

EL SISTEMA DE REMUNERACIÓN E INCENTIVOS EN LA SALUD, COMO UN INSTRUMENTO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN.

SYSTEM OF COMPENSATION AND INCENTIVES IN HEALTH AS AN INSTRUMENT FOR IMPROVING QUALITY OF CARE.

O SISTEMA DE COMPENSAÇÃO E INCENTIVOS NA SAÚDE COMO INSTRUMENTO PARA A MELHORIA DA QUALIDADE ASSISTENCIAL

Resumen

Es importante señalar que los sistemas de incentivos y sus contradicciones, requieren ser analizados, con especial atención a los de la práctica en salud a fin de poder mediar los efectos posibles en el sistema. **Objetivo:** Analizar las normas de remuneración e incentivos existentes en las instituciones de salud y su relación con la calidad de la prestación de los servicios, en Córdoba, Argentina. **Método:** Observacional, analítico y correlacional. Universo instituciones polivalentes de salud, público y privado. Muestra bietápico aleatorio. Instrumento, análisis documental, dos encuestas auto administradas, e índices estandarizados de calidad. Fuente primaria y secundaria. **Resultados:** Mayor proporción de personal de enfermería y medicina con respecto a psicología y trabajo social. Predominan mujeres 2 a 1, población joven entre los 20 y 39 años, la antigüedad 5 a 15 años. La planta permanente en las públicas es mayor que en las privadas ($p=0,002$), mientras que en los contratados la situación se presenta inversa ($p=0,0001$), en cambio la proporción se muestran similares en el interior y en capital. En la composición de la remuneración los tres ítems más reconocidos fueron: monto básico, antigüedad y título de grado. El sector

GOMEZ, Patricia Fabiana¹
ENDERS Julio Enrique²

¹Dra. en Ciencias de la Salud, Profesora Adjunta de Cátedra de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría de la Escuela de Enfermería.

FCM. UNC, Argentina.

²Dr. en Ciencias Químicas, Profesor Titular Plenario Facultad de Ciencias Médicas, UNC, Argentina

Trabajo recibido: 12 de Diciembre 2015.

Aprobado: 03 Marzo 2015.

público tiene un salario mayor que el privado ($p < 0,0001$). Los incentivos que reciben, se concentran en la capacitación y los premios. Existe correlación entre las variables IACC, IACU y IARM con respecto a, la Antigüedad ($p < 0,01$), al monto del salario ($p < 0,0001$), el incentivo económico ($p < 0,0001$), a la naturaleza jurídica ($p < 0,05$) y a la situación de revista ($p < 0,01$).

Palabras Clave: incentivo – personal de salud – enfermería

Abstract

Introduction: It is important to note that incentive systems and its contradictions, need to be analyzed, with particular attention to the practice of health in order to mediate the possible effects on the system. **Objective:** To analyze existing remuneration standards and incentives in health institutions and their relationship to the quality of service delivery, in Córdoba, Argentina. **Method:** Observational, analytic and correlationa. Universe multipurpose health institutions, public and private. Two-stage random sample. Instrument, documentary analysis, two self-administered survey, and standardized quality indices. Primary and secondary source. **Results:** A higher proportion of nursing and medicine with respect to psychology and social work. Women prevail 2-1, young people between 20 and 39 years, age 5-15 years. The permanent public plant is greater than private ($p = 0.002$), whereas the reverse situation is employed the ($p = 0.0001$) arises, however the ratio is similar in the interior and in capital. In the composition of the remuneration the three items were recognize: basic amount, age and title of degree. The public sector has a salary greater than the private ($p < 0.0001$). The incentives they receive, concentrate on training and awards. A correlation between the IACC, and IMRA Iacu variables regarding the antiquity ($p < 0.01$), the amount of wages ($p < 0.0001$), economic incentives ($p < 0.0001$), nature legal ($p < 0.05$) and the status of magazine ($p < 0.01$).

Keywords: incentive - personal care - nursing

Resumo

É importante notar que os sistemas de incentivos e suas contradições, precisam ser analisados, com especial atenção para a prática da saúde, a fim de ter condições de mediar nos possíveis efeitos sobre o sistema. **Objetivo:** Analisar normas de compensação existentes e incentivos nas instituições de saúde e sua relação com a qualidade da prestação de serviços, em Córdoba, Argentina. **Método:** observacional, analítico e correlacional.. Universo: instituições de saúde polivalentes, públicas e privadas. Amostra: bietápica-aleatória. Instrumento: análise documental das enquetes, auto-administradas e índices de qualidade padronizados. Fonte primária e secundária. **Resultados:** Aumento da proporção do pessoal de enfermagem e medicina em relação com o de psicologia e serviço social. As mulheres predominam 2-a 1, população jovem entre 20 e 39 anos, antiguidade de 5 a 15 anos. A quantidade de cargos permanentes públicos é maior do que a privada ($p = 0,002$), enquanto que com os contratados apresenta-se a situação oposta ($p = 0,0001$) apresenta, no entanto, a proporção é semelhante no interior e na capital. Na composição dos salários, os três itens mais reconhecidos foram: o básico, antiguidade e titulação de grau. O salário do setor público é maior do que o privado ($p < 0,0001$). Os incentivos recebidos focam-se em treinamento e prêmios. Existe uma correlação entre as variáveis IACC, IACU e IARM em relação à Antiguidade ($p < 0,01$), o montante correspondente ao salário ($p < 0,0001$), o incentivo econômico ($p < 0,0001$), a natureza jurídica ($p < 0,05$) e a situação de revista ($p < 0,01$).

Palavras-chave: incentivo - pessoal de saúde – enfermagem

Introducción

Los procesos de reforma del sector salud influyeron marcadamente sobre la problemática de la gestión del trabajo de los países de la Región de las Américas, que aunque con gran diversidad de procesos, permite visualizar campos o áreas críticas que deben ser abordados de manera conjunta para contribuir al desarrollo de sistemas sanitarios equitativos, universales y de calidad.

La gestión del trabajo se refiere al conjunto de acciones intencionadas y conexas que permiten organizar el trabajo en el campo de la salud y distribuir el talento humano a las necesidades del sistema sanitario, usando para ello instrumentos de reglamentación legal (leyes, normas); financieros (sueldos, incentivos); administrativos (clasificación de los puestos y categorías de cargos) en un marco de negociación permanente y gerencia compartida.

