



DIRECTRICES: INCENTIVOS PARA LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DE SALUD



World Confederation
for Physical Therapy

Directrices:
Incentivos para los
profesionales de atención de salud

Reservados todos los derechos, incluido el de traducción a otros idiomas. Queda prohibida la reproducción de la presente publicación, en su totalidad o en parte, (por impresión, fotocopia, microcopia o cualquier otro medio), su almacenamiento en sistemas de recuperación, su transmisión en cualquier forma y su venta, sin autorización expresa y por escrito de las organizaciones mencionadas infra. Pueden reproducirse sin autorización extractos breves (menos de 300 palabras) a condición de que se cite la fuente.

Copyright © 2008 para el: Consejo internacional de enfermeras, Federación farmacéutica internacional, Federación odontológica mundial, Asociación médica mundial, Federación internacional de hospitales, Confederación mundial de fisioterapia.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Colaboradora | 4 |
| Agradecimiento | 4 |
| Prólogo | 5 |
| Resumen para ejecutivos | 7 |
| Introducción | 9 |
| Tipología de los incentivos utilizados en la atención de salud | 11 |
| Incentivos financieros | 13 |
| Salarios y condiciones | 13 |
| Pagos por resultados | 14 |
| Otros incentivos financieros | 16 |
| Incentivos no financieros | 19 |
| Carrera y desarrollo profesional | 20 |
| Gestión del trabajo | 21 |
| Disposiciones laborales flexibles | 22 |
| Entornos de trabajo positivos | 24 |
| Acceso a prestaciones y ayudas | 25 |
| ¿Cómo es un plan de incentivos eficaces? | 27 |
| Preparar un conjunto de incentivos | 33 |
| Conclusión | 35 |
| Apéndice | 37 |
| Referencias | 39 |

COLABORADORA

Bridget Weller tiene una amplia experiencia de la política de salud pública y de servicios a la comunidad, de su financiación y de su desarrollo. Esa experiencia es de más de 15 años en puestos de política y de gestión del sector público. Entre sus sectores de interés se cuenta el desarrollo y la estrategia de los recursos humanos, los servicios de salud en casos de urgencia, la prestación de servicios de salud rurales y regionales, la política de financiación de la salud, la gestión de la demanda y los servicios infantiles. Tiene un título universitario de la Universidad de Monash, Melbourne, y un título de Master en Administración Pública. (Escuela de Gobierno de Australia y Nueva Zelanda, Universidad de Melbourne), además de cualificaciones oficiales y experiencia en redacción y edición profesional. Bridget trabaja actualmente como consultora y redactora en Edimburgo, Reino Unido.

AGRADECIMIENTO

Estas directrices fueron encargadas por la Alianza mundial para los recursos humanos de salud, asociación administrada por la Organización mundial de la salud (OMS), como parte de un trabajo destinado a identificar y aplicar soluciones a la crisis de los recursos humanos de salud. Los puntos de vista y opiniones expresados por los autores de estas directrices no necesariamente reflejan la opinión de la Alianza mundial para los recursos humanos de salud o de la OMS pero sí es exclusivamente la del autor(es). Se trata de una iniciativa conjunta del Consejo internacional de enfermeras, la Federación farmacéutica internacional, la Federación odontológica mundial, la Asociación médica mundial, la Federación internacional de hospitales y la Confederación mundial de fisioterapia. Forma parte de una iniciativa más amplia destinada a promover contextos laborales que garanticen la salud, la seguridad y el bienestar del personal, faciliten la prestación de cuidados de calidad al paciente y mejoren la motivación, la productividad y los resultados de las personas y de las organizaciones, fortaleciendo así los sistemas de salud y mejorando los resultados en los pacientes.

En el Apéndice se da más información sobre los colaboradores en el proyecto.

El grupo agradece el apoyo del Consejo internacional de enfermeras que gestionó y coordinó el proyecto en su nombre.

PRÓLOGO

Se reconoce en general que el creciente desfase entre la oferta de profesionales de salud y la demanda de sus servicios es un problema esencial de salud y de desarrollo en todo el mundo. Los políticos, los planificadores y los gestores siguen buscando medios eficaces para contratar y retener al personal. Un modo de conseguirlo consiste en preparar y aplicar planes de incentivos eficaces.

Según las estimaciones que se hacen en el informe *Colaboración para la Salud* de la Organización Mundial de la Salud (2006a), el déficit mundial de trabajadores de salud asciende a 4,3 millones, entre ellos 2,4 millones de médicos, enfermeras y matronas. Traducido en acceso a los cuidados, ese déficit significa que más de mil millones de personas no tienen acceso a cuidados de salud. Muchos países se ven afectados por el déficit y de 57 de ellos se ha dicho que “están en crisis”.

Una estrategia eficaz de recursos humanos abordará los tres problemas principales que son mejorar la contratación, mejorar los resultados de los recursos humanos actuales, y reducir el ritmo al que los trabajadores dejan los recursos humanos de salud (OMS 2006a). Los incentivos pueden cumplir una función en todos esos sectores, y constituir medios por los que los sistemas de salud pueden atraer y retener a profesionales de salud esenciales y muy demandados. Los planes de incentivos eficaces ayudan también a conseguir unos recursos humanos más motivados, más satisfechos y más eficientes.

Algunos países han aplicado ya planes globales de incentivos (Dambisya 2007; Zurn *et al.* 2005; Langenbrunner y Xingzhu Lui 2004; CIE *et al.* 2008, no publicado). En el caso de otros, queda más trabajo pendiente, lo que hace preciso que los gobiernos, los empleadores y los gestores se comprometan a preparar planes que estén adecuadamente financiados, efectivamente orientados y, lo que es más importante, respondan a las necesidades y a las prioridades de los profesionales de los servicios de salud y permitan dispensar cuidados de calidad.

El pensamiento innovador y el estudio de la eficacia de los planes de incentivos debe proseguirse para mejorar la adopción de decisiones, la vigilancia y la documentación; y comunicar las buenas prácticas y las lecciones aprendidas es de importancia crucial para que podamos seguir consiguiendo lugares de trabajo mejores, y podamos fortalecer los recursos humanos de salud y mejorar la seguridad de los pacientes y los resultados conseguidos en ellos.

Consejo internacional de enfermeras

Federación farmacéutica internacional

Federación odontológica mundial

Asociación médica mundial

Federación internacional de hospitales

Confederación mundial de fisioterapia

RESUMEN PARA EJECUTIVOS

El creciente desfase entre el número de profesionales de atención de salud y la demanda de sus servicios es un problema esencial que se plantea a los gobiernos, a los gestores y a los profesionales que tratan de mejorar la salud y el desarrollo internacional. Varios factores, complejos y relacionados entre sí, contribuyen a la actual escasez de los recursos humanos en todo el mundo, entre ellos los sistemas de salud con escasos recursos, las condiciones de trabajo insatisfactorias y la gestión inadecuada de los recursos humanos.

En este contexto, los encargados de la política general y los gestores han comenzado a utilizar incentivos para mejorar la contratación, la motivación y la retención de los profesionales de la atención de salud. Los incentivos son medios importantes que las organizaciones pueden utilizar para atraer, retener, motivar, dar satisfacción y mejorar los resultados del personal. Se emplean de manera generalizada en las organizaciones del sector público y del sector privado en todos los contextos laborales. Pueden aplicarse a personas, a grupos de trabajadores, a equipos u organizaciones y pueden variar en función del tipo de empleador (por ejemplo, según se trate de una organización no gubernamental, pública o privada). Los incentivos pueden ser positivos o negativos, financieros o no financieros, tangibles o intangibles.

Los incentivos financieros forman parte del contrato de empleo. Esos incentivos conllevan “pagos monetarios directos del empleador al empleado” (Kingma, 2003 pág. 3), tales como salarios, bonificaciones o préstamos. Se dividen en tres categorías principales. Primera, están los salarios y condiciones básicas que se ofrecen al personal según la descripción de sus funciones y su clasificación laboral. Segunda, hay otros pagos o bonificaciones vinculados a la realización de determinados resultados, con un pago especificado de antemano o asignado de manera retroactiva en un proceso de revisión o de supervisión del personal. Tercera, puede haber otros incentivos financieros que no están directamente relacionados con el cumplimiento de los deberes de la persona, por ejemplo el acceso a servicios financieros o a becas.

En lo que se ha publicado sobre la aplicación de planes de incentivos en la atención de salud se reconoce que los incentivos financieros no son, por sí solos, suficientes para retener y motivar al personal. Los estudios han confirmado que los incentivos no financieros desempeñan una función igualmente esencial. Esto es lo que sucede tanto en los países bien dotados de recursos, en los que el personal puede mantener un alto nivel de vida, como en las naciones que tienen relativamente pocos recursos.

Los incentivos no financieros incluyen la concesión de autonomía en el trabajo, flexibilidad de horario y reconocimiento del trabajo realizado. Las recompensas no financieras son especialmente importantes para los países y organizaciones en los que la limitada financiación restringe su capacidad para conceder recompensas financieras. Ello no obstante, los métodos no financieros requieren una inversión considerable de tiempo y de energía y el compromiso de toda la organización. Deben prepararse mediante una

planificación consultiva y han de armonizarse con los objetivos estratégicos, las normas, los valores y las circunstancias locales y personales. Si bien se reconoce en general la importancia y el potencial de los objetivos no financieros, es importante señalar que es limitado lo que puede conseguirse sólo con los incentivos no financieros.

La elaboración y la aplicación de planes de incentivos en la atención de salud es un campo nuevo. Se ha aplicado una amplia diversidad de medidas con planteamientos financieros y no financieros vinculados a diferentes resultados y dirigidos a diferentes profesionales de atención de salud.

