

Remuneración y productividad: el caso de la Fundación Hospitalaria del Estado de Minas Gerais, Brasil, 1992–1995¹

Mariangela Leal Cherchiglia,²
Sábado Nicolau Girardi,³ Romero
de Castro Vieira,⁴ Renata Bibiani
de Aguiar Marques,⁴ Paula Mendes
Werneck da Rocha⁴ y Leonardo
Augusto Cimino Pereira⁴

RESUMEN

En este artículo se analiza el caso de la Fundación Hospitalaria del Estado de Minas Gerais, Brasil, a raíz de haberse introducido en sus unidades de servicios de salud a principios de 1993 un nuevo sistema de recompensas, complementarias a la remuneración salarial, por el buen desempeño y la productividad de los funcionarios. El análisis se basó en un estudio transversal de la evolución de una serie de indicadores de producción y productividad en la Fundación

durante el período de 1992 a 1995. Se utilizaron como fuentes de información los formularios de autorización para internación hospitalaria (AIH), las guías de autorización de pagos (GAP) y los boletines de la Administración de Recursos Humanos. Con la estrategia de remuneración y de incentivo condicional adoptada se procuraba no solo mejorar la producción y la productividad, sino también aumentar el compromiso de los empleados con la institución. El análisis de los valores de los indicadores seleccionados parece confirmar que los resultados de este estudio coinciden con los de otros estudios similares en el sentido de que la remuneración basada en los resultados (o incentivo condicional) conduce a un cambio positivo en el nivel de producción de servicios y productividad aunque no se sostenga a lo largo del tiempo. Corrobora asimismo la idea de que esas alternativas pueden utilizarse deliberadamente como parte de una estrategia más general de desarrollo organizacional a largo alcance, y no solamente como un elemento aislado dirigido a lograr mejoras puntuales y temporales en la productividad.

En este artículo se explora el tema de la adopción de estrategias de remuneración condicional de los funcionarios como una forma de obtener resultados concretos en función de la producción y la productividad dentro del ámbito de las organizaciones encargadas de la prestación de servicios de salud. Se analiza el caso de la red pública de hospitales de la Fundación Hospitalaria del Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Brasil, en la cual se introdujo desde el primer semestre de 1993 un nuevo sistema para recompensar el desempeño y la productividad de sus funcionarios, además de la remuneración fija representada por los salarios.

La FHEMIG administra 21 unidades hospitalarias pertenecientes al estado de Minas Gerais, que comprenden hospitales generales, psiquiátricos, de maternidad, de traumatología, de enfermedades transmisibles, de recuperación y apoyo para drogadictos y de fisioterapia, y abarca los servicios secundarios y terciarios de referencia para todo el estado. La implantación del sistema de recompensas surgió a raíz de una huelga que duró más de 2 meses en un ambiente de crisis y de insatisfacción que prácticamente paralizó la institución. Como estrategia para resolver la huelga, la dirección tuvo la iniciativa de introducir en las negociaciones la idea de distribuir parte de las ganancias si aumentaba la producción.

¹ Este trabajo constituye una parte de la investigación "Formas de remuneração, cooperação no trabalho e produção de serviços de saúde: o caso da Fundação Hospitalar de Minas Gerais, 1992–1995", apoyada por la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur y la Organización Panamericana de la Salud.

² Universidad Federal de Minas Gerais, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva y Social. Dirección postal: Avenida Alfredo Balena 190, 9.º andar, sala 9001, Bairro Santa Efigênia, CEP 30.1300-100, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Correo electrónico: cherchml@medicina.ufmg.br

³ Universidad Federal de Minas Gerais, Facultad de Medicina, Núcleo de Investigación en Salud Colectiva y Nutrición.

⁴ Universidad Federal de Minas Gerais, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva y Social.

Esta estrategia gerencial se puso en marcha inicialmente con el nombre de *gratificação de incentivo à eficiência de serviços* (GIEFS) y posteriormente se reglamentó oficialmente por ley estatal. Se procuraba así establecer un nuevo patrón de relaciones de trabajo: restablecer el compromiso del trabajador con la institución y proveer salarios más justos; estimular la opción de una jornada completa; premiar el trabajo cualificado (compensando el trabajo penoso e incorporando nuevo personal idóneo disponible en el mercado de trabajo), y romper el estancamiento y la invulnerabilidad de los funcionarios escudados tras los contratos tradicionales. En el nuevo sistema se incluyeron todos los trabajadores, de servicios médicos al igual que administrativos, y la parte variable de la remuneración que recibirían dependía del resultado general logrado por cada unidad.

