

# ARTÍCULOS ORIGINALES

## DESCENTRALIZACIÓN Y ESTRUCTURA DE LAS REMUNERACIONES MÉDICAS EN ARGENTINA: UN ANÁLISIS COMPARADO EN CINCO JURISDICCIONES

### *Decentralization and Structure of Medical Salaries in Argentina: A Comparative Analysis in Five Jurisdictions*

Daniel Maceira<sup>1</sup>, Alfredo Palacios<sup>2</sup>, Marilina Urrutia<sup>3</sup>, Natalia Espinola<sup>4</sup>, Mariela Nieves<sup>5</sup>

**RESUMEN.** INTRODUCCIÓN: El funcionamiento del sistema de salud se basa en las características de sus recursos humanos y en el modo en que ellos se coordinan y complementan para cubrir las necesidades de la población. OBJETIVOS: Analizar las características contractuales de los salarios médicos en Argentina, sus montos y composición, en el contexto de un sistema público de salud descentralizado. MÉTODOS: Se realizaron estudios de caso en cinco jurisdicciones de Argentina: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Chaco, La Rioja, Neuquén y Salta. En cada una de ellas se seleccionaron tres hospitales públicos. Se llevaron a cabo encuestas de elección múltiple a una muestra representativa del personal médico. Como fuente de información secundaria, se contó con la base de salarios médicos proporcionada por el Departamento de Recursos Humanos de cada Ministerio de Salud. RESULTADOS: La capacidad en la definición de reglas de juego pertinentes a los arreglos contractuales, niveles y composición del salario es extremadamente amplia entre jurisdicciones e incluso entre instituciones hospitalarias. Se observa gran nivel de formalización de los contratos laborales, diversidad en las estructuras de incentivos y gestión, y brechas significativas entre hospitales dentro de cada jurisdicción. CONCLUSIONES: La temática de remuneraciones médicas en Argentina presenta una amplia riqueza no sólo de casos y particularidades por jurisdicción, sino también de perspectivas alternativas de abordaje.

**ABSTRACT.** INTRODUCTION: The functioning of the health system is based on the characteristics of the human resources and on how they coordinate and complement each other to cover the population's needs. OBJECTIVES: To analyze the contractual characteristics of physician wages in Argentina as well as their amounts and composition, in the context of a decentralized public health system. METHODS: Case studies were performed in five jurisdictions in Argentina: Buenos Aires City, Chaco, La Rioja, Neuquén and Salta. In each of them, three public hospitals were selected. Multiple-choice surveys were conducted on a representative sample of medical personnel. Databases of medical wages were used as secondary source of information, they were provided by the Human Resources Department of each Ministry of Health. RESULTS: The capacity to define "game rules" relevant to contractual arrangements, wage levels and structure is extremely wide between jurisdictions and even between hospitals. The analysis showed a high level of formalization of labor contracts, diversity in management and incentive structures, and significant gaps between hospitals within each jurisdiction. CONCLUSIONS: The topic of medical remuneration in Argentina presents not only a wide variety of cases and peculiarities by jurisdiction, but also many alternative approaches.

**PALABRAS CLAVE:** Salarios Médicos; Recursos Humanos en Salud; Mercado Laboral de Médicos; Política Salarial

**KEY WORDS:** Physician Wages; Human Resources for Health; Physician Labor Market; Wage Policy

<sup>1</sup> Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), CONICET, Universidad de Buenos Aires (UBA)

<sup>2</sup> CEDES, UBA

<sup>3</sup> Universidad Nacional del Comahue.

<sup>4</sup> CEDES, Universidad Nacional de La Plata.

<sup>5</sup> Hospital L. Agote, Chamental, La Rioja.

**FUENTE DE FINANCIAMIENTO:** Beca "Carrillo-Oñativia" 2014, Estudio Multicéntrico, Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación y Organización Panamericana de la Salud.

**FECHA DE RECEPCIÓN:** 14 de octubre de 2016

**FECHA DE ACEPTACIÓN:** 22 de mayo de 2017

**CORRESPONDENCIA A:** Daniel Maceira

**Correo electrónico:** danielmaceira@cedes.org

**Registro RENIS N°:** IS000862

### INTRODUCCIÓN

La operatoria del sistema de salud descansa críticamente en las características de sus recursos humanos y en el modo en que ellos se coordinan y complementan para brindar cobertura a las necesidades de la población<sup>1-4</sup>. Más allá de la creciente incorporación de nuevas tecnologías, el saber médico y la relación médico-paciente son pilares de cualquier estrategia sanitaria exitosa. Dentro de este marco, el estudio de las condiciones laborales de médicos y otros trabajadores de la salud ocupa un papel central en la agenda de investigación sectorial<sup>1, 5-7</sup>.

