

Mejorando el desempeño del sector salud en Brasil: comparación entre distintos modelos de hospitales *

Jeffrey Rinne

Introducción

A finales de los noventa el gobierno de São Paulo adoptó un nuevo modelo de gestión para administrar un grupo de hospitales públicos del estado. El modelo, llamado OSS (Organizaciones Sociales en Salud), fue creado por estatuto para hacer posible una sociedad formal entre el estado y organizaciones sin fines de lucro del sector privado. Bajo este modelo OSS, el gobierno transfirió un presupuesto para cubrir los costos de funcionamiento hospitalario, pero la responsabilidad de la administración se delegó a las organizaciones privadas mencionadas.

La Secretaría Estadual de Salud (SES) negoció y firmó un contrato de desempeño con cada uno de los administradores de los hospitales, comprometiendo los recursos presupuestarios provenientes del tesoro público a cambio de resultados específicos en el desempeño. A los administradores, a su vez, se les garantizó una mayor flexibilidad que a su contraparte de los hospitales estatales tradicionales para manejar el hospital de la manera que ellos consideraran más adecuada para lograr las metas. En 2004, 16 hospitales públicos de São Paulo estaban administrados sobre la base de un contrato y bajo la forma de Organizaciones Sociales en Salud, en lugar de ser unidades tradicionales dentro de la estructura jerárquica del Ministerio¹.

São Paulo no está solo en este intento de implementar una reforma organizacional de este tipo. Los hospitales OSS son la expresión de una tendencia, tanto nacional como internacional, hacia la corporativización (o “autonomización”) de los servicios gubernamentales, tendencia que se expande hacia el denominado “sector público no-estatal”. Hay interesantes argumentos teóricos en la literatura (que más adelante se discutirán) respecto del por qué la corporativización puede mejorar la gestión financiera y, con ello, mejorar el desempeño de los hospitales. Aun cuando los recursos humanos son la viga maestra en la provisión de salud y, claramente, constituyen el gasto principal.

Así, resulta quizás sorprendente que la literatura sobre reformas en el estilo de contratos en los países en desarrollo dedique poca atención a las relaciones laborales que predominan en esos cuerpos corporativizados. Una razón de aquello, como lo hacen notar Harding y Preker (2003: 53), es que la mayoría de los gobiernos que reformaron su sistema de salud “no han tenido la voluntad, o la capacidad, de transferir el control sobre los recursos humanos, reclutamiento, remuneraciones, composición del personal y, por ello han dejado a sus empleados en el servicio público, contratados directamente por el ministerio de salud”. Así, aun cuando a sus administradores se les ha garantizado una mayor autonomía financiera y se les ha hecho responsables de sus resultados, las normas de empleo típicas del sector público se han mantenido.

En São Paulo, sin embargo, las normas de gestión de los recursos humanos establecidas en los OSS difieren, sin lugar a dudas, de aquellas vigentes en los hospitales estatales tradicionales. A través

Recibido: 18-07-2005. Aprobado: 18-08-2006.

* (*)Versión revisada del documento presentado en el X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, del 18 al 21 de octubre de 2005.

La investigación para este trabajo se realizó como parte del estudio llevado a cabo por el World Bank’s Latin American and Caribbean PREM Public Sector Group y el LAC Human Development Network, estudio que analizó la calidad del gasto público en Brasil. Francisco Gaetani, April Harding, Nick Manning, Yasuhiko Matsuda, Chris Parel y Geoffrey Shepherd proporcionaron comentarios muy útiles. El equipo de investigación fue dirigido por Vitória Kedy Cornetta. El autor agradece especialmente a Gerard La Forgia, quien ayudó a identificar los estudios de caso y ofreció un consejo crítico y una generosa asistencia a lo largo de la preparación del informe.

Traducido del inglés por **Sonia Sescovich**. Título original: “Improving Performance in Brazil’s Health Sector: Comparing Personnel Management & Performance in Traditional, ‘Social Organization’ and Private Hospitals in São Paulo”.

de la reforma de los OSS, São Paulo ha logrado transformar los incentivos del personal de salud en el ámbito de la provisión de servicios y, con ello, ha logrado mejorar la eficiencia y la calidad de la atención en salud. Esas diferencias en la gestión del personal, y cómo esas diferencias afectan -si es que la afectan- la relación entre los administradores del hospital y su equipo de trabajo, son importantes para comprender la teoría de la corporativización en el mundo real de los hospitales. De esta manera, la experiencia de São Paulo es un caso obligado de análisis.

La pregunta central de este estudio es la siguiente: ¿cómo difieren realmente los incentivos que tienen los administradores de los hospitales OSS de São Paulo y su equipo de trabajo de aquellos incentivos propios de los hospitales públicos tradicionales, y cuál es su impacto?

El contrato de servicios de salud en el modelo OSS de São Paulo

El modelo hospitalario OSS surgió, inicialmente, en la reforma constitucional que en 1998 implementó el gobierno federal; dicha reforma estableció un marco legal para las “Organizaciones Sociales”. La Enmienda Constitucional N° 19 permitió a las organizaciones sin fines de lucro del sector privado utilizar recursos públicos (materiales y financieros) para proporcionar aquellos servicios públicos que no son exclusivos del Estado². Estas organizaciones sociales podrían gozar de autonomía financiera, presupuestaria y de gestión en la medida que se hicieran responsables de sus resultados bajo un contrato de desempeño firmado con el gobierno. Dicho contrato especificaría su período de vigencia, los recursos que debería proporcionar el gobierno, los resultados esperados, los criterios de evaluación del desempeño, y los derechos y obligaciones de los administradores.

En São Paulo, el gobierno del estado sancionó, posteriormente, su propia Ley sobre Organizaciones Sociales (N° 846/98) para el sector salud, basada en la Ley Federal N° 9.637/98³. La ley estadual especifica que sólo una organización sin fines de lucro puede calificar como OSS y que un hospital administrado bajo el régimen OSS puede sólo proveer servicios como parte del Sistema Unificado de Salud (SUS). Claramente esos hospitales **no** son privados. El patrimonio continúa siendo propiedad pública.

El primer paso para implementar el modelo OSS es que dichas organizaciones sin fines de lucro se certifiquen ante el estado como Organizaciones Sociales de Salud. Si una organización satisface los criterios de certificación, entonces está legalmente autorizada por el gobernador para establecer un contrato con la Secretaría Estadual de Salud (SES) con el objeto de administrar un hospital público⁴. (Un criterio importante es que la organización sin fines de lucro pueda demostrar un mínimo de cinco años de experiencia en la administración de programas o servicios de salud. Ciertamente, São Paulo goza de ventajas sobre los otros estados brasileños porque tiene un número significativo de organizaciones no gubernamentales en el campo de los servicios de salud).

El próximo paso es que la SES negocie un contrato de administración con la OSS. El contrato de gestión entre la SES y la OSS especifica el volumen de diferentes servicios que deben ser proporcionados mensualmente (por ejemplo, servicios para pacientes internos y externos, consultas médicas, etc.) a cambio de un presupuesto especificado (contrato de pago prospectivo en bloque). Como se exige que el hospital alcance metas mensuales, el 90% del presupuesto anual acordado en el contrato se va entregando en pagos mensuales. Se permiten rendimientos más o menos del 15% de las metas estipuladas para que no afecte la entrega presupuestaria. Sin embargo, si la entrega de servicios cae al 75-84,9% de las metas acordadas, entonces hay una rebaja del 10% en la entrega presupuestaria. Si los resultados caen por debajo del 75%, entonces el pago se reduce en un 30%.

El restante 10% del presupuesto se entrega trimestralmente y está condicionado a la presentación correcta que el hospital haga de los datos sobre pacientes, tratamientos y servicios proporcionados. Dicho 10% de provisión presupuestaria refleja algo del “aprender haciendo”. El modelo OSS, tal cual se creó en 1998, asignaba el 100% de los fondos acordados en 12 desembolsos anuales. Sin embargo, a partir de 2001 se deja un 10% a ser entregado trimestralmente dependiendo de la información de los servicios suministrados y de los indicadores de calidad que se entregan a la SES y a la Comisión de

Evaluación de las OSS⁵. Este constituye un mecanismo sensible para mejorar, sino eliminar, las posibles desventajas en la información que tiene la SES frente a los hospitales OSS.

Los contratos OSS típicamente se transforman en un diálogo regular entre los directores de hospital y la unidad de supervisión de la Secretaría de Salud. Se van realizando ajustes a los contratos anuales, pero estos sólo pueden realizarse si hay consenso y dentro del período operacional fijado en el contrato.

Las cuentas de las OSS son auditadas *ex post* por el Consejo de Salud del SUS del estado y por el Tribunal de Cuentas. Así, los acuerdos de gobernanza para los hospitales OSS son un híbrido entre el control de mercado y el control jerárquico. En gran medida, el modelo OSS está diseñado para conducir a los administradores de hospital a ejercer un control sobre el más importante factor de producción, a saber, los recursos humanos. Aunque pueden haber múltiples factores para explicar por qué el gobierno de São Paulo adoptó este modelo de gestión (ver Apartado N° 1), el que parece más evidente es el deseo de mejorar el desempeño del personal.

Los beneficios substanciales (y los desafíos) de la corporativización

La corporativización se asocia con las reformas del tipo “nueva gestión pública” o “reinención del gobierno”, que comenzaron en Nueva Zelanda y Gran Bretaña en los años 80 y que luego influenciaron a los reformadores de todo el mundo durante la década siguiente⁶. La “nueva gestión pública” (NGP) hace suyo los “altamente poderosos” incentivos del mercado -toda vez que sean factibles- en contraste con los débiles y, a menudo, funestos incentivos de la burocracia gubernamental. De esta manera, si el gobierno está produciendo bienes y servicios que el sector privado puede producir de manera más eficiente (por ejemplo, servicios de transportes o telecomunicaciones), entonces la solución propuesta es la privatización, quizás con algún papel regulador por parte del gobierno. Por otro lado, si el mercado solo no puede proporcionar servicios del tipo y el monto que es socialmente deseable (por ejemplo, debido a las externalidades, al tema de los bienes públicos, de la equidad y otras “fallas” del mercado), entonces lo que recomienda la NGP es introducir incentivos de mercado *al interior* del gobierno⁷.

La corporativización de los hospitales es consistente con esta recomendación. El gobierno retiene para sí la propiedad pública del hospital y la responsabilidad pública por los cuidados de salud, pero introduce reformas organizacionales que pretenden mejorar el desempeño simulando los incentivos del sector privado. Los procedimientos de control (*ex ante*) se reducen, mientras, simultáneamente, el foco de atención y responsabilización del proceso de gestión se pone en los resultados.

Una característica clave de la corporativización es que ella separa al que paga (gobierno) del proveedor (administrador y personal hospitalario). El que paga (es decir, el principal) especifica las metas y resultados deseados. Luego las decisiones operacionales se dejan a discreción del proveedor (es decir, el agente). Los procedimientos de seguimiento por parte del principal se llevan al mínimo, el contrato de gestión reemplaza al control jerárquico, y se especifican los medios a través de los cuales se asignan los recursos públicos y se mide el desempeño de la responsabilidad.