En este trabajo se evalúan los cambios que tuvieron lugar desde la adopción de la estrategia de remuneración condicional hasta los resultados generales obtenidos, se analiza el comportamiento de los indicadores seleccionados para producción y productividad de servicios, y se comparan con los resultados de otros estudios publicados.

REMUNERACIÓN Y PRODUCTIVIDAD: ASPECTOS TEÓRICOS

En la literatura sobre las relaciones laborales está ampliamente documentada la asociación entre los aumentos de remuneración y los de productividad (1-5). Según los diferentes enfoques de las teorías de motivación, el efecto motivador de la remuneración en el desempeño de los trabajadores se atribuye a que la remuneración no solo representa una variable económica, sino que también es símbolo de una parte de las recompensas psicológicas que el individuo busca en su ambiente de trabajo (1-5). Si bien son importantes también los aspectos no monetarios del trabajo como la realización personal, la responsabilidad, el reconocimiento y la calidad de las relaciones interpersonales con los colegas y jefes, se sabe que la satisfacción que los trabajadores derivan de esos factores de motivación es casi siempre vaga y pasajera. Por contraste, la remuneración monetaria se ve como el resultado real e inequívoco de una decisión tomada conscientemente por la administración de la empresa (1). Además, los vínculos entre la posición social, la remuneración y la autoestima confieren a la compensación monetaria un valor simbólico a la vez que material (4).

Hay dos tipos básicos de sistemas de remuneración: el de *remuneración por tiempo trabajado*, en el cual el tiempo invertido se considera el factor principal remunerado, y el de *remuneración por resultados*

logrados, en que el monto de la remuneración varía básicamente según la calidad del producto o del resultado obtenido (2). La remuneración por los resultados obtenidos puede basarse en el trabajo individual o colectivo. La ventaja principal de la remuneración por resultado individual es que puede observarse claramente la asociación entre la proporción de esfuerzo invertido y el aumento en la remuneración. Estos esquemas pueden resultar en 1) un aumento de la productividad mediante la reducción de los costos; 2) incremento inmediato del rendimiento de los trabajadores, y 3) mayor capacidad de autorregulación en la producción. Entre sus desventajas se destacan 1) el conflicto que pueden suscitar las diferencias individuales de sueldo, lo cual puede exacerbar la competición entre los trabajadores y comprometer así la disposición a cooperar en asuntos del trabajo; 2) un compromiso menor con la calidad del producto, y 3) la competición puede estimular despreocupación por los reglamentos de seguridad en el trabajo. La remuneración por resultado colectivo se adapta mejor a las tareas que exigen esfuerzos de colaboración y trabajo en equipo (2, 6). Sin normas para resultados individuales, se facilita la solidaridad entre los integrantes de un grupo y la aceptación de cambios en la organización del trabajo y de la tecnología usada. La gran desventaja de este sistema es que podría reducir la motivación individual. La falta de cooperación no se detecta inmediatamente, pues se trata de un caso típico del juego de un gran número de participantes, en el cual se diluye el resultado de los esfuerzos individuales. Además, por tratarse de un juego de lances repetidos, la observación de este fenómeno con el tiempo permite que se difundan en la organización los comportamientos de tipo parasitario que tienen resultados adversos en el nivel de producción. Para revertir ese problema, se han adoptado esquemas de seguimiento individuales y colectivos (3). Se ha planteado también el problema del descontento de los trabajadores ante el riesgo de una reducción de salarios. Esta cuestión se ha examinado en la literatura, especialmente en la teoría de principal y agente.⁵ Esta teoría puede utilizarse para derivar la fórmula óptima entre un salario básico y la porción variable (3, 7).

