



Sistema de remuneración e incentivos de los profesionales de la salud como instrumentos para la mejora de la calidad de atención

Patricia Fabiana Gomez.

Tesis - Doctor en Ciencias de la Salud - Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Secretaria de Graduado en Ciencias de la Salud, 2013

Aprobada: 2013

Este documento está disponible para su consulta y descarga en RDU (Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Córdoba). El mismo almacena, organiza, preserva, provee acceso libre y da visibilidad a nivel nacional e internacional a la producción científica, académica y cultural en formato digital, generada por los miembros de la Universidad Nacional de Córdoba. Para más información, visite el sitio <https://rdu.unc.edu.ar/>

Esta iniciativa está a cargo de la OCA (Oficina de Conocimiento Abierto), conjuntamente con la colaboración de la Prosecretaría de Informática de la Universidad Nacional de Córdoba y los Nodos OCA. Para más información, visite el sitio <http://oca.unc.edu.ar/>



Sistema de remuneración e incentivos de los profesionales de la salud como instrumentos para la mejora de la calidad de atención por Gomez Patricia Fabiana se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SECRETARÍA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

**SISTEMA DE REMUNERACIÓN E INCENTIVOS DE LOS
PROFESIONALES DE LA SALUD COMO INSTRUMENTOS PARA LA
MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN**

Trabajo de investigación para optar por el título de Doctor en Ciencias de la Salud

Patricia Fabiana GOMEZ

Córdoba, Argentina

Mayo de 2013

COMISION DE SEGUIMIENTO DE TESIS

Director

Prof. Dr. Julio Enders

Integrantes

Prof. Dr. Roberto Tafani

Prof. Dr. Rodolfo Héctor Bielohercovzky

*SISTEMA DE REMUNERACIÓN E INCENTIVOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO INSTRUMENTO
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN*

Artículo 30 del Reglamento de la Carrera de Doctorado en Ciencia de la Salud
***LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS NO SE HACE SOLIDARIA CON LA
OPINION DE ESTA TESIS***

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Julio Enders por su paciencia, conocimiento y aportes permanentes en este camino de construcción de saberes que representa esta tesis.

A la Dra. Ruth Fernandez por su asesoramiento constante que enriqueció esta tesis doctoral.

A la Prof. Cristina Cometto por su apoyo permanente en el camino de devenir doctora, por sus valiosos aportes, por su cuidado y por la amistad tan sincera y fuerte que nos une.

A la Prof. Silvina Malvárez por ser una inspiradora permanentemente a mi crecimiento, por su generosidad en sus conocimientos y por su tiempo de amistad compartida.

A los Profesores Tafani y Bielohercovzky por su disposición aportada en este proceso de formación.

DEDICATORIA

En especial a Hugo, mi amor, mi esposo y mi compañero. A quien le agradezco su paciencia por los tiempos robados a la familia y su aporte permanente al recordarme las cosas importantes de vida.

A Ramiro y Guillermina, mis hijos queridos, por su amor, su paciencia en esperarme, y su apoyo permanente a mi trabajo.

A Carla, Claudio, Tiziana y Valentino, que son mi “familia grande”, por su apoyo incondicional siempre en mi persona y a mi profesión. Gracias.

A dos grandes mujeres Doly y Nena, madre y suegra queridas, que siempre aportan a mi vida su sabiduría y reflexión.

INDICE		Páginas
<i>Capítulo N° 1: Introducción</i>	-----	9
<i>Capítulo N° 2: Material y método</i>	-----	34
<i>Capítulo N° 3: Resultados</i>	-----	40
<i>Capítulo N° 4: Discusión</i>	-----	68
<i>Capítulo N° 5: Bibliografía</i>	-----	94
<i>Anexo</i>	-----	109

RESUMEN

Introducción: En los sistema de salud son los recursos humanos los que definen los servicios, por lo tanto el éxito 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. 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 para el equipo de salud en el ámbito público y privado en instituciones polivalentes de alta complejidad y su relación con la calidad de la prestación de los servicios, en la provincia de Córdoba. **Material y método:** Observacional, analítico y correlacional, periodo marzo y julio de 2009. Universo total instituciones polivalentes de salud, público y privado provincia de Córdoba. Muestra bietápico aleatoria. Los Instrumento, análisis documental, dos encuesta auto administrada, que releva las normas de remuneración y los incentivos existentes y utilización de índices estandarizados de calidad. Fuente primaria y secundaria. **Resultados:** La población estudiada existe 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, la antigüedad en el trabajo de 5 a 15 años. Las características de la remuneración, se observa que su situación de revista es de planta permanente en 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 ($p=0,002$), mientras que en los contratados la situación se presenta de manera inversa ($p=0,0001$), en cambio la proporción de planta permanente y de contratados se muestran similares en el interior y en capital. En la composición de la remuneración los tres ítems más reconocidos por los trabajadores fueron: monto básico, antigüedad y título de grado. El sector publico tiene un salario mayor que el privado ($p<0,0001$). Los incentivos que reciben actualmente el equipo de salud, se muestra que la capacitación y los premios son los que más prevalecen. 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 ($p<0,01$).

SUMMARY

Introduction: Human Resources define the services of health systems, so success depends on the organization of work, i.e. the definitions on number, combination, distribution, training and working conditions of these teams. Importantly, incentive systems and its contradictions need to be analyzed, with particular attention to those related to the practice of health care in order to mediate the possible effects on the system. Objective: Analyze compensation standards and existing incentives for the health team in public and private high complexity multipurpose institutions and their relationship with the quality of service delivery in the province of Córdoba. Methods: Observational analytical study, from March to July 2009. Total Universe: multipurpose public and private health institutions in the province of Cordoba. Random biotapic sample. The instrument, document analysis, two self-administered survey, which relieves compensation standards and existing incentives and use of standardized quality indexes. Primary and secondary source. Results: The studied population presents a higher proportion of nurses and medical professionals than of psychology and social work professionals. Women predominate 2-1, with a young population concentrated between 20 and 39 years old, seniority of 5-15 years. As regards remuneration, the proportion of permanent staff is greater, followed by hired staff, interns and finally, unpaid voluntary workers. Permanent staff in public institutions is higher than in private centers ($p = 0.002$), while for hired staff the situation is inverse ($p = 0.0001$). The proportion of permanent and hired staff is similar in the capital and in other areas. In the composition of remuneration, the three items more recognized by workers were: regular pay, seniority and university degree. The public sector has a higher salary than the private ($p < 0.0001$). The most common incentives the health teams currently receive are training and prizes or awards. Variables are correlated IACC, and IMRA Iaçú regarding the age ($p < 0.01$), the amount of wages ($p < 0.0001$), the economic incentive ($p < 0.0001$), nature legal ($p < 0.05$) and the magazine situation ($p < 0.01$).

Capítulo N° 1: Introducción

Los procesos de reforma del sector salud influyeron marcadamente sobre la problemática de la gestión del trabajo 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.(84)

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.(98)

Otros autores definen la gestión del trabajo como la políticas y directrices en relación a sus recursos humanos para aumentar las habilidades de los funcionarios (y por tanto del propio organismo público) para alcanzar su trabajo de modo de lograr sus objetivos.(85)

La gestión de recursos humanos es el proceso por el cual los equipos gerenciales de una institución organizan el trabajo y distribuyen sus “capacidades humanas” / “capital humano”/ para la consecución de los objetivos de dicha institución. También se señala que al hablar de gestión de recursos humanos (o gestión del trabajo como se la denomina en Brasil) estamos refiriéndonos a una función más noble, esencial y compleja. No la entendemos como “aquello que hacen las oficinas de personal”, sino la teoría y la práctica acerca de los procesos (económicos, políticos, técnicos, culturales, etc.) inherentes al trabajador y su contribución a la atención de salud de la población, en una institución especializada que también es un lugar de empleo. Esa función corresponde a la instancia dirigente de un sistema de servicios, de una red de atención o de una institución de salud que se orienta a la satisfacción de las necesidades de salud de una población en un marco de políticas sectoriales vigentes y de modos de organización.(18)

Se puede decir entonces 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.(94)

Es importante señalar que al menos cuatro ámbitos integran la gestión del trabajo: organización del trabajo, administración de personal, relaciones laborales y capacitación. Al mismo tiempo se identifican cuatro modalidades de acción, la primera es la descentralización de los servicios de salud, en casi todos los países la descentralización de los servicios de salud implica la transferencia a niveles intermedios y locales de atribuciones, decisiones y recursos que pueden afectar todos los procesos relativos al desempeño humano. En la descentralización radican los más urgentes e importantes desafíos de cambio y desarrollo de la gestión de los recursos humanos. En segundo lugar la flexibilización versus desprecarización, es una situación genérica de estancamiento o disminución del empleo en el sector, se aprecia una tendencia significativa la flexibilización de las relaciones laborales, con una clara tendencia creciente hacia los contratos de corta duración y otras formas atípicas. Dicha flexibilidad ocasiona en muchos casos la desprotección del trabajador en tales modalidades contractuales. En tercer lugar la calidad y productividad en la entrega de servicios, es decir el mejoramiento de la calidad, eficiencia y productividad. En toda la región hay una mayor exigencia de calidad, eficiencia y productividad en los servicios de salud por parte de los diferentes agentes sociales comprometidos en la atención. Estos agentes reflejan nuevos imperativos en la atención de la salud y uno de los más importantes desafíos de la gestión de los recursos humanos. El cuarto y último es la necesidad de contar con marcos regulatorios del mercado, en muchos países los mercados de trabajo y educacionales no son regulados por el estado. Sin embargo se observa que no hay una adecuada autoregulación que supla al estado lo que genera distorsiones o desequilibrios en la oferta y distribución de los recursos humanos.

Por otra parte se ve claramente la relación del trabajo con la política fiscal de los países, en un nuevo esquema social de relaciones, en la creación de nuevos sistemas regulatorios en los que toma activa participación el usuario.(95)

En cualquier sistema de los servicios de salud son los recursos humanos los que definen los servicios, por lo tanto el éxito de las acciones de salud depende de la organización del trabajo, es decir de las definiciones sobre la cantidad, combinación, distribución, entrenamiento y condiciones de trabajo de estos equipos.(20)

Con el objeto del análisis del tema, se presenta a continuación un panorama del escenario económico social actual, la situación de la organización del sistema de salud y su reforma, se incluyen aspectos particulares concernientes al tema en estudio y se presenta un resumen provisional del estado del conocimiento.

Escenario económico social actual

En los años 90 se consolidaron características económicas y financieras enraizadas en prolongados procesos históricos; en este período se fueron creando las condiciones para que la economía mundial dejara de ser un agregado de economías nacionales para convertirse en un conjunto de redes globales de mercado y producción que cruzan las fronteras. Sin embargo esto no estuvo acompañado de un desarrollo equivalente de la institucionalidad global.(90)

Algunos aspectos para destacar son los siguientes.

La economía mundial continuó creciendo durante el período 2008, a razón del 3,5% estimado. Es dable destacar que si bien el crecimiento continúa, lo hace a tasa decreciente desde el 2004: en el año 2004 el incremento de PBI mundial fue de 5.1%, en el 2005 de 4.3%, en el 2006 de 4 % y en el 2007 3.2%. Esta desaceleración se produce acompañada con la suba sostenida del precio de los commodities, esencialmente el del petróleo. Si esta circunstancia agudiza la tendencia alcista, claramente impactará sobre la tasa de crecimiento futuro.

Desde este punto de vista de flujo de capital, el mundo cuenta con escenarios de alta liquidez que busca ámbitos de inversión, favoreciéndose en esta situación Asia (particularmente China), México y Brasil en América Latina.(116)(114)(6)

Existe un protagonismo global de las empresas trasnacionales, la aparición de nuevas tecnologías dio lugar a nuevas formas de organización de la producción.

Predomina el capital financiero, la concentración de las innovaciones, hay aumento de los costos fijos de las empresas y concentración del progreso técnico.

La globalización ha dado origen no solo a una creciente interdependencia sino también a marcadas desigualdades entre países.

En realidad el modelo de gestión macroeconómica que permitió avances tan significativos, fue parcialmente responsable de la elevada sensibilidad del crecimiento a corriente de capitales externos, y de la alta propensión a las crisis bancarias nacionales de varios países.(90)

Aunque unas pocas economías retomaron el crecimiento económico a fines de los 80, la recuperación se generalizó al conjunto de la región recién a partir de los primeros años de la década del 90 gracias al repunte de entrada de capitales extranjeros.

Las transformaciones de las relaciones entre el estado, la sociedad y la economía en los años 90, han exigido una reestructuración de la organización política y económica de los países con repercusión de la función del estado y consecuentemente en el sector salud.

En este contexto la fuerza de trabajo como elemento clave de los procesos de producción adquiere una nueva valoración muy sesgada por las exigencias del mercado global.(91)

El trabajo en salud en el contexto de la reforma

Los procesos de reforma del estado en general instrumentaron los cambios necesarios para operar en el escenario de competencia internacional. Con este propósito y en busca del estado eficiente, se impulsó la separación de funciones, la desregulación de las relaciones de trabajo, la racionalización del uso de los recursos, la disciplina fiscal, la reducción del gasto público, imprimiendo así suficiente presión en el sector salud para que fuera modificando su estructura y operatividad.(46)(17)

El sector salud fue alcanzado por la reforma más desde el punto de vista del financiamiento estatal, que en la perspectiva de lograr una producción masiva de servicios de salud propiamente dicho.

La desregulación desestabilizó en muchos países el régimen laboral burocrático y los complejizó apareciendo regímenes flexibles con incentivos que pueden ser usados con grandes variables de autonomías por cada país. No se establecieron límites a las condiciones de trabajo y el acceso a los beneficios sociales en este marco de flexibilidad, fueron quedando como responsabilidad del propio individuo.(9)

Esta perspectiva del trabajo en salud se desarrolla en un marco de determinaciones que privilegian la máxima productividad del trabajador, el mayor costo efectividad de la inversión y el menor gasto adicional sobre el tiempo de trabajo.

Otro aspecto es el crecimiento de la tercerización, que si bien al principio no se centró en servicios profesionales incluye ahora cada vez más a estos.

También se multiplicaron la forma de pago (16) y el uso de los incentivos, se complejizó la composición de los salarios y aumentaron las diferencias entre los ingresos percibidos entre profesionales.

Para el caso de los profesionales de la salud, en Argentina como lo plantea Pedro Galin (2002) “la proporción de asalariados en el sectores ha incrementado, a la vez se ha deteriorado su condición por la precarización de su empleo y por su extensión de la jornada...”(50)

El multiempleo (23) y el sobre empleo son expresiones en aumento en este panorama de salud, lo confirman estudios de Argentina y Ecuador, 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.(51)

La reforma del régimen de salud en la Argentina (52)(1) ha determinado que no sea abundante el personal de salud dedicado a funciones específicas de atención o prevención primaria encuadrada en el estado nacional. La forma más utilizada en el sector público nacional para la contratación de personal no permanente es la del Decreto N° 92/1995, donde se autoriza la contratación de servicios profesionales con fines de fortalecimiento institucional, con los cual estos servicios se desvinculan del carácter causado de las contrataciones no permanentes. Es así como que se ha extendido el número de trabajadores del sector público que no se encuentran dentro del régimen jurídico básico y además considerado como autónomos careciendo de protección social.

La Ley del equipo de salud humana en Córdoba

En la ciudad de Córdoba la Ley 7625 -1988- (69) “Régimen del personal que integra el equipo de salud humana”, regula el empleo público de los trabajadores de la salud, sus obligaciones y derechos, el régimen disciplinario, el escalafón, las retribuciones y la juntas de calificaciones.

Este régimen comprende en el artículo 2º, el personal que en las disciplinas de asistencia social, bioquímica, enfermería, farmacia, fonoaudiología, kinesiología- fisioterapia, medicina, microbiología, nutrición- dietología, obstetricia, odontología, psicología, psicopedagogía, técnicos de laboratorio, técnicos de radiología, terapia ocupacional y de otras profesiones y actividades que se creasen, prestan servicios relativos a su profesión o actividad en ámbitos dependientes de la Secretaría del Ministerio de Salud tanto en funciones asistenciales como sanitarias.

Define tanto al personal contratado como aquel que presta servicios en forma personal y directa y cuya relación laboral es regida por un contrato de paso determinado, y como al personal permanente, al ingresado al sistema previo concurso de títulos, antecedentes y en aquellos casos en que lo determine la Reglamentación, prueba de conocimiento.(88)

A los fines escalafonarios el personal contemplado en el artículo 2° de la Ley, se integra en los siguientes grupos ocupacionales: el grupo uno, incluye a los profesionales universitarios de las siguientes disciplinas: bioquímica, farmacia, licenciados en microbiología y/o microbiólogos, odontología, psicología y medicina. El grupo ocupacional dos, a los profesionales universitarios y profesionales de nivel terciario no universitario en las siguientes disciplinas: asistencia social, enfermería, fonoaudiología, fisioterapia-kinesiología, nutrición-dietología, psicopedagogía, obstetricia y terapia ocupacional. El grupo tres, incluye a los técnicos universitarios en las siguientes disciplinas: técnicos de laboratorio, microbiología y radiología. En el grupo cuatro, integrado por personal auxiliar con capacitación certificada por organismo oficial o privado reconocido. El quinto y último grupo, integrado por el personal idóneo y auxiliar sin título reconocido oficialmente, que reviste en la Secretaría del Ministerio de Salud al tiempo de entrada en vigencia de la presente Ley. En este grupo ocupacional se dejó realizar de designaciones a partir de la última fecha que entró en vigencia la Ley, quedando prohibido el ingreso de personal en este grupo ocupacional.

El régimen escalafonario comprende dos niveles, el nivel operativo y el nivel de conducción. El nivel operativo comprende a todo el personal que desarrolla tareas operativas, asistenciales o sanitarias; relacionadas con el diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación, preparación y distribución de medicamentos, capacitación, investigación, docencia, promoción, protección y/o programación de la salud humana en relación de dependencia jerárquica con el personal que cumple funciones en el nivel de conducción. Este personal reviste en once -11- categorías de la uno a la once en cada grupo ocupacional según corresponda, conforme a los requisitos de antigüedad y capacitación que establezca la reglamentación para cada una de ellas.

El nivel de conducción incluye al personal que desempeña jerárquicamente, por plazos determinados, tareas de conducción en fiscalización, asesoramiento, planificación y organización, ya sea exclusiva o conjuntamente con tareas operativas asistenciales y/o sanitarias. Este nivel está integrado por cinco tramos, el nivel uno es el de supervisión, el nivel

dos jefatura de sección, el nivel tres de jefatura de división, el nivel cuatro de jefatura de servicio y el nivel cinco de jefatura de departamento.

El ingreso al nivel operativo se realiza exclusivamente por la categoría inferior, previo concurso de títulos, antecedentes y en aquellos casos en que lo determina la Reglamentación, prueba de conocimiento.

En el nivel de conducción las designaciones se realizan por períodos de cinco años al cabo de los cuales se concursará el cargo por otro período igual.

La promoción en el nivel operativo se produce por la aplicación de un sistema de puntaje que resulta de la suma del puntaje obtenido por la antigüedad en cada categoría y el de la capacitación alcanzada por el agente en ella. Su aplicación está a cargo de las juntas de calificación de cada grupo ocupacional quienes anualmente asignarán el puntaje correspondiente a cada agente. Las promociones en el nivel operativo se producirán en los períodos fijos que establezca la reglamentación por cada profesión o actividad. Si al término de cada período el agente no alcanza el puntaje establecido para la promoción, deberá permanecer en la categoría de revista por otro período igual al vencido, y así sucesivamente, hasta reunir el puntaje exigido para la promoción.

La promoción se efectúa al cumplirse cada período, no pudiendo hacerse en tiempos intermedios, aún cuando en éstos se hubiere alcanzado el puntaje requerido para el ascenso, salvo en los casos expresamente previstos en la Reglamentación.

La promoción de categorías en cada uno de los tramos del nivel de conducción se produce según lo previsto para el nivel operativo.

Es importante señalar que los agentes comprendidos por esta Ley no pueden realizar cambio automático de grupo ocupacional ni de profesión dentro de él, excepción hecha en los siguientes casos, en el personal de enfermería que podrá cambiar automáticamente del grupo ocupacional V al IV cuando haya obtenido su certificado de auxiliar de enfermería y el grupo ocupacional V o IV al II cuando hubiera obtenido el título de enfermero profesional, el personal del grupo ocupacional V que desempeñan auxiliares de otras profesiones, (idóneos de laboratorio, radiología, trabajadores sociales, etc.) podrán realizar el cambio automático al grupo IV cuando el agente hubiere obtenido certificación de capacitación.

Un aspecto a destacar en esta Ley es la estabilidad del agente incorporado por el régimen de concurso previsto por la Ley, a conservar el empleo, la jerarquía y el nivel alcanzado, entendiendo por tales la ubicación en el respectivo régimen escalafonario, los

atributos inherentes a los mismos y la inamovilidad del asiento habitual de sus tareas, definido como todo lugar de prestación ubicado dentro del radio de 30 km. de la dependencia en que se desempeña.

La estabilidad de los agentes en los cargos del nivel de conducción opera con las características expresadas precedentemente por el término de los cinco años para los que fueran designados en virtud del concurso periódico conservando, en caso de perder el cargo de conducción, el derecho a la estabilidad en un cargo en el nivel operativo con la categoría correspondiente.

El personal amparado por la estabilidad establecida precedentemente retendrá su cargo efectivo cuando fuere designado en el ámbito de la Secretaría Ministerio de Salud, como interino o suplente o en el ámbito de la administración pública nacional, provincial o municipal para cumplir funciones sin garantía de estabilidad. La estabilidad sólo se perderá por las causales establecidas en la presente Ley y el agente no podrá ser separado de su cargo sin previa instrucción de un sumario administrativo.

Esta Ley realiza un énfasis muy importante al derecho que tiene el agente a capacitarse en todo aquello que tienda a una mayor eficiencia en sus funciones, siempre que el ejercicio de este derecho no afecte a la normal prestación del servicio.

En virtud de lo dispuesto, la capacitación profesional es un derecho inalienable de los agentes comprendidos en la presente Ley, debiendo resguardarse la igualdad de oportunidades.

El agente puede interponer recurso de apelación en contra de la resolución que deniegue su solicitud para capacitarse, el que será resuelto en forma definitiva por la Subsecretaría correspondiente.

La capacitación se concreta mediante la implementación en el servicio de la misma, a través de la participación en cursos de perfeccionamiento y otras actividades que establezca la reglamentación.

El personal comprendido en esta Ley tiene derecho a la retribución de sus servicios, conforme a su ubicación escalafonaria, función y régimen horario.

Asimismo tiene derecho a los siguientes adicionales particulares y compensaciones según correspondiere, antigüedad, título o certificado, especialidad, zona de promoción, zona de desastre, adicional por prolongación de horario, inhabilitación de título, permanencia en la categoría, cambio de destino transitorio, horas extras, semana no calendario, tarea nocturna,

guardia activa, recurso humano crítico, compensación por guardia pasiva, viáticos y movilidad y adicional por desempeño de jefe de día.

El valor salarial por cada una de las once categorías en cada grupo ocupacional en el Nivel Operativo, se establece de la siguiente manera: el sueldo básico de cada categoría es igual en todos los grupos ocupacionales. Este resultará de incrementar en un 3% el sueldo básico de la categoría inmediata anterior.

El sueldo básico es fijado para una jornada de trabajo tipo de 35 horas semanales. Los sueldos básicos que correspondan a distinto número de horas por semana se establece en forma directamente proporcional a los de la jornadas tipos, excepto en el caso de los técnicos radiólogos y auxiliares de radiología, para quienes y hasta tanto se cumplan todos los requisitos y normas básicas de seguridad establecidas por la legislación vigente en la materia y las que determine la Reglamentación de la presente Ley, la jornada de trabajo tipo será fijada en 24 horas.

La asignación básica de cada categoría se compone del sueldo básico más la asignación siguiente: actividad asistencial o sanitaria, función asistencial o sanitaria. La asignación por actividad asistencial o sanitaria para cada categoría se determina multiplicando por el coeficiente uno el sueldo básico de dicha categoría. Además la asignación por función asistencial o sanitaria para cada grupo ocupacional por categoría, se obtiene multiplicando el sueldo básico de cada categoría por el coeficiente de cada grupo, así para el grupo ocupacional I corresponde el 1,90, para el grupo ocupacional II 1,40, para el grupo ocupacional III 1,20, para el grupo ocupacional IV 1,10 y para el grupo ocupacional V 1,00.

El valor salarial para cada una de las 11 categorías en cada uno de los cinco tramos de cada grupo ocupacional en el nivel de conducción, se determina multiplicando el nivel operativo conforme lo previsto en el Artículo 66º), por el coeficiente que para cada tramo se fija a continuación: supervisión corresponde 1,10, jefatura de sección 1,20, jefatura de división 1,30, jefatura de servicio 1,45 y jefatura de departamento 1,60.

El personal permanente que cumple interinatos o suplencias en cargos de remuneración superior, tiene derecho a percibir la diferencia de haberes existentes entre ambos cargos, por todo el tiempo que dure el desempeño.

El personal interino o suplente no adquirirá una vez finalizado el interinato o la suplencia el derecho a mantener las remuneraciones correspondientes al cargo superior desempeñado, aunque su duración haya sido mayor a los seis meses.

El agente tiene derecho al sueldo anual complementario en proporción a los meses por los que hubiere percibido remuneración durante el año y según lo determine la legislación vigente. Asimismo, el agente percibirá las asignaciones familiares establecidas en la legislación nacional en la materia.

