

# Análisis comparativo de escala de sueldos para dos categorías funcionarias en 20 comunas de la Región Metropolitana

## Comparative Analysis of Salary Scales for Two Manpower Categories in 20 Communes of Metropolitan Region

Mauro Tamayo R<sup>1</sup>, Alvaro Besoain S<sup>2</sup>.

### RESUMEN

---

Los recursos humanos en salud son un elemento clave, estrategias que mejoren su distribución y rendimiento, podrían incidir sobre la condición de salud de la población. El objetivo de este artículo es comparar las estrategias financieras que se emplean en Atención Primaria para las categorías A y B de 20 comunas de la Región Metropolitana. Estudio descriptivo transversal, con una muestra por conveniencia de 20 comunas agrupadas en cinco sectores. Se obtuvieron escalas de sueldo y asignaciones para ambas categorías. En términos generales existen escalas de sueldos bajo y sobre el promedio de las comunas analizadas. Se pueden distinguir tres tipos de escalas de sueldo: i. Las que se mantienen sobre o bajo el promedio de manera constante, ii. Comunas que inician sobre el promedio pero al avanzar en la carrera, quedan bajo el promedio; y iii. Comunas bajo el promedio, que al progresar en la escala de sueldos, quedan sobre el promedio. Existen notorias diferencias entre las comunas sobre los mecanismos para establecer las remuneraciones del recurso humano en salud. Podemos concluir que algunas de las estrategias aplicadas buscan reclutar al mejor personal posible, otras solo mantener su propio personal.

---

*Palabras claves:* Escala de sueldos, Recurso Humano en Salud, Estrategias de progresión de las remuneraciones, Desigualdad.

---

### ABSTRACT

---

Human resources in health are a key element, therefore strategies to improve their distribution and performance, may influence the health status of the population. The aim of this paper is to compare the financial strategies that are used for setting the salaries of primary health care staff categories A and B in 20 communes of the Metropolitan Region. Pay scales and allowances prescribed for both categories were obtained. We identified three types of salary scales: i. Those that remain on or below average, ii. Communes that begin at the average level but then stay below average, and iii. Communes that start below average, then progress in the salary scale and stay above average. We conclude that some of the strategies being applied are aimed at the recruitment of the best quality of personnel whereas others are aimed at their retention. There are remarkable differences that warrant further investigation of the mechanisms used to establish the remuneration of health human resources.

---

*Keywords:* Salary scales, Health Human Resources, Payment strategies, Equity

---

---

Fecha de recepción 02/01/2012, fecha de aceptación es 5/03/2012

- 1 Kinesiólogo. Línea de Gestión y Salud Pública, Escuela de Kinesiología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Independencia 1027. Santiago de Chile. Correspondencia a: Klgo. Mauro Tamayo R., mtamayo@med.uchile.cl 9786513 (oficina), 72116961 (móvil)
- 2 Ayudante alumno.

## INTRODUCCIÓN

Desde hace un largo tiempo se ha entendido la Atención Primaria de Salud (APS) como la clave para alcanzar el máximo grado de salud en el mundo (1). En nuestro país, este nivel sanitario presentó un cambio significativo a contar de 1981, cuando se implementó el proceso de descentralización del sistema o "municipalización" (2). Este proceso profundizó la importancia de estrategias para mejorar la cantidad y distribución de los Recursos Humanos en Salud (RHS) para responder a la heterogeneidad poblacional y geográfica de Chile.

Diferentes estudios han señalado al RHS como un factor crítico (3, 4). De hecho, el gasto en RHS y sus prestaciones en seguridad social significan importantes esfuerzos para los países: por ejemplo, para Chile (2009) el gasto en RHS significó el 75% del presupuesto en APS (5). Los principales problemas en esta materia, están radicados en su oferta en los diferentes niveles de la red asistencial, integración como equipo y distribución entre los subsistemas de salud (6-10). Esto se puede mejorar por medio de estrategias sobre su distribución geográfica, racionalización en la formación profesional e incentivos en el sistema público. No obstante, en los países en vías de desarrollo las distintas planificaciones, en estos aspectos, no han sido totalmente efectivas (11).