Hablar de condiciones laborales del personal de salud implica considerar un conjunto de aspectos, tales como la definición de una carrera profesional, los criterios de certificación y re-certificación, localización, capacitación continua

y promoción, así como el conjunto de incentivos monetarios y no monetarios que estimula y fomenta el diseño de trayectorias laborales<sup>1, 8-10</sup>.

Para mayor complejidad, la estructura descentralizada del sistema de salud argentino en términos de financiamiento, aseguramiento, gestión y prestación de servicios multiplica los espacios de debate y negociación, con particularidades idiosincráticas en cada jurisdicción<sup>1, 11-13</sup>.

Si bien a nivel local se ha avanzado en la discusión sobre los mecanismos de incentivos presentes en el sistema sanitario y en cómo las estructuras contractuales se vinculan con el desempeño de los recursos humanos en salud<sup>14-18</sup>, el espacio de análisis de las remuneraciones médicas y los incentivos monetarios aún sigue vacante.

Por ello, el objetivo del presente estudio fue analizar las características contractuales de los salarios médicos en Argentina, los montos y su composición dentro del sistema público de salud. Dado que cada jurisdicción define sus esquemas de pago e incentivos, se seleccionaron cinco: Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), La Rioja, Salta, Chaco y Neuquén. La elección no fue aleatoria, sino que formó parte de una estrategia de análisis que propuso la representación de diferentes regiones de la geografía argentina.

## MÉTODOS

En cada una de las cinco jurisdicciones se seleccionaron tres instituciones hospitalarias con internación, una de ellas con perfil pediátrico o materno-infantil. Por acuerdo de confidencialidad de la información, las instituciones aparecen aquí denominadas con las letras A, B, C y D. La diversidad de establecimientos caracterizó la muestra intencional. En CABA, territorio relativamente más homogéneo, se optó por dos instituciones de atención general de diferente escala (CABA-B y CABA-C) y un hospital de especialidad pediátrica (CABA-A). En Chaco se seleccionaron tres instituciones de atención general de diferente escala, ubicadas en regiones sanitarias con características socioeconómicas dispares. En La Rioja y Neuquén, dada la menor escala poblacional relativa, hubo que agregar instituciones adicionales para cubrir un número similar de profesionales encuestados. En Salta, a su vez, se escogieron hospitales con historias diferentes de gestión (tradicional, descentralizada y privada re-estatizada (A)).

El análisis se apoyó en dos fuentes principales de información complementarias: a) encuestas estructuradas autoadministradas, diseñadas por el equipo investigador y destinadas a profesionales médicos; y b) bases de datos administrativas de salarios médicos correspondientes al Ministerio de Salud de cada jurisdicción bajo estudio.

La encuesta autoadministrada de elección múltiple se realizó a una muestra aleatoria de 615 médicos de los hospitales públicos seleccionados en las cinco jurisdicciones participantes: CABA (123 encuestas), Salta (129), La Rioja (129), Neuquén (122) y Chaco (112). El número de médicos entrevistados por hospital en cada jurisdicción se ajustó a la escala relativa de cada institución. La encuesta

tuvo por finalidad obtener información sobre niveles salariales, incentivos monetarios y no monetarios, presencia del multiempleo y formación profesional, entre otros temas de interés<sup>1</sup>.

Además de las encuestas, se solicitó al Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de cada jurisdicción que aportara datos del período septiembre-octubre de 2013 sobre remuneraciones médicas en los hospitales participantes. A partir de ello, se identificaron salarios médicos brutos y netos, con apertura de remuneración en términos de tipo de contrato, duración, participación de sueldos básicos, premios y guardias. Esta información se complementó con un detalle de las estructuras de deducciones salariales y la posibilidad de discriminar entre ítems remunerativos y no remunerativos en la composición del salario.

A diferencia del instrumento anterior, apoyado en una muestra de percepciones de profesionales médicos, la base de datos administrativa de remuneraciones incorpora al total de médicos y residentes de los hospitales públicos incluidos en el estudio.

El estudio fue aprobado por el comité ad-hoc de la Comisión Nacional de Salud Investiga y los comités de ética de los ministerios de Salud de las provincias de Chaco y Neuquén.

## RESULTADOS

El conjunto de médicos encuestados mostró un 50,2% de mujeres y una edad promedio de entre 31 y 40 años. El 86,8% contaba con residencia médica (finalizada o en curso), y el 67,9% había realizado una especialidad. En promedio, se registró una experiencia laboral de 14 años y una antigüedad en el hospital de 10 años y medio. Con respecto al área de trabajo, el 62% de los médicos encuestados desempeñaba tareas en consultorios externos, 62,1% en sala de internación, 55,6% en guardia, 19,8% en cirugía, 18,3% en terapia y cuidados especiales y 3,6% en diagnóstico por imágenes. Los porcentajes previos indican la fuerte presencia de multifunción en el establecimiento por parte de los profesionales de la salud.