Adicional por antigüedad: corresponde al personal incluido en esta Ley percibir, según su antigüedad en la administración pública, un adicional cuya forma de cálculo se establecerá en la Ley de remuneraciones, conforme a las pautas fijadas para la administración provincial.

El adicional por título o certificado: el agente tiene derecho a percibir un adicional por título o certificado, conforme a las modalidades y condiciones que se establezcan en la Reglamentación.

Adicional por especialidad: corresponde percibir este adicional al agente que acredite la especialidad a través de un título universitario de post-grado inscripto ante la autoridad provincial competente o certificado expedido por la entidad oficial reconocida por la autoridad provincial correspondiente, conforme la establezca la Ley.

Adicional por zona de promoción: corresponde este adicional a los agentes que cumplan funciones en una zona que haya sido declarada de promoción por la Secretaría Ministerio de Salud, a los fines de asegurar y mejorar allí el servicio. Este adicional consistirá en un porcentaje de la asignación básica del cargo de revista, que será determinado en cada caso por el Poder Ejecutivo.

Adicional por zona de desastre: el agente percibirá este adicional cuando cumpla funciones con carácter permanente u ocasional en zonas declaradas “de desastre” por el Poder Ejecutivo, quien a su vez determinará el término y el porcentaje de la asignación básica del cargo de revista que corresponda.

Adicional por prolongación de horarios: el agente que preste servicios con prolongación horario, percibirá un adicional de hasta un 60% de la asignación básica del cargo de revista de acuerdo a la escala que establezca la Reglamentación.

Adicional por inhabilitación de títulos: cuando al agente se le impida en forma expresa, en virtud de normas legales específicas, el ejercicio de su profesión, o cuando a juicio del Poder Ejecutivo el desempeño del cargo afecte el normal ejercicio de su profesión, percibirá como adicional hasta un 70% de la asignación básica del cargo de revista conforme se establezca en la reglamentación.

Adicional por permanencia en la categoría: corresponde percibir este adicional a los agentes que revisten en categorías de máximo nivel, para los cuales no existe posibilidad de promoción, y que cumplan los requisitos de permanencia, calificación y actividad que establezca la reglamentación.

Compensación por cambio de destino transitorio: al agente permanente al que le fuera cambiado transitoriamente el asiento habitual de sus tareas por urgentes necesidades de servicio, según lo previsto por el Artículo 112° inciso “s”, tendrá a una compensación conforme lo establezca la Reglamentación, en relación con la distancia y al término del cambio de destino transitorio. Esta compensación no corresponde cuando dicho cambio fuere a solicitud del agente.

Compensación por horas extras: el agente que deba prestar servicios fuera de la jornada normal de trabajo fijada en su designación según lo establecido en la presente Ley, será retribuido conforme lo establezca la reglamentación respectiva.

Adicional por semana no calendario cuando el agente deba desempeñar su jornada normal de labor en días sábado, domingo, asueto o declarado no laborable, en horario diurno o nocturno, tiene derecho a percibir este adicional consistente en un porcentual de la asignación básica de su categoría de revista según lo establezca la reglamentación.

El adicional por tarea nocturna: el agente tiene derecho a percibir este adicional conforme a las modalidades que establezca la Reglamentación, cuando cumpla jornada completa comprendida entre las 22 horas y las 6 horas del día siguiente; incluso cuando este horario sea parte de una jornada mayor de trabajo.

Adicional por guardia: corresponde percibir este beneficio conforme lo establezca la reglamentación, al agente que cumpla guardia de 12 o 24 horas continuas en días sábado, domingo, feriado, asueto o declarado no laborable. La percepción de este beneficio excluye el pago del adicional por semana no calendario y por tarea nocturna.

Adicional por desempeño de jefe de día: corresponde percibir este beneficio conforme lo establezca la reglamentación a aquellos agentes que en el desempeño de guardia activa en día hábil o inhábil, tengan a su cargo la función de conducción y coordinación de la emergencia en establecimientos hospitalarios. La percepción de este beneficio no excluye el pago de adicional por guardia activa ni tarea nocturna.

Adicional por recurso humano crítico: corresponde percibir este adicional a aquellos agentes que se desempeñen en un ámbito en el que su profesión o actividad haya sido declarada recurso humano crítico, por la Secretaría Ministerio de Salud a fin de asegurar allí el servicio.

Compensación por guardia pasiva: el agente percibirá este beneficio, cuando por razones de servicio no fuere posible la compensación horaria. El mismo consistirá en un porcentaje de la asignación básica del cargo de revista, según lo establezca la Reglamentación.

Compensación por viáticos y gastos de movilidad: el agente que fuere designado para desempeñar comisiones o tareas fuera del lugar habitual de prestación de sus funciones, tendrá derecho a la percepción de viáticos y gastos de movilidad conforme lo establezca la Reglamentación de la presente Ley.

Ley de contrato de trabajo en Córdoba

En el ámbito privado la relación laboral se rige por la Ley de Contrato de trabajo N° 20.744(20), en el cual dicho contrato se rige por las leyes y estatutos profesionales, las convenciones colectivas o laudos con fuerza de tales, la voluntad de las partes y por los usos y costumbres.

Esta ley regula todo lo relativo a validez, derechos y obligaciones de las partes, sea que el contrato de trabajo se haya celebrado en el país o fuera de él, en cuanto se ejecute en su territorio.

El concepto que sostiene esta Ley sobre el trabajo expresa que es toda actividad lícita que se preste en favor de quien tiene la facultad de dirigirla, mediante una remuneración.

El contrato de trabajo tiene como principal objeto la actividad productiva y creadora del hombre en sí. Sólo después ha de entenderse que media entre las partes una relación de intercambio y un fin económico en cuanto se disciplina por esta ley.

En dicha Ley se regulan las condiciones generales de contratación a nivel nacional, a su vez cada área posee convenios colectivos específicos para su regulación.

En el segmento que se analizara en el presente trabajo, el Convenio Colectivo de Trabajo (CCT) aplicable es el 122/75 suscripto entre “Federación de Asociaciones de Trabajadores de

la Sanidad Argentina con Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados, Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina (CIMARA), Asociación Argentina de Establecimientos Geriátricos y Asociación Civil de Clínicas y Sanatorios Privados de Neuropsiquiatría”, el mismo resulta aplicable solamente al personal administrativo, técnico y de maestranza de clínicas, sanatorios, establecimientos geriátricos y sanatorios privados de neuropsiquiatría. Por lo general no comprende al personal profesional de título universitario que posee colegios que regulan su actividad.

Este convenio regula en su artículo 4 los haberes y las horas extras mensuales. En relación con las categorías previstas contempladas: obstétricas e instrumentadoras, cabos/as de cirugía, cabos/as de piso o pabellón, enfermeros/as de cirugía y personal de esterilización, auxiliar técnico de rayos, kinesiólogos, pedicuros y masajistas, personal técnico de: hemoterapia, fisioterapia, anatomía patológica y laboratorio, enfermero/ra de piso, o consultorios externo, personal especializado en terapia intensiva, climax, unidad coronaria, nursery, foniatría y riñón artificial, personal destinado a la atención de enfermos mentales y nerviosos, ayudante de radiología, fisioterapia, hemoterapia, anatomía patológica y laboratorio de análisis clínicos, asistente geriátrica, mucamas de cirugía o que no tengan atingencia con la atención de enfermos, asistente de comedores con atención al público, camilleros y fotógrafos, personal de lavadero y ropería, mucamas de piso y consultorios externos y geriátricos. además este convenio contempla al personal de mantenimiento (oficiales, medio oficiales, ascensoristas, porteros y serenos, jardineros y peones en general), personal de cocina (primer cocinero y/o repostero y/o fiambrero, segundo cocinero y/o repostero y/o fiambrero, cocinero/a de establecimientos geriátricos, encargado/a de office, cafeteros y jefe de despacho de cocina, ayudante de cocina y cacerolero, peones de cocina en general) y el personal administrativo (administrativo de primera, administrativo de segunda, administrativo de tercera, cadete).

En relación con las remuneraciones sobre básico, corresponden los siguientes adicionales: al personal de cirugía - caja compensadora: por cada operación de cirugía mayor (conforme al Nomenclador Nacional) que realice personal profesional médico, el empleador destina una suma equivalente al 1% del salario básico de la categoría mucama vigente en la fecha de efectuarse, destinada a constituir una caja común cuyo importe será distribuido mensualmente entre el personal de cirugía en la siguiente forma: 80% entre el personal de enfermería (cabas y enfermeras de cirugía) por partes iguales y el 20% entre el personal de

mucamas de cirugía, también por partes iguales. Se incluyen entre las operaciones mayores las de traumatología, cirugía estética y plástica no reparadora. Por cada parto que se realice, el empleador destina una suma equivalente al 1% del salario de la categoría mucama vigente en la fecha de efectuarse el pago, destinada a constituir una caja común cuyo importe será distribuido mensualmente en la siguiente forma: 60% entre el personal de enfermería (cabas y enfermeras), 20% entre las obstétricas y 20% entre las mucamas de sala de partos. (Conf. por Acta 30/01/90).

En la terapia intensiva, clímax, unidad coronaria, nursery de neonatología y riñón artificial; el personal de enfermería que trabaje en dichas secciones 8 horas diarias percibe un 20% de aumento sobre el sueldo básico estipulado para ése personal.

El personal de mucamas, que se desempeñe en las secciones detalladas en el apartado anterior, por los mismos motivos, recibe un 10 % sobre su sueldo básico, durante el lapso que la realice.

El personal destinado a la atención de enfermos mentales y nerviosos, que además realice tareas de enfermería, recibe un 10% más sobre su sueldo básico. Si dicho personal se desempeñara en terapia intensiva, (se entiende por sector de terapia intensiva y/o vigilancia y/o clinoterapia y/o asilamiento aquel área destinada a la atención de pacientes con excitación psicomotriz como: delírium tremens, manía aguda, períodos de excitación en esquizofrénicos delirantes, abstinencia de drogadicciones, tratamientos de Sakel y mientras sea efectivamente destinado a esas tareas, eleva su adicional al 20% del sueldo básico.

El personal que se desempeña en el área descrita en el inciso anterior y que no realice las tareas antes especificadas percibe un 10% sobre su básico.

El personal de cualquier categoría que se desempeñe total o parcialmente en horario nocturno, es decir entre las 22 horas y las 6 horas, percibe un 10% más de su básico, por las horas comprendidas en dicho lapso. Este beneficio alcanza tanto a los que se desempeñan en este horario habitualmente como al que lo haga esporádica o circunstancialmente.

El contrato prevé algunas cláusulas adicionales; se establece como valor de comida y alojamiento para integrar la retribución mensual, la suma de dos pesos mensuales por

alojamiento, y dos pesos con cincuenta centavos mensuales por comida. Para el personal que actualmente no percibe esta parte de su retribución en especies, la prestación debe convenirse de común acuerdo por las partes en cada caso. Para el personal que actualmente no perciba ésta prestación, es facultad empresaria y del interesado continuar o no suministrándola y percibiéndola en el futuro. En caso de no hacerse la prestación en especie, el sueldo se le abonará, en efectivo entre las bases de ésta convención de trabajo.

El personal que a indicación del empleador tuviere que desempeñar tareas de una categoría superior a la suya, si lo hace por más de una hora, recibirá por el tiempo que desempeñe tal función la remuneración correspondiente a dicha categoría superior, pero en ese caso la diferencia no será inferior al 10% sobre su sueldo básico, ni menos de media jornada aunque el tiempo de reemplazo sea inferior.

Si el personal tuviere que desempeñarse en tareas no habituales que no tienen prevista una remuneración superior, percibirá mientras las desempeñe, un 10% sobre su sueldo básico y también se computará un mínimo de media jornada siempre que se desempeñe por más de una hora.

El personal que tuviere que realizar además de sus tareas habituales otras que realiza normalmente otro personal, percibirá un 20% más sobre su salario básico por el tiempo que las desempeñe, pero nunca menos de media jornada.

El personal que cumple horas extraordinarias en horario nocturno las cobrará con el 100% de recargo y con el 150% si las trabajare en los días que le corresponde franco. Solo en el caso que las horas extras nocturnas las cumpla el trabajador antes o después de su jornada habitual, sin solución de continuidad, se abonará con recargo del 50% en los días hábiles y del 100% en los días feriados. (Conf. Acta 30/03/92)

El personal estable de laboratorio que realice sus tareas en área cerrada (bacteriología, estériles e inmunología) recibirá un 30% sobre su sueldo básico.

Otro aspecto que prevé el convenio es que al cumplir el primer año de antigüedad en el establecimiento, el trabajador incrementará su básico inicial, correspondiente a la categoría en que se desempeña en ese momento, en un 2%, al cumplir dos años se eleva al 4% y

sucesivamente un 2% anual hasta su jubilación. El cambio de categoría, no afecta al escalafón por antigüedad, por lo tanto quien es promovido tendrá como remuneración el básico inicial de la nueva categoría más el porcentual que por su antigüedad en el establecimiento corresponde a esta categoría superior.

En relación con las remuneraciones de encargados, jefes, sub-jefes y en general de los cargos jerárquicos, serán fijadas por el empleador, pero en ningún caso la remuneración de los jefes inmediatos del personal o categorías que se especifican en el convenio será inferior a la del subordinado mejor remunerado.

Otro aspecto que contempla es la zona desfavorable, los trabajadores que se desempeñen en las zonas de Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego, Sector Antártico, Islas Malvinas, y el Atlántico Sur percibirán las remuneraciones con un 25% sobre las fijadas en ésta convención.

Al considerar las licencias y permiso el Convenio expresa “Los trabajos gozarán de su licencia anual, de conformidad a lo establecido por ley 20.744 y las licencias especiales. El personal tendrá derecho asimismo a las siguientes licencias continuadas y pagas, en iguales condiciones que la licencia anual, por matrimonio: catorce días; por nacimiento de hijos: tres días; por fallecimiento de cónyuge: siete días; por fallecimiento de padres, hijos o hermanos a cargo: siete días; por fallecimiento de abuelos, hermanos o nietos: dos días; por fallecimiento de tíos, suegros, yernos, cuñados: un día; por siniestro de vivienda (inundación, granizo, huracán, etc.) con certificación policial: hasta tres días; por casamiento de hijos: un día; por mudanza: un día (por año con certificado de cambio de domicilio) y por concurrencia a juzgado o autoridad administrativa, con citación previa: el tiempo que tal diligencia le absorba.

Además, por la índole de las tareas, se acordarán las siguientes licencias especiales: el personal de radiología y radioterapia a que refiere el artículo 14° apartado 1) gozará de una licencia especial de 14 días cualquiera sea su antigüedad, todos los años, que no podrá acumularse a la anual, debiendo mediar entre una y otra, un lapso no inferior a los cinco meses. Mientras el trabajador goza de la licencia especial, no podrá ocuparse en tareas similares dentro o fuera del establecimiento y el personal de establecimientos mentales y nerviosos o secciones destinadas a mentales y nerviosos, a que refiere el artículo 7°, inciso 12) y al personal de maestranza y mantenimiento de los establecimientos neuropsiquiátricos o que se desempeñe en

secciones destinadas a esta especialidad gozará de una licencia especial de siete días cualquiera sea su antigüedad, que no podrá acumularse a la anual, debiendo mediar entre una y otra, un lapso no inferior a cinco meses. Tratándose de personal que se hubiere desempeñado más de seis meses en el año en terapia intensiva y/o clinoterapia y/o vigilancia y/o aislamiento, la licencia especial se elevará a 14 días.

En relación con el régimen de la jornada laboral se encuentra reglamentado en la Ley 11544 Jornada de trabajo régimen legal , expresando en su Artículo 1° - La duración del trabajo no podrá exceder de ocho horas diarias o cuarenta y ocho horas semanales para toda persona ocupada por cuenta ajena en explotaciones públicas o privadas, aunque no persigan fines de lucro.

Existen además dos reglamentaciones para este segmento privado: Ley N° 24.557, Ley de riesgo de trabajo y Ley N° 19.587 Ley de higiene seguridad en el trabajo.

Sistema de remuneraciones en el sector salud

La OIT (Organización Internacional del trabajo, 1985) reconoce dos sistemas principales de remuneración: sistema de remuneración por resultado y sistema de remuneración por tiempo. Las diversas modalidades de remuneración médicas estarían dentro de uno o de otro sistema, sucediendo entre ellos un sin número de arreglos de tipo mixto.

La remuneración por resultado (33)(111) es un sistema en el cual las ganancias varían según el tipo, cantidad y calidad de los servicios producidos, con énfasis en los productos o resultados individuales o colectivos, que se pueden expresar en términos de hecho, caso tratado o persona atendida o capitada.

El pago por los servicios comprende el pago por el acto (actos bien identificados y separados) y el pago según el problema de salud (actos agregados en procesos). Esta modalidad se adapta a un financiamiento por asignación presupuestal determinada a priori, siendo sensible a las fuertes tendencias inflacionarias que aumentan el número de actos y son difíciles de controlar a largo plazo. En suma se entiende por pago por acto o resultado aquella fórmula de pago en la que la unidad de pago es la prestación asistencial individual.(12)

En el sistema de remuneración por tiempo la ganancia es en función del tiempo que el trabajador está a disposición de su empleador. No hay una relación explícita, formal y previamente establecida entre remuneración y volumen de productos producidos. El médico es contratado por las horas que trabaja en la clínica, recibiendo un salario anual, corrientemente en una base mensual, para un determinado número de horas por semana.(67)

En el caso del salario la unidad de pago es el recurso profesional en sí mismo. El pago del recurso depende de sus capacidades propias: características de los profesionales, formación, competencia, experiencia y especialización. Existe una libertad de ejercicio en los tiempos consagrados a desarrollar el trabajo, pero con un control administrativo de sus actividades por parte del organismo encargado del pago. Esta modalidad de pago es fácilmente compatible con un financiamiento prospectivo por asignación presupuestal porque permite prever con buen nivel de certeza cuál será el monto para el pago de las remuneraciones necesarias por un período de tiempo. Esto permite racionalizar los recursos en función de las disponibilidades. El pago por salario implica entonces el pago por el desempeño de una determinada función que a su vez se relaciona con determinada carga horaria. Se trata pues de una modalidad de pago cuya unidad de pago es la hora contratada del recurso.

El pago por la responsabilidad sobre una población se denomina “capitación” y constituye el modo de remuneración más acorde con los roles originales de la práctica profesional. Otorga libertad en el desempeño profesional, no se relaciona con la producción de servicios pero establece parámetros de evaluación y de rendimiento en función de los resultados obtenidos sobre una población cubierta y ello permite adicionar al sistema mecanismos de estímulo que no necesariamente se relacionan con las remuneraciones. Es un sistema que se adapta bien a las asignaciones presupuestales a priori. El pago por capitación es entonces aquel que tiene por unidad de pago la persona inscrita bajo la responsabilidad sanitaria de un proveedor. El “per cápita” es el monto que se asigna a una persona con determinadas características por concepto de servicios sanitarios, con conocimiento a priori de cuáles servicios incluye y el tiempo considerado.

A lo largo de los años los tres mecanismos de pago descritos han sido objeto de muy diversas críticas y defensas. Esto es así por cuanto con relación a cada uno de ellos, existen diferentes niveles de satisfacción de parte de los actores involucrados (usuarios, proveedores/médicos y financiadores). Estas diferencias en gran medida explican que en los

hechos no exista prácticamente ningún sistema en el que haya un único mecanismo de remuneración, sino que por el contrario puede advertirse la coexistencia de más de uno. Otra de las consecuencias de los problemas que se desprenden de la utilización de cada una de las formas puras de remuneración, fue el surgimiento de las llamadas formas mixtas: salario fijo más un componente variable por “buena práctica” o en otros casos por productividad; y los sistemas capitativos ajustados por riesgo. (39)

Las dos primeras modalidades implican el pago del salario más un componente variable relacionado con la adecuada práctica, y/o a la cantidad de “productos” obtenidos en relación con lo esperado. Se intenta mejorar el estímulo económico al médico mediante la introducción de elementos de incentivo a maximizar beneficios mediante la mejora de la calidad y el incremento de las cantidades. Si bien esto mejora la eficiencia y en general la respuesta de los profesionales es buena, para el financiador implica introducir un concepto de gasto variable no predecible. Existen además dificultades en cuanto a la definición del concepto que se retribuye, ya que cualquiera sea el “producto” que se define, siempre se corre el riesgo de retribuir sólo un aspecto parcial de la actividad médica.

Las ventajas de un modelo capitativo pueden resumirse en: la posibilidad de una mayor coordinación de las distintas instancias necesarias para proveer atención a los pacientes, debido a que se identifica un responsable (al que se le reembolsa el valor de la prima por adscrito) de brindar (directamente o a través de terceros) todos los servicios definidos en el contrato. También pueden reducirse las prestaciones innecesarias y promover una utilización adecuada de recursos. Pero puede tener como consecuencia que un excesivo recelo por controlar costos, lleve a que en los casos más complejos no se presten todos los servicios necesarios para garantizar un nivel adecuado de asistencia, o que se seleccionen como adscritos las personas con menores riesgos de enfermedad, dependiendo del entorno de competencia, del marco regulatorio, así como de la facilidad con que los usuarios pueden pasar de un proveedor a otro.(28)

Para poder potenciar los efectos positivos de ambos modelos -prospectivos y retrospectivos- se están promoviendo sistemas de pagos mixtos o denominados de capitación parcial. Se intenta controlar el problema de la selección de pacientes y además incentivar la práctica adicional de ciertos servicios, aunque una consecuencia directa sea la existencia de cierta ineficiencia. La cuestión fundamental es cómo de parcial ha de ser el per cápita.(83)

Ventajas y desventajas de los distintos mecanismos de pago

El análisis de las variables consideradas hasta este punto permite visualizar con mayor claridad cuáles son las ventajas y desventajas que presentan cada una de las modalidades de pago.

El pago por acto es señalado por la mayoría de los autores como un sistema poco eficiente que estimula la sobreutilización de servicios y el gasto excesivo de recursos. Dado que la unidad de pago es el servicio o acto, existe un incentivo para el médico a maximizar sus beneficios mediante el incremento de los actos. Esto implica riesgos de inducción de demanda, de sobre indicación de prestaciones y consecuentemente de gastos crecientes. Como contrapartida, el importante estímulo económico que representa para el médico, da lugar a un alto rendimiento del profesional que además tiene una mayor libertad en el ejercicio de su profesión.(89)

El pago por salario implica para los médicos, un incentivo a minimizar “costos” (esfuerzos y/o dedicación horaria) a partir de ingresos fijos y conocidos. Por otra parte, el salario fijo puede dar lugar a cierta indiferencia por el trabajo ya que presenta escasos estímulos para el profesional en la medida que no permite “premiar” la eficiencia. Desde otro punto de vista, el pago por salario puede estimular el desarrollo de estructuras organizativas rígidas y sobredimensionadas, a veces como consecuencia de presiones corporativas o gremiales que en definitiva afectan la eficiencia. Como ventajas, el salario constituye un mecanismo de pago que genera una menor utilización de recursos que el pago por acto y que posibilita la instrumentación de equipos de trabajo.

El pago por capitación aparece como un mecanismo de mayor eficiencia que los anteriores. Existe un traslado al médico de la responsabilidad por la eficiencia de la atención, lo cual se une a un mayor estímulo al desarrollo de actividades de carácter preventivo, una mayor continuidad en la atención y consecuentemente un menor uso de recursos. En contrapartida, el pago capitolativo, puede incentivar la selección de pacientes en base al riesgo. Esto significa que el proveedor selecciona y mantiene dentro de su cobertura sólo aquellos usuarios que tienen una baja probabilidad de utilización y consumo de recursos, dejando fuera de la misma a los

pacientes de mayor riesgo. A esto se agregan como desventajas adicionales, la posibilidad de una infraprovisión de servicios y cierta indiferencia motivacional por parte del médico.

Las formas mixtas, aparecen como alternativas que buscan por un lado potenciar las ventajas de cada modalidad “pura”, y por otro, minimizar sus consecuencias negativas sobre la eficiencia y la calidad de los servicios de salud.

Sistemas de incentivo en salud (120)(117)

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.(104) Muchas de las prácticas de incentivos se basan en las teorías de premio castigo, también los incentivos que van más allá del individuo o el grupo de trabajo.(90)

Las organizaciones y los sistemas necesitan motivación sistemática para funcionar. En el nivel nacional, el gobierno tiene ciertas normas pero, en una sociedad de mercado, no tiene poderes especiales para forzar a todos los actores a seguir estas normas. Entonces, los incentivos (o señales del mercado) son componentes básicos de la caja de herramientas del Estado, que usan el mismo razonamiento de premios y castigos para motivar a las organizaciones a que se comporten de ciertas maneras deseadas.

En los servicios de salud, los incentivos son aún más complejos: muchas organizaciones de salud piden prestado las teorías de incentivos a las experiencias industriales, tendiendo a favorecer los enfoques cuantitativos y de productividad, pero pronto comprenden que los incentivos de productividad son armas peligrosas en los prestadores de atención de salud.(25)

La idea del trabajo como una actividad satisfactoria y de desarrollo de la personalidad tiene que ver con la transformación gradual del trabajo industrial y agrícola y quizás está aún lejos de la mente de la mayoría de los trabajadores en el mundo en desarrollo.(86)

A pesar de estas contradicciones, las actividades humanas parecen necesitar algún tipo de estímulo y es razonable pensar que una mejor comprensión del mecanismo interno de incentivo-respuesta sería útil al momento de diseñar y administrar las organizaciones de salud.(88)

La finalidad y la ética de la organización definirán, por último, si los incentivos son herramientas de explotación o sirven al desarrollo humano.(93)(30)

Los incentivos utilizados (43)(79) para las organizaciones orientadas al servicio a personas pueden incluir algunos de los siguientes tipos: 1) el liderazgo o las personalidades sobresalientes, que son la espina dorsal de la empresa, muchas veces relacionadas con un período en la vida institucional, 2) la especificidad de la misión, relacionada con el grado en que la función de la institución se ha definido, especificando por lo tanto una contribución única a la sociedad, que no puede sustituirse fácilmente, 3) la tecnología y profesionalización, como vías de mejorar las aptitudes institucionales y la autoestima, 4) ganar el apoyo público a la función de organización y la competencia y los substitutos de competencia (seudo mercados o cuasi mercados), poniendo deliberadamente en peligro el entorno de la organización, creando si fuera necesario los mercados internos y las evaluaciones comparativas de unidades similares.