Las estrategias financieras que se desarrollan en Chile sobre el RHS en Atención Primaria, consideran la Ley N°19.378 la cual establece la administración, régimen de financiamiento y coordinación de la atención primaria de salud (12). También regula la relación laboral, carrera funcionaria, deberes y derechos del respectivo personal, estableciendo que la carrera funcionaria "intenta garantizar la igualdad de oportunidades, la objetividad de las calificaciones, la estabilidad en el empleo, reconocimiento de la experiencia, el perfeccionamiento y el mérito funcionario". El trabajador progresa desde el nivel 15 hasta el 1 según su desempeño (se le reconocerán los años de servicios efectivos en atención primaria), su formación y la evaluación de su desempeño. La remuneración posible, según esta ley, se constituye con el sueldo base que cada funcionario tendrá derecho a percibir conforme al nivel y categoría funcionaria en que esté clasificado, junto a la asignación de atención primaria municipal, que es un

incremento del sueldo base al que tiene derecho todo funcionario por el solo hecho de integrar una dotación de atención primaria, junto a otras asignaciones – dependiendo de las características particulares del establecimiento en que se labora – y su desempeño. Para esto, la unidad encargada de salud establece el sueldo base según el plan de salud comunal y del modelo de atención definido por el Ministerio de Salud. Sin embargo, el sueldo base correspondiente al nivel 15 de la carrera no podrá ser inferior al sueldo base mínimo nacional, los cuales deberán ser aprobados por el Concejo Municipal. Finalmente, incluye una clasificación en categorías a los funcionarios (de la A hasta la E). La categoría A abarca Médicos Cirujanos, Farmacéuticos, Químico - Farmacéuticos, Bioquímicos y Cirujano - Dentistas; mientras que la categoría B abarca todos los otros profesionales de la salud (12).

La presente investigación busca comparar las estrategias financieras que se emplean en su construcción para las categorías A y B de 20 comunas de la Región Metropolitana.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Este es un estudio descriptivo transversal. Se seleccionó una muestra no probabilística de 20 comunas de la Región Metropolitana. Se obtuvieron las escalas de sueldo y las asignaciones correspondientes para la categoría A y B, utilizando el procedimiento de transparencia Ley N° 20.285, en cada institución. Además, se confirmaron estos datos a través de llamadas telefónicas a todas las comunas involucradas en el estudio.

De esta información, las variables utilizadas para evaluar la inversión en RHS fueron:

a) Remuneración mensual: Sumatoria del Sueldo Base, Asignación por Atención Primaria y asignaciones municipales en aquellos casos en que, a través del artículo 45 Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades, se entrega a funcionarios no vinculados a responsabilidades o tareas específicas. Las otras asignaciones se excluyeron pues no son entregadas a todo el personal. Las asignaciones por desempeño difícil, estipuladas en la ley N°19.378, son asignadas sólo a ciertos centros que presentan una población de alta vulnerabili-

dad y mayor riesgo para los funcionarios. Se contabilizó dicha asignación sólo en la comuna de La Pintana ya que dicho municipio complementa los sueldos con una asignación municipal que iguala sus remuneraciones para todos los centros.