Se puede decir que la gestión de trabajo en materia de salud es un sistema institucional que incorpora actividades para movilizar y motivar a las personas y que les permite desarrollarse y lograr plenamente, mediante el trabajo, la obtención de las metas de salud.

En cualquier sistema de salud, son los recursos humanos los que definen los servicios, por lo tanto el éxito de las acciones de salud dependen de la organización del trabajo, es decir de las definiciones sobre la cantidad, combinación, la distribución, el entrenamiento y las condiciones de trabajo de estos equipos.

La gestión de la fuerza laboral en salud se encuentra cada vez más marcada por políticas de incentivos en las nuevas formas de contratación, esta idea es muy simple aunque conduzca a paradojas complejas.

Es importante señalar que los sistemas de incentivos y sus contradicciones, requieren ser analizados, con especial atención a los de la práctica en salud a fin de poder mediar los efectos posibles en el sistema.

Los objetivos del estudio fueron: 1. Identificar las normas de remuneración e incentivos existentes para el equipo de salud en el ámbito público y privado en instituciones polivalentes de alta complejidad, 2. Especificar las modalidades de incentivos predominantes en el equipo de salud 3. Establecer la correlación entre los indicadores de calidad de las unidades de cuidados intensivos con respecto a la remuneración e incentivos del equipo de salud.

Método

El presente trabajo tiene un diseño de tipo observacional- analítico, el periodo de estudio fue durante los meses de marzo y julio, el ámbito de estudio fueron instituciones polivalentes de salud públicas y privadas. El universo fue el total de Hospitales Provinciales y Sanatorios y Clínicas polivalentes habilitadas en el ámbito de la Provincia de Córdoba Argentina que tenían servicios de internación. El diseño muestral fue bi-etápico. En la primera etapa se seleccionaron al azar las instituciones a estudiar, para esto se tuvo en cuenta todos los Hospitales Provinciales polivalentes tanto de capital como del interior, privados y públicos de la provincia de Córdoba. En la segunda etapa se eligieron los profesionales que fueron encuestados en cada institución. Esta selección se realizó mediante un muestreo estratificado por profesión, con muestra proporcional a la cantidad de profesionales de cada una de ellas.

La técnica e instrumento de recolección de datos fueron, el análisis documental de la legislación vigente, una encuesta auto administrada a los profesionales del equipo de salud que se desempeñan en el sector salud pública y privada de la Provincia de Córdoba, relevando las características demográficas de la población objeto de estudio., la remuneración del trabajo y los incentivos laborales.

Por último se realizó una valoración de la gestión de procedimientos de cuidados, a través de la selección de tres índices de calidad que evalúan las prácticas más comunes dentro de

las unidades de cuidados críticos en los hospitales polivalentes, los mismos son: 1- Índice de infecciones asociadas a catéter urinario (IACU) 2- Índice de infecciones asociadas a catéter central (IACC) 3- Índice de infecciones asociadas a asistencia respiratoria mecánica (IARM)

Consideraciones éticas, se considero la firma del consentimiento informado en la toma de los cuestionarios auto administrados que garantizó la confidencialidad del anonimato. Para el análisis de los datos se utilizó medidas descriptivas y análisis factorial de correspondencias múltiples. Para la comprobación de las hipótesis estadísticas, las variables nominales fueron estudiadas por el método de los datos categóricos, y las escalares por análisis de la varianza, y a su vez las medias serán contrastadas por test de comparaciones múltiples. Para determinar si existió correlación de variables respuesta IACC, IARM e IACU con respecto a las variables regresoras: antigüedad, salario, incentivo económico, naturaleza jurídica y situación de revista, se planteó un modelo de regresión polinómica, cuya expresión general es:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \epsilon_i$$

en donde “ Y_i ” fueron las observaciones de la variable respuesta, “ β_i ” fueron los parámetros del modelo, “ X_i ” fueron las observaciones de las variables regresoras y “ ϵ_i ” fue un error aleatorio con media cero y varianza σ^2 .

En todos los casos se utilizó un nivel de significación de 0,05.

Resultados

A los fines de analizar las variables de este estudio se implementaron varios instrumentos de recolección de los datos. En un primer momento se llevó a cabo un análisis documental de las normas que regulan la remuneración e incentivos en las leyes que rigen la organización del sistema laboral de los trabajadores de la salud tanto en el ámbito privado como público. Se encontró que el mismo se encuentra reglado por dos regímenes absolutamente distintos. En el ámbito laboral público predomina el sistema de estabilidad absoluta o impropia (sin bien se reconocen excepciones que en principio son *contra legem*), la cual impide despedir al trabajador, por otro lado, en el sector privado la regla es la estabilidad relativa que protege a los trabajadores contra el despido arbitrario, pero lo permite como acto ilícito civil mediante el pago de una indemnización (las excepciones son las trabajadoras protegidas con tutela gremial).

Se observan diferencias importantes en la comparación de ambos regímenes, en relación con la jornada laboral el ámbito privado posee un régimen de horas superiores a 13 de trabajo semanal, lo cual representa 52 horas más al mes, con la consecuencia disminución de las vacaciones, ya que el sistema prevé solo 14 días corridos, en contraposición al público de 15 días hábiles, lo cual hace que el trabajador del sector privado trabaje más días laborables al año, que el sector público.

En relación a la antigüedad la forma de calcular el adicional es diferente, en el sector público no sólo se fracciona la base a seis meses, sino que además se computa la antigüedad que puede haber obtenido el trabajador en otra institución del estado provincial o municipal. En el ámbito privado dicho adicionales se computa sólo por la antigüedad en la empresa en que se presta servicios y no acompaña al trabajador a otra empresa. En dicho caso el cómputo comienza nuevamente de cero. El personal del sector público, a su vez, cuenta con una licencia anual extraordinaria denominada “licencia sanitaria” que en el sector no se otorga. En relación con la licencia por maternidad, la diferencia es de 90 días en lo privado a 120 días en el público, pudiendo tomar una parte antes y otra posterior al nacimiento.

Desde el punto de vista salarial, dada la fortaleza de los sindicatos que agrupan al equipo

¹“*Contra legem*”, expresión en latín que expresa contra las leyes.

de salud en el sector público y la estabilidad de sus agentes, hay menor cantidad de horas trabajadas con mayor salario que en el sector privado. Por último, encontramos que en el sector público el régimen jubilatorio provincial (Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Provincia de Córdoba.) retribuye con un mayor porcentaje del sueldo activo a sus pasivos que el sector privado (ANSES)

Esta comparación nos permite visualizar que el ámbito privado representa para los trabajadores condiciones más desfavorables que el ámbito público.