Algunos estudios realizados por autores resaltan que dentro de los incentivos al trabajo relevados en el equipo de salud y especialmente en el colectivo de enfermería, resultan como importantes los siguientes: capacitación, apoyo económico, reconocimiento público y permisos remunerados anuales.(65)(13)(11)

Otro aspecto a destacar es que existen dos focos de interés principal en el estudio de los incentivos en salud. El primero es el uso de los incentivos como reguladores de la práctica, concebidos para reducir o reforzar ciertos comportamientos, teniendo presente el equilibrio institucional y el control de costos. Esta clase de estudios se centra en la repercusión de los incentivos, aislados de la interacción sistémica entre los profesionales y la estructura de propiedad y el poder en la organización. El segundo la interacción entre los incentivos y las estructuras en la organización, la función de los arreglos institucionales (incentivos negociados) con metas compartidas, económicas y de calidad. (7)(15)(32)

Los sistemas de incentivos y sus contradicciones, requieren ser analizados, con especial atención, los de la práctica en salud; a fin de poder mediar los efectos posibles en el sistema. (18)(67)(15)

Indicadores de calidad de los servicios de UTI

Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa sucesos colectivos en el tiempo, mediante su comparación con otras situaciones, de manera de respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas. La OMS los ha definido como "variables que sirven para medir los cambios". (87)

Los indicadores de salud y relacionados con la salud, con frecuencia son utilizados en diversas combinaciones, se emplean en particular para evaluar la eficacia y los efectos de las funciones importantes en los dominios clínicos, gerenciales y logísticos.

Sirven como referencia tanto para evaluar la calidad de la gestión administrativa como el desempeño clínico, y están relacionados con los medios (estructura), con los procesos (clínicos y administrativos) y con los resultados (producto). (80)

Un indicador ideal debe tener atribuciones científicas de *validez* (debe medir realmente lo que se quiere medir), *confiabilidad* (mediciones repetidas por distintos observadores deben dar como resultado valores similares del mismo indicador), *sensibilidad* (ser capaz de captar los cambios) y *especificidad* (reflejar sólo cambios ocurridos en una determinada situación). En la práctica los indicadores disponibles no son tan precisos y constituyen una aproximación de una situación real. Existen diferentes formas, por ejemplo: razón, proporción, tasa, etc. (118)

En las unidades de cuidados intensivos (UCI), el uso de indicadores de calidad permite mantener un proceso de búsqueda de la calidad en la atención, dentro de los mismos los más utilizados y que están registrados en la República Argentina por las instituciones de salud mediante un sistema de vigilancia de infección nosocomial nacional, son: la tasa de infecciones asociadas a respirador, la tasa de infecciones asociadas a catéter central y la tasa de infecciones asociadas a catéter urinario.

En función de lo desarrollado hasta el momento surge la necesidad de preguntarse ¿Cuál es el sistema de remuneración en el trabajo e incentivos en el equipo de salud, en el ámbito público y privado en instituciones polivalentes de alta complejidad, en la Provincia de Córdoba? y ¿Cuáles son las tendencias en el sistema de remuneración en el trabajo e incentivos en el equipo de salud en general y qué diferencias existen entre las disciplinas profesionales en los distintos ámbitos?.

Esto a su vez genera otros interrogantes tales como ¿es posible establecer diferencias significativas en la remuneración del equipo de salud tanto en el ámbito público como privado?, ¿está el sistema de remuneración en el trabajo e incentivos en el equipo de salud vinculado a lograr mejores resultados en materia de salud de la población?, ¿es posible distinguir en el sistema de remuneración e incentivos factores de estímulo a la productividad? Y en relación a estímulos a la calidad de los servicios, ¿este sistema remunerativo y de

incentivos propende al trabajo de grupo o a la competencia entre los individuos y las profesiones?, ¿cuáles son las principales diferencias de sistemas remunerativos y de incentivos entre las profesiones y en los distintos ámbitos? ¿Cuáles son las principales explicaciones de éstas diferencias?, ¿cuál es el papel que los grupos profesionales y sindicales han jugado en adaptar o modificar los sistemas de remuneración e incentivos? ¿Es posible relacionar la remuneración y los incentivos con la prestación de la calidad de los servicios en salud? ¿Son los mismos un instrumento para esa mejora de los cuidados?.

La motivación para estudiar este tema se relaciono con la necesidad de aportar mejoras en la calidad de la atención en el ámbito de la salud, ya que recientes estudios han reconocido que la unión de la política y la práctica correcta de la gestión del trabajo seria el centro de cualquier solución sostenible para el desempeño del sistema de salud.

OBJETIVOS

General

1. Analizar las características del sistema de normas de remuneración e incentivos en el trabajo del equipo de salud, en el ámbito público y privado, en instituciones polivalentes de alta complejidad y su relación con la calidad de la prestación de los servicios de salud, en el ámbito de la Provincia Córdoba.

Específicos

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 de la Provincia de Córdoba.
2. Determinar las características del sistema de remuneración en el trabajo e incentivos en el equipo de salud en el sistema de salud de Córdoba teniendo en cuenta:
 - Las distintas disciplinas profesionales.
 - Los logros en materia de resultados de prestación de salud y la productividad.

- Promoción al trabajo grupal y a la participación de asociaciones y sindicatos.
3. Especificar las modalidades de incentivos predominantes en el colectivo de enfermería sus diferencias según formación.
 4. Establecer el nivel de calidad en los servicios de salud, según el nivel de satisfacción del usuario
 5. 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.

CAPITULO N° 2: MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio

El presente trabajo tiene un diseño de tipo **observacional, analítico y correlacional**.

Periodo de estudio

La recolección de datos se realizo durante los meses de marzo y julio de 2009.

Ámbito de estudio

Se desarrollo dentro del ámbito público y privado en instituciones polivalentes de salud.

Universo

Para este estudio se tomo como universo al total de personal del equipo de salud de hospitales provinciales y sanatorios y clínicas polivalentes habilitadas en el ámbito de la Provincia de Córdoba que tenían servicios de internación.

Diseño muestral

Para la selección de la muestra se realizó un muestreo bi-etápico. En la primera etapa se seleccionaron al azar las instituciones a estudiar en la capital; para esto se tuvo en cuenta que como todos los hospitales provinciales polivalentes se rigen por la misma ley de contratación de personal, en el interior se seleccionaron las localidades que poseían mayor número de habitantes de la provincia de Córdoba. Sin embargo para las instituciones privadas, tanto del interior como capital, solo se tomaron las que accedieron a realizar el estudio.

En la segunda etapa se eligieron los profesionales que fueron encuestados en cada institución. Esta selección se realizo mediante un muestreo aleatorio estratificado por profesión, con una muestra proporcional a la cantidad de profesionales existentes en cada unas.

Criterios de inclusión

- Empleados con desempeño en los establecimientos seleccionados para integrar la muestra, pertenecientes al equipo de salud humana, cualesquiera sea su régimen laboral.

- Empleados que den consentimiento para la participación en la investigación.
- Empleados mayores de 18 años.

Criterios de exclusión

- Empleados con desempeño transitorio en los Establecimientos seleccionados.
- Empleados no integrantes del equipo de salud humana.
- Empleados que no den consentimiento para la participación o se nieguen a continuar en la investigación.

Variables y dimensiones.

a) Características demográficas de la población objeto de estudio.

- Edad
- Sexo
- Título obtenido
- Nivel académico alcanzado
- Institución donde trabaja
 - Privada
 - Pública
- Situación de revista
- Antigüedad

b) Características de la remuneración del trabajo

- Marcos Legales
 - Leyes y resoluciones ministeriales
- Formas de compensación según tipo de contratación
 - Tipos de contratos laboral:
 - Planta permanente
 - Interinato
 - Contrato
 - Otros

- Salario por profesión
 - Sueldo básicos por disciplina:
 - Médicos
 - Psicólogos
 - Nutricionistas
 - Lic. en Enfermería
 - Enfermeros
 - Auxiliares
 - Trabajadores sociales
 - Técnicos (laboratorio, fisioterapeutas, Etc.)
- Adicionales remunerativos en el equipo de salud
 - Subsidio por antigüedad:
 - 0 a 5 años
 - 6 a 10 años
 - 11 a 15 años
 - 16 a 20 años
 - 21 a 25 años
 - 26 a 30 años
 - 31 a 35 años
 - Bono educativo
 - Subsidio familiar:
 - 1 Hijo
 - 2 Hijos
 - 4 Hijos
 - Discapacidades
 - Bono por responsabilidad:
 - Dirección
 - Departamento
 - Sección
 - Gastos por residencia:
 - Zona desfavorable
 - Compensación de transporte:

- Bono por Título:
 - Pregrado
 - Postgrado
 - Especialidad
 - Doctorado
- Bono por guardia:
 - 24 hs.
 - Nocturna
- Bono por horas extras:
- Aguinaldos:
- Bono vacacional:
- Bonos por prendas de protección:

c) Características de los incentivos,

- Marcos legales.
 - Leyes y resoluciones ministeriales
- Formas de incentivo según su tipo
 - Capacitación
 - Apoyos económicos
 - Reconocimiento público
 - Permisos remunerados educativos
- Desagregación de incentivos por profesión
- Valorar cuales de los incentivos y remuneraciones mejoran la prestación en salud
- Relación entre remuneración e incentivo y productividad laboral
- Relación entre el sistema de remuneración e incentivo con la capacidad de trabajo grupal o la competencia profesional
- Formas de participación sindical o asociativa en el sistema de remuneración e incentivo

d) Indicadores de calidad de la prestación de los servicios de salud

- Percepción de los usuarios

- Evaluación de la calidad de la prestación de los servicios de salud mediante los indicadores de:
 - Índice de infecciones asociadas IARM
 - Índice de infecciones urinarias IACU
 - Índice de infecciones asociadas a IACCC

Técnica e instrumento de recolección de datos

Para el estudio del sistema de remuneración en el trabajo se utilizó la técnica de *análisis documental* proveniente de las normas y resoluciones existentes en el sistema de remuneración de la provincia incluyendo el sistema de contratación laboral del equipo de salud tanto en el ámbito público y privado.

En segundo momento se aplicó una encuesta auto administrada que fue informada por los profesionales del equipo de salud que se desempeñan en el sector salud pública y privada de la Provincia de Córdoba. La contribución que los profesionales del equipo de salud realizaran se referió a:

- a) *Características demográficas de la población objeto de estudio.*
- b) *Características de la remuneración del trabajo*
- c) *Características de los incentivos.*

En tercer lugar se aplicó un encuesta auto administrada a los usuarios de los servicios, para valorar la calidad de prestación que ofrecen de los mismos.

En el cuarto momento 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)

Análisis de los datos

Se efectuó un análisis de las variables mediante medidas descriptivas y por 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:

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

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.

Capítulo N° 3: Resultados

Como ya se ha manifestando, este estudio buscó determinar las características del sistema de remuneración e incentivo de los profesionales de la salud como un instrumento de mejora de la calidad de la atención, permitiendo de este modo mostrar un panorama de la situación del recurso humano en salud en instituciones polivalentes públicas y privadas de la capital e interior de la Provincia de Córdoba. A los fines de analizar las variables de este estudio se implementaron varios instrumentos de recolección de los datos.

En un primer momento se llevo 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).

Estos sistemas se han denominado “estabilidad propia”; es aquella que impide al empleador despedir al trabajador por otra causal que no fuere una injuria grave (que no debe interpretarse como injuria de palabras sino como actos reñidos con los principios de obediencia, dedicación y eficiencia) u otras causas expresamente previstas en la ley y que la consecuencia de la conducta patronal contraria a dicha circunstancia convierte en nula tal decisión e imponen la obligación del reintegro a su puesto del trabajador injustamente despedido o el pago de los salarios hasta que tenga el derecho a obtener su jubilación ordinaria íntegra. Dicho derecho surge de la constitución nacional.

Por la otra parte, en el sector privado la regla normativa que consagra la estabilidad relativa o impropia es la Ley de Contrato de Trabajo 20.744. Como se dijo, en caso de despido sin causa, se genera a favor del trabajador el derecho a ser indemnizado por la ruptura.

Es por ello que las relaciones de trabajo en el sector público no son llamadas como tal y se denomina “empleo público” y las del sector privado se las denomina específicamente

“relaciones de trabajo”. La diferencia entre ellas está dada por las características del empleador (uno de ellos es el estado), con sus vaivenes políticos y el otro un particular (unipersonal o sociedad comercial) y con el objetivo de proteger el sistema del funcionamiento estatal ante los cambios de gobierno.

Las relaciones del Estado con sus agentes se regulan por normas enmarcadas en las legislaturas nacionales, provinciales o municipales. En el caso bajo análisis se trata de la denominada Ley del equipo de salud humano Nro. 7625. Esta norma regula las condiciones de labor de tipo general y el resto de los aspectos resultan impuestos por el Poder Ejecutivo Provincial mediante el dictado de Decretos 5640/88 y 340/89 y resoluciones Ministeriales de gran dispersión.

Por su parte en el sector privado existe una norma base que es la Ley de Contrato de Trabajo 20744 (algunas específicas que regulan jornada, etc.) y en lo particular, las relaciones laborales son reguladas por los propios actores sociales (empleadores y gremios) mediante normas de origen contractual denominadas convenios colectivos de trabajo.

Estos contratos que regulan las relaciones de trabajo se conciertan generalmente por rama de actividad o actividades de similares condiciones y generalmente para todo el territorio nacional.

En ello se regulan las condiciones de trabajo, categorías, jornadas, funciones, licencias y en especial salarios.

En el segmento que se analiza en el presente trabajo, Convenio Colectivo de Trabajo el (CCT) aplicable es el 122/75 suscripto entre “Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina con Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados, Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina (CIMARA), Asociación Argentina de Establecimientos Geriátricos y Asociación Civil de Clínicas y Sanatorios Privados de Neuropsiquiatría”, el mismo resulta aplicable solamente al personal administrativo, técnico y de maestranza de clínicas, sanatorios, establecimientos geriátricos y sanatorios privados de neuropsiquiatría. Por lo general no comprende al personal profesional de título universitario que posee colegios que regulan su actividad.

SISTEMA DE REMUNERACIÓN E INCENTIVOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO INSTRUMENTO
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Se presenta a continuación un cuadro que muestra los aspectos sobresalientes de ambos regímenes que permiten cierta comparación.

ASPECTOS A CONSIDERAR	REGULACIÓN SECTOR PRIVADO	REGULACIÓN SECTOR PÚBLICA
ESTABILIDAD	Estabilidad impropia	Estabilidad absoluta
JORNADA LABORAL	48 horas semanales Ley 11.544	35 horas semanales. Ley 7625
SALARIOS BÁSICOS	Monto fijado en paritaria	Monto fijado por el estado
ADICIONAL POR ANTIGÜEDAD	<p>Para su cómputo se considera a la antigüedad computada de manera aniversario, sin fracción.</p> <p>Al cumplir el primer año de antigüedad en el establecimiento, en un 2%, al cumplir dos años se eleva al 4% y sucesivamente un 2% anual hasta su jubilación.</p> <p>El cambio de categoría, no afecta al escalafón por antigüedad, por lo tanto quien es promovido tendrá como remuneración el básico inicial de la nueva categoría más el porcentual que por su antigüedad en el establecimiento.</p>	<p>El cómputo se efectúa el 1º de enero de cada año, tomándose a tal efecto como un año la fracción mayor de seis meses.</p> <p>Además se computan todos los servicios prestados en Estado Provincial y/o municipal de la Provincia, es decir se abonan por antigüedad en el ejercicio de la "profesión" independiente del empleador.</p>
ADICIONAL POR TÍTULO	<p>Se determina un monto de dinero que se acuerda en cada paritaria</p> <p>Adicional por título de Licenciada en enfermería: El personal profesional, técnico y de servicios que posea u obtenga el título universitario de "Licenciado en Enfermería", otorgado por instituciones o establecimientos educativos reconocidos por el Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Educación de la Nación.</p>	<p>Se abona una suma de dinero determinada por resolución por poseer un título universitario o de estudios terciarios no universitarios o certificado otorgado por entidades oficiales o reconocidas por autoridad competente en el quehacer profesional. La norma impone una graduación para los de mayor duración</p> <p>También se abona un adicional por estudios secundarios o de ciclo básico.</p> <p>Los porcentajes de cada diplomatura se aplican sobre la asignación básica del cargo.</p>
VACACIONES ANUALES	<p>Licencia anual ordinaria: El trabajador goza de un periodo de descanso al año computado en días corridos según la antigüedad en el empleo.-</p> <p>Todo ello según el siguiente cuadro</p> <p>a) De catorce días cuando la antigüedad en el empleo no exceda de cinco años.</p> <p>b) De veintiún días cuando siendo la antigüedad mayor de cinco años no exceda de diez.</p> <p>c) De veintiocho días cuando la antigüedad siendo mayor de diez años no exceda de veinte.</p> <p>d) De treinta y cinco días cuando la antigüedad exceda de veinte años.</p>	<p>Licencia Anual Ordinaria: El trabajador goza de un periodo de descanso al año computado en días hábiles administrativos según la antigüedad en el Estado. Todo ello según el siguiente cuadro:</p> <p>1- Quince días cuando la antigüedad sea mayor de seis meses y no exceda los cinco años</p> <p>2- Veinte días cuando la antigüedad sea mayor de cinco años y no exceda los diez años</p> <p>3- Veinticinco días cuando la antigüedad sea mayor de diez años y no exceda los quince años.</p> <p>4- Treinta días cuando la antigüedad sea mayor de quince a treinta días hábiles cuando la antigüedad sea</p>

SISTEMA DE REMUNERACIÓN E INCENTIVOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO INSTRUMENTO
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

		mayor de quince años y no exceda los veinticinco años. 5- Treinta y cinco días cuando la antigüedad sea mayor de los veinticinco años.
LICENCIA SANITARIA	No posee	Para el personal afectado directamente al uso de equipos generadores de Rayos X, por el término de quince días corridos. Para el resto del personal integrante de los equipos de salud comprendido en la Ley, por el término de siete días corridos.
LICENCIA POR EMBARAZO	Durante los cuarenta y cinco días anteriores al parto y hasta cuarenta y cinco días después del mismo.	De hasta ciento veinte días corridos totales En el caso de nacimiento de hijo con anomalías o enfermedades sobrevivientes graves, la licencia por maternidad se prolongará por un término de cien días corridos más. Ley 1468 sancionada el 30 de Junio de 2011.

De lo expresado hasta aquí podrá concluirse que, partiendo del análisis del tipo de vínculo jurídico del sector público y sus diferencias con el privado, aquel aparece con mejores condiciones para los trabajadores. La estabilidad con que cuenta el dependiente del sector público, desde la óptica del trabajador, resulta más atractiva que estar sometidos a los vaivenes económicos de la empresa privada.

Si a dicha base estructural, le adicionamos los derechos adicionales que poseen y se detallaron en el cuadro anterior, sin lugar a dudas que desde la perspectiva del dependiente la empleabilidad en el sector público aparece como más ventajosa.

Se observan diferencias importantes en las dimensiones seleccionadas para la comparación, 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.

Es importante destacar asimismo, la forma de computar el adicional por antigüedad. 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.

Lo analizado hasta el momento parecería indicar que en el sector público hay menor cantidad de horas trabajadas con mayor salario que en el sector privado.

Desde el punto de vista salarial, dada la fortaleza de los sindicatos que agrupan al equipo de salud en el sector público, precisamente por la estabilidad de sus agentes, la comparación se torna aún mucho más desnivelada. Así podemos ejemplificar que el salario bruto de un dependiente inicial en el sector (enfermera de piso con título universitario) asciende a \$ 4500,00 (agosto del 2011), en el sector privado sólo alcanza alrededor de los \$3500,00.-

Por último y como si todo lo expuesto no fuera suficiente para desnivelar las condiciones de uno y otro sector, 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 en el ámbito público.

En un segundo momento se relevó un cuestionario auto administrado al personal sanitario que se desempeña en las instituciones hospitalarias polivalente de la Provincia de Córdoba tanto privadas como públicas. Para el interior se tomaron las ciudades con mayor número de habitantes; así se consideraron las ciudades de San Francisco, Río Cuarto, Villa Dolores y Villa María. Tomando una institución privada y otra pública por cada localidad. El total de sujetos encuestados tanto capital como interior fue de n: 289.

	Públicos	Privados
Capital	Hospital San Roque Hospital de Niños Hospital Córdoba Hospital Misericordia	Sanatorio Allende Hospital Privado
Interior	Hospital Iturraspe de San Francisco Hospital Central de Ríos Cuarto Hospital Regional de Villa Dolores	Clínica Privada de Villa María Clínica Privado de Especialidades “Dr. Enrique J. Carra San Francisco, Clínica Privada de Rió Cuarto Clínica Privada de Villa Dolores

Características demográficas de la población estudiada:

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, como se muestra en el siguiente gráfico.

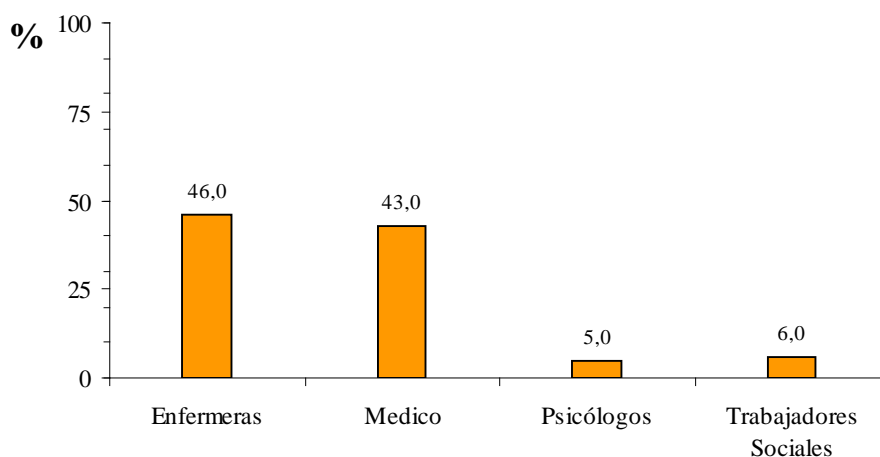


Gráfico N° 1: Distribución de los profesionales del equipo de salud humana, según disciplina.

Con relación a género el 69% son de sexo femenino y el 31% de sexo masculino, predominando de este modo las mujeres dentro de este ámbito de la salud.

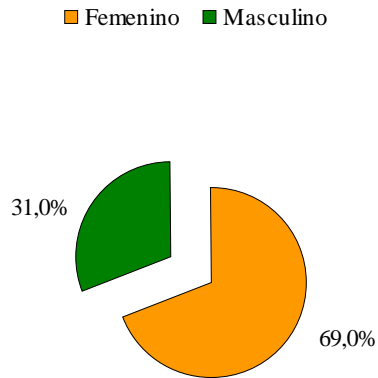


Gráfico N° 2: : Distribución de los profesionales del equipo de salud humana, según sexo.

Al relevar la edad el 10% no respondió a la pregunta; del total de los encuestados que respondieron el 51% corresponde a gente joven entre 20 a 39 años, visualizándose un 27% de personal entre 40 a 49 años y un escaso porcentaje de 18% mayores de 50 años.

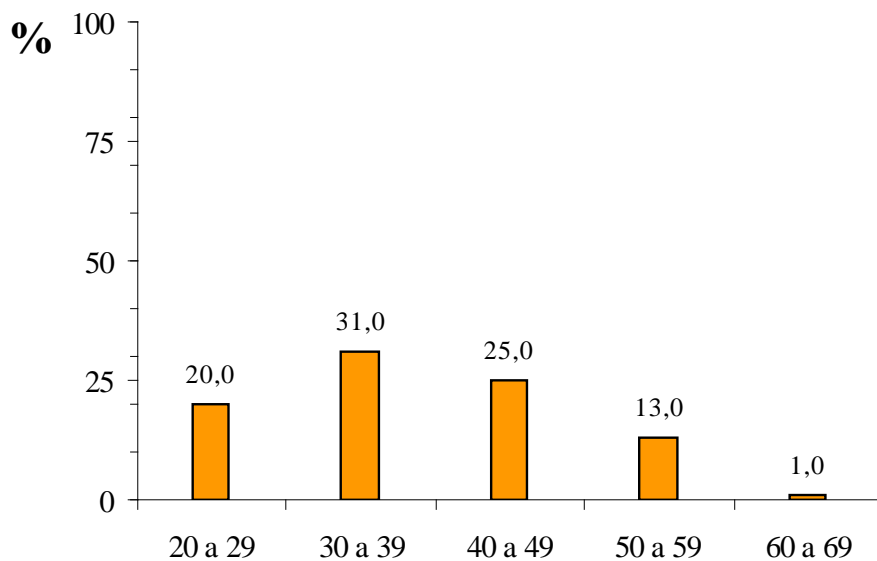


Gráfico N° 3: Distribución de los profesionales del equipo de salud humana, según grupo etareo.