En lo que respecta a las características contractuales, aproximadamente tres cuartas partes del total de profesionales encuestados pertenecían a la planta permanente del Estado, con mayor incidencia en la provincia de Neuquén (85,3%), seguida por CABA (78,9%), Salta (71%), La Rioja (62,6%) y Chaco (62,4%). (ver Tabla 1).

En el hospital de especialidad CABA-A, el 90% del personal pertenecía a planta permanente y el 10%, a planta transitoria (contrato de tiempo determinado con aportes), sin identificar otros mecanismos contractuales de menor formalidad. Esta estructura de contratación se asemejaba a la del hospital general CABA-B, de mayor escala prestacional, mientras que en CABA-C la relación entre personal de planta permanente y transitoria era de 62/38%.

Los resultados obtenidos en Salta se pueden explicar a través de dos argumentos, que surgen de la información provista por los directores de los hospitales. El primero alude a la escala institucional, que permite acceder a fondos de

**TABLA 1.** Características contractuales de los médicos encuestados, por hospital y jurisdicción (en porcentaje).

Jurisdicción	Hospital	Contrato permanente	Jornada semanal >36 horas	Recibe pagos por guardias
CABA	A	90	60	10
CABA	B	84,6	59	5,6
CABA	C	62,2	33,3	2,3
Total CABA		78,9	50,8	6
Salta	A	60,9	80,9	51
Salta	B	82	63,3	24
Salta	C	70	48,3	33
Total Salta		71	64,1	36
La Rioja	A	33,3	63,9	60
La Rioja	B	90,9	36,4	55
La Rioja	C	89,1	61,1	58,7
La Rioja	D	36,8	0	24
Total La Rioja		62,5	40,3	49,4
Chaco	A	63	73,6	42,3
Chaco	B	40,9	62,2	37,8
Chaco	C	83,3	76,9	53,8
Total Chaco		62,4	70,9	44,6
Neuquén	A	87,2	87,2	57,5
Neuquén	B	74,4	94,9	74,4
Neuquén	C	94,4	100	88,8
Total Neuquén		85,3	94	73,5
Total		72	64	41,9

Fuente: Elaboración propia sobre la base de encuesta a profesionales médicos.

gestión descentralizada, contar con estructuras más consolidadas del personal médico y formalizar empleo público. El segundo elemento corresponde a la presencia de modelos de gestión particulares, como es el caso del hospital Salta-A, de gestión privada hasta 2012 y con un esquema de contratación más flexible que la de sus pares provinciales.

Por el contrario, en el caso de La Rioja, las instituciones más pequeñas del interior (La Rioja-B y La Rioja-C) mostraron mayor formalidad que las de mayor escala, localizadas en la ciudad capital (La Rioja-A). Esto demuestra que los establecimientos más recientes cubren sus puestos profesionales con personal contratado, que eventualmente podría avanzar hacia una mayor formalización y estabilidad.

En Chaco, la existencia de una modalidad de contratación diferente para residentes no confirma la relación contrato permanente/escala. De acuerdo con la Ley 5086 y el decreto 1310/03, los residentes son remunerados a través de becas de capacitación otorgadas por el Ministerio de Salud de la Provincia y de Nación. En este sentido, los establecimientos Chaco-A y Chaco-B, en su carácter de hospitales escuela, tuvieron un mayor número de médicos residentes encuestados (33,3% y 45,5%, respectivamente).

En Neuquén se evidenciaron dos modalidades de contrato: planta permanente (85,33%) y contratos de tiempo determinado con aportes (14,67%). Esta última modalidad, denominada contrato mensualizado, se emplea en los casos de reemplazo de otro profesional por una causa de largo tratamiento o por necesidad de servicio. El trabajo de campo permitió observar que los contratos mensualizados rigen en su gran mayoría para los residentes.

Al evaluar la duración de la jornada laboral de los médicos encuestados, se observó una mayor incidencia de profesionales con carga semanal superior a las 36 horas en los hospitales CABA-A y CABA-B, lo que permite ponderar la discusión previa sobre condiciones de trabajo. Salta mostró mayor incidencia de personal de dedicación horaria superior en el hospital A, reforzando el diferencial de modelos de gestión en la elección de contratos.

Los resultados identificados en el análisis previo se reafirmaron en La Rioja al observar la carga horaria de los profesionales a nivel de establecimientos. En Chaco, más del 60% de los profesionales encuestados consignaron una carga horaria superior a las 36 horas semanales; en particular, en los hospitales Chaco-A y Chaco-B el 50% trabajaba más de 45 horas. En Neuquén, a su vez, el 94% de los médicos encuestados tenía una carga superior a las 36 horas. Cabe destacar que la modalidad de dedicación exclusiva, vigente en el sistema de salud público provincial (SSPP), es válida para quienes se desempeñan con un régimen de 40 horas semanales e implica la limitación absoluta del ejercicio profesional fuera del ámbito propio.