La racionalidad de esta separación pagador-proveedor es la de estimular una mayor claridad en la misión y un mejor alineamiento de los incentivos individuales del administrador y de quienes proporcionan un servicio público con las metas de las políticas públicas. Sin embargo, sin desmerecer los méritos potenciales de este enfoque, las reformas de corporativización no pueden escapar al desafío que implica la *delegación de la discrecionalidad*, que es inherente a la relación principal-agente. De hecho, hay varias capas en la relación principal-agente en las reformas corporativizadoras de este tipo. Por ejemplo, la Secretaría de Salud de São Paulo ha delegado la autoridad en la toma de decisiones al administrador de un determinado hospital. De esa manera, se genera una relación principal-agente clave entre la Secretaría de Salud (principal) y el administrador del hospital (agente). Pero, además de eso, se genera una nueva relación principal-agente entre el administrador del hospital (principal en este caso) y su personal (agentes en este caso).

Cuando se ponen en práctica las reformas estilo contrato, los costos de transacción -que North define como “costos de medir y reforzar los acuerdos” (1990: 14)- pueden ser prohibitivos. Como el gobierno tiene un especial interés en la *calidad* tanto como en la cantidad de los servicios de salud que se proporcionan, el sector salud representa un arquetipo “del problema de una agencia multitareas” (Holmstrom y Milgrom, 1991): se espera que los administradores del hospital logren o excedan estándares de servicio deseables, al mismo tiempo que deben controlar los costos y responder a demandas que son difíciles de prever y, más aun, de controlar.

Los contratos de gestión son inherentemente incompletos en la medida que es imposible anticipar cada contingencia y especificar todas las acciones en un contrato de una manera que se pudiera cumplir plenamente. Así, el desempeño efectivo del sistema dependerá de la discrecionalidad del administrador que está al frente y de los proveedores de servicios sobre los cuales el principal (el gobierno) tiene sólo un control limitado. Es excesivamente difícil en estas condiciones que el principal pueda verificar las acciones realizadas por el agente con el objeto de bajar costos y aumentar la calidad⁸.

En esta situación, ¿cómo podría el administrador de un hospital, en el ejercicio de la discrecionalidad que se le ha delegado a través de la corporativización, comportarse exactamente de manera consistente con las expectativas del principal? Desde el punto de vista de un economista, una solución eficiente es conferirle al agente (en este caso, al administrador del hospital) el derecho de “reclamar los residuos” (*residual claimant*), es decir otorgarle el derecho a quedarse con los recursos sobrantes. En suma, al administrador se le garantiza el derecho al excedente (o a parte de él) de manera que tiene un fuerte incentivo para monitorear las actividades del personal de manera que se puedan eliminar las evasiones en el trabajo y asegurar un servicio eficiente⁹.

Numerosas reformas corporativizadoras han incluido indicaciones que dan a los administradores (y ocasionalmente al personal) intereses materiales en los recursos residuales o sobrantes. Claramente, un contrato de pago prospectivo proporciona un incentivo poderoso para reducir costos toda vez que una proporción significativa del ahorro será retenido por los administradores bajo la forma de “reclamo de los residuos”¹⁰. Los hospitales OSS de São Paulo pueden retener el excedente del presupuesto y trasladarlo al presupuesto del año siguiente. Sin embargo, esto no puede transformarse en incentivos para los directores de hospital y su personal a menos que ello se les permita explícitamente bajo la forma de bonos de desempeño (como a veces sucede en el sector privado). En ambos casos, tanto en el hospital tradicional como en el hospital OSS, los administradores reciben un ingreso fijo, sin bonos por aumento de la producción o por mejoramiento de la calidad de los servicios de salud¹¹.

A menudo las reformas corporativizadoras conducen a los hospitales a tener ingresos bajo condiciones de mercado más que producto sólo de la asignación presupuestaria (Harding y Preker 2003). Sin embargo, esto no sucede así en los hospitales OSS de São Paulo. Estos hospitales forman parte del sistema nacional de salud, SUS, y no les está permitido cobrar a los pacientes por los servicios médicos. Además, a los hospitales no se les reembolsan directamente las facturas. Los fondos del SUS van directamente al tesoro del estado. Más aun, los hospitales OSS tienen expresamente prohibido establecer convenios con planes privados de salud. A las OSS se les permite retener ingresos por concepto de estacionamiento o café, por ejemplo, pero esos ingresos son irrelevantes en relación con el presupuesto global del hospital. De esa forma, los hospitales OSS son totalmente dependientes de las transferencias acordadas desde el tesoro estadual¹².

Allí donde el número de pacientes a ser tratados y donde el costo del tratamiento son conocidos desde antes (por ejemplo, producto de la rutina, de procedimientos que no son emergencias, etc.), los contratos por presupuesto fijo pueden funcionar razonablemente bien, dado que resulta relativamente fácil monitorear dichas cantidades. Los contratos de pago prospectivo proporcionan un poderoso incentivo para reducir costos sólo si una parte significativa de los ahorros puede ser retenida por los administradores o por el hospital en tanto agentes demandantes de lo residual. Sin embargo, el riesgo de este sistema es que la calidad puede verse afectada o los recursos pueden ser sub-utilizados. Por ejemplo, un hospital podría cerrar antes de la hora y dejar personas sin atención si ya han alcanzado las

metas de atención establecidas en el contrato de desempeño¹³.

Como ya se mencionó, los contratos OSS pueden afinarse a través de un diálogo entre el administrador del hospital y el equipo supervisor de la Secretaría de Salud. Bajo la condición de que el comprador reciba suficiente información sobre la calidad y el proveedor tenga interés en renovar el contrato, “contratos relacionales” como el descrito proporcionan un marco apropiado para el mejoramiento continuo (Milgrom y Roberts, 1992). Seleccionar ONGs ya establecidas, como lo hizo São Paulo, para operar hospitales corporativizados puede ayudar a sostener este tipo de contratos relacionales ya que esas ONGs están preocupadas por su reputación y, presumiblemente, estarán interesadas en mantener una relación contractual de largo plazo. El diálogo regular, además, incrementa la probabilidad de un alineamiento natural de metas entre el gobierno y el proveedor del servicio, lo que reduce el riesgo de que sufra la calidad del servicio frente a los desafíos del monitoreo tal cual fue descrito.

Naturalmente, si una OSS fracasa en el cumplimiento del contrato, arriesga perder la renovación de la concesión. Lo que da al gobierno de São Paulo una importante ventaja es la presencia de otras ONGs que pueden estar interesadas y ser capaces de asumir la administración de cualquier hospital (esto es, tener una opción de “salida” creíble). Esta condición no se da en otros lugares de Brasil. Aun cuando esta opción no se usa regularmente, una ONG puede perder su contrato OSS si entra en disputa en torno al desempeño del hospital o del uso adecuado de los fondos del gobierno¹⁴. Por su parte, el gobierno debe cuidarse de no bajar la calidad de los servicios por la vía de la reducción del presupuesto que se transfiere al OSS hospital, cuando renegocia los contratos anuales de desempeño.

Diferencias en el desempeño entre un hospital OSS y uno de administración directa

Aun cuando el modelo OSS de São Paulo no tiene un registro de datos muy largo, los primeros datos existentes sobre eficiencia y calidad indican que el modelo OSS da mejores resultados que el modelo administrativo tradicional jerárquico. Un estudio del Banco Mundial (2006) sobre el desempeño hospitalario en Brasil analizó datos del 2003 en 12 hospitales OSS y en una muestra de 10 hospitales de administración directa en São Paulo, todos comparables en tamaño y complejidad. Primero, el estudio dispuso la noción de que los hospitales OSS se habían beneficiado de un nivel más alto de recursos financieros que aquellos de administración directa. Los datos del 2003 mostraron que había una diferencia no significativa en el monto de los recursos asignados a ambos tipos de hospital. El estudio examinó luego los resultados, los datos de eficiencia y calidad de ambos tipos de hospital, y encontró que el desempeño de los OSS era ya sea igual o superior a los hospitales tradicionales en todas las categorías. El hallazgo clave indicó que los hospitales OSS habían producido servicios más numerosos y/o superiores en calidad con la misma cantidad de recursos totales.

El Cuadro N°1 presenta una comparación de datos del 2003 en el rubro utilización de camas. Los hospitales OSS examinados por el estudio del Banco Mundial ofrecen un 35% más de admisión de pacientes por cada cama de hospital. En relación con las camas de cirugía, la admisión de pacientes fue un 61% superior.

Cuadro N° 1

Indicadores de eficiencia de asignación de pacientes en OSS y en hospitales directos, 2003

Indicadores de eficiencia de asignación	Promedio entre hospitales OSS (N=12)	Promedio entre hospitales de adm. directa (N=10)
Período entre pacientes cuando la cama está vacante (días)	1,2	3,9
Tasa de ocupación (%)	80,5	63,2
Promedio de estadía del paciente en clínicas quirúrgicas (días)	4,2	5,4
Promedio de estadía general de los pacientes (días)	4,8	5,9

Fuente: SES/SP, DATASUS, y CNES data, datos presentados por el Banco Mundial (2006).

Los indicadores de calidad también muestran que el desempeño de los hospitales OSS es tan bueno o mejor que el de los hospitales de administración directa. Por ejemplo, la mortalidad total, en el 2003, fue menor en los OSS que en los tradicionales. Al mismo tiempo, las tasas de mortalidad fueron similares en las secciones médica, pediátrica y quirúrgica de los hospitales OSS y tradicionales (Cuadro N° 2).

Cuadro N° 2
Tasas de mortalidad en hospitales OSS y de administración directa, 2003

Tasas de mortalidad	Promedio en hospitales de adm. directa (N=10) (%)	Promedio en hospitales OSS (N=12) (%)
Total	5,30	3,80
Clínica Quirúrgica	3,60	2,61
Clínica Médica	11,96	11,64
Clínica Pediátrica	2,63	2,80

Fuente: DATASUS/SIH-SUS, datos presentados por el Banco Mundial (2006).

Los dos grupos de hospitales en el estudio del Banco Mundial (2006) dan servicios a poblaciones con problemas de salud similares, tal cual lo indican los datos de los pacientes. Sin embargo, al considerar estos indicadores de desempeño se puede notar que muchos hospitales OSS son de “puerta cerrada” -lo que significa que tienen una demanda que es controlada por un proceso referencial- y no de hospitales de “puertas abiertas” que atienden emergencias las 24 horas del día.

Gestión de recursos humanos en los hospitales de São Paulo

Como prelude a la comparación en materia de gestión de recursos humanos entre los hospitales tradicionales, OSS y privados, es necesario sintetizar las formas dispares de empleo que existen en el sector salud de Brasil.

a) *Bases legales del empleo.* En 1990 se aprobó el régimen jurídico único para los servidores públicos (Ley N° 8.112), de conformidad con lo establecido en la Constitución de 1988. Los empleados contratados para un cargo de carrera legalmente establecido en cualquier sector de la administración pública deben ser contratados a través de un proceso competitivo de méritos que contempla exámenes escritos (concurso público).