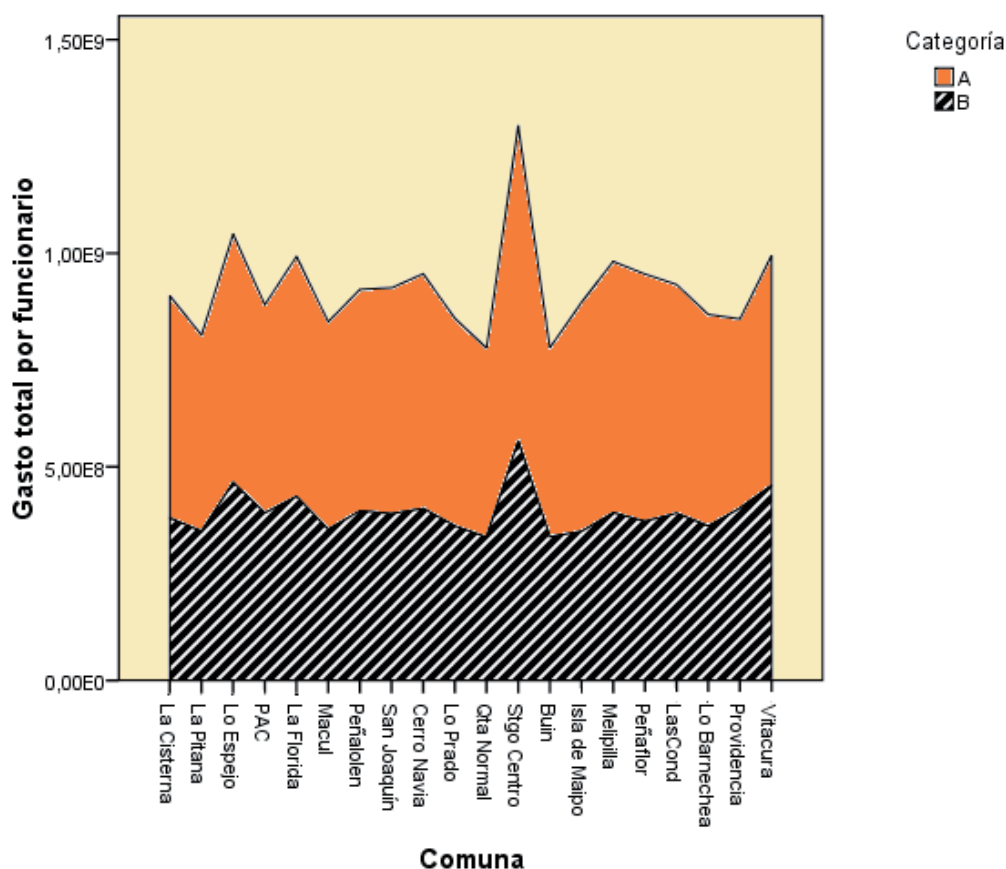
b) Gasto Total: Gasto pecuniario que realiza una comuna en las remuneraciones de 1 profesional en una situación ideal, en la que se avanza de nivel cada 2 años.

Los datos fueron analizados utilizando el programa SPSS versión 17.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago, EE.UU.).

## RESULTADOS

La diferencia entre gasto total por funcionario de la categoría A y de la categoría B de las 20 comunas analizadas queda reflejada en la Figura 1.

**Figura 1. Diferencia del Gasto Total entre categorías A y B en 20 comunas de la RM (2010).**

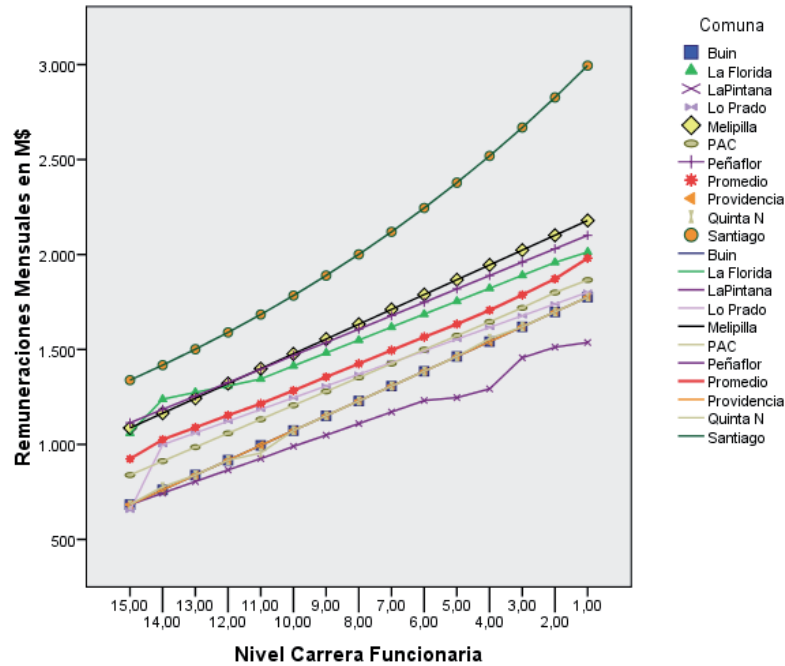


Según los datos obtenidos en esta investigación, podemos plantear que hay tres estrategias en las escalas de sueldo :