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.

Es importante destacar que el 53% de la población encuestada se encuentran entre 5 a 15 y más años de antigüedad, lo cual corresponde a que son profesionales con experiencia en el trabajo de la salud, considerando que una persona que ha trabajado 5 años ha adquirido experticia en el área que se desempeña.

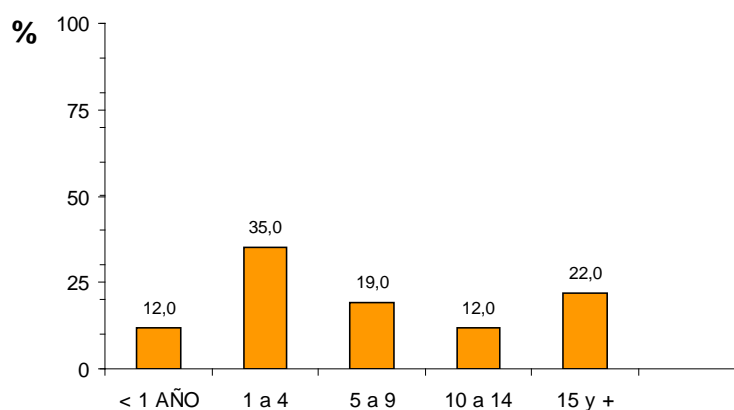


Gráfico N 4: Distribución de los profesionales del equipo de salud humana, según antigüedad en el cargo.

Remuneración y condición de revista del equipo de salud humana

Al analizar los hallazgos encontrados sobre el problema en estudio, en relación con las características de la remuneración del equipo de salud en el ámbito provincial de manera global, se observa que su situación de revista 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%). Es importante señalar que los interinos son personal que ocupan un puesto vacante, sin poseer aun el cargo de planta permanente, pero su situación es solo administrativa, porque se considera como un personal de planta permanente. Dentro de este aspecto un 7% no respondió su condición de trabajador.

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 ($p=0,0001$) (Gráfico 5 y 6).

SISTEMA DE REMUNERACIÓN E INCENTIVOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO INSTRUMENTO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

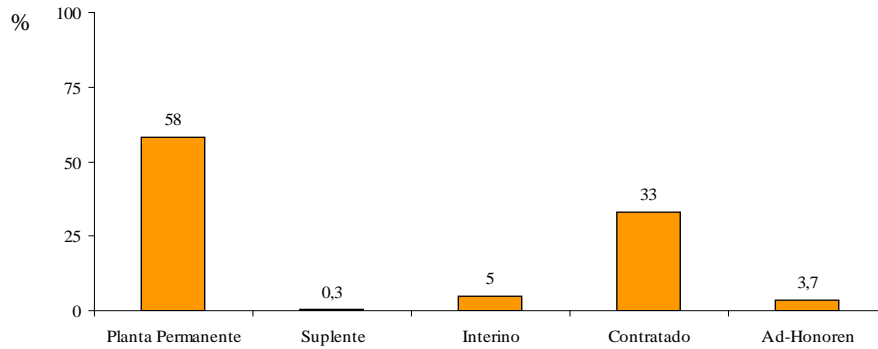


Gráfico N 5: : Distribución de los profesionales del equipo de salud humana, según situación de revista

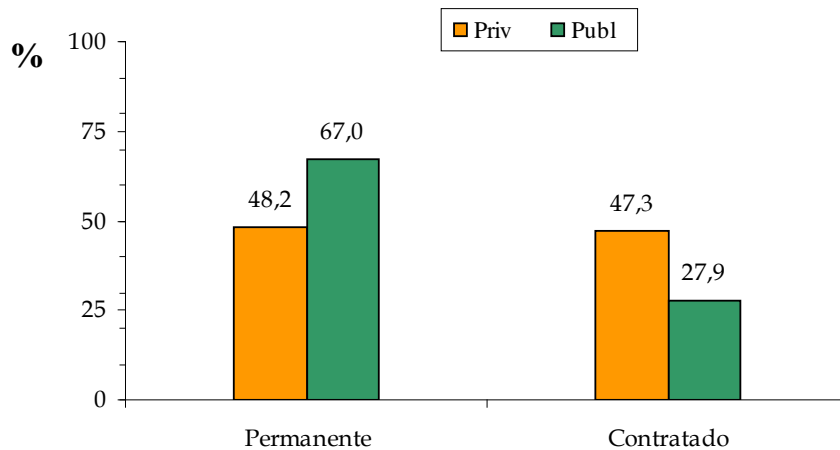


Gráfico N° 6: Comparación de la situación de revista entre instituciones de salud pública y privada

Cuando analizamos este aspecto en las instituciones de salud del interior y la capital, las proporción en personal de planta permanente y de contratados se muestran similares en el interior y en la capital. (Gráfico 7)

SISTEMA DE REMUNERACIÓN E INCENTIVOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO INSTRUMENTO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

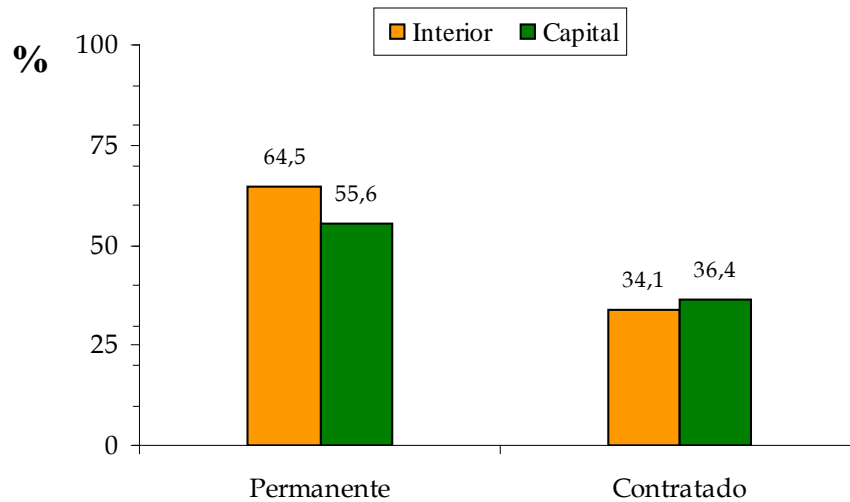


Gráfico N° 7: Comparación de la situación de revista del personal entre instituciones de salud del interior y capital.

Un objetivo importante de esta investigación fue la visualización y el comportamiento del colectivo de enfermería en este aspecto particular, si se examina la relación entre contratados y personal de planta permanente por un lado, y la del interior y capital por el otro, en ambos casos la variable se muestra de igual modo, no habiendo diferencias significativas. (Gráfico 8 y 9)

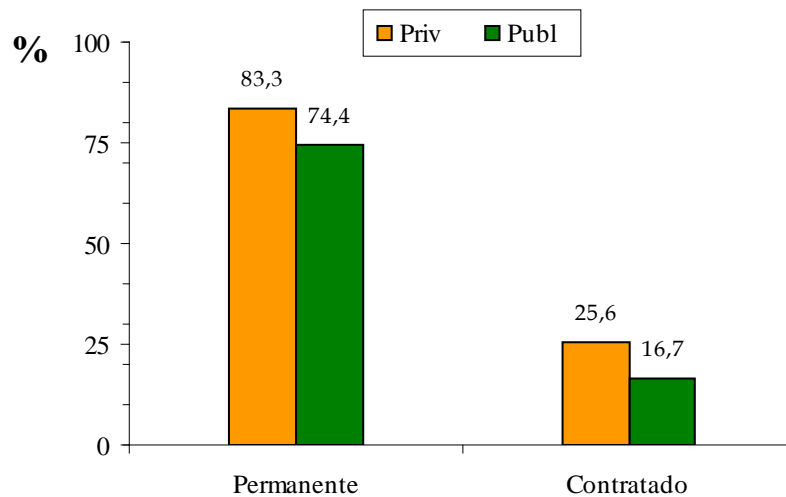


Gráfico N° 8: Comparación de personal de planta permanente y contratada en el interior y capital en el colectivo de enfermería

SISTEMA DE REMUNERACIÓN E INCENTIVOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO INSTRUMENTO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

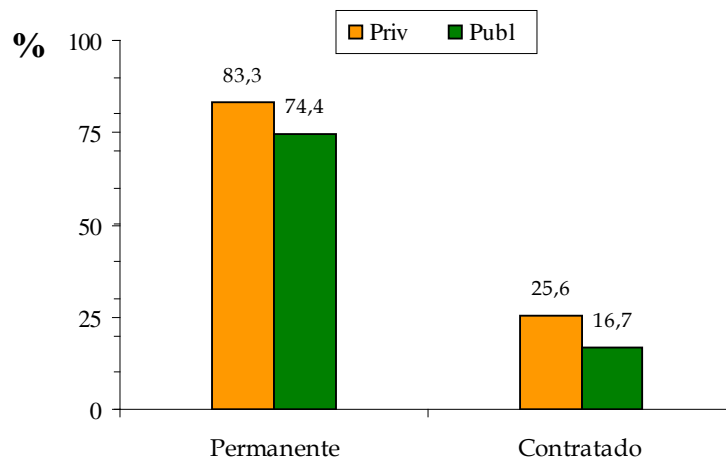


Gráfico N° 9: Comparación de personal de planta permanente y contratada en las instituciones públicas y privadas en el colectivo de enfermería

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. (Gráfico 10)

Cabe señalar que sólo un 15,3% han identificado el rubro de título de postgrado, dado que este dato no fue solicitado para la caracterización de la población en estudio, se puede inferir que hay un bajo porcentaje de profesionales con título de postgrado, o que no reconoce el dato como parte de su salario, tal como se expreso arriba.

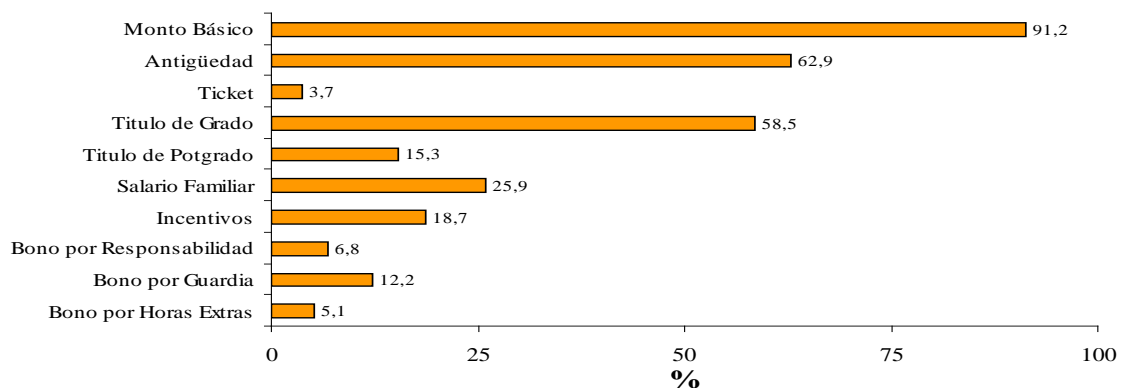


Gráfico N° 10: Ítems que reconocen el equipo de salud humanas sobre la composición el sistema de remuneración.

La importancia que reviste el monto del salario dentro de los profesionales de la salud, se relaciona con la manera que es valorado en su desempeño, por lo cual resulta significativo realizar un análisis particular del mismo (Tabla 1).

Tabla N° 1: Salario del equipo de salud, según referencia de los encuestados

	N	Media	E.E.	Mínima	Máximo
MONTO	268	2810,16	86,42	400	12000

En la tabla anterior se muestran 268 respuestas de un total de 289 encuestados.

Para analizar el salario del personal de instituciones públicas y privadas fue necesario separar aquellos profesionales que son titulares independientes de servicio (concesionarios, locadores, gerenciadore, etc). A partir de esto se obtiene que el sector publico tiene un salario mayor que el privado ($p < 0,0001$). (Tabla 2 y 3).

Tabla N° 2: Salario del equipo de salud, según referencia de los encuestados, en instituciones públicas y privadas.

	n	Media	E.E.	Mín	Máx
Privado	96	2335,36	121,81	400	6000
Publico	167	2855,86	55,67	880	5500

Tabla N° 3: Salario de los profesionales adjudicatarios de servicios privados.

	n	Media	E.E.	Mín	Máx
Privado	5	10400	400	10000	12000

Sistema de incentivos

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

prevalecen. (Gráfico N° 11). Los demás con porcentajes bajos y similares, como productividad, reconocimiento social y económico.

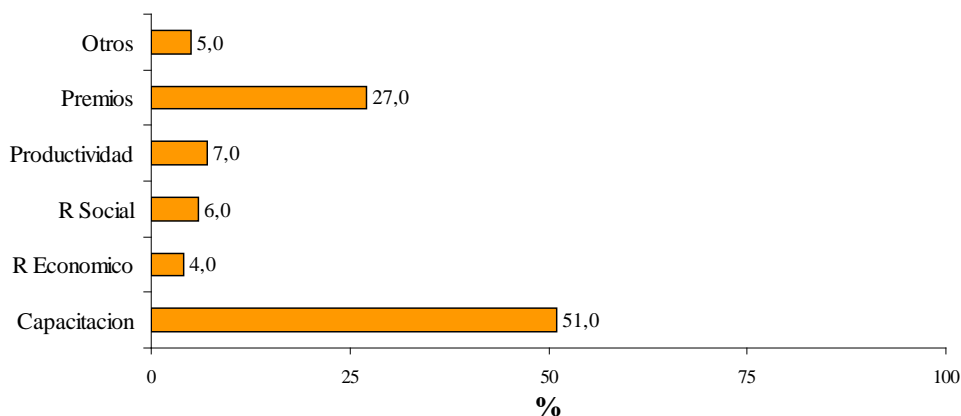


Gráfico N° 11: Composición el sistema de incentivos que recibe actualmente el equipo de salud

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.

Es importante señalar que muchos incentivos están previstos en la legislación y son abonados, sin embargo parece que nos son reconocidos por los trabajadores de la salud como incentivos, como lo es el presentimo y premios a la productividad de las instituciones privadas. (Gráfico N° 12).

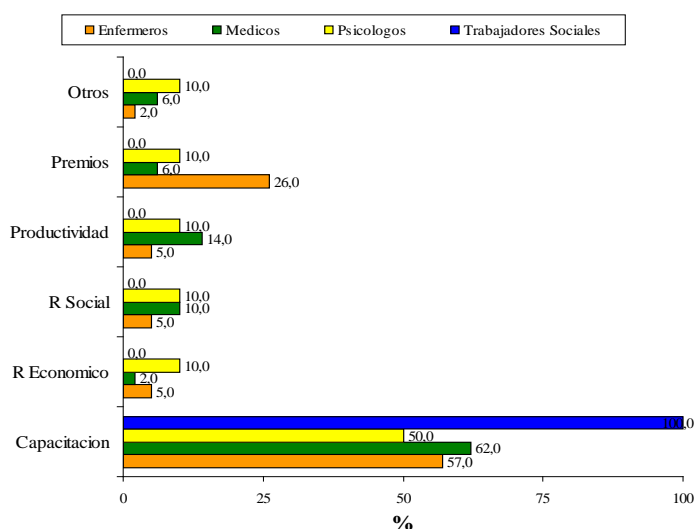


Gráfico N° 12: Comparación del sistema de incentivos entre las diferentes profesiones

Si centramos los datos en el colectivo de enfermería, se destacan los incentivos de capacitación y premios como los más reconocidos por el personal. (Gráfico N° 13)

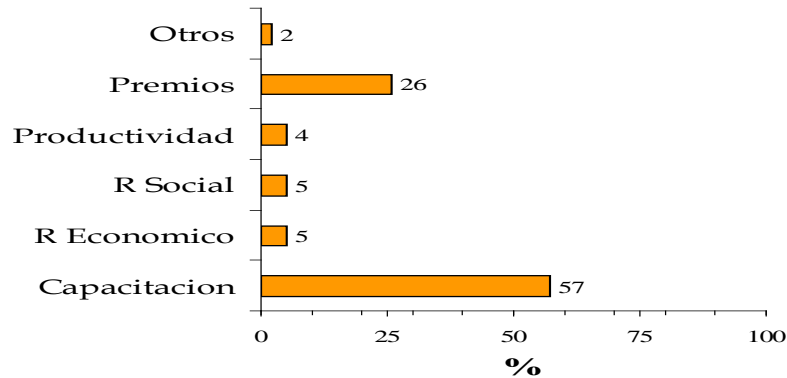


Gráfico N° 13: Composición el sistema de Incentivos que recibe actualmente el colectivo de enfermería.

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. (Gráfico N 14). 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. (Gráfico N 15).

SISTEMA DE REMUNERACIÓN E INCENTIVOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO INSTRUMENTO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

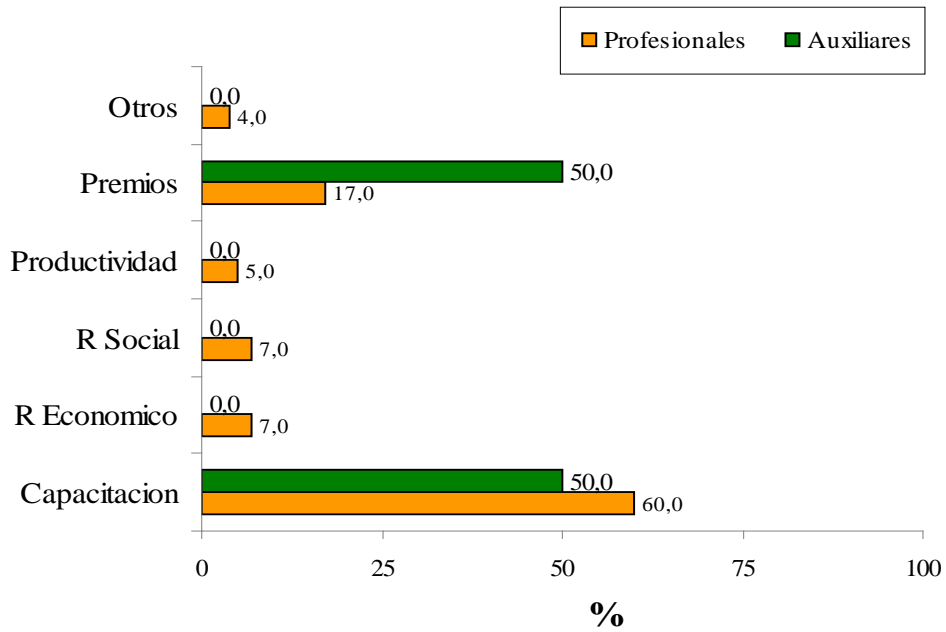


Gráfico N° 14: Comparación del sistema de incentivos entre profesionales y auxiliares de enfermería

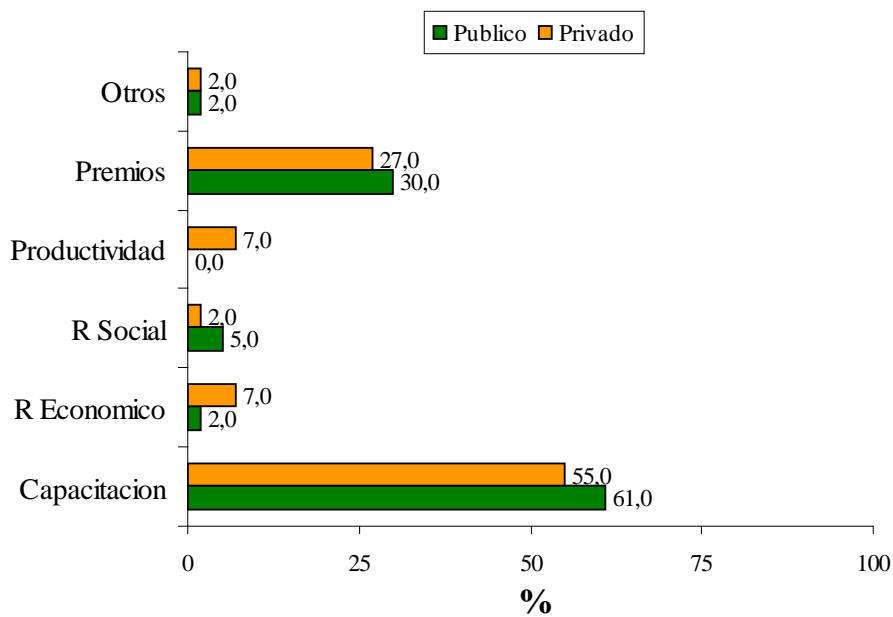


Gráfico N° 15: Comparación de los sistemas de incentivos entre enfermeras de servicios públicos y privados

SISTEMA DE REMUNERACIÓN E INCENTIVOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO INSTRUMENTO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

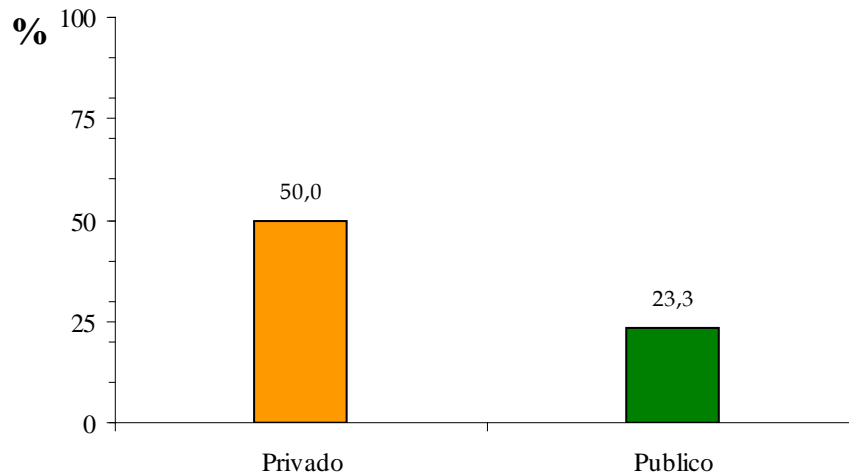


Gráfico N° 16: Comparación del incentivo de capacitación entre enfermeras de servicios públicos y privados.

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 ($p < 0.002$).

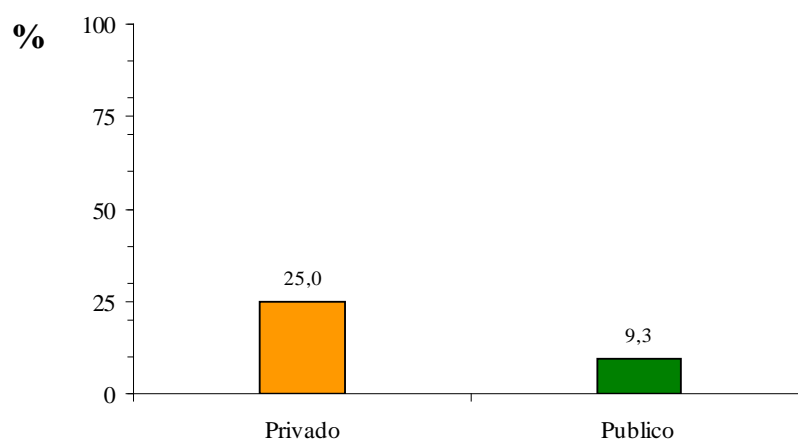


Gráfico N° 17: Comparación del incentivo de premios entre enfermeras de servicios públicos y privados.

Si consideramos los incentivos según capital e interior, se expresan igualmente la capacitación y los premios, pero con un 14% más la capacitación en el interior.

Un dato interesante es que aparece un 9% de reconocimiento económico en el interior, mientras que solo se reconoce la productividad en la capital en un 7%. (Gráfico N 16).

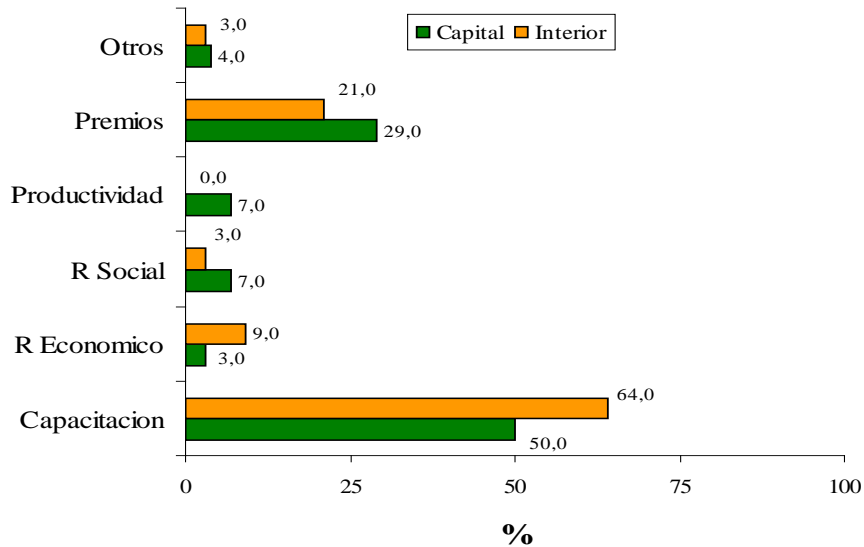


Gráfico N° 19: Comparación de los sistemas de incentivos entre enfermeras de capital e interior

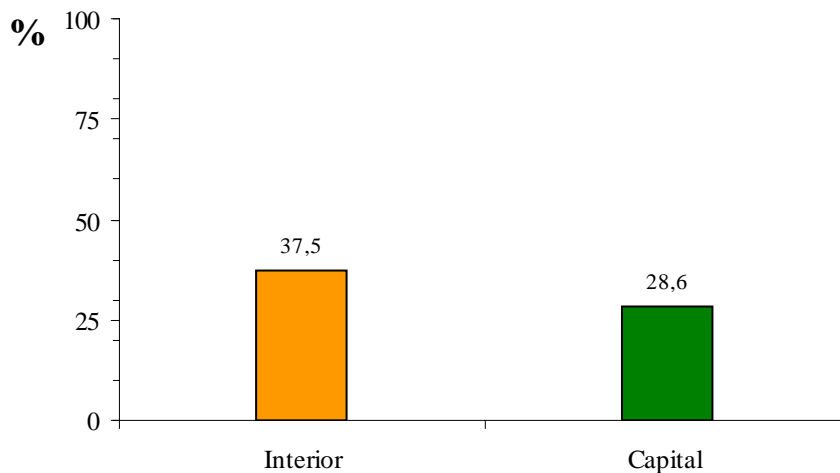


Gráfico N° 20: Comparación de los sistemas de incentivos de capacitación entre enfermeras de interior y capital.