Estos empleados, denominados estatutarios, tienen protecciones legales contra el despido después de dos años de servicio. Cada hospital tradicional de administración directa de São Paulo tiene su propia lista de cargos autorizados (*padrão de lotação*). La lista más reciente data de 1994. Si se produce una vacante, el administrador del hospital debe contratar un nuevo empleado para ese cargo que corresponderá a la persona que se encuentre en el tope de la lista de quienes ya concursaron (los que ya pasaron el examen de mérito y que se denominan *concurados*), y esto lo hace sin previa autorización de la Secretaría de Salud. Si no hay un cargo vacante pero se necesita imperiosamente una persona, el hospital puede contratar, de forma temporal, a uno de los *concurados (pro laborio)*¹⁵.

En 1974, el gobierno de São Paulo aprobó una legislación específica para los empleados de los hospitales del estado. La Ley N° 500/74 fue promulgada en ese tiempo para proporcionar a los hospitales una forma más ágil de satisfacer sus necesidades de personal. Los empleados contratados por la Ley N° 500 se seleccionan por la vía de una evaluación de su currículum y no por el largo proceso de concurso que toma mucho tiempo y que no es conducente para muchas especialidades médicas¹⁶. Esos empleados “Ley N° 500” reciben salarios y beneficios idénticos a los estatutarios, excepto que no reciben asignación de título profesional (*licença premio*) ni asignación por años de servicio (*sexenio*)¹⁷. En principio, este personal es contratado sólo por dos años, sin compromiso de estabilidad laboral. Sin embargo, en la práctica, dicha estabilidad y la protección llega a ser igual a la de los estatutarios¹⁸.

Muchos profesionales de la salud, tanto en el sector privado como en el público, son contratados

bajo la legislación laboral del sector privado (*Consolidação das Leis do Trabalho*, CLT. A las personas contratadas por esta ley se les denomina *celetistas*). En el sector público, la selección bajo la CLT se hace por la vía de un “proceso de selección” para desempeñar una función (*função atividade*). Este proceso de selección apunta a verificar las calificaciones de un empleado y asegurar que cumple los requisitos del cargo, pero no implica un proceso competitivo de selección. No hay impedimentos estatutarios para despedir a un empleado CLT “sin una causal”. (El empleado simplemente recibe un pago de indemnización). Sin embargo, es raro que en el sector público un empleado CLT sea despedido. Además, los tribunales del trabajo en Brasil conceden, a menudo, la misma protección a los empleados CLT que a los estatutarios, aunque las bases legales para actuar de esa manera son cuestionables.

En algunos casos, los hospitales del estado han satisfecho sus necesidades de personal por la vía de las cooperativas, por lo que la relación de trabajo no es entre el estado (o el hospital) y un individuo, sino, más bien, entre el estado (u hospital) y el sindicato de empleados profesionales. El sindicato (cooperativa) asume la obligación contractual para asegurar un cierto número de horas profesionales al hospital, lo que se especifica bajo contrato. Dicho personal debe tener ciertas calificaciones, pero las personas que demuestren su capacidad para proporcionar el servicio son perfectamente intercambiables, tanto contractualmente como en la práctica. La remuneración por hora es mayor cuando se trabaja a través de una cooperativa que si se es empleado CLT o estatutario. Sin embargo, los trabajadores de la cooperativa no reciben beneficios y son pagados sólo por horas trabajadas. De allí que su ingreso puede variar mucho de un mes a otro.

En 1999 había aproximadamente 23.800 doctores que trabajaban como estatutarios en el estado de São Paulo, lo que equivalía al 46% de todos los doctores con lazos de empleo formal (combinados el sector público y el privado). En el año 2000, el sector público contaba con aproximadamente un 60% de todos los trabajos médicos de São Paulo (Cremesp, 2002: 7).

Aunque no tenemos datos comparativos detallados para todos los hospitales OSS, no hay empleados estatutarios en la muestra de nuestro estudio sobre los siete hospitales OSS¹⁹. Efectivamente, los empleados OSS son casi exclusivamente *celetistas* (CLT), que es la forma de empleo más común usada en los hospitales privados. En algunos hospitales OSS se puede encontrar personal de cooperativas. Sin embargo, la importancia de estas cooperativas como forma de empleo hospitalario ha disminuido en años recientes, en parte como resultado de los cambios que se realizaron durante el 2003 en la ley federal de impuestos, que agregó los costos de los empleados contratados de manera independiente, lo que significó eliminar la ventaja tributaria que significaba contratar personas por la vía de las cooperativas²⁰.

La experiencia del Hospital OSS Mario Covas es ilustrativa. Cuando el hospital abrió, en noviembre de 2001, el director decidió contratar a la mayoría del personal médico por la vía de la cooperativa. Como explicó en nuestra entrevista el director, las razones por las cuales se había tomado esa decisión fueron de corta duración. El hospital se empezaba a poner en servicio y había muchos factores desconocidos. Satisfacer las necesidades de trabajo por la vía de la cooperativa ofrecía mayor flexibilidad y reducía los riesgos en la medida que la cooperativa asumía un compromiso de trabajo de corto plazo dedicado al hospital. Sin embargo, cuando los administradores del hospital se fueron forjando expectativas firmes sobre el futuro, la mayoría de los empleados de cooperativa fueron gradualmente convirtiéndose a empleados CLT, esto es, estableciendo una relación contractual directa entre hospital y empleado²¹.

b) *Trabajos múltiples*. Los trabajadores de la salud en Brasil comúnmente no tienen un solo empleo. A menudo ellos realizan dos o tres trabajos de manera simultánea. Una investigación realizada en el 2001 por Cremesp/Nescon encontró que no más del 20% de los médicos tenían un solo empleo (Cremesp, 2002: 9). Las enfermeras también tenían más de un empleo. A pesar de que no hay datos sistemáticos sobre el empleo múltiple de las enfermeras, nosotros estimamos, a partir de las entrevistas realizadas, que al menos el 60% de ellas tiene dos empleos.

En diciembre de 1997, la Ley Complementaria N° 840 redujo el horario semanal de los médicos del sector público estadual desde 40 a 20 horas, lo que es igual al horario de los médicos federales²². Ese mismo año, los doctores de São Paulo se movilizaron para pedir un aumento de remuneraciones, pero el estado estaba en una situación financiera precaria y una forma de responder a la demanda de los médicos fue la de disminuir el horario sin disminuir el ingreso. Fue una manera de responder a la presión sin que ello significara un costo directo para el tesoro. Los médicos pudieron, entonces, combinar dos trabajos (y dos ingresos) en otros hospitales públicos y trabajar las mismas 40 horas semanales.

Para los doctores y dentistas que ya tienen un lazo contractual con el estado, es posible trabajar más horas de las que contempla su contrato regular, ya sea en el mismo hospital haciendo horas extras o en otro hospital estatal. Esas horas extras son conocidas como *plantões*²³. Muchos doctores trabajan más de 40 horas semanales combinando el trabajo en hospitales públicos y privados, *plantões*, práctica privada y horas de apoyo a equipos quirúrgicos. El límite de las 40 horas opera sólo para el sector público.

El contrato de trabajo estándar para las enfermeras es de 30 horas semanales. Se puede llegar a las 40 horas en el mismo hospital; pero algunas enfermeras combinan dos trabajos de 36 horas en diferentes hospitales²⁴. Entre las enfermeras asistentes, el mantener dos trabajos es más frecuente aun.

Comparando la gestión de los recursos humanos en hospitales OSS y públicos tradicionales

Los datos que sirven de base a este análisis sobre la gestión de los recursos humanos fueron recogidos a través de una encuesta y de *focus group* realizados en una muestra de 20 hospitales de São Paulo (ver el Apéndice A para una descripción de los hospitales incluidos en la muestra). Una percepción común del equipo directivo de la Secretaría de Salud -apoyada por la opinión de muchos de los profesionales de la salud que entrevistamos- es que la eficiencia y la productividad son generalmente superiores en los hospitales OSS que en los tradicionales.

Esta percepción es apoyada por un análisis separado que hizo el Banco Mundial (World Bank, 2006) en el año 2003 sobre el desempeño hospitalario. A su vez, la tasa de ocupación y de empleados por cama de hospital en nuestra investigación (Cuadro N° 4) apoya la misma conclusión: el desempeño de los OSS generalmente es superior. Muchos de los médicos que entrevistamos en los hospitales OSS también mantienen un trabajo en aquellos de administración directa. Así, parece evidente que los hospitales de administración directa son capaces de atraer muchos doctores de la misma calidad de aquellos que trabajan en los OSS. La pregunta es: ¿hay diferencias importantes a nivel de la gestión de los recursos humanos en los hospitales OSS y los de administración directa que puedan explicar la diferencia en el desempeño de unos y otros?

a) *Controles establecidos y composición del equipo.* La Ley de Responsabilidad Fiscal de Brasil establece, para el gobierno, un monto máximo de gastos en personal (60% de los ingresos corrientes netos para los gobiernos estaduais y municipales). Consistentemente con dicha Ley, cada contrato OSS incluye una disposición obligatoria de que el hospital no puede gastar más del 70% del total del presupuesto del hospital en ese rubro. Cuando surgen los primeros contratos OSS, el gasto en personal de los hospitales públicos se movía entre el 60% y el 68%, lo que significa que ese 70% no resultaba oneroso²⁵. Mientras los directores OSS no excedan ese porcentaje límite del 70%, ellos son libres de decidir la dotación de personal y cuáles deberán ser sus requisitos, con vistas a cumplir la misión del hospital. Aun cuando el personal que trabaja en los hospitales OSS no está incluido en los gastos de personal del gobierno estadual, ésta es una buena práctica que estimula la eficiencia en el uso del recurso humano de cada hospital OSS.

En los hospitales públicos tradicionales el número de empleados, por tipo, está dado por la lista efectiva que se establece para el hospital. El director no tiene responsabilidad o control sobre la dotación de personal y la autorización para contratar personal adicional está dada por la Secretaría de Salud estadual. En contraste con eso, en cada hospital OSS y en los hospitales privados de nuestra

muestra, el Directorio General del hospital es quien decide si se contrata o no personal adicional. Asimismo, los directores de los hospitales OSS, privados y de fundaciones tienen la autoridad para hacer recortes presupuestarios si hay algún problema de escasez.

Como indica el Cuadro N° 3, los directores de hospital OSS, en ejercicio de su autoridad, han realizado contrataciones de profesionales en proporciones muy distintas a las que dictan las listas de personal (*padrão de lotação*) de los hospitales tradicionales de administración directa. Los datos indican que los hospitales OSS descansan mucho más en enfermeras calificadas, y menos en médicos. Éste es, precisamente, el tipo de *staff* mixto que, según sostienen muchos analistas del sector salud, proporciona mayor calidad de servicios a más bajo costo²⁶. Además, el número de empleados por cama en los hospitales tradicionales es más alto, en promedio, que en los hospitales OSS y privados de nuestra muestra (Cuadro N° 4).

Cuadro N° 3
Composición del personal en hospitales de administración directa y OSS, 2003

Horas de personal contratadas (equivalente a 40 horas)	Promedio entre los hospitales adm. directa (N=10)	Promedio entre los OSS (N=12)	Diferencia (OSS/administración directa)
Doctores	203,15	143,80	(71%)
Enfermeras	40,50	54,09	33%
Enfermeras asistentes	256,81	234,12	(92%)

Fuente: SES/SP, DATASUS, y CNES data, presentados en World Bank (2006).