Hasta ahora, la evaluación estricta de los resultados de esos planes es poco frecuente. Sin embargo, estudios realizados entre profesionales de salud sugieren que los planes de incentivos eficaces tienen las características siguientes:

- tienen objetivos claros;
- son realistas y aplicables;
- reflejan las necesidades y las preferencias de los profesionales de salud;
- están bien diseñados, son estratégicos y están adaptados a su finalidad;
- son contextualmente adecuados;
- son justos, equitativos y transparentes;
- pueden medirse; e
- incorporan elementos financieros y no financieros.

Como antes se ha señalado, los conjuntos de incentivos más eficaces son los que se adaptan al contexto concreto en que van a aplicarse. No puede haber un método único de elaborar un conjunto que satisfaga las necesidades de una determinada organización o grupo de profesionales de salud. Sin embargo, para las necesidades locales puede proponerse y adaptarse un planteamiento sistemático.

Los incentivos, financieros y no financieros, constituyen un instrumento que los gobiernos y otros órganos de empleadores pueden desarrollar para mantener unos recursos humanos con las capacidades y experiencia necesarias para dispensar los cuidados que se requieran. Para esto se precisa no solamente voluntad política y un arduo y sostenido trabajo, sino también que todos los interesados reconozcan el compromiso, las capacidades y los beneficios de salud que aportan los profesionales de salud en todo el mundo.

El activo más valioso de un servicio de salud es su personal. La aplicación de conjuntos de incentivos eficaces representa una inversión mediante la cual ese activo vital puede protegerse, fomentarse y desarrollarse.

INTRODUCCIÓN

Este documento fue encargado por las profesiones de salud con el apoyo de la Alianza mundial para los recursos humanos de salud con el fin de ofrecer una visión general del empleo de incentivos para los profesionales de la atención de salud. En él se describen algunos de los distintos planteamientos adoptados y se presentan las características comunes a los planes eficaces de incentivos. En el documento se sugieren también algunos métodos para su desarrollo y aplicación.

El creciente desfase entre el número de profesionales de salud y la demanda de sus servicios es un problema crucial que se plantea a las administraciones, los gestores y los profesionales que tratan de mejorar la salud mundial y el desarrollo internacional. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (2006a) se necesitarán, para hacer frente a la escasez, más de 4 millones de trabajadores de salud, entre ellos 2,4 millones de médicos, enfermeras y matronas. La OMS comunica que 57 países tienen una escasez crítica; de ellos 36 están en el África Subsahariana. En varios países hay profesionales de salud subempleados y desempleados y es escaso el personal disponible.

Esto tiene importantes consecuencias para la prestación de los cuidados y para lograr mejoras del estado de salud. Se ve amenazada la consecución de las Metas de desarrollo del milenio de las Naciones Unidas antes de 2015 y el éxito de las iniciativas para abordar el VIH/SIDA, el paludismo, la tuberculosis y otras enfermedades. En Tanzania, los recursos humanos han de triplicarse y en el Chad han de cuadruplicarse antes de 2015, para poder satisfacer las necesidades de salud prioritarias (OMS y Banco Mundial 2003). En algunos países, muchas comunidades tienen un acceso limitado o nulo a los servicios de atención de salud, en particular en las zonas rurales o alejadas, por la escasez de los recursos humanos. Al mismo tiempo, la falta de personal profesional ha contribuido a cierres de salas y, a veces, de hospitales en países industrializados (Kusserow 1989).

Muchos países comunican puestos vacantes de profesionales de atención de salud y sin embargo hay subempleo de esos profesionales por causa de los bajos salarios y las deficientes condiciones de trabajo, los obstáculos geográficos y otros factores. En 2002, por ejemplo, la Asociación estadounidense de hospitales estimó que solamente en los Estados Unidos había 126.000 puestos de enfermería vacantes, lo que equivale a un índice del 11% (Muliira (n.d.)). Según las estimaciones la escasez de médicos en los EE.UU. se sitúa entre 51.000 y 228.000 (Croasdale 2005). La Sociedad canadiense de farmacéuticos de hospitales constató que el 63% de los hospitales encuestados de Columbia Británica tenían puestos vacantes de farmacia y que había un índice de vacantes del 10% en esa provincia (Naumann 2004). En 2003, Sudáfrica tenía más de 30.000 puestos de enfermería vacantes y ciertas pruebas sugieren que el número de enfermeras desempleadas era aún mayor. (Zurn *et al* 2005).

Hay varios factores complejos y relacionados entre sí que contribuyen a la actual escasez mundial de recursos humanos. Entre ellos pueden citarse los siguientes:

- Sistemas de salud abandonados e insuficientemente dotados de recursos.
- Prácticas y estructuras deficientes de planificación y gestión de los recursos humanos.
- Condiciones de trabajo insatisfactorias, caracterizadas por:
 - pesadas cargas de trabajo;
 - falta de autonomía profesional;
 - supervisión y apoyo deficientes;
 - prolongados horarios de trabajo;
 - lugares de trabajo inseguros;
 - estructuras de carrera profesional inadecuadas;
 - remuneración escasa/salarios injustos;
 - acceso escaso a los necesarios suministros, instrumentos e información; y
 - acceso limitado o nulo a oportunidades de desarrollo profesional.
- Las consecuencias del VIH/SIDA.
- La migración interna e internacional de los trabajadores.

(OMS 2006a; Caldwell y Kingma 2007)

Numerosos factores, entre ellos la complejidad y las dificultades que supone la prestación de cuidados y la gestión de demandas contrarias de atención a los pacientes, puede contribuir a la insatisfacción en el trabajo y a la falta de motivación entre los profesionales de atención de salud. Esos factores también pueden influir negativamente en la retención del personal y, lo que es también importante, en la calidad de los cuidados que éste dispensa.

Según Zurn *et al.* (2005, pág. 3) “se cree que la motivación laboral es un factor esencial para los resultados de las personas y de las organizaciones y es también un elemento importante para prever la intención de dejar el lugar de trabajo”. Como ponen de relieve Mathauer e Imhoff (2006):

“La baja motivación influye negativamente en los resultados individuales de los trabajadores de salud, en las instituciones y en el conjunto del sistema de salud. Más aún, se añade a los factores que empujan a los trabajadores de salud a emigrar de las zonas rurales hacia las ciudades y a salir del país. Es, pues, un objetivo importante de la gestión de los recursos humanos en el sector de salud fortalecer la motivación de los trabajadores de salud...”

Zurn *et al.* (2005) insisten en que los políticos y los directores han de tratar de contratar a las personas adecuadas para los puestos de trabajo y animarlas a permanecer en sus puestos y obtener resultados de un nivel aceptable. En este contexto los políticos, los planificadores y los gestores han decidido recurrir a sistemas de incentivos para mejorar la contratación, la motivación y la retención del personal de atención de salud.

TIPOLOGÍA DE LOS INCENTIVOS UTILIZADOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD

La prestación de servicios de salud es compleja y, a menudo, exigente. Los profesionales de salud tienen altos niveles de responsabilidad; se ven ante elevadas expectativas de los pacientes, de las comunidades y de las organizaciones empleadoras; y a veces han de gestionar exigencias clínicas y organizativas opuestas. Para ello se precisa un conjunto de capacidades que van desde las interpersonales hasta las muy técnicas y especializadas. Al mismo tiempo, los profesionales de salud son el recurso más importante del sector de salud. Los recursos humanos de salud absorben entre el 40% y el 90% de los presupuestos de los servicios de salud. Los sistemas de salud han tendido a considerar que éste era un costo, no una inversión.

Como han señalado Hongoro y Normand (2006 pág. 1310), los mercados de trabajo siguen la teoría económica en el sentido de que “el trabajador de salud aceptará un puesto de trabajo si las ventajas de hacerlo son superiores al costo de oportunidad”. Las ventajas son los incentivos, financieros y no financieros, que hacen que un profesional de salud quiera seguir formando parte de los recursos humanos. Los riesgos, las frustraciones y los costos de oportunidad son los desincentivos.

Los incentivos son medios importantes que las organizaciones pueden utilizar para atraer, retener, motivar y dar satisfacción a su personal y mejorar los resultados de éste. El empleo de los incentivos es generalizado en las organizaciones del sector público y del sector privado en todos los contextos laborales. Pueden aplicarse a las personas, a grupos de trabajadores, a equipos o a las organizaciones y pueden variar en función del tipo de empleador (por ejemplo, según se trate de una organización no gubernamental, o de una organización pública o privada). Los incentivos pueden ser positivos o negativos, financieros o no financieros, tangibles o intangibles. Los incentivos financieros son “pagos monetarios directos del empleador al empleado”, (Kingma, 2003 pág. 3) por ejemplo, los salarios, las bonificaciones y los préstamos. Los incentivos no financieros incluyen la concesión de autonomía en el trabajo, la flexibilidad de los horarios laborales y el reconocimiento del trabajo realizado. (Zurn *et al.* 2005; Hongoro y Normand 2006; Kingma 2003; Caldwell y Kingma 2007).

La Organización Mundial de la Salud da la siguiente definición de los incentivos: “toda recompensa o castigo que puede aplicarse a los dispensadores en relación con las organizaciones en que trabajan, las instituciones en que operan y las intervenciones concretas que dispensan”. (OMS 2000 pág. 61). Mathauer e Imhoff (2006) definen el incentivo como “un medio disponible que se aplica con la intención de influir en la disposición de los médicos y de las enfermeras a ejercer y mantener un esfuerzo para lograr las metas de la organización”. Definido con más precisión, un incentivo es “una recompensa financiera o no financiera, explícita o implícita, por realizar un acto determinado” (Saltman citado en Zurn *et al.* 2005 pág. 14). Puede considerarse también que los incentivos son los factores o condiciones de los entornos laborales de los

profesionales de salud, que permiten, alientan y motivan a éstos a permanecer en sus puestos de trabajo, en su profesión y en sus países.