En un segundo momento se relevó un cuestionario auto administrado al personal sanitario, el total de sujetos encuestados de n: 289. De los hallazgos obtenidos en este instrumento podemos señalar que las características demográficas de la población estudiada de manera general se observa una mayor proporción de los profesionales de enfermería y medicina con respecto a los profesionales de psicología y trabajo social. Con relación a género el 69% son de sexo femenino y el 31% de sexo masculino, al relevar la edad el 51% corresponde a gente joven entre 20 a 39 años, un 27% de personal entre 40 a 49 años y un escaso porcentaje de 18% mayores de 50 años. Con relación a la antigüedad, son pocos los que se concentran en menos de un año 11%, el mayor porcentaje se registra entre los 1 a 4 años de antigüedad, seguido de 5 a 9 con un 18%, se observa un pequeño porcentaje de 22% entre 15 y más años de antigüedad.

Sobre el problema en estudio, la remuneración del equipo de salud, se observa que la situación de los recursos humanos es de planta permanente en mayor proporción 58%, seguido por el personal contratado 33%, luego los interinos 5%, ad-honoren 3,7% y por último los suplentes 0,3%. Al comparar la condición de la situación de revista en las instituciones públicas y privadas, este aspecto no se comporta igual. El personal de planta permanente en las instituciones públicas es mayor que en las privadas (p=0,002), mientras que en los contratados la situación se presenta de manera inversa (p=0,0001).

Otro aspecto a considerar es la composición del salario de los trabajadores. Al respecto se encontró que los resultados obtenidos en la encuesta realizada, que contemplaba todos los rubros citados en la Ley 7625, no son percibidos por todos los trabajadores de la misma manera, ya que no fueron señalados a la hora de responderlos en el cuestionario sobre los ítems que corresponde al salario. Es de observar que los tres más reconocidos fueron: monto básico, antigüedad y título de grado (Figura N°1).

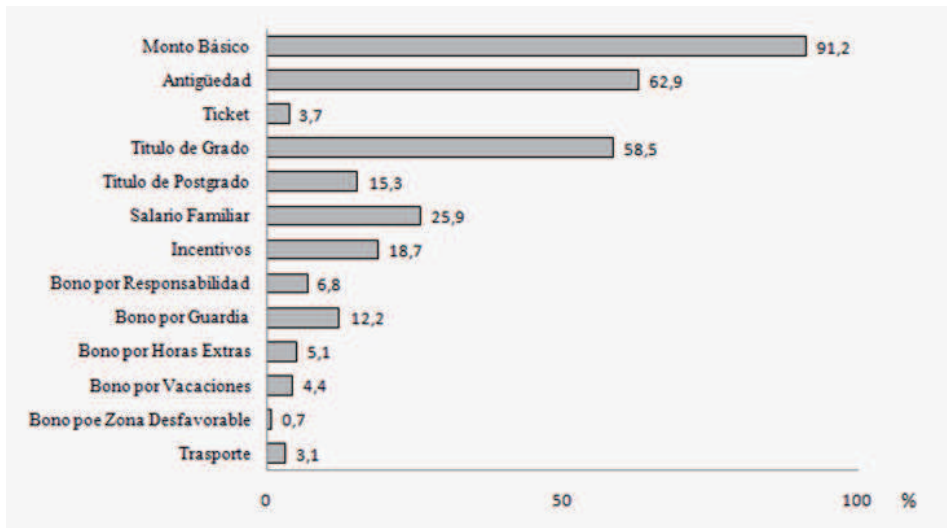


Figura N° 1: Composición el sistema de remuneración en el equipo de salud.

El segundo objetivo de este estudio es el análisis de los incentivos que recibe actualmente el equipo de salud; se muestra que la capacitación y los premios son los que más preva-

leen. Los demás con porcentajes bajos y similares, como productividad, reconocimiento social y económico. Al desagregar los incentivos por las diferentes profesiones que conforman el equipo de salud, se puede observar que el incentivo de capacitación es el más referido por todos los profesionales, pero particularmente en los trabajadores sociales, el único señalado. Otro dato importante, es que el colectivo de enfermería reconoce, si bien en una proporción pequeña, el incentivo de premios, y en los médicos, también en escasa proporción el incentivo de productividad (Figura N°2).

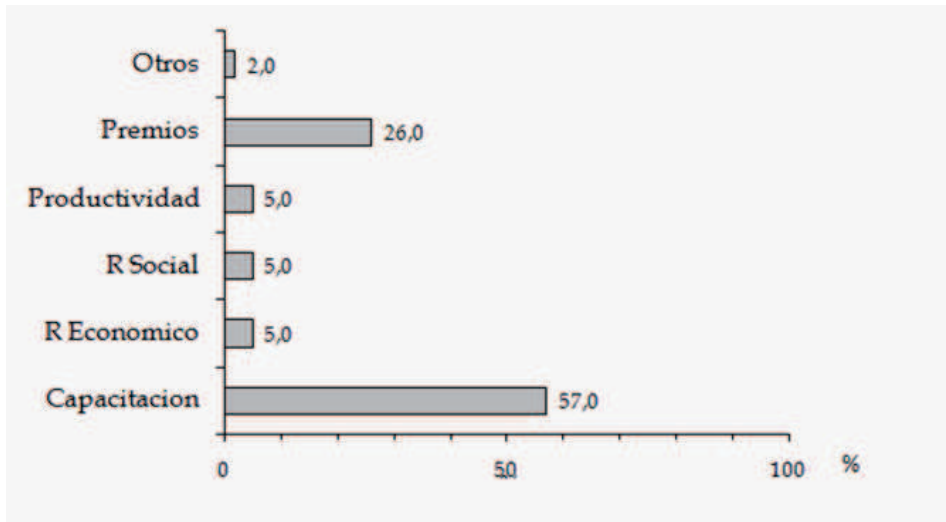


Figura N° 2: Composición el sistema de incentivos en el equipo de salud.

