

Remuneraciones en el sector salud

Mayo 2019

**División de Evaluación y Monitoreo del Personal
de Salud**

Departamento Mercado de Trabajo

Contenidos

I.	Introducción	3
II.	Evolución de los salarios en el sector	4
III.	Brechas entre salarios y laudos	8
III1.	Trabajadores no médicos	9
III2.	Trabajadores Médicos	11
III3.	Nuevo régimen de trabajo médico	13
IV.	Distribución de la masa salarial por grupo de trabajadores	14
V.	Distribución de la masa salarial por área de actividad	19
VI.	Consideraciones finales	21
VII.	Anexo.....	23
VII1.	Aclaraciones metodológicas y fuentes de datos	23
1.	Bases de datos	23
2.	Aspectos generales de la información del SCARH	23
VII2.	Composición de los trabajadores del sector por sexo y edad	25

I. Introducción

El personal de salud es central en la determinación del acceso y calidad de las prestaciones de salud que brinda el SNIS. Informes anteriores se han detenido en analizar la disponibilidad, estructura y distribución del personal en sus distintas profesiones y categorías, así como otros aspectos que caracterizan la fuerza laboral.¹ El presente informe tiene por objetivo focalizar el análisis en los aspectos vinculados a las remuneraciones. Para ello se analizan las remuneraciones del subsector público y privado en el período 2008-2017, en base a la información provista por la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del INE y el Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH) del MSP.

Desde la mirada de las políticas laborales, la regulación de los niveles mínimos salariales es fundamental en la medida que los salarios son la principal fuente de ingreso de los hogares en Uruguay. Asimismo, las políticas sectoriales en esta materia inciden a nivel general, dado que en 2017 el empleo en el sector salud representaba el 6.7% del empleo total.² En términos generales, desde 2005 con la reinstalación de los Consejos de Salarios, el objetivo de los primeros años de las políticas salariales fue la recuperación del salario real perdido por los trabajadores en las décadas anteriores, por lo que un primer objetivo de este trabajo es analizar de qué manera se implementó esta política a nivel sectorial.

Por otra parte, el sector salud requiere de profesionales capacitados donde la oferta de recursos humanos es rígida en el corto plazo y no siempre es la necesaria para atender las demandas sanitarias del país. En el caso de los prestadores que integran el FONASA, si bien se regulan los precios de las cuotas salud y tasas moderadoras, solo se regulan los mínimos salariales. Es decir, que la “competencia por precios” es un mecanismo habilitado en este sector. En este sentido, es importante analizar también en qué medida este fenómeno se ha dado en los últimos años. Para ello, un camino es posible es el de comparar la evolución de los salarios en relación a la acordada en la negociación colectiva.

Por último, si bien como se verá más adelante las remuneraciones efectivamente han aumentado en los últimos años, es importante analizar de qué manera se han distribuido. Según surge de los estados de resultado, la participación relativa de las remuneraciones en el gasto de los prestadores que integran el FONASA ha aumentado en los últimos años, llegando a representar más del 60% en 2017.³ Es importante analizar entonces cómo se distribuye esta masa salarial entre los distintos grupos de trabajadores.

¹ Los informes de Mercado de Trabajo se encuentran disponibles en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/mercado-de-trabajo>

² Fuente ECH 2017.

³ Los Estados de Situación Patrimonial y Estado de Resultados pueden consultarse en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos>.

II. Evolución de los salarios en el sector

II.1. Valores hora: evolución 2008-2017 según sub sector y tipo de trabajadores

Desde los comienzos de la reforma de la salud en el año 2007, la política salarial ha ocupado un lugar central. Circunscripta en una política salarial más general, la recuperación de los salarios del sector ha sido sostenida en el tiempo (Tabla 1, Tabla 2). La marcada pérdida de poder adquisitivo observada luego de la crisis de 2002, motivó que durante los primeros cinco años de la reforma de la salud el eje central en materia salarial estuviera lograr los incrementos que permitieran los niveles salariales pre crisis. Alcanzado el objetivo inicial, la recuperación salarial ha continuado en el tiempo tanto para el subsector público como privado, como puede verse en los Gráfico 1 y Gráfico 2. En el caso de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), donde históricamente los salarios estuvieron por debajo de los del subsector privado, a la recuperación salarial se agrega el objetivo de convergencia salarial con dicho subsector, de forma de evitar el “descreme” de los profesionales más calificados o escasos.

La Tabla 1 muestra la evolución salarial 2008-2017 para las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMCs). Como puede observarse, las características antes mencionadas se mantienen tanto al considerar los ajustes laudados como los salarios efectivamente pagados.

Tabla 1. Variación 2008-2017 (en %) del salario real - Personal Asistencial

	Con CAD			Sin CAD		
	Total País	Montevideo	Interior	Total País	Montevideo	Interior
Remuneraciones efectivas IAMCs						
Especialidades Básicas	38	48	30	28	38	20
Especialidades Médicas	45	42	48	43	38	47
Esp. Anestésico-Quirúrgicas	51	55	47	53	56	49
Licenciadas en Enfermería	21	21	31			
Auxiliar de Enfermería	23	24	23			
Otros profesionales de la salud	23	22	26			
Laudos						
Médicos	20					
FUS salarios mayores	22					
FUS salarios menores	26					
Índice de Salario Real	36					

Fuente: elaboración propia en base a datos de SCARH, MTSS, BCU.

El sub sector público también se caracteriza por una marcada recuperación salarial, con la condicionante adicional que los niveles de partida eran extremadamente bajos, como puede verse en la siguiente tabla. Dada la aplanada estructura salarial existente en ASSE a comienzos de la reforma, los diferentes ajustes salariales parecen haber ido en dirección a corregir este

fenómeno, reconociendo así las diferentes especificidades de las profesiones que componen los equipos asistenciales.

Tabla 2. Evolución del salario real, ASSE – Período: 2008-2016

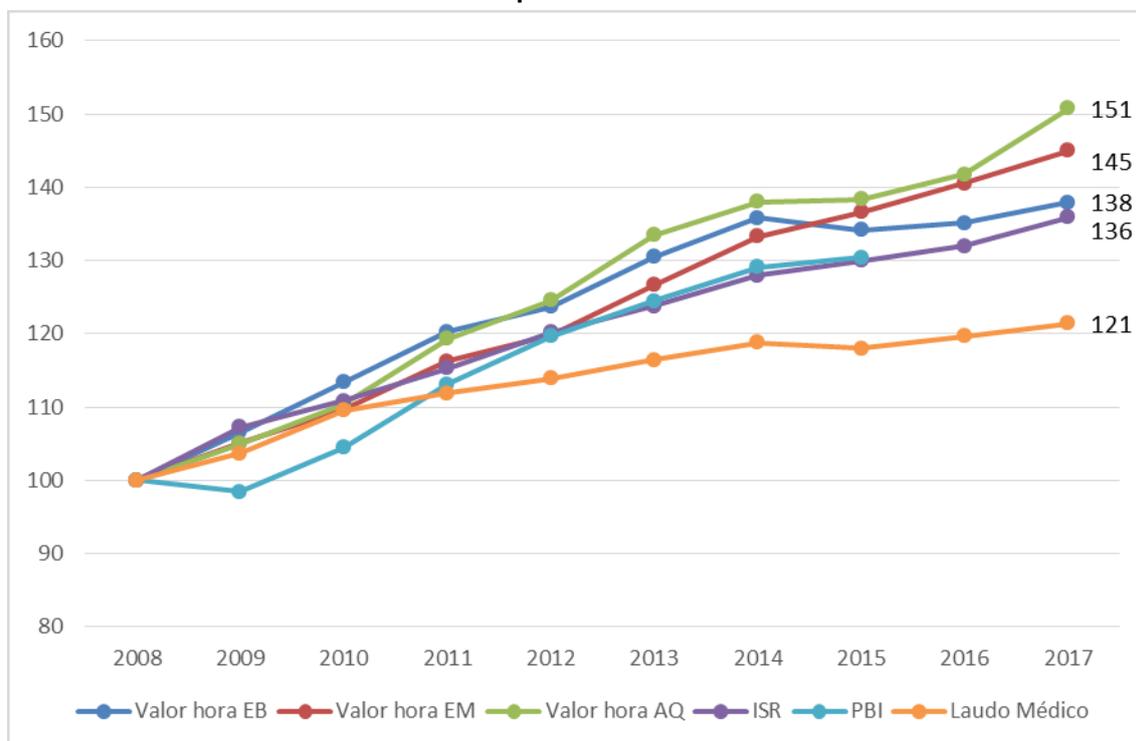
	Salario nominal 2008*	Salario Nominal 2016*	Variación 2008 - 2016 (en %)
Pol. Medicina General	22.470	40.788	82
Guardia Medicina General	21.089	33.284	58
Pol. Especialidades Médicas	26.965	48.945	82
Guardia Especialidades Médicas	23.198	39.941	72
Lic. en Enfermería	12.605	30.128	139
Aux. en Enfermería	13.530	16.445	22
Otros prof. de la salud	12.605	28.587	127

Fuente: elaboración propia en base a datos de ASSE.

*Valores a precios constantes de 2016. Todos los salarios son equivalentes a 24 horas semanales.

El Gráfico presenta la evolución salarial de los valores hora efectivamente pagos y del laudo para el caso de los trabajadores médicos de las IAMCs en el período de análisis. Como puede constatarse, los salarios reales de mercado evolucionan por encima de lo establecido en los acuerdos del Consejo de Salarios, siendo a su vez una evolución superior a la del promedio salarial nacional medido por el Índice de Salario Real (ISR).

