajado en la sanidad desde el primer día trabajado en este sector.
Método de regresión Tobit, personas de 35 o más años de edad.

	Toda la muestra		Personas que sólo han trabajado en la sanidad pública		Personas que sólo han trabajado en la sanidad privada	
Mujer	-8,63***	-6,87**	-6,93***	-1,05	-10,72**	-20,40**
40-44	-7,79***	-3,51	-8,17***	-2,27	-8,89	-16,57
45-49	-9,97***	-6,74**	-8,81***	-2,32	-15,65**	-
50-54	-4,30**	-3,96	-4,41*	-0,20	-10,10	-10,60
55-59	1,72	4,45	5,76*	11,42*	-16,29*	-21,36
60-64	11,38***	13,57***	10,61***	15,92***	-3,87	-24,93
núm. bajas no voluntarias	-0,04***	0,00	-0,06***	0,00	0,02	-1,62
Edad primer empleo	0,49***	0,52***	0,94***	0,99***	0,72**	0,81***
mujer x 40-44		-7,15*		-9,52*		4,12
mujer x 45-49		-3,80		-9,09*		20,96
mujer x 50-54		4,17		-3,12		6,62
mujer x 55-59		-4,32		-8,92		17,43
mujer x 60-64		11,05		0,03		-5,02
mujer x num. Bajas		-0,01		-0,06		1,29
num. bajas x 40-44		-0,04		-0,07		4,92
num. Bajas x 45-49		-0,09*		-0,14**		1,36
num. Bajas x 50-54		-0,09		-0,12		-11,06*
num. Bajas x 55-59		-0,11		-0,27*		-4,63
num. Bajas x 60-64		-0,95***		-1,23**		22,76
mujer x num. Bajas x 40-44		0,05		0,10		-4,47*
mujer x num. Bajas x 45-49		0,06		0,13*		-1,30
mujer x num. Bajas x 50-54		-0,12		-0,09		11,34**
mujer x num. Bajas x 55-59		0,13		0,31**		0,89
mujer x num. Bajas x 60-64		-1,75		1,27		
Constante	65,20***	62,29***	52,41***	46,38***	46,58***	52,16***
N	4433	4433	2868	2868	556	556

(***) significativo al 1%, (**) significativo al 5%, (*) significativo al 10%

4. Conclusiones

Uno de los problemas principales a la hora de analizar la segregación y la discriminación por género es poder aislar los efectos derivados de las distintas características medias de capital humano de los hombres y de las mujeres. En el caso de los profesionales superiores de la sanidad, este efecto composición es aún más relevante que en otras profesiones, debido a una mayor concentración de mujeres entre los profesionales más jóvenes y de los varones entre los profesionales de más edad.

De esta forma, las estimaciones de las diferencias salariales entre hombres y mujeres profesionales de nivel superior de la sanidad se explican en gran parte

por el efecto composición de edad. Sin embargo, una vez controlado este efecto composición, las diferencias salariales de género aumentan considerablemente cuando se trata de retribuciones que incorporan complementos salariales y se amplía el período de percepción. Por ejemplo, si se comparan los salarios base por hora, no existen prácticamente diferencias de género. Sin embargo, cuando se toman como referencia los salarios anuales, las diferencias salariales se triplican. Una posible explicación de estas considerables diferencias es la mayor tasa de temporalidad femenina y, concretamente, la sucesión de contratos temporales que afectan al salario de las mujeres debido a un mayor número de días sin trabajar.