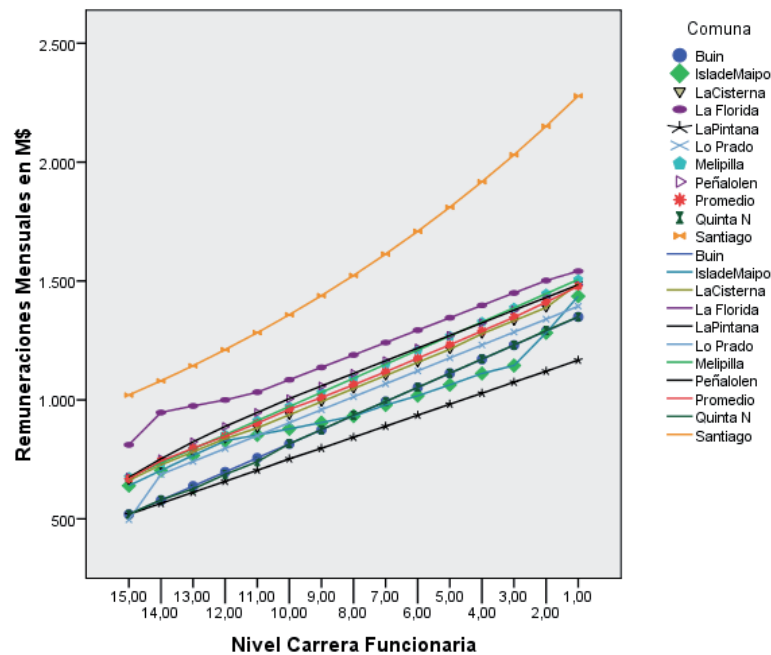
a) Progresión Constante: La escala de sueldos mantienen una posición por sobre o bajo el promedio general de la categoría (A o B, según el caso). De las que persisten sobre el promedio de la categoría A son: Santiago,

La Florida, Melipilla y Peñaflo; mientras en la categoría B son: La Florida, Melipilla, Peñalolen y Santiago. De las que persisten bajo el promedio en la categoría A son: La Pintana, Buin, Quinta Normal, Providencia, PAC y Lo Prado; en la categoría B: Peñaflo, La Cisterna, Isla de Maipo, La Pintana, Quinta Normal, Buin y Lo Prado (Figuras 2 y 5).

**Figura 2. Escalas de Sueldos de Progresión Constante de la categoría A en comunas de la Región Metropolitana, año 2010.**



**Figura 5. Escalas de Sueldos de Progresión Constante de la categoría B en comunas de la Región Metropolitana, año 2010.**