Gráfico 1. Evolución del salario por hora real médico – IAMCs. 2008-2017

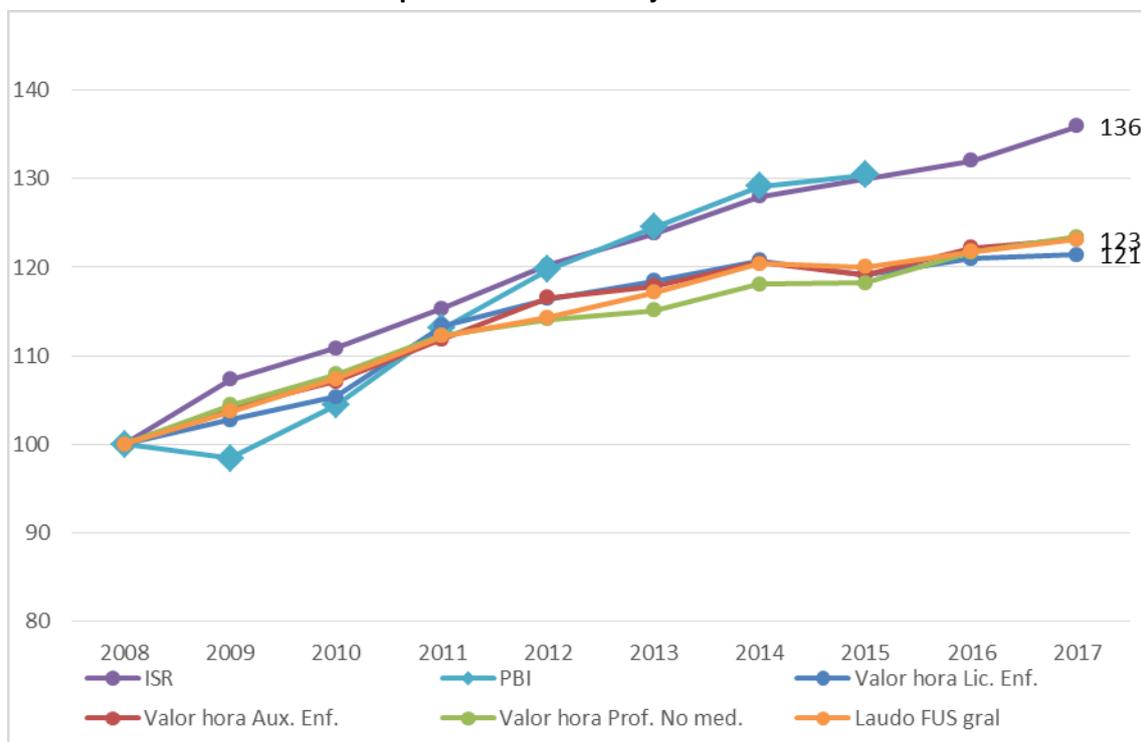


Fuente: elaboración propia en base a datos de SCARH, MTSS, BCU

Por otra parte, en el caso de los trabajadores privados no médicos la evolución es algo diferente: el salario de mercado se ha mantenido mucho más próximo al laudo del sector. Esta proximidad indica un mayor ajuste a lo establecido en las pautas y se asocia a una distribución

más homogénea de las remuneraciones para cada tipo de cargo laudado. A su vez, a diferencia del caso de los trabajadores médicos, la evolución de los ajustes estuvieron por debajo del promedio nacional (ver Gráfico 2).

Gráfico 2. Evolución del salario por hora real - Trabajadores no médicos – IAMCs. 2008-2017



Fuente: elaboración propia en base a datos de SCARH, MTSS, BCU

Dado que los valores hora aquí considerados son un promedio ponderado de pagos en distintas áreas de trabajo con diferente nivel de remuneración (por ejemplo, la hora de policlínica tiene un valor mayor a la de guardia interna), el hecho de que el valor de mercado supere ampliamente al valor laudo (en particular del subsector privado médico), podría deberse no sólo a ajustes muy por encima de lo pautado en la negociación colectiva, sino también a un cambio en la composición de las horas en favor de las actividades mejor remuneradas. Sin embargo, como se analiza en el apartado siguiente y puede verse en el Gráfico 3, la estructura de horas se ha mantenido relativamente estable en el período considerado.

II.2. Evolución de la masa salarial 2008-2017

La masa salarial del sector en su conjunto se ha incrementado en forma significativa a lo largo del período considerado. Según se observa en la Tabla 3, la masa salarial del área asistencial del sub sector privado prácticamente se duplicó. En términos de la especialidad del trabajador, los mayores aumentos se observan en las especialidades básicas (122%) y los profesionales de tecnología médica (125%).

En el caso del subsector público y en particular de ASSE, no se cuenta con la información desagregada por grupo de especialidades o tipos de cargo, así como tampoco se dispone de datos relacionados a la carga horaria de los trabajadores. Sí es posible observar, según surge de los estados de resultados, que la masa salarial se incrementó en un 67% en términos reales entre 2008 y 2017.

En términos generales, el crecimiento de la masa salarial podría verse explicado por tres factores: i) aumentos en la producción (horas y actos); ii) cambios en la composición de las horas y actos según áreas que altere la remuneración relativa, y iii) aumentos del valor hora y valor acto.

En el primer caso, aumento del volumen de trabajo, la Tabla 3 muestra que efectivamente se produjo un incremento importante de las horas contratadas, aunque en general dicho aumento representa la mitad del aumento de la masa salarial.

Tabla 3. Masa Salarial IAMCs – Período: 2008-2017

Categoría laboral	Variación 2008-2017 (en %)	
	Horas	Masa salarial
EB	67%	122%
EM	40%	99%
AQ	21%	77%
Subtotal Médicos	45%	98%
Lic. Enfermería	65%	102%
Aux. Enfermería	48%	85%
PTM	81%	125%
Total IAMCs	55%	99%

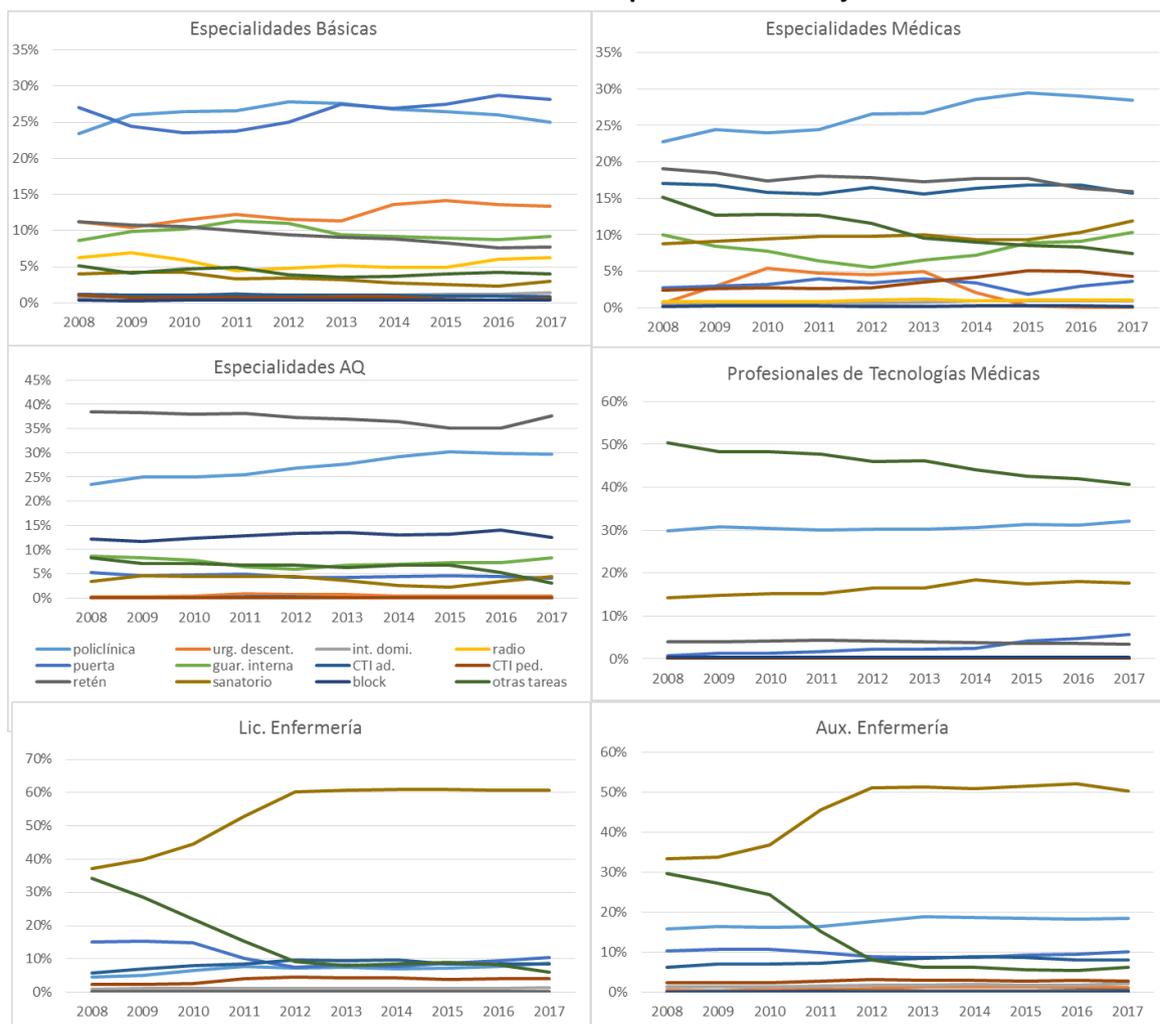
Fuente: elaboración propia en base a datos de SCARH

La estructura de horas contratadas según área de trabajo también influye en la evolución de la masa salarial. En el caso de los médicos esto se debe a que el valor hora es diferente según el área de trabajo; mientras que en el caso de los no médicos a la existencia de áreas de trabajo que tienen compensaciones adicionales (ejemplo, complemento por trabajo en área cerrada).

Las siguientes gráficas muestran que en el período la estructura horaria presenta una evolución estable para todas las categorías laborales. Aun así, es de resaltar el incremento de las horas de policlínica para las especialidades médicas y anestésico-quirúrgicas, y el incremento de las horas de sanatorio para los profesionales de tecnologías médicas, las licenciadas y auxiliares de enfermería. Como contraparte de dichos incrementos se observa en todos los casos la disminución de las horas de “otras tareas”.

Por tanto, es de esperar que el cambio se deba a una mejor distribución de las horas asignadas a “otras tareas” en el Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH) más que a un cambio real en la composición de las horas. Entonces, dada la relativa estabilidad en la evolución de la estructura horaria, se puede concluir que el incremento en la masa salarial no responde, al menos de manera significativa, a este efecto composición de las horas de trabajo contratadas.

Gráfico 3. Evolución de la distribución de las horas por área de trabajo. IAMC. 2008-2017.



