

REMUNERACIONES, BENEFICIOS E INCENTIVOS LABORALES PERCIBIDOS POR TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD EN EL PERÚ: ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL, 2009

Karim Pardo^{1,a,b}, Marcelino Andia^{1,c,d}, Amado Rodríguez^{2,a}, Walter Pérez^{1,e}, Betsy Moscoso^{1,a}

RESUMEN

Objetivos. Describir las principales características de la situación remunerativa general y las políticas de incentivos en los trabajadores del sector salud de Perú comparándolos de acuerdo con la institución de procedencia y a la modalidad de contrato. **Materiales y métodos.** Se realizó un estudio de diseño mixto que incluyó un abordaje cualitativo y componentes cuantitativos durante los años 2008 y 2009 sobre personal profesional y técnico del Ministerio de Salud (MINSa) y la seguridad social (EsSalud); evaluándose la estructura salarial considerando los incentivos, bonificaciones y remuneraciones de acuerdo al puesto de trabajo, modalidad de contrato e institución. **Resultados.** La política de remuneraciones y bonificaciones está determinada por los cargos y el tiempo de servicio. Las modalidades de contratación se rigen por los regímenes para el sistema público (DL 276) y el sistema privado (DL 728); el Contrato Administrativo de Servicios (CAS) y exclusivamente en el MINSa por los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS). La estructura salarial difiere entre ambas instituciones, sobre todo en función a los incentivos y beneficios, siendo menores los ingresos en el MINSa. La Asignación Especial por Trabajo Asistencial (AETA) es propia del MINSa pero la proporción en que se da varía de acuerdo con la región. Los profesionales CAS tienen un menor salario que sus pares nombrados en el MINSa, contrario a lo que ocurre en EsSalud. Los ingresos más bajos se presentan en la modalidad CLAS. **Conclusiones.** Existe diferencia en la estructura y los montos salariales de acuerdo a la institución y al tipo de contrato suscrito.

Palabras clave: Salarios y Beneficios; Grupos Profesionales; Recursos Humanos; Contratos; Perú (fuente: DeCS BI-REME).

REMUNERATIONS, BENEFITS AND LABOR INCENTIVES PERCEIVED BY HEALTH CARE WORKERS IN PERU: AN ANALYSIS COMPARING THE MINISTRY OF HEALTH AND THE SOCIAL INSURANCE, 2009

ABSTRACT

Objective. To describe the main characteristics of the general salaries situation and the incentive policies of health care workers of Peru, comparing them by their origin institution and type of contract. **Materials and methods.** A mixed design study was done including both quantitative and qualitative components during 2008 and 2009 with both professional and technical personnel of the Ministry of Health (MINSa) and the Social Insurance (EsSalud) in Peru. The salary structure was primarily evaluated considering incentives, bonuses and other remunerations according to position, type of contract and work place. **Results.** Remuneration and bonus policies at the national level are determined by the responsibilities and amount of time served. The type of contract is determined by the programs of the public system (DL 276) and the private system (DL 728), also by the Special Program of Contract Services Administration (CAS) and exclusively in MINSa contracting is determined by local health administration Committees (CLAS). The salary structure differs between both types of institutions, especially with respect to incentives and benefits. An special economic incentive for assistance (AETA) is unique to MINSa, but the proportion of assistance varies by region. The professionals of MINSa have lower salaries than those of EsSalud, in all types of contracts. A professional contracted through CAS generally has a lower salary than staff peers in MINSa, though this situation is reversed in EsSalud. The lowest salaries are found in contracts made through CLAS. **Conclusions.** The structure and salary amounts differ between MINSa and EsSalud, just as they differ by existing contracting types.

Key words: Salaries and Fringe Benefits; Occupational Groups; Man Power; Contracts; Peru (source: MeSH NLM)

¹ Observatorio de Recursos Humanos, Dirección General de Gestión del Desarrollo de los Recursos Humanos, Ministerio de Salud. Lima, Perú.

² Dirección de Salud II. Lima Sur, Ministerio de Salud. Lima, Perú.

^a Médico; ^b MPH. Especialista en Control de enfermedades infecciosas y tropicales; ^c Odontólogo; ^d Maestro en Administración de Servicios de Salud
^e Ing. Estadístico.

INTRODUCCIÓN

Los recursos humanos son un elemento clave y la principal ventaja competitiva que poseen los servicios de salud ⁽¹⁾. Es por ello que es preciso brindar las condiciones necesarias para lograr un óptimo desenvolvimiento y, por ende, el logro de los objetivos en materia de salud propuestos a distinto nivel ⁽²⁾, es allí donde las remuneraciones, los términos contractuales y otros tipos de incentivos cumplen una función importante. ⁽³⁾ Sin embargo, en la actualidad existe una fuerte tendencia a la flexibilización de las relaciones de trabajo tanto a nivel público como privado ^(3,4), condición que se viene considerando un problema relevante en materia de salud pública por sus potenciales efectos sobre los sistemas y políticas de salud ⁽⁵⁾. En Perú, se reconoce que hay un déficit de recursos humanos en salud y que existe una distribución geográfica no acorde a las reales necesidades de la población, condición que contribuye a la inequidad ⁽⁶⁾, incluso el área de recursos humanos en salud ha sido identificada como prioritaria para investigación en salud ⁽⁷⁾.