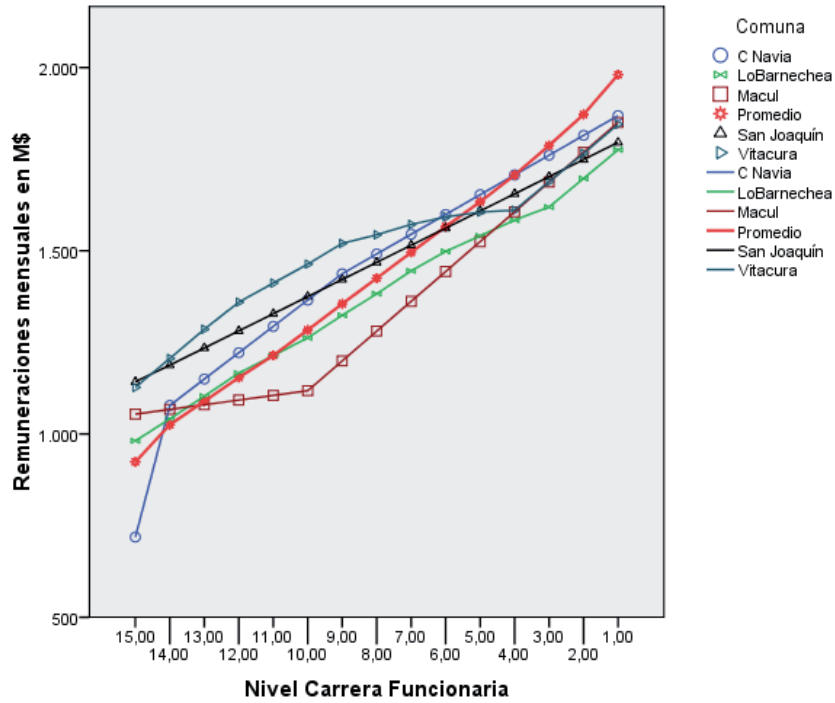
b) Progresión Variable Decreciente: En estas escalas, las remuneraciones inician sobre el promedio general de la categoría, pero a medida que avanza la escala de sueldos, quedan por debajo. Estas comunas son Cerro Navia, Lo Barnechea, Macul, Vitacura y San Joaquín en

la categoría A, en la categoría B esta nuevamente Cerro Navia, Macul, San Joaquín y Vitacura, agregándose Lo Barnechea, Peñaflores y Pedro Aguirre Cerda, ofrecen sueldos en el nivel 15 sobre el promedio, pero a medida que avanzan en la carrera, quedan por debajo. Esto se

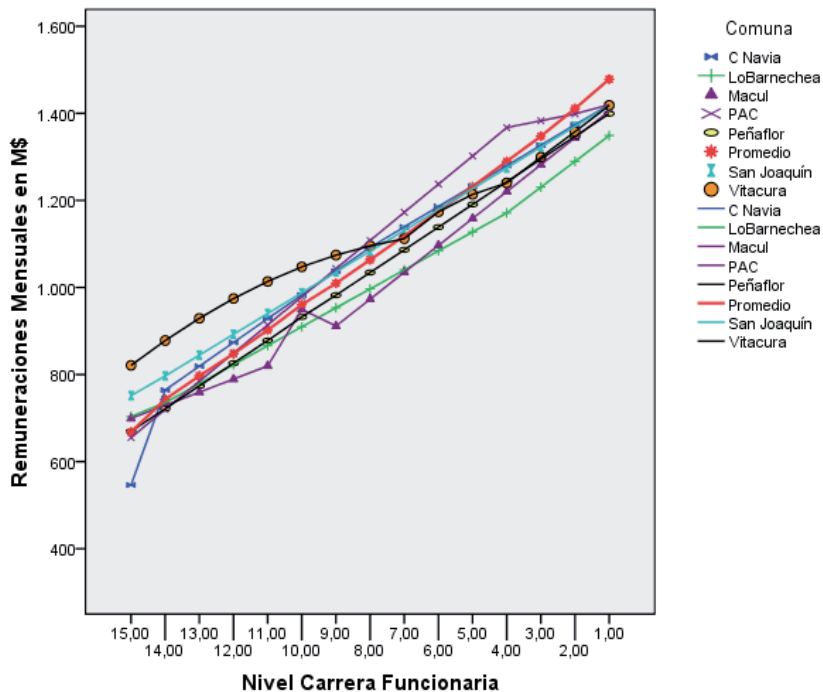
puede deber a la intención de generar el menor costo posible a largo plazo en esta área, puesto que estos sueldos, al inicio laboral, se transforman en un gran

atractivo para el reclutamiento, mientras que en los niveles finales esto significaría un menor costo comparativo para la institución (Figuras 3 y 6).