En el Cuadro 1 se ilustran los diversos tipos de incentivos disponibles.

Cuadro 1. Tipos de incentivos

| Financieros | No financieros |
|--|---|
| <p>Los términos y condiciones de empleo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salario/sueldo • Pensión • Seguros (por ejemplo, de enfermedad) • Primas (por ejemplo, de vivienda, para vestido, para el cuidado de los niños, de transporte, aparcamiento) • Permiso pagado. <p>Primas por resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consecución de los objetivos de resultados • Años de servicio • Ubicación o tipo del trabajo (por ejemplo, lugares alejados) <p>Otras ayudas financieras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Becas • Préstamos: aprobación, devolución. | <p>Entorno de trabajo favorable:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autonomía en el trabajo y claridad de las funciones y responsabilidades • Recursos suficientes • Reconocimiento del trabajo y de los objetivos conseguidos • Dirección favorable y estructuras de iguales • Carga de trabajo adecuada y gestión eficaz de ésta • Gestión eficaz de los riesgos para la salud y la seguridad laboral, y un lugar de trabajo seguro y limpio • Eficaz representación de los empleados y comunicación con ellos • Política obligatoria de igualdad de oportunidades • Permiso de maternidad/paternidad • Empleo sostenible. <p>Flexibilidad en los contratos de empleo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Horarios de trabajo flexibles • Interrupciones de la carrera profesional planificadas. <p>Apoyo al desarrollo profesional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisión eficaz • Estructuras de instructores y de mentores • Acceso/apoyo a la formación y capacitación • Permiso sabático y de estudios. <p>Acceso a servicios tales como los de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salud • Cuidado de niños y escuelas • Instalaciones de recreo • Vivienda • Transporte. <p>Recompensas intrínsecas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción en el trabajo • Realización personal • Compromiso con valores compartidos • Respeto de los compañeros y de la comunidad • Ser miembro del equipo, pertenencia. |

Fuente: Adaptado de Buchan *et al.* (citado en Adams e Hicks 2001); Caldwell y Kingma 2007; Dambisya 2007.

INCENTIVOS FINANCIEROS

Los incentivos financieros son parte integrante del contrato de trabajo. Hongoro y Normand (2006 pág. 1311) citan un estudio en el que se ha constatado que “al menos la mitad de la variación de la rotación de los recursos humanos puede atribuirse a los incentivos financieros”.

Langenbrunner y Xingzhu Liu (2004) describen los mecanismos de asignación de recursos y de financiación y las relaciones existentes entre estos planteamientos, con inclusión de:

- El método de reembolso, mediante el cual se pagan retrospectivamente los servicios a los dispensadores;
- El método de contrato, que implica “algún tipo de acuerdo para el futuro”; y
- El método integrado, que “combina la función del comprador y del dispensador bajo una misma cobertura institucional”.

Dentro de estos marcos de financiación, los incentivos financieros que se dan a los trabajadores de salud se dividen en tres categorías principales: Primera, hay unos salarios y condiciones básicos que se ofrecen al personal en relación con la descripción de su función y su clasificación laboral. Segunda, hay primas o bonificaciones adicionales que están vinculadas con la consecución de los resultados, con el acceso al pago especificado de antemano evaluado de manera retrospectiva en el proceso de revisión o supervisión del personal. Tercera, puede haber otros incentivos financieros que no estén directamente relacionados con los resultados de las tareas de las personas, por ejemplo el acceso a los servicios financieros o a las becas.

Salarios y condiciones

El nivel de los salarios pagados a los trabajadores es un elemento crucial para que las personas consideren la posibilidad de una carrera profesional en la prestación de servicios de salud. Asimismo, es un medio importante para competir con otros posibles empleadores en los mercados nacional e internacional de trabajo.

En el documento del Banco Mundial en que se evalúa el proyecto de apoyo al sector de salud se señala que “el éxodo de trabajadores de salud que abandonan el funcionariado [en Malawi]... fue acelerado en gran medida por la erosión de los salarios” (Record y Mohiddin 2006). Los principios de igualdad de oportunidades y de “salario igual por trabajo de igual valor” en el contexto nacional han demostrado ser importantes para la contratación/retención de los profesionales de atención de salud, (Kingma 2006). Unos salarios y beneficios satisfactorios y la percepción de que los salarios son justos cuando se les compara con los de otros compañeros e iguales en el plano local favorecen la retención de los trabajadores de salud y hacen que disminuya la atracción de las oportunidades de empleo internacionales.

La oferta de una remuneración básica adecuada ha pasado a ser un elemento esencial para conseguir los recursos humanos en varios países del mundo:

Ejemplos

- En octubre de 2004, Malawi inauguró un método para todo el sector, acumulando los fondos de los principales donantes en el presupuesto del Ministerio de Sanidad. Como parte de ese Método, los salarios de la mayoría de los grados de enfermeras y de médicos subieron entre un 40% y un 60% (Record y Mohiddin 2006).
- En 2006, el Ministerio de Sanidad de Ghana aumentó los salarios “uniendo el salario actual con las primas ganadas por trabajos extraordinarios realizados en el transcurso del mes, por ejemplo las horas extraordinarias”. (CIE *et al.* 2008, no publicado). Esta estrategia se aplica a los odontólogos, los farmacéuticos, los médicos, las enfermeras y matronas colegiadas y los fisioterapeutas. Permite a los trabajadores conseguir una financiación mejor de la seguridad social al final de su vida laboral. Hasta ahora, las repercusiones han sido positivas y van en disminución los índices de pérdida de personal.

Se dice que, con la introducción de otras primas “exteriores” y “ajenas al ejercicio profesional” para los médicos de Kenya, “los sueldos de los médicos se triplicaron *de facto*” e hizo que pudiera contarse con 500 médicos más (Mathauer e Imhoff 2006 pág. 6).

- Un país de África del Sur ha comunicado que los índices pagados por las horas de trabajo extraordinarias han aumentado del 15% al 30% para mejorar la retención de las enfermeras que trabajan (CIE *et al.* 2008; no publicado).

Pagos por resultados

En algunos casos, las bonificaciones se pagan en forma de primas por un servicio adicional o por un servicio en un determinado tipo de trabajo o lugar. Estos mecanismos se han empleado ampliamente cuando ha habido un “fallo del mercado” en la distribución de los trabajadores de salud. En general, las bonificaciones son un medio para atraer a los trabajadores a ejercer su profesión en las zonas rurales, donde la falta de infraestructura organizativa y comunitaria, la fuerte demanda de servicios y la falta de oportunidades de avance profesional y de apoyos pueden actuar como factores que disuaden a los trabajadores de salud de ejercer allí su profesión. En un estudio sobre los estomatólogos de las zonas remotas y rurales de Australia Occidental se constató, por ejemplo, que el motivo más general por el que se abandonaba el trabajo en el sector rural era para que los niños tuvieran acceso a las instituciones educativas. (Kruger y Tennant 2005).

También se han aplicado incentivos para resolver problemas de retención cuando los recursos humanos envejecen. Las organizaciones recurren a primas adicionales o a incrementos salariales a los que el trabajador tendrá acceso después de un determinado periodo de servicio. Este incentivo tiene por objeto promover la continuidad de la atención de salud, reducir el número de nuevos contratados que se precise, y retener en los recursos humanos a los trabajadores más experimentados (véanse los ejemplos siguientes).

Sin embargo, cada vez más frecuentemente el acceso a las bonificaciones financieras está vinculado con la consecución de unos objetivos individuales o corporativos especificados. En algunos casos, especialmente en los sistemas de salud que siguen un modelo de “comprador-dispensador”, los requisitos de resultados están incorporados al mecanismo de financiación. Si esos objetivos no se consiguen, puede ser que la financiación se ajuste o se reasignen a otras organizaciones, grupos o personas que obtienen mejores resultados. En otros casos, se financiará una determinada cantidad de servicios mediante una licitación competitiva. Para estos casos se han establecido marcos reglamentarios y otros mecanismos de gestión de calidad para cerciorarse de que los incentivos que fomentan la eficiencia no perjudican la calidad del servicio dispensado.

Las bonificaciones pagadas a determinados profesionales de salud serán muy diferentes en función del tipo de trabajo y de las tareas que tiene la persona. Muchas veces los incentivos por resultados se incorporan en los contratos de los consultores y directores principales; los incentivos reflejan los resultados globales de la organización y, a su vez, el aumento de la capacidad y de la responsabilidad personal de los consultores y directores para influir en esos resultados de alto nivel. Cuando se establecen requisitos de resultados para los trabajadores cuyos deberes primordiales son el cuidado directo o el apoyo auxiliar de los pacientes, es más probable que las prescripciones de resultados se refieran a los resultados del trabajo y al desarrollo profesional evaluados por un supervisor.

Aun cuando generalmente se formulan en función de las organizaciones o de las personas, los planes de incentivos pueden aplicarse también a los equipos. En este caso, los miembros comparten las recompensas cuando consiguen los resultados de los que son responsables conjuntamente. Como todas las partes comparten el interés en mejorar los resultados globales, este método ofrece varias ventajas posibles. Fomenta el mejoramiento sistemático de la manera en que los equipos trabajan, estableciendo relaciones positivas de ayuda recíproca. Por este motivo, algunos profesionales de salud han manifestado menos desconfianza en los métodos de considerar los incentivos, basados en los equipos. (Kingma 2003). Algunos grupos de trabajadores de salud, citando un entorno que se caracteriza por la “envidia”, han sugerido que “las iniciativas individuales son inútiles y que, para llegar más lejos, se precisan iniciativas en equipo”. Esto indujo a los autores del estudio a concluir que “puede ser necesario basar en la identidad del grupo los planes de gestión de los resultados” (Mathauer e Imhoff 2006 pág. 13). Muy probablemente, estos métodos resultarán válidos en sectores tales como los de la gestión de enfermedades crónicas, en los que han demostrado ser eficaces los métodos multidisciplinares de prestación de cuidados. (Chaix-Couturier *et al.* 2000).