Al analizar los incentivos de capacitación de las enfermeras del interior con respecto a la capital no es posible demostrar que en el interior es mayor que capital.

SISTEMA DE REMUNERACIÓN E INCENTIVOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO INSTRUMENTO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

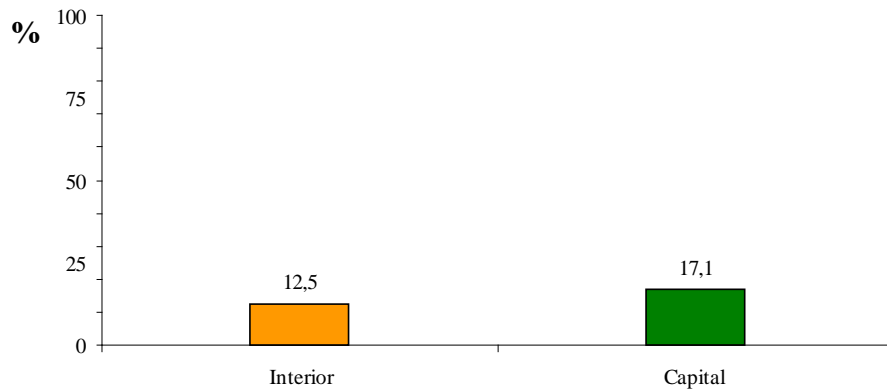


Gráfico N° 21: Comparación del incentivo de premios entre enfermeras de interior y capital.

Al analizar el incentivo de premios de las enfermeras del interior con respecto a la capital no es posible demostrar que en la capital es mayor que en el interior.

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 (Gráfico N 22).

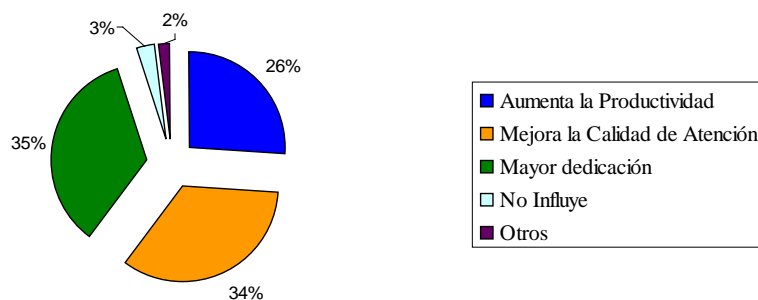


Gráfico N° 22: Opinión de cómo influyen los incentivos económicos

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. (Gráfico N 23).

SISTEMA DE REMUNERACIÓN E INCENTIVOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO INSTRUMENTO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

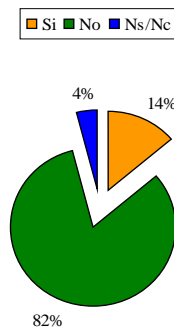


Gráfico N° 23: Opinión de cómo influye el incentivos de productividad en el resultados de prestación de salud

Los hallazgos encontrados con relación a si el sistema de incentivo estimula el trabajo grupal, el 82% opinó que no la estimula (Gráfico N 24). 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, (Gráfico N 25). Esto refleja la imposibilidad de percibir por parte de los trabajadores del equipo de salud la participación de las instituciones profesionales y gremiales.

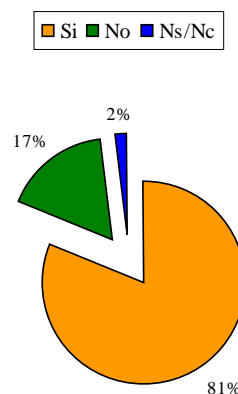


Gráfico N° 24: Opinión de cómo influye el sistema de incentivos vigente en el trabajo grupal

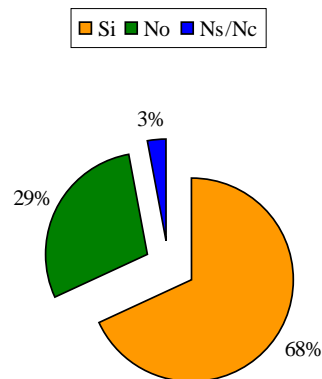


Gráfico N° 25: Opinión de cómo influye el sistema de incentivos vigente en la participación de asociaciones y sindicatos

Calidad de la atención

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) los resultados de la misma se presentan a continuación.

Las características de los usuarios encuestados muestran que el mayor porcentaje se encuentran entre los 20 y 49 años (Gráfico N° 26), por lo cual son adultos jóvenes, con predominancia de mujeres (Gráfico N° 27).

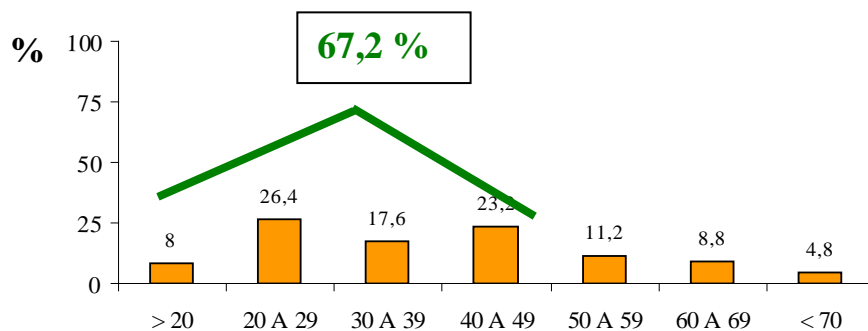


Gráfico N° 26: Distribución de los usuarios según edad.

SISTEMA DE REMUNERACIÓN E INCENTIVOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO INSTRUMENTO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

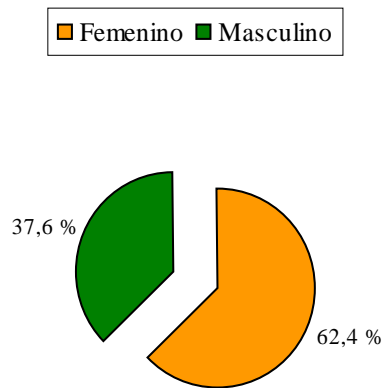


Gráfico N° 27: Distribución de los usuarios según sexo

La mayor demanda de atención se concentra en el turno mañana seguido del turno tarde y noche respectivamente. (Gráfico N° 28), y el tipo de servicio mayormente demandado son según porcentajes el internado y la guardia. (Gráfico N° 29).

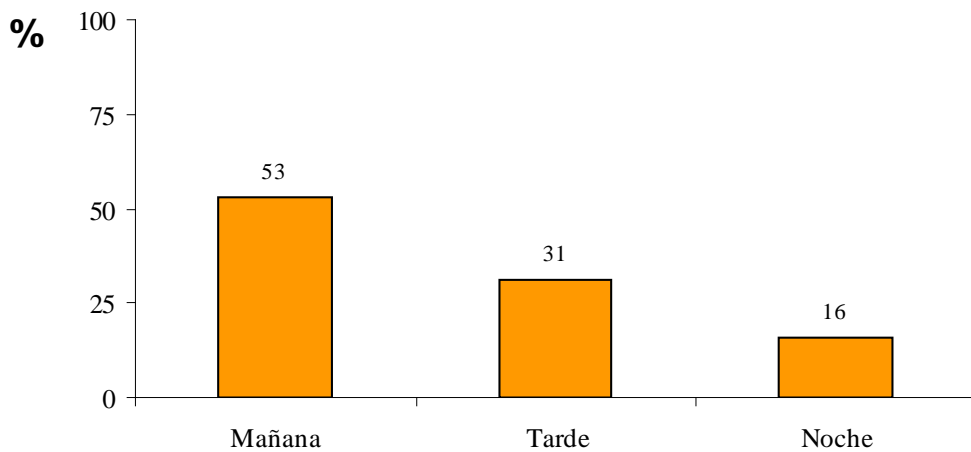


Gráfico N° 28: Distribución de los usuarios según turnos de atención

SISTEMA DE REMUNERACIÓN E INCENTIVOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO INSTRUMENTO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

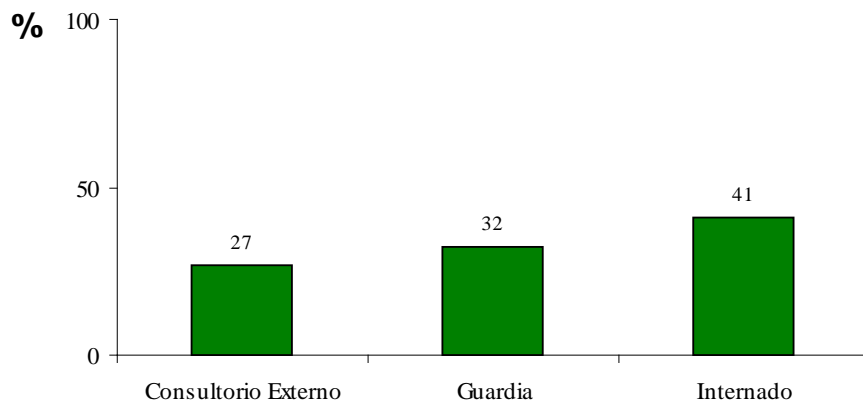


Gráfico N° 29: Distribución de los usuarios según tipo de demanda a los servicios

Al evaluar de la calidad de atención de los diferentes servicios, según la satisfacción del usuario, 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. (Gráfico N° 39).

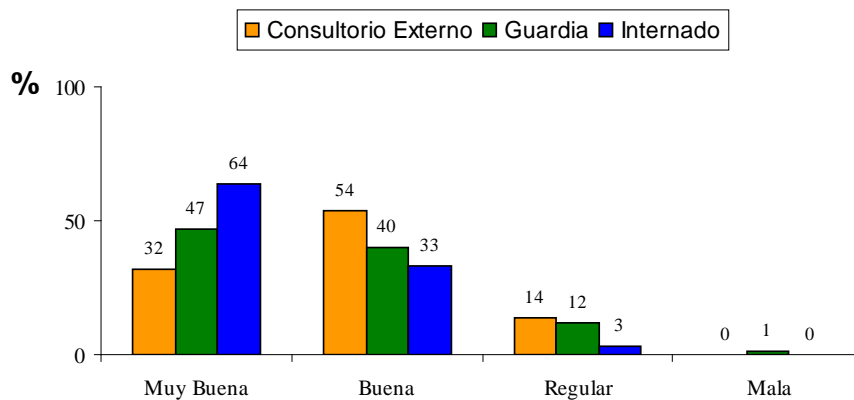


Gráfico N° 30: Comparación de la clasificación de la atención entre el servicio de consultorio externo, guardia y el internado

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. (Gráfico N° 31)

Esto tiene su expresión también en la demora para la atención en minutos: el 50% indica que la demora es menor a 5 minutos y el 31% que es menor a 30 minutos, superando así el 80%. (Gráfico N° 32).

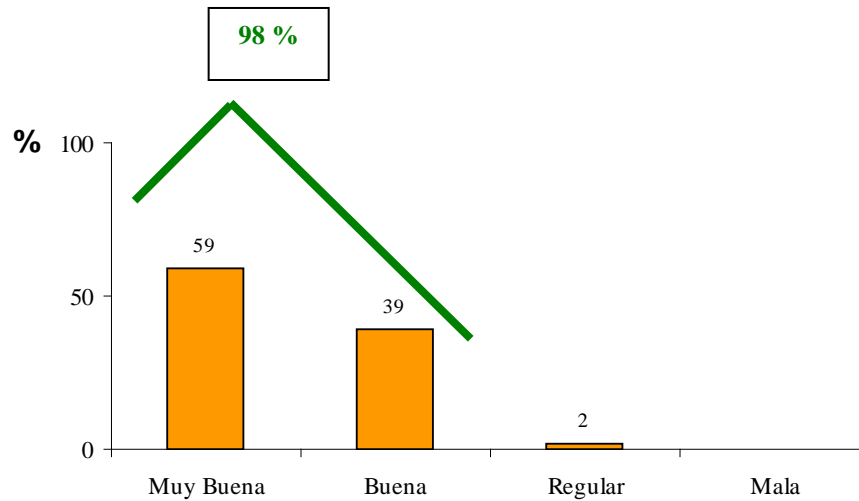


Gráfico N° 31: Calificación de los usuarios a la atención de enfermería

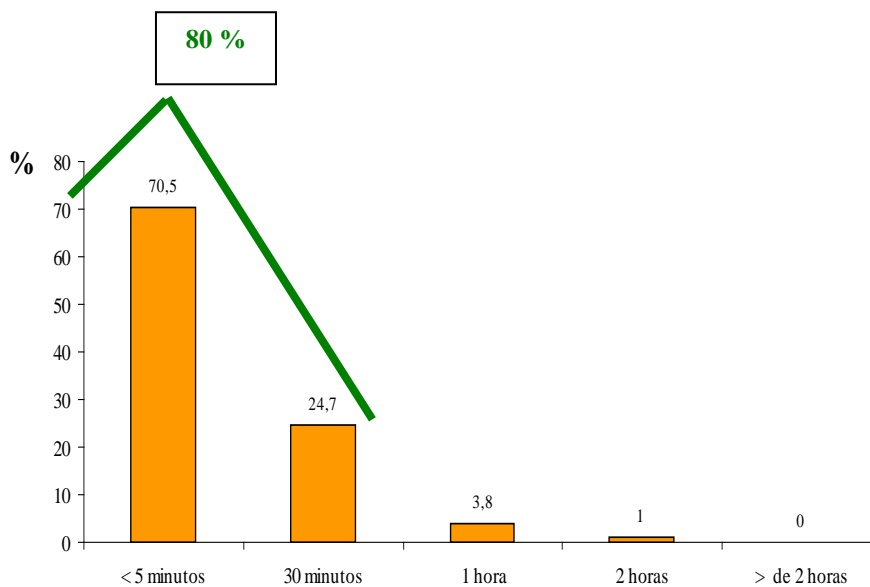


Gráfico N° 32: Tiempo de demora de la atención de enfermería

Calidad de la prestación de los servicios de salud

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 de los hospitales polivalentes, tanto privados como públicos, donde se relevaron las tendencias de las tasas de los índices de infecciones asociadas a catéter urinario, a asistencia respiratoria mecánica y a catéter centra, 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.

A continuación se presenta las tasas de los tres índices obtenidos durante el periodo enero – diciembre 2009, en las instituciones públicas y privadas de Córdoba.

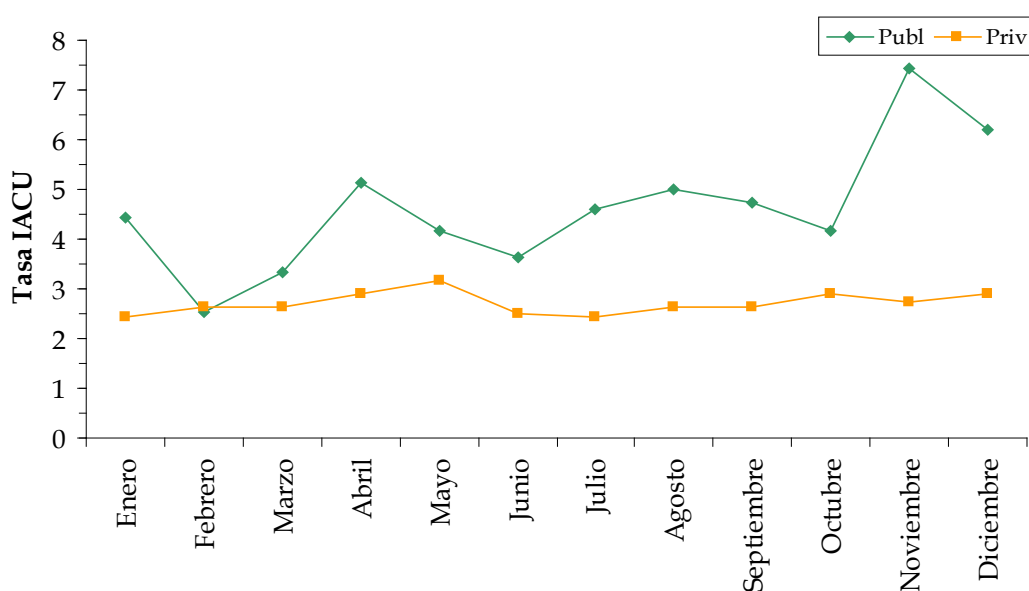


Gráfico N° 33: Tasa de infecciones asociadas a catéter urinario

Si se observa el comportamiento de la primera tasa con relación a las infecciones asociadas a catéter urinario y su expresión en las instituciones públicas y privadas, se puede señalar que se presentan los índices en instituciones privadas como más estables con escasa variación a lo largo del período 2009, sin embargo, en las públicas la variación es alta, va desde 2,5 a 7,5. a lo largo de todo el período, siendo el mes de noviembre el de tasa más alta. (Gráfico N° 33).

SISTEMA DE REMUNERACIÓN E INCENTIVOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO INSTRUMENTO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

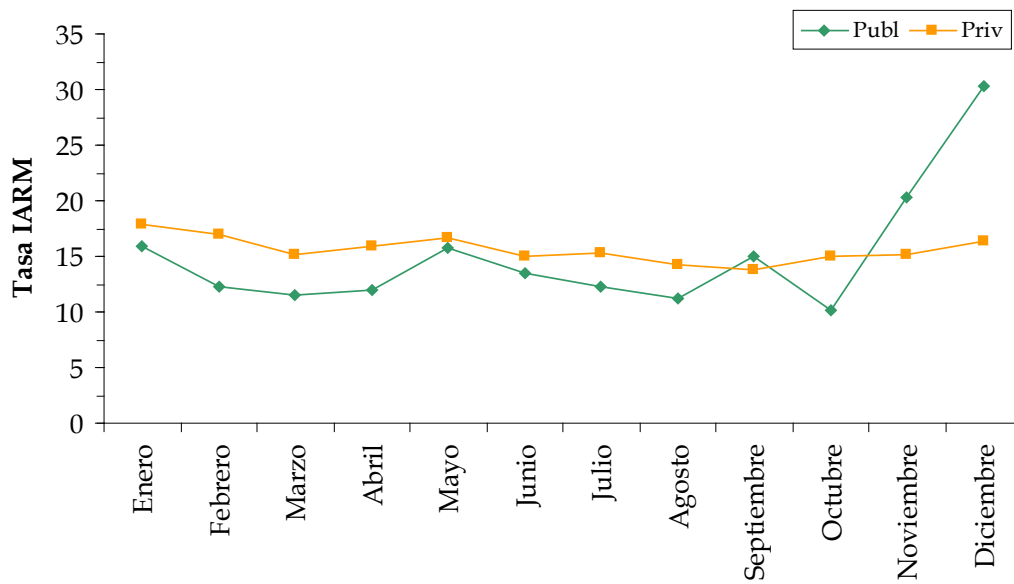


Gráfico N° 34: Tasa de infecciones asociadas a asistencia respiratoria mecánica

Al analizar el comportamiento de la segunda tasa con relación a las infecciones asociadas a asistencia respiratoria mecánica y su expresión en las instituciones públicas y privadas, se puede señalar que se presentan en ambas establecimientos, con escasa variación (14 a 18) a lo largo del periodo 2009, salvo en noviembre y diciembre donde las tasas públicas aumentan a 30. (Gráfico N° 34).

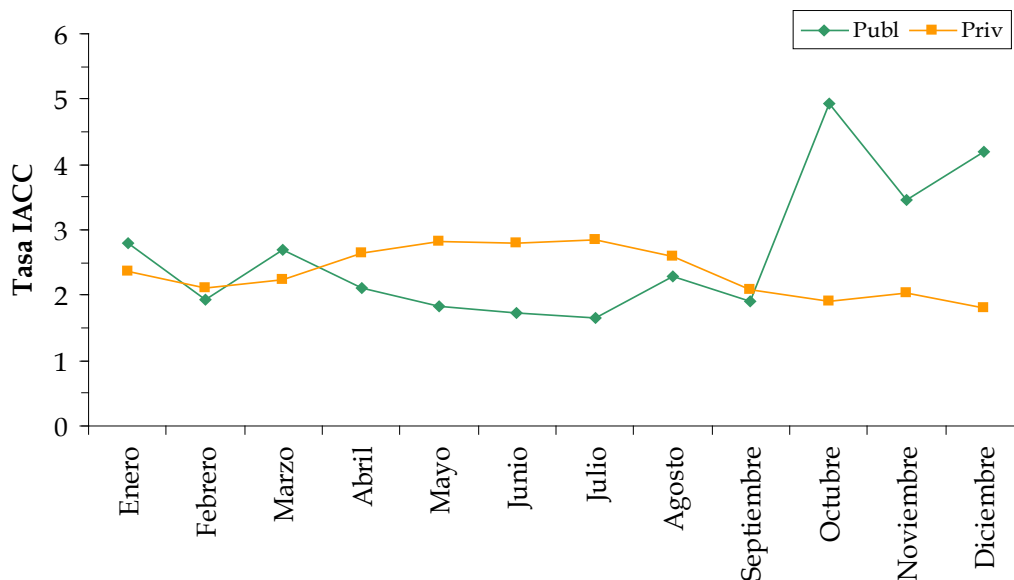


Gráfico N° 35: Tasa de infecciones asociadas a catéter central

Al analizar el comportamiento de la tercera tasa con relación a las infecciones asociadas a catéter central y su expresión en las instituciones públicas y privadas, se puede señalar que se presentan en ambas establecimientos, con escasa variación (2 a 3) a lo largo del periodo 2009, salvo a partir de octubre donde las tasas públicas aumentan entre 4 y 5. (Gráfico N° 35).

Correlación entre remuneración e incentivos de los profesionales en la mejora de la calidad de los servicios

El segundo aspecto de este objetivo es determinar la correlación entre 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° 4: variables regresoras de la variable respuesta IACU

Variabales regresoras	Coefficientes	E.E.	p-valor
Antigüedad	0,020	0,010	<0,01
Salario	0,002	$6,8 \cdot 10^{-5}$	<0,0001
Incent-Econ (no)	-0,840	0,180	<0,0001
Nat-Jur (Priv)	-0,230	0,120	<0,05
Situa_Revista (no)	-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 publica y por último disminuye en 0,330 cuando su situación de revista no es de planta permanente. (Tabla N° 4)

Tabla N° 5: variables regresoras de la variable respuesta IARM

VARIABLES REGRESORAS	COEFICIENTE	E.E.	p-valor
Antigüedad	0,06	0,02	<0,01
Salario	0,01	2·10 ⁻⁴	<0,0001
Incent-Econ (no)	-2,50	0,54	<0,0001
Nat-Jur (Priv)	-0,68	0,35	<0,05
Situa_Revista (no)	-0,99	0,38	<0,01

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 publica y por último disminuye en 0,99 cuando su situación de revista no es de planta permanente. (Tabla N° 5)

Tabla N° 6: variables regresoras de la variable respuesta IACC

VARIABLES REGRESORAS	COEFICIENTE	E.E.	p-valor
Antigüedad	0,0100	4,8·10 ⁻³	<0,01
Salario	0,0012	4,0·10 ⁻⁵	<0,0001
Incent-Econ (no)	-0,5000	0,11	<0,0001
Nat-Jur (Priv)	-0,1400	0,07	<0,05
Situa_Revista (no)	-0,2000	0,08	<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 publica y por último disminuye en 0,2 cuando su situación de revista no es de planta permanente.(Tabla N° 6)

Capítulo N° 4: Discusión

Los procesos de reforma del sector salud han influido marcadamente sobre la problemática de la gestión del trabajo en todos los países de la Región de las Américas, demandando a la misma, la necesidad de desarrollar acciones intencionadas y conexas que permiten organizar el trabajo en el campo de la salud, distribuir el talento humano a las necesidades del sistema sanitario, utilizando para ello instrumentos de reglamentación legal (leyes, normas); financieros (sueldos, incentivos) y administrativos (clasificación de los puestos y categorías de cargos) en un marco de negociación permanente y gerencia compartida.(98)

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.(36) Muchas de las prácticas de ofrecer incentivos se basan en las teorías de premio castigo, también existen incentivos que van más allá del individuo o el grupo de trabajo.(90)

A nivel nacional, el gobierno tiene ciertas normas pero, en una sociedad de mercado, no tiene poderes especiales para forzar a todos los actores para seguir estas normas. Entonces, los incentivos (o señales del mercado) son componentes básicos de la caja de herramientas del Estado, que usan el mismo razonamiento de premios y castigos para motivar a las organizaciones a que se comporten de ciertas maneras deseadas.