La literatura técnica sobre el trabajo, las recompensas y la productividad señala que los esfuerzos de los trabajadores aumentan entre 20 y 25% cuando la remuneración o parte de ella depende del

⁵ La relación de principal y agente existe cuando una parte (el principal) contrata a otra parte (el agente) y delega en esta actividades y decisiones. Esta relación existe cuando una parte le provee a otra bienes o servicios a cambio de compensación.

rendimiento (2). Sin embargo, no se ha llegado a un consenso general al respecto. La función motivadora de la remuneración y de los sistemas de incentivos y sanciones ha sido cuestionada en los paradigmas de administración flexible, que ponen en duda su potencial para enfrentar las profundas transformaciones por las que está pasando el mundo del trabajo y la producción. Se argumenta que la forma de remuneración por rendimiento y el apego a los incentivos condicionales pueden crear una complicidad temporal entre los trabajadores en el sentido de maximizar sus ganancias mientras minimizan su esfuerzo productivo para obtenerlas. Es posible que ni los incentivos ni las sanciones sean motivadores eficientes cuando es necesario cambiar las actitudes y los comportamientos, sobre todo a largo plazo (8, 9). Según Kohn, las recompensas solo sirven para lograr una cosa: la sumisión temporal. Una vez que desaparecen las recompensas, vuelven los antiguos comportamientos, sin que se hayan forjado compromisos duraderos con valores nuevos (8, 9). El aumento de la producción no se sostiene a lo largo del tiempo, posiblemente porque se pierde el elemento de novedad, surge el descontento y disminuye la participación (10, 11).

Con excepción del trabajo médico, que tradicionalmente ha sido objeto de las más diversas combinaciones de esquemas de remuneración —desde el pago de honorarios por los servicios y pasando por la capitación hasta las formas salariales de remuneración por el tiempo trabajado—, puede decirse que esta área del sector de la salud ha sido relativamente pobre en cuanto a innovaciones (12–14). Pierson y Williams (15) han hecho notar que, comparadas con los sectores más dinámicos de la economía, las organizaciones de salud suelen ir a la zaga en materia de adecuar los sistemas de remuneración a la globalización de las economías y hacer más flexible la producción.

Hasta finales de los años ochenta, la experiencia en el sector de la salud fue la de remuneración en proporción con los resultados (6). Sin embargo, la presión competitiva en un mercado de salud rápidamente cambiante llevó a un número cada vez mayor de organizaciones a adoptar estrategias alternativas de compensación para mejorar el desempeño. Actualmente se observa una tendencia hacia las estrategias de remuneración por resultado, así como un cambio de dirección en la integración de los valores y la cultura en las organizaciones (5). Sin embargo, el desempeño laboral no puede medirse exclusivamente por resultados financieros sino también por los resultados terapéuticos, por la satisfacción del cliente y por el aumento de su participación en el mercado. Los programas rígidos de productividad que se dirigían indistintamente a todos los sectores y áreas del sistema de salud han dado lugar

a sistemas de incentivos múltiples que se basan en los procesos específicos del trabajo característico de cada sector en particular. Por ejemplo, las unidades de internación de pacientes, de atención de pacientes externos y de apoyo administrativo pueden establecer esquemas de incentivos diferentes según las características del trabajo en cada unidad. Actualmente, la tendencia es a aumentar los incentivos a intervalos de larga duración, como los anuales, así como la porción variable de la remuneración y, sobre todo, a incluir en estos esquemas, además de los médicos, a los funcionarios de las áreas no administrativas o gerenciales (15).

En los últimos años, en el sector público de salud del Brasil se han propuesto sistemas de remuneración del trabajo según el desempeño para estimular la productividad y el compromiso con la organización y como mecanismo para suavizar la rigidez de las políticas salariales del sector y la insuficiencia de los sueldos. Esos incentivos, que inicialmente fueron un componente gerencial constituido por un conjunto de estímulos financieros y de otra índole destinado a ajustar y optimar el proceso de producción en los establecimientos de salud, se transformaron simplemente en un mecanismo para corregir y ajustar los salarios (16, 17).

Por otra parte, en el sector de la salud suele considerarse problemática la medición objetiva del valor del producto (o los resultados), pues involucra la atribución de valores a bienes que tienen significados sociales fuertemente caracterizados por la subjetividad (6, 9, 18). Siendo ya de por sí difícil evaluar o medir el producto de los servicios de salud, el asunto se vuelve aun más dudoso cuando hay que establecer indicadores que sirvan de parámetros para incorporar los rendimientos de producción a los salarios de los profesionales de todas las categorías (19).