Ejemplos

- En un país de África, las enfermeras y el personal clínico de instituciones de salud alejadas en zonas de gran prevalencia del VIH reciben una bonificación del 31% si permanecen allí durante tres años. (CIE *et al.* 2008 documento no publicado)
- Uganda introdujo disposiciones de reparto de costos para conceder a los trabajadores de salud incentivos salariales de entre el 50% y el 150% de su salario. El personal comunicó que dedica más tiempo al trabajo y se siente más valorado y que, a consecuencia de ello, ha mejorado la calidad de los servicios (Kipp *et al.* 2001).
- En Cambodia, se ofrecieron a los profesionales de salud bonificaciones por “seguir estrictamente las normas internas” (Proyecto de Prioridades en la lucha contra las enfermedades, 2006; Soeters y Griffiths 2003) con el fin de aumentar las horas de trabajo y reducir el número de empleados que pedían un incremento salarial directamente a los pacientes. Se notificó que, a consecuencia de ello, los costos de salud para la familia habían disminuido hasta un 40 por ciento.
- Sudáfrica introdujo una “prima de capacidades escasas” que oscilaba entre el 10% y el 15% del salario anual, en función de la categoría laboral. La prima se concede a más de 60.000 profesionales de salud, independientemente del lugar en que trabajen. Entre las profesiones acreedoras a dicha prima están los médicos, odontólogos, especialistas médicos y de odontología, farmacéuticos, radiólogos, diversos tipos de terapeutas y las enfermeras especializadas en los sectores de técnica de quirófano, cuidados críticos o intensivos y oncología (Reid 2004). Sin embargo, el plan resultó contraproducente entre las enfermeras auxiliares y las especialistas que fueron excluidas del acceso a él.

Otros incentivos financieros

Los incentivos financieros pueden también adoptar la forma de subvenciones para transporte, alojamiento y otros gastos corrientes. Pueden ser especialmente eficaces en sectores en los que tales incentivos son escasos, o en los que han sido identificados como elementos especiales para la contratación y retención. Algunas veces, los incentivos financieros no monetarios pueden ser una opción más viable para las organizaciones, pues no influyen directamente en el flujo de caja.

Ejemplos

- En Ghana, el Ministerio de Sanidad ofrece a los profesionales de atención de salud una exención fiscal por la compra de coches nuevos, con el fin de hacerlos más accesibles. El costo del coche se deduce del salario de la persona a lo largo de un periodo de cinco a siete años. La iniciativa ha tenido efectos positivos. (CIE *et al.* 2008, no publicado).
- Tratando de reducir el alto nivel de emigración de titulados, un país insular comunica que los estudiantes que permanecen en el país viviendo y trabajando no pagan intereses por los préstamos que recibieron para sus estudios. Sin embargo, han de pagar esos intereses si dejan el país. (CIE *et al.* 2008, documento no publicado).
- Una nación africana ha introducido una iniciativa de práctica privada según la cual los profesionales de salud pueden utilizar las instalaciones hospitalarias para ver a sus pacientes. Un porcentaje de los gastos de los pacientes se pagan al hospital y el resto lo retiene el médico. (CIE *et al.* 2008, no publicado).
- Una nación caribeña ha introducido subvenciones para reinstalación, destinadas a ayudar al personal a trasladarse a la isla; se concederán a continuación otras subvenciones a corto plazo para vivienda, con el fin de ayudarles a conseguir alojamiento continuado. (CIE *et al.* 2008, no publicado).

INCENTIVOS NO FINANCIEROS

En casi todo lo que se ha publicado sobre la aplicación de sistemas de incentivos en la atención de salud se reconoce que los incentivos financieros no son, por sí solos, suficientes, para retener y motivar al personal. Diversos proyectos de investigación empírica que conllevan encuestas al personal y debates orientados en grupo han confirmado que los incentivos no financieros desempeñan una función igualmente crucial. Esto sucede tanto en los países bien dotados de recursos, en los que el personal puede mantener un elevado nivel de vida, como en las naciones relativamente pobres en recursos.

Para ambos tipos de países, los incentivos no financieros se valoran no sólo por la ventaja directa que suponen para los profesionales de salud individualmente, sino también como medio por el que las organizaciones empleadoras pueden dar reconocimiento por las contribuciones y la dedicación de los empleados, y conocer los problemas que se plantean a éstos en su vida diaria.

Las recompensas no financieras son especialmente importantes para los países y organizaciones en que lo limitado de la financiación restringe su capacidad para dar recompensas financieras. Sin embargo, los planteamientos no financieros requieren una importante inversión de tiempo y de energía, y un compromiso considerable en toda la organización o sistema de salud. Dambisya (2007), en su completo examen de los incentivos no financieros en el sector de salud en el África Oriental y Meridional, halló pruebas de que “la aplicación eficaz de los incentivos no financieros está relacionada con:

- una adecuada planificación de las consultas;
- una planificación estratégica de largo plazo dentro de la planificación del sector de salud;
- mecanismos de financiación sostenible, por ejemplo los presupuestos nacionales;
- y
- financiación por donantes y con cargo a los presupuestos nacionales por un método sectorial o con ayuda del presupuesto general, más bien que una financiación específica para cada proyecto”.

La aplicación eficaz de recompensas no financieras ha de armonizarse con los objetivos estratégicos, las normas y valores locales y personales y con las circunstancias. Si este sistema de valores no se reconoce, se corre el riesgo de enajenar a los profesionales de salud a los que se deseaba atraer, porque se crean un desincentivo y un efecto desmotivador.

Aun cuando se reconoce en general la importancia y el potencial de los incentivos no financieros, es importante señalar que es limitado lo que puede conseguirse sólo con esos incentivos no financieros. Como señalan Mathauer e Imhoff (2006) en su estudio de los incentivos no financieros para el personal de salud de Benin y de Kenya:

“Los incentivos no financieros y los instrumentos de GRH/GC ¹ no son un medio mágico que resuelva el urgente problema de los RHS ² y compense la falta de inversiones y los déficit estructurales que caracterizan a los sistemas de salud de muchos países de renta baja –tal medio mágico no existe”.

Carrera y desarrollo profesional

¿Qué tipo de incentivos no financieros aprecian los profesionales de salud? En lo que se ha publicado sobre los incentivos se menciona, de manera casi general, que los profesionales de atención de salud valoran mucho lo siguiente: el acceso a la formación y capacitación oficial; la supervisión clínica y personal y la función de mentores; y una actitud positiva y de apoyo al aprendizaje y al desarrollo personal a todo lo largo de la vida.

El desarrollo, la formación y la capacitación profesionales son motivadores y dan a los profesionales de salud una mayor confianza en su modo de realizar sus tareas. El aprendizaje a todo lo largo de la vida, eficazmente utilizado, se alcanzan al mismo tiempo todas las metas personales y de la organización, pues se fomenta el desarrollo de las capacidades necesarias para dispensar unos cuidados más eficaces a los pacientes. Asimismo, comporta un beneficio personal permanente para los profesionales de salud, pues hace que aumente su valor en el mercado del trabajo (Van Lerberghe *et al.* 2002).

La formación y el desarrollo alcanzan su mayor eficacia cuando brindan mejores oportunidades de carrera profesional; están relacionados con las oportunidades y las ventajas que se obtienen mediante las primas por cualificaciones u otras ventajas financieras; y se centran en la satisfacción de determinadas necesidades de desarrollo personal o de la organización.

Los cursos de formación también han de estar adaptados a las circunstancias nacionales (Mathauer e Imhoff 2006). Un curso de formación que dote de una capacidad personal opuesta a otra capacidad de la organización puede ser frustrante y desmotivadora. Por ejemplo, los profesionales de salud se sienten frustrados cuando han recibido formación para utilizar un determinado equipo al que después no tienen acceso en el lugar de trabajo en el que dispensan servicios de salud. Esto es también una mala utilización de los fondos de formación.

La formación diseñada y preparada para alcanzar metas personales y de la organización ha de ser práctica y realista. Debe impartirse formación que aborde cuestiones de gran prioridad o importancia allí donde se precise para dispensar los servicios de manera segura y eficaz. En un estudio se comunicaba que los profesionales de salud que trabajan en regiones de África con gran prevalencia del VIH/SIDA se sentían preocupados por los

¹ Nota de la redacción: Gestión de los recursos humanos/Gestión de la calidad.

² Nota de la redacción: Recursos humanos de salud

riesgos relacionados con esa enfermedad, y ello les quitaba motivación. Miembros del mismo grupo de trabajadores comunicaron que este efecto negativo se reducía mucho cuando se impartía una formación eficaz (Mathauer e Imhoff 2006).

Ejemplos

- La iniciativa de la función de mentores/preceptores para las enfermeras tituladas se introdujo en Ontario (Canadá) en 2004/2005. Se aporta financiación inicial para favorecer la elaboración de programas para las nuevas enfermeras tituladas y para las que cambian de sector de salud, de organización o de función (Gobierno de Ontario 2007).
- Una nación africana ha establecido colegios locales de postgrado para contribuir a la formación de odontólogos, farmacéuticos, médicos, matronas colegiadas, enfermeras colegiadas y fisioterapeutas. En virtud de este plan, se patrocina a los especialistas para que hagan cursos de formación a distancia al tiempo que ejercen su profesión (CIE *et al.* 2008, documento no publicado).
- Para mejorar la prestación de servicios en zonas rurales, ha comenzado en una nación sudamericana un programa de formación para los trabajadores de salud nacionales. Los trabajadores siguen un programa de formación, de tres años de duración, después del cual vuelven a sus zonas locales para trabajar en la organización que sostuvo su formación. (CIE *et al.* 2008, documento no publicado).