En nuestro país existen diversas modalidades de contratación de personal, así como instituciones que brindan plazas de trabajo para los diferentes profesionales de la salud, siendo el Ministerio de Salud (MINSa) y la Seguridad Social (EsSalud) las que reúnen el mayor número de estos. Si bien ambas son instituciones estatales, en el primer caso se encuentra bajo un régimen público y en el segundo bajo uno de tipo privado. Los regímenes de relación contractual son diversos, estableciéndose dos grandes grupos de trabajadores: el personal nombrado y el personal contratado; en este último grupo existen diversas modalidades de contratación regidas por legislación propias de cada sector, que generan, a su vez, diversas escalas remunerativas con composiciones variables que incluyen beneficios e incentivos relacionados con la productividad y otras formas, como mecanismo para contrarrestar el hecho de que no han existido incrementos salariales satisfactorios en los últimos años, estando ausentes en la Ley del Presupuesto Nacional. En este marco es que la Asignaciones Extraordinarias por Trabajo Asistencial (AETA) y su equivalente en profesionales administrativos se convierten uno de esos mecanismos dirigidos fundamentalmente a personal que labora en el MINSa ^(8,9).

Por otro lado, otro hito importante en la historia remunerativa de los profesionales de la salud – aunque no exclusivo del sector – es la creación e implementación del Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios (CAS) en el año 2008, mediante el cual, se brinda un sistema de pensiones y un seguro de salud a personal contratado con tributación de cuarta categoría, modificando el sistema de contratación por servicios no personales (SNP) ⁽¹⁰⁾, además, existe en el MINSa un

sistema de contratación por medio de los Comités locales de Administración de Salud (CLAS) ⁽¹¹⁾.

En este contexto heterogéneo, otro aspecto importante a tomar en cuenta es que la asignación presupuestal nacional comprende tres niveles de Gobierno: Central, Regional y Local. Es en ese marco se dio a las regiones autonomía distributiva, situación que condicionaría potenciales diferencias en las remuneraciones, debido fundamentalmente a variaciones en los incentivos y asignaciones especiales ^(12,13). A ello se suma que los montos varían en función de criterios de cada unidad ejecutora, relacionadas generalmente a los ingresos propios y la autonomía de manejo sobre ellos.

Resulta pertinente e importante realizar la caracterización salarial en las diversas modalidades de régimen laboral y de cada una de las formas de bonificación e incentivos, con el propósito de tener una visión global y una aproximación objetiva del asunto en el país, que permita a su vez la toma de decisiones informadas en evidencia primaria en materia de recursos humanos en Salud. Por todo lo anteriormente expuesto, se desarrolló el presente estudio con el objetivo de describir las principales características de la situación remunerativa general y las políticas de incentivos en los trabajadores del sector salud de Perú comparándolas de acuerdo con la institución de procedencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO Y ÁREA DE ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio de diseño mixto que incluyó un abordaje cualitativo y componentes cuantitativos de tipo observacional comparativo y transversal durante los años 2008 y 2009 en el MINSa y EsSalud en Perú. El estudio fue revisado y aprobado por la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSa.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La evaluación se realizó sobre los grupos ocupacionales formalmente reconocidos como personal de salud, tanto a nivel profesional como técnico en ambas instituciones. Se incluyó al personal contratado como CAS y CLAS, tanto en el MINSa como en EsSalud en el primer caso, y exclusivamente en el MINSa en el segundo. En el análisis fueron incluidos tanto los cargos técnicos como administrativos.

Solo los cargos que eran comparables entre ambas instituciones fueron parte del análisis. Por lo contrario, no se consideraron las situaciones especiales en las cuales

se reportaban incentivos extrainstitucionales brindados por organizaciones privadas o benéficas; así como en el caso de existir bonificaciones o incentivos dados por única vez o por situaciones excepcionales.

MEDICIONES Y VARIABLES

El cuestionario utilizado fue inicialmente presentado al equipo supervisor para su aprobación, posteriormente, se validó y ajustó previo al trabajo de campo. Como variables de interés en lo relacionado al puesto de trabajo se consideró la institución, la modalidad de contrato, los cargos y niveles, los perfiles ocupacionales y las funciones. Por su parte, en lo relacionado con las remuneraciones se incluyó al salario total, los incentivos, las bonificaciones y remuneraciones.

UNIDADES DE ANÁLISIS, UNIDADES DE ESTUDIO Y SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

El MINSA es el ente rector de la salud de Perú, el cual, cuenta con centros proveedores de atención de salud a nivel nacional, así como institutos especializados en diagnóstico, tratamiento e investigación; su presupuesto depende directamente del Gobierno Central y de los Gobiernos Regionales. En el caso de EsSalud, es la institución encargada de la Seguridad Social, la cual también cuenta con establecimientos de salud de distintos niveles y capacidades de resolución, a diferencia del MINSA, el presupuesto de EsSalud se basa en los aportes realizados por los empleadores destinados a la seguridad social (9% de los ingresos brutos por quinta categoría, entre otros).

Se consideró 17 campos ocupacionales (en ambas instituciones), incluyéndose a 13 profesiones u ocupaciones: médico, odontólogo, químico farmacéutico, enfermera, obstetrix, biólogo, ingeniero sanitario, nutricionista, psicólogo, tecnólogo médico (laboratorio, radiología y medicina física), médico veterinario, trabajador social, químico, técnicos profesionales (de tres años de estudio) y auxiliares. Esta clasificación se basó en primera instancia en la distribución del MINSA. Para efectos de la comparación con EsSalud se buscó a los grupos o subgrupos equivalentes, según clasificador de cargo.

En el caso del MINSA, se tomó como unidades de estudio el nivel central, las direcciones regionales de salud, los Institutos especializados, los hospitales nacionales, los hospitales regionales, los hospitales de apoyo, las redes de servicios de salud y los CLAS. En EsSalud se incluyó a la Gerencia General, Oficina General de Administración, algunas Redes Asistenciales (tres en Lima y regionales), Instituto Nacional del Corazón (INCOR), Centro de Hemodiálisis, Gerencia de Oferta Flexible y el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI).