En lo que se refiere a los hospitales, el producto siempre ha sido evaluado de tres formas: 1) por el número de servicios prestados; 2) por la calidad de las acciones de salud, o sea, la mayor o menor capacidad de recuperación de un trastorno de salud atribuida a un servicio determinado; y 3) por el valor o cantidad cobrada y los resultados operacionales de los servicios prestados. Estos tres criterios nunca deben ser considerados por separado, ya que cada uno de ellos remite a situaciones que integran una sola cosa (19).

Las medidas típicas de la productividad hospitalaria han sido recientemente afectadas por tres cambios en la organización y prestación de los servicios de salud. El primero se refiere a una reestructuración que incluye la disminución del tiempo de estancia en el hospital, la intensificación de la atención ambulatoria, la conversión de servicios para ofrecer atención terciaria y la incorporación de tecnologías.

Segundo, se ha iniciado una transición hacia formas de pago prospectivo, como se hace con los grupos de diagnóstico relacionado (en inglés, *diagnosis related group*). Por último, han aumentado los sistemas de capitación basados en el pago adelantado por paciente según el riesgo. Los efectos de estos cambios inherentes a las formas de pago y de incentivos del personal de salud en los nuevos sistemas de administración financiera hacen necesario establecer indicadores y parámetros de productividad diferentes (20).

MATERIALES Y MÉTODOS

De 1992 a 1995 se realizó un estudio transversal de la evolución de una serie de indicadores de producción y productividad, con objeto de evaluar la estrategia de remuneración por resultado colectivo establecida en las unidades asistenciales de la FHEMIG. Los indicadores se seleccionaron de acuerdo con lo propuesto por Medici y Girardi (19) y su evolución se estudió por medio de un análisis descriptivo cualitativo. La utilización del número y valor monetario de las autorizaciones de internación hospitalaria (AIH) como indicador de producción se debe al supuesto de que las AIH, como formas de pago prospectivo, reflejarían fielmente las internaciones realizadas y el valor de las mismas, especialmente en un conjunto de hospitales tan heterogéneo en su tamaño y en sus objetivos de servicio como el FHEMIG. Tradicionalmente, también se usa el número de camas como indicador de la productividad del capital invertido y el número de recursos humanos como indicador de la productividad del trabajo. Los indicadores para evaluar la producción y la productividad que resultaron de los cambios de remuneración adoptados por la FHEMIG se presentan en el cuadro 1.

Para establecer los indicadores de producción, se obtuvieron los datos consolidados de AIH producidos por el Sistema de Información del Ministerio de Salud (DATASUS/MS). Los valores se refieren a la producción pagada por el Sistema Único de Salud (SUS), basada en el dólar comercial de venta (US\$) el último día del mes siguiente a la entrega de facturas por la FHEMIG. No se tuvieron en cuenta la inflación del dólar ni los cambios de precio de los procedimientos durante el período estudiado.

Los datos sobre producción de servicios ambulatorios se obtuvieron mensualmente de las guías de autorización de pagos (GAP) de cada unidad en la División de Planeamiento y de Informática de la FHEMIG. Esos datos son estimados, es decir, no fueron pagados efectivamente por el SUS, dada la posibilidad de errores y de interpretación de los procedimientos por la oficina de pagos. Los datos sobre el

CUADRO 1. Indicadores de producción y productividad para evaluar los cambios en la forma de remunerar a los empleados adoptada por la Fundación Hospitalaria del Estado de Minas Gerais, Brasil, 1992 a 1995

Aspecto evaluado	Indicador
Producción	Número de AIH ^a
	Valor ^b de la producción de AIH
	Número de procedimientos en pacientes ambulatorios
	Valor de la producción ambulatoria
Productividad de la capacidad instalada	Número de camas disponibles
	Número de AIH por cama disponible
	Valor de AIH por cama disponible
Productividad de los recursos humanos	Número de recursos humanos (RH)
	Número de AIH por RH
	Valor de AIH por RH
	Servicios ambulatorios por RH RH por cama disponible
General	Media de estadía
	Tasa de ocupación

^a AIH = autorización de internación en el hospital.