En los servicios de salud en general, los incentivos son aún más complejos, muchas organizaciones de salud toman las teorías de incentivos de las experiencias industriales, las cuales tienden a favorecer los enfoques cuantitativos y de productividad, pero los prestadores de atención de salud comprenden que los incentivos de productividad son armas peligrosas, ya que ponen en riesgo la calidad de dichas prestaciones. Aun así, es importante al momento de diseñar y administrar las organizaciones de salud, considerar que la actividad humana necesita algún tipo de estímulo, por lo cual es razonable comprender el mecanismo interno de los mismos.(80)

El sistema de incentivos y remuneración, fue objeto de análisis en esta investigación, con especial atención en los profesionales que integran los equipos interdisciplinarios de los hospitales polivalentes y en particular, de la disciplina de enfermería, a fin de poder medir las diferencias entre en el sistema público y privado, como en el interior y capital de la provincia de Córdoba.

Los primeros resultados de la investigación fueron producto del análisis cualitativo de las leyes que rigen la organización del sistema laboral de los trabajadores de la salud en Córdoba, 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, si bien, 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.(77)

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 (que participan en el Observatorio de Recursos Humanos), 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, esta tendencia fue identificada de manera explícita en seis de los nueve países, quienes adoptaron el incremento de la flexibilidad como criterio esencial para disminuir los costos laborales y generar condiciones que favorezcan la competencia. Se trató de la adopción de criterios de flexibilidad externa, ligada a la necesidad de ajustarse a las fluctuaciones del mercado laboral mediante una redefinición de las condiciones del contrato o la disolución del vínculo laboral, en menoscabo de la estabilidad laboral y los beneficios sociales. Para el sector público, ello ocurre en un contexto de mayor descentralización y de estrictas restricciones presupuestarias, pero conservan la estabilidad laboral.(79)

Los resultados recientemente expuestos se comportan de igual manera que los hallazgos de la presente investigación, donde se demuestra que al comparar las instituciones públicas y privadas, 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, no habiendo

diferencias en este aspecto entre las instituciones del interior y capital de la provincia de Córdoba.

Al realizar un análisis más detallado de las diferencias entre ambos regímenes laborales, el estudio aportó que en relación a la jornada laboral el ámbito privado posee un régimen de horas superior al público, lo cual representa 52 horas más de trabajo al mes, además, otra diferencia está dada por la menor cantidad de días de vacaciones anuales. Otra divergencia es que en el sector público no sólo se fracciona la base a 6 meses, sino que además se computa la antigüedad que puede haber obtenido el trabajador en otra institución del estado provincial o municipal, en cambio en el ámbito privado se computa sólo por la antigüedad en la empresa, en este caso el cómputo comienza nuevamente de cero.

El sector público, a su vez, cuenta, con una licencia anual extraordinaria denominada “licencia sanitaria” que en el sector privado 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, pudiéndose en ambos casos tomar una parte antes y otra posterior al nacimiento. (Según régimen 2009).

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 en el sector privado (ANSES).

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.

Se observan diferencias con los resultados de un estudio realizado en Ecuador, cuyo objetivo fue indagar el perfil de flexibilización de las condiciones laborales para la prestación de servicios de salud en el país, que registra las formas de contratación que se utilizan en las unidades de atención en salud pública y privada, así como caracterizar las condiciones de trabajo de acuerdo a esas formas de contratación. Según profesión u ocupación se encontró de manera general, tanto en el sector público como en el privado, similares clases y denominaciones de puestos, horarios y jornadas de trabajo para los diferentes grupos de profesionales, administrativos y directivos.(45)

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 sectores 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. (50)

Un estudio realizado en Cali, Colombia, cuyo fin fue identificar las características de la flexibilización laboral en instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, específicamente en lo relacionado con formas de contratación, apoyan los datos de la investigación expresando que en los empleados públicos, para el caso de los profesionales, pueden ser de libre nombramiento y remoción, inscritos en carrera administrativa provisionales o a término fijo. Se vinculan al subsector público a través de un decreto o resolución y un contrato de trabajo escrito que pueden ser por tiempo determinado o por tiempo indefinido. En la jerga institucional estos profesionales constituyen el grupo de los denominados de planta o nombrados, este aspecto es ventajoso para las instituciones de salud, indicándose que este personal puede garantizar una mejor continuidad en el servicio y, además, hacer carrera formativa (académico científica) en la institución, lo cual redundaría en la calidad de la atención al usuario. Así la situación en el ámbito de las instituciones privadas reconoce la contratación, dado que tienen demandas variables en tiempo y cantidad, donde el costo-trabajo posee un peso importante a la hora de prestar servicios de salud.(96)(60)

Otro aporte encontrado en el estudio fue el salario bruto de un dependiente inicial en el sector (enfermera de piso con título universitario) donde es mayor en el público que en el sector privado. En comparación con estudios realizados en otros países de la región, la situación se expresa diferente, la Asociación de Enfermeras de Panamá por ejemplo, a través de su presidenta en el 2012 admite que existe un descontento en la profesión de enfermería no solo por lo laboral sino por la estabilidad y los bajos salarios en el sector gubernamental, que motivan a las enfermeras migrar hacia instituciones de salud privada.(31)

Otro estudio realizado en Chile (2003), también muestra que las enfermeras que trabajan en el sector privado se encuentran levemente más satisfechas que las que lo hacen en el sector público respecto a las remuneraciones percibidas.(44)

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. Este hallazgo encontrado en la provincia de Córdoba sobre la edad de los trabajadores de la salud, es esperable debido a que en años recientes se implemento una apolítica de retiro voluntario anticipado del personal que trabaja en instituciones públicas.

Otro aspecto de los 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. (45)(19)

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. (91)

Un estudio realizado en Cali, acuerda 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.(86)

Varias investigaciones realizada 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.(101)(8)

Otro hallazgo de la investigación que también refiere a la composición de la remuneración es que los tres ítems más valorados y reconocidos por los trabajadores fueron: el monto básico, la antigüedad y el título de grado.

Estos aspectos de la remuneración, se encuentran como rubros mínimos señalados en varias investigaciones sobre recursos humanos en salud, como en Perú, Argentina y Costa Rica donde se expresa que la composición salarial nos permite visualizar que el salario de base constituye entre el 30/40% de lo percibido como remuneración y el 60/70% está conformado por los beneficios, los mal llamados incentivos (como antigüedad, título, etc.) o el producto de los incrementos de convenciones colectivas, acuerdos y leyes específicas de las profesiones.(26)

Un resultado a destacar en la investigación fue que en las instituciones privadas de salud existen profesionales que son titulares independientes de servicio (concesionarios, locadores, gerenciadore, etc) que perciben un salario muy superior al del sector público, pero es reducido el grupo de sujetos en estas condiciones.

Este dato coincide con autores ecuatorianos que expresan que el empresario tiene libertad de contratación, que el profesional tiene libre ejercicio, que la naturaleza de su prestación no necesariamente debe ser en relación de dependencia, por tanto en el ámbito privado toda la legislación laboral es inminentemente social, es decir constituye un referente de los mínimos que un trabajador debe percibir, en consecuencia los escalafones no son de observancia obligatoria para los empleadores en los profesiones médico, es por ello, que es posible encontrar pagos diferenciados en el sector privado y sin límite en los montos de los mismos.(91)

Al relevar en el estudio los resultados obtenidos en relación con los incentivos que reciben actualmente el equipo de salud, el estudio mostró que la capacitación y los premios (presentimos, 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 relacionados 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”. (71)

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. Teniendo en cuenta esto, se refleja la urgencia de una mayor cualificación para asegurar una mejor elección de empleo, resaltando el peso que significa la capacitación en este grupo disciplinar.(65)(76)

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”.(66)(64)

En oposición a los planteos anterior en un gran número de investigaciones plantean el beneficio de los incentivos económicos en la mejora de la calidad de las prestaciones y como un motivar importante en los profesionales de la salud. (54)(41)(4)(110)(40)(48)(29)(102)(28)(75)

Al desagregar los incentivos del estudio por las diferentes profesiones, la capacitación es el más referido por todas las disciplinas, particularmente en los trabajadores sociales, es el único señalado.

El colectivo de enfermería reconoce también el incentivo de premios, y en los médicos el incentivo de productividad, estos dos últimos incentivos asociados a lo económico, representan las mayores controversias en salud, a continuación se muestran evidencias encontrados en diferentes trabajos que dan cuenta de los incentivos económicos.

La Organización Internacional del Trabajo (92) acuerda con lo señalado por los profesionales médicos intervinientes en el presente estudio en muchos de sus informes, ya que identifica dos formas principales del pago: remuneración por tiempo (*pro rata tempore*) y la remuneración por resultados (*pro labore*). El sistema de pro labore parece ser la forma predominante en la profesión médica con los honorarios por servicios prestados, mientras el pro rata tempore es válido para otros profesionales como las enfermeras, acordando con la investigación.

Igualmente otro autor Rígolo y otros, manifiesta que la evolución de las experiencias de los incentivos en otras industrias, tiene un correlato especial en los servicios de salud, ya que las profesiones predominantes tienen una tradición de ser pagadas *pro labore*. El médico y el hospital tradicional se construyeron en conformidad con ese sistema de incentivos "naturales": cuanto más trabajaban, más se les pagaba, con los límites de la capacidad de pacientes para pagar los honorarios.(105)(58)

Dos estudios realizados en Estocolmo en 11 consejos de los condados suecos, sobre cuatrocientos dieciocho médicos que poseen un sistema de reembolso basado en el desempeño (donde se limita aspectos financieros, directrices diagnósticas y listas de medicamentos recomendados), cuestiona los datos del incentivo financiero, manifestando que este sistema de pago no es condición suficiente para garantizar la calidad de la atención, ya que afecta el poder y la autonomía profesional de los médicos, estos dos últimos aspectos no asociados a la remuneración parecen afectar también a los profesionales médicos en su atención a los usuarios y en su satisfacción laboral, coincidiendo con otras investigación en el mismo tema.(49)(16)(78)

Otro estudio donde se analiza el sistema de incentivos financieros y no financieros que subyacen a las preferencias de trabajo de los médicos en Bangladesh que trabajan tanto en los servicios de salud del gobierno y como en la práctica privada, apoyan los datos encontrados,

afirmando que el incentivo económico funciona como positivo en los médicos que se desempeñan en la atención primaria, manifestando “que renunciaría a la práctica privada si se paga un salario más alto”; mientras que los que trabajan en la atención secundaria y terciaria han adoptado estrategias individuales para acomodar las ventajas del empleo en el gobierno (beneficios relacionados a su desarrollo profesional) y en la práctica privada (minimización de los costos de oportunidad de las pérdidas económicas). Otro aspecto que señala la investigación es que los incentivos financieros que tienen como objetivo aumentar el número de médicos en las zonas rurales, como un subsidio de no práctica privada, tienen más probabilidades de ser apreciado por los médicos que están en el comienzo de su carrera. En todos los encuestados la mejorar de la formación y las oportunidades de carrera parece ser de gran importancia a la hora de la satisfacción laboral, esto acuerda en este estudio ya que se manifiesta la capacitación como un incentivo enunciado por las profesiones.(56) Refuerza esta postura situaciones presentadas en Jujuy sobre la situación de los trabajadores rurales y la necesidad de incentivos para su retención.(34)

Sin embargo, otro investigación realizada en San Francisco donde se indagó el uso de cuidado controlado a través de incentivos económicos para influir en la práctica de los médicos de atención primaria, concluyó que los incentivos que dependen de limitar las referencias o en una mayor productividad son percibidos por los médicos como una presión selectiva que se cree que comprometería la atención. Los incentivos que dependen de la calidad de la atención y satisfacción de los pacientes se asocian a una mayor satisfacción laboral entre los médicos y por ende influye en la atención.(57)

Hallazgos encontrados en un estudio realizado en Grecia, cuyo propósito fue desarrollar un instrumento fiable y válido para la investigación de las actitudes de los médicos, enfermeras y personal administrativo hacia aspectos relacionados con el trabajo y la medida en que estos les motivan para mejorar el rendimiento y aumentar la productividad, resultaron cuatro componentes intrínsecos que se asemejan a los resultados encontrados en nuestro estudio fueron : los atributos del trabajo en primer lugar, la remuneración en segundo, los compañeros de trabajo tercero y el rendimiento profesional como cuarto lugar.(99)

Un estudio comparativo de los grupos de médicos que reciben por FFS con uno que es pagado por capitación, concluyo, que existen evidencias de que el comportamiento médico es influenciado por la forma o sistema como ellos son pagados. Las evidencias insinúan que los médicos pagos por unidad de servicio/procedimiento proporcionan mayor cantidad de servicios

de cuidados primarios que los médicos pagos por capitación o salario. Entretanto, no hay evidencias sobre su influencia en el status de salud de los pacientes y en los resultados clínicos, por tal motivo no es posible concluir que estos cambios son benéficos para los pacientes, esto es demostrado en varios estudios encontrados.(55)(110)

Hallazgos de Kingma (2003) y Becerra Mosquera, J. y Col. (2000), apoyan estos resultados, destacando que dentro de los incentivos al trabajo relevados 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.(65)(13)(37)

Investigación realizada en Calí y otras, coinciden con respecto a los incentivos implementados en los profesionales de la salud se encontraron los indirectos referidos a: a) Impulso a la capacitación según desempeño de los profesionales; b) Apoyo económico para la realización de estudios en el exterior, que contempla la contraprestación de trabajo por el doble de tiempo de duración de los estudios al regreso al país; c) Reconocimiento público de acuerdo al desempeño (entrega de placas o certificados de exaltación de la labor desarrollada) y c) Permisos remunerados para la asistencia a eventos académicos una vez al año.(96)(122)

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.(112)

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 entró en la profesión para centrarse en el pago", "Las enfermeras no están interesados en la recompensa financiera - que son básicamente profesionales comprometidos", "Las enfermeras no piensan en términos de incentivos financieros".(65)

Otras autores aportan iguales manifestaciones en diferentes estudios: "La enfermería nunca ha sido vista como una carrera financieramente gratificante", (24)"La mayoría [de las

enfermeras encuestadas] (64,5%) cree que la enfermería es una vocación"(5), "Toda la idea de ofrecer incentivos proyecta una imagen de falta de decoro a la profesión de enfermería"(22), "Los servicios de enfermeras especializadas que están en los mismos, no lo hacen por el dinero".(107)

El estudio de Kingma, 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 términos 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" (65)

Al desagregar los datos de esta investigación según e grado de formación dentro de la disciplina de enfermería, se encontró que las enfermeras profesionales, reconocen todos los incentivos relevados, mientras que el grupo de auxiliares solo reconoce dos incentivos: capacitación y premios.

Algunos estudios realizados en todas las Américas confirman estos hallazgos, mostrando el interés del grupo de auxiliares en la alta motivación en la capacitación, donde demuestran la adhesión de este grupo a los programas de profesionalización implementados para alcanzar la categoría profesional que se desarrolló en gran parte de la región de América del Sur.(59)(34)(42)(106)

Al mirar en la investigación la disciplina de enfermería en relación con las instituciones privadas se observó que son más significativos los incentivos a la productividad y el reconocimiento económico. Las posibilidades de recibir incentivos de capacitación en el ámbito privado son de 3,3 mayor que en el público.

Un estudio realizado en Santiago de Chile, muestra en desacuerdo con los datos de la investigación ya que expresa que en las instituciones públicas de ese país poseen mayor capacitación que las privadas.(119)

Otro aporte de este trabajo es que la mayoría del equipo de salud tiene opinión positiva sobre la influencia del incentivo económico en la mejora de la calidad del servicio y la mejor dedicación al trabajo. Asimismo, afirman que el sistema de incentivos vigente no favorece en

materia de resultados de prestación de salud, ni la productividad, ni el trabajo grupal, ni a la participación gremial y asociativa. Estos relación entre incentivos económicos y calidad de las prestaciones de salud se muestra controversiales y de gran interés en estudios sobre la temática probablemente, por lo cual se encuentran estudios que parece confirmar que la remuneración por resultados o incentivos condicionales condicionan o llevan a aumentos de la producción de servicios y la productividad, si bien no se sostienen a largo plazo.(35) Corroborar también que este tipo de alternativa es una parte deliberada de una estrategia general para el desarrollo de una organización y no solo una parte aislada dirigida a mejoras concretas de productividad. Por lo tanto, puede considerarse parte integrante del todo más amplio del sistema de relaciones de trabajo concretas, es decir de las relaciones individuales y colectivas (entre organizaciones) entre la fuerza de trabajo y la administración, que se establecen en el interior de las organizaciones. (27)

Las investigaciones consultadas señalan además, que en organizaciones de salud que se encuentran operando al límite de su capacidad instalada y tienen tradición gerencial, sería necesario hacer ajustes más finos y sensibles al ensayar estrategias alternativas de remuneración. Estos ajustes deben apuntar hacia la adopción de sistemas para dividir, no solamente las ganancias o la productividad, sino especialmente el poder, o sea, para permitir una mayor participación de los trabajadores en las decisiones.(27)

La investigación desarrollada en Cali expresa que para el conjunto de entrevistados (comunidad, profesionales y personal directivo) la puesta en marcha de distintas formas de contratación o modalidades de remuneración no afecta la calidad de la relación médico-paciente que se da en la prestación de los servicios que reciben los usuarios. Al parecer, prima el principio de la ética profesional. Además señala que para el usuario no es posible identificar las condiciones laborales (formas de contratación, modalidades de remuneración e incentivos) bajo las cuales están los profesionales que les atienden. Específicamente, los representantes de los usuarios entrevistados y algunos trabajadores expresaron no conocer las condiciones laborales en las que se encontraban los funcionarios de las instituciones a las que pertenecen o las características de los contratos del personal que está vinculado en una forma distinta a la de planta o nombramiento.(96)

Autores americanos, expresan que las organizaciones de atención gerenciadas incluyen incentivos financieros para los médicos de atención primaria que están ligadas a varias medidas

de desempeño.(53) Así, los incentivos que dependen de limitar las referencias o de una mayor productividad, ejerce una presión selectiva sobre los médicos de manera que se cree que comprometen la atención.(38) Los incentivos que dependen de la calidad de la atención y satisfacción de los pacientes, se asocian a una mayor satisfacción laboral entre los médicos.(57)(81)

Otro estudio realizado en Barcelona, aporta que los incentivos relacionados con la calidad de atención de las metas anuales, pueden aumentar la percepción de los médicos de la carga y pueden tener un impacto negativo sobre la satisfacción del consumidor. Los incentivos a largo plazo sobre el desarrollo profesional parecen estar relacionado con un aumento en la percepción de los profesionales de apoyo de la estructura de gestión. (51)(97)(3)

El objetivo de la investigación referido a la evaluación sobre la calidad de la atención de los diferentes servicios, según la opinión de los usuarios, resultando ser el servicio de internación el mejor calificado. Al mirar la disciplina de enfermería, los usuarios la calificaron mayoritariamente como muy buena y buena, expresando que es el profesional que menos demora en atender al usuario (menor de 5 minutos), lo cual expresa la satisfacción por las prestaciones recibidas.

Varios estudios sostienen que la satisfacción en el cumplimiento de la prestación en salud puede mejorar la productividad de las enfermeras y la calidad de la atención que ofrecen, cumpliendo así el objetivo fundamental del sistema de atención de salud. Además señalan que entre las enfermeras, este aumento de bienestar está relacionado con una mejora de la satisfacción del usuario. (82)(96)

Asimismo los diversos estudios encontrados expresan que la posibilidad de mejoras de la calidad está relacionada con la posibilidad de ofrecer a los trabajadores de la salud incentivos de características múltiples a fin de lograr una mejor motivación para su desempeño.(73)(103)(121)(10)(62)

Un aspecto particular de la disciplina de enfermería que está asociada a la calidad de la prestación y que posee evidencia suficiente en el mundo científico es que hecho del número de enfermeras en relación a cantidad de la demanda. (63)(113)(115)(36)

En el último objetivo de la investigación, que relacionó la calidad de la prestación de los servicios, y la asociación con los incentivos y la remuneración, a través de la evaluación por proceso de la gestión del cuidado mediante los índices de calidad, los datos mostraron que

existe asociación entre la variable regresoras y la variable respuesta en la antigüedad, el monto del salario percibido y disminuye esa calidad al no recibir los incentivos económicos, cuando la naturaleza jurídica es privada o su situación de revista no es de plata permanente.

Autores españoles (2003), en un estudio sobre calidad de vida de los profesionales concluyen que la percepción que tienen los trabajadores de la salud es que existe excesiva carga de trabajo con pocos recursos y los ítems más resaltados fueron que cuanto mayor antigüedad y capacitación están mejores preparados para desarrollar el trabajo, acuerda con los datos de esta investigación.(109)

Burijobich 2005, en un trabajo realizado sobre la provincia de Córdoba expresa que la diferencia radical que existe entre el personal de plante permanente (ingresa al estado provincial siguiendo las normativas establecidas) y el personal contratado, la diferencia es que el personal permanente goza de estabilidad en el cargo, mientras que el contratado no tiene dicha garantía. En el mismo estudio, se expresa que un alto porcentajes de trabajadores poseen una antigüedad en su puesto de trabajo de más de 20 años y con experiencia acumulada, eso, según la autora debe ser considerado a efectos de establecer canales de transferencia de información y de capacitación del personal más antiguo al mas nuevo, dando cuenta de esta manera del beneficio que este representa en la calidad de las prestaciones de los servicios. (21) Al relacionarlo con los hallazgos de esta investigación afirmarían que las condiciones de trabajo basadas en mejor salario, incentivos económicos y permanencia en el puesto son aspectos fundamentales para la calidad de la prestación en salud.

Agrega además, en desacuerdo con los resultados en el aspecto de la institución privada, la misma autora, que es en el sector privado en donde la relación calidad del empleo, calidad de la atención, cobra importancia debido al estímulo de la competencia, es por eso, que al estar regido por las reglas del mercado este sector resulta fundamental conocer el grado de satisfacción de sus empleados. También destaca, que solo se logrará mejorar los indicadores de calidad en el sector salud si se logra mejorar la calidad en el empleo. (21)

En un estudio realizado en 234 hospitales de Estados Unidos en el año 1994, en sus conclusiones se detalla “que los hospitales magnéticos tienen una reducción de la mortalidad”, esto se debería a las características de estas instituciones que como elementos esenciales para proporcionar atención de excelencia se encuentran entre otros, los salarios y los beneficios de la organización competitiva, la calidad y la mejora en la atención de los pacientes y la permanencia en el puesto, acordando de esta manera con los hallazgos de este estudio.(108)

El Consejo Internacional de Enfermeras, por su parte, argumenta que dentro de las causas que producen estrés laboral a las enfermeras con su consecuente imposibilidad para afrontar el trabajo con seguridad y confianza en sus actuaciones profesionales se encuentran la remuneración inadecuada, la incertidumbre con respecto al puesto que ocupa y la modalidad de contratación, entre otros, estos hallazgos apoyan los resultados de asociabilidad de las variables regresivas. (72)

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 presenta 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 SST. Hay pruebas que demuestran que los incentivos económicos modifican el comportamiento de los trabajadores o las tasas de incidentes en las empresas.(41)(2)(4)

Otro estudio cuyo objetivo fue la revisión del efecto de los cambios en el método y el nivel de pago en la calidad de la atención prestada por los médicos de atención primaria (PCP) e identificar los diversos tipos de incentivos financieros que han mejorado la calidad; las características de las poblaciones de pacientes para los que la calidad de la atención ha sido mejorado por los incentivos financieros. Se incluyeron siete estudios en esta revisión. Tres de

los estudios evaluaron un solo umbral pagos por objetivos, se examinó una tarifa fija por paciente para lograr un resultado determinado, un estudio evaluó los pagos basados en la clasificación relativa de desempeño grupos de medicina (torneo con sede en pago), un estudio examinó una mezcla de torneo basado en salarios y pagos mínimos, y un estudio evaluó el cambio de un esquema de pagos mezclado con el pago asalariado. Tres ECA por grupos examinados para dejar de fumar, una CBA examinado la evaluación de los pacientes de la calidad de la atención; una CBA examinado cribado cervical, mamografía, y la HbA1c, una ITS se centró en cuatro resultados en la diabetes, y controla una ITS (una diferencia-en-diferencia de diseño) examinaron cribado cervical, mamografía, HbA1c, la inmunización infantil, la detección chlamydia, y medicamentos para el asma adecuado. Seis de los siete estudios que mostraron efectos positivos pero modestos en la calidad de la atención para algunas medidas de resultado primarias, pero no todos. Un estudio no encontró efectos sobre la calidad de la atención. En particular, ninguno de los estudios abordó temas de sesgo de selección, como resultado de la capacidad de los médicos de atención primaria para seleccionar dentro o fuera del plan de incentivos o plan de salud. Las características de los PCP que han respondido a los incentivos financieros, encontraron que el uso de esquemas de pago mezclados en la atención primaria, incluyendo el uso de incentivos económicos para recompensar directamente "rendimiento" y "calidad" está aumentando en varios países. Hay muchos ejemplos en los EE.UU., y el Marco de Calidad y Resultados (QOF) para los médicos generales (GPs) en el Reino Unido es un ejemplo de una importante reforma en todo el sistema. A pesar de la popularidad de estos sistemas, en la actualidad existe poca evidencia rigurosa de su éxito en la mejora de la calidad de la atención primaria de salud, o de si tal enfoque es costo-efectiva en relación con otras formas de mejorar la calidad de la atención.(110)