Para efectos de la selección de los participantes de la investigación, se conformaron estratos, según los niveles de complejidad de cada entidad, MINSA y EsSalud: nivel central, regional, intermedio y local (hasta centro de salud). En cada estrato, el marco muestral lo constituyó el conjunto de establecimientos o unidades administrativas de cada nivel. De cada marco muestral, se seleccionó la unidad de estudio (establecimiento o unidad administrativa) de manera aleatoria. Finalmente, dentro de cada unidad se realizó el estudio y análisis de las características relacionadas con los aspectos remunerativos de cada grupo ocupacional.

PROCEDIMIENTOS

Como ya se mencionó previamente, se utilizó técnicas cualitativas y cuantitativas. Si bien es cierto los reportes, principalmente, contienen información numérica de síntesis –más propia de un estudio cuantitativo– la aproximación para la obtención de los datos fue predominantemente cualitativa llevándose a cabo una serie de entrevistas a profundidad, grupos focales e informantes clave, contando para ello con guías validadas y matrices de consolidación. Es preciso mencionar, que en primera instancia se efectuó consulta a expertos y una revisión de documentos referenciales, la obtención de la información se efectuó principalmente por medio de fuentes secundarias como los reportes y ejecución de asignaciones presupuestales, planillas de pago, rendiciones, entre otros. Asimismo, a través de informantes clave, tales como: personal del área de remuneraciones de los diferentes niveles y dirigentes de asociaciones gremiales y la obtenida de los propios trabajadores de salud.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se creó una base de datos en Microsoft Excel®, la cual fue posteriormente importada al paquete *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versión 15.0. El análisis estadístico realizado fue descriptivo. Cada etapa o procedimiento para la recopilación y procesamiento de datos tuvo filtros de control de calidad. Los datos obtenidos de las diversas fuentes fueron concordados en matrices de consolidación.

RESULTADOS

DISTRIBUCIÓN DE LAS MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

Se encontró que los dos grandes conceptos que rigen la política de remuneración y bonificación a nivel nacional, son los cargos (ejecutivos, profesionales, técnicos y auxiliares) y el nivel por tiempo de servicio (la unidad es

el quinquenio del 1 al 5). Asimismo, el MINSa, reconoce además a aquellos profesionales con cargos directivos como responsabilidad directiva, especialización y coordinación de equipos en materia de remuneraciones. En el caso de los profesionales sin cargo directivo, no se ha encontrado diferenciación remunerativa ni de incentivos u otros relacionados a la capacitación y formación profesional (postgrado, segunda especialidad y cursos de perfeccionamiento).

Tanto en el MINSa como en EsSalud, las remuneraciones de los profesionales, técnicos y auxiliares se rigen bajo la legislación de la carrera pública - Decreto Legislativo 276 - denominándose a este personal de manera cotidiana como nombrados. Aunque hay que añadir que en el caso de EsSalud, dado que se le considera como una entidad estatal con régimen privado, también se rige bajo el Decreto Legislativo 728.

Como se mencionó con anterioridad, existe una modalidad común en ambas instituciones, por la cual los trabajadores se encuentran bajo el régimen del Decreto Legislativo 1 057 y su Reglamento para la Contratación Administrativa de Servicios (CAS), creado a fin de unificar las diversas modalidades de contratación de servicios - los cuales no tenían beneficio alguno ni estabilidad laboral, representando un 31,21% del total de personal existente dentro del MINSa para el año 2009 y un porcentaje no conocido pero importante dentro de EsSalud. Se debe añadir que en el MINSa existe una modalidad de contrato, el cual se da directamente desde los Comités locales de Administración de Salud (CLAS).

Se encontró que las remuneraciones en los profesionales, técnicos y auxiliares del MINSa se han homogenizado bajo el amparo legal del Decreto Legislativo 276 y sus leyes complementarias. No obstante, se ha observado que en lo concerniente a políticas de incentivos y de reconocimiento de méritos si bien existe legislación a la fecha, se ha podido evidenciar por la investigación en campo con los profesionales de los diferentes niveles operativos y directivos, que no se aplica en la práctica.

DISTRIBUCIÓN DE LA ESTRUCTURA SALARIAL PARA PERSONAL CONTRATADO BAJO LOS REGÍMENES 276 Y 728

En la Tabla 1, se observa una comparación global entre la estructura del salario anual en función a las remuneraciones e incentivos entre los trabajadores del Ministerio de Salud y EsSalud en Perú, donde puede evidenciarse marcadas diferencias entre estas dos entidades.

En el caso de EsSalud los incentivos fijos anuales consisten en un salario básico más por escolaridad, fiestas patrias, navidad y vacaciones; mientras que en el MINSa en los tres primeros es una cantidad variable que depende del Gobierno Central y en el último caso no existe ese reconocimiento. Con ello, los profesionales de EsSalud reciben 16 salarios anuales. Asimismo, es exclusivo de la seguridad social el aporte por uniforme y bono por productividad. Al respecto, no se ha encontrado evidencias documentarias oficiales, respecto al rubro de productividad, pero como resultado de las entrevistas efectuadas a los profesionales de los diferentes niveles

Tabla 1. Comparación general entre la estructura salarial anual de acuerdo a las remuneraciones e incentivos entre los trabajadores del Ministerio de Salud (MINSa) y la Seguridad Social (EsSalud) en Perú.

Composición de remuneración	MINSa	ESSALUD
Categoría	Por profesiones	Por profesiones
Nivel	Según profesiones	Numérica del 1 al 5
Remuneración básica	Iguales	Iguales
Beneficios e incentivos fijos		
Anuales		
Escolaridad	Un monto fijo	Un salario más
Fiestas patrias	Un monto fijo	Un salario más
Navidad	Un monto fijo	Un salario más
Vacaciones	No	Un salario más
Bono por uniforme	No	Sí
Bono por producción o utilidades	No	Sí
Mensuales		
Asistencia nutricional	Sí	No
Alimentos	Sí	No
AETAS*	Sí	No

* Dentro de las remuneraciones que reciben los profesionales del MINSa en los rubros de asistencia nutricional, alimentos y AETAS son diferentes por regiones, estando supeditado al presupuesto de la Dirección de Salud correspondiente.

