

“Políticas Diferenciales en el Tratamiento de los Recursos Humanos en Salud en Argentina: Estructura de Salarios, Incentivos Contractuales y Ambiente Laboral en el Subsistema Público”

Daniel Maceira, Ph.D.

Coordinador

Equipo de Trabajo:

María Crojethovic

Natalia Espínola

Mariela Nievas

Alfredo Palacios

Marilina Urrutia

Resumen en español

Incentivos monetarios y no-monetarios explican el comportamiento del profesional de la salud. Su desempeño se vincula tanto con su interés en participar en una construcción colectiva, como también con el nivel de sus salarios, la estructura de sus contratos y los horizontes de crecimiento profesional en el mediano plazo. Distintas corrientes teóricas han avanzado en el estudio de incentivos comportamentales individuales de recursos humanos en salud, y en el impacto de las estructuras intermedias de asociación (colegios, sindicatos, círculos médicos). Distintos marcos normativos incentivan o limitan la presencia de doble empleo público-privado, incorporando un ingrediente adicional a la agenda de investigación, con lógicas diferenciales y/o contradictorias. Así, el salario del profesional de la salud es emergente de una serie de factores encadenados que requieren un abordaje conjunto. Se propone avanzar en el conocimiento de estos vínculos en Argentina, cuya segmentación requiere un abordaje nacional. Se seleccionaron cinco jurisdicciones: Neuquén (Patagonia), Salta (Noroeste), Chaco (Noreste), La Rioja (Cuyo) y Metropolitana (CABA), permitiendo identificar cómo normativas y realidades socioeconómicas diferenciadas, avanzan en modelos consistentes de atención sanitaria. La metodología cuali-cuantitativa combina revisión bibliográfica y normativa, entrevistas en profundidad a una selección de instituciones hospitalarias, el análisis de encuestas de selección múltiple a profesionales del sector público y el estudio de grillas salariales por tipo de profesional y contrato, características funcionales, étareas y de género. Estadísticas descriptivas y estimaciones de modelos de regresión lineales y no lineales (probit/logit), forman parte de la estrategias de investigación. El objetivo de política del proyecto es contribuir al desarrollo de indicadores de estructuras y conductas jurisdiccionales que fortalezcan los mecanismos ejecutivos y legislativos a cargo de tareas de normativa y regulación en la materia.

Planteamiento y Justificación del problema

El modelo de organización del sistema de salud en Argentina se ha caracterizado históricamente por una división en tres subsectores: público (dependiente de la administración pública nacional, provincial y municipal); el de la seguridad social

(integrado por las obras sociales nacionales, provinciales y el INSSJP) y el privado (con una compleja red de instituciones empresariales de clínicas, sanatorios y diagnóstico).

Particularmente, para el sector salud dicha fragmentación y descentralización han imposibilitado el desarrollo de políticas nacionales en materia de recursos humanos; así como el establecimiento de pautas, coordinadas y consensuadas, de acción e incentivos entre las provincias para proveer condiciones equitativas para el desempeño de los profesionales de la salud pública en todo el país (ingreso por concurso, carrera ligada con el mérito y movilidad en el interior de todo el sistema de salud, entre otras cuestiones).

Por el contrario, existen diversas modalidades de contratación de personal así como regímenes estatutarios, estableciéndose dos grandes grupos de trabajadores: el personal nombrado y el personal contratado, que generan, a su vez, diversas escalas remunerativas con composiciones variables que incluyen beneficios e incentivos relacionados, por ejemplo con la productividad.

Estas diferencias disparan modos heterogéneos de condiciones laborales, corroborándose la presencia de multi-empleo y empleo informal.

Paralelamente, al no existir un marco federal, cada jurisdicción mantiene el gobierno de la matrícula de los profesionales de la salud y la certificación de la especialidad, que recae por lo general en los colegios de profesionales. Esta dispersión genera condiciones de inequidad, obstaculiza la circulación de los profesionales, y fragmenta la información y el registro de los recursos humanos disponibles.

Las particularidades presentes en el mercado laboral, así como el análisis de los niveles y mecanismos de pago establecidos en los contratos de los profesionales de la salud, han sido discutidos por la literatura, tanto herramientas para alinear intereses en escenarios de información asimétrica y baja capacidad de monitoreo, como instrumentos de contención de costos del sistema.

En este contexto, la presente propuesta pretende realizar un estudio comprehensivo e integral de la situación de los recursos humanos (RRHH) en salud, vinculando salarios, estructura de contratos e incentivos (monetarios y no monetarios), y el papel desempeñado por las instituciones intermedias (círculos médicos, colegios, etc.), en un contexto segmentado y mixto del sistema de salud.

La falta de un registro centralizado de los recursos humanos del sector, llevó al desarrollo de un grupo de iniciativas de recopilación y análisis de información, proceso iniciado por el Ministerio de Salud de la Nación. Con apoyo de la OPS se creó el Observatorio Federal de Recursos Humanos de Salud, que avanza en la articulación de la información aportada por distintas fuentes del campo laboral y de formación de RRHH en salud (jurisdicciones provinciales, sistemas de información institucionales, entre otros). Sin embargo, es importante destacar que el mismo no aborda la temática contractual, salarial e incentivos.

Fortalecer este tipo de iniciativas procura evitar que los ámbitos de concertación sean acotados a determinadas áreas y temáticas, aportando pautas que contribuyan a una toma de decisiones comprehensiva e integral para el sector salud.

Para ello, el abordaje de la temática de Recursos Humanos en Salud requiere de la identificación de dos dimensiones o registros, uno del ámbito de lo privado –vinculada a estructuras de comportamiento, metas y preferencias individuales de los trabajadores de

la salud actuales y potenciales-, y otra del ámbito de lo social. Esta última establece objetivos sanitarios y, a partir de ellos, identifica las necesidades sociales de los recursos humanos sanitarios, implementando acciones que permitan satisfacer tales requerimientos.

La coordinación y alineación de objetivos entre ambos registros, a fin de satisfacer las necesidades sanitarias de la población y garantizar su acceso al sistema de salud, implica el diseño de redes sanitarias, establecidas acorde a patrones demográficos, epidemiológicos y geográficos de la población objetivo. Herramientas clave de este abordaje lo constituyen las políticas de formación y capacitación continua de recursos humanos, los criterios de certificación y recertificación, los patrones de contratación y mecanismos de pagos, los niveles de fijación de salarios y la articulación de diferenciales entre locaciones con distintos niveles de esfuerzo y compromiso involucrados (centros periféricos vs. hospitales de alta complejidad; pequeños espacios urbanos vs. grandes ciudades, etc.).