Fuente: elaboración propia en base a datos de SCARH

III. Brechas entre salarios y laudos

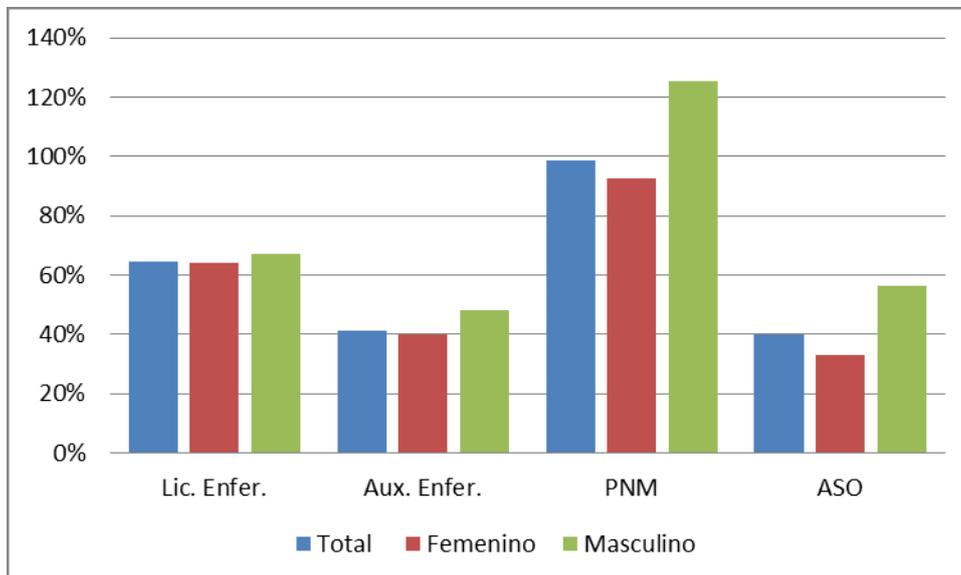
El sector salud ha mostrado un especial dinamismo en la última década producto de la reforma de la salud. Este dinamismo, asociado a una necesidad de trabajadores con altos niveles de calificación, probablemente genere presiones al alza de los salarios, en la medida que la competencia por precios no está regulada. En este sentido, es importante observar en qué medida los ajustes salariales del sector se acercan o se distancian de los acordados en la negociación colectiva que en sí mismos incluían incrementos reales relevantes.

En este apartado se muestran algunas medidas que reflejan la distancia entre los salarios efectivamente percibidos por los trabajadores de las IAMCs y los laudos correspondientes a cada área o categoría laboral, evaluado en valor hora. Los datos corresponden al año 2017 y están expresados a precios constantes de enero 2018.

III1. Trabajadores no médicos

El siguiente gráfico muestra la distancia promedio entre los salarios por hora percibidos por los trabajadores no médicos y los laudos correspondientes por categoría laboral en las IAMCs.

Gráfico 4. Distancia promedio de los salarios por hora al laudo – Total IAMCs



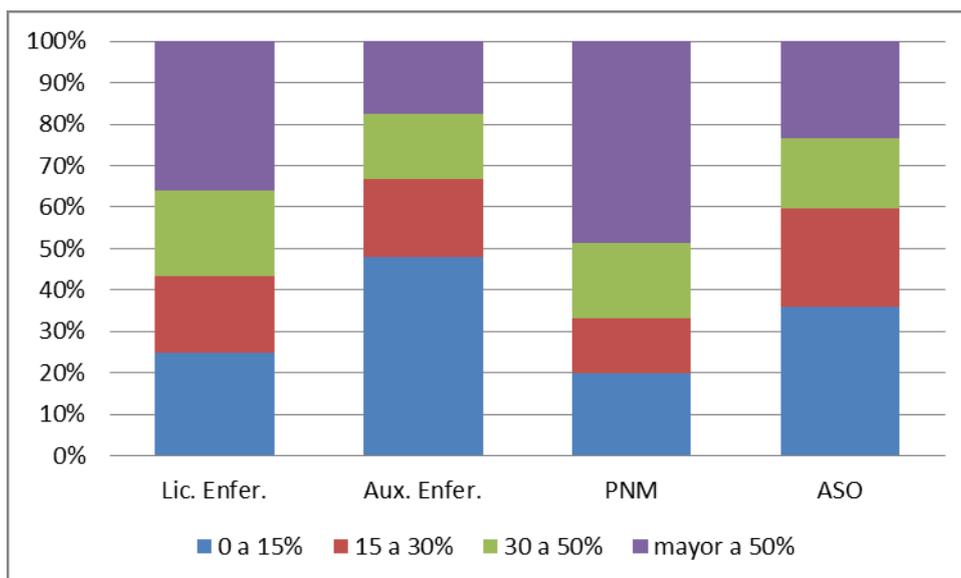
Fuente: elaboración propia en base a datos de SCARH y MTSS.

Los profesionales no médicos son el grupo de trabajadores que en promedio perciben salarios por hora que se distancian más de sus laudos correspondientes. Los laudos de este grupo de trabajadores son bajos comparados con otros trabajadores del sector que poseen iguales niveles de formación. Por tanto, se puede intuir que la brecha con el laudo señala que el mercado tiende a compensar los bajos laudos pagando más que el salario mínimo laudado.

Las licenciadas de enfermería en promedio perciben salarios 60% superiores a los laudados, lo cual se podría explicar con un argumento similar al de los profesionales no médicos, así como por la relativa escasez de licenciadas para cubrir las necesidades asistenciales.

En cuanto a las brechas por sexo, en promedio los salarios por hora de los hombres se alejan más del laudo que el salario por hora de las mujeres, lo que señala que los hombres perciben salarios promedio por hora superiores, sobre todo dentro de los profesionales no médicos y el personal de administración, servicios y oficios.

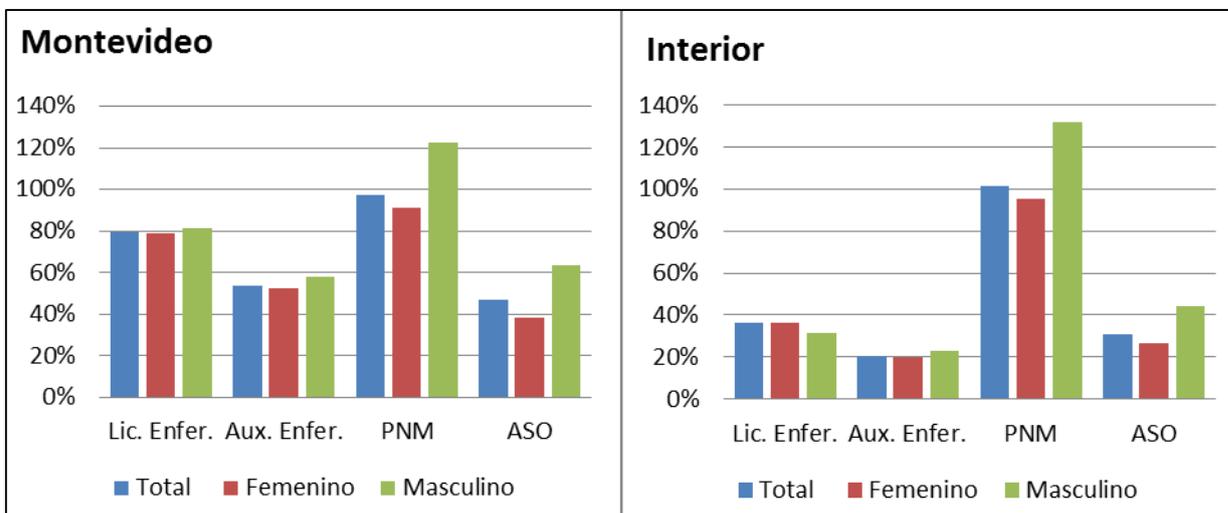
Gráfico 5. Distancia de los salarios al laudo – Total IAMCs.



Fuente: elaboración propia en base a datos de SCARH y MTSS.

Resulta interesante observar las brechas para Montevideo y el Interior. De la desagregación de la información se observa que para el personal de enfermería la brecha con el laudo en Montevideo es más del doble que en el Interior, para ASO es un poco mayor la brecha en Montevideo y para los profesionales no médicos la brecha es similar, siendo un poco mayor la observada en el Interior.

Gráfico 6. Distancia promedio de los salarios al laudo – Mdeo – Interior – IAMC



Fuente: elaboración propia en base a datos de SCARH y MTSS.

En la medida que el laudo del personal no médico es el mismo para todo el país, estas diferencias en las brechas se pueden traducir directamente en diferencias salariales. Resultaría interesante entonces analizar en futuros estudios el impacto que está teniendo esta diferencia salarial territorial en la disponibilidad de trabajadores en las distintas zonas geográficas.

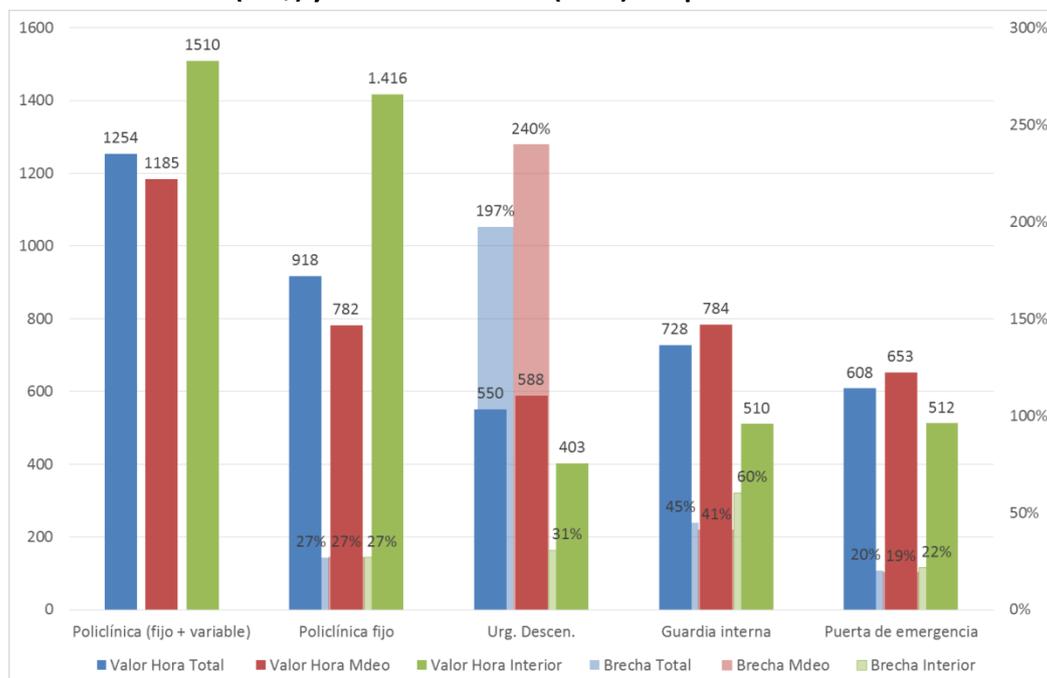
III.2. Trabajadores Médicos

Para los trabajadores médicos se calcularon las brechas con el laudo por área de trabajo siguiendo la estructura del laudo de 1965, el cual establece valores hora y cargas horarias diferentes según la actividad del médico. A diferencia de los trabajadores no médicos, el laudo en este caso es distinto entre Montevideo e Interior, con la excepción de los cargos de alta dedicación, por lo que se considera en cada caso el laudo respectivo. Asimismo, los laudos difieren por área de actividad, por lo que en este apartado se presentan las brechas con esa desagregación.