Tabla 2. Distribución de frecuencia de Asignación Especial por Trabajo Asistencial (AETA) en personal médico y no médico por región.

	Cantidad de AETA	
	Personal no médico	Personal médico
Lima	22	12
Callao	22	12
Arequipa	19	10
La Libertad	19	10
Lambayeque	19	10
Piura	19	10
Ucayali	19	10
Cajamarca	18	10
Cusco	18	10
Puno	18	8
Amazonas	17	8
Ancash	17	8
Apurímac	17	8
Ayacucho	17	8
Huancavelica	17	8
Huánuco	17	8
Junín	17	8
Loreto	17	8
Moquegua	17	8
Pasco	17	8
San Martín	17	8
Tacna	17	8
Tumbes	17	8
Ica	16	8
Madre de Dios	15	8
Promedio nacional	17,9	8,8
Mediana nacional	17	8

se puede indicar que estos ingresos dependen de ciertos acuerdos gerenciales o pactos colectivos, cumplimiento de metas y disponibilidad presupuestaria, siendo estos diferentes cada año.

Cuando se observan los beneficios e incentivos fijos mensuales resulta exclusivo del MINSA aquellos por asistencia nutricional, alimentos y las Asignación Especial por Trabajo Asistencial (AETA), montos que van a depender de las regiones a las que pertenecen.

Vale la pena exponer que las AETAS han sido la vía por la cual el Estado Peruano ha procurado mejorar la situación remunerativa de los profesionales asistenciales de la salud, siendo así que en Lima, Callao y Lima provincia los profesionales reciben 22 AETA (cada una de 30 nuevos soles) bajo el rubro de incentivo. Un caso especial es la de los médicos donde diez de esas 22, pasaron a ser parte de sus remuneraciones y solo las 12 restantes como incentivos, ello tiene implicaciones importantes, puesto que la naturaleza del concepto de incentivos está sujeta a disponibilidad presupuestaria.

Sin embargo, no se ha logrado concretar esta forma de homologación en provincias, donde, a la fecha, se ha logrado efectivizar en el mejor de los casos la entrega de 17 AETA con el compromiso progresivo de estandarizar a 22. El equivalente a las AETA para los profesionales administrativos de la salud se entrega bajo el concepto de productividad con regularidad y con el mismo monto. La asistencia nutricional y alimentación considerada en la escala de incentivos se ha uniformizado a nivel nacional en 300 y 158 nuevos soles, respectivamente.

En ese sentido, la Tabla 2 presenta la distribución de frecuencia absoluta de las AETA en profesionales de la salud, tanto médicos como no médicos, de acuerdo a la región. La mediana nacional en el caso de los primeros es de 17 y 8 en el caso de los segundos. Se debe subrayar que los médicos, que laboran en Lima y Callao son los que perciben un mayor número de AETA, con 12 en total, mientras que el valor mínimo de estas es ocho donde se incluyen a provincias con alta proporción de pobreza extrema. En el área de los profesionales no médicos, las AETA son superiores también en Lima y Callao, con 22 en total; la región con menor número de AETA es Madre de Dios con 15, llama esto la atención, por un lado, porque esta región del sur oriente de Perú es una de las más afectadas por la pobreza, aunque como se ha mencionado eso se debería también al presupuesto menor.

En la Figura 1 se presenta la proporción explicada del salario anual por el total de beneficios e incentivos adicionales a la remuneración tanto en Lima y Callao como en provincias - tomando a la región Arequipa como refe-

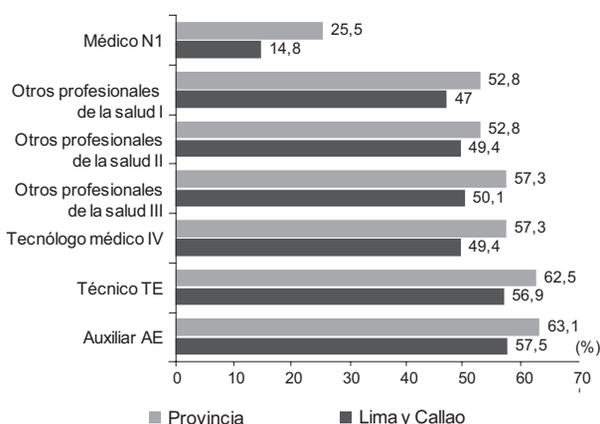


Figura 1. Proporción del salario anual total correspondiente a los beneficios e incentivos en el personal de salud que labora en el MINSA, según ubicación geográfica.

* Otros Profesionales de La Salud I: Enfermera 10, Obstetriz I, Cirujano Dentista IV, Químico Farmacéutico IV, Psicólogo I, Biólogo I, Médico Veterinario IV.
 † Otros Profesionales de La Salud II: Nutricionista I y Asistente Social IV.
 ‡ Otros Profesionales de La Salud III: Laboratorio clínico III y Fisioterapeuta III.

Tabla 3. Comparación entre personal del Ministerio de Salud (Régimen 276) y EsSalud (Regímenes 276 y 728) según salario anual percibido (en Nuevos Soles) en el primer nivel remunerativo y en promedio.