Cuadro N° 4
Número de empleados por cama de hospital (entre los hospitales de la muestra del estudio)

Empleados por cama	Público tradicional	Público fundación	OSS	Privado
2 - 3,9	2	-	-	1
4 - 4,5	-	-	5	2
4,6 - 5	-	-	2	-
5,1 - 7	3	2	-	1
7+	2	-	-	-

Fuente: Resultados obtenidos en el estudio a través de la aplicación del cuestionario a una muestra de 20 hospitales de São Paulo.

b) Selección de personal. En el sector hospitalario tradicional, el personal es seleccionado vía concurso público. En contraste con ello, los directores de hospitales OSS y privados incluidos en nuestra muestra declararon que la selección de personal en sus establecimientos se basaba en un análisis de cada currículum, en entrevistas y (a veces) en exámenes prácticos. Estos directores declararon, unánimemente, que tienen autonomía para contratar a un profesional cuando consideran que está calificado para el cargo, sin ningún tipo de interferencia posterior. En contraste con esto, los directores de hospitales tradicionales afirman que carecen de tal independencia.

Como el procedimiento de selección y nombramiento difiere, también es distinto el tiempo que transcurre desde que se toma la decisión de contratar hasta que la persona seleccionada se instala en su puesto de trabajo. En todos los hospitales OSS, privados y de fundación considerados en nuestro estudio el tiempo fue menor a un mes, en cambio en los hospitales tradicionales el tiempo varió entre uno a más de seis meses (Cuadro N° 5).

Cuadro N° 5

Promedio de tiempo transcurrido entre el inicio del proceso de contratación hasta que el empleado asume el cargo (entre los hospitales de la muestra del estudio)

Tiempo transcurrido	Administración directa	Público fundación	OSS	Privado
1 mes	3	2	7	4
2 meses	1	-	-	-
6 meses	1	-	-	-
> 6 meses	2	-	-	-

Fuente: Resultados obtenidos en el estudio a través de la aplicación del cuestionario a una muestra de 20 hospitales de São Paulo.

c) *Determinación de las remuneraciones.* En los hospitales de administración directa, los salarios se pagan y contabilizan de manera centralizada, y las escalas de remuneraciones también se determinan centralmente. La autoridad presupuestaria del director, como lo confirmó nuestro estudio, se limita a los remedios y otros costos recurrentes.

En cambio, la gran mayoría de los empleados OSS están contratados bajo la ley CLT del sector privado. De hecho, aun cuando unos pocos administradores OSS contratan personal por la vía de las cooperativas, la mayoría lo hace por la ley mencionada. (Quien toma esta decisión es el director del OSS). Estos directores pueden negociar o establecer el nivel de remuneración de su personal, sea cooperativista o CLT. Las realidades del mercado de trabajo y no los estatutos son su única limitación.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio a partir de los *focus group* con médicos y enfermeras revelan que, en algunos casos, la remuneración asociada a ciertos cargos era algo mayor en los OSS. Sin embargo, en términos generales, los profesionales de la salud que entrevistamos señalaron que el pago por hora era bastante parecido en los hospitales OSS y en los de administración directa²⁷. Desgraciadamente, comparar el ingreso por hora entre los hospitales públicos y los OSS resulta complicado dada la práctica frecuente que ya comentamos y que se refiere al hecho de que los médicos y enfermeras que trabajan en los hospitales de administración directa llegaron a un acuerdo informal con los administradores para disminuir su horario de trabajo, manteniendo su remuneración. Este acuerdo se justifica por la modesta escala de remuneraciones existente en estos hospitales y la imposibilidad de mejorarla por las limitaciones legales existentes. Como forma de compensar esta situación se estableció el acuerdo informal señalado. Esta práctica es común, pero impide cuantificar con exactitud la remuneración por hora del personal.

A través del cuestionario aplicado en el estudio fue posible obtener una lista de los beneficios extra-salariales que se otorgan a los empleados de administración directa, OSS y privados. Los beneficios son algo mejores en los OSS que en los tradicionales. Y mejores aún en los hospitales privados (Cuadro N° 6). Los hospitales privados son, también, el ámbito en el cual los médicos pueden obtener ingresos mucho más altos. Sin embargo, los participantes en los *focus group* afirmaron, de manera consistente, que eso era cierto sólo para los médicos que ya tenían una reputación establecida y que trabajaban en hospitales privados de mucho prestigio.

Cuadro N° 6
Comparación de los beneficios de los empleados (entre los hospitales de la muestra)

Beneficio	Público tradicional	OSS	Privado	Público fundación
Subsidio alimenticio	√	√	-	-
Subsidio transporte	√	√	-	-
Cesta básica	-	√	-	-
Subsidio educacional	-	√	-	-
Plan privado de salud	-	-	√	√
Plan dental privado	-	-	√	√
Seguro de vida	-	-	√	√
Plan privado de jubilación	-	-	√	√

Fuente: Resultados obtenidos en el estudio a través de la aplicación del cuestionario a una muestra de 20 hospitales de São Paulo.

d) Remuneración por desempeño. Es interesante hacer notar que en los hospitales públicos tradicionales -y no en los hospitales OSS- existe una versión de remuneración por desempeño bajo la forma de una evaluación trimestral (ver Apartado N° 2). Desafortunadamente, el diseño muy pobre de un Premio de Incentivo Especial (PI) afecta su uso potencial en tanto mecanismo de incentivo al rendimiento. A lo más, y en el caso de evaluaciones extremas, es un ejercicio *pro forma*. Indudablemente, un médico de uno de los hospitales mencionados que ha sido evaluado por sus superiores y que ni siquiera conoce dicha evaluación, desempeña su trabajo independientemente de dicha evaluación. De la misma manera, el trabajo de las enfermeras, es evaluado por la enfermera jefe (lo que parece apropiado), pero sin consultar al médico con el cual trabajan (lo que no parece apropiado). Es importante hacer notar que en la mayoría de los trabajos resulta difícil implementar un sistema efectivo de remuneración por desempeño, ya sea en Brasil o en cualquier parte.

En efecto, la remuneración no está relacionada directamente con el desempeño, incluso en organizaciones que sostienen tener un sistema de mérito (Baker ...[et al], 1988). El costo de hacer frente a los problemas engendrados por los sistemas de remuneración por mérito simplemente sobrepasa los beneficios que ofrece. Un esquema poderoso de remuneración por desempeño “debería motivar a las personas a hacer exactamente lo que se espera que hagan” (Baker ...[et al], 1988). Sin embargo, a menudo resulta difícil especificar exactamente lo que se espera que alguien haga y esto puede conducir a resultados perversos.

Más aun, los sistemas de remuneración por mérito pueden estimular a los empleados a desplegar esfuerzos improductivos con tal de “ganar” en un sistema que mide y evalúa resultados.

Ninguno de los hospitales OSS que visitamos para este estudio tiene un plan de remuneración por desempeño, aun cuando los directores tienen la autoridad para implementarlo, si lo desean.

e) Desarrollo de carrera. “Ana” es una de las doctoras entrevistadas en el marco de este estudio. Ella trabaja 24 horas semanales como cirujano en un hospital público y 12 horas más en uno privado. Ocasionalmente, forma parte de algún equipo para realizar operaciones en otros hospitales. Ella gana, por hora, considerablemente menos en el hospital público tradicional, en gran parte debido a que un tercio del tiempo de trabajo lo hace gratuitamente. ¿Por qué trabaja allí si sus horas de trabajo podrían ser remuneradas mucho mejor en cualquier otro lado?

Ana nos señaló que fue en ese hospital público donde realizó su residencia y que, por ello, siente un compromiso emocional con él. Pero, más importante aún, su trabajo allí le permite desarrollar continuamente sus habilidades en la especialidad de cirugía plástica. Por el contrario, su trabajo en el hospital OSS y en el privado es como cirujano general, lo que no le permite desarrollar dichas habilidades específicas.

Un tema común entre los cirujanos entrevistados es que en los grandes hospitales públicos pueden tratar pacientes con patologías muy diversas y poco frecuentes; mucho más que en los

hospitales OSS y los privados. Este hecho puede hacer que dichos hospitales públicos sean intelectual y profesionalmente muy estimulantes para muchos doctores.

Existen, ciertamente, casos en los cuales los directores OSS pueden ofrecer a su personal oportunidades atractivas en cuanto a su desarrollo profesional. “Marta” es una especialista en enfermedades infecciosas que fue contratada como jefe de sección para el control de enfermedades infecciosas cuando el hospital OSS se inauguró. Trabaja 30 horas semanales en ese hospital OSS. Pero también trabaja, en la misma especialidad, en el Hospital de las Clínicas, que es un gran hospital público donde se desarrolla docencia. Pero allí trabaja con una menor responsabilidad jerárquica. Consecuentemente, Ana casi triplica su ingreso por hora en su trabajo como jefe de sección en el OSS en relación con lo que gana en el Hospital de las Clínicas. Y Ana señala que no desea dejar este último simplemente porque allí llegan pacientes con enfermedades raras que en el hospital OSS ni siquiera podría ver, y ello impulsa sus cualificaciones profesionales y gana en experiencia.

Es posible que los directores de OSS puedan ofrecer mayores oportunidades de promoción interna basada en el mérito que las que se ofrecen en los hospitales públicos tradicionales. Sin embargo, se necesitaría otro estudio para determinar cuál es exactamente esa diferencia. En general, las oportunidades de desarrollo profesional para doctores y enfermeras parecen mayores en los hospitales tradicionales que en los OSS debido, en gran parte, a la variedad y complejidad de las enfermedades que hay que enfrentar en los hospitales públicos.

f) *Evaluación de desempeño y supervisión.* A menudo pareciera que los hospitales OSS y los privados tienen mejor información que los hospitales públicos tradicionales en lo que respecta a la eficiencia del hospital y de su personal. Por ejemplo, sólo tres de los siete hospitales tradicionales de nuestra muestra fueron capaces de proporcionar datos sobre la tasa de ausentismo. De igual manera, ninguno de dichos hospitales pudo proporcionar datos sobre la rotación de su personal (Cuadro N° 7).

Cuadro N° 7
Tasa de rotación de personal (entre los hospitales de la muestra del estudio)

Porcentaje de rotación	Administración directa (N=7)	Público fundación (N=2)	OSS (N=7)	Privado (N=4)
0 - 1	-	1	1	1
1,1 - 2	-	1	3	-
2,1 - 3	-	-	2	-
3,1 - 4	-	-	1	-
4,1 +	-	-	-	3
Dato no disponible / no responde	7	-	-	-

Fuente: Resultados obtenidos en el estudio a través de la aplicación del cuestionario a una muestra de 20 hospitales de São Paulo.