Gestión del trabajo

Entre los profesionales de salud son frecuentes las cargas de trabajo pesadas e intratables. Ellas pueden contribuir a unos resultados deficientes, baja motivación y agotamiento; en definitiva, pueden ser causa de que los profesionales de salud dejen su empleo actual o abandonen el sector de salud.

Son muchos los factores que contribuyen a las cargas de trabajo excesivas. La escasez de personal, junto con la falta de puestos financiados o la incapacidad de llenar las vacantes financiadas pueden dar lugar a que los trabajadores que quedan hayan de asumir otros deberes, algunas veces sin la formación necesaria para desempeñarlos con confianza y eficacia. A consecuencia de ello, las relaciones con los pacientes pueden resultar más agotadoras (Gilson *et al.* 2004). Así se crea un ciclo en el que la escasez de personal conduce a un empeoramiento de las condiciones para el personal restante. En otros casos, puede ser sencillamente una cuestión de aumento de la demanda local o de las expectativas de los pacientes y de la comunidad. La aplicación de programas de reforma, inclusive de cambios y ampliaciones de las funciones laborales, también puede dar lugar a un aumento del trabajo, especialmente en los periodos de transición o de aplicación.

Si las cargas de trabajo pesadas no se solucionan o se perciben como irrazonables, el personal puede sentirse explotado y desmotivado y habrá más probabilidades de que busque otro empleo. La carga de trabajo de los profesionales de salud sigue siendo causa de preocupación para las organizaciones de estos profesionales en todo el mundo. Por ello, este problema se plantea frecuentemente en el contexto de las negociaciones y los acuerdos en las relaciones laborales. Los métodos que se han aplicado para abordar los problemas de la carga de trabajo son, entre otros, los siguientes:

- Pagos por horas de trabajo extraordinarias, con lo que se compensa al personal por las horas adicionales trabajadas y concesión de incentivos a los empleadores para que distribuyan eficazmente el trabajo con el fin de evitar responsabilidades por mala gestión.
- Concesión de vacaciones, tiempo libre, o descanso inmediatos, que contribuyen a evitar el cansancio físico y mental haciendo que el personal aproveche sus derechos de vacaciones, aun cuando las exigencias laborales a corto plazo impongan limitaciones en la programación del tiempo libre.
- Revisión y rediseño de las funciones y responsabilidades laborales para conseguir su mejor distribución posible entre los profesionales de salud y demás personal disponible.
- Regulación de manera oficial o extraoficial el número de horas seguidas que trabaja cualquier persona; supresión de expectativas irrazonables de los empleadores o de los empleados; y reducción del riesgo de que la fatiga dé lugar a unas decisiones deficientes, un aumento de los eventos desfavorables y una disminución de la seguridad de los pacientes.

Ejemplos

- Establecimiento de programas rurales para aliviar a los médicos en los sectores en que estos profesionales son escasos. (CIE *et al.* 2008, documento no publicado)
- Establecimiento de coeficientes obligatorios personal/pacientes en los contextos en que hay enfermos hospitalizados, como los que se aplican en California (EE.UU.) y en Victoria (Australia). (Buchan 2005)

Disposiciones laborales flexibles

Las disposiciones laborales flexibles pueden desempeñar una importante función de retención de los profesionales de salud. Entre esas disposiciones se incluyen la oferta de horarios de trabajo flexibles, vacaciones ampliadas o cambiadas (por ejemplo, periodos libres previstos durante las vacaciones escolares), y disposiciones que alienten a los profesionales de salud a volver a formar parte de los recursos humanos después de una

interrupción de su carrera profesional. Esos planteamientos tienen especial importancia para los profesionales que equilibran sus compromisos laborales con sus deberes de cuidar a su familia restringida o ampliada, para quienes han dejado de formar parte de los recursos humanos por razones familiares u otras, y para los trabajadores de más edad que desean permanecer en activo pero quizá no pueden o no quieren desempeñar las mismas tareas o tener los mismos horarios de trabajo.

En algunos países, se considera que combinar la práctica pública con la privada es un medio por el que profesionales tales como los médicos o los dentistas pueden obtener ingresos adicionales. A este respecto se han adoptado diversas actitudes, pero las pruebas de su eficacia y sus consecuencias para el acceso a los cuidados no son claras. En los países en que los servicios de salud tienen relativamente pocos recursos, el personal quizá necesita hacer otro trabajo para completar sus ingresos. Reconocer oficialmente esos arreglos puede ser una manera de conservar los servicios de esos profesionales, tan buscados, y de mejorar la capacidad de los gestores para planificar los turnos de trabajo y la disponibilidad del personal.

Mientras tanto, en Vietnam del Norte, donde los profesionales de atención de salud percibían honorarios voluntarios para completar sus ingresos, se introdujeron pagos complementarios. Así los pagos de los pacientes estaban regulados, y generaban unos ingresos que el servicio de salud necesitaba para aumentar los salarios de los profesionales de salud hasta un punto en que ya no necesitaban otro empleo para ganar un salario que les permitiera vivir (Dieleman *et al.* 2003).

Ejemplos

- En el Canadá, la provincia de Ontario aplicó en 2004 la “Iniciativa para las enfermeras en fin de carrera”. Esta iniciativa se aplica a las enfermeras de más de 55 años y les permite dedicar algunas de sus horas de trabajo a funciones menos exigentes físicamente, como las de enseñar a los pacientes e instruir al personal (Gobierno de Ontario n.d).
- El establecimiento de bancos de enfermeras ha permitido a éstas trabajar un día adicional por semana contra el pago de una prima establecida (CIE *et al.* 2008, no publicado).
- En un país europeo, se da a los médicos generalistas de más de 60 años de edad la posibilidad de compartir sus pacientes con otros médicos generalistas. Los médicos generalistas de menos de 60 años de edad deben cuidar a 1.600 pacientes (ICN *et al.* 2008, no publicado).

Entornos de trabajo positivos

Los estudios han demostrado que un entorno laboral positivo es un elemento importante de las iniciativas de contratación y retención del personal. (Buchan 1999; Gilson *et al.* 2004; CIE 2007a). Esto se refiere a un entorno laboral seguro para el personal, que responde de manera dinámica a los nuevos riesgos y crea una cultura positiva de la organización. En este sentido, cada uno de los miembros de una organización –por la manera en que tratan las demandas de su propio trabajo, a sus compañeros y a sus pacientes– puede desempeñar una función que contribuye a un entorno favorable en el que las personas desean trabajar.

Por otra parte, otros numerosos factores se han relacionado con la disminución de la rotación y con los niveles, más elevados, de satisfacción de los profesionales de atención de salud. Entre esos factores se cuentan la estructura descentralizada de la organización, el mantenimiento de horarios de trabajo flexibles, la insistencia en la autonomía y el desarrollo profesional y en la comunicación sistemática entre la dirección y el personal (Buchan 1999; CIE 2007a).

Análogamente, un entorno deficiente de la organización y de la gestión puede actuar como fuerza decepcionante. Por ejemplo, Gilson *et al.* (2004 pág. 18), en su estudio de la influencia que ejerce la confianza laboral en los resultados de los trabajadores de salud en Sudáfrica, llegó a la conclusión de que “un obstáculo esencial que se opone a un mejor tratamiento de los trabajadores de salud sigue siendo la tradición de una gestión burocrática, reglamentada y autoritaria en el sector público”.

Es importante, pues, reconocer que todos los aspectos de la dirección de las organizaciones y sectores tienen repercusiones en el personal. Y esto es cierto cuando la dirección se refiere a los recursos humanos y cuando se refiere a otros aspectos del funcionamiento tales como los modelos funcionales, la sostenibilidad financiera, el acceso a los recursos, y la planificación corporativa y organizativa. Los planes de incentivos no pueden considerarse al margen de otros sectores del ejercicio profesional. Como señalan Mathauer e Imhoff (2006), “las medidas de Gestión de los recursos humanos y de la Gestión de la calidad deben formar parte de un buen programa de gobierno interno”.

Ejemplos

- La mayoría de los países del África Oriental y Meridional han mejorado las condiciones de trabajo o han elaborado planes para ello. Entre las medidas adoptadas se incluyen las de mejoramiento de las instalaciones, los equipos y la seguridad de los trabajadores (Dambisya 2007).
- El programa de los *hospitales modelo* de los Estados Unidos acredita a los hospitales que “satisfacen un conjunto de criterios para medir la fortaleza y la calidad de su enfermería. Se afirma que un *hospital modelo* es un hospital en el que la enfermería obtiene resultados excelentes en los pacientes, en el que las enfermeras tienen un elevado nivel de satisfacción laboral, y en el que el índice de rotación de las enfermeras es bajo y la resolución de las quejas es adecuada... La idea es que los dirigentes de la enfermería en los *hospitales modelo* valoran a las enfermeras de su personal, hacen que participen en la implantación de la enfermería basada en la investigación y las alientan y recompensan por impulsar la práctica de enfermería. Se supone que en los *hospitales modelo* hay una comunicación abierta entre las enfermeras y los demás miembros del equipo de atención de salud, y una combinación de personal adecuada para conseguir los mejores resultados en los pacientes y el mejor entorno laboral para el personal” (Centro para la Defensa de la Enfermería, 2008).

Acceso a prestaciones y ayudas

Aun cuando puede ser que los servicios de salud no siempre tengan ingresos suficientes para ofrecer incentivos financieros significativos, pueden algunas veces tener acceso a otros activos que pueden utilizar para recompensar al personal. Dambisya (2007) cita varios ejemplos:

Ejemplos

- La vivienda en Lesotho, Mozambique, Malawi y Tanzania.
- El transporte en Lesotho, Malawi y Zambia.
- Las instituciones de cuidados infantiles en Swazilandia.
- La comida gratuita en Mozambique y Mauricio.
- Los centros de ayuda a los empleados, en Lesotho.
- El acceso a programas de salud para los trabajadores de atención de salud y sus familias, y el acceso a los cuidados de salud y a la terapia contra el retrovirus, y los planes de ayuda médica que pueden incluir la atención de salud privada.

