# Incentivos para las Enfermeras en el Sistema Público de Salud en Udaipur, India

**Sector(s):** Salud

**Ubicación:** Udaipur, India

**Muestra:** 100 centros de salud

**Grupo objetivo:** Health care providers

**Resultado de interés:** Service provider performance

**Tipo de intervención:** Monetary incentives

**Número de registro del AEA RCT Registry:** AEARCTR-0001194

**Socios Implementadores:** Seva Mandir, Vidya Bhavan

## Problema de política pública

Aunque las clínicas y hospitales estén construidos y provistos de medicamentos y equipamiento de manera adecuada, estas inversiones no tendrán el impacto deseado en los resultados de salud si los proveedores de salud están continuamente ausentes. Los sistemas de salud en los países en desarrollo se ven afectados por altas tasas de ausentismo por parte de los funcionarios de la salud. Un estudio en seis países encontró que 35% de los trabajadores de la salud se encontraban ausentes un día determinado[1]. Los incentivos para que proveedores de la salud vayan a trabajar son en general muy débiles en el mundo en desarrollo. Hay poca evidencia sistemática sobre qué tan fácil es hacer cumplir incentivos de asistencia, o cómo impactarán estas mejoras en la salud de la población.

## Contexto de la evaluación

En teoria, el sistema público de salud de la India parece un modelo de prestación de servicios universales de salud en un país grande y pobre. Su diseño integral garantiza que todas las casas, rurales y urbanas, estén cerca de un centro de salud gratuito del gobierno; sin embargo, el sistema no cumple con la prestación de servicios básicos de salud. El sistema público de salud en India está afectado por la alta ausencia del personal, bajo esfuerzo de los proveedores, y uso limitado por los potenciales beneficiarios que prefieren alternativas privadas. Una encuesta amplia sobre la salud en 2003, en 100 aldeas en Udaipur, encontró quelos pobres habían abandonado el sistema de salud pública: más del 75% de las personas que necesitaban atención médica recurrieron a los sanadores tradicionales más costosos y a los proveedores privados.
Una de las posibles razones para la escasa utilización de las instalaciones del gobierno es el ausentismo generalizado de los proveedores. Los centros de salud en la zona rural de Udaipur, donde se llevó a cabo este estudio, se encuentran cerrados la mayoría de las veces, en gran medida porque las enfermeras simplemente no se presentan a trabajar. Se supone que los Centros Primarios de Salud y sub-centros están abiertos 6 días a la semana, seis horas al día, pero la encuesta de 2003 reveló que éstos se encuentran cerrados 56% del tiempo durante las horas de oficina normales y sólo 12% de las veces esto ocurrió porque el enfermera estaba de servicio en otros lugares, el resto del tiempo ella simplemente se ausentó.

A health worker interacts with a child and father in India.

Photo credit: Shobhini Mukerji | J-PAL

## Detalles de la intervención

Este estudio evalúa un programa de incentivos para mejorar la asistencia de las Enfermeras Matronas Asistentes (ANM, por su sigla en inglés) a los sub-centros rurales que entregan servicio a 135 aldeas en el distrito de Udaipur, implementado en colaboración con la ONG Seva Mandir y las administraciones estatales y locales de salud. En el programa, Seva Mandir controló la asistencia de las ANM en 16 centros seleccionados aleatoriamente que cuentan con dos enfermeras tres días a la semana. Siguiendo una instrucción de la administración del distrito que pide que todas las enfermeras se encuentren en sus centros cada lunes (por lo tanto se supone que no pueden realizar visitas o reuniones en ese día), se le pidió a Seva Mandir que controlara la asistencia los días lunes en 33 centros seleccionados aleatoriamente, los cuales cuentan con sólo una enfermera. Para controlar la asistencia, Seva Mandir usó máquinasde control que marcan hora y fecha cerradas con llave en una cajita y protegidas por una contraseña para impedir la alteración de los datos. Se le pidió a las ANM que firmaran y timbraran un registro colocado en la pared del sub-centro tres veces al día: una vez a las 9h, una vez entre las 11h y 13h y una vez a las 15h. Los agentes de campo realizaron visitas aleatorias no anunciadas a los sub-centros (tanto de tratamiento como de comparación).
La administración de salud del distrito también instauró incentivos de pago punitivos: a las ANM ausentes por más de 50% del tiempo en los días controlados se les reduciría el sueldo en forma proporcional al número de ausencias registradas ese mes. Además, a las ANM ausentes por más de 50% del tiempo en los días controlados en un segundo mes se les suspendería del servicio público.

## Resultados y lecciones de la política pública

*Centros con Dos Enfermeras*: Inicialmente existe un efecto importante para las ANM monitoreadas: la tasa de presencia de las ANM en el grupo de tratamiento es aproximadaamente 15 puntos porcentuales más alta que la de las ANM control. Sin embargo, después de 14 meses, la tasa de presencia para las ANM monitoreadas cae de más de 60% a 30%, eliminado la diferencia de presencia entre las ANM en el grupo de tratamiento y de comparación.
*Monitoreo de una sola Enfermera*: Del mismo modo, la tasa de presencia los días lunes inicialmente es 59% en los centros de tratamiento y 30% en los centros de comparación, una diferencia de 29 puntos porcentuales. Sin embargo, después de seis meses, la diferencia en las tasas de presencia cae a 3 puntos porcentuales.
Inicialmente, la amenaza de descuentos de sueldo punitivos llevó a una mejora drástica en la asistencia. Sin embargo, después de 6 meses la administración local de salud, que se encontró atrapada entre la presión de las enfermeras y las instrucciones de hacer cumplir los descuentos de sueldo, comenzó a desmejorar la estructura de incentivos. Las enfermeras rompieron intencionalmente los relojes control meintras que los administradores excusaron todas las ausencias. El resultado fue que después de 16 meses de haber comenzado el programa, no había diferencia entre las tasas de ausencia en los centros de tratamiento y de comparación. Estos resultados demuestran que, al igual que otros proveedores de salud, las enfermeras son receptivas a los incentivos administrados correctamente. Más aún, demuestran que asegurar que las enfermeras asistan al trabajo tiene baja prioridad para la administración local de salud y que los incentivos son rápidamente desmejorados desde el interior si se les da a los supervisores la discreción sobre cómo se aplican y si se aplican los incentivos.
Incluso cuando el incentivo fue efectivo para aumentar la presencia, la tasa en que los pacientes visitaron los sub-centros no aumentó, la cual ya es muy baja. En un momento dado entre 0.46 y 0.9 clientes estaban en el centro, aún menos que los 2-3 clientes observados dos años antes.
[1] Chaudhury, Nazmul, Jeffrey Hammer, Michael Kremer, Karthik Muralidharan, and F. Halsey Rogers. “Missing in Action: Teacher and Health Worker Absence in Developing Countries.” Journal of Economic Perspectives, Vol.20:1 (Winter 2006): pages 91-116.

Banerjee, Abhijit, Rachel Glennerster, and Esther Duflo. 2008. "Putting a Band-Aid on a Corpse: Incentives for Nurses in the Indian Public Health Care System." Journal of the European Economic Association 6(2-3): 487-500.

---

1. Chaudhury, Nazmul, Jeffrey Hammer, Michael Kremer, Karthik Muralidharan, and F. Halsey Rogers. “Missing in Action: Teacher and Health Worker Absence in Developing Countries.” Journal of Economic Perspectives, Vol.20:1 (Winter 2006): pages 91-116.