**Figura 3. Escalas de Sueldos de Progresión Variable Decreciente de la categoría A en comunas de la Región Metropolitana, año 2010.**



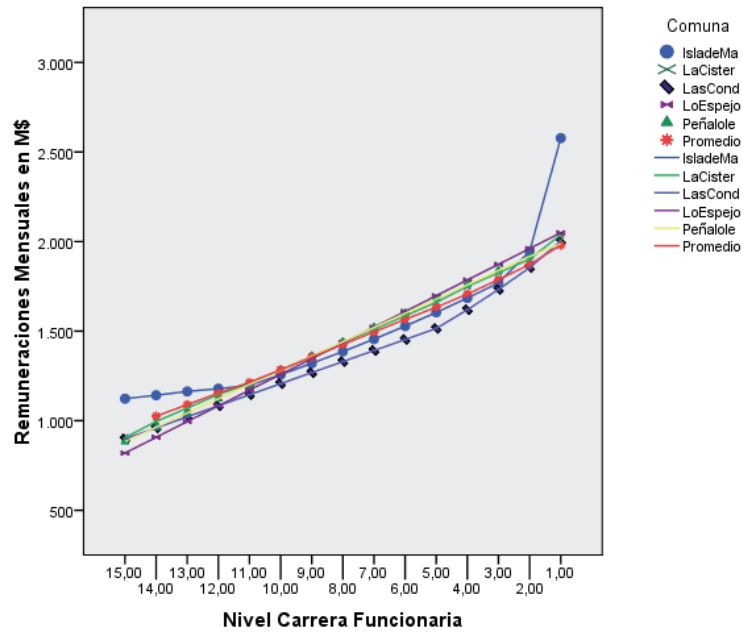
**Figura 6. Escalas de Sueldos de Progresión Variable Decreciente de la categoría B en comunas de la Región Metropolitana, año 2010.**



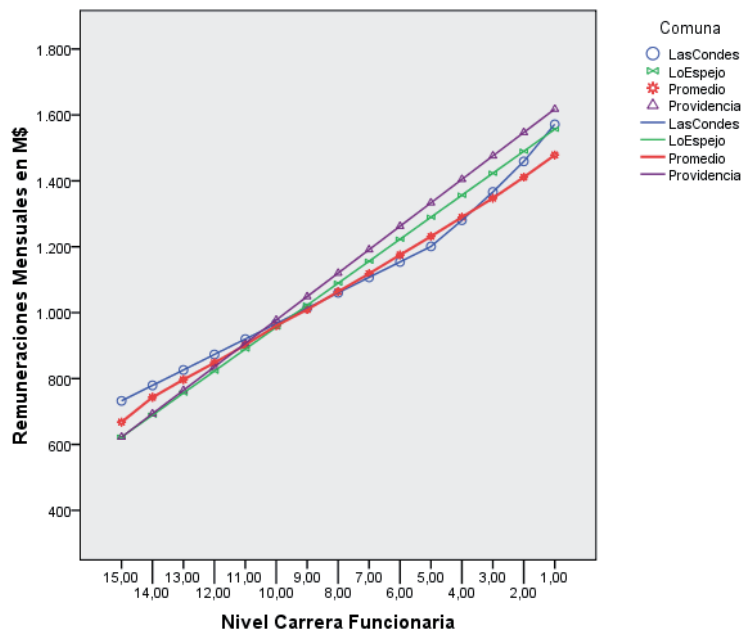
c) Progresión Variable Creciente: Las escalas de sueldo aparecen bajo el promedio general de la categoría pero a medida que avanzan en la carrera funcionaria sus remuneraciones se posicionan por sobre. Ejemplos son la comuna de Isla de Maipo, La Cisterna, las Condes, Lo Espejo y Peñalolén (categoría A) y Las Condes, Lo Espejo y Providencia (Categoría B), quienes ofrecen en el nivel

15 remuneraciones bajo el promedio, pero que desde el nivel 10 se encuentran por encima. Este enfoque en el último nivel de la escala de sueldos es interesante, pues esta remuneración es la misma hasta que la persona se jubile, tomándola como una orientación hacia la estabilidad en dicha época. Aunque con elevados costos asociados (Ver Figuras 4 y 7).