En cuanto al pago por guardias, su peso no resultó significativo para los profesionales de los establecimientos de CABA, donde la consolidación del salario médico es mayor que en otras jurisdicciones y depende en menor medida de la dedicación horaria por fuera del espacio cubierto por la remuneración básica. En Chaco, mientras tanto, las guardias representan el pago provisorio hasta la concreción de la Ley de Carrera Profesional en la provincia.

Contrariamente, el peso de las guardias resultó importante para más del 50% de los profesionales encuestados en establecimientos riojanos, en los hospitales Salta-A, Chaco-C y en Neuquén, donde el reconocimiento de las guardias activas y pasivas representa el premio más significativo del salario.

Las diferencias en estructuras contractuales y jornadas laborales mostraron su correlato en la distribución de remuneraciones entre jurisdicciones y al interior de ellas, tanto a nivel de salario bruto como neto de impuestos y deducciones (ver Tabla 2).

Dentro del salario bruto se incluye no sólo el sueldo básico, que se toma como base de negociación salarial, sino también su carga de guardias y otros pagos complementarios como jefaturas, zona desfavorable y derivaciones. Por lo tanto, una mayor carga promedio de guardias podría llevar a una sobreestimación relativa del total bruto. Estos valores no representan necesariamente un mayor o menor salario relativo, en la medida en que no se encuentran establecidos en términos de horas de trabajo, que generalmente varían entre categorías, y se asocian a prácticas no regladas de presentismo y cumplimiento de jornada en cada institución. Así, el salario neto promedio en CABA fue de \$11.673 en 2013, inferior al salteño (\$14.529) y al riojano (\$14.657). En el extremo superior se ubicó Neuquén, con un salario neto promedio de \$22.967, y en el inferior estuvo Chaco, con una remuneración neta promedio de \$11.614.

El peso porcentual del factor remunerativo sobre el total

del salario se puede interpretar como un indicador de la calidad de las condiciones de trabajo de los profesionales médicos, ya que incide sobre la continuidad del nivel de ingresos en el tiempo y en futuras jubilaciones. Cabe resaltar dos argumentos en tal dirección. Por un lado, la gran homogeneidad visible entre jurisdicciones. Por construcción, se esperaba que las diferencias entre hospitales bajo una misma autoridad administrativa no fueran significativas, pero la brecha del factor remunerativo tampoco varió marcadamente entre jurisdicciones, con una diferencia entre extremos de 27 puntos porcentuales. Por otro lado, hay que destacar el peso significativo del rubro remunerativo, que llega a un promedio del 83% del ingreso, con un mínimo en el hospital Salta-C (72,5%) y un máximo del 100% en Chaco y Neuquén, provincias donde todos los componentes del salario son remunerativos.

Se analizó asimismo el salario neto de retenciones e impuestos por tramo de antigüedad laboral para el conjunto de jurisdicciones estudiadas (ver Figura 1).

La escala de remuneraciones neuquina comenzaba con un salario neto promedio mayor a los \$14.000 para los residentes, que superaba al de sus pares en La Rioja (\$7.000), Chaco (\$7.083), CABA (\$8.300) y Salta (\$11.877). En CABA, la variación salarial neta mostró un crecimiento del 30% entre residentes y médicos jóvenes (de 0 a 7 años de antigüedad), para luego avanzar de manera monótona a lo largo de la trayectoria médica, con incrementos por tramo de entre el 5% y el 10%.

La diferencia más relevante en la estructura salarial de La Rioja, Chaco y Neuquén apareció entre el médico residente y la entrada a la carrera profesional. En los tres casos se registró un incremento del salario neto entre los residentes y los médicos jóvenes: 95% en La Rioja, 57% en Chaco y 54% en Neuquén. Esta diferencia se explica en parte por la remuneración de guardias activas y pasivas, que son realizadas por médicos y a las que no tienen acceso formal los residentes porque son consideradas parte de su formación. Para el caso de La Rioja, la comparación entre remuneracio-

nes (excluidas las guardias) mostró una diferencia superior al 40% entre médicos jóvenes y residentes.

En lo que respecta a la composición salarial y la estructura de deducciones, se analizaron las diferencias existentes en los criterios empleados en cada jurisdicción para la construcción del salario médico (ver Tabla 3).

En CABA el peso del salario básico se ubicó entre el 56% y 59%, con la presencia de premios por antigüedad y carrera profesional ya incluidos en el formato de la grilla. Esto evidencia que las diferencias en la composición salarial intra-CABA son marginales.