^b En US\$.

número de recursos humanos se recolectaron directamente de las planillas de pago de incentivos en la División de Planeamiento, en diciembre de cada año estudiado. La variable *demanda*, elemento perturbador en los estudios de productividad, se controló buscando artículos de prensa referentes al hacinamiento y la necesidad de más camas en los hospitales de la FHEMIG. Esto reveló la existencia de una demanda mayor que excedía la producción de las unidades. La confiabilidad del registro de los datos se investigó probando la consistencia entre observadores. En el tratamiento de los datos se utilizó el programa Epi Info (versión 6.02 y la planilla Excel (versión 5.0).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La gerencia de la FHEMIG se propuso llevar a cabo una reforma que se centraba básicamente en dos mecanismos. En primer lugar, se implantó un sistema de incentivos para mejorar la productividad de los hospitales, que consistió en la distribución a los funcionarios de 30% de los ingresos recaudados directamente por las unidades de la FHEMIG. El pago del incentivo se basaba en dos criterios esenciales: la cualificación profesional, indicador de calidad medida por los años de escolaridad, y el esfuerzo o intensidad del trabajo, medido por el número de horas trabajadas. El otro componente del nuevo sistema de gestión fue la institución de

un cuadro mínimo esencial de trabajadores, con un tamaño variable de hasta 50% de la fuerza de trabajo de cada unidad, a quienes se les ofrecían condiciones especiales de remuneración, incentivos de actualización científicotécnica, cualificación y compromiso. Los funcionarios podían optar por la oportunidad de formar parte de ese cuadro y de permanecer en él, con aprobación de los dirigentes. Se creaba así una situación dinámica de movilidad dentro de una de inmovilidad (21).

El sistema de remuneración adoptado por la FHEMIG es semejante al del salario fijo con resultado controlado individualmente o por grupo (2). En este caso, la remuneración está sujeta a contrato y vinculada de alguna forma con los resultados medidos del período anterior. Este aspecto concuerda con la tendencia mundial de pagar por el tiempo trabajado con tal de que se obtenga cierta medida de resultados (2). De esta manera se intenta mantener las ventajas y eliminar las desventajas que cada sistema tiene aisladamente. Además de eso, en los servicios públicos de salud se observa la implantación de una nueva concepción gerencial en la cual los dirigentes prestan atención especial tanto al logro de resultados como a la lealtad de los trabajadores a la institución (12, 13).

La propuesta que estamos describiendo procuraba cambiar dos componentes del contrato de empleo asalariado mediante la distribución de una parte de los ingresos y la creación de cierta inestabilidad temporaria. Puesto que, según Nuti (22), el sector público se caracteriza por la seguridad de los empleos y por no compartirse las ganancias ni el poder, con esa estrategia gerencial se mostraba claramente no solo el deseo de mejorar inmediata y concretamente la productividad sino también de establecer un nuevo modelo de relaciones laborales. En primer lugar, se destaca nítidamente la intención de conseguir que la mayoría estuviese de

acuerdo con la posibilidad de aumentar los ingresos de todos los miembros de las instituciones que logran sus objetivos de producción. Sin embargo, el proceso no se detiene en ese punto, pues la formación de cuadros especiales tenía como objeto intensificar el compromiso de esos funcionarios con la institución y cosechar mayores frutos en el sentido de incrementar la efectividad y la eficiencia.

No obstante, pueden cuestionarse algunos aspectos del sistema de remuneración e incentivo. Primero, la diferenciación justa de la remuneración según la intensidad del trabajo no puede determinarse solo sobre la base del cumplimiento del número de horas de trabajo contratadas. En realidad es necesario medir la participación del individuo dentro del esfuerzo colectivo. Otro punto es que, como indicador, la escolaridad no siempre refleja fielmente la preparación anterior de un funcionario. Sería necesario avanzar en materia del "costo de la oportunidad" (o valor de los recursos según el uso que se les dé), especialmente en lo que respecta a las especialidades, para que el sistema sea considerado justo y basado en la equidad (23). Puede decirse también que si bien se plantean las dificultades de ejecución del trabajo, apenas se toca la cuestión de los riesgos que pudiera entrañar. El evitar el riesgo podría asociarse con una mayor exposición del trabajador a variaciones en sus entradas (3, 7).