**Figura 4. Escalas de Sueldos de Progresión Variable Creciente de la categoría A en comunas de la Región Metropolitana, año 2010.**



**Figura 7. Escalas de Sueldos de Progresión Variable Creciente de la categoría B en comunas de la Región Metropolitana, año 2010.**



## DISCUSIÓN

Los RHS tienen un efecto positivo sobre las tasas de mortalidad por encima de los efectos que producen los niveles de ingreso, educación y pobreza entre los países (13). De esta forma, contar con funcionarios de calidad se convierte un imperativo ético de la mayor importancia. Cobra cada vez mayor relevancia su contratación, formación, evaluación y remuneraciones, junto con el desarrollo de un entorno de trabajo adecuado (14).

El desarrollo de diferentes estrategias en el establecimiento de las escalas de sueldos, involucra a diferentes actores los cuales deben establecer criterios y prioridades según la realidad comunal, buscando garantizar prestaciones de salud con altos estándares de calidad y seguridad para la población. En principio, dos factores podrían contribuir a explicar la estrategia utilizada por cada comuna en la estructuración de su escala de sueldos para los profesionales de la salud: ubicación territorial y nivel de desarrollo de la comuna. Por esto adquiere especial relevancia analizar las comunas con proximidad geográfica a objeto de evaluar eventuales políticas de reclutamiento que aumenten la competitividad en la atracción o permanencia de ciertos profesionales críticos para la gestión. Así, algunas se enfocan en asemejar la remuneración inicial (nivel 15) a la de comunas cercanas, como Cerro Navia, Lo Prado y Quinta Normal para así evitar una fuga de su personal. Situación aparte es lo que ocurre con la comuna Santiago, pues tiene un alto gasto total y remuneración mensual por sobre todas las comunas analizadas en esta investigación. Un caso distinto a la mayoría de las comunas es lo que ocurre en Isla de Maipo, que mantiene sus remuneraciones dentro del promedio durante la mayoría de los tramos de la escala de sueldos pero otorga altas remuneraciones al final y al comienzo (niveles 1 y 15).

En cuanto al nivel de desarrollo de las 20 comunas, el Índice de Desarrollo Humano de ellas mostró una correlación nula ( $r$  de Pearson = 0,004) con el Gasto Total, resultado que se contradice con otras publicaciones (15, 16,18) en las que a mayor nivel de riqueza y desarrollo las remuneraciones son más altas.

Si bien en toda la región existen escalas de sueldos bajo y sobre el promedio, las comunas rurales tienden a estar sobre el promedio de la región en distintos niveles

de la categoría A, esto sin duda es un esfuerzo principalmente orientado al reclutamiento de médicos para estas zonas alejadas del centro urbano. Esto se revierte en la categoría B, donde tienden a estar por debajo, excepto en las comunas del sector Nororiente, donde predominan escalas superiores al promedio.

Se ha planteado que hay diversos elementos que afectan la movilidad del personal: los "factores de reclutamiento" o de "salida" como son los bajos salarios, dificultades en la ejecución del trabajo, malas condiciones de vida y limitadas oportunidades de desarrollo en su lugar de origen, como también los "factores de retención" que son las razones para mantenerse en un centro, como las altas remuneraciones, mejoras en las condiciones de vida y un buen ambiente de trabajo (WHO, 2006). Frente a esto, no hay que reducir las estrategias a modelos económicos que establecen que la movilidad del personal está principalmente relacionada con la oferta/demanda; es importante que se consideren otras dimensiones como satisfacer necesidades laborales y profesionales, involucrando incentivos en las capacitaciones y condiciones de trabajo (15-17).

Dentro de las limitaciones de este artículo, está el que las estrategias identificadas se basan sólo en la muestra obtenida. Es relevante desarrollar nuevos estudios que contemplen el aumento del número de regiones, comunas y categorías funcionarias analizadas, para así poder determinar las estrategias financieras que existen en el país y evaluar cuales son las más eficaces para garantizar una mejor distribución del recurso humano en la atención primaria de salud.