En Salta el salario básico mostró un nivel relativamente bajo, que constituía en promedio el 22% del ingreso. A este se le agregaban un conjunto de categorías, con el concepto de "negociación salarial" por un valor cercano a un tercio del total. La categoría "otros" incluía básicamente los pagos por

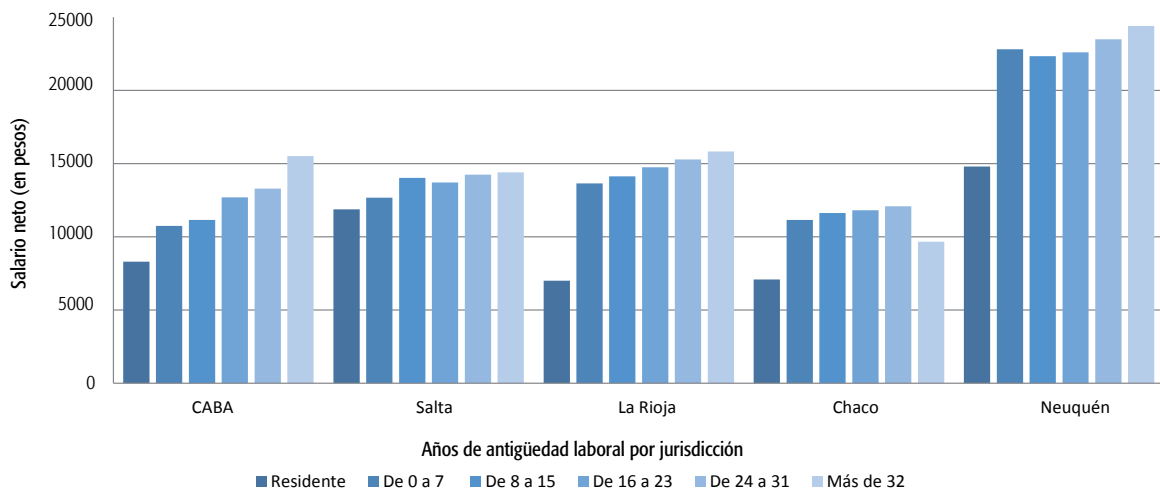
**TABLA 2.** Salarios bruto y neto (en pesos promedio por hospital) y factor remunerativo del salario (en porcentaje).

Jurisdicción	Hospital	Salario bruto*	Salario neto	% remunerativo
CABA	A	16 306	11 017	80,9
	B	17 603	12 573	80,7
	C	17 329	11 430	80,5
Salta	A	17 976	14 716	82,8
	B	14 682	12 825	76,5
	C	18 230	16 047	72,5
La Rioja	A	17 625	14 727	77,5
	B	17 441	14 840	75,4
	C	17 291	14 653	75,6
	D	17 222	14 409	77
Chaco	A	13 617	11 134	100
	B	14 206	11 475	100
	C	15 302	12 234	100
Neuquén	A	27 953	20 417	100
	B	32 790	23 738	100
	C	37 096	24 746	100

\* Se incluye un promedio de 1 guardia pasiva y 2 guardias activas.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información proporcionada por el Departamento de Recursos Humanos del respectivo Ministerio de Salud.

**FIGURA 1.** Salario neto y antigüedad laboral según jurisdicción.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información proporcionada por el Departamento de Recursos Humanos del respectivo Ministerio de Salud.

guardias y emergencias, que promediaban el 16% y 8%, respectivamente. En general, no se verificaron diferencias significativas en la composición salarial entre instituciones, aun con estructuras normativas no homogéneas entre los hospitales seleccionados.

En La Rioja la categoría de residentes exhibió una estructura diferente. El peso del salario básico demostró ser relativamente bajo, salvo en el hospital A. La "negociación salarial" fue el rubro dominante en la construcción del salario, con un mínimo del 40% (A) y un máximo cercano al 58% (D). Por último, la categoría "otros" consistió principalmente en ingresos complementarios, que aumentaban en el interior provincial.

En Chaco la diferencia entre instituciones respecto al peso del salario básico no fue significativa, con un promedio del 30%. El elemento más influyente en la construcción del salario en la provincia correspondió a la categoría "otros", dentro de la cual se encontraban el pago por dedicación exclusiva (promedio del 30%), ingresos complementarios (7,4%) y antigüedad laboral (6%).