En el cuadro 2 se encuentran los indicadores de producción hospitalaria y ambulatoria y los ingresos operacionales de 1992 a 1995. Llama la atención el patente crecimiento constante de los ingresos derivados de la prestación de servicios. Durante esos 4 años se duplicaron las entradas operacionales (por servicios hospitalarios y ambulatorios). Al mismo tiempo se redujo el ritmo de crecimiento anual del valor de la producción de servicios hospitalarios (36% entre 1992 y 1993 y 9% entre 1994 y 1995) y de

CUADRO 2. Indicadores de producción, Fundación Hospitalaria del Estado de Minas Gerais, Brasil, 1992 a 1995

Ingresos operacionales ^a e indicadores	Años			
	1992	1993	1994	1995
Ingresos operacionales	15 386 654,71	21 553 919,81	28 005 490,42	32 206 893,97
Ingresos por servicios hospitalarios				
No. de AIH ^b	58 915	70 582	62 692	62 112
Valor de AIH	15 582 046,71	17 079 088,41	19 944 262,92	21 650 126,07
Ingresos por servicios ambulatorios				
No. de servicios	1 227 192	2 920 163	4 425 067	5 746 756
Valor de los servicios	2 804 608,00	4 474 831,40	8 061 227,50	10 556 767,90

Fuente: Sistema de información del Ministerio de Salud (DATASUS), División de Planeamiento e Informática de la FHEMIG.

^a En US\$.

^b AIH = autorización de internación en el hospital.

los ambulatorios (60% entre 1992 y 1993 y 312% entre 1994 y 1995). A pesar del crecimiento de cerca de 72% en los ingresos por servicios hospitalarios durante el período de referencia, se destaca aun más el incremento de más de dos veces y media (276%) de los ingresos por servicios ambulatorios. En 1992, estos servicios representaban 18% del total de los ingresos operacionales y aumentaron a 33% en 1995.

El proceso de crecimiento de la participación del sector ambulatorio en la economía hospitalaria parece ser un fenómeno que se manifiesta actualmente debido a cambios en la forma de financiar los servicios de salud, innovaciones tecnológicas, una mayor aceptación por parte de los pacientes y un control más eficiente de los pagos por internaciones (23–25). Según Miller et al. (25), los gastos incurridos por el sistema estadounidense de *Medicare* ascendieron, de más de US\$ 8 000 millones en 1992, a casi \$14 000 millones en 1994, con una tasa de incremento anual de alrededor de 15%. Para Duff y Farley (24), un aspecto interesante de esos cambios es que el financiamiento tiene un impacto relativamente más fuerte en los hospitales que las tecnologías. Muchos de los procedimientos que actualmente se realizan en condiciones ambulatorias podrían haberse comenzado a realizar así desde principios de los años setenta, pero fue necesario contar con los incentivos financieros necesarios para llevarlo a cabo.

Aparte de la tendencia hacia el incremento de los servicios de salud ambulatorios, puede inferirse que las diferencias en el aumento de la producción entre este y el sector hospitalario podrían estar relacionadas, si bien de forma indirecta, con la eficiencia de los registros. En la presente evaluación, pueden apreciarse los aumentos espectaculares que hubo en la producción de servicios ambulatorios mientras que la de los hospitalarios tuvo un crecimiento notable, pero con tendencia a volver a los valores de 1992. La producción hospitalaria se incrementó en 20% entre 1992 y 1995 mientras que el ritmo de crecimiento anual se estabilizó en torno a 5 o 6 % en los otros años. La producción ambulatoria, a pesar de seguir una tendencia declinante en el ritmo de su incremento anual, presenta valores

bastante elevados –138% entre 1992 y 1993; 51% entre 1993 y 1994 y 30% entre 1994 y 1995. No obstante, el sector de servicios ambulatorios siempre se ha caracterizado por el bajo índice de registro de los procedimientos realizados. Esto se debe al bajo costo de dichos procedimientos que incluso a veces no se pagan y también a la poca importancia social que se le da a una consulta o un procedimiento ambulatorio, lo cual podrá redundar en una falta de interés en registrarlo.

Lo contrario ocurría con los procedimientos hospitalarios. Gracias al sistema de pagos aplazados, los financiadores de la atención de salud adquirieron mayor control de los gastos hospitalarios. Además, la internación de una persona en un hospital es un acontecimiento de mayor significado social, lo cual se reflejaría en una cultura y presión gerencial a favor de su registro (9, 20, 23, 24, 26, 27, 28). La introducción de un sistema de remuneración basada en los resultados, en el cual estos se miden por el registro de procedimientos, provoca en los trabajadores un mayor interés en registrarlos ya que sus ingresos dependen de ello (20, 29). Para explicar el crecimiento sostenido de la producción de servicios ambulatorios, también podría aducirse el menor control de los órganos financiadores sobre esos procedimientos. A partir de julio de 1994, con la aplicación de métodos de informática al cobro de servicios y pago de proveedores, el SUS —órgano financiador de las actividades de salud— adquirió mayor control del registro de los procedimientos ambulatorios.