Un aspecto interesante que se observa en las modalidades de incentivos predominantes en el colectivo de enfermería si lo desagregamos según formación, es que el grupo de auxiliares solo reconoce dos incentivos, capacitación y premio, mientras que los profesionales de enfermería, reconocen todos los incentivos relevados. Se puede inferir que la mayor formación permite incorporar algunos incentivos más como es el reconocimiento social y la productividad, probablemente asociado a un mejor desempeño en el ejercicio profesional. Si miramos los datos comparando la disciplina de enfermería entre las instituciones públicas y privadas, vuelven a ser los más significativos la capacitación y el premio, pero cabe resaltar que aparecen en un 7% en las instituciones privadas los incentivos a la productividad y el reconocimiento económico. Estas modalidades de incentivos son frecuentemente encontrados en la institución privada como estímulo a la retención de los profesionales de enfermería.

Se observa que al comparar el incentivo de capacitación del colectivo de enfermería entre las instituciones públicas y privadas, la posibilidad de recibir incentivos de capacitación en el ámbito privado es de 3,3 veces mayor que en el público (OR: 3,3; IC: 1,56 a 6,97). Esta alternativa que se presenta en este tipo de institución, implica que como mínimo incrementará la posibilidad en 1,56 veces y como máximo será 6,97 veces la posibilidad de recibirlo ($p < 0.002$).

Otro objetivo específico de esta investigación fue indagar la opinión de la influencia del incentivo económico en el equipo de salud, el 95% expresa el predominio de la influencia de este estímulo tanto en la productividad, como en la mejora de la calidad del servicio y la mejor dedicación al trabajo. Al relevar si el sistema de incentivos vigente interviene en los resultados de la prestación de salud y la productividad, el 82% opino que no influye, al igual que no influye en el trabajo grupal con un el 82%. Así también, al analizar los datos referidos a que si el mismo favorece la participación en asociaciones y sindicatos, un 68% expresó que no favorece.

Otro objetivo de este estudio fue determinar el nivel de calidad en los servicios de salud, según el nivel de satisfacción del usuario, en los servicios donde se realizó la investigación, para tal fin se relevó un cuestionario (n: 125), dentro de los diferentes servicios, el internado es el mejor calificado, seguido de guardia y por último los consultorios externos. Es importante señalar que en el servicio de internación es la evaluación realizada a la disciplina de enfermería la que está recibiendo esta calificación por parte del usuario de estos servicios.

Si miramos de manera particular y minuciosa, en la disciplina de enfermería, la calificación recibida por su atención supera el 98%, en muy buena y buena, lo cual expresa la gran satisfacción del usuario por las prestaciones recibidas por esta profesión.

Para analizar el último objetivo, con el fin de conocer la calidad de prestación de los servicios, se utilizó los índices de calidad en las terapias intensivas, donde se relevó las tendencias de las tasas de los índices de infecciones asociadas a catéter urinario, a asistencia respiratoria mecánica y a catéter central, ya que son los servicios que poseen estos procedimientos de gestión del cuidado protocolizados, de esta manera nos permite realizar una comparación con similares condiciones.

El último objetivo es determinar la correlación entre remuneración e incentivos de los profesionales en la mejora de la calidad de los servicios, así a través de las variables respuesta (IACC, IARM e IACU) con respecto a las variables regresoras (antigüedad, salario, incentivo económico, naturaleza jurídica y situación de revista) se presentan a continuación las tablas con los hallazgos encontrados en cada variable respuesta (Tabla N°1).

Tabla N° 1: Variables regresoras de la variable respuesta IACU

Variables regresoras	Coefficiente	E.E.	p-valor
Antigüedad	0,020	0,010	<0,01
Salario	0,002	6,8·10 ⁻⁵	<0,0001
Incentivos Económicos	-0,840	0,180	<0,0001
Naturaleza Jurídica (Privado)	-0,230	0,120	<0,05
Situación del recurso humano (Planta permanente)	-0,330	0,130	<0,01

Los hallazgos presentados en la tabla establecen que lo que determina la expresión del modelo de regresión polinómica se puede expresar como:

$$IACU = 0,02 \text{ Antigüedad} + 0,002 \text{ Salario} - 0,840 \text{ Inc-Econ} - 0,230 \text{ Nat-Jur} - 0,330 \text{ Sit-Rev}$$

Se puede observar que en esta variable respuesta IACC, se modifica en 0,02 por cada año de antigüedad que se incrementa, en 0,002 por cada peso de incremento del salario en de los trabajadores de la salud, sin embargo, disminuye en 0,840 cuando no recibe incentivo económico, también disminuye en 0,230 cuando la naturaleza jurídica es privada y no pública y por último disminuye en 0,330 cuando su situación de revista no es de planta permanente.

En la siguiente tabla se puede determinar que la expresión del modelo de regresión polinómica se puede expresar como:

$$IARM = 0,06 \text{ Antigüedad} + 0,01 \text{ Salario} - 2,50 \text{ Inc-Econ} - 0,68 \text{ Nat-Jur} - 0,99 \text{ Sit-Rev}$$

En la variable respuesta IARM, se observa que se modifica en 0,06 por cada año de antigüedad que se incrementa, en 0,01 por cada peso de incremento del salario en de los trabajadores de la salud, sin embargo, disminuye en 2,50 cuando no recibe incentivo económico, también disminuye en 0,68 cuando la naturaleza jurídica es privada y no pública y por último disminuye en 0,99 cuando su situación de revista no es de planta permanente (Tabla N° 2).

Tabla N° 2: Variables regresoras de la variable respuesta IARM

Variables regresoras	Coefficiente	E.E.	p-valor
Antigüedad	0,06	0,02	<0,01
Salario	0,01	$2 \cdot 10^{-4}$	<0,0001
Incentivos Económicos	-2,50	0,54	<0,0001
Naturaleza Jurídica (Privado)	-0,68	0,35	<0,05
Situación del recurso humano (Planta permanente)	-0,99	0,38	<0,01

La expresión del modelo de regresión polinómica de esta tabla se puede expresar como: $IACC = 0,01 \text{ Antigüedad} + 0,0012 \text{ Salario} - 0,5 \text{ Inc-Econ} - 0,14 \text{ Nat-Jur} - 0,2 \text{ Sit-Rev}$. En la variable respuesta IACC, se observa que se modifica en 0,01 por cada año de antigüedad que se incrementa, en 0,0012 por cada peso de incremento del salario en de los trabajadores de la salud, sin embargo, disminuye en 0,5 cuando no recibe incentivo económico, también disminuye en 0,14 cuando la naturaleza jurídica es privada y no pública y por último disminuye en 0,2 cuando su situación de revista no es de planta permanente (Tabla N° 3).