	Primer Nivel				Promedio			
	MINSA	ESSALUD	ESSALUD- MINSA	ESSALUD / MINSA	MINSA	ESSALUD	ESSALUD- MINSA	ESSALUD / MINSA
Médico	43 212,4	51 588	8 375,6	1,2	47 300,2	57 044,0	9 743,8	1,2
Cirujano dentista y Químico farmacéutico	21 268,0	43 300	22 032,0	2,0	21 560,0	46 948,0	25 388,0	2,2
Lic. en enfermería, Lic. obstetricia, Lic. psicología y Lic. en biología	21 268,0	36 100	14 832,0	1,7	21 560,1	43 300,0	21 739,9	2,0
Lic. en nutrición y Lic. trabajo social†	2 0225,9	27 140	6 914,1	1,3	20 397,9	32 258,3	11 860,4	1,6
Técnico de enfermería y técnico administrativo de apoyo	17 570,5	20 420	2 849,5	1,2	17 649,9	24 020,0	6 370,1	1,4
Auxiliar administrativo y auxiliar de servicio asistencial	17 370,7	17 860	489,3	1,0	17 372,8	19 660,0	2 287,2	1,1

* Los salarios promedio de los Lic. en Nutrición y los Lic. en Trabajo Social son diferentes en EsSalud (S/. 329 anuales o S/. 27,4 mensuales a favor de los licenciados en nutrición), por lo que se tomó el promedio entre ambos.

† Los salarios promedio de los técnicos de enfermería y los técnicos administrativos de apoyo son diferentes en el MINSA (S/. 158,7 anuales o S/. 13,2 mensuales a favor de los técnicos de enfermería) por lo que se tomó el promedio entre ambos.

‡ Los salarios promedio de los auxiliares administrativos y asistenciales son diferentes en el MINSA (S/. 4,2 anuales o S/. 0,35 mensuales a favor de los asistenciales) por lo que se tomó el promedio entre ambos.

rencia - en los primeros niveles remunerativos de cada categoría laboral - esta selección se basa en que los beneficios se mantienen constantes y, por tanto, ante menor nivel remunerativo se espera una mayor proporción por beneficios e incentivos. Puede observarse que en provincias en todo el personal, excepto en los médicos, la proporción correspondiente a beneficios supera el 50% del salario, siendo en los auxiliares y técnicos superior al 60%. En el caso de Lima y Callao, puede verse que en los médicos solo corresponde al 14,7%, no obstante, en el caso de los auxiliares y técnicos, también representa más del 50% del monto anual percibido.

DIFERENCIAS EN LOS SALARIOS ENTRE ESSALUD Y MINSA PARA PERSONAL CONTRATADO BAJO LOS RÉGIMENES 276 Y 728

En la Tabla 3, se presenta la comparación entre el salario anual percibido entre profesionales de la salud del MINSA y EsSalud, considerando el primer nivel remunerativo, así como el salario promedio de los cinco niveles reconocidos. Se presentan las cifras como diferencia y como cociente a fin de tener un panorama más amplio de la situación. Se observa una diferencia absoluta de más de ocho mil nuevos soles anuales entre un médico de EsSalud y un médico del MINSA cuando se trata del primer nivel remunerativo, lo que implica casi un 20% de diferencia, situación que se mantiene también cuando se ve el salario promedio. No obstante, las diferencias en los médicos no son tan grandes como cuando en el caso de un cirujano dentista o un químico farmacéutico donde la diferencia anual es ligeramente superior a los 22 mil

nuevos soles - lo que implica una brecha del 100% - es decir, un cirujano dentista tiene el doble de ingresos en la Seguridad Social que en el Ministerio de Salud. Es importante remarcar que en todos los casos, la diferencia es a favor de los profesionales que laboran en EsSalud.

DIFERENCIAS EN LOS SALARIOS ENTRE ESSALUD Y MINSA PARA PERSONAL CONTRATADO POR CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS (CAS).

Esta modalidad de contratación de personal solo establece monto mínimo fijado en no menos de una Remuneración Mínima Vital (RMV) que al mes de abril del año 2011 se sitúa en 650 nuevos soles, mas, no montos máximos, ni criterios para definición de estos, ni escalas remunerativas, por ello, se observa amplios rangos y marcadas diferencias entre los grupos de trabajadores de una misma institución con las mismas funciones; esto se evidencia aun más si se compara entre los contratados por EsSalud y los del MINSA tal como lo muestra la Tabla 4.

En esta tabla se observa los montos salariales promedio anual de un profesional CAS en el MINSA y en EsSalud, para luego presentar la diferencia y la razón entre esas dos instituciones. Se nota que las diferencias son claramente marcadas a favor de los profesionales que trabajan en EsSalud y los cocientes en algunos casos llegan a superar el 4; tal es el caso de los químicos farmacéuticos, quienes en promedio al año ganan 11 400 nuevos soles en el MINSA y 43 200 en promedio en EsSalud, lo que genera un diferencia promedio de 33 mil nuevos soles. En los médicos la diferencia también es marcada

Tabla 4. Comparación entre el personal contratado bajo el Régimen de Contrato Administrativo de Servicios (CAS) del Ministerio de Salud y EsSalud según salario mediano anual percibido (en nuevos soles) frente a sus pares contratados en los regímenes 276 y 728.[‡]