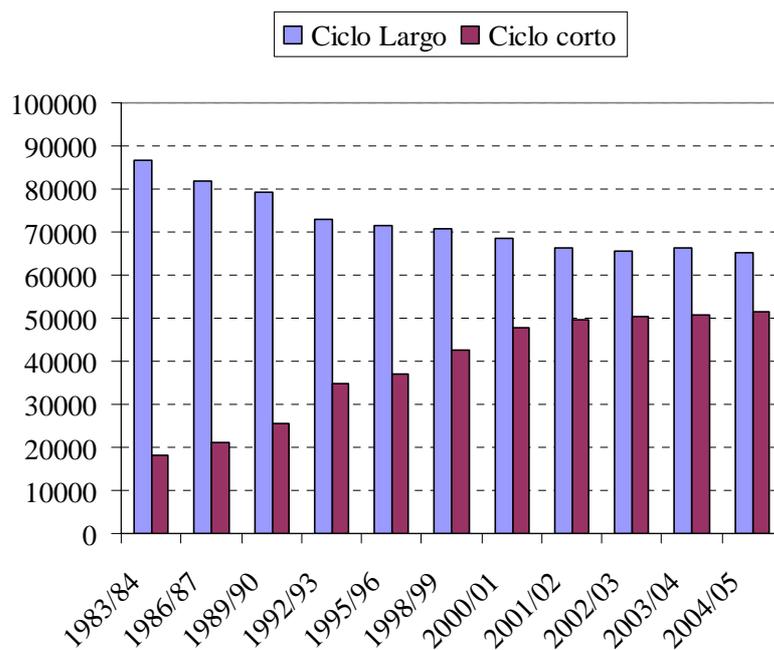
En este trabajo, no encontramos diferencias significativas entre hombres y mujeres en las tasas de incidencia de las bajas por cese de contrato, que no sean explicables por efectos edad y cohorte o por distintos inicios en la edad y localización del inicio de la vida laboral. Tampoco se observan patrones diferenciales entre hombres y mujeres en una menor proporción de tiempo trabajado debido a bajas laborales no voluntarias. Sin embargo, si que se observa que, una vez controlados los efectos cohorte, edad y las bajas no voluntarias, existe una diferencia de género no explicable entre las personas que han realizado toda su trayectoria laboral como asalariados del sector privado. Esta diferencia no se encuentra en el sector público.

Referencias bibliográficas

- Baños, J., A. Campal y F. Felgueroso (2005): Explaining the Public-Private Wage Gap: the Case of the Spanish Health Sector, mimeo, Universidad de Oviedo.
- Antonazzo, E., Scott, A., Skatun, D. and Elliot, R. (2003): The labour market for nursing: A review of the labour supply literature. *Health Economics*, 12, pp. 465-478.
- Buchan, J. y Calman, L. (2004): “Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles”, OECD Health Working Papers N° 17.
- Dolado, J.J. y F. Felgueroso (2007): “Ajuste ocupacional y pluriempleo de los médicos: ¿Importa la pareja?” (en este monográfico).
- Elizalde, M, M.A. Mena y J.A. Sánchez (2005): “Estudio de las condiciones de trabajo, retribuciones y carrera profesional de los médicos en España”, Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM).
- Fundación CESM (2005): “*Demografía médica en España*”.
- Hidalgo, M.J. y V. Matas (2004): “*Estudio Comparativo del salario médico en España*”, Sindicato Médico de Granada.
- Jiménez-Martin, S, J.M. Labeaga y M. Martínez-Granado (2004): “An empirical analysis of the demand for physician services across the European Union” , *European Journal of Health Economics*, 5, pp. 150-165.
- Shields, M. and Ward, M. (2001): Improving nurse retention in the National Health Service in England: The impact of job satisfaction in intentions to quit. *Journal of Health Economics*, 20, pp. 677-701.
- Simoens, S. y Hurst, J. (2006): “The supply of physicians services in OCDE countries”, OECD Health Working Papers N° 21.
- Simoens, S; Villeneuve, M. y Hurst, J. (2005): “Tackling Nurse Shortages in OECD Countries”, OECD Health Working Papers N° 19.