Tabla N° 3: Variables regresoras de la variable respuesta IACC

Variables regresoras	Coefficiente	E.E.	p-valor
Antigüedad	0,0100	$4,8 \cdot 10^{-3}$	<0,01
Salario	0,0012	$4,0 \cdot 10^{-5}$	<0,0001
Incentivos Económicos	-0,5000	0,11	<0,0001
Naturaleza Jurídica (Privado)	-0,1400	0,07	<0,05
Situación del recurso humano (Planta permanente)	-0,2000	0,08	<0,01

Discusión

Los primeros resultados fueron producto del análisis cualitativo de las leyes que rigen la organización del sistema laboral, tanto en el ámbito privado como público. El mismo se encuentra reglado por dos regímenes diferentes, siendo el público el que presenta mayores ventajas. La estabilidad con que cuentan los trabajadores en el sector público, resulta más interesante que estar sometido a las oscilaciones económicas de la empresa privada. Este hallazgo coincide con un estudio realizado en Estados Unidos donde se señala que en los casos de estabilidad, no hay ninguna motivación mediante los incentivos financieros, ello se presenta como la mejor de las opciones disponibles, pero que se deben extremar la imaginación y los recursos para mantener los niveles más altos de calidad en el servicio que se presta. Resalta además, que este aspecto es particularmente cierto en el caso de los hospitales públicos, que son mantenidos y apoyados políticamente mientras sus servicios sean bien aceptados por sus usuarios, aunque sus balances financieros estén en rojo la mayoría de las veces.⁷

Otro estudio regional sobre diferencias entre los modelos de contratación públicos y privados muestra resultados que coinciden con esta investigación. Dicho estudio se realizó en el año 1999 en nueve países de la Región: Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Jamaica, México, Panamá y Perú, expresaron que frente a las reformas laborales producidas en el sector de la salud se observó la tendencia a establecer modalidades flexibles en los contratos de trabajo privados, quienes adoptaron el incremento de la flexibilidad como criterio esencial para disminuir los costos laborales y generar condiciones que favorezcan la competencia. Para el sector público, ello ocurre en un contexto de

mayor descentralización y de estrictas restricciones presupuestarias, pero conservan la estabilidad laboral.^{8,9}

Las diferencias que marca este estudio hasta el momento resultan a favor del sector público ya que a menor cantidad de horas trabajadas se percibe mayor salario.

Otro autor Pedro Galin (2002), planteó algunos resultados en coincidencia con el presente estudio, referido al caso de los profesionales de la salud en Argentina, donde expresa que: “la proporción de asalariados en el sector ha incrementado, a la vez se ha deteriorado su condición por la precarización de su empleo y por su extensión de la jornada...” El multiempleo y el sobre empleo son expresiones en aumento en este panorama en salud, donde se observa que los cambios de contratación y pago son una contradicción permanente entre las exigencias de una mayor productividad y la necesidad de garantizar calidad. El alto recambio de personal que se produce en un sistema cada vez más fragmentado de contratación y remuneración hace insuficiente e ineficiente las inversiones que se realizan para garantizar la competencia laboral.¹⁰

Las características demográficas de la población estudiada de manera general se observa una mayor proporción de los profesionales de enfermería y medicina con respecto a los profesionales de psicología y trabajo social. Predominan las mujeres 2 a 1, con una población joven concentrada entre los 20 y 39 años, con una antigüedad en el trabajo de 5 a 15 años dentro de este ámbito de la salud. Estos resultados, coinciden con las características de feminización de otras investigaciones, que muestran datos similares en la mayoría de los países de la región, existe un claro predominio de mujeres tanto en actividades hospitalarias vinculadas al cuidado directo de los pacientes como es el caso de enfermería, como en actividades administrativas y de servicios. Este hecho da de la creciente incorporación de mujeres profesionales al mercado de trabajo en salud.^{11 12}

En relación a las características de la remuneración del equipo de salud en el ámbito provincial con respecto a su situación de revista, la investigación mostró que la planta permanente es la de mayor proporción, seguido por el personal contratado, luego los interinos y por último los ad-honoren.

La planta permanente en las instituciones públicas es mayor que en las privadas, mientras que en los contratados la situación se presenta de manera inversa. Para las instituciones de salud del interior y en capital la proporción de planta permanente y de contratados muestran resultados similares.

Por su lado, en el colectivo de enfermería, la relación entre contratados y permanentes, no muestra diferencias significativas; el comportamiento es igual tanto en el interior como en capital.

Estos resultados concuerdan con la investigación ecuatoriana realizada por el Observatorio de Recursos Humanos donde se expresa que “se puede apreciar inamovilidad en el Ministerio Público y los establecimientos de su dependencia consultados predominando la estabilidad; en cambio en el ámbito privado, se aprecia una tendencia a la reducción de nombramientos y más contratos, aunque hay un evidente incremento en el hospital público, de disminución de contratos y aumento escaso de nombramientos”.¹³

Un estudio realizado en Cali, concuerda con los hallazgos de esta investigación ya que las instituciones públicas ofrecen más beneficios en las bonificaciones, gozan de dos primas al año, cuentan con 15 días hábiles más de vacaciones y con una bonificación extra.¹⁴

Varias investigaciones realizadas en Perú, cuyo objetivo fue describir las principales características de la situación remunerativa general y las políticas de incentivos en los trabajadores del sector salud comparándolos de acuerdo con la institución de procedencia y a la modalidad de contrato en públicas y privadas, mostró desacuerdo con los datos de esta investigación ya que en las instituciones públicas los contratos y la remuneración son menos beneficiosos que en las privadas.^{15 16}

Al considerar los resultados obtenidos en relación con los incentivos que reciben actualmente el equipo de salud, el estudio mostró que la capacitación y los premios (presentismos, puntualidad, etc.) son los que más prevalecen.