Todos estos elementos aportan al diseño de una estrategia de carrera profesional que posibilite alinear los intereses del trabajador de la salud con su entorno sanitario. Por el contrario, fallas de coordinación facilitan el surgimiento de multiplicidad de necesidades de cuidado insatisfechas, en ocasiones al mismo tiempo que sobreoferta ciertos recursos humanos, brechas de atención entre grupos poblacionales, y pujas distributivas en la asignación sectorial de recursos.

En este sentido, la presente propuesta de investigación pretende contribuir al desarrollo de un sistema de información e indicadores comunes en materia de estructuras de contratación y remuneraciones de recursos humanos en salud en Salta, La Rioja, Neuquén, Chaco y Ciudad de Buenos Aires; a fin de brindar apoyo al fortalecimiento de los mecanismos ejecutivos y legislativos a cargo de tareas normativas y regulación en la materia.

Preguntas de investigación

La presente propuesta de trabajo busca dar respuesta a un conjunto de preguntas de investigación sobre la situación de los recursos humanos en salud en las jurisdicciones seleccionadas (Salta, La Rioja, Neuquén, Chaco y Ciudad de Buenos Aires) en términos de salarios, estructura de contratos e incentivos. Entre estas preguntas de investigación se encuentran, entre otras, las siguientes:

- [¿Cuáles son los mecanismos de pago más frecuentes a los profesionales de la salud que se desempeñan en el subsector público?
- [¿Cuáles son los criterios prevalentes en el sector público al momento de estructurar mecanismos de contratos? ¿Cuáles son los incentivos teóricos y efectivos que los mismos generan? ¿Cómo interactúan los profesionales de la salud con los diferentes esquemas contractuales en un mismo ámbito de trabajo?
- [¿En qué medida los comportamientos de los profesionales de la salud difieren ante los mismos incentivos monetarios y no monetarios de acuerdo al modelo sanitario del que dependen?
- [¿Cómo interactúan las estructuras de incentivos no monetarios generados por los sistemas de salud de las jurisdicciones seleccionadas con los criterios tradicionales de incentivos monetarios? ¿Es posible identificar efectos complementarios o sustitutivos entre ellos?

- [¿Es posible identificar patrones de rezago o adelanto salarial de los trabajadores de la salud con respecto a otros sectores productivos?, ¿Y con respecto a los niveles de precios prevalentes?
- [¿Cuál es la valoración relativa de cada mecanismo de pago por parte de los profesionales de la salud? ¿Varían según provincia?
- [¿Cuál es el papel desempeñado por las instituciones intermedias (Círculos, Colegios, Sindicatos, etc.) en la definición de salarios, condiciones de trabajo y remuneraciones no monetarias?

Marco teórico general y específico

“El modelo de desarrollo y gestión de recursos humanos de la salud está indisolublemente ligado al modelo de sistema de salud adoptado por cada país. Por ello, muchas de las problemáticas presentes en esta materia son consecuencia de la falta de coordinación de estrategias y de políticas de nivel nacional” (Maceira y Cejas, 2010).

La Argentina posee un sistema de salud altamente segmentado y heterogéneo, que se subdivide en tres subsectores: público, privado y seguridad social. Esta conformación le otorga al sector salud una lógica peculiar, ya que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de los subsectores que difieren respecto a su población objetivo, servicios que brindan y el origen de los recursos con los que cuentan, lo que se traduce en la falta de integración entre los mismos, así como en el interior de cada uno (Aspiazu, 2010).

A su vez, el sistema de salud argentino se encuentra descentralizado en 24 jurisdicciones pero a diferencia de otros países federales y con sistemas descentralizados de salud, tales como Brasil y España, la Argentina no ha logrado desarrollar políticas nacionales y coordinadas con las provincias.

Como consecuencia de la fragmentación y segmentación del sistema de salud, sumado a las diversas y continuas reformas económicas, laborales y sectoriales a nivel nacional, el mercado laboral en el sector salud ha sufrido diversas transformaciones. Las mismas condujeron a un proceso de deterioro de las condiciones de trabajo de los profesionales: precarización de las formas de contratación (nuevas formas de contratación temporal, tendencia a formas más precarias de empleo), flexibilidad laboral, extensión de la jornada laboral, multi-empleo, pérdida de autonomía profesional de las ocupaciones, y desigualdades geográficas (Galín, 2002; Novick y Galín, 2003; Maceira y Cejas, 2010a; Aspiazu, 2010; Crojethovic, 2011). Aspectos que influyen en los diferentes incentivos que tienen los individuos al tomar sus decisiones en el mercado laboral (por ejemplo, elección del tipo de ocupación y de ingresar al mercado de trabajo del sector).

Particularmente, en el mercado laboral del sector salud se evidencia una multiplicidad de regímenes de contratación laboral de los profesionales en el sector público. Maceira y Cejas (2010a) analizan las consecuencias de dicho fenómeno, destacando dos aspectos relevantes: por un lado, la gran heterogeneidad de los regímenes laborales existentes que dificulta la gestión y la regulación de los modos de contratación (personal de planta permanente del Estado, trabajadores de contratación periódica o empleados que son contratados para la prestación de un determinado servicio). Por el otro, la gran variedad y número de formas contractuales transitorias e informales, sobre todo entre los médicos. Según el Informe del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación (2008), en base a los datos de la Encuesta Permanente de Hogares del 2005, el sector salud alcanza un 24,3% de empleo no registrado. Entre los profesionales que se desempeñan en dicho sector el mismo indicador asciende al 37,8%, mientras que para los

no profesionales es de 18,9%, evidenciando que las formas contractuales informales son más frecuentes en el escalafón profesional.

Otra dimensión que da cuenta de la flexibilización laboral presente en el sistema de salud refiere a la extensión de las horas trabajadas y el multi-empleo (Crojethovic 2013). En base a datos de la EPH del año 2006, el Ministerio de Trabajo informa que el 43% de los profesionales de la salud cuentan con 2 o más empleos, mientras que para el resto de los profesionales del país (no participantes del sector salud) dicho número no alcanza el 14%. Una tendencia similar se verifica entre los no profesionales y, por supuesto, para el total del sector.