(Dambisya 2007)

Bajo la dirección del CIE, las asociaciones de enfermeras han establecido centros de bienestar en los que se hacen pruebas de VIH/SIDA, y se da asesoramiento y tratamiento a los trabajadores de atención de salud y a sus familias. Con esta iniciativa se ha conseguido reducir en gran medida el estigma relacionado con el VIH/SIDA y se ha prestado apoyo a los trabajadores de salud en sus iniciativas para mantenerse en el ejercicio activo de su profesión (CIE 2007b).

¿CÓMO ES UN PLAN DE INCENTIVOS EFICACES?

La preparación y aplicación de planes de incentivos en la atención de salud es un campo nuevo. Se han aplicado, por métodos financieros y no financieros, medidas muy diversas con resultados diferentes y dirigidos a una gran diversidad de profesionales de atención de salud.

Por ahora, apenas se ha hecho una evaluación rigurosa de los resultados de estos planes. Varios de ellos se aplican desde hace poco y es demasiado pronto para evaluar sus efectos. Dambisya (2007 pág. ii) señala que, en algunos países africanos, los planes de incentivos no se han “documentado sistemáticamente” y que “la vigilancia y la evaluación van desde la falta de todo mecanismo formal hasta los exámenes periódicos, y desde la evaluación de los resultados en los planos de distrito y provincial hasta una vigilancia y evaluación más complejas en los planes estratégicos”. Además, los incentivos se introducen muchas veces como parte de un conjunto más amplio de reformas organizativas, financieras, contractuales y de la gestión de los recursos humanos. En esos casos, puede ser difícil atribuir los resultados a un elemento determinado del conjunto. Un examen comparativo también resulta difícil por la gran variedad de los planteamientos y por la diversidad de los contextos nacionales, locales y organizativos en que se desarrollan y aplican estas iniciativas.

Sin embargo, la investigación aporta algunos indicios claros de las características de un plan de incentivos eficaces. En un marco conceptual elaborado por Bennett y Franco (citados en Adams y Hicks 2001 pág. 5), se reconoce que los siguientes factores influyen en la motivación personal de los trabajadores de salud:

- *Factores determinantes personales*: las necesidades personales; el concepto que tiene de sí mismo; las expectativas de resultados o las consecuencias de las actividades laborales.
- *Contexto de la organización*: salarios; ventajas; sistemas claros y eficientes; sistemas de gestión de los recursos humanos; observaciones acerca de los resultados; cultura de la organización.
- *Contexto social y cultural*: expectativas y observaciones de la comunidad.
- *Reforma del sector de salud*: comunicación y dirección; coherencia con los valores personales de los trabajadores.

El examen de estos factores y las experiencias de diversos países en la preparación y aplicación de sistemas de incentivos sugieren que un plan eficaz para los profesionales de atención de salud tiene las características siguientes:

Cuadro 2. Características de un plan eficaz de incentivos para los profesionales de salud

- Tiene unos objetivos claros.
- Es realista y aplicable.
- Refleja las necesidades y las preferencias de los profesionales de salud.
- Está bien diseñado, es estratégico y apto para sus fines.
- Está adecuado al contexto.
- Es justo, equitativo y transparente.
- Puede medirse.
- Incorpora elementos financieros y no financieros.

Objetivos claros

Los planes de incentivos deben tener unos objetivos claros (Petersen *et al.* 2006). Esto influye en el diseño de cualquier iniciativa y en la manera en que ésta se orienta (por ejemplo, si se dirige a la totalidad del personal, o a las profesiones o programas en los que la escasez de personal es especialmente grave). Análogamente, los incentivos pueden estar orientados a conseguir un determinado resultado de un servicio, por ejemplo un aumento de los índices de inmunización, o un determinado comportamiento del personal (mejorar el mantenimiento de expedientes, reducir el ausentismo, mejorar los índices de retención).

Todos éstos son sectores válidos para programas de incentivos. Cualquiera que sea el enfoque que se adopte, el plan de incentivos ha de tratar de hallar modos de armonizar y hacer avanzar simultáneamente los intereses personales, los profesionales y los de la organización (Van Lerberghe *et al.* 2002).

Realista y posible

El diseño del conjunto de incentivos ha de ser realista y posible. Un conjunto de incentivos que no pueda aplicarse no es tal. Los profesionales de salud se desmoralizarán y desmotivarán rápidamente si los aumentos salariales prometidos no se producen (Gilson *et al.* 2004), si los aumentos relativos o las primas discriminan en contra de ciertas categorías del personal, o si otros cambios del entorno general impiden esos aumentos o los falsean (CIE *et al.* 2008, no publicado). Análogamente, el acceso a ciertos lugares durante los cursos de formación quizá haya de ir acompañado de ayudas para el transporte y alojamiento y, en el caso de los trabajadores rurales, quizá haya de ir acompañado de una cobertura de sus responsabilidades laborales para que ellos puedan asistir libremente.

También debe tenerse en cuenta si la financiación puede pagarse y cuál es su origen (Dambisya 2007). Aun cuando es inevitable cierta ordenación de las prioridades, dado que el estado de salud de una población cambia con el tiempo, los planes de incentivos han de

considerarse en el contexto de las consecuencias presupuestarias más generales y de lo que significan para los profesionales de salud que ya trabajan en el sector.

Refleja las necesidades y preferencias de los profesionales de salud

La función principal de un incentivo es influir en el comportamiento, para mejor o para peor. Un plan de incentivos que los profesionales de salud consideren irrelevante para ellos, contrario a sus valores personales o profesionales, o destructivo de su bienestar o del bienestar de sus clientes, no cumplirá su objetivo. En el peor de los casos, contribuirá activamente a crear un incentivo contrario a una labor eficaz continuada. Por tanto, al diseñar un plan de incentivos eficaces, las consideraciones primordiales han de ser los valores, las preferencias y las aspiraciones de los profesionales de salud de que se trate; es esencial consultar a estos profesionales.

También es importante el contexto histórico y cultural. Puede ser que cada uno de los profesionales interprete de manera diferente el significado de “incentivos” (Mathauer e Imhoff 2006) y las distintas experiencias de ellos –tanto positivas como negativas. Si esto se tiene presente en el diseño y en la aplicación del programa de incentivos, la eficacia de ese programa será máxima.

Asimismo es importante reconocer que los profesionales de salud no son un grupo homogéneo. Tendrán diferentes necesidades, preferencias y aspiraciones según sus antecedentes personales y profesionales. Por ejemplo, DeGieter *et al.* (2006) constataron que las enfermeras jóvenes de Bélgica valoraban las oportunidades de avance profesional más que las enfermeras con mayor antigüedad. Este último grupo valoraba más la seguridad en el trabajo y el buen nombre del hospital en que trabajaba.

Bien diseñados, estratégicos y aptos para sus fines

Entre los aspectos que han de tenerse en cuenta al diseñar la naturaleza de un incentivo está el de si puede contribuir a impulsar los objetivos estratégicos de largo plazo y las metas de corto plazo. El estudio hecho por Rigoli y Dussault's (2003) de las reformas del sector de salud, incluida la introducción de sistemas de incentivos, ilustra los riesgos que conlleva un diseño deficiente. Estos autores constataron “el fracaso en la consecución de los resultados previstos y, en muchos casos, un efecto muy distinto de los previstos por los autores de los planes de incentivos”.

Otras consideraciones importantes en relación con el diseño son las relativas a si el programa de incentivos puede ser objeto de manipulación, y si pueden incorporarse al plan mecanismos de vigilancia y de evaluación. Chaix-Couturier *et al.* (2000), en su estudio de los incentivos financieros en la práctica médica, sugieren que los planes deben estar adaptados a la estructura y a los mecanismos de financiación del sistema de atención de salud de que se trate. Los planes deben también estar adaptados en calidad y productividad y a la gravedad de los pacientes tratados y, lo que es importante para su aplicación y administración, han de ser “sencillos, transparentes y directos”.

Adecuados al contexto

Un plan de incentivos, financieros o no financieros, debe, en la medida de lo posible, estar adecuado al contexto local. Aquí se incluye la función y la infraestructura del servicio de salud, las necesidades de salud de la población local y las prioridades de prestación del servicio. Ello es especialmente cierto en el caso de las actividades de formación y desarrollo, que deben estar adaptadas a realidades locales tales como los mecanismos de financiación más comunes y las condiciones e infraestructura reales en que trabaja el personal. (Chaix-Couturier *et al.* 2000; Mathauer e Imhoff 2006).

También pueden ser evidentes las diferencias culturales. Soeters y Griffiths (2003 pág. 82) señalan que “la viabilidad de cualquier propuesta de reforma será mayor si esa propuesta se adapta a lo que es aceptable para la sociedad en general”. Por ejemplo, en un contexto cultural en el que las alianzas familiares son primordiales, inducir a la población a que introduzca métodos de pago conjunto será más fácil que inducir a ello a un “servicio público” basado en una fuerte identificación con una comunidad más amplia.

Justos, equitativos y transparentes

Se repite con frecuencia que las desigualdades, reales o percibidas, del modo en que se diseñan y aplican los planes de incentivos son una de las causas de la falta de motivación. Como ha señalado Kingma (2003 pág. 6), “aun cuando se dice que el salario no tiene importancia (una vez satisfechas las necesidades financieras básicas, *el salario relativo* genera una reacción mucho más emocional”. El acceso selectivo a las bonificaciones puede dar lugar a desigualdades (por ejemplo, las bonificaciones a las que sólo tienen acceso los altos directivos), a que se introduzcan nuevos programas o incentivos salariales solamente para el personal nuevo, sin que el personal actual pueda acceder a esas mismas ventajas, o sencillamente a una falta de transparencia y de responsabilidad en la asignación de las oportunidades y las recompensas.