Un estudio realizado por el Instituto para Estudios de Política de Salud de la Universidad de California, San Francisco, expresa que existen muchas cuestiones fundamentales que aun deben ser resueltas antes de que podamos desarrollar una calidad enfocada en marcadores en la salud. La experiencia de otras industrias, sugiere que, si los incentivos financieros son suficientemente grandes y claros, pueden tener un impacto en la calidad. En teoría, los incentivos financieros positivos podrían proporcionar un gran estímulo para la calidad. En el cuidado de la salud, sin embargo, debido a la dificultad que presenta la medición de la calidad y la falta de corrección en función de los riesgos, hace que no se fomenten los planes de salud basados en los incentivos financieros para maximizar la calidad. Expresa que es poco probable

que los incentivos financieros para la calidad se puedan medir a menos que las diferencias de riesgo entre las poblaciones se pueda aplicar. Esto será difícil, pero es posible, incluso dentro de las condiciones de alto costo. La corrección por diferencias de riesgo será el estímulo más importante para la calidad, pero también deben estar vinculados a las mejoras en los sistemas de información y un acuerdo sobre un paquete de beneficios mínimo, las normas de presentación de informes de calidad y los requisitos de solvencia financiera, para que puedan ser efectivos.(40)

Otra investigación cuyo cuestión clave fue abordar el rendimiento basado en el reembolso (PBR) es una forma útil de crear el incentivo adecuado para mejorar la eficiencia en la atención de la salud, fue un estudio de cohorte prospectivo de 4 años, fueron estudiados en los médicos en un consejo con derecho de obtentor y en diez consejos sin dicho sistema. Los resultados de este estudio indican que el PBR, en comparación con un sistema de presupuesto anual, crea un incentivo diferente, un "incentivo interno" que puede ser más fuerte que el incentivo externo de presiones financieras. PBR puede dar lugar a una conciencia mayor costo y menor duración de la estancia media, pero también puede tener efectos negativos sobre la calidad de la atención. Un fuerte conciencia costo resultó ser un predictor negativo de la calidad de la atención que indica que es un acto de equilibrio difícil de mantener las consideraciones de costos en un "buen" nivel con el fin de mantener los beneficios de la conciencia de los costes sin afectar negativamente la calidad de la atención. Recomienda además, la necesario realizar más estudios sobre el impacto de la PBR en el desempeño financiero y la calidad de los cuidados.(47)

Un artículo encontrado se pregunta si los incentivos financieros pueden mejorar la calidad del cuidado de la salud. Un marco conceptual elaborado a partir de la microeconomía, teoría de la agencia, la economía del comportamiento y la psicología cognitiva motiva una serie de proposiciones sobre efectos de los incentivos sobre la calidad clínica. Estas proposiciones fueron evaluadas a través de una síntesis de los estudios revisados existente evidencia empírica. Incentivos financieros integrales de equilibrio de premios y castigos, estructura de mezcla, el proceso y las medidas de resultado continuas, haciendo hincapié en los estándares, el desempeño absolutos, adaptando el tamaño de las recompensas incrementales al aumento de los costos marginales de la mejora de la calidad, y garantizar la seguridad, la frecuencia y la sostenibilidad de los pagos de incentivos -ofrecen la posibilidad de mejorar significativamente la calidad más allá de las repercusiones modestas en los que prevalezca el pago por rendimiento

de programas. Tales innovaciones organizativas como las organizaciones de atención primaria de hogar médico y responsable de atención de salud se espera para catalizar los modelos de calidad más poderosos incentivos: capitación riesgo y ajustada a la calidad, episodio de pagos para el cuidado y mejora de los pagos de honorarios por servicios para las dimensiones de la calidad (por ejemplo, prevención) son los que más se presta a la entrega de un buen trabajo en la atención.(29)

Otro artículo de revisión examina la relación entre los incentivos financieros que enfrentan los médicos en los planes de atención médica administrada y la utilización de los servicios. La conclusión principal de esta revisión es que los incentivos financieros que enfrentan los médicos son un elemento clave en la explicación de las tasas de utilización más bajas de los inscritos en los planes de atención médica administrada. Sin embargo, advierte que esta conclusión no es definitiva, ya que se basa en estudios que están sujetas a numerosas fuentes de sesgo potencial. Para aislar el impacto de los incentivos financieros que enfrentan los médicos en la realización de planes de salud, es necesario ajustador paciente, médico, plan de salud, y las características mercado relacionado con la utilización y la mayoría de los estudios incluyen poca información acerca de estas características.(58)

Otra investigación revisada describe la estructura, la implementación y los resultados iniciales de un programa hospitalario basado en el desempeño de incentivos diseñado por un plan de salud sin fines de lucro de gran tamaño. El Servicio de Calidad del Hospital y el programa de Reconocimiento, desarrollado por el Hawaii Medical Service Association, fue lanzado en 2001 para premiar a una atención de calidad médica en el hospital. Este programa de pago por desempeño utilizado datos de reclamaciones administrativas, datos de encuestas y la información de los hospitales informaron de evaluar el desempeño del hospital en el riesgo ajustado complicaciones y ajustada al riesgo la duración de la estancia (LOS), la satisfacción del paciente, y los procesos hospitalarios de las medidas de atención. Los incentivos financieros fueron provistos a los hospitales participantes en base a su desempeño en estas medidas. Los resultados preliminares del programa evaluado durante un período de 4 años después de la implementación reveló mejoras en las tasas globales de riesgo ajustados en función de las complicaciones quirúrgicas y la eficiencia de la atención como se evidencia por una disminución sustancial en el riesgo ajustado por medio de varios procedimientos quirúrgicos. La mejora de la calidad se demuestra en varios otros componentes del programa incluyendo la satisfacción de urgencias. Este programa de incentivos de calidad ofrece un enfoque innovador

para fomentar la entrega de atención de alta calidad y con vocación de servicio en una red estatal de centros participantes.(14)

Una investigación cuyo objetivo fue estimar la ganancia total de la salud de la mejora de la calidad de la atención de los pacientes con enfermedad cardiovascular, de acuerdo con las metas de los indicadores de calidad en el nuevo contrato para los médicos generales (GPs) en el Reino Unido. El mismo, concluyo que es posible cuantificar la ganancia en salud a la población la práctica de alcanzar los objetivos de calidad, tales como los establecidos en el nuevo contrato de GP. La cantidad de ganancia de salud es sensible a la calidad actual de la atención, la prevalencia de condiciones, y los factores de riesgo, y a la magnitud del cambio esperado. Sin embargo, resalta que parece que un aumento significativo de salud podría resultar de la consecución de los objetivos de calidad propuestas.(78)

Otro estudio realizado por Kavanagh, 2011 sobre los incentivos económicos para promover la calidad de la salud en situación donde el hospital adquirió condiciones política de no pago, plantea la preocupación de los hallazgos de que se estima que en los Estados Unidos 98.000 pacientes mueren cada año debido a condiciones adquiridas en el hospital (HAC). Recientemente se ha informado de que estos pacientes ya muchos mueren anualmente de infecciones adquiridas en el hospital (HAI) solos. En la actualidad, HAI afecta a 1,7 millones de ciudadanos americanos cada año. Aunque estas condiciones son a menudo llamados "errores evitables", algunos se asocian a hospital en particular y de las culturas del médico, y muchas de estas enfermedades, como la formación de úlceras por presión y las infecciones, pueden ser una señal de bajo nivel de dotación de personal de las instalaciones. Se han desarrollado protocolos que han demostrado reducir la incidencia de HAC muchos, pero éstos han sido lentos para ser adoptado. Los mecanismos voluntarios de información para garantizar la calidad de la salud se presentan como haber reducido la eficacia de la Comisión Paritaria y EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina del Inspector General informa. La transparencia y la educación pública también se han reunido con la resistencia, pero en el caso de las infecciones por ahora cuentan con el apoyo de las principales organizaciones médicas nacionales, frente a este panorama, se propone una nueva iniciativa para promover la calidad, los incentivos financieros han fueron llevado a cabo por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid. Los cirujanos han vivido bajo estrictas incentivos financieros desde mediados de 1980, cuando fueron puestos bajo globales honorarios quirúrgicos. Actualmente, Medicare debe hacer reducciones de gastos, ya que corre el riesgo de convertirse en insolvente dentro de la década.

La aplicación de los incentivos financieros deben depender de un equilibrio entre la falta de pago de los proveedores por no prevenibles versus HAC la promoción de la calidad asistencial y la seguridad del paciente, la reducción de la morbilidad y la mortalidad, el estimulando los mecanismos para reducir aún más el HAC, y el recuperar del contribuyente dólares para HAC que podrían haberse evitado. Estos resultados aportan evidencia para resaltar la incidencia entre los incentivos y la calidad de las prestaciones ofrecidas y el impacto negativo que genera la reducción de los mismos por situaciones macroeconómicas del contexto de EEUU.(64)

Otros estudio sobre tipos de incentivos que se ofrecen a los trabajadores de la salud en Uganda, fue la indemnización para el almuerzo incluido en los paquetes de beneficios de los trabajadores y en Ghana se implemento la oferta de préstamos para automóviles y viviendas asequibles, resultaron ser un aporte valioso para la motivación de los trabajadores como incentivos económicos.(103)

Mañez, 2013, refuerza en su revisión bibliográfica que los incentivos económicos mejorar la salud de las personas, pero advierte al mismo tiempo, que poseen un tiempo corto de duración, de más de seis meses para sostener este efectos.(75)

Global Resource Center, en el 2007, expresa que en los países donde los recursos humanos para la salud (RHS) son insuficientes para satisfacer las necesidades, cada vez es más importante que los trabajadores de salud reciban apoyo para hacer su trabajo con eficacia y eficiencia. La asistencia sanitaria productividad, como incentivos en los trabajadores es un elemento clave de los servicios de salud de calidad. Los beneficios de hacer frente a la productividad incluyen una mayor eficacia, la intensidad de carga de trabajo reducida, mayor satisfacción del trabajador y una mayor calidad de la atención. (53) Aporta además numerosos estudios realizados en Pakistan, Zambia, Tanzania, etc, en los mismos se estudian el pago de incentivos económicos y su impacto en la mejora de la motivación y el rendimiento laboral de los trabajar de la salud. (38)

Frente a este importante número de investigaciones presentadas hasta el momento que apoyan los resultados de esta investigación sobre la asociabilidad de Incentivo económico y mejoras de servicios, existe, otro gran número de estudio que demuestra que no es condición suficiente para lograr esta garantía expresando la necesidad de incentivos múltiples para lograr ese resultado de calidad en la prestación.

Así podemos citar a Orvill A. and Vern H. en el 2001, en un informe preparado para la Organización Mundial de la salud proporciona en el documento una visión general de las

pruebas de los efectos de los incentivos sobre el desempeño y la motivación de los profesionales de la salud independientes y trabajadores de la salud. Los incentivos que se observaron fueron en el contexto de aquellos que estaban en poder de los organismos pagadores o los empleadores. La revisión realizada definió la naturaleza de incentivos económicos y de incentivos no financieros. Se prestó especial atención a la necesidad de los países en desarrollo a comprender los efectos de las medidas de reforma de la salud en los incentivos. La literatura actual encontró que la respuesta de los médicos a los incentivos económicos inherente a los mecanismos de pago parece seguir direcciones previstas en la teoría. Incentivo estructuras son cada vez más complejo, sin embargo, como resultado de la atención médica administrada y mezclado mecanismos de pago. No hay pruebas suficientes de los efectos de los incentivos sobre la motivación y el desempeño de los trabajadores de salud, debido tal vez a una preocupación de los investigadores con respuestas económicas. Recomienda que los incentivos deban verse en un contexto más amplio para comprender limitaciones y los factores de éxito que afectan a sus perspectivas. La salud y los recursos humanos deben ser visto como un sistema complejo e interrelacionado donde el incentivo dirigido a un grupo de profesionales tendrá un impacto en todo el sistema.(97)

Otro estudio realizado por Cohen JW, Spector en Estados Unidos realizó un estudio donde analiza una muestra nacionalmente representativa de hogares de ancianos y residentes de asilos para examinar el efecto de los reembolsos de Medicaid en la calidad de la atención. El análisis muestra que tanto en el abordaje de reembolso y el nivel de afectar la calidad de un hogar de ancianos, según lo medido por caso-la combinación de personal ajustado a las relaciones de los residentes. El análisis también muestra que los coeficientes de personal tienen un impacto significativo sobre los resultados de residentes, y estos impactos varían según la categoría profesional del personal. El reembolso no tiene un impacto significativo en los resultados del cuidado de la salud.(28)

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 PCP 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. La implementación debe proceder con cautela y sistemas de incentivos deben ser más cuidadosamente diseñados antes de la ejecución. Además de basar el diseño incentivo más en la teoría, hay una gran cantidad de

literatura para analizar las experiencias con estos esquemas que se pueden utilizar para extraer una serie de lecciones que se pueden aprender y que se podría utilizar para influir o modificar el diseño de sistemas de incentivos. Diseños de los estudios más rigurosos deben ser utilizados para explicar la selección de los médicos en los planes de incentivos. El uso de técnicas de variables instrumentales debe ser considerado para ayudar en la identificación de los efectos del tratamiento en la presencia de sesgo de selección y de otras fuentes de heterogeneidad no observada. En los ensayos aleatorizados, se debe tener cuidado en el uso de la unidad correcta de análisis y más se debe prestar atención a cegadora. Los estudios también deben examinar las posibles consecuencias no deseadas de los sistemas de incentivos por tener una base teórica fuerte, incluyendo una gama más amplia de los resultados, y la realización de análisis de subgrupos más extensa. Los estudios deben describir más consistente i) el tipo de plan de pago al inicio o en el grupo de control, ii) cómo los pagos a los grupos médicos fueron utilizados y distribuidos dentro de los grupos, y iii) el tamaño de los nuevos pagos como porcentaje de los ingresos totales. La investigación adicional comparar los costos relativos y los efectos de los incentivos financieros con otras intervenciones de cambio de comportamiento también es necesario si se quiere arribar a resultados confiables.(110)

Un estudio realizado en África, intento indagar sobre el papel de los incentivos no financieros y su influencia en la gestión de recursos humanos, mostró que los trabajadores de la salud en general están fuertemente guiados por su conciencia profesional y aspectos similares relacionados con la ética profesional. De hecho, muchos trabajadores de la salud están desmotivados y frustrados, precisamente porque no son capaces de satisfacer su conciencia profesional e impedido en la búsqueda de su vocación por falta de medios y suministros y debido a la inadecuación o aplicación inadecuada gestión de recursos humanos (HRM) herramientas. Los resultados confirman la hipótesis inicial de que los incentivos no financieros y las herramientas de gestión de recursos humanos desempeñan un papel importante en lo que respecta a aumentar la motivación de los profesionales de la salud. Adecuadas herramientas de gestión de recursos humanos puede mantener y reforzar la ética profesional de los médicos y enfermeras. Esto implica el reconocimiento de su profesionalidad y abordar metas profesionales como el reconocimiento, la promoción profesional y calificación. Estos hallazgos ponen en cuestión el verdadero peso de los incentivos económicos.(76)

Luoma M. 2006, afirma en su investigación que la motivación en el personal para mejorar la prestación de los servicios de salud deben concentrarse más en condiciones de trabajo, las

preocupaciones de seguridad personal y equipos inadecuados, más que en los incentivos basados en lo económico.(73)

Pooja K, en Africa frente a las escasas de recursos humanos en salud desarrollo diferentes programas para motivar, dentro de los que más éxito obtuvo se centran en mejoras edilicias en el lugar de trabajo, disponibilidad de materiales y equipamiento necesarios para prestar la prestación en salud.(103)

Otra investigación que indagó el uso de esquemas de pago mezclados en la atención primaria, incluyendo el uso de incentivos económicos para recompensar directamente "rendimiento" y "calidad" está aumentando en varios países. Mostró que hay muchos ejemplos en los EE.UU., y el Marco de Calidad y Resultados (QOF) para los médicos generales (GPs) en el Reino Unido es un ejemplo de una importante reforma en todo el sistema. A pesar de la popularidad de estos sistemas, en la actualidad existe poca evidencia rigurosa de su éxito en la mejora de la calidad de la atención primaria de salud, o de si tal enfoque es costo-efectiva en relación con otras formas de mejorar la calidad de la atención.(78)

La OMS junto con el CIE llevaron adelante la iniciativa mundial para revisar la situación de enfermería en el 2005, manifiestando que contratar y mantener el personal enfermería adecuado son retos esenciales para la salud de los responsables políticos. El rendimiento y la calidad de un sistema de salud dependen en última instancia de la calidad y motivación de los recursos humanos en salud. Por lo tanto, los problemas de contratación y retención deben ser adecuadamente abordados, como la escasez de personal de enfermería y los bajos motivación es probable que tengan efectos adversos en la prestación de servicios de salud y los resultados de la atención. Desde una perspectiva política expresa que para mantener las "enfermeras correctas en el lugar correcto" es necesario identificar y comprender los factores que influyen en la motivación de las enfermeras y el rendimiento. En ese contexto, la vinculación de los incentivos y de rendimiento es crucial. Los incentivos son importantes porque pueden influir en los determinantes clave de rendimiento. La motivación en el trabajo es ampliamente cree que es un factor clave para el desempeño de los individuos y de las organizaciones y también es un importante predictor de la intención de abandonar el lugar de trabajo. Hay tres factores que juegan un papel clave en la actuación de la enfermería en relación a inventivos, la capacidad del personal para hacer su trabajo; (sus conocimientos, habilidades y experiencia para realizar el trabajo); la motivación del personal para poner en el esfuerzo para hacer el trabajo y el apoyo de la organización o la oportunidad de hacer bien el trabajo (disponibilidad de recursos, la

presencia de políticas y prácticas conducentes al desempeño, el entorno físico y social). En otras palabras, el rendimiento depende de si el personal se percibe como capaz de hacer las cosas, si que están dispuestos a hacer las cosas y si tienen los medios para hacerlas. (122)

Una investigación desarrollada por el SAR Global Resource Center y CapacityPlus, 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.(61)

A modo de conclusión se presentan los siguientes aspectos:

- El sector público presenta más beneficios en el sistema laboral de los trabajadores de la salud que en el ámbito privado.
- 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 consecuente disminución de las vacaciones, ya que el sistema prevé solo 14 días corridos, en contraposición al público de 15 días hábiles. Resulta así menor cantidad de horas trabajadas por mayor salario en el sector público.
- Existe 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.
- La remuneración del equipo de salud en el ámbito provincial de manera global, se observa que su situación de revista es de planta permanente en 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, en cambio la proporción de planta permanente y de contratados se muestran similares en el interior y en capital.

- En enfermería no se encontraron diferencias significativas entre contratados y permanentes.
- La composición los tres ítems de la remuneración más reconocidos por los trabajadores fueron: monto básico, antigüedad y título de grado.
- El sector público tiene un salario mayor que el privado.
- Los incentivos que recibe actualmente el equipo de salud, son la capacitación y los premios.
- Las enfermeras reconocen el incentivo de premios, y los médicos el incentivo de productividad.
- En las instituciones privadas es más significativos los incentivos a la productividad y el reconocimiento económico y las posibilidades de recibir incentivos de capacitación en el ámbito privado es de 3,3 mayor que en el público, en cuanto al personal de enfermería.
- La mayoría del equipo de salud opina positivamente sobre la influencia del incentivo económico en la mejora de la calidad del servicio y la mejor dedicación al trabajo, asimismo afirman que el sistema de incentivos vigente no favorece en materia de resultados a la prestación de salud, ni la productividad, ni el trabajo grupal, ni a la participación gremial y asociativa.
- La evaluación de calidad de la atención que realizaron los usuarios señalaron al servicio de internado como el mejor calificado.
- La disciplina de enfermería, en su evaluación de calidad de la atención realizada por los usuarios fue mayoritariamente como muy buena y buena y la demora de la atención es menor de 5 minutos.
- Existe asociación entre las variables regresoras (antigüedad, monto del salario, incentivo económico, institución privada y situación de revista) y la variable respuesta (calidad de los servicios). Tal que a mayor antigüedad y salario mejora la calidad de la

atención, mientras que al disminuir el incentivo económico, ser de naturaleza privada y de planta transitoria, afecta negativamente a la calidad de la prestación expresada en IACC, IACU y IARM.

Comentarios Finales

A la luz de la asociabilidad de las variables regresoras y la variable respuesta, encontrada en este estudio y frente a la complejidad de las instituciones de salud se abre la posibilidad de nuevas líneas de investigación:

- Los procesos de cuidados y su relación con la capacitación permanente en los servicios
- Los procesos de cuidados y la relación con el monto del salario, la organización de la jornada laboral y la autonomía en ejercicio de la profesión
- La gestión de los procesos dentro de las organizaciones de salud y el trabajo interdisciplinario
- Nivel de desempeño en el personal de enfermería y su relación con los costos variables en la prestación de la salud

Capítulo N° 5: Bibliografía

1. Acuña C. H. & Chudnovsky M. El sistema de salud en Argentina. Documento 60 Marzo. Universidad de San Andrés. 2002 [Acceso nov. 1011] Disponible en : <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>
2. 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- económicos- para-la-seguridad-y- salud-en-el-trabajo-una-opción-rentable>
3. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Resumen del informe sobre incentivos económicos para mejorar la seguridad y la salud en el trabajo: análisis desde la perspectiva europea. España. 2011.[Acceso en febrero de 2013] Disponible en: http://www.navactiva.com/es/documentacion/resumen-del-informe-sobre-incentivos- economicos-para-mejorar-la-s_55418.
4. 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>.
5. 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>
6. 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
7. 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.
8. Arguedas 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-%20Análisis%20de%20la%20evolución%20de%20las%20remuneraciones%20en%20el%20sector%20salud.pdf>
9. Arroyo J. Desafíos del conocimiento en el campo de los recursos humanos. Universidad Peruana Cayetano Heredia Ciencia, salud y desarrollo: Logros y retos en cien años de la OPS. Washington, 12-14 junio 2000. 2002. [Accesos en Marzo 2009] Disponible en: www.paho.org/english/hdp/hdr/CAIS-02-Arroyo.ppt
 10. Awases et al. cited in Stilwell B, Diallo K, Zurn P, Vujicic M, Adams O & Dal Poz M (2004). Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. Bulletin of the World Health Organization, 2003, 82: 595-600. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862004000800009&script=sci_arttext
 11. Ayuso Murillo D. y Grande SELLERAS R. Gestión de enfermería y los servicios generales de organizaciones sanitarias. Edición Díaz de Santos. Madrid España. 2006. Pag 108-117
 12. Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and provider payment methods. International Journal of Health Planning and Management; 1995, 10: 23-45.
 13. Becerra Mosquera, J. y Col. 2000. Relaciones laborales en el sector salud. Editorial. Quito-Ecuador OPS-CEPAL-OIT
 14. Berthiaume J.T., Chung R.S., Ryskina K.L., Walsh J., Legorreta A.P. Aligning financial incentives with quality of care in the hospital setting. Diario de la publicación oficial de la calidad asistencial de la Asociación Nacional para la Calidad Sanitaria. 2006, Vol. 28 (2)36-44. [Acceso en marzo de 2013] Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?Db=pubmed&Cmd=Retrieve&list_uids=16749298&dopt=abstractplus
 15. Bingley, P., N. Datta Gupta y P. Pedersen. The Impact of Incentives on Retirement in Denmark, en J. Gruber y D. Wise (comps.) Social Security Programs around the World. Micro-Estimation, The University of Chicago Press. 2004.
 16. Borrell Carrió F., Carballo Álvarez F. y Col. Guías de ética en la práctica médica. Ética de los incentivos a profesionales sanitarios. Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid.
 - 17.