En el caso de las Especialidades Básicas (EB), se observa que la diferencia entre los valores hora de las distintas áreas de actividad refleja las diferencias definidas en los laudos, aunque las brechas con los mismos tienden a reducirlas. Es decir, aquellas actividades que de acuerdo al laudo tienen valores hora inferiores son, en general, las que presentan brechas con los laudos mayores. La excepción a esto es puerta de emergencia, lo cual probablemente refleje errores en el cargado de la información, dado que muchas veces se confunde esta área con la de guardia interna.

Por otro lado, en lo que refiere a la distribución territorial las mayores diferencias en la distancia al laudo se observan en urgencia descentralizada y guardia interna. Esto puede adjudicarse a las diferencias en los laudos de Montevideo e Interior. En urgencia descentralizada el valor hora laudado del Interior es casi el doble que el de Montevideo, mientras que en guardia interna sucede lo contrario. Los valores efectivamente pagados en dichas áreas no siguen la lógica de los laudos y por eso la diferencia en las brechas por territorio.

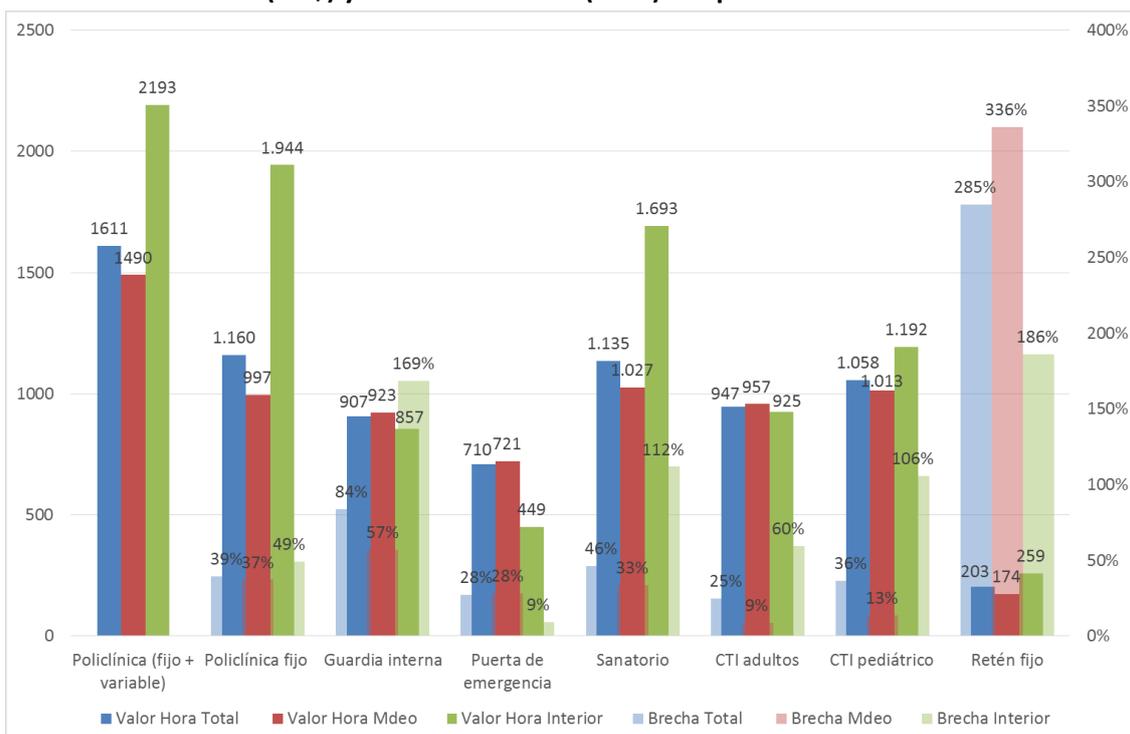
Gráfico 7. Valor hora (en \$) y distancia al laudo (en %) – Especialidades Básicas - IAMC 2017.



Fuente: elaboración propia en base a datos de SCARH y MTSS.

En el caso de las especialidades médicas, se da un proceso similar al de las especialidades básicas. En forma adicional se observa un aumento en las distancias con el laudo en relación a las EB en aquellas áreas que son comparables. Otro aspecto a destacar en este caso, es que en las áreas de internación, tanto de cuidados moderados como intensivos, el Interior tiene brechas muy superiores a las de Montevideo. Para el caso de cuidados intensivos esto implica que prácticamente se equiparen los salarios en nivel considerando que los laudos son inferiores en el Interior.

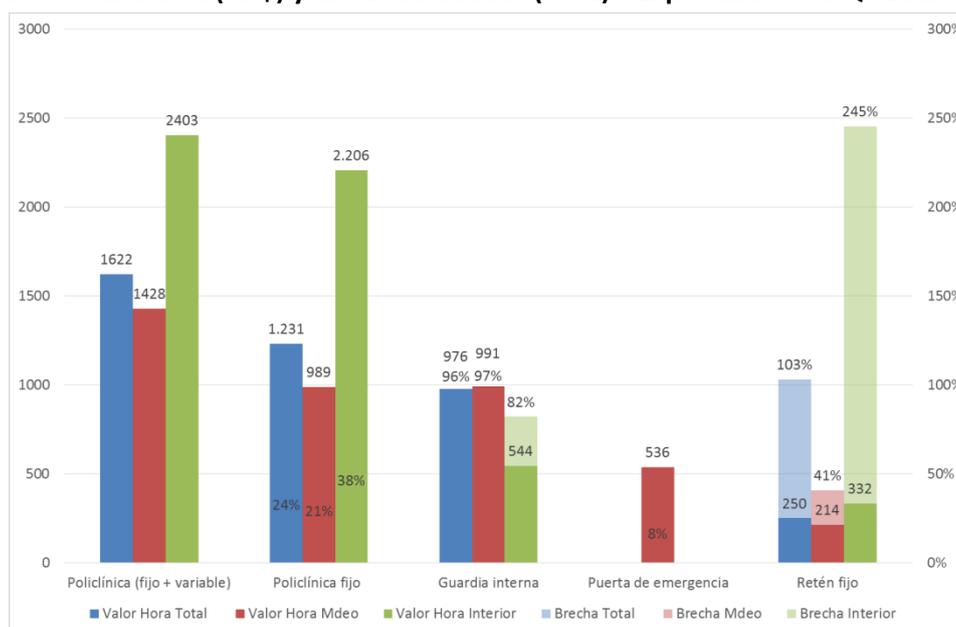
Gráfico 8. Valor hora (en \$) y distancia al laudo (en %) – Especialidades Médicas - IAMC 2017.



Fuente: elaboración propia en base a datos de SCARH y MTSS.

En el caso de las especialidades AQ es importante tener en cuenta para la lectura de la información que las diferencias en los mecanismos de pago aumentan y que los componentes variables de la remuneración tienen una incidencia mayor que en el caso de las especialidades médicas.

Gráfico 9. Valor hora (en \$) y distancia al laudo (en %) – Especialidades AQ - IAMC 2017.



Fuente: elaboración propia en base a datos de SCARH y MTSS.

III.3. Nuevo régimen de trabajo médico

En la actualidad, para todas las especialidades médicas subsisten dos regímenes de trabajo: por un lado, el Laudo 65, en el cual se determinan valores mínimos según actividad, horas y actos; y por otro lado, el nuevo régimen de trabajo (Cargos de Alta Dedicación, CAD), en donde el valor hora es único y comprende el conjunto de las actividades incluidas en los distintos cargos y especialidades. Diferenciando los valores horas según sean CAD y no CAD, en la Tabla 4 se observa que en el caso de especialidades básicas, los primeros tienen un valor hora promedio 47% mayor según los valores del laudo y 28% mayor según valores hora promedio efectivamente pagados por las IAMC. Para las especialidades médicas, los médicos CAD tienen un valor hora promedio 29% mayor según valores del laudo, pero resultan un 26% menor si se lo compara con los valores hora promedio efectivamente pagados por las IAMC. Esto último se explica por la gran brecha que existe entre el valor hora efectivo y el laudo en el caso de las especialidades médicas. En este sentido, puede verse que mientras que los médicos no CAD de las especialidades básicas tienen en promedio un valor hora 33% mayor al valor hora promedio según laudo, el porcentaje asciende a 93% en el caso de los médicos no CAD de especialidades médicas.

Tabla 4. Relación valor hora CAD y no CAD - IAMC.

Categoría Laboral	Valor Hora CAD/No CAD		No CAD
	Ratio Laudo	Ratio Mercado	Ratio Mercado/Laudo
EB	1,47	1,28	1,33
EM	1,29	0,74	1,93

Fuente: elaboración propia en base a datos de SCARH y MTSS.

IV. Distribución de la masa salarial por grupo de trabajadores

El sector salud se caracteriza por emplear a un número muy importante de trabajadores que son muy heterogéneos entre sí. A modo de ejemplo, el 36.2% de los trabajadores no tienen secundaria completa mientras que el 36.8% tienen niveles de universidad completa o más⁴. En la medida que la educación es un determinante importante de los niveles de remuneraciones, es esperable que existan diferencias salariales. De todas formas, en un contexto en que la masa salarial representa más del 60% del gasto operativo de las instituciones, resulta razonable preguntarse cuáles serían los niveles razonables de dispersión salarial.