## CONCLUSIÓN

Los decisores públicos deben lidiar con valores y creencias de las partes interesadas, limitaciones institucionales y otros tipos de información tales como las evaluaciones de las necesidades locales, los costos y la disponibilidad de recursos (15, 17) para plantear políticas enfocadas en el RHS. Este estudio entrega información relevante para la discusión sobre las diferencias en las remuneraciones del personal de salud en sus diferentes categorías. Teniendo en vista el principio de equidad, el objetivo es garantizar el número y tipo de funcionarios de salud en cada uno de los espacios en



que se necesiten, por medio de instrumentos que corrijan las diferencias injustificadas que se encuentren..

## AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos especiales a todas las Municipalidades que a través de sus equipos técnicos, entregaron la información requerida y permitieron así generar esta investigación.

## REFERENCIAS

1. Declaración de Alma-Ata. *Salud Pública Educ Salud* 2002; 2 (1): 22-24
2. Gideon J. *The Decentralization of Primary Health care delivery in Chile. Public Admin. Dev* 2001;21,223-231.
3. Nota de la secretaría al consejo ejecutivo de la OMS, 109ª reunión, 27/12/2001: Reforma de la gestión de los recursos humanos, 2001, Disponible en: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EB109/seb10925.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB109/seb10925.pdf) Revisada el 21/10/2011]
4. Organización Panamericana de Salud. Situación y tendencias de recursos humanos de salud en las reformas sectoriales en nueve países de América latina y el Caribe, 9-11 de junio, 1999. [Revisada el 21/10/2011], Disponible en: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/pub01cap02.pdf>
5. Sistema Nacional de Información Municipal. Balance de Ejecución Presupuestaria (BEP) 2010 (Compilado Nacional). Disponible en: <http://www.sinim.cl/>, "Centros de descargas"> "Evolución y tendencias" [Revisada el 21/10/2011]
6. Román O, Acuña M, Señoret M. Disponibilidad de médicos en Chile al año 2004. *Rev Méd Chile.* 2006;134:1057-64
7. Román O, Pineda S, Señoret M. Perfil y número de médicos generales que requiere el país. *Rev Méd Chile.* 2007;135:1209-15.
8. Román O. *Evolución de la oferta de médicos, Chile 1993-2008. Rev Med Chile* 2010;138:22-28
9. Méndez CA. Los recursos humanos de salud en Chile: el desafío pendiente de la reforma. *Rev Panam Salud Publica* 2009;26(3):276-80.
10. Guillou M., Carabantes J., Bustos V. Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. *Rev Med Chile* 2011;139:559-570
11. Egger D, Lipson D, Adams C. *Achieving the right balance: The role of policy-making processes in managing human resources for health problems, 2000, World Health Organization.*
12. República de Chile, Ministerio de Salud, "Ley Nº 19.378", 2004. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30745> [Revisado el 21/10/2011]
13. Sudhir A. Baernighausen T. *Human Resources and Health Outcomes: Cross-Country Econometric Study. The Lancet* 2004;364 (9445):1603-9.
14. Dessler G. *Human Resource Management. Prentice Hall; 12ª edition. 2010.*
15. Dieleman M., Harnmeijer J., *Improving health worker performance: in search of promising practices, 2006, OMS, Department of Human Resources for Health. [Revisado el 4/11/2011] Disponible en: http://www.who.int/hrh/resources/improving\_hw\_performance.pdf*
16. Marchal B., Kegels G. *Health workforce imbalances in times of globalization: brain drain or professional mobility. International Journal of Health Planning and Management* 2003;18:S89-S101.
17. M. Chopra, S. Munro, J. Lavis, G. Vist. *Effects of policy options for human resources for health 2008; Lancet, 371:668-74.*
18. Dräger S., Dal Poz M., Evans D. 2006, *Health workers wages: An overview from selected countries, World Health Organization.*