En Neuquén, los porcentajes fueron estimados a partir de la información contenida en los recibos de sueldo de profesionales médicos y la opinión de referentes provinciales clave. El peso del salario básico no varió significativamente entre instituciones. Las diferencias más notables en la composición salarial entre establecimientos se registraron en las

**TABLA 3.** Composición de los haberes salariales médicos por hospital (en porcentaje).

Jurisdicción	Hospital	Básico	Guardia	Negociación salarial	
				Guardia	Otros
CABA	A	59,1	5,8	29,2	5,9
	B	56,4	10,1	27,8	5,7
	C	59,1	6,2	28,8	5,9
Salta	A	21,2	19,7	33,5	25,6
	B	26,2	21,8	36,3	15,7
	C	19,9	35,9	29	15,2
La Rioja*	Residentes	0	0	54,6	45,4
	A	29	12,5	40,2	18,3
	B	17,5	20,5	50	12
	C	17,5	19,5	51	12
	D	17,5	12,9	57,6	12
Chaco <sup>†</sup>	Residentes	0	0	0	100
	A	30,9	8	0	61,1
	B	32,8	16,1	0	51,1
	C	28,4	18,8	0	52,8
Neuquén <sup>‡</sup>	A	14	42	s/d	44
	B	15	41	s/d	44
	C	14	23	s/d	63

Abreviaturas: s/d = sin datos.

\*La Rioja: Residentes corresponde a los de Zona I y III y es el valor promedio de salario de Nación (salario) y Provincia de La Rioja (negociación salarial - Beca). Básico: Valor promedio de las categorías que representan el 62% del universo de la población médica. †Chaco: Residentes corresponde al valor promedio de las becas otorgadas por el Ministerio de la Provincia y de Nación. ‡Neuquén: Porcentajes estimados de acuerdo con información de recibos de sueldo de médicos y la opinión de referentes provinciales.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información proporcionada por el Departamento de Recursos Humanos del respectivo Ministerio de Salud.

categorías de zona desfavorable y guardias. Sin embargo, el plus por zona desfavorable que recibían los profesionales del interior provincial se compensaba con mejores pagos por guardias a los médicos de la capital. En la zona metropolitana las guardias activas y pasivas eran consideradas de alta demanda; por ende, a igual cantidad de horas de guardia, el pago era superior en la capital (hospitales A y B) que en el interior provincial (C). Según los médicos, esto desincentivaba la radicación de profesionales en zonas alejadas del área metropolitana.

Al analizar la composición de las deducciones salariales por establecimiento, se observó que la carga jubilatoria en Salta, La Rioja y Chaco constituía más de la mitad de las deducciones salariales, factor que no llegaba al 25% en CABA y promediaba el 43% en Neuquén. En CABA, el peso de los impuestos era preponderante —50% de las retenciones—, seguido en importancia por los aportes jubilatorios y a la obra social jurisdiccional (OSBA). El menor impacto de este rubro se registró en CABA y el máximo en Salta, donde un tercio del ingreso se deducía como contribución a la institución de seguridad social. Finalmente, el aporte a Médicos Municipales en CABA representó la mayor contribución sindical de los cinco casos estudiados, marcadamente superior al resto, donde no había aportes sindicales salvo en el caso de un agente afiliado a un gremio y con la tramitación del descuento correspondiente por planilla (ver Tabla 4).

**TABLA 4.** Composición de las deducciones salariales por hospital (en porcentaje).

Jurisdicción	Hospital	Jubilación	Obra Social/ Seguro de vida		Aportes sindicales		Otros
			Seguro de vida	Impuestos	Impuestos	Otros	
CABA	A	24	17,7	49,3	7	2	
	B	22,8	14,4	50,1	8,4	4,3	
	C	22,4	15	49,9	8,4	4,3	
Salta*	A	51,9	30,2	9,2	0,4	8,3	
	B	66	34	s/d	s/d	0	
	C	66,5	33,5	s/d	s/d	0	
La Rioja	A	53,8	20	25	1,2	0	
	B	54,3	19,8	24,7	1,2	0	
	C	54,4	19,7	24,7	1,2	0	
	D	55	18,8	25	1,2	0	
Chaco <sup>†</sup>	A	62	28,2	0	s/d	9,8	
	B	62	28,2	0	s/d	9,8	
	C	62	28,2	0	s/d	9,8	
Neuquén <sup>‡</sup>	A	50,2	24	25,8	0	0	
	B	44	21	35	0	0	
	C	36	17	41	0	6	

Abreviaturas: s/d = sin datos.

\*Salta: Las planillas de salarios de los hospitales B y C no reportan información sobre aportes sindicales e impuestos. †Chaco: Las deducciones son fijas, no varían por jurisdicciones ni por escalafón profesional. Corresponden del sueldo bruto el 11% en jubilación, 5% en obra social y 1,75% en extraordinarias (que incluye fondo de alta complejidad y fondo de salud pública). No se registra información de los aportes sindicales porque son voluntarios y, salvo Unión del Personal Civil de la Provincia (UPCP), no tienen código de descuento. ‡Neuquén: La deducción de impuestos incluye retenciones por cuarta categoría y seguros. En el caso del Hospital Zonal C, la deducción extraordinaria corresponde a vivienda oficial.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información proporcionada por el Departamento de Recursos Humanos del respectivo Ministerio de Salud.