El multi-empleo mencionado genera muchas veces, que un mismo profesional de la salud responda ante diferentes empleadores o financiadores pertenecientes a los diversos subsectores (público, seguridad social y privado) que integran el sector salud, generando contradicciones individuales y corporativas en defensa de los intereses laborales. Este no es un problema menor al intentar una convocatoria de los profesionales al desarrollo de una reforma sanitaria (Abramzón, 2005), y/o un proceso de negociación.

Paralelamente a ello, las diferencias existentes en materia salarial y condiciones de trabajo entre las distintas jurisdicciones del país, propician procesos de migración de los trabajadores. Los más calificados se dirigen hacia las jurisdicciones que ofrecen mejores posibilidades de contratación del personal de la salud, reforzando las inequidades interprovinciales.

En consecuencia se evidencia una elevada concentración de los profesionales de la salud en los grandes centros urbanos, atraídos por las mayores posibilidades de inserción ocupacional y de desarrollo profesional. En conjunto, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires, concentran el 55% de los profesionales de la salud, mientras que su población no alcanza al 46% del total nacional. Lo mismo ocurre con la enfermería universitaria, donde el 50% de los graduados ejerce en esas jurisdicciones (Abramzón, 2005).

Otra particularidad del sistema de salud que profundiza las inequidades entre jurisdicciones, es la existencia de diversos regímenes de carrera profesional en el sector público (Maceira y Cejas, 2010a):

- [Regímenes de carrera que involucran sólo a los profesionales de la salud con grado universitario, que pueden ser exclusivamente para los profesionales médicos, o pueden incluir algunas o todas las disciplinas universitarias del equipo de salud.
- [Regímenes de carreras dirigidas al equipo técnico profesional (“personal de blanco”), incluye a los trabajadores con tareas relacionadas con la atención directa de la salud, y exigen como formación de origen nivel superior universitario y no universitario.
- [Regímenes de carrera que incorporan a todo el personal del Ministerio de Salud de la provincia, independientemente de su función, incluyendo al personal administrativo y de servicios y mantenimiento.
- [Trabajadores de la salud incorporados al régimen general provincial de empleo público, que tiene lugar en aquellas provincias en las cuales los trabajadores de la salud están incluidos en el Estatuto del personal de la administración.

A su vez, dentro de las carreras se evidencian diferentes situaciones de revista, como personal de planta en categorías de titular, interino, reemplazante, transitorio, suplente y,

en ocasiones, hasta la figura de contratado, aunque en general éste último y los directivos de gabinete están excluidos. Sólo el personal que reviste como titular tiene verdadera estabilidad en el cargo como producto del ingreso por concurso.

Referido a esto, en el Plan Federal de Salud, suscripto por todos los Ministros de las provincias argentinas, como un compromiso para el período 2004-2007, se preveían líneas estratégicas dirigidas a promover la aplicación de distintas instancias para efectivizar las carreras hospitalarias o de salud. “De manera tal que el mérito profesional, la formación permanente y el aporte a la investigación y a la docencia sean los elementos que determinen el acceso a los cargos del sistema de salud de cada una de las jurisdicciones desincentivando la precariedad laboral” (Plan Federal de Salud, 2004-2007). Esto da cuenta de que, si bien existían diferentes regímenes, las particularidades locales dificultan la concreción de la iniciativa.

Bajo este contexto, la insatisfacción de los trabajadores en salud por el deterioro en sus condiciones laborales y salariales se hace manifiesta a través de los conflictos laborales, un aspecto relevante en el sector salud debido a la alta participación del mismo en estos conflictos. Se entiende como conflicto laboral a una serie de eventos desencadenados a partir de la realización de una acción conflictiva por parte de un grupo de trabajadores o empleadores con el objetivo de alcanzar sus reivindicaciones laborales (Aspiazu, 2010).

Según el estudio de Aspiazu (2010), en el período 2006-2008, alrededor del 17% de los conflictos laborales en el país pertenecieron al sector de la salud, porcentaje que sólo fue superado por la administración pública con el 30% de los conflictos, siendo la salud pública la que concentra la mayor parte. Más del 80% de los conflictos fueron impulsados por trabajadores de establecimientos estatales.

En general, el mismo estudio reconoce que en América Latina las organizaciones de profesionales y de trabajadores de la salud “tienen un espectro de intereses estratégicos convergentes que se expresan en una agenda de demandas coincidentes y que ha sido motivo de muy buena parte de la conflictividad que protagonizaron en la Región” (Scavino, 2004b: 4); esta plataforma común está integrada por las siguientes demandas: mejores remuneraciones, incrementos en las partidas presupuestarias para el sector de la salud en procura de mejores condiciones asistenciales para los usuarios y el rechazo a reformas que debiliten el rol y los servicios estatales de salud.

Por su parte, en el caso particular del sector salud, la conflictividad toma un rol clave ya que suele generar desafíos éticos que emergen de la colisión entre el derecho al libre ejercicio de las libertades sindicales y el derecho humano fundamental a la vida, al que es asimilable el derecho a la salud (Scavino, 2004).

Es así como la gestión de recursos humanos y el contexto en el que se desarrolla ha generado que los encargados de la política pública, y los demás actores intervinientes recurran a un conjunto de incentivos (monetarios y no monetarios) para mejorar la contratación, la motivación y la retención de los profesionales de la atención de salud en cada país (OMS, 2008).

Desde la literatura económica se revisa también este tema, pero mediante un modelo teórico de Economía Política, con base en la Teoría de los Juegos. La misma busca explicar y analizar el funcionamiento de las relaciones contractuales, los sistemas de incentivos y mecanismos de pagos. El objetivo consiste en, ante escenarios de

incertidumbre, establecer mecanismos capaces de alinear los intereses de las partes a fin de minimizar las pérdidas asociadas con la asimetría de información (Maceira, 1998).

“El debate de la Economía Política reconoce las dificultades de llevar a cabo cambios en las instituciones económicas y sociales, y cómo la presencia de fuerzas sectoriales de dirección e intensidad diferente no necesariamente quedan alineados con los objetivos de las reformas en el sector, sino que limitan u obstaculizan su aplicación” (Maceira, 1997).