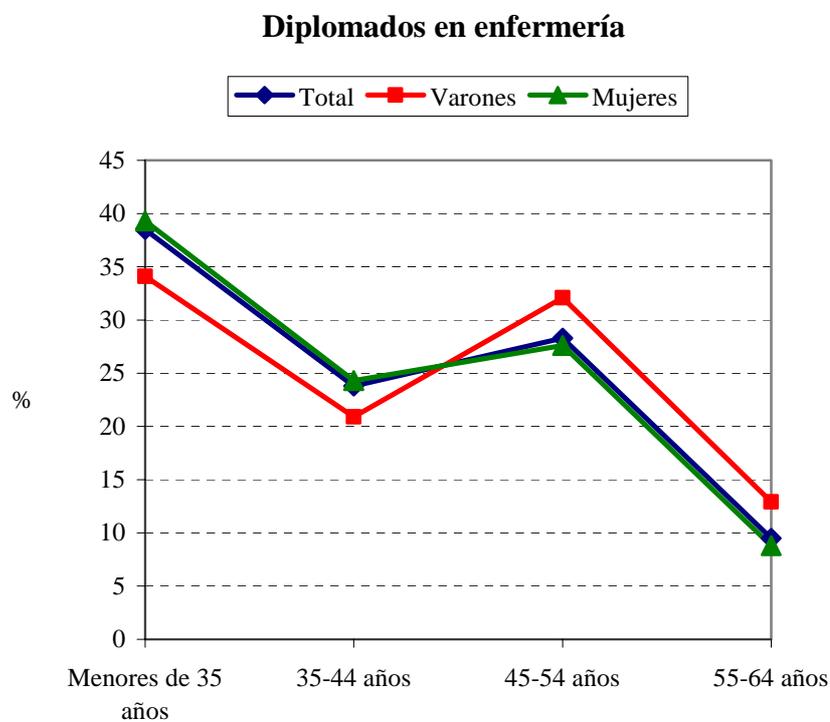
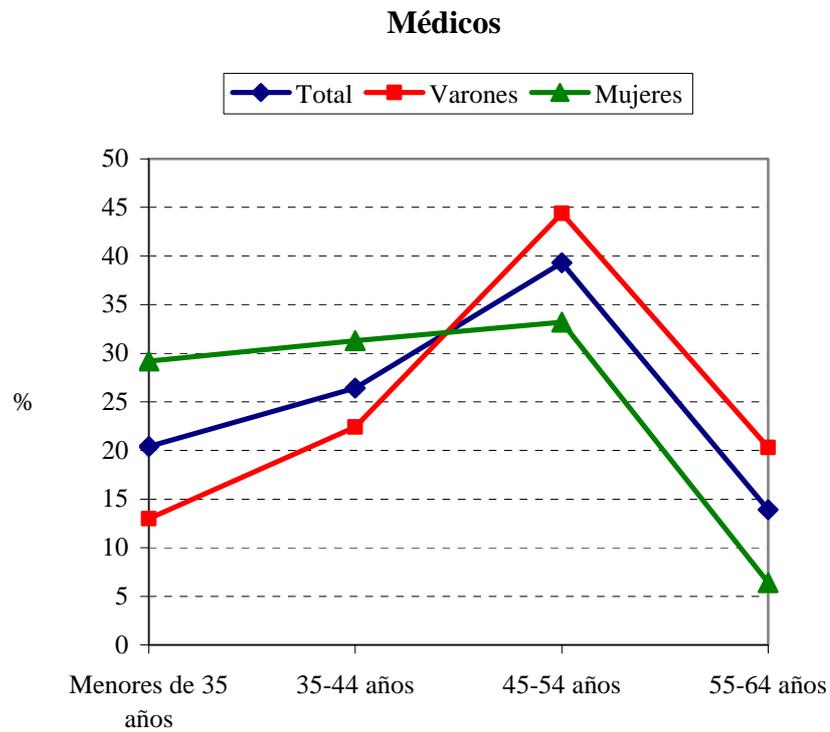
Anexo. Gráficos y Cuadros

GRÁFICO A.1: Alumnos matriculados de Ciencias de la Salud:
Ciclo Corto vs. Ciclo Largo (Cursos: 1983/84-2004/05)



Fuente: MEC

GRÁFICO A.2: Distribución de los profesionales colegiados por grupo de edad, para cada sexo y profesión (menores de 65 años, 2005)



Fuente: INE

CUADRO A.1

Población con estudios en Ciencias de la Salud: proporción de mujeres en cada cohorte y nivel educativo y distribución de personas por cohortes de edad para cada sexo y nivel educativo.