No cabe duda de que la supervisión puede ser muy pobre en la mayoría de los hospitales tradicionales públicos. Sin embargo, es posible identificar algunos de estos hospitales donde la supervisión sí es excelente. El Hospital Vila Penteadó mantiene datos mensuales sobre todo el personal médico, incluyendo el tipo de actividad realizada (por ejemplo, consultas, procedimientos quirúrgicos, UTI, neo natal, ultrasonido, etc.) y la cantidad de cada uno de ellos. Esos datos se utilizan para calcular el Premio de Incentivo Especial que vimos anteriormente, pero también se utilizan para que los directivos superiores puedan seguirle la pista a la “productividad” de todos los especialistas e identificar áreas o personas en las cuales habría que abrir algún tipo de conversación al respecto.

Ciertos hospitales públicos, y también OSS, han comenzado a extraer información sistemática de los pacientes sobre la calidad del servicio que reciben. El programa *Conte Comigo* (Cuenta Conmigo) se inició en siete hospitales tradicionales de administración directa, en septiembre de 2003. Los

objetivos declarados de dicho programa son el de ofrecer apoyo a los pacientes y visitantes del hospital, a obtenerlo allí donde deben hacerlo y transmitir una visión crítica y sugerencias tanto al personal médico como a los administradores. El equipo del *Conte Comigo* prepara un informe mensual para el director de cada división del hospital, informe que está basado en investigaciones que hacen cada mes (en el caso del Hospital Brigadeiro, se toman de 300 a 400 casos al mes). Este equipo también recoge visiones críticas concernientes a un médico en particular o a un equipo, y se preocupa que el director de división las responda. Luego, el equipo las transmite al paciente.

Los siete hospitales OSS que visitamos mantenían un caudal de información acerca del número de servicios proporcionados, tanto por las unidades del hospital como por los empleados individualmente. Sin embargo, en nuestros *focus group* no hubo claridad respecto a si los doctores entrevistados creen que los procedimientos de supervisión *formal* sean más rigurosos y predominen en los hospitales OSS, en relación con los públicos. El contrato de desempeño entre la SES y el OSS especifica resultados. Sin embargo, en ninguno de los hospitales OSS de nuestra muestra el director distribuyó o asignó directamente esos resultados esperados a los miembros del equipo de trabajo como para que ellos midieran tal desempeño.

g) *Acciones disciplinarias*. En todos los hospitales de nuestra muestra, el típico medio de castigo formal por un pobre desempeño era la nota escrita, la suspensión y, finalmente, el despido. En los hospitales públicos también era posible (al menos en principio) denegarle a un empleado su premio mensual por desempeño, como se describe en el Apartado N° 2.

Cuadro N° 8

La discrecionalidad directiva en la toma de decisiones concernientes a la gestión de los recursos humanos, por tipo de hospital

	Admin. directa	OSS	Privado
Define las necesidades de personal dentro de un marco presupuestario restrictivo (establecimiento de controles y composición del personal).	No	Sí	Sí
Discrecionalidad para contratar o despedir de acuerdo con las necesidades del hospital.	No	Sí	Sí
En la contratación, la selección de los mejores candidatos es juzgada por el director del hospital.	No	Sí	Sí
Determina niveles de compensaciones (remuneraciones y beneficios).	No	Sí	Sí
Relaciona incentivos materiales con el desempeño.	No [†]	Sí	Sí

[†] Nota: Aunque los directivos no tienen la autoridad para establecer incentivos por desempeño, hay un premio por desempeño (Apartado N° 2) para los empleados de los hospitales públicos tradicionales de São Paulo. Por otro lado, aunque los administradores de los OSS reconocen que tienen la autoridad para definir un sistema de premios como incentivo para el desempeño, ninguno en nuestra muestra de siete OSS ha definido tal sistema.

El poder de los incentivos informales (a través de normas formales e informales)

Comparando rasgos clave de los OSS y de los hospitales tradicionales públicos, en tanto *empleadores*, y examinando luego las opciones de empleo en nuestra muestra de profesionales de la salud, queda en evidencia la complejidad de las funciones relativas a la gestión de personal. Los economistas del trabajo adoptan, a menudo, una perspectiva estrecha de las preferencias de las personas, bajo el supuesto de que todos buscan una maximización de las utilidades y que cada trabajador hace cálculos individuales al negociar dinero versus tiempo libre. Claramente, las opciones hechas por los profesionales del sector salud que participaron en nuestros *focus group* reflejan funciones de conveniencia que son mucho más complejas que el simple modelo que mencionamos.

Nuestros entrevistados confirmaron la percepción común de que la mantención de múltiples trabajos por parte de los profesionales de la salud es, en gran parte, una estrategia para minimizar riesgos. (El “marco” en el cual estos profesionales toman sus decisiones sobre el empleo está marcado por la memoria de cambios impredecibles, tanto en la remuneración como en el empleo de los sectores

público y privado). Sin embargo, resulta claro a partir de esas entrevistas, que la aversión al riesgo por sí sola es incapaz de explicar sus opciones de empleo, particularmente dado que esos profesionales tienen dos, tres o cuatro empleos. Lo que generalmente se nos dijo es que los empleos del sector público tradicional de salud son mejores por: 1) seguridad, 2) desarrollo profesional, y 3) flexibilidad en el horario.

Un trabajo en los OSS, a su vez, es considerado mejor 1) porque su “organización” (profesionalismo) lo hace un buen lugar para trabajar, y 2) por la oportunidad de afiliarse a una organización prestigiosa. (Lo mismo encontramos en el caso de los hospitales públicos ligados a una fundación). En cuanto a los hospitales privados, estos pueden ofrecer prestigio y potencialmente una mejor remuneración. De esta manera, una mezcla de empleos en todos los sectores puede satisfacer un rango más amplio de objetivos. Y la reducción del riesgo es sólo uno de ellos.

Basándonos en nuestro análisis de 20 hospitales de São Paulo, incluyendo la realización de *focus group* con el personal de salud de dichos hospitales, hay poca o ninguna evidencia que sostenga la afirmación de que el mejor desempeño de los hospitales OSS sea el resultado de que en ellos se obtiene mayor remuneración, pago por desempeño, mayores oportunidades de desarrollo de carrera o mecanismos formales de supervisión. Si la “autonomía de gestión” de la que gozan los directores de los hospitales OSS no es importante para explicar las diferencias en el desempeño, entonces: ¿dónde podemos explicarlas? La respuesta clave aparece en la composición del personal, en el proceso de la selección de ese personal y en la capacidad de despedir empleados²⁸.

Cuando el Hospital OSS Carapicuíba (Santinhos) se preparó para iniciar sus actividades en octubre de 1998, el director decidió contratar a todo su personal como celetista. No se realizó ni un solo concurso. El director y sus administradores de mayor nivel buscaron en la escuela de medicina los potenciales empleados, pidiendo recomendaciones y opiniones a través de redes informales. Les pidieron a los candidatos de mejor prospecto presentarse a entrevistas, y simplemente contrataron a aquellos que les parecieron mejores para la organización. Los jefes de departamento hicieron su selección que luego debía ser aprobada por el director. Todos los médicos de este hospital fueron contratados de esta manera semi-informal.

Con respecto a las enfermeras, el director decidió un proceso más formal para entrevistar y evaluar a las potenciales candidatas; pero, una vez más, ninguna enfermera fue elegida de la lista de *concurados*. Hubo cinco empleados que se contrataron a través de un llamado formal y público, pero los administradores y el director no estuvieron satisfechos con la calidad de la contratación que de allí resultó. Esta experiencia fortalece la opinión que ellos tienen en el sentido de que la recomendación boca-a-boca es el mejor medio de identificar el mejor equipo de personas para la organización. El Hospital OSS Mario Covas selecciona su personal de la misma manera. En este proceso, los administradores reciben la autoridad para poder buscar el personal más calificado pero que, además, sea adecuado para la organización.

El Hospital Vila Penteado, de administración directa, abrió en 1991. En todos los conceptos, es uno de los hospitales públicos de más alto desempeño. Es el único que ha tenido un solo director desde que empezó a funcionar; pero él aún debe superar una serie de desafíos y obstáculos específicos para lograr un *staff* que trabaje de manera dedicada y en equipo. Los administradores de los hospitales estatales no tienen la libertad para seleccionar el equipo de personas que creen será el más adecuado. Si se les produce una vacante, deben contratar a los que están en el tope de la lista de *concurados* para ese cargo. No tienen oportunidad de entrevistar, aunque sea a un pequeño número de candidatos pre-calificados, para determinar cuál sería el que más se acomode a la organización. No existe flexibilidad o discrecionalidad en este ámbito.

El número total del personal es otro aspecto en el cual el director del hospital público no tiene autoridad. En el Vila Penteado, el número de 341 médicos es el mismo que hace 13 años atrás, cuando abrió el hospital. La dotación no ha sido modificada, de manera que el despido es el único camino a través del cual el director puede cambiar el perfil del personal. Por ejemplo, si el hospital quiere abrir

una unidad de quemados, el director no puede simplemente decidir cuál es el especialista correcto y contratarlo. El sólo puede construir esa nueva capacidad hospitalaria de manera gradual, en la medida que otros especialistas se jubilen o abandonen por alguna razón el hospital.

La tasa de rotación fue alta en el Hospital Vila Penteadó durante sus primeros años de funcionamiento. Despedir a un empleado estatutario es excesivamente difícil. Aun así, el director (y otros administradores de alto nivel) pueden hacerles la vida difícil a aquellos que no trabajan adecuadamente o que no responden de manera positiva a las críticas, estableciendo la certeza de que evadirlos no será tolerado. Eventualmente, el personal que no estaba comprometido con las metas y la cultura del hospital fue transferido a otro establecimiento (lo que ayudó al Vila Penteadó pero naturalmente transfiriendo el problema al otro hospital). Las tasas de despido ahora son más bajas que en los primeros años dado que ya el hospital ha adquirido una cierta reputación de que allí no se aceptan malos candidatos. Sin embargo, el problema no se ha superado. El director, generalmente, está satisfecho del personal nuevo que llega para llenar vacantes en pediatría o medicina intensiva; pero está insatisfecho con casi un tercio del personal del área clínica. No hay una manera sencilla de disciplinar o despedir a quienes tienen mal desempeño.

Una opción para disciplinar a un mal médico en los hospitales públicos tradicionales es la queja directa ante el Consejo Médico Regional (CRM), que es un cuerpo profesional al que los médicos deben adherirse si desean practicar la medicina, ya sea en el sector público o en el privado. Sin embargo, esta opción tiene sus limitaciones. Primero, el CRM investiga y juzga las malas prácticas o las infracciones éticas pero no las quejas respecto a la ineficiencia o baja productividad. Segundo, el proceso puede ser extremadamente lento: cuatro a cinco años desde que se inicia la investigación hasta que se toma la resolución final. EL CRM hace, primero, una evaluación preliminar para decidir si se acepta el caso. Después el CRM determina si se justifica un proceso disciplinario. Puede llamarse a declarar varios testigos. Las penalidades van desde 1) advertencia confidencial, 2) censura confidencial, 3) censura pública, 4) suspensión (normalmente por 30 días), y 5) despido (desacreditación).

Muchos administradores concluyen que denunciar a un médico que es mal profesional al CRM simplemente no es una solución. Como lo explica el presidente de este organismo: “cuando usted denuncia a alguien no puede estar seguro del resultado; pero deberá seguir trabajando con esa persona hasta que el proceso termine”. Incluso si la persona eventualmente es despedida, el administrador no está seguro de que quien venga después sea mejor.