En el cuadro 3 aparecen los indicadores de capacidad instalada, en cuya productividad pueden notarse ciertas contradicciones. En cuanto hubo una reducción del número de AIH por cada cama disponible, también hubo un aumento del valor de estas por cama. El número de AIH por cama disponible disminuyó a un ritmo constante y llegó a su punto más bajo (–28%) entre 1994 y 1995. El esfuerzo por aumentar la capacidad instalada —1 301 camas en 1992 y 1 800 en 1995— no correspondió a un aumento en la producción. Podría explicarse que los hospitales públicos se rigen por la necesidad de ofrecer servicios poco lucrativos, es decir, a pacien-

CUADRO 3. Productividad de la capacidad instalada, Fundación Hospitalaria del Estado de Minas Gerais, Brasil, 1992–1995

Camas disponibles e indicadores	Años			
	1992	1993	1994	1995
No. de camas	1 301	1 697	1 615	1 800
No. de AIH ^a por cama disponible	45,28	41,59	38,82	34,51
Valor de AIH por cama disponible ^b	9 671,06	10 064,28	12 349,39	12 027,85

^a AIH = autorización de internación en el hospital.

^b En US\$.

tes con dolencias crónicas y estancia larga (26). Además de eso, las unidades localizadas en el interior de Minas Gerais todavía no han completado el proceso general de transformación de los hospitales de beneficencia. Esto ocasionó una baja rotación de camas —incremento anual negativo de 47% entre 1992 y 1993— y una media de estancia elevada y, en consecuencia, una baja producción de AIH por cama.

El aumento constante del valor de cada AIH por cama disponible, que se incrementó en cerca de 24% entre 1992 y 1995, podría ser resultado de la mayor valorización de los procedimientos para enfermedades crónicas e incluso de los pagos por cada paciente asilado según el cuadro de procedimientos del SUS. Puede reflejar también una alteración en la composición de los procedimientos realizados, mediante selección de los de mayor valor (cambio en la mezcla de servicios). Esta parece ser una estrategia que usan los hospitales para sostener su nivel de ganancias cuando el pago de los servicios es prospectivo, como en la AIH (26, 30).

Los indicadores de la productividad rendida por los recursos humanos se ilustran en el cuadro 4. Como el número de empleados varió poco, con pequeños cambios positivos en los años estudiados (de 1 a 7%), el aumento de su productividad va a reflejar los cambios en la producción hospitalaria y de servicios ambulatorios y en el número de camas. Entre 1992 y 1993, hubo un progreso espectacular en la productividad del sector ambulatorio, 371% en la producción y 279% en el valor de esta. La productividad de los recursos humanos en cuanto a las internaciones fue de 6% en el número de autorizaciones y de 73% en su valor. Lo mismo ocurrió en relación con el número de recursos humanos disponibles por cama, que entre 1992 y 1995 decreció 17%. Cabe notar que el aumento de productividad logrado por los recursos humanos se llevó a cabo sin reducir el número de empleados.

Esa situación es diferente de la encontrada en la literatura, en la cual el aumento de la productividad en el trabajo se acompaña también de un ajuste en el número de empleados (11, 29). Además, este

período coincidió con un proceso general de empeoramiento de las relaciones de trabajo en el sector público con niveles más altos de rotación. Los datos preliminares muestran que los índices de empleados alcanzaban el doble de la ya alta rotación de los contratos en hospitales privados.