Una investigación realizada en Chile, muestra controversia sobre los premios económicos, ya que expresa “Hay pocas pruebas de que el sistema de pago relacionado con el rendimiento según el diseño de la muestra de hospitales públicos era socialmente deseable. Los hospitales deben ser controlados más de cerca por el gobierno, y reglamentos que se aplican para limitar el comportamiento oportunista. De lo contrario, la contención de la financiación pública de los servicios públicos puede resultar en un aumento en la prestación de servicios innecesarios, con un incremento en los costos de salud para la sociedad, y un desperdicio de recursos sociales”.¹⁷

Otro estudio realizado en el Reino Unido sobre incentivos económicos recibidos específicamente por las enfermeras, señala que los positivos se limitaron a premios relacionados con la educación financiada. Las enfermeras informaron que ven como muy bueno el acceso a la formación continua. Si bien hay un reconocimiento general de las oportunidades de desarrollo profesional previsto, los auxiliares de enfermería profesionalizados (Reino Unido) afirman que el mayor beneficio adquirido fueron las opciones para el futuro mejor en relación al progreso profesional dado por el conocimiento.^{18 19}

Otro autor Kohn, explica el fracaso permanente de los incentivos en los trabajos de calidad a lo largo de seis factores, afirmando que “El pago no es un motivador”, y basa esta afirmación en E. Deming: “las encuestas muestran que cuando a las personas se les pregunta acerca de por qué se preocupan, el dinero clasifica típicamente en el quinto o sexto lugar. Es más, se ha argumentado, que no sólo porque demasiado poco dinero puede irritar y desmotivar y eso no significa que más dinero traerá mayor satisfacción, mucho menos mayor motivación”.^{20 21}

En oposición a los planteos anteriores, en un gran número de investigaciones plantean el beneficio de los incentivos económicos como mejora de la calidad de las prestaciones y como un motivador importante en los profesionales de la salud.^{22 23 24 25 26 27 28 29 30 31}

Hallazgos de Kingma (2003) y Becerra Mosquera, J. y Col. (2000), apoyan estos resultados, destacando que dentro de los incentivos al trabajo considerados en el equipo de salud y especialmente en el colectivo de enfermería resultan como los más importantes: la capacitación en primer lugar, el apoyo económico en segundo lugar, el reconocimiento público en tercer lugar y los permisos remunerados anuales en cuarto lugar.^{32 33}

Otro estudio desarrollado en San Pablo Brasil, sobre el uso de incentivos gubernamentales para ser más eficaz y promover mejoras en salud, identificó que los entornos de vigilancia (cuidados protocolizados) y las condiciones de trabajo son los más prometedores para promover la mejora del rendimiento de la seguridad y salud en el trabajo.³⁴

Un estudio realizado en Londres sobre las enfermeras, expresa que las mismas son retratadas como menos propensas a ser influenciadas o interesadas en lo financiero, dejando a un lado la imagen tradicional de la enfermera como un ángel, voluntario o hermana religioso devoto, enfermeras modernas están siendo descritas en la prensa profesional como con un aparente desinterés en recompensas monetarias. Varias enfermeras del estudio confirman esta actitud: “Si estuvieran interesados en el dinero, no estaríamos aquí”, “No lo hago por el dinero... No quiero dinero”, “Las enfermeras no entraron en la profesión para centrarse en el pago”, “Las enfermeras no están interesadas en la recompensa financiera - que son básicamente profesionales comprometidos”, “Las enfermeras no piensan en términos de incentivos financieros”.³⁵

Otros autores aportan iguales manifestaciones en diferentes estudios: “La enfermería nunca ha sido vista como una carrera financieramente gratificante”,³⁶ “La mayoría [de las enfermeras encuestadas] cree que la enfermería es una vocación”³⁷, “ Toda la idea de ofrecer incentivos proyecta una imagen de falta de decoro a la profesión de enfermería”³⁸, “Los servicios de enfermeras especializadas que están en los mismos, no lo hacen por el dinero”.³⁹

El estudio de Kingma (2003), agrega que la frecuencia con que las enfermeras sentían que estaban siendo devaluados por la insuficiencia de los incentivos económicos existentes, puede haber dado lugar a un rechazo de la definición de sí mismas o de su trabajo en tér-

minos de dinero. Puede ser cierto que “el altruismo y servicio convertidos en una forma de auto-coacción, hace la desigualdad económica y la asimetría parece normal, natural y deseable como la insignia de su condición profesional”⁴⁰.

Con relación a los incentivos económicos y su influencia en la calidad de los servicios de salud la bibliografía encontrada es muy amplia que apoya esta asociación. Se presentan a continuación diferentes estudios que acuerdan con esta relación, así, la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo en su informe incluye una revisión de las publicaciones sobre incentivos económicos, además de un análisis general de las políticas relativas a su aplicación y una recopilación de ejemplos prácticos en los que se detalla la aplicación eficaz de tales incentivos en diversos países europeos y en un elevado número de sectores. En conjunto, es clara la firme defensa de los beneficios que reportan los incentivos económicos procedentes de fuentes externas en las empresas para mejorar la seguridad y la salud en el trabajo. Esta conclusión se vio empañada por las dificultades metodológicas que existían a la hora de evaluar la eficacia de los diferentes modelos de incentivos, de modo que se sugirió la necesidad de analizar la cuestión más a fondo para aclarar los resultados de investigación ambiguos que se reflejan en diversas fuentes bibliográficas. En lo que respecta al cumplimiento de los incentivos económicos, se constató que algunos elementos disuasorios específicos tenían un efecto significativamente mayor sobre la baja por enfermedad que otros más generales. Este tipo de incentivo económico tiene unos costes administrativos elevados tanto para la empresa participante como para las Administraciones.