Específicamente, el estudio de las relaciones contractuales basadas en incentivos es analizado a través de la Teoría de Contratos surgida a partir de la Teoría de Agencia. Esta teoría analiza la relación contractual formal e informal en que uno o más actores, denominados *principal/es*, encargan a otra persona denominada *agente* la realización de una tarea o la prestación de un servicio que aquél no puede observar, y que implica la delegación de cierto poder de decisión en el agente. La misma reconoce y modela explícitamente los conflictos potenciales de interés entre diferentes actores, enfatizando en la información asimétrica como principal obstáculo para monitorear esfuerzos en una relación de contractual (Maceira, 1998).

La aplicación del problema del principal – agente a la relación particular entre el pagador (principal) y el prestador (agente) del servicio de salud permite relacionar la teoría de la agencia con el mercado de atención médica. El pagador (obra social/prepaga/estado) no tiene posibilidad de monitorear la acción del prestador (sanatorio/médico), sin embargo, observa el resultado de dichas acciones.

En el mercado de salud, el pagador establece un contrato con el prestador para que éste brinde un servicio (atención médica), el objetivo del pagador es reducir el riesgo que enfrenta al verse limitado a la hora de conocer el tipo de paciente que es atendido y los recursos empleados en la prestación del servicio.

La peculiaridad de aplicar la Teoría de Agencia al sector de atención médica es la existencia de dos (actores) principales (el paciente y el seguro) vinculado con la presencia del “tercer pagador”: el paciente no abona directamente al sistema sanitario sino a través del seguro. Ello requiere, desde la perspectiva del agente prestador, atender a los requerimientos de estos dos principales, con funciones objetivos, no necesariamente coincidentes, generando conflictos de intereses. En el caso del sector público, el costo por la atención del paciente es absorbido por el Estado.

El problema presentado plantea la necesidad de diseñar instrumentos que permitan alinear los intereses de las partes involucradas en el sistema de salud e incentivar a los recursos humanos, teniendo en cuenta que cada actor posee determinado poder relativo e información dentro del sistema de relaciones anteriormente referido.

Los mecanismos de pago a los prestadores del servicio de atención, son una de las estrategias de regulación con las que se puede abordar el comportamiento oportunista, derivado de la existencia de información asimétrica y monitoreo imperfecto del esfuerzo, entre las partes.

Según la teoría del principal–agente, no existe un contrato perfecto, pero puede llegarse al mejor acuerdo posible si el principal genera incentivos de manera tal que la mejor opción para el agente sea alinear lo más posible sus metas con las del principal. A su vez, los incentivos al agente establecidos en los contratos se relacionan especialmente con los mecanismos de pago a los profesionales de la salud.

Un sistema de pago se define como un tipo de contrato entre dos o más actores (pacientes, prestadores y pagadores) que establece un conjunto de reglas y procedimientos mediante los cuales se asigna al prestador del servicio de salud el dinero proveniente del gobierno. La compañía de seguros u otro organismo financiador promueve un conjunto de incentivos en los proveedores que impactan en el comportamiento de los mismos en términos de cantidad, calidad y tipos de servicios que prestan (Chernichovsky, 2003).

Los mecanismos de pago adquieren una importancia relevante no sólo porque definen la eficacia y el costo acarreado en la prestación del servicio médico, sino que además se ocupan de algunos de los aspectos derivados de la falta de información simétrica al definir reglas como el precio por paciente o grupo de pacientes, el reintegro de los costos y los criterios para el traslado o rechazo de pacientes (Maceira, 1998).

Es así, como la aplicación de las herramientas vinculadas con el análisis de mecanismos de pago, junto con una mirada de economía política del sector salud, da lugar a una serie de estudios que vinculan las diferentes capacidades de negociación de los financiadores y prestadores participantes en el sector, el poder del mercado en el establecimiento de reglas monetarias y no monetarias de retribución, y las estructuras de contratos halladas a nivel subnacional entre distintas provincias. De este modo, obras sociales, ministerios públicos, colegios y círculos médicos, y asociaciones de clínicas establecen, dentro de una norma específica e idiosincrática, la arena de negociación de contratos, las herramientas particulares de acción de cada actor en función de su poder relativo, y su efecto en el sistema de asignación de recursos en salud. Maceira y Poblete (2003) para el caso de Mendoza, Maceira y Cejas (2010b) para Salta, Maceira y Olaviaga (2010) para Tucumán, Maceira y Reynoso (2009) para Córdoba, Maceira (2008) para Tierra del Fuego, y Maceira y Urrutia (2012) para Neuquén.

Definiciones teóricas

Conflicto laboral: relación compleja bidireccional y procesual desencadenada a partir de diversas disputas en el sector, que tiene como principales protagonistas a empleados y empleadores, con el objetivo de transformar las demandas laborales en reivindicaciones. Según Pastorini (2000), es un proceso que incorpora la demanda, la lucha, la negociación y el otorgamiento.

Teoría de la Agencia: “La literatura económica se refiere al tipo de contratos que crea incentivos en base a información imperfecta” (Maceira, 1998). La misma analiza la relación contractual formal e informal en que un actor, denominado *principal*, encarga a otro actor, denominado *agente*, la realización de una tarea o la prestación de un servicio que aquél no puede observar, y que implica la delegación de cierto poder de decisión en el agente.

Problema principal-agente en salud: La peculiaridad de aplicar la Teoría de la Agencia al sector de la atención médica es la existencia de *dos principales*, el paciente y el seguro, ya que el paciente no abona directamente al sistema sanitario sino a través del seguro (público/privado), y un *agente*, el prestador del servicio de salud. Esta estructura requiere, desde la perspectiva del *agente* (médico/establecimiento), atender a los requerimientos de dos principales con funciones objetivo, no necesariamente coincidentes, mientras que desde la perspectiva del *principal* pagador (seguro público/privado), no se tiene

posibilidad de monitorear la acción del agente prestador. De esta manera, la situación descrita deriva en conflictos de intereses entre las distintas partes involucradas.