En Brasil, como en otros países, los administradores se resisten al despido, a la penalización o a dar malas calificaciones. Después de todo, el administrador no es el dueño de los excedentes presupuestarios, de manera que no hay grandes incentivos para que los directores/administradores sufran los costos -tiempo perdido, conflictos entre el personal, etc.- asociados al hecho de penalizar o despedir a alguien en el interés de una mayor eficiencia. Sin embargo, claramente los costos de disciplinar a un empleado en un hospital OSS es más bajo que en un hospital tradicional. Dos doctores fueron despedidos del Hospital OSS Mario Covas en 2003, y otro en 2004. Un cuarto médico fue “licenciado” al final de su período de prueba. (Bajo la legislación CLT, los administradores tienen el beneficio de un período de prueba de tres meses para determinar si el nuevo empleado encaja en la organización).

Cada una de estas acciones se puede tomar de forma relativamente rápida. A pesar de ello, el director del Hospital Vila Penteadó inició un proceso disciplinario en el año 2001 para despedir a un médico por malas prácticas. Cuando el proceso ya estaba por terminar -recién en el año 2004- el doctor cuestionado renunció para evitar la sanción oficial.

La ventaja en el desempeño de los hospitales OSS pareciera ser el resultado de la capacidad de los administradores OSS para usar redes de información e incentivos informales en la selección del personal. ¿Puede abusarse de esta informalidad? Ciertamente. Por otro lado, ella habilita a los administradores para armar un equipo de personas con un compromiso común con la misión y la

cultura de la organización. Este espíritu colectivo es difícil de cuantificar pero es tremendamente importante.

Ayuda a alinear las metas entre el principal y el agente; además permite reducir los costos de monitoreo y se generan niveles de rendimiento que sólo se pueden obtener si son inducidos, jamás forzados. Es imposible que alguien observe permanentemente a un subordinado. Los mejores hospitales son aquellos en los cuales sus empleados quieren hacer un buen trabajo y donde ellos creen que sus colegas tienen el mismo compromiso. Cuando ello es verdad, entonces hay mayores probabilidades de que cada uno entregue lo mejor de sí (“cooperar”) con la seguridad de que los otros harán lo mismo. Si, por otro lado, un empleado cree que sus colegas evadirán sus responsabilidades, la probabilidad de que él haga lo mismo se incrementa substancialmente (Miller, 1992)²⁹.

Una cultura organizacional profesional comprometida, creada y sostenida por administradores hábiles, es la base que sustenta la cooperación mutua que subyace tras organizaciones efectivas y eficientes. Si la cultura organizacional es una en la cual se espera cooperación, entonces hay allí poderosos medios para castigar al “detractor”. El Hospital Vila Penteadó ofrece una buena ilustración de este punto. A menudo las enfermeras se arreglan entre ellas para cubrir ausencias (por ejemplo, porque una de ellas necesita tres días de vacaciones para viajar fuera). Sin embargo, la enfermera jefe debe aprobar estos acomodos. Generalmente lo hace. Sin embargo, como forma de castigo (y para inducir la cooperación) los supervisores no aprueban estos cambios de horarios cuando la que se beneficia ha realizado mal su trabajo o no se ha mostrado cooperadora (ha sido “detractora”) en situaciones semejantes. Los supervisores dejan muy claro a sus subordinados cuáles son las razones para aceptar o rechazar un cambio de horario. El mensaje es también claro: “Yo coopero contigo si tú lo haces conmigo (y con el resto del equipo del hospital), haces un trabajo de alta calidad y proporcionas servicios de salud eficientes en este hospital”.

El ejemplo de Vila Penteadó demuestra que un ambiente de cooperación colectiva en función de metas comunes puede inducirse y nutrirse tanto en los hospitales públicos como en los OSS y en los privados. Es importante reconocer, sin embargo, que un buen administrador OSS tiene importantes instrumentos a su disposición que los administradores de hospitales tradicionales públicos no tienen. Y eso puede hacer la diferencia.

Conclusiones e implicaciones para las políticas

¿Cómo una organización jerárquica tradicional de la administración pública puede trabajar mejor a través de una gestión no-tradicional en materia de recursos humanos? La premisa clave del modelo de corporativización como solución para mejorar el desempeño organizacional es que la flexibilidad de gestión debe ser garantizada a quien maneja dicha organización corporativizada. Para lograr las metas organizacionales definidas en el contrato de desempeño, el jefe ejecutivo necesita la capacidad de combinar una mezcla de recursos (*inputs*) de la manera más apropiada. Así, el control *ex ante* sobre los recursos se relaja a cambio de una responsabilización *ex post* por los resultados.

En São Paulo, los administradores de los hospitales OSS indudablemente gozan de altos niveles de discrecionalidad en diferentes dimensiones de la gestión hospitalaria, incluyendo la gestión de personal. Son libres de contratar profesionales de su elección sin tener que seguir un engorroso proceso de concurso. En la medida que el hospital depende, en su desempeño, de la conducta cooperativa del personal, es tremendamente importante que los directores puedan reclutar profesionales que puedan encajar bien en la organización. (Ellos también tienen la capacidad de despedir personal con problemas de desempeño, lo que es casi imposible en los hospitales de administración directa). Nuestro estudio no investigó en detalle cómo los profesionales médicos trabajan en equipo dentro de los hospitales OSS. Sin embargo, nuestra hipótesis es que, habiendo descartado otras explicaciones alternativas, el comportamiento colectivo cooperativo es indispensable para alcanzar metas organizacionales, y la habilidad que tenga el director para modelar sus equipos de trabajo es un ingrediente esencial de las organizaciones hospitalarias efectivas.

Los datos descriptivos obtenidos en nuestra investigación de campo en 20 hospitales de São Paulo son consistentes con el análisis de datos hecho por el Banco Mundial en un estudio sobre desempeño hospitalario realizado el año 2006: los hospitales OSS, como grupo, tienen un desempeño superior al de los hospitales de administración directa estatal que constituyen su contraparte. La percepción pública de la reforma OSS también es positiva, tanto así que el gobierno está estudiando la posibilidad de extender el modelo a otros hospitales. Sin embargo, resulta fácil exagerar la magnitud de la diferencia entre ambos tipos de hospital y simplificar demasiado la explicación del mayor rendimiento de los hospitales OSS. Así, hay razones para ser modestos al “vender” el modelo OSS, y constatar que hay limitaciones prácticas para expandir esta innovación organizacional a través de todo el sistema de salud.

En primer lugar, debemos reconocer que la menor eficiencia de los hospitales estatales produce externalidades positivas para el sistema de salud de São Paulo mirado en su conjunto. Como lo demostraron nuestros *focus group*, los hospitales OSS se ahorran los casos médicos más costosos, más complejos y menos comunes que son manejados por los hospitales públicos donde se enseña medicina. Muchos doctores y enfermeras aprenden sus habilidades en dichos hospitales, debiendo enfrentar un mayor espectro de enfermedades. Entonces, ellos pueden formar allí sus destrezas para posicionarse luego en hospitales OSS o privados. Se nos dijo que el sector privado de salud no contrata personal sin experiencia, y el sector público es quien proporciona justamente esa experiencia.

En segundo lugar, hay limitaciones políticas para expandir el modelo OSS que no hubo que enfrentar cuando el modelo se inició. Recordemos que el modelo OSS de São Paulo se lanzó cuando se inauguró una serie de nuevos hospitales. Por ello no despertó una fuerte oposición laboral. Pero convertir un hospital tradicional en uno OSS es otra cosa, como lo dejó en evidencia la experiencia del Hospital de Clínicas Luzia de Pinho Melo. Cuando se agregó un ala nueva en este hospital, incrementando su capacidad desde 50 a 300 camas, el estado intentó inicialmente manejar esa nueva ala bajo el sistema OSS mientras la parte antigua seguiría bajo el modelo tradicional. Pronto quedó en evidencia que era insostenible la existencia de dos modelos administrativos operando al mismo tiempo. Así, la SES determinó convertir todo el hospital, con sus 660 empleados, al sistema OSS. Se les ofreció una serie de seguridades a los empleados para evitar los problemas judiciales y mitigar la inquietud sindical antes de que el contrato OSS se implementara, en octubre de 2004: 1) ningún empleado quería perder el lazo estable de trabajo que tenía como funcionario público; 2) no se podrían reducir los salarios (incluyendo los incentivos PI); 3) aquél que no quisiera quedarse en el hospital administrado bajo la forma OSS sería transferido a otro hospital público. Un año más tarde, sólo 268 (41%) de los 660 empleados quedaban bajo la gestión OSS³⁰.

La experiencia del Hospital de Clínicas Luzia de Pinho Melo parece confirmar la suposición de que muchos empleados del sector salud prefieren las normas de trabajo menos exigentes que a menudo se dan en los hospitales públicos convencionales, incluyendo la oportunidad de negociar sus propios horarios de trabajo, lo que les facilita el mantener múltiples cargos³¹. Más aun, sugiere que una conversión amplia enfrentaría obstáculos políticos y fiscales: la necesidad de encontrar puestos de trabajo para todos aquellos que no quisieran quedarse bajo el nuevo modelo de administración. Por razones obvias, estos problemas no surgieron cuando el modelo se aplicó desde el principio.

¿Cómo se podrían extender los elementos positivos del modelo OSS? A fines de 2005, el Ambulatorio Maria Zelia, con 470 empleados, fue transferido desde la administración directa a la gestión OSS, sugiriendo que el contrato de rendimiento implícito en el modelo no había alcanzado aún sus límites en el sistema público de salud de São Paulo. Sin embargo, si es correcto el asumir que el modelo OSS no puede reemplazar plenamente al modelo tradicional de hospital público, ¿cómo se puede mejorar la gestión de los recursos humanos en los hospitales de administración directa traspasando la experiencia OSS? El análisis que hemos presentado aquí sugiere tres posibilidades: 1) mejorar los procedimientos de disciplina o despido, 2) ampliar la autoridad de los administradores para contratar, y 3) una reforma más radical para crear un nuevo régimen de empleo para los profesionales

de la salud.

En el 2002 la *Procuradoria Geral do Estado de São Paulo* promovió la Vía Rápida como medio para acelerar los procedimientos para despedir a los empleados públicos que no trabajaran adecuadamente. Sin embargo, la Ley Complementaria que estableció la Vía Rápida mantiene procedimientos disciplinarios centralizados que garantizan el derecho a la defensa, procedimientos que requieren declaraciones de personas pertinentes involucradas en la situación (por ejemplo, administradores, otros trabajadores, subordinados). Esto hace que los efectos de esta política, en la práctica, hayan sido mínimos. Una verdadera vía rápida requeriría de un re-equilibrio entre los legítimos derechos a protección de los empleados y las legítimas necesidades del estado de disciplinar o despedir aquellas personas que no cumplen con su trabajo. De esta manera, los empleados que trabajan mal podrían ser despedidos de manera rápida, en lugar de ser simplemente transferidos.