## DISCUSIÓN

La temática de las remuneraciones médicas, más allá de su relevancia en la definición de estrategias de política sanitaria, influye en la forma de estructurar planes de microgestión, tanto a nivel de redes prestacionales y de acciones de atención primaria como en el espacio hospitalario y del centro de salud. Su análisis, particularmente a nivel comparado entre jurisdicciones de un país federal, permite inferir patrones comunes de valoración de ciertas temáticas (pertenecer a planta permanente, contar con un alto componente salarial en el rubro remunerativo) y también identificar argumentos idiosincráticos, basados en la capacidad institucional de cada provincia.

El documento avanza en esta dirección mediante el estudio de la realidad en la contratación y el pago a profesionales médicos en cinco jurisdicciones argentinas, que presentan particularidades en términos de riqueza económica relativa, desarrollo de sus sistemas sanitarios y arreglos normativos e institucionales que rigen el funcionamiento del sector. Desde esta perspectiva, se observa que la capacidad jurisdiccional en la definición de reglas de juego es extremadamente amplia, tanto en los modos de financiamiento de los recursos humanos como en los arreglos contractuales y los niveles salariales, que alimentan la oferta pública sectorial y definen las elecciones individuales de desarrollo profesional.

Las marcadas diferencias en las formas de contratación entre establecimientos pertenecientes a una misma jurisdicción sugieren que existen discrepancias en términos de capacidad de negociación entre comisiones hospitalarias internas, especialidades médicas, etc., que operan sobre las condiciones de trabajo en cada institución.

La estructura de contratación de los recursos humanos se caracteriza por su dependencia de la norma de la administración pública, que descansa en salarios fijos por tipo de características, sin vínculo con calidad o desempeño. Los salarios siguen una lógica prospectiva, con limitada capacidad de gestión de recursos monetarios por parte de las autoridades hospitalarias, a excepción de los modelos de autogestión salteños, particularmente los hospitales Salta-A y Salta-B, con estructuras diferenciadas entre ellos.

El presente trabajo evidentemente no agota la temática de remuneraciones médicas en Argentina, caracterizada por una amplia riqueza de casos y particularidades por provincia, así como de perspectivas alternativas de abordaje. Por el contrario, abre la puerta a un debate en construcción, donde la normativa, la economía y el derecho a la salud coexisten y se condicionan intensamente.

## RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

La diversidad de mecanismos de pago, tanto en la naturaleza de los contratos como en los montos abonados, marca un particular desafío de política sanitaria y constituye

un riesgo mayor de la segmentación organizacional del modelo de salud argentino, con efectos sobre la equidad del sistema. Las provincias con mayor presupuesto público cuentan con mayores oportunidades para atraer recursos humanos en salud. Mientras tanto, las zonas alejadas y de mayor exposición epidemiológica no necesariamente resultan priorizadas en el esquema remunerativo de cada provincia. El conocimiento de estas brechas entre jurisdicciones permite considerar la definición de lineamientos de política laboral en el sector público de salud a nivel nacional.

## RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

La exposición de los diversos modelos de gestión y pago a los trabajadores de la salud entre provincias presenta a los recursos humanos del sector una mirada adecuada, dentro del contexto donde se insertan sus tareas de asistencia. Esto ofrece una visión del todo, pero también permite identificar la posición particular en el conjunto, generando un debate sobre diferencias en las necesidades poblacionales y las capacidades de abordaje del sistema argentino de salud.

## RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

El plan completo de investigación logró estudiar otras temáticas asociadas y complementarias a las aquí presentadas, que por motivos de extensión no se incluyen en este artículo. Entre ellas se encuentran la satisfacción en el lugar de trabajo, la presencia de doble empleo y los determinantes del salario médico, así como el análisis del impacto comportamental generado por esquemas fragmentados de empleo y estabilidad laboral. Los resultados alcanzados muestran que un abordaje sobre remuneraciones médicas debe necesariamente considerar los factores motivacionales y no remunerativos que sostienen, más allá del ingreso, la labor de médicos y otros trabajadores de la salud en las instituciones públicas del país.

## AGRADECIMIENTOS

A Marta Novik y Silvia Pozzan, junto a quienes se elaboró parte de los instrumentos de recolección de la información utilizados en la presente investigación; a María Crojethovic, becaria ex Comisión Nacional Salud Investiga de este proyecto, por sus aportes; especialmente a Isabel Duré, por entonces Directora Nacional de Capital Humano en el Ministerio de Salud de la Nación, por su colaboración, aportes y sugerencias a lo largo del proyecto; un particular reconocimiento a las autoridades y funcionarios ministeriales de las jurisdicciones participantes por su colaboración en el proyecto y por la información suministrada, así como a los directores de hospitales, personal médico hospitalario y dirigentes gremiales por sus opiniones y aportes. Los autores guardan entera responsabilidad por las opiniones vertidas en este documento, que no necesariamente representan aquellas de las instituciones patrocinadoras.

**DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:** No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

**Cómo citar este artículo:** Maceira D, Palacios A, Urrutia M, Espinola N, Nieves M. Descentralización y estructura de las remuneraciones médicas en Argentina: un análisis comparado en cinco jurisdicciones. Rev. Argent Salud Pública. 2017; Mar;8(30):26-32.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> Maceira D, Espinola N, Nieves M, Palacios A, Urrutia M. Políticas diferenciales en el tratamiento de los recursos humanos en salud en Argentina: Estructura de salarios, incentivos contractuales y ambiente laboral en el subsistema público. Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación; 2015.
- <sup>2</sup> Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, et al. Human Resources for Health and Universal Health Coverage: Fostering Equity and Effective Coverage. *Bull World Health Organ.* 2013;91(11):853-863.
- <sup>3</sup> Lagarde M, Powell-Jackson T, Blaauw D. Managing Incentives for Health Providers and Patients in the Move towards Universal Coverage. *Global Symposium on Health Systems Research.* Montreux, Suiza; 16-19 de noviembre de 2010.
- <sup>4</sup> Cometto G, Boerma T, Campbell J, Dare L, Evans T. The Third Global Forum: Framing the Health Workforce Agenda for Universal Health Coverage. *The Lancet Global Health.* 2013;1(6):324-325.
- <sup>5</sup> Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015. En: *27a Conferencia Sanitaria Panamericana; 59a Sesión del Comité Regional.* Washington DC. Organización Panamericana de la Salud; 2007.
- <sup>6</sup> Gosden T, Forland F, Kristiansen I, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Capitation, Salary, Fee For Service and Mixed Systems of Payment: Effects on the Behaviour of Primary Care Physicians. *The Cochrane Library.* 2000.
- <sup>7</sup> Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P. Effects of Financial Incentives on Medical Practice: Results from a Systematic Review of the Literature and Methodological Issues. *Int J Qual Health Care.* 2000;12(2):133-142.
- <sup>8</sup> *Encuentro del grupo de países del Cono Sur.* Agenda de cooperación técnica y prioridades en la gestión de recursos humanos de salud. Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires; 28-29 de abril de 2005.
- <sup>9</sup> Buchan J, Thompson M, O'May F. Health Workforce Incentive and Remuneration Strategies. A Research Review. Issues in Health Services Delivery, Incentive and Remuneration Strategies. Department of Organization of Health Services Delivery. Discussion Paper No. 4. Organización Mundial de la Salud; 2000.
- <sup>10</sup> Quintana P. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Rev Panam Salud Pública.* 2000;8(1-2):43-54.
- <sup>11</sup> Duré I, Ballesteros M, Molina C, Saccone I, Schiavi A, Tanuz R. Políticas de salud. La carrera sanitaria en la Argentina. *Observatorio de Políticas Públicas del Cuerpo de Administradores Gubernamentales.* Buenos Aires: Jefatura de Gabinete de Ministros; 2009.
- <sup>12</sup> Duré I. Los desafíos y las perspectivas de la formación de los trabajadores técnicos de la salud: la situación en Argentina. La silueta de lo invisible: la formación de los trabajadores técnicos en salud en el Mercosur. *Cuaderno de Debates.* 2009;2:87-96.
- <sup>13</sup> Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. *Situación Ocupacional de los Trabajadores del Sector Salud.* Organización Panamericana de la Salud; 2008.
- <sup>14</sup> Maceira D, Poblete C. Estructura de mercado y mecanismos de pago en salud: Experiencias en la provincia de Mendoza, Argentina, 1989-1999. *Desarrollo Económico.* 2003;43(171):443-468.
- <sup>15</sup> Maceira D, Cejas C. Actores, contratos y mecanismos de pago: El caso del sistema de salud de Salta. *Estudios Económicos.* 2010;27(54):29-66.
- <sup>16</sup> Maceira D, Olaviaga S. Morfología del Sistema de Salud en Tucumán, Actualidad Médica. *Revista del Colegio Médico de Tucumán.* 2010;16(2).
- <sup>17</sup> Maceira D, Reynoso A. Actores, contratos y mecanismos de pago: El caso del sistema de salud de Córdoba. *Revista de Salud Pública de Córdoba.* 2013;17(4):21-30.
- <sup>18</sup> Maceira D, Urrutia M. Actores, contratos y mecanismos de pago: El caso del sistema de salud de Neuquén. *Estudios Económicos.* 2013;30(60):3-35.