Mecanismo de pago en salud: se define como un tipo de contrato entre *principales* y *agente* (paciente, tercer pagador y prestador), que establece un conjunto de reglas y procedimientos mediante los cuales se asigna al prestador del servicio de salud una retribución proveniente del tercer pagador (seguro público/privado) con la intención de promover un conjunto de incentivos en el prestador que impacte en el comportamiento del mismo en términos de cantidad, calidad y tipos de servicios brindados a los pacientes cubiertos por dicho seguro de salud.

Transferencia de riesgo: el riesgo financiero está representado por la variabilidad de costos en relación a la variabilidad de pagos. Cuanto mayor sea la variabilidad de costos a un precio dado, mayor es el riesgo financiero que se transfiere del pagador al prestador. Por otro lado, cuanto más correlacionada se encuentre la variabilidad del pago a la variabilidad del costo, mayor será el riesgo soportado por el financiador en relación al prestador.

Formulación de hipótesis

- Los mecanismos de pago más frecuentes en el empleo público no son necesariamente homogéneos entre las provincias seleccionadas. Asimismo, su peso relativo varía por jurisdicción.
- Los criterios prevalentes de contratación en el sector público reflejan la presencia de capas secuenciales de incorporación de recursos humanos en el tiempo. Tales criterios se encuentran corregidos por características particulares de cada jurisdicción, en términos de necesidades de cobertura, oferta existente y estructuras de redes de atención. La conjunción de estos elementos genera incentivos teóricos y efectivos particulares.
- Los patrones de rezago o adelanto salarial de los trabajadores de la salud con respecto a otros sectores productivos y con respecto a los niveles de precios prevalentes, reflejan conceptos de escasez específicos por jurisdicción dentro de un modelo segmentado de salud.
- Existe interacción entre las estructuras de incentivos no monetarios generados por los sistemas de salud de las jurisdicciones seleccionadas con los criterios tradicionales de incentivos monetarios. Estos elementos se asocian con estructura de carrera profesional, y prestigio de instituciones públicas seleccionadas. Estos elementos no necesariamente están incorporados en los planes de definición estratégica de remuneraciones en el sector público, lo que limita el impacto de la política salarial como ingrediente de una política sanitaria de cobertura.
- Las instituciones intermedias (Círculos, Colegios, Sindicatos, etc.) desempeñan un papel relevante en la definición de salarios, condiciones de trabajo y remuneraciones no monetarias, más allá del peso de negociaciones sectoriales a nivel nacional.

Objetivo general

El objetivo general de este estudio es desarrollar un análisis detallado, comprehensivo y riguroso de las estructuras de contratación y remuneración de los recursos humanos en el sector público de salud en Argentina, a través del estudio de caso de cinco provincias que se consideran representativas de la heterogénea realidad nacional.

Esta propuesta de trabajo pretende contribuir al debate informado y al desarrollo de acciones de política sanitaria, laboral y económica basada en evidencia, con énfasis en el fortalecimiento de los mecanismos ejecutivos y legislativos a cargo de las tareas de normativa y regulación en la materia.

Objetivos específicos

En virtud de las preguntas de investigación que han sido planteadas en las secciones previas, el presente estudio persigue los siguientes objetivos específicos:

- Identificar y revisar críticamente la normativa existente sobre estructuras de contratación, carrera profesional, remuneraciones e incentivos a los RRHH del sector público de salud en las provincias seleccionadas.
- Analizar el diseño e implementación de esta normativa en virtud de sus objetivos, estrategias, roles jugados por los diferentes actores del sistema de salud, logros obtenidos, entre otros aspectos de interés.
- Caracterizar el mercado laboral del sector público de salud en lo referente a calificaciones, ingresos, nivel de empleo, etc., teniendo en especial consideración los regímenes de contratación, el desarrollo de la carrera profesional, etc.; en las cinco provincias bajo estudio.
- Establecer las estructuras de incentivos monetarios y no monetarios a las que los trabajadores de la salud pública se encuentran expuestos, y analizar su efectividad como guía de comportamiento en las jurisdicciones seleccionadas.
- Señalar el papel desempeñado por las instituciones intermedias (círculo/colegio médico, los sindicatos, entre otras), y establecer su relevancia en la configuración del mercado laboral del sector salud a nivel provincial.
- Analizar y comparar las distintas políticas y herramientas de formación y promoción de RRHH del sector público de salud en las provincias señaladas, revisando críticamente los mecanismos de formación de postgrado y actualización profesional.
- Contribuir al debate político y académico actual sobre estructuras de contratación, remuneración e incentivos a RRHH del sector público de la salud.

Metodología

Nuestra propuesta de trabajar con una triangulación cualitativa y cuantitativa corresponde a la necesidad de dar cuenta de la complejidad del fenómeno de estudio (Denzin 1978). Desde una perspectiva macro la metodología cualitativa permitirá abordar las características propias del mercado laboral en el sector público de salud, así como los roles desempeñados por los numerosos actores/instituciones que participan en el mismo, y las heterogeneidades económicas, políticas y sanitarias que caracterizan a las diferentes provincias del país. Mientras que desde una mirada micro, la cuantitativa arrojará datos importantes acerca de los resultados laborales en términos de salarios, de los mecanismos de contratación e incentivos en RRHH, a la vez que facilitará construcción de indicadores.

Definición operacional de las variables y categorías

La propuesta de investigación propone abordar las características del mercado laboral en el sector público de salud a partir de ciertos aspectos o variables relevantes, como salarios, estructura de contratos e incentivos.

Las variables a tomar en cuenta son:

Salario: retribución monetaria percibida de manera periódica por médicos en hospitales públicos como contraprestación por los servicios profesionales brindados en el establecimiento.

Modalidad de contratación: forma que define el periodo de tiempo durante el cuál el profesional médico brindará sus servicios profesionales en el hospital, y durante el que este último se compromete a pagar un salario como contraprestación. El periodo de tiempo de esta relación laboral puede ser determinado, ya sea por un periodo temporal o una tarea concreta, o también puede ser indeterminado.

Mecanismos de pago: forma en la que el hospital retribuye el trabajo realizado por el personal médico en el establecimiento. Puede ser por módulo, cápita, prestación brindada, monto fijo, etc.

Incentivos: retribuciones extraordinarias que podrían ser brindadas por el hospital al personal médico que brinda servicios en el establecimiento. Dicha retribución puede ser monetaria y no monetaria, y puede estar asociada a ciertos requerimientos/metras de productividad por parte de los trabajadores.