En la siguiente tabla se muestran algunos datos salariales del sub sector privado para el año 2017, a valores de enero 2018.⁵ En promedio el valor hora de los trabajadores médicos es 3 veces el valor hora de las licenciadas en enfermería, 4.5 veces el valor hora de las auxiliares de enfermería y triplica el de los profesionales no médicos.

Tabla 5. Estadísticas descriptivas. Trabajadores de las IAMC - Año 2017.

Especialidad	Valor hora Promedio	Desvío Estándar	Brecha 90/10	Gini
Especialidades Básicas (EB)	1.115	967	3,44	0,33
Especialidades Médicas (EM)	1.453	1.167	3,10	0,30
Especialidades AQ (AQ)	1.868	1.417	5,46	0,36
Dirección General Médica (DGM)	1.398	1.851	17,34	0,53
Dirección Técnica (DT)	1.213	1.059	11,25	0,43
Dirección Sanatorio (DS)	1.476	774	5,99	0,29
Jefes de depto y/o equipo (jefes)	894	1.258	9,43	0,47
Otros grados de responsabilidad (otros)	1.093	1.629	10,35	0,49
<i>Sub-total Médicos</i>	<i>1.345</i>	<i>1.221</i>	<i>4,81</i>	<i>0,38</i>
Licenciadas de Enfermería (LE)	447	470	2,29	0,26
Auxiliares de Enfermería (AE)	300	269	2,11	0,25
<i>Sub-total Enfermería</i>	<i>335</i>	<i>340</i>	<i>2,43</i>	<i>0,28</i>
Profesionales no médicos (PNM)	433	444	3,47	0,34
Administración, servicios y oficios (ASO)	235	165	2,35	0,24
Dirección General no Médica (DGnM)	2.605	4.082	7,38	0,57
Dirección Administrativa (DA)	1.080	589	6,22	0,31
Otras Gerencias y Subgerencias (OGS)	683	522	5,31	0,36
Profesionales no de la salud (PNS)	840	1.356	4,95	0,44
<i>Sub-total ASO</i>	<i>251</i>	<i>282</i>	<i>2,51</i>	<i>0,28</i>
Total sectorial	502	728	6,80	0,49

Fuente: elaboración propia en base a datos de SCARH. Datos a valores de enero 2018.

⁴ Datos extraídos de "Informe de capacitación 2016. Implementación de los acuerdos de Consejo de Salarios del Grupo 15". DEMPESA – MSP.

⁵ Los datos surgen de la base de datos del SCARH considerando el promedio mensual de 2017 llevado a valores de enero 2018, para ello se aplicaron los ajustes correspondientes de acuerdo a lo acordado en consejo de salarios.

En la tabla anterior también se presentan dos medidas que dan cuenta de la distribución salarial entre los trabajadores del sector, tanto a nivel general como discriminando por especialidad. Tanto si se considera la brecha entre los percentiles 90 y 10 de la distribución como el índice de Gini, la desigualdad salarial es menor para las especialidades médicas que para los AQ, pero en todos los casos es ampliamente superior a la de los licenciados y auxiliares de enfermería y personal de administración, servicios y oficios.

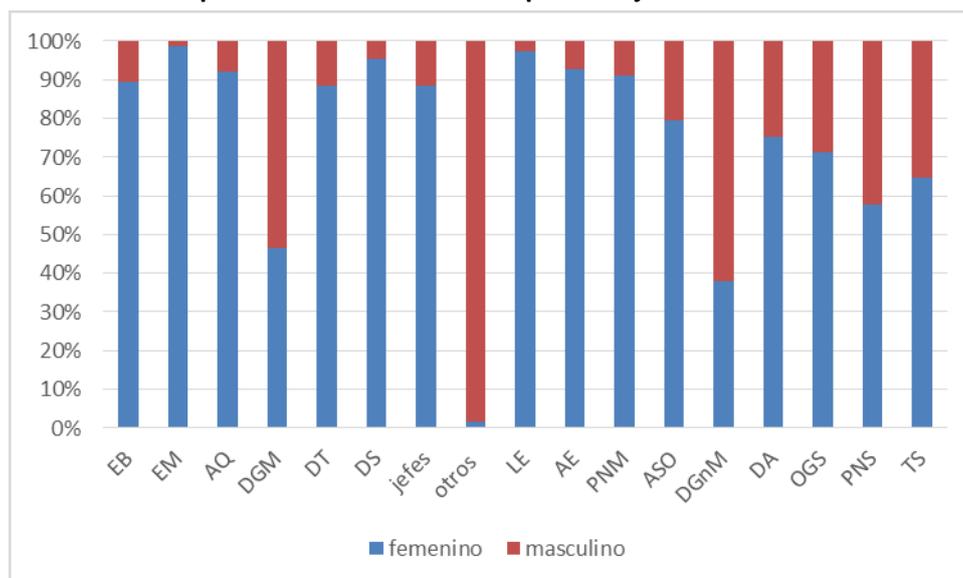
A modo de ejemplo, el 10% de médicos AQ ubicados en el límite superior de la distribución salarial perciben ingresos por hora casi 5.5 veces mayores que el 10% inferior. En el caso de las licenciadas de enfermería este ratio es de 2.29. Existen varios factores que pueden estar influyendo en estas brechas, algunos que pueden estar asociados a determinantes de las remuneraciones y otros que pueden provenir de discriminaciones en el mercado de trabajo. Dentro de los aspectos determinantes de las remuneraciones se pueden identificar, entre otros, a la educación, que en cierta medida se controla cuando se consideran los grupos, y a la experiencia, que incide en la determinación salarial no a través del pago por antigüedad, el cual que no se incluye en los cálculos aquí presentados. Asimismo estas dispersiones pueden estar reflejando la organización de los laudos. En el caso de los médicos, la fragmentación de los cargos y el cobro por acto habilitan la generación de estas brechas dentro de grupos de profesionales. Queda para estudios posteriores el análisis de estas relaciones en la determinación de los salarios y su distribución.

En lo que tiene que ver con las discriminaciones en el mercado de trabajo, resulta interesante observar las diferencias salariales por sexo. En el subsector privado los datos muestran que en todas las categorías laborales el salario por hora de trabajo percibido por los hombres es mayor al percibido por las mujeres. Las mayores diferencias se observan en los cargos de dirección, principalmente en las Direcciones Generales Médicas y no Médicas.

En los cargos asistenciales médicos, el salario por hora de las mujeres representa el 90% del de los hombres para las especialidades básicas, el 92% para las especialidades anestésico quirúrgicas, mientras que se igualan en el caso de las especialidades médicas. Para el personal de enfermería las diferencias salariales por género son menos relevantes y dentro de los profesionales no médicos las mujeres ganan el 91% del salario por hora percibido por los hombres.

En los cargos no asistenciales las mayores diferencias se observan para los profesionales no de la salud, donde el salario promedio de las mujeres representa el 58% del de los hombres y dentro del personal de administración, servicios y oficios dicho porcentaje asciende a 79%.

Gráfico 10. Valor hora promedio femenino como porcentaje del masculino. IAMCs 2017



Fuente: elaboración propia en base a datos de SCARH.

Las diferencias en el salario por hora observadas entre las mujeres y los hombres por grupo de trabajadores exigen de un análisis más profundo y detallado para poder identificar qué proporción de esas diferencias es explicada por el sexo. En el caso de los médicos, los grupos presentados agrupan profesionales de distintas especialidades y diferente estructura horaria por área de trabajo. En el caso de los trabajadores no médicos, los distintos grupos nuclean trabajadores de distintas profesiones, categorías laborales y áreas de trabajo. Teniendo en cuenta las diferencias salariales por especialidad, profesión y área de trabajo, se hace necesario aislar dichos efectos a la hora de analizar las diferencias salariales por sexo.

En la siguiente tabla se muestran algunos datos salariales de ASSE para el año 2017, a valores de enero 2018.⁶ En promedio el valor hora de los trabajadores médicos es 1.42 veces el valor hora de las licenciadas en enfermería, 2.5 veces el valor hora de las auxiliares de enfermería y duplica el de los profesionales no médicos.

⁶ Los datos de ASSE surgen de la base de datos de prestadores públicos que envían anualmente a la División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (DEMPESA), con datos de febrero. Para el año 2017 no se cuenta con la información de los trabajadores contratados por comisión de apoyo y los complementos salariales pagados por dicho organismo financiador. A los salarios informados en la base de febrero 2017 se le aplicó el ajuste salarial del sector público correspondiente a enero 2018.

Tabla 6. Estadísticas descriptivas. Trabajadores de ASSE - Año 2017.

Especialidad	Valor hora Promedio	Desvío Estándar	Brecha 90/10	Gini
Especialidades Básicas	680	379	2,51	0,24
Especialidades Médicas	736	421	3,52	0,25
Especialidades AQ	782	489	4,13	0,30
Dirección General Médica	837	342	2,84	0,23
Dirección Técnica	720	0	1,00	0,00
Dirección Sanatorio	1.002	410	2,90	0,23
Jefes de depto y/o equipo	687	395	2,95	0,26
<i>Sub-total Médicos</i>	<i>709</i>	<i>417</i>	<i>3,34</i>	<i>0,27</i>
Licenciadas de Enfermería	498	195	2,45	0,21
Auxiliares de Enfermería	282	116	2,18	0,20
<i>Sub-total Enfermería</i>	<i>319</i>	<i>156</i>	<i>2,58</i>	<i>0,24</i>
Profesionales no médicos	345	160	3,04	0,25

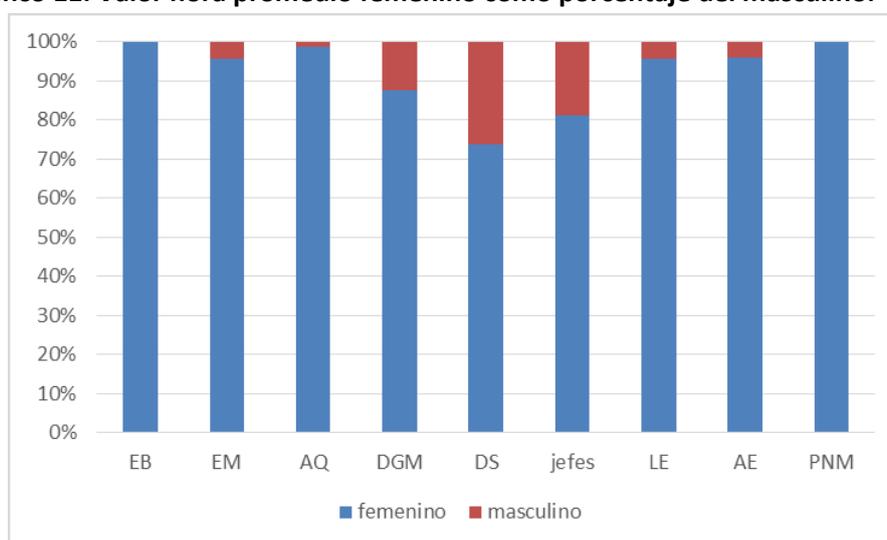
Fuente: elaboración propia en base a datos de planilla sector público - DEMPESA. Datos a valores de enero 2018.