La segunda opción se centra en la autoridad para contratar: garantizar a los administradores de los hospitales públicos un grado de discrecionalidad sobre la selección y composición de su personal. Por ejemplo, permitiéndoles entrevistar a un máximo de tres a cinco personas que estén en el tope de la lista de *concurrados*, lo que permitiría que se garantice el principio del mérito, pero simultáneamente se permita al director perfilar la cultura de la organización para generar un mayor compromiso colectivo con las metas del hospital. Como hemos visto a partir de nuestro trabajo de campo, generar cooperación no requiere de un sistema de remuneración-por-desempeño. Sin embargo, sí requiere destreza de gestión. Algunos administradores son capaces de generar compromiso y cooperación aun bajo normas de empleo ya existentes (el ejemplo del hospital Vila Penteado es ilustrativo). Pero los administradores heroicos y altamente talentosos son escasos. Adaptar rasgos discrecionales en la composición del personal, en la selección y en el despido del personal, tal como se hace en el modelo OSS, a los hospitales de administración directa podría, en manos de buenos administradores, generar mejoras significativas en el desempeño de los hospitales.

En la medida en que estas dos opciones pueden enfrentar limitaciones legales y políticas, una tercera opción consiste en crear para todos los empleados del sector salud un régimen de empleo enteramente nuevo -al menos para las nuevas contrataciones- que tenga más en común con el actual régimen CLT. Reconocemos que el mandato constitucional del Régimen Jurídico Único para todos los empleados públicos en Brasil es un poderoso obstáculo a este cambio. Sin embargo, la reforma es urgente.

Notas

¹ De los 16 hospitales, 13 operan bajo la Ley N° 846/98 como Organizaciones Sociales, mientras que tres operan bajo contrato entre la Secretaría de Salud y las universidades.

² La racionalidad subyacente de la Enmienda Constitucional N° 19 (del 5 de junio de 1998) se estableció en el documento “*White Paper on the Reform of the State Apparatus*” elaborado por el Ministerio de la Administración Federal y Reforma del Estado (MARE). Dicho documento afirma que “los estándares jerárquicos rígidos (...) que controlan procesos más que resultados [producen un sistema administrativo] que expresan frustración e ineficiencia y, por ello, incapaz de dar cuenta de la magnitud y complejidad de los desafíos derivados del proceso de globalización económica” (Brasil. Presidencia de la República, 1995: 9-10). La solución que propuso el MARE es que “el Estado [abandone] su rol como ejecutor y proveedor de servicios directos, mientras que preserve el rol de regulador de tales servicios” (Brasil. Presidencia de la República, 1995: 17). Las “organizaciones sociales” son definidas en el art. 1° de la Ley N° 9.637 (1998) como “personas jurídicas de derecho privado, sin fines de lucro, cuyas actividades estén dirigidas a la enseñanza, investigación científica o desarrollo tecnológico, a la protección y preservación del medio ambiente, a la cultura y a la salud”.

³ Hay ciertas diferencias entre las normas federales y el modelo OSS de São Paulo. Una de esas diferencias es que, bajo las normas federales, los empleados del gobierno que se transfieran a las

Organizaciones Sociales recibirían su remuneración anterior pero también podrían recibir un pago adicional proveniente de recursos de las Organizaciones Sociales. Sin embargo, este segundo pago no está permitido en São Paulo.

⁴ La Ley Complementaria N° 846, aprobada el 4 de junio de 1998, especifica las condiciones para que una organización califique como OSS.

⁵ El gobierno de São Paulo ha demostrado notablemente su voluntad para reforzar esta provisión. Por ejemplo, durante su primer semestre de operaciones, el Hospital OSS Mario Covas no produjo su propia contabilidad y, como resultado, tuvo el 10% de su presupuesto retenido hasta adecuar los datos que debía proporcionar a la Secretaría.

⁶ Ver L. R. Jones (2004) acerca del reciente debate sobre el significado y los méritos de “la nueva gestión pública”. El artículo tiene varias referencias a los recientes estudios de las reformas estilo NGP (y las contra-reformas).

⁷ En una metáfora frecuentemente utilizada sobre la nueva gestión pública, los gobiernos son instruidos para “llevar el timón” en lugar de “remar”. La NGP descansa fuertemente en el mantras de la competencia y del espíritu empresarial, el cual, se argumenta, puede incorporarse en la cultura institucional del Estado. Ver Osborne y Gaebler (1992).

⁸ El rol prominente de empresas y actores económicos -a pesar de los incentivos internos “poco poderosos”- se puede entender como una respuesta práctica para mitigar el problema de la asimetría de la información y la dificultad de coordinar los esfuerzos de grupo (Miller, 1992).

⁹ Otra manera de crear el mismo incentivo es premiar con un pago por desempeño a los administradores, premio que estaría basado en el logro de metas anuales, las que pueden incluir la disminución de costos.

¹⁰ El esquema de reembolso de costos proporciona incentivos para maximizar la cantidad de servicios proporcionados. Sin embargo, el reembolso de costos generalmente no produce un incentivo para reducir dichos costos.

¹¹ El administrador de una OSS *puede* recibir una remuneración que es mayor a la de un hospital típico. Sin embargo, no hay incentivos financieros por desempeño. El administrador no puede apropiarse de ninguna parte del excedente.

¹² El desafío, entonces, radica en cómo expandir el poder de la toma de decisiones de los administradores de hospital sin amenazar la misión del Sistema Unificado de Salud de Brasil (SUS).

¹³ Esto no es una preocupación teórica. En el hospital OSS Mario Covas, un equipo de mamografía era subutilizado, no por falta de demanda sino porque, en ese rubro, el hospital ya había logrado la meta numérica definida en el contrato de desempeño.

¹⁴ Fue el caso del Hospital General de Itapevi, operado por la Associação Sanatorinhos en 2005.

¹⁵ La lista de cargos (*padrão de lotação*) se establece por decreto del gobernador. En la medida que las tecnologías médicas y los procedimientos cambian, hay normalmente conflictos en los hospitales toda vez que se necesita expandir dicha lista, conflicto que se resuelve, por ejemplo, eliminando posiciones existentes. Si se produce una vacante en un hospital se puede contratar a alguien para llenar ese puesto sin recibir una autorización adicional del gobernador. Los cargos de los ex funcionarios federales que trabajan en el hospital, que fueron transferidos al estado, deben aparecer en la lista de cargos. Sin embargo, *no son cargos del estado*. Ello significa que cuando esos empleados se retiran, el hospital no puede llenar el cargo.

¹⁶ La Ley N° 500/78 especifica sólo una “preferencia” por aquellos que pasaron el concurso.

¹⁷ El “*licença prêmio*” es un premio de 90 días de permiso que se entrega cada cinco años de servicio. El *sexenio* es un premio monetario que se recibe después de los 20 años de servicio y que equivale a un sexto del valor que se ha ganado durante los cuatro *quinquenios* de esos 20 años.

¹⁸ Ver la Ley Complementaria N° 180/78.

¹⁹ Aunque legalmente está permitido transferir a un empleado público a una OSS, no hay incentivos para los empleados o para los directores OSS buscar esa transferencia.

²⁰ El retroceso del empleo por cooperativas es evidente en todo el país, no sólo en São Paulo. Por ejemplo, la Secretaría de Salud de Ceará determinó que las cooperativas se están volviendo muy caras para el gobierno y, además, se presentan dificultades de gestión el contratar por esa vía. Se pretende que el empleo cooperativo sea gradualmente eliminado.

²¹ Aún hay empleados cooperativos en las especialidades de anestesiología, cirugía del corazón y radiología. El contrato cooperativo con los radiólogos los hace responsables del material que se utiliza y de la mantención de los equipos.

²² Los técnicos en rayos X y los trabajadores de laboratorio también trabajan 20 horas semanales (Ley Complementaria N° 848).

²³ Hay un límite legal de 12 *plantões* por mes. La idea de crearlos también para enfermeras se ha discutido pero, por ahora, no está permitido.

²⁴ Este es el caso de “Flavia”, una enfermera de neonatos del Hospital Mario Covas que participó en nuestro *focus group*. Ella trabaja 36 horas por semana en un OSS y otras 36 horas en un hospital privado. Una investigación realizada por una organización de enfermeras encontró que el promedio mensual de remuneración (combinado) para las enfermeras de São Paulo era de R\$ 3.500 a R\$ 4.000.

²⁵ Un análisis del Banco Mundial (World Bank, 2006) encontró que, en promedio, los costos de personal representan un 68% del total de gastos entre los 12 hospitales OSS examinados en el estudio.

²⁶ Ver, por ejemplo, Edwards, Wyatt y McKee (2004). Agradezco a April Harding por sugerirme la fuente.

²⁷ “Marcos”, un cirujano que participó en un *focus group*, trabaja 24 horas como celetista en una OSS, otras 24 (en dos *platões*) como estatutario en un hospital municipal y, adicionalmente, 20 horas en una clínica privada. Curiosamente, donde más gana es en el hospital municipal. Hay un tope de 40 horas semanales para los cirujanos en los hospitales públicos. Aunque esta limitación podría aplicarse a la situación de este médico, en realidad no hay una autoridad que controle esto en hospitales públicos que operen a niveles diferentes de gobierno.

²⁸ Una explicación alternativa, que no descansa en normas de gestión de personal formales ni informales, es una variante de lo que se denomina “efecto Hawthorne”, que sostiene que el comportamiento laboral puede diferir (en este caso mejorar) no por el contenido de una reforma o “experimento” sino, simplemente, por el hecho de saberse observado. En este caso, sin embargo, uno podría esperar que este efecto sea temporal y que desaparezca en la medida que la excitación inicial que se creó al establecer una organización social, gradualmente se extinga. Las organizaciones sociales funcionan en São Paulo desde hace más de cinco años.

²⁹ “El principal conoce, en términos generales, lo que quiere que haga el agente, pero el rango de acciones posibles que el agente puede implementar, así como el rango de posibles resultados, es enorme” (Baker ...[et al], 1988: 598).

³⁰ Dato gentilmente proporcionado por el Dr. Nacime Salomão Mansur, *Superintendent of UNIFESP-affiliated Hospitals*.

³¹ De acuerdo con los datos proporcionados por el Dr. Nacime Salomão Mansur, la *exigencia* de que los empleados cumplan sus horarios formales -aun cuando reciben mayor remuneración- fue la razón que dieron 102 médicos y 67 enfermeras que eligieron abandonar el Hospital de Clínicas Luzia de Pinho Melo una vez que éste se convirtió en OSS. Otros 121 doctores y 186 enfermeras abandonaron después el hospital para ir a otros empleos del sector público.