La propuesta de investigación reconoce que tanto salarios, modalidad de contratación, mecanismos de pago e incentivos, y su interacción, constituyen elementos clave para comprender el funcionamiento de los mercados laborales en el sector de salud pública en Argentina, por lo que el estudio riguroso de la problemática resulta necesario y oportuno.

Descripción del ámbito de estudio.

Como se mencionó previamente, el estudio se concentrará en el funcionamiento del mercado laboral en el sector público de salud. En particular, nos concentraremos en el mercado de los servicios profesionales brindados por médicos en hospitales públicos provinciales de las provincias/jurisdicciones seleccionadas a modo de caso de estudio: Ciudad de Buenos Aires, Chaco, Neuquén, La Rioja y Salta.

Tipo de estudio y diseño

Se propone la realización de un estudio de tipo descriptivo para analizar la estructura y funcionamiento del mercado laboral en el sector público de salud, en tanto se busca caracterizar al mismo en cada una de las realidades provinciales bajo estudio.

Se realizará un estudio correlacional (Hernández 2007) para el análisis de las variables definidas en el punto 6.1, de modo que permita determinar la relación, no necesariamente causal, entre dichas variables y otras de relevancia, intentando contribuir a la identificación de las posibles causas y asociaciones entre normativa, regulación, y políticas, por un lado, y salarios, empleo y carrera, por otro.

Paralelamente, para la investigación cualitativa se preve un diseño flexible (Mendizábal, 2007) que triangula datos obtenidos de distintas fuentes de información:

- Literatura sobre mecanismos de contratación, pago e incentivos en los mercados laborales en el sector público de salud en países en desarrollo. Antecedentes para el caso de Latinoamérica y Argentina.
- Normativa, estructura de contratos, tipo y nivel de remuneración en base a información provista por Ministerio de Salud de la Nación y de las provincias seleccionadas.
- Datos secundarios provenientes de la Encuesta de Hogares.

Técnicas de recolección de datos:

- Entrevistas semi-estructuradas a los actores clave sobre aspectos vinculados a la normativa, regulación, y políticas públicas.
- Encuestas de elección múltiple a profesionales médicos que trabajan en el ámbito de la salud pública. Temas a abordar en las mismas: salarios, estructura de contratación, incentivos, y percepciones sobre el mercado laboral en el que participan, entre otros.

Población

Universo o población objetivo.

La población objetivo se encuentra constituida, por un lado, por los actores que resultan relevantes en la conformación del mercado de trabajo de salud pública provincial (funcionarios públicos, directivos de hospitales, etc.) y, por otro lado, por los recursos humanos médicos que desarrollan su actividad laboral principal en dicho sector, específicamente en hospitales públicos, quienes conforman, de manera agregada, el mercado de trabajo bajo análisis.

Unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión.

Se propone avanzar en un estudio que aproxime la realidad nacional a través del estudio de caso de cinco provincias/jurisdicciones argentinas, correspondientes a distintas regiones geográficas del país, y cuyo sistema de salud cuente con características diferenciadas. Esto permitirá, por un lado, aproximar la realidad nacional a través de estos estudios de caso y, por otro, identificar y analizar experiencias exitosas que podrían ser de relevancia para la política sanitaria a nivel nacional en base al estudio detallado las realidades provinciales propuestas. Las provincias/jurisdicciones seleccionadas como casos de estudio para esta propuesta son: Ciudad de Buenos Aires (Centro), Chaco (Noreste), Neuquén (Patagonia), La Rioja (Cuyo) y Salta (Noroeste). Cada una de ellas refleja diferentes realidades regionales en términos de determinantes sociales, capacidades económicas, y de estructura regulatoria. La Provincia de Neuquén avanza en un modelo de retención de matrícula profesional en el sistema público, mientras que en Salta el modelo sindical muestra alto grado de organización y poder de negociación ante financiadores locales y nacionales. Los casos de La Rioja y Chaco proponen estructuras más tradicionales de financiamiento mixto, aunque con niveles de desarrollo económico y necesidades sociales claramente diferenciadas. Finalmente, la Ciudad de Buenos Aires, centro de derivaciones nacionales y con gran poderío económico relativo se constituye en un modelo particular de organización, con gran escala prestacional, elevada capacidad de desarrollo de carreras profesionales aunque con significativas diferencias entre especialidades.

Población accesible. Muestra. Selección y tamaño de la muestra. Análisis de sesgos.

Se mantendrán siete reuniones de trabajo con directivos ministeriales del área de RRHH en salud, una a nivel nacional y cinco a nivel provincial, las que tendrán como eje de discusión una guía semiestructurada que tratará temas como

Asimismo, se realizarán entrevistas semi-estructuradas al universo de directores y responsables de RRHH en los tres principales hospitales de cada provincia/jurisdicción, generando así treinta reuniones de discusión sobre la problemática a nivel provincial.

Adicionalmente, se realizará un cuestionario de elección múltiple sobre aspectos vinculados a salarios, estructura de contratación, incentivos, etc., a una muestra representativa de cuarenta/cincuenta médicos por hospital, en los tres principales hospitales de cada provincia/jurisdicción, lo que nos lleva a una muestra de 120/150 RRHH por provincia (600/750 en total).

Selección de técnica e instrumento de recolección de datos. Fuentes primarias y secundarias. Prueba piloto del instrumento.

Los instrumentos de recolección de información a ser utilizados en el estudio serán diseñados por el equipo de investigación, y estarán compuestos, principalmente, por una guía semi-estructurada para entrevistas a actores clave, que tratará aspectos normativos, regulatorios y de política laboral en el sector, y una encuesta a recursos humanos compuesta por aproximadamente unas treinta preguntas de selección múltiple. En esta encuesta se indagará sobre formación, especialidad y antigüedad, escalas salariales, horas de trabajo y tipo de contrato, estructuras percibidas de incentivos, tanto en materia monetaria como en capacitación, ambiente de trabajo, relación con pares y supervisores, participación en el subsistema privado de salud, entre otros.

En cada provincia se hará una prueba piloto de cada uno de los instrumentos de recolección de la información para validar su diseño y contenido, para luego ser aplicados a la población objetivo definida en la subsección 6.4.

Plan de análisis de los resultados.