Medibles

Cuando un incentivo guarda relación con un requisito concreto de resultados, su aplicación está vinculada intrínsecamente al régimen concomitante por el cual se vigilarán y evaluarán los resultados. Hay para esto varias opciones que van desde el establecimiento de objetivos de resultados cuantificables, como el número de vacunaciones hechas en una clínica, hasta la evaluación de los resultados laborales globales de una persona por un supervisor o por otros mecanismos de transmisión de observaciones, como el examen por homólogos. Sean subjetivos o empíricos, los resultados requeridos pueden aplicarse en los planos de la organización, del equipo o de la persona.

Para medir eficazmente los resultados de los incentivos han de tenerse en cuenta varios aspectos, tales como si el plan:

- mide un proceso o un resultado;
- trata de promover una norma de resultados mínimos o de mejorar continuamente los resultados;

- ha de incorporar ajustes para tener en cuenta las diferencias de las infraestructuras, el acceso a los medicamentos y las terapias y la morbilidad de la población a que se destina y, si ya las tiene en cuenta, cómo las considera; y
- tiene un conjunto de indicadores que captan adecuadamente los principales elementos del servicio, tales como su efectividad, su eficiencia y resultados, su calidad y seguridad, y la equidad y acceso.

La medición efectiva de los resultados es una cuestión compleja. Ha quedado establecido que la medición de los resultados puede influir en la adopción de decisiones clínicas y en el comportamiento. Sin embargo, a menos que haya claridad y transparencia en el modo en que los resultados se evalúan, y los trabajadores tengan la firme confianza de que las medidas son a la vez justas y válidas, la introducción de éstas puede actuar como incentivo negativo o, lo que sería peor, como incentivo perverso (Kingma 2003; Mathauer e Imhoff 2006).

Incorpora elementos financieros y no financieros

Hay entre los trabajadores de salud del sector público una larga tradición de compromiso para con el servicio por su valor intrínseco y por la satisfacción personal y el respeto que proporciona la prestación de cuidados y de ayuda a los clientes. Sin embargo, no puede negarse la importancia capital que tiene la seguridad financiera y la capacidad de recibir una remuneración justa y adecuada por el propio trabajo. Por tanto, al preparar los conjuntos de incentivos, deben considerarse los incentivos financieros, especialmente en las regiones en que los trabajadores de salud luchan por conseguir un salario mínimo vital y en que los organismos compiten por conseguir trabajadores en el mercado de trabajo, nacional e internacional.

Sin embargo, las abrumadoras pruebas que se presentan en las publicaciones que examinan los planes de incentivos en los países industrializados y en los que tienen recursos limitados afirman que los incentivos financieros no son suficientes por sí solos para motivar plenamente a los recursos humanos ni para hacer que éstos se sientan valorados y reconocidos por lo que aportan. Como han señalado DeGieter *et al.* (2006):

“...al establecer la estrategia de remuneración más adecuada y económica, los directores no deben, pues, basarse únicamente en el limitado número de sus posibilidades oficiales de ofrecer recompensas financieras, sino que también deben reconocer el valor de las recompensas no financieras y psicológicas...”

Las pruebas sugieren que los planes de incentivos eficaces deberán incluir estos dos elementos.

PREPARAR UN CONJUNTO DE INCENTIVOS

Como antes se ha señalado, los conjuntos de incentivos más eficaces son los que se adaptan al contexto concreto en que van a aplicarse. Por eso no hay un “cuadro de incentivos” que pueda aplicarse fácilmente a una situación determinada. Análogamente, no puede aplicarse el criterio de “lo mismo para todos” para preparar un conjunto que satisfaga las necesidades de una determinada organización o grupo de profesionales de salud. Sobre la base de los modelos de elaboración de políticas, de Bardach’s (2000), se expone en el cuadro siguiente un método para elaborar un conjunto de incentivos.

Cuadro 3. Ejemplo de método para preparar un conjunto de incentivos

| Fases de la preparación | Lista |
|--|--|
| Objetivo estratégico y finalidad | <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué tratamos de conseguir? ¿Quién tendrá acceso a este conjunto? ¿Cuál es el problema que tratamos de resolver? |
| Reunir las pruebas: estudio y consultas | <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son los principales problemas que hay que abordar? ¿Qué tipos de incentivos tendrán importancia para el personal? ¿Cuáles son las necesidades de desarrollo y las prioridades del personal de la organización? ¿Qué ha sido eficaz en otras circunstancias comparables? ¿Qué no ha sido eficaz? |
| Preparar alternativas: diseñar un conjunto | <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué opciones tenemos? ¿Podemos aportar incentivos financieros? ¿De qué tipo? ¿Qué incentivos no financieros podemos aportar? ¿Quién los aplicará? ¿Qué recursos financieros y no financieros tenemos para sostener el programa? ¿Cómo conseguiremos el apoyo del personal y de los directores? ¿Qué recursos habrá que desarrollar y aplicar? |
| Seleccionar los criterios: cómo definir el éxito | <ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo elegiremos la opción mejor? ¿Qué resultados buscamos? ¿Cómo mediremos si se ha conseguido? ¿Es justa y razonable la propuesta? ¿Es sostenible? |
| Proyectar los resultados | <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuánto tiempo se tardará en aplicar? ¿Cuánto costará? ¿Es justo, razonable y transparente? ¿Cómo reaccionarán los principales interesados? ¿Habrá algún efecto negativo? ¿Son distintas las repercusiones a corto y a largo plazo? |

Cuadro 3. Ejemplo de método para preparar un conjunto de incentivos

| | |
|--|--|
| Comparar las ventajas e inconvenientes | <p>¿Cuál es el equilibrio idóneo entre los incentivos financieros y los incentivos no financieros?</p> <p>¿Se verán afectados por igual todos los interesados? Si no, ¿cómo se gestionará eso?</p> <p>¿Qué relación guardan los costos y los beneficios?</p> |
| Decidir: el interesado | <p>¿Es una opción mejor, claramente identificable?</p> <p>¿Se precisa más información?</p> <p>¿Pueden todos los interesados ponerse de acuerdo en el método preferido?</p> <p>¿Qué autorización se necesita para seguir adelante?</p> |
| Contar su caso: aplicación | <p>¿Se ha informado a todas las partes afectadas?</p> <p>¿Se aplica un procedimiento adecuado de gestión del cambio?</p> <p>¿Es transparente y claro el procedimiento de aplicación?</p> <p>¿Entienden todas las partes lo que de ellas se espera?</p> <p>¿Tienen todas las partes expectativas razonables de resultados?</p> <p>¿Saben todos cómo pueden obtener más información?</p> |
| Evaluación y revisión | <p>¿Ha funcionado bien?</p> <p>¿Hubo algunas consecuencias imprevistas?</p> <p>¿Necesitamos cambiarlo?</p> |

Fuente: Fases de desarrollo adaptadas de *A practical guide for policy analysis: the eightfold path to more effective problem solving* (2000), de Bardach.

CONCLUSIÓN

Los recursos humanos son el elemento esencial de la prestación de un servicio. Aun en los países mejor dotados de recursos y más avanzados tecnológicamente, las interacciones entre los profesionales de salud y sus pacientes se sitúan en el centro de la prestación del servicio. Por ello, los costos del personal son predominantes en el gasto de los servicios de salud y la escasez actual de profesionales de salud es una amenaza real y directa para el mantenimiento de la prestación y para el desarrollo de los servicios de atención de salud.

Los incentivos, financieros y no financieros, son un instrumento que las administraciones y demás órganos de empleadores pueden utilizar para desarrollar y sostener unos recursos humanos con las capacidades y experiencia necesarias para dispensar los cuidados requeridos. Esto exige no sólo voluntad política y un trabajo arduo y sostenido, sino también que todos los principales interesados reconozcan el compromiso, las capacidades y los beneficios para la salud, que aportan los profesionales de salud en todo el mundo.

El activo más valioso de un servicio de salud es su personal. La aplicación de un conjunto de incentivos eficaces representa una inversión mediante la cual ese activo vital puede protegerse, fomentarse y desarrollarse.

Apéndice

Esta publicación fue encargada por la Alianza mundial para los recursos humanos de salud como parte de su trabajo para identificar y aplicar soluciones a la crisis de los recursos humanos de salud. Se trata de una iniciativa conjunta del Consejo Internacional de Enfermeras, la Federación internacional de hospitales, la Federación internacional de farmacia, la Confederación mundial de fisioterapia, la Federación odontológica mundial y la Asociación médica mundial. Forma parte de una iniciativa más amplia para promover contextos laborales que garanticen la salud, la seguridad y el bienestar del personal, favorezcan la prestación de cuidados de calidad a los pacientes y mejoren la motivación, la productividad y los resultados de las personas y de las organizaciones, fortaleciendo así los sistemas de salud y mejorando los resultados conseguidos en los pacientes.