Bibliografía

- Abrantes, Alexandre (1991), "Contracting Public Health Care Services in Latin America", en *Innovations in Health Service Delivery: the Corporatization of Public Hospitals*, Alexander S. Preker y April Harding (eds.), Washington, World Bank.
- Baker, George P.; Jensen, Michael C.; y Murphy, Kevin J. (1988), "Compensation and Incentives: Practice vs. Theory," en *The Journal of Finance*, Vol. 43 N° 3, Berkeley, pp. 593-616.
- Brasil. Presidencia de la República (1995), *White Paper: Reform of the State Apparatus*, Brasilia, Ministry of Federal Administration and State Reform.
- Bresser Pereira, Luiz Carlos (1999), *Reforma del Estado para la ciudadanía: la reforma gerencial brasileña en la perspectiva internacional*, Buenos Aires, CLAD, Eudeba.
- Chalkley, Martin y Malcomson, James M. (1996), "Contracts for the National Health Service", en *The Economic Journal*, N° 106, Oxford, November, pp. 1691-1701.
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (2002), "Mercado de trabalho médico no Estado de São Paulo", São Paulo, CREMESP, Universidade Federal de Minas Gerais. Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva.
- Edwards, Nigel; Wyatt, Sylvia; y McKee, Martin (2004), "Configuring the Hospital in the 21st Century", Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies (Policy Brief, N° 5).
- Fiszbein, Ariel (ed.) (2005), *Citizens, Politicians, and Providers: the Latin American Experience with Service Delivery Reform*, Washington, World Bank.
- Harding, April y Preker, Alexander S. (2003), "A Conceptual Framework for the Organization Reforms of Hospitals", en *Innovations in Health Service Delivery: the Corporatization of Public Hospitals*, Alexander S. Preker y April Harding (eds.), Washington, World Bank.
- Holmstrom, Bengt y Milgrom, Paul (1991), "Multitask Principal-Agent Analyses: Incentive Contracts, Asset Ownership, and Job Design", en *Journal of Law, Economic, and Organization*, N° 7 (Special Issue), Oxford, pp. 24-52.
- Jones, L. R. (2004), "New Public Management Has Been Completely Discredited, Thank God!", en *International Public Management Review*, Vol. 5 N° 2, pp. 148-172.
- Kohn, Alfie (2002), "Why Incentive Plans Cannot Work", en *Harvard Business Review on Compensation*, Boston, pp. 29-49.
- Marsden, David (2003), "Renegotiating Performance: the Role of Performance Pay in Renegotiating the Effort Bargain", London, London School of Economics. Centre for Economic Performance (Discussion Paper, N° 578).
- Milgrom, P. y Roberts, J. (1992), *Economics, Organization and Management*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- Miller, Gary J. (1992), *Managerial Dilemmas*, Cambridge, Cambridge University Press.
- North, Douglas (1990), *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, New York, Cambridge University Press.
- OECD (2005), *Performance-related Pay Policies for Government Employees*, Paris, OECD Publishing.
- Osborne, David y Gaebler, Ted (1992), *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*, Reading, Addison-Wesley.
- Simon, Herbert A. (1987), "Rationality in Psychology and Economics", en *Rational Choice: the Contrast between Economics and Psychology*, Robin M. Hogarth y Melvin W. Reder (eds.), Chicago, University of Chicago Press.
- Sojo, Ana (1996), "Posibilidades y límites de la reforma en la gestión de salud en Chile", en *Revista de la CEPAL*, N° 59, Santiago, pp. 129-146.

- Vaitsman, Jeni (2001), “Gerencialismo, cultura e expectativas entre servidores públicos de saúde”, en *Revista de Administração Pública*, N° 1, Rio de Janeiro.
- Wilson, James Q. (1989), *Bureaucracy: What Government Agencies Do and Why They Do It*, New York, Basic Books.
- World Bank (1995), *Bureaucrats in Business*, Washington, World Bank.
- _____ (2002), “Brazil - Municipal Education: Resources, Incentives, and Results”, Washington, World Bank (Report N° 24413-BR).
- _____ (2003), “Brazil - Decentralization of Health Care in Brazil”, Washington, World Bank (Report N° 24416).
- _____ (2004), *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People*, Washington, World Bank, Oxford University Press.
- _____ (2005), “Brazil - Addressing the Challenge of Non-Communicable Diseases in Brazil”, Washington, World Bank (Report N° 32576).
- _____ (2006), *In Search of Excellence: Strengthening Hospital Performance in Brazil*, Washington, World Bank.

Apartado N° 1

¿Por qué aparecieron los hospitales OSS en São Paulo?

La decisión del gobierno de São Paulo de experimentar con los hospitales OSS no estuvo motivada sólo por la convicción de que aplicando teorías recientes acerca de la gestión efectiva de los recursos humanos mejoraría la entrega de los servicios. También había una motivación práctica. Durante la administración del gobernador Mario Covas (1995-2001), el estado completó la construcción de un gran número de hospitales cuya construcción se había iniciado durante los años 80 bajo la administración del gobernador André Franco Montoro. Esto presentaba un dilema al gobierno. La Ley Federal Camata (N° 82/1995) estipulaba que la planilla de sueldos del estado no podía exceder el 70% de los ingresos corrientes. Como São Paulo ya estaba luchando para cumplir los límites de Camata, la creación de estos hospitales OSS le proporcionaba una solución conveniente: los nuevos empleados OSS podrían ser pagados con recursos públicos -vía transferencia presupuestaria- pero sus salarios no contarían para efecto de los límites presupuestarios porque no eran empleados del estado. Claramente el número era significativo. Los 16 contratos hospitalarios emplean alrededor de 20 mil personas, más del 20% del total de empleados del sector salud en dicho estado.

La Ley de Responsabilidad Fiscal (Ley Complementaria N° 101, del 4 de mayo de 2000) adoptó casi en su totalidad las normas de gasto en empleados públicos de la Ley Camata. Bajo la Ley de Responsabilidad Fiscal (LRF), los gastos en personal -incluyendo personal activo y retirado y todas las formas de compensación monetaria, así como las contribuciones a las pensiones de los empleados- no podían exceder el 60% del Ingreso Actual Líquido (definido como el ingreso actual menos las transferencias constitucionales y legales hacia el sistema de pensiones). Sin embargo, el personal de servicios “contratado fuera”, en organizaciones del sector privado, es considerado por la LRF como “Otros Gastos en Personal” y no cuentan para el límite del 60% (*).

Todo estado que alcance el tope del 95% está impedido de incrementar salarios o empleados. Si dicha cifra es sobrepasada, se suspenden las transferencias voluntarias y los créditos desde el gobierno federal. Esta situación genera un incentivo para emplear personal vía cooperativas y organizaciones sociales.

* Nota: el estado de São Paulo emplea aproximadamente 650.000 personas en la administración directa y otras 150.000 en fundaciones y otros cuerpos autónomos (que incluyen los hospitales con contratos).

Apartado N° 2

El Premio de Incentivo Especial

En 1998 se creó, para los médicos, médicos sanitarios y cirujanos dentales que trabajan en hospitales públicos tradicionales de São Paulo, un premio de incentivo especial (*Premio de Incentivo Especial*, PI) (ver Resolução Conjunta SS/SAM N° 3, mayo 17, 1998). Actualmente, las enfermeras, las auxiliares de enfermería y otros profesionales ligados a la salud también pueden aspirar a dicho premio. Sin embargo, hay problemas tanto en el diseño como en la implementación de este sistema.

Por ejemplo, para los médicos resulta complejo calcular el monto del premio. Cada mes, el personal que trabaja en Recursos Humanos de cada hospital público debe marcar el número de consultas, tratamientos y/o cirugías que realiza cada médico. Dependiendo de la especialidad y del servicio otorgado, el premio se valora entre R\$2,00 y \$2,67 por servicio, sobre un número total de consultas/tratamientos válidos cuyo rango fluctúa entre 158 y 352, dependiendo del número de días trabajados (12 horas vs. 20 horas) y de la especialidad (por ejemplo, psiquiatra, doctor, trabajador sanitario). (Ver Resolução SS-111, Secretaria de Estado da Saúde, junio 19, 1998). Multiplicando el número de consultas/tratamientos por la unidad de valor se obtiene el máximo valor por mes que un médico puede potencialmente recibir como “pago de incentivo” ese mes[†]. El monto real puede ser menor.

Los empleados elegibles para el premio (incluyendo doctores, enfermeras, etc.) tienen derecho al 50% del total del incentivo posible simplemente por el hecho de ser empleados de la Secretaría de Salud. Otro 30% depende de la evaluación institucional y el 20% restante se relaciona con una buena evaluación individual[‡].

Hay un máximo de 20 puntos posibles relacionados con la evaluación individual. Con 11 puntos o más, el empleado ya tiene derecho al 100% del quinto del PI que está determinado por la evaluación individual. Con un puntaje de 10 el empleado es premiado con el 50%. Y con cualquiera inferior, 0%. En el instrumento de evaluación, un empleado obtiene 5 puntos por el solo hecho de llegar puntual al trabajo. De esta manera resulta sumamente fácil llegar a los 11 puntos. En los registros del Hospital Brigadeiro del mes de julio de 2004, de 982 evaluaciones individuales, 944 (96%) tuvo un puntaje igual o superior a 11, mientras que 38 (4%) tuvo un puntaje de 10. Nadie recibió un puntaje inferior a 10. El director del Hospital Brigadeiro reconoció que el PI es un sistema muy primario de evaluación por desempeño y que no es eficiente. De esa manera, el PI fracasa ampliamente en satisfacer el rol para el cual fue diseñado, a saber, estimular los esfuerzos del personal de salud para cumplir mejor su trabajo. En la práctica no es más que una parte del salario básico y no un “premio” por desempeño.

[†] Nota: El PI para anestesiólogos y cirujanos se calcula de manera diferente. Ellos reciben un cierto número de puntos que dependen de la cantidad de tiempo destinado a una cirugía específica. A ellos se les premia con \$R20,00 por cada punto hasta un máximo de 50 puntos. (Ver el Memorando Circular STRH, abril 28, 2000). Quizás sea una falla de diseño el que los médicos son financieramente castigados al asistir a conferencias médicas en la medida que ese tiempo no es reconocido en la fórmula del PI.

[‡] Nota: En vacaciones, los doctores, trabajadores sanitarios y cirujanos dentales reciben el mismo PI que recibieron el último mes de trabajo.

Apéndice A Hospitales en São Paulo. Muestra de la investigación †

La muestra del estudio incluyó siete hospitales estatales tradicionales, siete OSS, cuatro privados y dos públicos sostenidos por fundaciones.

En cada uno de los hospitales visitados se realizaron pequeños *focus group* con médicos y enfermeras - sin la presencia de sus jefaturas- con el objeto de recoger sus observaciones sobre el hospital en el cual trabajan y explorar las razones de sus opciones de empleo.

Características del Hospital	Tipo	No.	
Status legal	Administración directa	07	
	Público con fundación	02	
	OSS	07	
	Privado	04	
Tipo de servicios	Secundario/terciario	18	
	Terciario	01	
	“Cuaternario”	01	
Tamaño (según número de camas)	Pequeño < 100	02	
	Mediano 101 - 200	06	
	Grande 201 - 400	11	
	Extra-grande > 400	01	
Año de inauguración	Público (con fundación)	1888-1980	02
	Administración directa	1948-1998	07
	Privado	1965-2004	04
	OSS	1998-2003	07

Fuente: Cuestionario de investigación: “Características de los hospitales”.

† Nota: Aparte de estos 20 hospitales donde se aplicó un instrumento uniforme, también se obtuvo información valiosa durante las visitas preliminares y entrevistas en los siguientes hospitales:

- Brigadeiro (administración directa).
- Vila Penteado (administración directa).
- Mario Covas (OSS).
- Carapicuíba (OSS).
- Sumaré (fundación/universidad).