La información recogida por los instrumentos de recolección descriptos anteriormente será triangulada con el corpus bibliográfico previamente diseñado mediante la revisión de la literatura nacional e internacional, y con el análisis de la normativa nacional y provincial sobre contratación y pagos a recursos humanos en salud pública, e información administrativa provista por los ministerios de salud provinciales.

En relación al análisis cualitativo de la información obtenida, se llevará a cabo un proceso de categorización, de forma que permita la codificación y sistematización de la información que surja de las entrevistas. Estos datos serán examinados por medio de métodos de emparejamiento, en los casos en que la revisión de la literatura brinde hipótesis claramente definidas en aquellos casos en los que la teoría no se haya pronunciado expresamente, y que resulte necesaria una construcción progresiva de la interpretación del fenómeno bajo estudio. Adicionalmente, y dado que abordaremos la problemática a través de cinco casos de estudio, los resultados obtenidos serán analizados transversalmente, con la intención de identificar si dichos resultados se reproducen, o no, en los casos provinciales examinados.

En relación al análisis cuantitativo, se consolidará la información proveniente de las encuestas de múltiples opciones a profesionales médicos de las cinco provincias bajo estudio en una única base de datos. Esta información será caracterizada a través del análisis de estadística descriptiva, en el sentido que se asignará a cada variable de interés un conjunto de estadísticos descriptivos (media, mediana, varianza, entre otras), teniendo en especial consideración la posible no respuesta y eventuales sesgos en los encuestados. Adicionalmente, y a partir de la misma fuente de información, se construirá un modelo econométrico de determinantes salariales y percepciones de los trabajadores de la salud en el mercado de la salud pública, por medio de métodos de estimación lineales (mínimos cuadrados ordinarios) y no lineales (probit/logit).

Bibliografía

1. Abramzón, M. (coord.): Lineamientos para el diseño de un sistema integral de información de recursos humanos en salud en Argentina. Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación, 2008.
2. Abramzón, M. Argentina: Recursos Humanos en salud en 2004. Organización Panamericana de la Salud (OPS). 1ra Edición. Buenos Aires, 2005.
3. Azpiazu, E. "Los conflictos laborales en la salud pública en Argentina", en Tomada, C., M. Novick (coords.) Trabajo, ocupación y empleo. Una mirada a sectores económicos desde las relaciones laborales y la innovación. Serie Estudios n°9, MTEySS, 2010.
4. Barber Pérez P. y B. González López-Valcárcel: ¿Hacen falta más médicos? ¿Tan sutiles son las señales?, en Revista de Administración Sanitaria, vol. 6, n° 3, 2008.
5. Beltrán Aguirre, J.L. "La frustrada independización de la asistencia sanitaria pública del sistema de seguridad social", en Cabasés Hita, J.M., C. Aibar Remón y J. R. Villalba (coords.) Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Informe SESPAS 2002. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, 2002.

6. Bonazzola, P.: "Argentina: Recursos Humanos en Salud: Contexto y Regulación", en Pierantoni, C. L. (organizadora): Trabalho e educação em saúde no Mercosul. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro. Editora Europa, 2008.
7. Brito Quintana, P.: Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J PublicHealth 8(1/2), 2000.
8. Castillo Martínez, A.: El desarrollo de Recursos Humanos en salud: un hito en construcción. Gaceta Médica de Costa Rica. Suplemento No. 2, 2006.
9. Chernichovsky, D; Bolotin, A. y De Leeuw, D: "A Fuzzy Logic Approach Toward Solving the Analytic Enigma of Health System Financing". The European Journal of Health Economics, Vol. 4, N° 3. pp.158 – 175, 2003.
10. Consejo Federal de Salud: Plan Federal de Salud. Política de Recursos Humanos en Salud. Mar del Plata, 5 y 6 de julio de 2007.
11. Crojethovic M. 2013. Microcosmos Hospitalario. Redefiniendo las Reglas en los Hospitales del Gran Buenos Aires. En Clérico L., Ronconi L., Aldao M. (Coord.) Tratado de Derecho a la Salud. Abeledo Perrot. Buenos Aires. T.III, cap. LXXXV, pp.2411-2434
12. Crojethovic, M. Condiciones de Trabajo Precarias. Motivación e Interés dentro de los Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires-Argentina. Gestión de las Personas y Tecnología. Universidad de Santiago de Chile. N°11. Jul. 2011. Pp.26-35
13. Davó, M. C., Gil-González, D., Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C., Ronda, E., Ortiz-Moncada, R. y Ruiz-Cantero, M. T.: ¿Quiénes y qué pueden hacer en salud pública? Las competencias profesionales como base para la elaboración de programas en el Espacio Europeo de Educación Superior, en Gaceta Sanitaria, vol. 23, N° 1., febrero de 2009.
14. Dal Poz, M. R: Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil, en Gaceta Sanitaria, Barcelona, 2002.
15. Denzin, N. (1978): The research act. A theoretical introduction to sociological methods, Editorial Mc Graw Hill, New York.
16. Duré, I. (coord): Políticas de Salud. La carrera sanitaria en la Argentina. Observatorio de Políticas Públicas del Cuerpo de Administradores Gubernamentales. Jefatura de Gabinete de Ministros, Noviembre de 2009. (a)
17. Duré, I.: "Los desafíos y las perspectivas de la formación de los trabajadores técnicos de la salud: la situación en Argentina", en Pronko, M. A. y A. D'Andrea Corbo (orgs.): A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no MERCOSUL. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. (b)
18. Fama, E. and Jensen, M: "Agency Problems and Residual Claims", J. of Law and Economics 327-49, 1983.
19. Galli, A: Situación actual de la educación médica en Argentina, en Educación Médica, vol. 12, n° 1. Marzo de 2009.
20. Galín, P.: "Dependencia y precarización laboral: los profesionales de la salud en Argentina, en Revista latinoamericana de estudios del trabajo, año 8, n° 15, 2002.
21. García-Pérez, M. A., Amaya C., López-Giménez, M. R. y Otero, A.: Distribución geográfica de los médicos en España y su evolución temporal durante el período 1998-2007, en Revista Española de Salud Pública, N° 2, Marzo-Abril de 2009.
22. Girardi, S. N.; Carvalho, C. L.; Girardi, J. B. e Freire Araújo, J.: "Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil", en Falcão do Rêgo Barros, A. (org.) Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análise. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília DF, 2004.