	CAS				MINSAL			ESSALUD		
	MINSAL	ESSALUD	ESSALUD- MINSAL	ESSALUD / MINSAL	Primer nivel*	Primer nivel - CAS	Primer nivel/ CAS	Primer nivel†	Primer nivel - CAS	Primer nivel/ CAS
Médico cirujano	24 000	60 000	36 000	2,5	43 212,4	19 212,4	1,8	51 588	-8 412	0,9
Cirujano dentista	11 400	38 400	27 000	3,4	21 268,0	9 868,0	1,9	43 300	4 900	1,1
Químico farmacéutico	10 200	43 200	33 000	4,2	21 268,0	11 068,0	2,1	43 300	100	1,0
Lic. Enfermería	8 640	30 000	21 360	3,5	21 268,0	12 628,0	2,5	36 100	6 100	1,2
Lic. Obstetricia	9 576	30 000	20 424	3,1	21 268,0	11 692,0	2,2	36 100	6 100	1,2
Lic. Trabajo social	9 000	38 400	29 400	4,3	20 225,9	11 225,9	2,2	27 140	-11 260	0,7
Lic. En psicología	9 480	31 200	21 720	3,3	21 268,0	11 788,0	2,2	36 100	4 900	1,2
Lic. Biología	14 400	31 200	16 800	2,2	21 268,0	6 868,0	1,5	36 100	4 900	1,2
Lic. Nutrición	8 400	30 000	21 600	3,6	20 225,9	11 825,9	2,4	27 140	-2 860	0,9
Técnico de enfermería	7 800	23 520	15 720	3,0	17 570,5	9 770,5	2,3	20 420	-3 100	0,9
Técnico administrativo de apoyo	8 400	24 000	15 600	2,9	17 570,5	9 170,5	2,1	20 420	-3 580	0,9
Auxiliar administrativo	7 680	14 400	6 720	1,9	17 370,7	9 690,7	2,3	17 860	3 460	1,2
Auxiliar de servicio asistencial	7 440	14 400	6 960	1,9	17 370,7	9 930,7	2,3	17 860	3 460	1,2

* Se refiere al primer nivel de los nombrados (276) del MINSAL

† Se refiere a los nombrados (276) y con contrato a plazo indeterminado (728) de EsSalud.

‡ El técnico PAD no ha sido considerado en esta comparación.

con 36 mil nuevos soles, donde los ingresos de un galeño contratado por esta modalidad en EsSalud representan el 250% de sus pares en el MINSAL en promedio.

DIFERENCIAS EN LOS MONTOS SALARIALES ENTRE LOS MÉDICOS QUE LABORAN POR CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS (CAS) Y SUS PARES CONTRATADOS BAJO LOS REGÍMENES 276 Y 728.

En la Tabla 4, hay dos secciones destinadas al análisis de la diferencia promedio entre un profesional nombrado (DL 276) o contratado a plazo indeterminado (DL 728) frente a un contratado como CAS, además, se presenta también la razón entre los ingresos de ambos. En el caso de los médicos puede observarse que mientras en el MINSAL la diferencia entre los ingresos anuales entre un médico nombrado y un CAS es superior a 19 mil soles a favor del primero (lo que genera que sea casi el doble), en EsSalud la figura se invierte y es el médico CAS quien percibe un mejor ingreso anual; esta situación también se presenta con las licenciadas en Nutrición y Trabajo Social.

ESCALA REMUNERATIVA PARA EL PERSONAL CONTRATADO POR CLAS EN EL MINSAL

En la Tabla 5, se observa las remuneraciones mensuales del personal contratado por CLAS en el MINSAL. Se puede observar que los montos asignados son meno-

res que los del personal contratado por CAS, asimismo, puede advertirse que en el peor escenario (mínimo salario) las profesionales de obstetricia y enfermería pueden tener ingresos similares a los de un técnico de enfermería o personal auxiliar en un establecimiento de salud, pero lo más resaltante de esto es que esa cantidad resulta ser inferior a lo reglamentado como Sueldo Mínimo Vital en Perú.

DISCUSIÓN

Como ya se expuso previamente, en Perú - no solo en el sector salud - existen dos regímenes generales de contratación de quinta categoría: el sistema público contenido bajo los efectos de Decreto Legislativo 276 centrada en el nombramiento y el privado, el cual es aplicable en las instituciones no gubernamentales en general y también reconocido en EsSalud (por ser una entidad pública con régimen privado) ^(8,9). Sin embargo, existen medios de contratación por cuarta categoría (CAS) ⁽¹⁰⁾ aplicable en ambas instituciones y una versión más directa de contrato por medio de los CLAS ⁽¹¹⁾; todo esta heterogeneidad de alternativas contribuye a la generación y acentuación de la inequidad no solo en las retribuciones económicas sino también indirectamente al acceso a salud de la población ^(14,15). Para efectos del presente estudio, se optó por segmentar el análisis entre contratos por quinta categoría (Decretos Legislativos 276 y 728) y cuarta cate-

Tabla 5. Salario percibido mensualmente por el personal laborando bajo el régimen CLAS (MINSa) a nivel nacional en Nuevos Soles*.

Categoría	Monto mínimo	Monto máximo	Promedio	Mediana
Médico	1 200	2 200	†	†
Enfermera	450	800	625	600
Obstetriz	450	800	625	580
Cirujano Dentista	600	1 200	900	800
Químico Farmacéutico	600	800	700	650
Psicólogo	600	800	700	650
Biólogo	600	1 200	900	800
Técnico Enfermería	450	700	575	500
Técnico Adm Apoyo	450	750	600	520
Auxiliar Administrativo	450	720	585	500
Auxiliar Servicio Asistencial	450	620	535	480

* No se pudo contar con información precisa en el caso de los licenciados en trabajo social y los licenciados en nutrición.

† No se cuenta con información referida al profesional médico.

ría (CAS), para hacerlos más comparables y sometidos a una menor confusión o interacción.

En el caso del personal contratado en una modalidad de quinta categoría, se mostró que su estructura salarial es diferente entre las dos instituciones, –situación que podría ser explicada por el régimen que las rige (público/privado) así como por su fuente de financiamiento (Gubernamental/Aporte de los empleadores)– condición que acentúa la desigualdad remunerativa, es en este contexto que las AETA cumplen una función cardinal como estrategia clave para contrarrestar la ausencia de incrementos substanciales en las remuneraciones en el MINSa. Sin embargo, dentro del mismo MINSa existe una distribución disímil de acuerdo con la región y a grupo de trabajo; puesto que dependen del presupuesto de cada gobierno regional, en el caso de los médicos, por ejemplo, algunas AETA están consideradas dentro de la remuneración; esto favorece el clima heterogéneo del tema. Por lo contrario, no existe una categorización de acuerdo con las competencias logradas, a los estudios de postgrado, a la experiencia y producción científica de los profesionales; situación que se convierte en un obstáculo para la motivación de los profesionales.