En cuanto a las medidas que dan cuenta de la distribución salarial entre los trabajadores del sector, tanto si se considera la brecha entre los percentiles 90 y 10 de la distribución como el índice de Gini, la mayor desigualdad salarial se observa para las especialidades AQ, seguidas por las especialidades médicas.

Si se comparan las medidas de distribución salarial del sub sector privado con las de ASSE, se observan mayores grados de desigualdad para los trabajadores médicos en el sector privado y similares diferencias para el resto de los trabajadores asistenciales no médicos.

En ASSE casi no se observan diferencias salariales entre mujeres y hombres en los cargos asistenciales, mientras que en los cargos de dirección y jefaturas las mujeres ganan en promedio el 74% (Dirección sanatorio), 88% (Dirección General Médica) y 81% (jefes de departamento y/o equipo médicos) de lo que ganan los hombres.

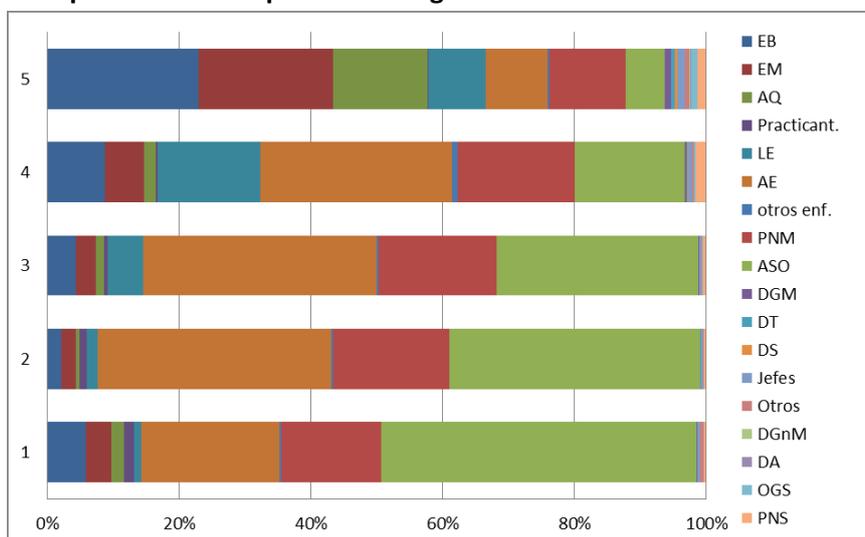
Gráfico 11. Valor hora promedio femenino como porcentaje del masculino. ASSE.



Fuente: elaboración propia en base a datos de planilla sector público – DEMPESA.

En cuanto a la distribución de la masa salarial entre los distintos grupos de trabajadores, considerando la sumatoria de salario mensual percibido por persona por su trabajo en las IAMCs y/o en el sector público⁷ se pueden construir quintiles de ingreso mensual. La siguiente gráfica muestra el porcentaje de personas que componen cada quintil discriminado por grupo de trabajadores.

Gráfico 12. Composición de los quintiles de ingreso mensual. Sector Público + IAMCs. 2017.



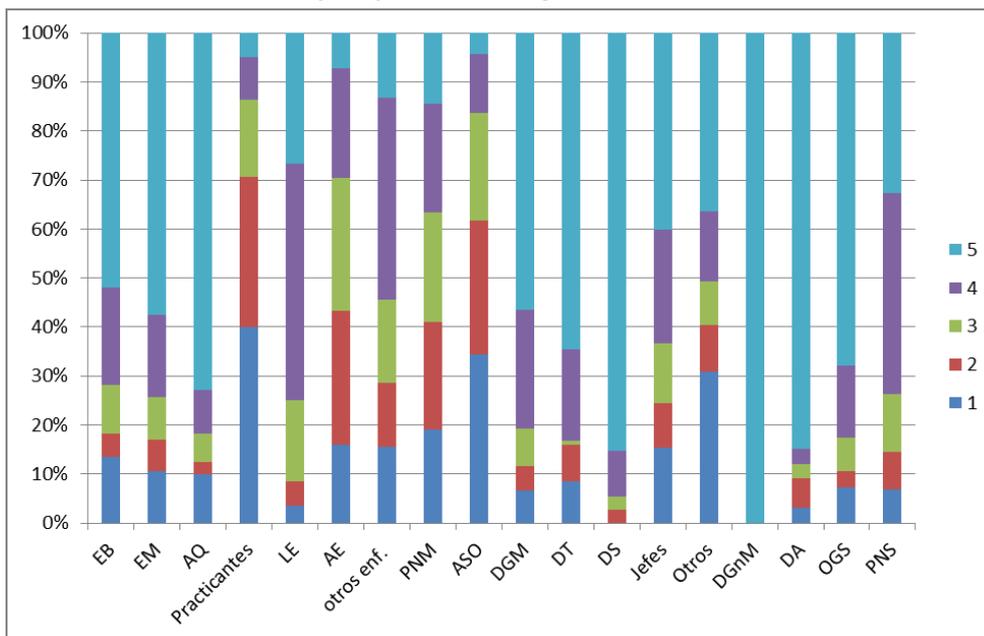
Fuente: elaboración propia en base a datos de 3 SCARH y de planilla sector público – DEMPEESA.

En el primer quintil de ingresos, que se corresponde con el 20% de las personas que reciben menores remuneraciones mensuales, el 48% de los trabajadores son personal de administración, servicios y oficios, seguido por las auxiliares de enfermería que representan el 21% de los trabajadores de ese quintil. El segundo y tercer quintil de ingresos está compuesto en su mayoría por personal de administración servicios y oficios, profesionales no médicos y auxiliares de enfermería (en conjunto representan el 91% en el segundo quintil y 84% para el tercero). En el cuarto quintil de ingresos se observan las licenciadas de enfermería con un peso importante (16%, la mayor proporción de este grupo en la distribución), y en el quintil de mayores ingresos resalta la presencia de los médicos con sus cargos asistenciales y cargos de dirección (62% ambas categorías médicas).

En la siguiente gráfica se muestra para cada grupo de trabajadores la distribución entre los distintos quintiles de ingreso mensual. Para los médicos con cargos asistenciales en los tres grupos considerados (EB, EM y AQ) más del 50% de las personas se encuentran en el quintil de ingresos más altos, resaltando los médicos de especialidades AQ con más del 70% en dicho quintil.

⁷ La base de datos del sector público incluye: ASSE (sin Comisión de Apoyo), BPS, Hospital de Clínicas, Intendencia de Montevideo y Sanidad Militar.

Gráfico 13. Distribución por quintiles de ingreso. Sector Público + IAMCs. 2017.



Fuente: elaboración propia en base a datos de 3 SCARH y de planilla sector público – DEMPESA.

V. Distribución de la masa salarial por área de actividad

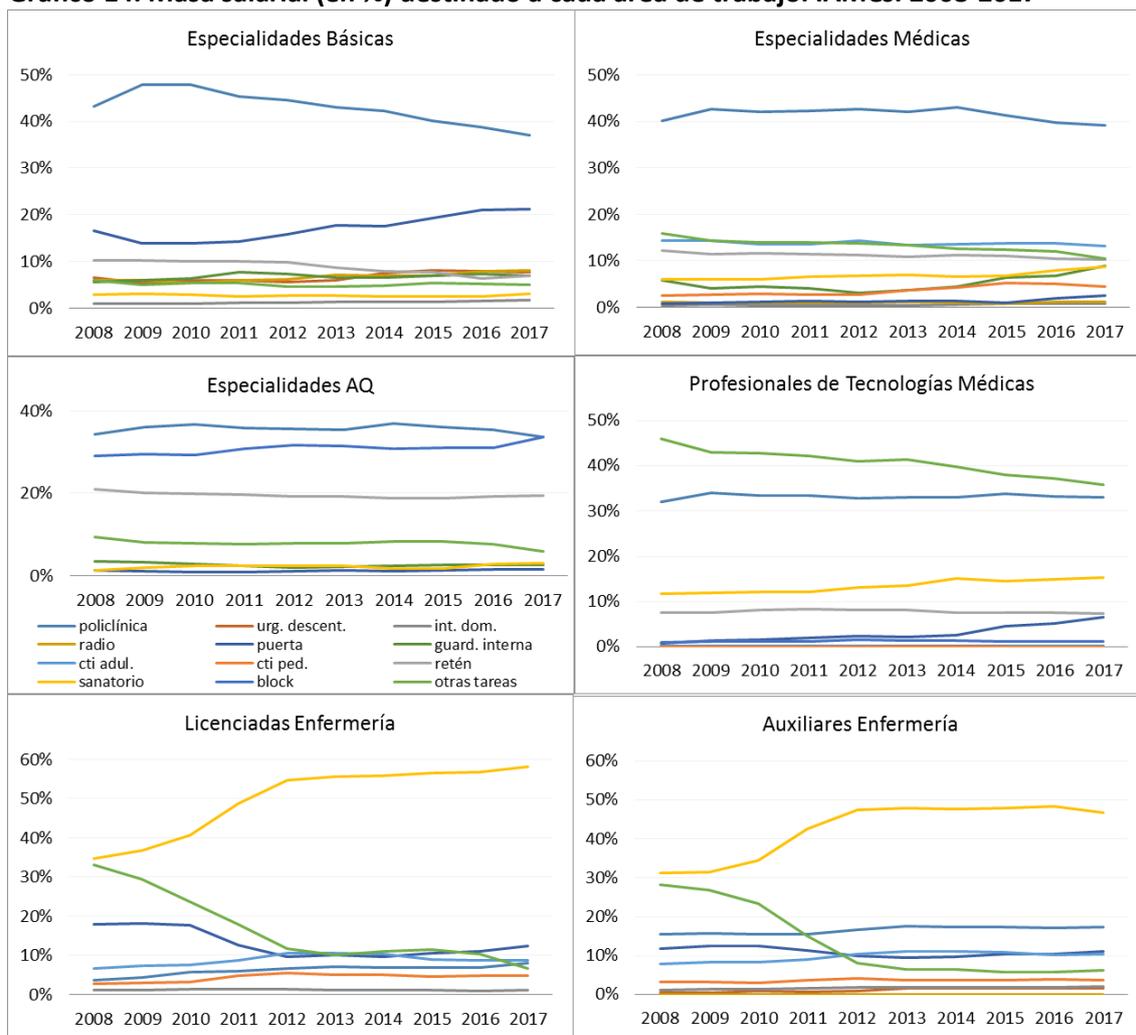
El objetivo de este apartado es poder identificar las áreas de actividad que concentran la mayor proporción de la masa salarial y cómo ha sido su evolución en el tiempo. Se presentan datos de las IAMCs desagregados por grupo de trabajadores, para el período 2008-2017.