Los incentivos económicos relacionados con los seguros fueron un modo eficaz de motivar a las empresas a que invirtieran en seguros sociales del trabajo. Hay pruebas que demuestran que los incentivos económicos modifican el comportamiento de los trabajadores o las tasas de incidentes en las empresas.^{41 42 43}

Un artículo desarrollado por Scott A., Sivey P., Ouakrim D. A. Y Col. 2011, donde se plantea que es cada vez mayor el uso de incentivos económicos para recompensar a los profesionales que trabajan en la comunidad, para mejorar la calidad de los servicios de atención primaria de salud. Sin embargo, no hay pruebas suficientes para apoyar o complementar, el uso de incentivos financieros para mejorar la calidad de la atención primaria de salud como algo seguro.⁴⁴

Luoma M. 2006, afirma en su investigación que la motivación en el personal para mejorar la prestación de los servicios de salud debe concentrarse más en condiciones de trabajo, las preocupaciones de seguridad personal y equipos inadecuados, más que en los incentivos basados en lo económico.⁴⁵

Una investigación desarrollada por el Global Resource Center y Capacity Plus, expresa que los incentivos para ser beneficiosos e impactar en la calidad de los servicios deben ser variados en su modalidad pero sobre todo los incentivos basados en el reconocimiento en el desempeño son una solución viable y potencialmente más poderosos.⁴⁶

Bibliografía

- 1 Dieleman M, JW Harnmeijer. Mejora del rendimiento de salud: en busca de prácticas prometedoras. Organización Mundial de la Salud. 2006. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: <http://www.hrhresourcecenter.org/node/1701>
- 2 Consejo Internacional De Enfermería. Sistemas de incentivos para los profesionales de atención de salud. 2008 [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: <http://www.ppecampaign.org/sites/ppecampaign.org/files/toolkit/es/Fact-Sheet-incentive-systems-for-health-care-professionals.pdf>
- 3 Alvarez, I., N. da Silva, A. Forteza y I. Rossi. ¿Qué incentivos al retiro genera la seguridad social? El caso uruguayo, Cuadernos de Economía, 2010, 47:217-247.
- 4 Alexeenko G. A pesar de mayores riesgos, el crecimiento de la economía mundial continuará siendo sólido en el. *Banco de Reserva Federal de Atlanta*. Rev. Econ

- South. Volume 9, Number 4 Fourth Quarter. 2008. [Acceso nov. 1011] Disponible en: https://www.frbatlanta.org/pubs/econsouth/07q4-espanol_a_pesar_de_mayores_riesgos_el_crecimiento_de_la_economia_mundial_continuara_siendo_solido_en_el_2008.cfm
- 5 Burijobich J. y Pautasi LL. Calidad del empleo y calidad de la atención en salud, Córdoba, Argentina. Aportes para políticas laborales más equitativas. Serie Mujer y Desarrollo N 60. CEPAL. Santiago de Chile. 2005. Pag. 73.
 - 6 European Agency For Safety And Health At Work. Resumen del informe sobre incentivos económicos para mejorar la seguridad y la salud en el trabajo: análisis desde la perspectiva europea. Facts 95. España. 2010. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/publications/factsheets/95>
 - 7 MC. Dermot, R., Porsons, G. The Role of Community Hospitals in the Performance of Local Economies. *Journal of Health Care Financing*. 1994. 21(2). Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/15585371_The_role_of_community_hospitals_in_the_performance_of_local_economies
 - 8 Ministerio De Salud. Oficina general de gestión de recursos humanos. Oficina de desarrollo de recursos humanos. Oficina de capacitación y de normas. 2006. Competencias de normas legales y administrativas sobre incentivos en los trabajadores. N 07. [Acceso nov. 1011] Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/LEGISLACION/125_incenlaboral.pdf
 - 9 FESALUD-OPS/OMS. Estudio de perfil de flexibilización de las condiciones laborales para la prestación de servicios de salud en el Ecuador. 2002. Quito-Ecuador 95532003000200006&lng=es. doi: 10.4067/S0717-95532003000200006
 - 10 Galin, P. Dependencia y precarización laboral: Los profesionales de la salud en la Argentina. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*. 2002. Año 8, N 15. [Acceso en marzo de 2013] Disponible en: http://relet.iesp.uerj.br/Relet_15/Relet_15.pdf
 - 11 FESALUD-OPS/OMS. Estudio de perfil de flexibilización de las condiciones laborales para la prestación de servicios de salud en el Ecuador. 2002. Quito-Ecuador 95532003000200006&lng=es. doi: 10.4067/S0717-95532003000200006
 - 12 Brito P., Campos F., Novick M, Seixas, P.H. Incentivos financieros: revisión y elementos de reflexión. In: *Gestión de recursos Humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades*. PAHO, 1996, 269 pp. [Acceso en mayo de 2012] Disponible en : http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos_enviados/incentivos-paradojas.pdf
 - 13 OPS-CEPAL-OIT. Observatorio de los Recursos Humanos de Salud. AH / Editorial. 2000. Quito-Ecuador. Disponible en: <http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/libro1.pdf>
 - 14 Organización Internacional Del Trabajo. La remuneración por rendimiento. Ginebra, 1985. 187 pp.
 - 15 Pardo K, Andía M, Rodríguez A, Pérez W, Moscoso B. 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. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2009. 28(2): 342-51. [Acceso nov. 2011] Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n2/a29v28n2.pdf>
 - 16 rguedas Gourzong C. “Análisis de la evolución de las remuneraciones de las personas que prestan Servicios en el sector salud para la Autoridad Nacional del Servicio Civil - Servir”. Lima . Perú. 2011. [Acceso nov. 1011] Disponible en: <http://inst.servir.gob.pe/files/biblioteca/consultorias/Arguedas%20-%20Analisis%20de%20la%20evolucion%20de%20las%20remuneraciones%20en%20el%20sector%20salud.pdf>
 - 17 Luoma M. Increasing the motivation of health care workers. The Capacity Project, Technical Brief 7, 2006. September. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: http://www.capacityproject.org/images/stories/files/techbrief_7.pdf
 - 18 Kavanagh K.T. Los incentivos económicos para promover la calidad de la salud: el hospital adquirió condiciones política de no pago. El trabajo social en la salud pú-