	Proporción de cada mujeres en cada cohorte de edad		Distribución de personas por cohortes de edad para cada sexo					
	CC. de la Salud	Todos los estudios	CC. de la Salud			Todos los estudios		
			varones	mujeres	Ambos sexos	varones	mujeres	Ambos sexos
Formación Profesional de Grado Medio								
25-34	85,5	48,2	53,4	47,7	48,5	43,2	52,9	47,4
35-44	88,3	43,6	29,6	33,9	33,3	32,9	33,5	33,2
45-54	87,5	34,5	13,7	14,6	14,5	15,4	10,7	13,3
55-64	88,5	20,6	3,3	3,8	3,8	8,6	2,9	6,1
25-64	86,8	43,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Formación Profesional de Grado Superior								
25-34	86,4	48,3	44,8	31,4	32,7	43,5	38,6	40,9
35-44	90,9	52,2	34,5	38,2	37,9	35,6	36,8	36,2
45-54	93,8	57,2	13,7	22,8	21,9	13,9	17,6	15,8
55-64	90,8	51,3	7,0	7,5	7,5	7,0	7,0	7,0
25-64	90,1	51,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Diplomados Universitarios								
25-34	77,9	58,7	37,1	34,8	35,3	41,6	44,3	43,1
35-44	78,5	58,4	26,1	25,4	25,6	25,9	27,2	26,6
45-54	81,2	58,6	26,2	30,2	29,4	18,5	19,5	19,1
55-64	77,2	46,3	10,6	9,6	9,8	14,0	9,0	11,2
25-64	79,0	57,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Titulados Superiores Universitarios								
25-34	67,4	55,0	19,8	35,7	28,3	37,6	48,0	42,7
35-44	59,5	50,8	25,6	32,8	29,5	30,4	32,8	31,6
45-54	42,9	39,4	38,9	25,5	31,7	20,6	14,0	17,4
55-64	30,3	30,2	15,7	5,9	10,5	11,4	5,1	8,3
25-64	53,4	48,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Formación Profesional y Titulados Universitarios								
25-34	79,0	53,0	29,7	36,2	34,6	41,0	46,0	43,5
35-44	78,7	51,0	27,0	32,2	30,9	31,1	32,1	31,6
45-54	70,9	47,4	30,9	24,4	26,0	17,5	15,7	16,6
55-64	64,3	37,6	12,5	7,3	8,5	10,4	6,2	8,3
25-64	75,6	50,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: EPA 2004 (media de los cuatro trimestres).

CUADRO A.2: Evolución del empleo de los profesionales de la salud, distintas unidades de medida

	Indice de base 100 en 1994 (Todas las actividades)		% actividades sanitarias para cada ocupación			Peso de cada ocupación en actividades sanitarias			% de mujeres para cada ocupación (Actividades sanitarias)		
	2000	2006	1994	2000	2006	1994	2000	2006	1994	2000	2006
UNIDAD: PERSONA, EN LA ACTIVIDAD DEL EMPLEO PRINCIPAL											
212 Médicos y odontólogos	140	164	91	92	92	28	30	28	30	36	39
214 Farmacéuticos	126	159	7	12	10	1	1	1	94	86	60
219 Otros profesionales de nivel superior de la sanidad	137	468	41	28	56	0	0	1	72	66	87
272 Enfermeros	149	184	95	89	93	30	32	32	83	82	87
313 Técnicos de sanidad	141	242	55	54	50	9	10	12	84	74	68
511 Auxiliares de enfermería y asimilados	137	193	80	66	55	32	27	25	87	92	92
Total	141	192	79	74	69	100	100	100	69	70	73
UNIDAD: PERSONA EN CADA ACTIVIDAD											
212 Médicos y odontólogos	140	167	90	91	91	28	30	28	30	36	38
214 Farmacéuticos	125	157	8	12	10	1	1	1	95	86	60
219 Otros profesionales de nivel superior de la sanidad	137	468	41	28	56	0	0	1	72	66	87
272 Enfermeros	151	184	95	89	92	30	32	31	83	82	87
313 Técnicos de sanidad	142	245	55	54	50	9	10	12	84	74	68
511 Auxiliares de enfermería y asimilados	137	193	80	66	55	32	27	25	87	92	92
Total	141	193	78	74	69	100	100	100	69	70	72
UNIDAD: EMPLEO EQUIVALENTE A TIEMPO COMPLETO											
212 Médicos y odontólogos	143	176	91	93	93	29	32	31	29	34	40
214 Farmacéuticos	121	156	7	10	10	1	1	1	94	84	59
219 Otros profesionales de nivel superior de la sanidad	134	483	41	30	56	0	0	1	74	68	87
272 Enfermeros	149	182	95	88	92	30	32	32	82	82	87
313 Técnicos de sanidad	141	238	54	52	49	9	9	12	85	72	67
511 Auxiliares de enfermería y asimilados	135	187	81	66	56	32	26	25	86	92	91
Total	141	189	79	74	70	100	100	100	69	69	71

Notas: (a) Variación del empleo para cada ocupación en todas las actividades (sanitarias y no sanitarias); (b) % de empleo de cada ocupación en las actividades sanitarias sobre el total de empleo de cada ocupación; (c) Distribución del empleo por ocupaciones en las actividades sanitarias.

Actividades sanitarias: CNAE-1993: 851; Ocupaciones: CNO-1994: (1) 212, 214 y 219, (2) 272, (3) 312 y 313 y (4) 511.