En el caso de los trabajadores médicos se observa que policlínica es el área de trabajo que concentra el mayor porcentaje de la masa salarial. Para las EB, en los últimos años se observa una disminución del porcentaje de la masa salarial destinada a policlínica y un incremento del porcentaje destinado a puerta de emergencia. En el caso de las EM no se observan variaciones en la distribución de la masa salarial por área de actividad, donde aproximadamente el 40% de la masa salarial se destina al área de policlínica, seguido por el área de cuidados intensivos de adultos y niños que sumados representan el 18% de la masa salarial. En el caso de las especialidades AQ, en el último año se observa un incremento de la masa salarial destinada al pago variable de las intervenciones quirúrgicas, quedando en igual porcentaje que lo destinado al área de policlínica.

Para los profesionales no médicos se observa que el mayor porcentaje de la masa salarial se destina a “otras tareas”. Cabe mencionar que dentro de “otras tareas” se informa toda aquella actividad que no queda contemplada en las áreas de trabajo explícitamente discriminadas. Si bien se observa una constante disminución del peso de la masa salarial informada en este componente, sigue siendo el área con mayor incidencia y por tanto es necesario investigar qué tipo de actividades allí se informan. Por su parte, el área de policlínica tiene un peso importante dentro de la masa salarial de los profesionales no médicos, seguida por el área de cuidados moderados, la cual presenta un incremento en los últimos años.

En lo que respecta a enfermería, el área de cuidados moderados es la que mayor peso tiene dentro de la masa salarial, representando casi el 60% de la masa salarial destinada a las licenciadas y el 50% de la masa salarial destinada a las auxiliares. Para las licenciadas el resto de las áreas por separado representan menos del 15% de la masa salarial, siendo puerta de emergencia el área con mayor peso. Para las auxiliares el resto de las áreas por separado representan menos del 20% de la masa salarial, siendo policlínica el área con mayor peso.

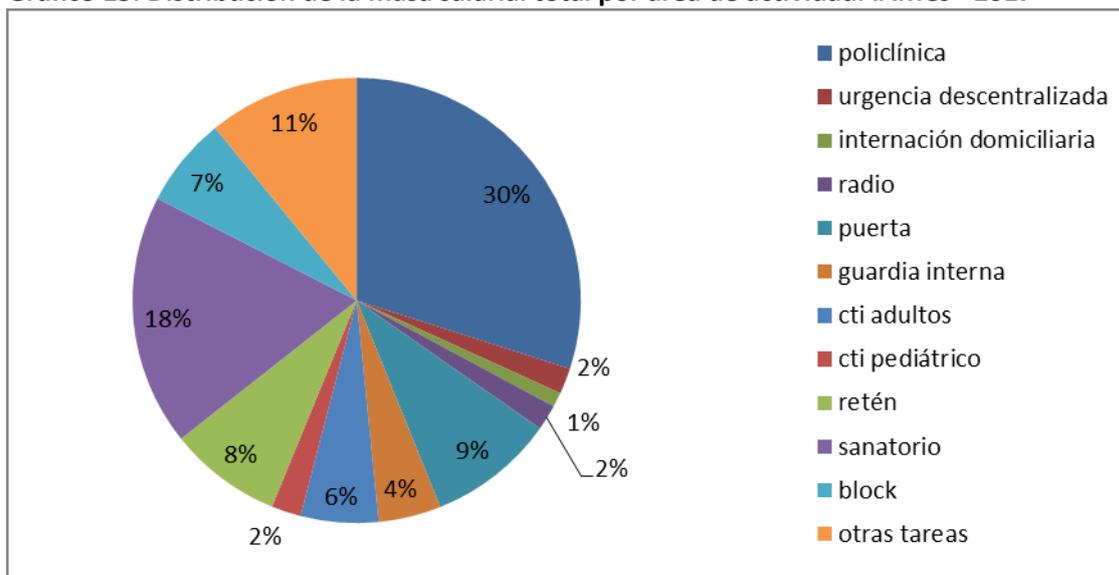
Gráfico 14. Masa salarial (en %) destinado a cada área de trabajo. IAMCs. 2008-2017



Fuente: elaboración propia en base a datos de SCARH.

En la siguiente gráfica puede observarse el porcentaje de la masa salarial total que las IAMCs destinaron a cada área de trabajo en el año 2017.

Gráfico 15. Distribución de la masa salarial total por área de actividad. IAMCs - 2017



Fuente: elaboración propia en base a datos de SCARH.

El área con mayor peso es policlínica que concentra el 30% de la masa salarial total, seguida por cuidados moderados con el 18% de la masa salarial total.

VI. Consideraciones finales

En el presente informe se abordó la problemática salarial del sector salud según diversas dimensiones. Tomando en cuenta la información disponible, el análisis aquí presentado incluyó la dimensión temporal de las remuneraciones, las variaciones a nivel de sub-sector público y privado, por tipo de trabajador (médico, no médico, no asistencial, etc.) o área de especialidad.

En términos generales, es posible afirmar que la recuperación salarial ha sido sostenida en el período 2007-2017, superando incluso los niveles pre crisis. A su vez, esta evolución se distancia de lo establecido en los acuerdos de Consejo de Salarios y es superior a la del promedio salarial nacional.

En el caso de los trabajadores no médicos, los laudos son los más bajos del sector y perciben los menores niveles salariales. Dados estos niveles tan deprimidos, no sorprende la brecha con el laudo observada para algunas áreas y profesiones, lo cual estaría señalando que el mercado tiende a compensar los bajos laudos.

En el caso de los trabajadores médicos la situación de base es diferente, puesto que los niveles laudo son significativamente superiores para prácticamente todas las áreas asistenciales. En este contexto, aquellas actividades que de acuerdo al laudo tienen valores hora inferiores son, en general, las que presentan brechas con los laudos mayores. Si se consideran las diferencias salariales entre los CAD y no CAD (una forma de comparar remuneraciones entre el sistema anterior y el nuevo régimen de trabajo médico), se observa que el laudo es superior para los CAD de EB y EM, pero en el segundo caso el valor de mercado no CAD es superior. En términos

generales, los cargos CAD se remuneran al laudo mientras que los cargos regidos por el laudo 65 se distancian considerablemente más.

El análisis del nivel y distribución salarial según grupos de trabajadores arrojan resultados preliminares interesantes. A modo de ejemplo, en promedio el valor hora de los trabajadores médicos es 3 veces el valor hora de las licenciadas en enfermería en las IAMCs y 1.42 en ASSE; 4.5 veces el valor hora de las auxiliares de enfermería en IAMCs y 2.5 en ASSE. En el caso de los profesionales no médicos en las IAMCs la brecha es 3 a 1 y en ASSE 2 a 1. En términos distributivos, tanto si se considera la brecha 90-10 como el índice de Gini, la desigualdad salarial es menor para las especialidades médicas que para los AQ, pero en todos los casos es ampliamente superior a la de los licenciados y auxiliares de enfermería y personal de administración, servicios y oficios. Como era de esperar, estos guarismos son menores en el sub sector público. Finalmente, considerando los ingresos totales sumando IAMCs y ASSE, la distribución de la masa salarial entre los distintos grupos de trabajadores confirma la intuición inicial de que en la cola izquierda de la distribución se encuentran los trabajadores ASO y en la cola derecha los médicos.

El informe analiza también los diferenciales salariales por género. Los datos muestran que, al igual que sucede a nivel del mercado de trabajo general, los trabajadores varones perciben en promedio salarios superiores a las mujeres. En el subsector privado, para todas las categorías laborales el salario por hora percibido por los hombres es mayor al de las mujeres. En ASSE, sin embargo, casi no se observan diferencias salariales entre mujeres y hombres en los cargos asistenciales, mientras que las brechas aumentan para los cargos de dirección y jefaturas.

La perspectiva geográfica también es abordada a lo largo del informe, con resultados dispares según los grupos de trabajadores considerados. Para el caso de los trabajadores no médicos, particularmente el personal de enfermería, se observa una diferencia importante en las remuneraciones en favor de Montevideo. En el caso de los trabajadores médicos el análisis es más complejo, dado que los laudos difieren entre regiones y áreas. Sin embargo, una primera constatación interesante es que el pago de policlínica y sanatorio en el interior supera al de Montevideo.

En suma, el informe da cuenta de la situación general de las remuneraciones en el sector salud a lo largo de los últimos diez años. Del análisis de la información surgen a su vez varias líneas de investigación y profundización en la temática. A modo de ejemplo, ahondar en las posibles causas de las diferencias salariales por género, o en los determinantes de las divergentes evoluciones del salario según grupos de trabajadores.

VII. Anexo

VII.1. Aclaraciones metodológicas y fuentes de datos

1. Bases de datos

Se utilizaron 2 principales fuentes de datos para la construcción de la información presentada en este informe.

Los datos del sub sector privado (IAMCs) surgen de las bases de datos del Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH). El SCARH releva información de desempeño, dedicación, ocupación y remuneración de los recursos humanos de salud (RHS). El sistema se encuentra disponible desde el año 2007. La frecuencia de envío de la información es trimestral con datos mensuales, se informan febrero, mayo, agosto y noviembre de cada año. Para el cálculo de los datos anuales se toman en cuenta las 4 bases disponibles por año, calculando promedios mensuales. Se recaba información sobre las distintas áreas de actividad donde desempeñan funciones los trabajadores.