- blica. 2011. Vol. 26 (5)524-541. [Acceso en marzo de 2013] Disponible en: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19371918.2011.533554?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%3dpubmed&.
- 19 Mcelduff P., Lyratzopoulos G, Edwards R., Heller Rf, Shekelle P, Roland M. ¿Los cambios en la atención primaria de mejorar los resultados de salud? Modelización del impacto de los incentivos financieros introducidos para mejorar la calidad de la atención en el Reino Unido. *Calidad de la seguridad en la atención sanitaria*. 2004. Vol. n13 (3)191-197. [Acceso en marzo de 2013] Disponible en: <http://qualitysafety.bmj.com/content/13/3/191>.
 - 20 Kohn, A. Why Incentives Plans Cannot Work. *Harvard Business Review*. 1993
 - 21 Johnson-Pawlson J. , Infeld D L. Nurse staffing and quality of care in nursing facilities. *Journal of Gerontological Nursing*. Vol. 1996. 22 (8):36-45. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8826283>.
 - 22 Gomez De L., Pinto D. Incentivos para la calidad en salud. *Revista Vía Salud* 2001; Jul-Sep (17):4-13. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: <http://www.egh.org.co/productos/revista2.php>
 - 23 Dudley R A, Miller R H, Korenbrot T Y, Luft H S. The Impact of Financial Incentives on Quality of Health Care. *Milbank Quarterly*. 1989. Volume 76 : 649–686. [Acceso en marzo de 2013] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-0009.00109/abstract>.
 - 24 Agencia europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo – Gestión. Guía Práctica: ¿Cómo crear *incentivos económicos* en materia de seguridad y salud?. España. 2012. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: <http://www.prevention-world.com/es/comunidad/archivos/guia-practica-%C2%BFcomo-crear-incentivos-economicos-materia-seguridad-y-salud>.
 - 25 Scott A., Sivey P., Ouakrim D. A. Y Col.. El efecto de los incentivos financieros sobre la calidad de la atención dispensada por los médicos de atención primaria. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas en línea. Editorial: John Wiley & Sons, Ltd. 2011. Vol. 9. Páginas: CD008451. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008451.pub2/abstract;jsessionid=8E2E3D2178B0DBA566B151D3822321F9.d04t02>
 - 26 Donaldson C, Gerard K. Countering Doctor Moral Hazard. CHAPTER. *Economics of health care financing: the visible hand*. London: Mac Millan. 1993 pag. 101-115.
 - 27 Forsberg E, Axelsson R, Arnetz B. Los incentivos financieros en el cuidado de la salud. El impacto de reembolso basado en el desempeño. *Políticas de Salud*. 2001. Vol.58 (3)243-262. . [Acceso en marzo de 2013] Disponible en: <http://www.mendeley.com/research/financial-incentives-health-care-impact-performance-based-reimbursement>
 - 28 Cohen JW, Spector WD.J. El efecto del reembolso de Medicaid en la calidad de la atención en hogares de ancianos. *Health Econ*. 1996. 15 (1) :23-48. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10157427>.
 - 29 Pardo K., Andía M., Rodríguez A., Pérez W, Moscoso B. 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. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2011; 28(2): 342-51. [Acceso en julio de 2012]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000200029
 - 30 Cherchiglia M. L., Girardi S. N., Romero De Castro V., Aguiar Marques R., Werneck Da Rocha P. M. Y Pereira L. Remuneración y productividad: el caso de la Fundación Hospitalaria del Estado de Minas Gerais, Brasil, 1992–1995. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 1998. 4(2).
 - 31 Mathauer I And Imhoff I. Health worker motivation in Africa: The role of non-financial incentives and human resource management tools. *Human Resources for Health*, 2006. 4:24. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/24>

- 32 Kingma M. Munity nursing: attraction, rejection or indifference?. *Human Resources for Health*, 2003. 1:2 doi:10.1186/1478-4491-1-2. [Acceso en junio de 2012] Disponible en: The electronic version of this article is the complete one and can be found online at: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/2>
- 33 Becerra Mosquera, J. y Col. 2000. Relaciones laborales en el sector salud. Editorial. Quito-Ecuador OPS-CEPAL-OIT
- 34 Silva, Rogerio. Da. Incentivos governamentais para promoção da segurança e saúde no trabalho: estudo nas companhias de terminais marítimos para granéis líquidos / Government incentives to improve occupational health and safety: a study in bulk liquid terminal companies. São Paulo; 2006. s.n; 230 p. [Acceso en agosto de 2012]. Disponible en: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-02022007-162308/pt-br.php>
- 35 Kingma M. Munity nursing: attraction, rejection or indifference?. *Human Resources for Health*, 2003. 1:2 doi:10.1186/1478-4491-1-2. [Acceso en junio de 2012] Disponible en: The electronic version of this article is the complete one and can be found online at: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/2>
- 36 Casey N. A significant shortage of qualified nurses in the NHS. *Nursing Standard*, 1996. 10(17):3. PubMed Abstract.
- 37 Alderman C. Here's looking at you. *Nursing Standard*, 11 (16):23-27. PubMed. 1997. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/2>
- 38 Canavan K . Incentive programs for nurses surfacing. *The American Nurse*. 1996.
- 39 Salvage J. A free-market tragedy. *Nursing Times*, 1996.92(4):3.
- 40 Kingma M. Munity nursing: attraction, rejection or indifference?. *Human Resources for Health*, 2003. 1:2 doi:10.1186/1478-4491-1-2. [Acceso en junio de 2012] Disponible en: The electronic version of this article is the complete one and can be found online at: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/2>
- 41 Agencia europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo – Gestión. Guía Práctica: ¿Cómo crear *incentivos económicos* en materia de seguridad y salud?. España. 2012. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: <http://www.prevention-world.com/es/comunidad/archivos/guia-practica-%C2%BFcomo-crear-incentivos-economicos-materia-seguridad-y-salud>.
- 42 Dudley R A, Miller R H, Korenbrot T Y, Luft H S. The Impact of Financial Incentives on Quality of Health Care. *Milbank Quarterly*. 1989. Volume 76 : 649–686. [Acceso en marzo de 2013] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-0009.00109/abstract>
- 43 Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). Los incentivos económicos para la seguridad y salud en el trabajo: Una opción rentable. Panamá. 2010.[Acceso en febrero de 2013] . Disponible en: <http://www.cossmap.net/noticias/68-los-incentivos-economicos-para-la-seguridad-y-salud-en-el-trabajo-una-opcion-rentable>
- 44 Scott A., Sivey P., Ouakrim D. A. Y Col.. El efecto de los incentivos financieros sobre la calidad de la atención dispensada por los médicos de atención primaria. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas en línea. Editorial: John Wiley & Sons, Ltd. 2011. Vol. 9. Páginas: CD008451. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008451.pub2/abstract;jsessionid=8E2E3D2178B0DBA566B151D3822321F9.d04t02>.
- 45 Luoma M. Increasing the motivation of health care workers. The Capacity Project, Technical Brief 7, 2006. September. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: http://www.capacityproject.org/images/stories/files/techbrief_7.pdf
- 46 Global Resource Center. Desafío de la productividad: el desarrollo de enfoques para mejorar la atención médica eficiencia de los trabajadores. Series / Journal Título: Voces del Proyecto de Capacitación. 2007. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: <http://www.hrresourcecenter.org/node/1509>