CUADRO A.3: Situaciones laborales de los profesionales de la sanidad: sector público, sector privado, empleo equivalente a tiempo completo, actividades sanitarias: evolución 1994-2006

	Índice base 100 en 1994		% sobre el total de las situaciones laborales para cada ocupación			% de mujeres en cada situación laboral y ocupación		
	2000	2006	1994	2000	2006	1994	2000	2006
Asalariados del sector público								
Médicos y odontólogos	139	163	73	69	66	32	34	45
Enfermeros	137	167	86	84	81	82	81	87
Técnicos de sanidad	82	120	68	41	37	91	78	68
Auxiliares de enfermería y asimil.	104	113	71	67	61	88	91	94
Total	85	146	83	69	66	71	100	74
Asalariados del sector privado								
Médicos y odontólogos	200	185	11	15	11	24	47	35
Enfermeros	156	227	14	15	18	86	86	88
Técnicos de sanidad	185	348	25	34	40	76	79	79
Auxiliares de enfermería y asimil.	129	174	28	33	37	82	93	84
Total	173	290	15	25	23	99	98	77
Autónomos								
Médicos y odontólogos	144	248	16	16	23	19	26	28
Enfermeros	696	2089	0	0	1	0	92	72
Técnicos de sanidad	528	756	6	25	22	51	53	45
Auxiliares de enfermería y asimil.	65	488	0	0	1	55	100	85
Total	211	789	2	5	10	60	78	37
Total								
Médicos y odontólogos	146	180	100	100	100	29	35	40
Enfermeros	140	177	100	100	100	82	82	87
Técnicos de sanidad	136	217	100	100	100	84	72	67
Auxiliares de enfermería y asimil.	110	131	100	100	100	86	92	90
Total	101	183	100	100	100	75	98	71

Fuente: EPA

CUADRO A.4: Regresiones Logit multinomial.

Situación de referencia: las dos personas tienen el mismo número de bajas no voluntarias, voluntarias o establecimientos en su historial laboral. Situaciones alternativas: (i) la persona 1 tiene un mayor número que la 2, y (ii) la persona 2 un mayor número que la 1. En las parejas mixtas, la persona 1 es el varón)

(Ratios de riesgo relativo, errores estándar entre paréntesis)

	Número de causas de baja no voluntarias	Número de causas de baja voluntarias	Número de empresas
<u>Persona 1 > Persona 2</u>			
	0,128 **	0,313	0,739
Pareja mixta	(0,126)	(0,297)	(0,636)
	0,042 ***	0,146*	1,685
Pareja femenina	(0,050)	(0,149)	(1,615)
	1,013	1,073***	1,096***
Edad en 2006	(0,011)	(0,012)	(0,012)
	1,060***	1,034***	1,059***
x (Pareja mixta)	(0,016)	(0,014)	(0,016)
	1,126***	1,023	1,068***
x (Pareja femenina)	(0,022)	(0,016)	(0,019)
Edad inicio vida laboral asalariado sanidad	0,983	0,918***	0,943**
	(0,028)	(0,027)	(0,025)
	1,003	0,993	0,938*
x (Pareja mixta)	(0,041)	(0,037)	(0,034)
	0,972	1,047	0,909**
x (Pareja femenina)	(0,050)	(0,043)	(0,038)
<u>Persona 2 > Persona 1</u>			
	0,266	0,744	0,890
Pareja mixta	(0,270)	(0,630)	(0,772)
	0,118**	0,247	2,452
Pareja femenina	(0,145)	(0,239)	(2,398)
	1,025**	1,085***	1,101***
Edad en 2006	(0,011)	(0,011)	(0,013)
	1,048***	0,991	1,035**
x (Pareja mixta)	(0,016)	(0,013)	(0,016)
	1,132***	1,007	1,053***
x (Pareja femenina)	(0,022)	(0,016)	(0,019)
Edad inicio vida laboral asalariado sanidad	0,961	0,900***	0,916***
	(0,028)	(0,024)	(0,025)
	0,997	1,030	0,967
x (Pareja mixta)	(0,042)	(0,035)	(0,035)
	0,929	1,045	0,917
x (Pareja femenina)	(0,049)	(0,042)	(0,040)
N	3475	3475	3475
Pseudo R ²	0,070	0,085	0,109
Log verosimilitud	-3443,912	-3106,221	-3379,622

Nota: las estimaciones incluyen un efecto fijo provincial (provincia de afiliación)

(***) significativo al 1%, (**) significativo al 5%, (*) significativo al 10%