Los datos de ASSE surgen de una planilla diseñada por la División de Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (DEMPESA) para el relevamiento de los RHS del sector público. Los prestadores públicos envían dicha planilla desde el año 2013. Se solicita a los prestadores datos de todos los recursos humanos que trabajan para la Institución con excepción de las categorías correspondientes a los trabajadores administrativos, de servicios y de oficios (ASO). Los prestadores envían la información una vez al año con los datos de la actividad de sus trabajadores correspondiente al mes de febrero. La calidad de la información que envía ASSE en la planilla ha ido mejorando con el correr de los años en lo que respecta a la cantidad de horas y salarios informados pero sigue teniendo dificultades con la desagregación de la información por áreas de trabajo o niveles asistenciales. Los problemas de calidad de la información sumados a que la desagregación solicitada en la planilla es menor a la disponible en el SCARH implican que no se muestren los datos de ASSE en todas las aperturas presentadas en el informe.

En cuanto a los datos de ASSE es preciso aclarar que para el año 2017 no se cuenta con la información de los trabajadores contratados a través de Comisión de Apoyo, lo que genera una subestimación de la masa salarial dado que quedan salarios o complementos salariales sin considerar.

2. Aspectos generales de la información del SCARH

En cuanto a la información de las IAMCs cabe mencionar algunas consideraciones que se tuvieron en cuenta a la hora de trabajar con los datos del SCARH.

- **Mejoras en la calidad de la información**

Para el cálculo de las remuneraciones en el sub sector y las brechas con los laudos se tomaron algunas decisiones para mejorar la calidad de la información del SCARH. Se trabajó con el personal que tenía asignadas más de 10 horas de trabajo mensuales y menos de 300. Se quitaron de la base aquellos trabajadores que figuraban con un salario por área de trabajo menor al 90% del laudo, en el entendido que se trata de errores de registro dado que el sector no paga por debajo de los laudos. En los casos que no había registro de horas efectivas pero si un pago asociado, se consideraron las horas contratadas para el cálculo de los valores hora. Se eliminaron aquellos casos que teniendo horas registradas no tenían su ingreso correspondiente y viceversa. A los cargos de dirección médica que no tenían horas registradas en el sistema se le asignaron 150 horas mensuales de trabajo. El personal de administración servicios y oficios no tiene registro de horas en el SCARH, para el cálculo de los valores hora se le asignó 150 horas mensuales a los cargos de administración y 154 horas mensuales a los cargos de servicios y oficios. Se quitó de la base de datos a los cargos independientes los cuales representan el 5% del total de cargos.

- **Cómputo de las horas de las especialidades AQ**

La actividad coordinada de los médicos anestésico quirúrgicos, es decir, la actividad que dedican al block quirúrgico para realizar intervenciones coordinadas no está captada en cantidad de horas en el SCARH sino en cantidad de intervenciones realizadas. Para poder construir el valor hora se debe estimar la dedicación horaria a la actividad de block coordinada. El SCARH releva información sobre la cantidad de intervenciones quirúrgicas realizadas pero no distingue entre urgentes y coordinadas. Las intervenciones urgentes tienen las horas registradas en las áreas de retén, puerta o guardia interna. De los datos del SINADI se estima que el 68% de las intervenciones realizadas son coordinadas. Por tanto, para aproximarnos a la dedicación horaria a block coordinado se estima la cantidad de horas dedicadas al 68% de las intervenciones registradas en SCARH. Para el total de médicos AQ, excepto los anestésistas, se utiliza el supuesto de que cada intervención tiene una duración aproximada de 2 horas. Para los anestésistas se toma el supuesto de que una cirugía menor insume 45 minutos de trabajo, la cirugía corriente insume 1 hora y media, la cirugía mayor 2 horas y media y la altamente especializada 5 horas de trabajo. De esta manera la cantidad de horas de block coordinado se calculan multiplicando al 68% de los actos registrados por la cantidad de horas que insume cada uno.

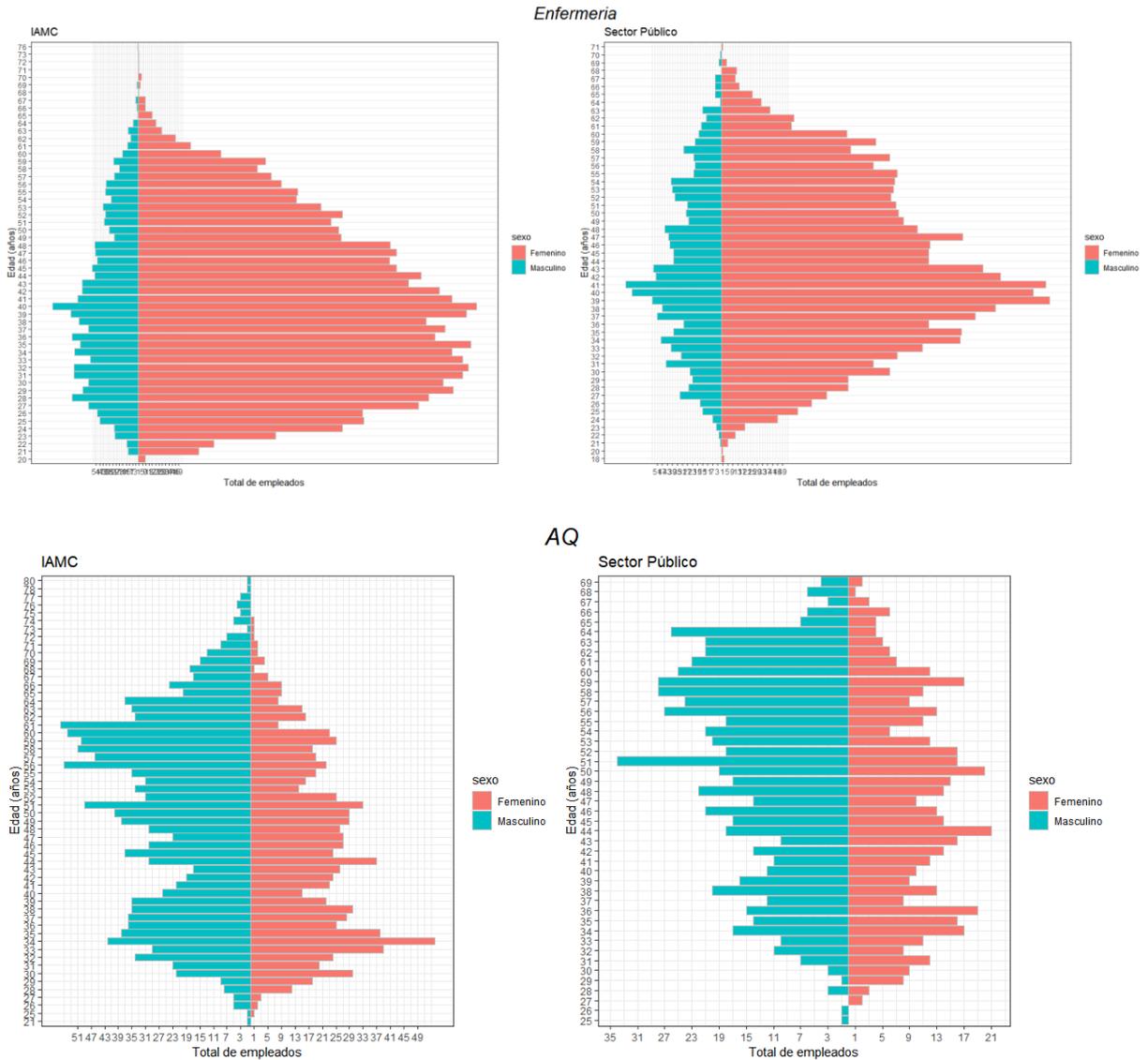
- **Construcción del valor hora total**

El valor hora total se construye dividiendo el ingreso total percibido por cada trabajador sobre el total de horas efectivas de trabajo.

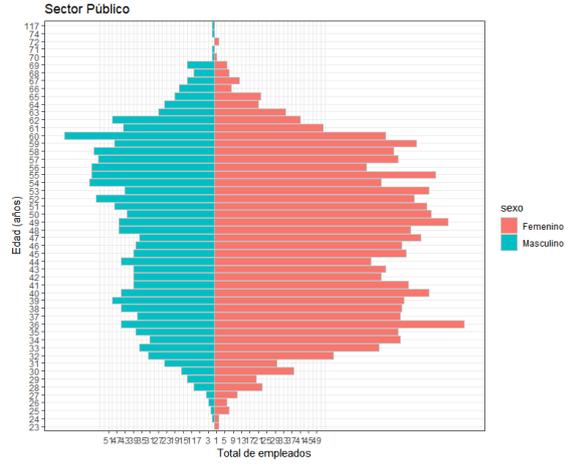
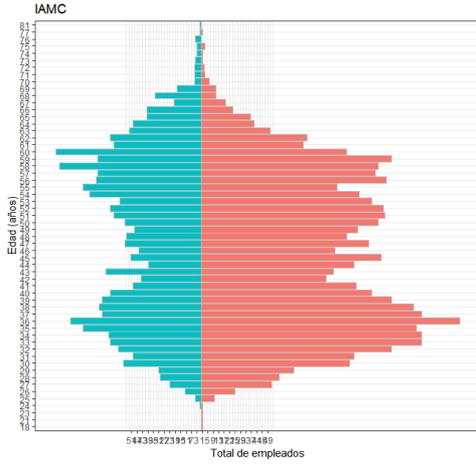
Dentro del ingreso total se consideran los pagos por hora de las distintas áreas de trabajo, los pagos variables de dichas áreas (pago por acto: policlínica, urgencia descentralizada, radio, retén, internación domiciliaria, otras actividades ambulatorias, otras actividades sanatorio), los pagos por tickets, fondo de categoría y otras partidas. En el caso de los médicos anestésico quirúrgicos se suma el pago por actos quirúrgicos. Queda excluido del cálculo el pago por antigüedad.

Dentro de las horas totales se considera la sumatoria de horas efectivas de todas las áreas de trabajo. Las horas de retén se consideran en su equivalencia a horas presenciales (horas retén= horas retén efectivas/3). En caso que haya registro de pagos y no de horas efectivas en un área de actividad, se toman en cuenta las horas contratadas. Para los médicos AQ se suman las horas de block estimadas.

VII.2. Composición de los trabajadores del sector por sexo y edad



EB & EM



Profesional No Médico