En el caso específico del MINSa, la proporción del total de los montos pecuniarios percibidos que son debidos a los incentivos y beneficios, tendría implicaciones importantes, inclusive en el momento de optar por la jubilación, puesto que en ese momento dejaría de percibirse. Es allí donde existe, nuevamente, distintos escenarios, en el caso de los médicos la proporción es pequeña, sobre todo en Lima y Callao –debido a su incorporación en la remuneración– mientras que en el caso de otros profesionales esto explica casi la mitad de lo percibido, sin dudas la repercusión sería distinta en uno y otro escenario. Ahora también, hemos visto que las AETA son mayores en la capital que en las provincias, no se percibe una aso-

ciación entre zonas de mayor pobreza y mayores incentivos, con el consecuente desconocimiento por el trabajo en áreas alejadas y menos desarrolladas del país, posición que acentúa el déficit de recursos humanos y, por ende, la consecuente falta de accesibilidad a atención de salud en esas zonas, esto es sin dudas, un alimentador de nuestro círculo de pobreza e inequidad ⁽¹⁶⁾.

Se ha realizado un análisis centrado fundamentalmente en los montos para personal de quinta categoría, considerando el primer nivel remunerativo de ambas instituciones, donde se observa en todos las categorías de trabajo que los salarios son superiores en la seguridad social, siendo en algunos casos el doble de lo percibido por el profesional en el MINSa. Esta misma tendencia se mantiene cuando se considera el salario promedio percibido (incluye desde el primer al quinto nivel remunerativo). Si bien nuevamente hay que enfatizar que esta diferencia puede partir de la estructura salarial en cada institución así como el financiamiento “directo” por parte de EsSalud, el análisis debe de ir hacia los posibles efectos que ello trae, o que potencialmente pueda traer, como una predilección marcada por las convocatorias de la Seguridad Social e inclusive –aunque difícil, dada la “estabilidad” de la condición de los contratos en quinta categoría– una migración de una institución a otra. Sin embargo, esto también pasa por reconocer que el MINSa atiende a la mayor proporción de la población peruana por lo que es primordial velar por que los recursos humanos –que ya de por sí son escasos– se mantengan y con ello la oferta de atenciones de salud correspondientes, evitando así el incremento de la desigualdad en salud ^(14,16).

Si bien se ha dado una mirada más amplia al personal contratado por quinta categoría, el análisis de aquellos contratados con el régimen especial CAS de cuarta categoría, caracterizada por no contar con la estabilidad laboral de sus pares de quinta categoría y que recurre a

adendas de contrato para prolongar por tiempos determinados la relación con el empleador, pero que, como se ha expuesto, incluye el pago obligatorio a EsSalud por concepto de Seguridad Social así como la proporción correspondiente para el fondo de pensiones. Existe una alta proporción del personal que labora en ambas instituciones pertenece a la modalidad CAS, por lo que constituye una fuerza laboral relevante, y requiere una especial atención ya que los montos no están definidos por mandatos nacionales, sino que dependen fundamentalmente de la institución convocante, teniendo solo el límite inferior en el Salario Mínimo Vital. Es importante señalar que en la modalidad CAS no se ofrecen incentivos ni beneficios económicos de ninguna índole ⁽¹⁰⁾.

Al comparar los salarios anuales promedios percibidos por los CAS en EsSalud frente a MINSA, se encuentra que en todas las categorías existe una diferencia positiva a favor de los que laboran en la seguridad social, se evidencia que en el caso de los profesionales los salarios anuales en EsSalud son el doble o más del doble que los del MINSA y cercanos al doble en el caso del personal técnico. Esto es una situación preocupante, ya que cumpliendo funciones y perfiles similares, existen marcadas diferencias en materia de retribución económica. Acá se debe de colocar un mayor interés puesto que, el personal CAS tiene una potencial mayor facilidad de migración que aquellos que se encuentran en quinta categoría, dado que el contrato se renueva cada cierto tiempo y es a este nivel donde los aspectos económicos pueden primar.

La desigualdad dentro de cada institución entre el personal CAS y el personal de quinta categoría del primer nivel remunerativo es marcada, puede observarse que en el caso del MINSA un personal nombrado percibe en promedio dos veces más que un personal CAS, mientras que en EsSalud en algunos casos como en los médicos y nutricionistas ocurre lo contrario, siendo los CAS mejor remunerados que los nombrados, y si bien en algunos casos los nombrados son mejor remunerados, las diferencias llegan a alcanzar un 20% del salario de los CAS muy inferior en comparación al MINSA (donde es superior al 100%). Debe de reconocerse que justo por el hecho de que el CAS no asegura estabilidad, que los contratos son dados para realizar actividades específicas y que no hay posibilidad de acceder a beneficios e incentivos económicos, los salarios bajo este tipo de contrato deben de ser superiores, solo así puede reducirse la posibilidad de migración no solo a EsSalud sino al sector privado con el consecuente fortalecimiento institucional, a diferencia del personal de quinta categoría, donde las regulaciones sobre los montos son de carácter nacional, los montos para los CAS específicamente dependen de la institución específica – Hospital, Instituto,

Dirección Regional de Salud, entre otras – que convoca, por lo que parte de una política seria y efectiva de recursos humanos más aun cuando se considera que nuestro sistema de recursos humanos está descentralizado ⁽¹⁷⁾.