- El **Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)** es una federación de 130 asociaciones nacionales de enfermeras, que representan a los millones de enfermeras de todo el mundo. Dirigido por enfermeras y dirigiendo a la enfermería en el plano internacional, el CIE trabaja para conseguir unos cuidados de enfermería de calidad para todos y unas políticas de salud acertadas en todo el mundo.
- La **Federación internacional de hospitales (FIH)** es una organización internacional no gubernamental que tiene miembros en más de 100 países. En tanto que órgano mundial para los hospitales y organizaciones de atención de salud, desarrolla y mantiene entre ellos un espíritu de cooperación y comunicación, con el fin primordial de mejorar la seguridad de los pacientes y promover la salud en las comunidades que carecen de servicios.
- La **Federación internacional de farmacia (FIF)** es la federación mundial de las organizaciones nacionales de farmacéuticos y farmacólogos. Los farmacéuticos son profesionales de salud dedicados a mejorar en todo el mundo el acceso al uso adecuado de los medicamentos, y su valor.
- La **Confederación mundial de fisioterapia (CMF)** es una federación de 101 asociaciones nacionales de fisioterapia y representa a los fisioterapeutas de todo el mundo. Trabaja para mejorar la salud mundial fomentando normas elevadas de investigación, formación y práctica de la fisioterapia; favoreciendo las comunicaciones y el intercambio de información entre sus regiones y organizaciones miembros; y colaborando con organizaciones nacionales e internacionales.
- La **Federación odontológica mundial (FOM)** es la voz mundial autorizada de la odontología y cuenta con más de 150 asociaciones miembros en 134 países de todo el mundo, que representan a más de 900.000 odontólogos en el plano internacional.
- La **Asociación médica mundial (AMM)** es la federación mundial de asociaciones médicas nacionales, que representa a los millones de médicos de todo el mundo. En nombre de los médicos y de los pacientes, la AMM trata de conseguir los niveles más altos posibles de ciencia, formación y ética médicas y de cuidados de salud para todas las personas.

- La **Alianza mundial para los recursos humanos de salud (AMRHS)** es una colaboración dedicada a identificar y aplicar soluciones a la crisis de los recursos humanos de salud. Reúne a diversos agentes entre ellos los gobiernos nacionales, la sociedad civil, instituciones financieras, trabajadores, organismos internacionales, instituciones académicas y asociaciones profesionales. La Alianza tiene su sede en la Organización Mundial de la Salud y está administrada por ésta.

REFERENCIAS

Adams O & Hicks V (2001). 'Pay and non-pay incentives, performance and motivation', prepared for the Global Health Workforce Strategy Group, WHO, Geneva.

Bardach G (2000). *A practical guide for policy analysis: the eightfold path to more effective problem solving*, Chatham House, New York.

Buchan J (1999). 'Still attractive after all these years? Magnet hospitals in a changing healthcare environment' *Journal of Advanced Nursing* vol. 30 Issue 1 pp.100-108.

Buchan J (2005). 'A certain ratio? The policy implications of minimum staffing ratios in nursing', *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 10, no. 4, pp. 239-244.

Caldwell P & Kingma M (2007). 'Incentives and the recruitment/retention of nurses', a paper presented at *National experiences in assessing and reducing shortcomings and negative trends affecting human resources of the health system: an international symposium on health workforce*, Lisbon, Portugal 10-12 October, ICN - International Centre for Human Resources in Nursing.

Center for Nursing Advocacy (2008). 'What is magnet status and how is that whole thing going?', accessed 15 April 2008 www.nursingadvocacy.org/faq/magnet.html.

Chaix-Couturier *et al.* (2000). 'Effect of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues', *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 12, no. 2, pp. 133-142.

Croasdale M (2005). 'Physician work force estimates far apart', *AMNews*, 20 June, accessed 15 April 2008 www.ama-assn.org/amednews/site/free/prsa0620.htm.

Dambisya Y (2007). 'A review of non-financial incentives for health worker retention in east and southern Africa,' Equinet discussion paper no. 44, Regional Network for Equity in Health in east and southern Africa, accessed 15 April 2008 www.equinet africa.org/bibl/docs/DIS44HRdambisya.pdf

DeGieter *et al.* (2006). 'Identifying nurses' rewards: a qualitative categorization study in Belgium', *Human Resources for Health*, vol. 4, article 15.

Dieleman *et al.* (2003). 'Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam', *Human Resources for Health*, vol. 1, article 10.

Dieleman *et al.* (2006). 'The match between motivation and performance management of health sector workers in Mali', *Human Resources for Health*, vol. 4, article 2.

Disease Control Priorities Project (2006). 'Improving quality of clinical care: incentives for health care workers', DCPD www.dcp2.org.

Eichler *et al.* (2007). 'Performance-based incentives for health: six years of results from supply-side programs in Haiti', Center for Global Development working paper #121, CGD, Washington.

Fort A & Voltero L (2004). 'Factors affecting the performance of maternal health care providers in Armenia', *Human Resources for Health*, vol. 2, article 8.

Gilson *et al.* (2004). 'Exploring the influence of workplace trust over health worker performance. Preliminary national overview report: South Africa', Health Economics and Financing Program working paper 06/04, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Government of Ontario (n.d.). 'The late career nurse initiative fact sheet', Ministry of Health and Long-Term Care, accessed 15 April 2008 www.health.gov.on.ca/english/providers/program/nursing_sec/docs/late_nurse_faq_01_20070523.pdf

- Government of Ontario (2007). 'Guidelines for application to the Ontario nursing strategy', Ministry of Health and Long-Term Care, accessed 15 April 2008
www.health.gov.on.ca/english/providers/program/nursing_sec/strategy_app_mn.html
- Hongoro C & Normand C (2006). 'Health workers: building and motivating the workforce', in D Jamison *et al.* (eds), *Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd edn*, Oxford, New York, pp. 1, 309-1,322.
- ICN (2007a). 'Positive practice environments: quality workplaces = quality patient care', ICN, Geneva, accessed 19 February 2008 www.icn.ch/indkit2007.htm
- ICN (2007b). 'Wellness centres for health care workers in sub-Saharan Africa', in *Biennial report 2004-2006, patient and public safety matter: nurses on the front line*, ICN, Geneva, p. 12.
- International Council of Nurses, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation, World Medical Association (2008 unpublished). 'International survey on retention incentives for health care professionals', record of responses, ICN, Geneva.
- Kingma M (2003). 'Economic incentive in community nursing: attraction, rejection or indifference?', *Human Resources for Health*, vol. 1, article 2.
- Kingma M (2006). *Nurses on the move: migration and the global health care economy*, Cornell University Press, Ithaca.
- Kipp *et al.* (2001). 'User fees, health staff incentives, and service utilization in Kabarole District, Uganda', *Bulletin of the World Health Organization*, vol.79, no.11, pp. 1032-1037.
- Kruger E & Tennant M (2005). 'Oral health workforce in rural and remote Western Australia: practice perceptions', *Australian Journal of Rural Health*, vol. 13, no. 5, pp. 321-326.
- Kusserow R (1989). *Hospital closure: 1987*, Dept. of Health and Human Services, Washington.
- Langenbrunner J & Xingzhu Liu (2004). 'How to pay? Understanding and using incentives', World Bank, Washington.
- Leonard *et al.* (2007). 'Getting clinicians to do their best: ability, altruism and incentives', *Journal of Human Resources*, vol. 42, no. 3, pp. 682-700.
- Manongi *et al.* (2006). 'Improving motivation among primary health care workers in Tanzania: a health worker perspective', *Human Resources for Health*, vol. 4, article 6.
- Manzi *et al.* (2004). 'Exploring the influence of workplace trust over health worker performance: preliminary national overview report Tanzania,' Health Economics and Financing Programme working paper, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Centre for Health Policy, Johannesburg.
- Mathauer I & Imhoff I (2006). 'Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools', *Human Resources for Health*, vol. 4, article 24.
- Muliira, J (n.d.). 'The nation wide nursing shortage in USA', accessed 15 April 2008
www.case.edu/med/epidbio/mphp439/Nursing_Shortage.htm.
- Naumann TL (2004). *Hospital Pharmacist Shortage Survey* Canadian Society of Hospital Pharmacists, British Columbia Branch www.cshp-bc.com/publications/pharm%20shortage%20survey-report.pdf
- Petersen *et al.* (2006). 'Does pay-for-performance improve the quality of health care?' *Annals of Internal Medicine*, vol. 145, no. 4, pp. 265-272.
- Record R & Mohiddin A (2006). 'An economic perspective on Malawi's medical "brain drain"', *Globalization and Health*, vol. 2, article12.

Reid S (2004). *Monitoring the effect of the new rural allowance for health professionals*. Durban: Health Systems Trust,.

Rigoli F & Dussault G (2003). 'The interface between health sector reform and human resources in health', *Human Resources for Health*, vol. 1, article 9.

Soeters R & Griffiths F (2003). 'Improving government health services through contract management: a case from Cambodia', *Health Policy and Planning*, vol. 18, no. 1, pp. 74-83.

Van Lerberghe *et al.* (2002). 'When staff is underpaid: dealing with the individual coping strategies of health personnel', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 80, no. 7, pp. 581-584.

World Health Organization (2000). *The world health report 2000 – health systems: improving performance*, WHO, Geneva, p. 61.

World Health Organization & World Bank (2003). 'Improving health workforce performance,' issues for discussion: session 4: high-level forum on the health millennium development goals, WHO, Geneva.

World Health Organization (2006a). *The world health report 2006 – working together for health*, WHO, Geneva.

World Health Organization (2006b). 'The global shortage of health workers and its impact', fact sheet no. 302, WHO, Geneva, accessed 15 April 2008
www.who.int/mediacentre/factsheets/fs302/en

Zurn P, Dolea L & Stilwell B (2005). 'Nurse retention and recruitment: developing a motivated workforce', ICN, Geneva, accessed 15 April 2008 www.icn.ch/global/Issue4Retention.pdf

Estas directrices fueron encargadas por la Alianza mundial para los recursos humanos de salud, asociación administrada por la Organización mundial de la salud (OMS), como parte de un trabajo destinado a identificar y aplicar soluciones a la crisis de los recursos humanos de salud.

3, place Jean-Marteau
1201 Ginebra, Suiza
Tél.: +41 22 908 01 00
Fax.: +41 22 908 01 01
C. elect.: icn@icn.ch
www.icn.ch