- [Acceso nov. 2011] Disponible en: http://www.fcs.es/docs/publicaciones/Guia_etica_incentivos_profesionales_sanitarios.pdf
18. Bresser Pereira, L.C. La reforma del estado de los años noventa: lógica y mecanismos de control en Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas: Retomando el debate de ayer para fortalecer el actual. Proyecto de Modernización del Estado. Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación Ciudad Autónoma de Buenos Aires - República Argentina. 2011. [Acceso nov. 2011] Disponible en: http://www.jgm.gov.ar/archivos/pme/publicaciones/libro_acuna.pdf
 19. 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
 20. Brito Quintana P. E. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral, Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2000. 8(1/2).
 21. Buchan, J. What differences does (“good”) HRM make? Human Resources for Health. Washington. 2004. [Acceso en marzo de 2012] Disponible en : <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/6>.
 22. 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.
 23. Canavan K . Incentive programs for nurses surfacing. The American Nurse. 1996.
 24. Cardoso J. C. Reforma tributaria. Informe final abreviado. Representante Nacional Por Rocha. Partido Nacional. 2009. Pag. 1-4.[acceso marzo 2011] Disponible en: www.josecarlos.com.uy/scripts/descarga.php?pdf
 25. Casey N. A significant shortage of quailified nurses in the NHS. *Nursing Standard*, 1996. 10(17):3. [PubMed Abstract](#) . .
 26. Centro de Gestión Hospitalaria.. Modelo de incentivos para la Calidad en Salud. Colombia. 2001 [Acceso en febrero de 2013]. Disponible en:<http://www.cgh.org.co/temas/descargas/modelodeincentivosparalacalidad.pdf>

27. CEPAL. Taller de expertos las políticas salariales: su función como instrumento de la mejoría en la prestación de servicios de salud. San José, Costa Rica 3 al 5 de Diciembre 2012. [Acceso en marzo de 2011] Disponible en:http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2012/ta_poli_sala_cor_dic/agenda.pdf.
28. 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).
29. 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>.
30. Conrad D., Perry L. Calidad basados en incentivos financieros en el cuidado de la salud: ¿se puede mejorar la calidad, pagando por ello? Revisión Anual de Salud Pública. Vol. 30, Pag.357-37. [Acceso en marzo de 2013] Disponible en: http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.publhealth.031308.100243?url_ver=Z39.88-2003&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=publhealth.
31. 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>
32. Crayg Anette. Asociación de Enfermería de Panamá. 2012. [Acceso en mayo de 2012] Disponible en: www.anep.org.pa
33. De Vos, K. y Kapteyn A.. Incentives and Exit Routes to Retirement in the Netherlands, en J. Gruber y D. Wise (comps.) Social Security Programs around the World. Micro-Estimation, The University of Chicago Press. 2004
34. Del Castillo M. L. Martinez V. Valderrey Y. Estudio de la remuneración basada en los resultados como lineamiento estratégico para mejorar la productividad organizacional. Universidad de oriente núcleo Monagas. Escuela de ciencias sociales y administrativas. Departamento de gerencia de recursos humanos. Maturín. 2005. [Acceso nov. 1011]

Disponible en : http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/668/1/_TESIS-658.3225_M362_01.pdf

35. Diario Jujuy al Día. Publicado él: Mie, may 16th, 2012. A través de incentivos económicos: Fiad pretende que más trabajadores de la salud desarrollen tareas en zonas rurales. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: <http://www.jujuyaldia.com.ar/2012/05/16/a-traves-de-incentivos-economicos-fiad-pretende-que-mas-trabajadores-de-la-salud-desarrollen-tareas-en-zonas-rurales/>
36. Diario de Navarra. Salud baraja incentivos económicos para controlar las listas de espera. 2011. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: http://www.diariodenavarra.es/noticias/navarra/mas_navarra/salud_baraja_incentivos_economicos_para_controlar_las_listas_espera_39247_2061.html.
37. Diario Web Centroamerica.2013. Déficit de enfermeras en Panamá supera las dos mil 200. . [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: <http://www.diariowebcentroamerica.com/economia-y-turismo/deficit-de-enfermeras-en-panama-supera-las-dos-mil-200/>
38. Dieleman M, Cuong PV, Anh LV and Martineau T. Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam. Human Resources for Health 2003;10. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/10>
39. 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>
40. Donaldson C, Gerard K. Countering Doctor Moral Hazard. CHAPTER. Economics of health care financing: the visible hand. London: Mac Millan.1993 pag. 101-115.
41. 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>.
42. 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>

43. Faccia K. A.. Estudio cualitativo y cuantitativo de la profesionalización de la Enfermería desde una perspectiva antropológica *Revista Argentina de Salud Pública* 2009|Vol. 1 - N 1 - Diciembre. Disponible en: <http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen1/RASP102-Faccia-ProfesionalizaciondeEnfermeriades.pdf>
44. Fernández I Y Ananías M.G. Incentivos a largo plazo para la retención de talentos. (Long – time incentives to retain for talent employees). Universidad de Viña del Mar. Chile. *Rev. Ciencias Sociales Online*, Noviembre 2006, Vol. III, No. 3. [Acceso nov. 1011] Disponible en : http://www.uvm.cl/csonline/2006_3/pdf/incentivos%20a%20largo%20plazo.pdf
45. Fernández Larraguibel Beatriz, Paravic Klijn Tatiana.. Nivel de satisfacción laboral en enfermeras de hospitales públicos y privados de la provincia de concepción, chile. *Cienc. enferm.* 2003. [citado 2013 Feb 15]; 9(2): 57-66. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200006&lng=es. doi: 10.4067/S0717-95532003000200006.
46. 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.
47. Fleury S. Reforma del estado. Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. 2002.. [Àccesos en Marzo 2009] Disponible en: <http://www.top.org.ar/ecgp/FullText/000000/FLEURY%20Sonia%20-%20Reforma%20del%20estado.pdf>
48. 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/>
49. Forsberg E; Axelsson R; Arnetz B. Effects of performance-based reimbursement on the professional autonomy and power of physicians and the quality of care. *Int J Health Plann Manage* 2001.16(4):297-310, Oct-Dec.
50. Forsberg E; Axelsson R; Arnetz B. Performance-based reimbursement in health care. Consequences for physicians' cost awareness and work environment. *Eur J Public Health*; 2002. 12(1):44-50, Mar.

51. 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
52. Gené-Badia J; Escaramis-Babiano G; Sans-Corrales M; Sampietro-Colom L; Aguado-Menguy F; Cabezas-Peña C; De Puellas P. Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care. *Health Policy*; 2007.80(1):2-10. [Acceso en marzo de 2013] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16546287>
53. Giordano O. Colina J. Las reformas al sistema de salud ¿el camino hacia un sistema universal, equitativo y eficiente?. Serie Documentos # 19. Julio. 2000. [Acceso nov. 1011] Disponible en : <http://cdi.mecon.gov.ar/biblio/docelec/fnm/trabajod19.pdf>
54. 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>
55. 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.cgh.org.co/productos/revista2.php>
56. Gosden, T ET AL. Impact of payment method on behaviors of primare care physicians: a systematic review. *J Health Serv Res Policy*. 2001. v. 6. n.1, p.44-55.
57. Gruen R; Anwar R; Begum T; Killingsworth Jr; Normand C. Dual job holding practitioners in Bangladesh: an exploration. *Soc Sci Med*; 2002.54(2):267-79, Jan.
58. Grumbach K; Osmond D; Vranizan K; Jaffe D; Bindman Ab. Primary care physicians' experience of financial incentives in managed-care systems. *N Engl J Med*; 1998. 339(21):1516-21, Nov 19.
59. Hellinger F.J. The impact of financial incentives on physician behavior in managed care plans: a review of the evidence. *Atención médica de investigación y revisión*. 1996. Vol. 53 (3) 294-314. [Acceso en marzo de 2013] Disponible en: <http://mcr.sagepub.com/content/53/3/294.abstract>
60. Heredia A. M. Y Malvarez S. Formar pata transformar. Experiencia estratégica de profesionalización de auxiliares de enfermería en Argentina, 1990-2000. Organización

- Panamericana de la Salud. I.S.B.N. 950-710-073-3. Editado por Representación OPS/OMS en Argentina. Impreso en Buenos Aires, Argentina, 2002. Disponible en: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/Pub54.pdf
61. Hurtado Hoyo E., Galmés M., Iraola N., Dolcini H., Yansensonj. y Gutiérrez Zaldivar H. Remuneraciones profesionales médicas. Revista de la Asociación Médica Argentina, 2009. Vol. 122 (2) 5- 15. [Acceso nov. 1011] Disponible en: http://www.ama-med.org.ar/revistas/2009-2/artoriginal_revistaama2009_2.pdf
62. Jaskiewicz W, Deussom R, R Rodas, Massie B, Valli H. El diseño de incentivos basados en la evidencia para atraer y retener a los trabajadores de salud Cómo usar el Kit de herramientas de retención Encuesta Rápida. SAR Global Resource Center. 2012.[Acceso en febrero de 2013] Disponible en: <http://www.hrresourcecenter.org/node/4556>.
63. Jaskiewicz W, Deussom R, Wurts L, G Mgomella. Encuesta Rápida Retención Toolkit: Diseño Basada en la Evidencia Incentivos para Promover la Salud. 2012. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: <http://www.hrresourcecenter.org/node/4557>
64. 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>.
65. 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 pública. 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&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed&.
66. 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>
67. Kohn, A. Why Incentives Plans Cannot Work. Harvard Business Review. 1993
68. Leal Cherchiglia, M. Sistema de pago y práctica médica: Teoría y evidencia empíricas. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. 2002. Washington. OPS/OMS.

69. Leal Cherchiglia, M. y Colb. Remuneración y productividad: el caso de la Fundación Hospitalaria del Estado de Minas Gerais, Brasil, 1992-1995. Rev. Panamericana Salud Pública. 1998. V. 4n. 2. Washington. [Acceso en marzo de 2013] Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-9891998000800007&script=sci_arttext
70. Ley 7625 del Régimen del Personal que integran el Equipo de Salud Humana. Gobierno de la Provincia de Córdoba. Establecida por Decreto N° 5640. Setiembre 1988.
71. Ley De Contrato De Trabajo N 20.744. Régimen De Contrato De Trabajo. 1976. Texto Ordenado Por Decreto 390/1976. Bs. As.
72. Liu X. Y Mills A. El efecto de rendimiento relacionado con el pago de los médicos del hospital en el comportamiento del hospital: un estudio de caso de Shandong, China. Recursos Humanos para la Salud. 2005. [Acceso en marzo de 2013] Disponible en: <http://www.human-resources-health.com/content/3/1/11>
73. López Montesino M.J. Consecuencias psicosociales del trabajo en personal de enfermería como indicadores subjetivos de rendimiento desde el enfoque de la gestión de los recursos humanos. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia. 2009. Pag. 227.
74. 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
75. Malvárez S, Rivas-Loria P, Heredia A M, Espino S. Editores OPS. Profesionalización de auxiliares de Enfermería en América Latina. 2005. Washington DC: OPS/OMS. [Acceso en marzo de 2013] Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/GOB/969_GRAL1274.pdf.
76. Mañez M.A. Incentivos económicos para la mejora de la salud. 2013. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: <http://www.slideshare.net/manyez/incentivos-economicos-para-la-mejora-de-la-salud>
77. 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>
78. 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

79. 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>.
80. 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
81. Ministerios de Salud de la Nación. Dirección de calidad de los servicios de salud. Programa nacional de garantía d la calidad de la atención médica. 2003. Guía básica de calidad para establecimientos de salud. Resolución 54/2003. Buenos Aires. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/msres54_2003.pdf
82. Nantsupawat A., Srisuphan W., Kunaviktikul W., Wichaikhum O.A., Aunguroch Y., H Aiken L. Impact of Nurse Work Environment and Staffing on Hospital Nurse and Quality of Care in Thailand. Journal of Nursing. 2011. Vol.43(4)426-432. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2011.01419.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>.
83. Nayeri N. D., Nazari A. A, Salsali M. And Ahmadi F..Iranian staff nurses' views of their productivity and human resource factors improving and impeding it: a qualitative study. Human Resources for Health, 2005. 3:9 [Acceso en febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.human-resources-health.com/content/3/1/9>
84. Newhouse J. R. Adjustment: where are we now? Inquiry (summer) .1998 35: 122-131.
85. Nicolo Gligo V. Estilos de desarrollo y medio ambiente en América Latina, un cuarto de siglo después. Serie 126. Medio ambiente y desarrollo. División de Desarrollo Sostenible y Asentamientos Humanos. CEPAL. 2006. Santiago de Chile. [Acceso en febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.oei.es/decada/portadas/LCL-2533-P.pdf>.

86. Novick M. Gestión de recursos Humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades. 1996. PAHO, 269 pp.
87. Observatorio De Recursos Humanos. Incentivos para personal de salud en la Atención Primaria de Salud en Chile: Un desafío en desarrollo. 2008. [Acceso en febrero de 2013]. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/estudio_caso_chile.pdf
88. OMS. *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos*. 2000. [Acceso en febrero de 2013]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/40739?mode=full>
89. OPS. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Información estratégica para la toma de decisiones. 2003. N 58. Disponible en : http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/Pub58.pdf
90. OPS/OMS. Gestión del desempeño basada en competencias. Guía para gerentes. 2000. Washington – USA.
91. OPS-Acodess-Ministerio Des Affaires Estrengeres. Transformación de la gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe. 2001. Washington, D.C. EUA. Disponible en : http://bvs.minsa.gob.pe/local/GOB/967_GRAL1273.pdf
92. 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>
93. Organización Internacional Del Trabajo. La remuneración por rendimiento. Ginebra, 1985. 187 pp.
94. *Organización Mundial de la Salud*. Directrices: Incentivos para los profesionales de atención de salud. 2008. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/38_3.pdf
95. Organización Panamericana De La Salud. Grupo de Trabajo: Gestión de Recursos Humanos. 1989. Washington – USA. Disponible en : <http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/libro1.pdf>
96. Organización Panamericana De La Salud. Grupo de Trabajo: Gestión de Recursos Humanos. 2005. Buenos Aires. Argentina. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/Adjuntos%20Fuerza%20de%20Trabajo%20FT/Bases.pdf

97. Organización Panamericana De La Salud. Ministerio de la Protección Social de Colombia Protección Social de Colombia. Dirección de Análisis y Política de Recursos Humanos. 2006. Relaciones laborales en el sector salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia: El caso de la ciudad de Cali. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Nodo del Sur Occidente. 2006. Universidad del Valle. Disponible en: www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/RELACIONES%20LABORALES%20EN%20EL%20SECTOR%20SALUD.pdf
98. Orvill A. and Vern H. Pay and non-pay incentives, performance and motivation. Prepared for the Global Health Workforce Strategy Group. World Health Organization. 2001. Geneva. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: http://www.who.int/hrh/documents/en/pay_non_pay.pdf
99. Padilla M. Gestión del Trabajo: Reunión de Consulta Regional. 2004. Brasilia. [Acceso en febrero de 2013]. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/Cherchiglia_Tensiones_concilia_prog_rhus_2006.pdf
100. Paleologou V; Kontodimopoulos N; Stamouli A; Aletras V; Niakas D. Developing and testing an instrument for identifying performance incentives in the Greek health care sector. BMC Health Serv Res. 2006.; 6:118.)
101. Pardo K, Andia M, Rodriguez 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>
102. Pardo K., Andia M., Rodriguez 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
103. Peabody J., Shimkhada R. ,Quimbo S., Florentino J., Bacate M. Mcculloch C.E., Solon O. Financial incentives and measurement improved physicians' quality of care in

- the Philippines. *Salud Aff.* 2011. Vol. 30(4):773-781. [Acceso en marzo de 2013] Disponible en: <http://content.healthaffairs.org/content/30/4/773.abstract>.
104. Pooja K. Providing the providers — remedying Africa's shortage of health care workers. *NEJM.* 2007. 356:2564-2567. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp078091>
105. Quintana P. Y COL. Gestión de Recursos Humanos en las Reformas sectoriales en salud: Cambios y Oportunidades. 1996, Washington, D.C. EUA.
106. Rígoli F. Incentivos en servicios de salud. Un panorama de teorías y paradojas. 1999. Université de Montréal. [Acceso en mayo de 2011]. Disponible en: http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos_enviados/incentivos-paradojas.pdf
107. Rocha Píriz F., Rodríguez C. Y Amador U. Programa profesionalización de Auxiliares de enfermería a nivel Licenciado: una experiencia de Reconversión consolidada *Revista Uruguaya de Enfermería*, 2009. mayo, 4 (1): 8-16. [Acceso en noviembre de 2012]. Disponible en: http://164.73.124.24/rue/sitio/num7/7_art02_profesionalizaci%C3%B3n.pdf
108. Salvage J. A free-market tragedy. *Nursing Times*, 1996.92(4):3.
109. Sánchez Domínguez P., Zarate Grajales R. y Col. Hospital Magnético ¿qué es y cómo funciona?. *Rev. Enfermería Universitaria ENEO UNAM.* 2010. Vol 7(7):55-58.
110. Sánchez González R., Álvarez Nido R. Lorenzo Borda L. Calidad de vida profesional de los trabajadores de atención primaria del área 10 de Madrid. *Medifam*, Madrid, 2003. Vol 13(4):55-60.
111. 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>.
112. Segovia Romo A., Mendoza Gómez J., Rositas Martínez J., Y Abreu Quintero J. L. El Rol de la Remuneración Variable en la Efectividad. *Organizacional de las Empresas. (The Role of the Variable Remuneration in the Organizational Effectiveness).* *International Journal of Good Conscience.* 2011. 6(2) 17-33. [Acceso nov. 1011] Disponible en : [http://www.spentamexico.org/v6-n2/6\(2\)17-33.pdf](http://www.spentamexico.org/v6-n2/6(2)17-33.pdf)

113. Silva, Rogerio. Da. Incentivos governamentais para promoção da segurança e saúde no trabalho: estudo nas companhias de terminais marítimos para graneis 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>
114. Spilsbury K., Hewitt C., Stirk L., Bowman C. The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: A systematic review. *Int J Nursing Stud.* 2011. Vol. 48 (6):732-50. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21397229>
115. Spoor M. Asia y la economía mundial. “Caminando con dos piernas (desiguales)” *Revista CIDOB d’Afers Internacionals*, 2008. núm. 89-90, p. 45-62. [Acceso nov. 1011] Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/revistacidob/article/viewFile/191565/257474>
116. Stratton K.M. Pediatric nurse staffing and quality of care in the hospital setting. *N Engl J Med.* 2002. 346:1715-1722. [Acceso en marzo de 2013] Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa012247>.
117. The Economist – The World In.. Crecimiento histórico del PBI mundial, considerando 51 países que equivale al 95% del PBI global. 2007
118. Tisnado D.M Rose-Ash D. E., Malin J. L, Adams J.L., Ganz P.A., Kahn K.L. Financial incentives for quality in breast cancer care. *The American Journal of Managed Care.* 2008. Vol. 14 (7)457-466. [Acceso en marzo de 2013] Disponible en: <http://www.mendeley.com/research/financial-incentives-quality-breast-cancer-care/>
119. Universidad Católica De Chile. Indicadores de Calidad. 2007. Chile. [Acceso en febrero de 2012]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/PDF/INSINTROD6.pdf>.
120. Weintraub M, Hernandez T. Y Flores V. Reforma Sectorial y Mercado de trabajo. El caso de las enfermeras en Santiago de Chile. Serie Política Social 31.Naciones Unidas. 1999. Santiago de Chile. [Acceso en diciembre de 2012]. Disponible en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/19462/sps31_lcl1190_Part1.pdf

121. World Health Organization. World health report 2000 – Health systems: improving performance. Geneva: WHO 2000. P 61. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf
122. Yoswa Dambisya M Y Matinhure S. Política y implicaciones programáticas de la delegación de funciones en Uganda: estudio de caso. BMC Health Serv. Res 2012; 12: 61. Publicado en Internet el 12 de marzo 2012. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3352120/>
123. Zurn P, Dolea C & Stilwell B. Nurse retention and recruitment: Developing a motivated workforce. International Council of Nurses. 2005. Geneva. [Acceso en febrero de 2013] Disponible en: <http://www.iapbafrica.co.za/sites/default/files/resources/Nurse%20retention%20and%20recruitment.pdf>

Anexo

Instrumento de recolección de datos

Consentimiento Informado

Yo _____ con número de documento de identificación _____ declaro haber recibido la siguiente información: El Observatorio de Recursos Humanos, Nodo Sur, iniciativa promovida por la Organización Panamericana de la Salud-OPS, está desarrollando el proyecto **“SISTEMA DE REMUNERACIÓN E INCENTIVOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO INSTRUMENTOS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN.”**, con apoyo técnico de la OPS.

Con este proyecto se espera **identificar y describir las formas de contratación, las modalidades de remuneración y los tipos de incentivos del personal de salud en instituciones prestadoras de servicios de salud de Córdoba y su influencia en la mejora de la calidad de atención**, con el fin de obtener información actualizada y de calidad para la toma de decisiones en la gestión de los recursos humanos en salud

Los investigadores me han garantizado que la información que yo suministre será utilizada exclusivamente para los propósitos de la investigación y que se guardará bajo estricta confidencialidad y anonimato.

Por lo tanto, habiendo recibido y entendido la información anterior, acepto participar como **informante-clave** en esta investigación.

Entiendo que soy libre de rehusar a participar en esta fase de la investigación ahora o abandonarlo en una fecha posterior, en el momento en que lo desee si en el transcurso de la misma lo encuentro conveniente, sin afectar mi buen nombre ni mi honra. Si tengo preguntas adicionales, puedo hacérselas a Patricia Gómez a los teléfonos (0351 – 155942629)

Yo he leído o me han leído la información arriba mencionada y he tenido la oportunidad de que mis preguntas sean contestadas a satisfacción.

Se firma a los _____ días del mes de _____ de 2009.

FICHA DE ENCUESTA

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Edad

Sexo	Masculino	Nivel académico alcanzado	Auxiliar	
	Femenino		Técnico	
			Profesional	
			Licenciado	

Título que posee.....

Institución donde trabaja:.....

Naturaleza Jurídica	Pr ovincial	
	Pr ivado	

Nivel de Atención	Prima rio	
	Secun dario	
	Terci ario	

Grado de Complejidad	Monovalente	
	Polivalente	

Situación de Revista:

Planta permanente	<input type="checkbox"/>		Operativo	<input type="checkbox"/>
Suplente	<input type="checkbox"/>		Conducción	<input type="checkbox"/>
Interino	<input type="checkbox"/>		Facturación	<input type="checkbox"/>
Contratado	<input type="checkbox"/>	→	Monotributista	<input type="checkbox"/>
Ad – honorems	<input type="checkbox"/>			

Antigüedad en el cargo	
< 1 año	

Antigüedad en la Función	
< 1 año	

SISTEMA DE REMUNERACIÓN E INCENTIVOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO INSTRUMENTO
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

1 – 4	
5 – 9	
10 – 14	
15 y +	

1 – 4	
5 – 9	
10 – 14	
15 y +	

Horas de Trabajo en la Institución

Ud trabaja habitualmente	Un solo turno	
	Doble Turno	
	Rotativo	

¿Desarrolla Ud <u>OTRA</u> actividad fuera del establecimiento de salud?	SI	
	NO	

Si respondió positivamente, indique dónde más la desarrolla:

¿Dónde más?	Consultorio Privado	
	Gabinete Privado	
	Otra Institución de salud	
	Otro trabajo	

Su sueldo o ingreso se ajusta:	
Mensualmente	
Semestralmente	
Anualmente	
Otro Criterio	
Nunca	

—————> Cuál:-----

Especifique cuál el sueldo de bolsillo que percibe: -----

El sueldo de bolsillo depende de algún criterio especificar	SI	
	NO	

Especifique cual:

Antigüedad	
Productividad	

SISTEMA DE REMUNERACIÓN E INCENTIVOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO INSTRUMENTO
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Formación	
Otro	

→ Cuál:-----

Su sueldo se compone de:	
Monto Básico	
Antigüedad	
Ticket	
Título de grado	
Titulo de postgrado	
Salario familiar	
Incentivos	
Bono por responsabilidad	
Bono de guardia	
Bono por horas extras	
Bono por vacaciones	
Bono por zona desfavorable	
Trasporte	

Si recibe Ud algún tipo de incentivo, indique cual:

Capacitación	
Reconocimiento económico	
Reconocimiento social y público	
Productividad	
Premios remunerados educativos	
Otros	
Ninguno	

→ Cuál:-----

¿Desde su perspectiva cree que los sistemas de remuneración e incentivos influyen en la prestación del servicio?	SI	
	NO	

SISTEMA DE REMUNERACIÓN E INCENTIVOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO INSTRUMENTO
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

¿Cómo Influyen?	Aumento de la productividad	
	Mejora de la calidad de atención	
	Mayor dedicación laboral	
	No influye	
	Otra forma	

¿Cuáles? -----

¿A su juicio cuales cree Ud. que son las formas de incentivo que mejoran la productividad o prestación?

Capacitación	
Reconocimiento económico	
Reconocimiento social y público	
Productividad	
Premios remunerados educativos	

¿A su juicio el sistema de remuneración vigente en la institución favorece la productividad o prestación?	SI	
	NO	

¿Desde su perspectiva cree que el sistema de remuneración e incentivo vigente en la institución favorece la modalidad de trabajo del equipo de salud?	SI	
	NO	

Si respondió sí, indique porque:

Mayor productividad	
Mayor competencia	
Mejora la atención	

SISTEMA DE REMUNERACIÓN E INCENTIVOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO INSTRUMENTO
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Mayor disponibilidad	
----------------------	--

¿Considera que en el sistema de remuneración e incentivos debe participar la entidad gremial o colegio?	SI	
	NO	

Si respondió Si, indique porque:

Posibilidad de éxito	
Acción corporativa	
Imagen de unidad	
Mejoras laborales	
Mejoras en el ámbito de trabajo	

Instrumento de recolección de datos

**GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS
SOBRE LOS SERVICIOS BRINDADOS POR EL HOSPITAL**

Edad:----- Sexo: F M

Mes de atención: Día..... Turno: Mañana Tarde Noche

Servicio Requerido:

a) Consultorios externos Guardia Internado

A su juicio la atención recibida fue correcta Si No

¿Si demandó atención en consultorios, fue inmediata? Si No

Si respondió por No: Indique el tiempo de demora:

A) Horas ¿Cuántas?.....Días ¿Cuántos?.....

¿Si demandó atención en emergencia o guardia, tuvo demora? Si No

Estimativamente el tiempo de demora fue:.....

La internación fue inmediata? Si No

Si respondió por NO, indique la demora en días.....

¿Si tiene que calificar la atención recibida en consultorios externos, a su juicio cuál sería?

Muy buena Buena Regular Mala

¿Si tiene que calificar la atención recibida en guardia, a su juicio cuál sería?

Muy buena Buena Regular Mala

¿Si tiene que calificar la atención recibida durante su internación, a su juicio cuál sería?

Muy buena Buena Regular Mala

Durante su permanencia en el hospital requirió atención del servicio de enfermería?

Si No

En caso de haberla necesitado, la prestación se realizó en:

< 5 minutos 30 minutos 1 hora 2 horas + de 2 horas

¿Si le prescribieron medicación, le fue suministrada en el horario correspondiente:

Si No

¿Si tiene que calificar la atención recibida por el servicio de enfermería, a su juicio cuál sería?

Muy buena Buena Regular Mala

¿Si tiene que calificar la atención brindada por el servicio de alimentación, a su juicio cuál sería?

Muy buena Buena Regular Mala

¿Si estuvo internado, cómo califica el confort y las condiciones edilicias del establecimiento?

Muy buena Buena Regular Mala