23. Gorosito, Jorge y Horacio Heller: "El sector salud de la provincia del Neuquén", 1993.
24. Gosden, T.: "Impact of payment method on behavior of primare care physicians: a systematic review". J Health Serv. Res Policy, Vol. 6, N° 1, 2001.
25. Hernández, Fernández, C. & Baptista, P. (2007). Metodología de la Investigación. McGraw-Hill: México.
26. Maceira, Daniel: "Mecanismos de pago a prestadores en el sistema de salud: incentivos, resultados e impacto organizacional", Aportes para un programa de investigación en países en desarrollo, Documento de Trabajo, CEDES, Buenos Aires 1998.
27. Maceira, Daniel: "Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe", CEDES, Buenos Aires 2001.
28. Maceira, Daniel: "Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino", Serie Seminarios Salud y Política Pública WP N°7, CEDES, Buenos Aires 2002.
29. Maceira, Daniel: "Instituciones Sanitarias en un País Federal: Las Obras Sociales Provinciales en Contexto", Serie Seminarios Salud y Política Pública WP N°4, CEDES, Buenos Aires 2003.
30. Maceira, Daniel (2008) "Contratos, Monopolios e Incentivos en Salud: Experiencias del Sur Argentino". Nuevos Documentos Cedes, 44, Buenos Aires.
31. Maceira, Daniel: "Cuadrantes de Análisis en los Sistemas de Salud de América Latina", Buenos Aires, 2012.
32. Maceira, Daniel y Cejas, Cintia (2010a) "Recursos humanos en salud: una agenda para el gobierno nacional", Documento de Políticas Públicas, Recomendación n° 82, Programa de Salud, Área de desarrollo social, Buenos Aires: CIPPEC.
33. Maceira, Daniel y Cejas, Cintia (2010b) "Actores, Contratos y Mecanismos de Pago: El caso del Sistema de Salud de Salta", Estudios Económicos, No 54, Vol.XXVII, enero-junio.
34. Maceira, Daniel y Olaviaga, Sofía (2010) "Morfología del Sistema de Salud en Tucumán, Actualidad Médica", Revista del Colegio Médico de Tucumán, Vol. 16 N° 2, Diciembre.
35. Maceira, Daniel y Poblete, Cecilia (2003) "Estructura de Mercado y Mecanismos de Pago en Salud: Experiencias en la Provincia de Mendoza, Argentina, 1989-1999", (co-autor), Desarrollo Económico, Volúmen 43, N°171, Instituto de Desarrollo Económico y Social, Buenos Aires.
36. Maceira, Daniel, y Reynoso, Ana (2009) "Actores, Contratos y Mecanismos de Pago: El Caso del Sistema de Salud de Córdoba". Nuevos Documentos Cedes, 57, Buenos Aires.
37. Maceira, Daniel, y Urrutia, Marilina (2012) "Actores, Contratos y Mecanismos de Pago: El caso del Sistema de Salud de Neuquén", mimeo.
38. Machado, M.H.; Pereira, S.: Los recursos humanos y el sistema de salud en Brasil. Gaceta Sanitaria, Barcelona, v. 16, N° 1, febrero de 2002.
39. McGuire, Thomas and Randall, Ellis: "Provider behavior under prospective reimbursement, Cost Sharing and Supply", Boston University, 1986.
40. Mera, J. (coord.): Bases para un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires, 2007.
41. Ministerio de Educación: Análisis de ofertas de enfermería para el año 2007. Coordinación de Investigaciones e Información Estadística. (Mimeo), 2007.

42. Ministerio de Salud de la Nación: Plan Federal de Salud 2004-2007. URL http://www.msal.gov.ar/htm/site/institucional_planfederal.asp
43. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social: Situación Ocupacional de los Trabajadores del Sector Salud. Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2008.
44. Morales Asencio, J. M., J.C. Morilla Herrera y F.J. Martín Santos: Recursos humanos en los Servicios de Salud: ¿decisión políticas o política de decisiones?, en Index de Enfermería, vol.16, nº 56, Granada, 2007.
45. Novick, M. y P. Galín: Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización del empleo. El caso del sector salud, Observatorio de RRHH en Salud en Argentina. Información estratégica para la toma de decisiones. OPS/OMS Argentina, 2003.
46. Organización Mundial de la Salud (OMS): Directrices: incentivos para los profesionales de la salud, 2008. Consultado en < http://www.who.int/workforcealliance/documents/Incentives_Guidelines%20SP.pdf>
47. Organización Panamericana de la Salud (OPS): Encuentro del grupo de países del Cono Sur. Agenda de cooperación técnica y prioridades en la gestión de recursos humanos de salud. Buenos Aires, Argentina, 28-29 de abril de 2005.
48. Organización Panamericana de la Salud (OPS): Perfil de los sistemas de salud. Brasil. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma de los sistemas de salud. Brasilia, D.F., Brasil, febrero de 2008.
49. Organización Panamericana de la Salud (OPS), 27ª: Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2011, Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington, D.C., EUA, 1-5 de octubre del 2007.
50. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Perfil del Sistema de Servicios de Salud. República Argentina. 1ra. edición 2 de noviembre de 1998; 2da. Edición, 25 de febrero de 2001.
51. Organización Panamericana de la Salud (OPS): Informe: Situación de los Recursos Humanos en Salud en Centroamérica. San José, Costa Rica, 2006.
52. Pastorini A.(2000). Quién mueve los hilos de las políticas sociales? Avance y límites en la categoría concesión conquista. En La política social hoy. Cortez San Pablo. Brasil.
53. Sappington David: "Incentives in Principal-Agent Relationships", The Journal of Economic Perspectives, Vol. 5, No 2, Spring, 1991, pp. 45-66.
54. Scavino, J.: Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas: documento técnico de diagnóstico y análisis del panorama de las organizaciones profesionales y sindicales en la región de las Américas, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, OPS, nº 35, 2004.
55. Scavino, J. (2004b), "La conflictividad de alcance nacional en el sector salud en la región de las Américas en 2003", OPS.
56. Vázquez Peñaranda, C. M.; Borrell Bentz, R. M.: Recursos humanos en salud en Costa Rica: información actual y desafíos para una década. San José, Costa Rica, 2006.