Finalmente, el modo de contratación por medio de CLAS, requiere un análisis cuidadoso, puesto que son los montos salariales más bajos y lo que llama fuertemente la atención que si bien no es en promedio, existen salarios mensuales por debajo del sueldo mínimo vital en el caso de profesionales de la salud. Esta situación debe de ser replanteada y formular una política que establezca mejores salarios no solo superiores al SMV sino que estén acorde con la preparación de los profesionales y técnicos. Acá entra a tallar, el hecho que en la concepción misma del CLAS, si bien son una forma de descentralizar la administración de la salud con un mayor ingrediente comunitario, esto puede ser contraproducente si es que no existen las capacidades suficientes para reconocer el valor de los recursos humanos en salud, por lo que puede requerirse una mayor capacitación y asesoría a las personas encargadas de las coordinaciones administrativas de estas dependencias ^(11,18).

Los resultados obtenidos permiten una visión global del tema, no obstante, presentan algunas limitaciones producto de que no se tuvo acceso total a algunas fuentes de información en ambas instituciones; asimismo, no se contó con un muestreo probabilístico y representativo que incluya a otras provincias del país (aparte de Arequipa que se tomó como referente) y que hubiera permitido efectuar una aproximación estadística más certera. El análisis de los salarios solo realiza comparaciones dentro del país y solo en dos instituciones, que si bien son las principales en cuanto a número y convocatoria, no son las únicas. Tal vez el conocer un poco más la realidad de las fuerzas armadas y policiales, así como una aproximación breve al sector privado, hubiera brindado un panorama más completo. Asimismo, si bien no es objetivo del estudio, sería prudente realizar un análisis de los salarios en comparación con otros países vecinos ajustado por indicadores económicos.

Consideramos que la identificación de las causas de las diferencias observadas y los mecanismos utilizados para calcular las remuneraciones salariales en el personal de salud son una prioridad a investigar dentro del área de recursos humanos. Asimismo, se sugiere evaluar la posible aplicación de una adecuación salarial entre las instituciones con la generación de propuestas de políticas salariales equitativas, que incorporen en sus criterios de remuneraciones la verdadera productividad, el desempeño por competencias, la eficiencia, la calidad, la producción científica, entre otras, en todos los profesionales de la salud, que permita la obtención de

respuestas positivas en el personal y la disminución del malestar y la percepción de inequidad.

Contribuciones de Autoría

KP y MA participaron en la concepción, recolección y análisis de datos y redacción del manuscrito, AR participó en la concepción, análisis y redacción del manuscrito, WP participó en el análisis estadístico y revisión crítica del manuscrito. BM participó en la revisión crítica, asesoría técnica y administrativa y obtención de financiamiento. Todos los autores aprobaron la versión final del artículo.

Fuentes de Financiamiento

Dirección General de Gestión del Desarrollo de los Recursos Humanos, Ministerio de Salud, Lima, Perú.

Conflicto de Interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brito PE. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Rev Panam Salud Publica. 2000;8(1-2):43-54.
2. Salinas H, Erazo M, Reyes A, Carmona S, Veloz P, Bocz F, et al. Indicadores de gestión de servicios de salud públicos y asignación de recursos desde el Ministerio de Salud de Chile. Rev Med Chil. 2004;132(12):1532-42.
3. Hurtado E, Galmés M, Iraola N, Dolcini H, Yansenson J, Gutiérrez H. Remuneraciones profesionales médicas. Revista de la Asociación Médica Argentina. 2009;122(2):6-15.
4. Dal Poz MR. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil. Gac Sanit. 2002;16(1):82-8.
5. Amable A, Benach J. La precariedad laboral ¿un nuevo problema de salud pública? Gac Sanit 2000;14(6):418-42.
6. Nuñez M. Diagnóstico Situacional del Campo de los Recursos Humanos en el Perú. [Internet]. Lima: Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos; 2009. [citado el 27 de mayo] Disponible en: <http://www.observarh.org/andino/eventos/tallerarg/ppts/peru.pdf>
7. Caballero P, Yagui M, Espinoza M, Castilla T, Granados A, Velásquez A, et al. Prioridades regionales y nacionales de investigación en salud, Perú 2010-2014: un proceso con enfoque participativo y descentralista. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2010; 27(3):398-411.
8. Ley de Fomento del Empleo. Decreto Legislativo 728. (08 de noviembre, 1991)
9. Ley de Bases de la Carrera Administrativas y de Remuneraciones del Sector Público: Concordado. Decreto Legislativo N° 276. (11 de marzo, 1984).
10. Decreto Legislativo que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicio. Decreto Legislativo 1057. (27 de junio, 2008).
11. Ley que establece la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del ministerio de salud y de las regiones. N° 29124. (12 de noviembre, 2007).
12. Ley de Bases de la Descentralización. N° 27783. (17 de julio, 2002).
13. Plan Anual de Competencias Sectoriales a los Gobiernos Regionales y Locales del año 2009. Decreto Supremo N° 047-2009-PCM. (24 de julio, 2009).
14. Sanabria C. Inequidad en la Política de Salud en el Perú: perspectivas. Revista de la Facultad de Ciencias Económicas. 2000;5(16):107-28.
15. Abásolo I, Manning R, Jones AM. Equity in utilization of and access to public sector GPs in Spain. Applied Economics. 2001;33(1):349-64.
16. Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud Rev Panam Salud Publica. 2002;11(5-6):316-26.
17. Arroyo J. Los sistemas descentrados de recursos humanos en salud: el caso del Perú, 1990-2005. Ciênc Saúde coletiva. 2006;11(4):1063-72.
18. CARE PERU. Orientaciones para una conformación más participativa de las CLAS y su vínculo a los gobiernos locales, en un marco de Enfoque Basado en Derechos. Lima: CARE; 2007.

Correspondencia: Karim J. Pardo
 Dirección: Jr. Daniel Hernández 661. Dpto. 401. Urb. El Carmen. Pueblo Libre, Lima, Perú.
 Teléfono: (511) 997-197460
 Correo electrónico: karimpardo@gmail.com