Al comparar los indicadores de producción y de productividad —capacidad instalada y recursos humanos— de 1993 con los del año anterior se observó que se había logrado un aumento significativo en el mismo año en que fue efectivamente implantado el sistema de remuneración por resultado colectivo. En años sucesivos, esos indicadores tuvieron un comportamiento errático que variaba en intensidad y sentido y mostraba la tendencia a volver a niveles ligeramente superiores al de 1992. La mayoría de los estudios sobre el sector de la salud muestran la tendencia en común de no sostener la producción ni la productividad a lo largo del tiempo. Para ello se han dado razones como pérdida de la novedad, surgimiento de resistencia entre el personal, reducción de la participación, aumento del comportamiento de tipo “vividor” y rechazo del riesgo (3, 7–11). En el caso estudiado, debe hacerse hincapié en que había pasado muy poco tiempo de superintendencia y de coordinación de la conducción del proceso de cambio y no se había logrado todavía implantar totalmente ni efectuar las correcciones necesarias en la forma de remuneración adoptada. Los mecanismos solo llegaron a una completa reglamentación en el segundo semestre de 1994 o sea al final de la gestión (31)

Entre los indicadores generales (cuadro 4) se destaca la reducción de la estancia promedio, 30% entre 1992 y 1993, independientemente de la especialidad o de si el hospital atendía solamente enfermedades agudas o crónicas. Sin embargo, la media de estancia fue muy heterogénea entre unidades, pues varió de 4 a 70 días, reflejando así las características asistenciales de cada una. La bajada de este indicador se vincularía con la forma de pago prospectivo de las hospitalizaciones y la búsqueda de mayor eficiencia en los hospitales (20, 23, 26, 29, 32).

CUADRO 4. Productividad de los recursos humanos (RH), Fundación Hospitalaria del Estado de Minas Gerais, 1992 a 1995

Recursos humanos e indicadores	Años			
	1992	1993	1994	1995
No. de recursos humanos	9 283	8 815	8 623	9 212
Valor ^a de AIH ^b por RH	1 355,39	1 937,50	2 312,91	2 350,21
Servicios ambulatorios por RH	132,20	331,27	513,17	623,83
Valor de servicios ambulatorios por RH	302,12	507,64	934,85	1 145,98
RH por cama disponible	9,58	8,31	8,90	7,97

^a En US\$.

^b AIH = autorización de internación en el hospital.

Según Bray et al. (30), los hospitales que mejor se adaptaron a las transformaciones impuestas por el pago prospectivo mostraron una correlación entre un fuerte desempeño financiero y una media de estancia baja. Actualmente, en los Estados Unidos, la constante reducción de la media de estancia ha sido objeto de fricción entre los proveedores de servicios de salud y el gobierno. Por un lado, las organizaciones hospitalarias tratan de maximizar sus ganancias con los pagos prospectivos de *Medicare* otorgando incentivos a los médicos por la rapidez con que dan de alta a los pacientes. Por el otro, los organismos reguladores tratan de establecer niveles mínimos aceptables de la media de permanencia, de acuerdo con cada procedimiento (32, 33).

El análisis de la tasa de ocupación de camas disponibles en la FHEMIG revela que la demanda es mucho mayor que la capacidad de las unidades para satisfacerla. Se observa un aumento variable mas siempre positivo de la capacidad instalada, que sitúa la tasa de ocupación de la FHEMIG en el período estudiado más allá del límite ideal de 80 a 85%.

CONSIDERACIONES FINALES

Nuestro estudio parece confirmar otros trabajos encontrados en la literatura en el sentido de que la remuneración por resultados o incentivos condicio-

nales lleva a aumentos de la producción de servicios y la productividad, si bien no se sostienen a largo plazo. Corrobora asimismo que este tipo de alternativa es una parte deliberada de una estrategia general para el desarrollo de una organización y no solo una parte aislada dirigida a mejoras concretas de productividad. Por lo tanto, puede considerarse parte integrante del todo más amplio del sistema de relaciones de trabajo concretas, es decir de las relaciones individuales y colectivas (entre organizaciones) entre la fuerza de trabajo y la administración, que se establecen en el interior de las organizaciones.

En este aspecto, su adopción debe tener en cuenta las diferencias entre las organizaciones y, dentro de estas, las diferentes culturas específicas de determinados sectores de prestación de los servicios de salud. Por lo tanto, cualquiera de esos nuevos abordajes puede ser muy efectivo si coincide con las necesidades de una organización y las metas y cultura del trabajo. En organizaciones de salud que se encuentran operando al límite de su capacidad instalada y tienen tradición gerencial, sería necesario hacer ajustes más finos y sensibles al ensayar estrategias alternativas de remuneración. Estos ajustes apuntan hacia la adopción de sistemas para dividir, no solamente las ganancias o la productividad, sino especialmente el poder, o sea, para permitir una mayor participación de los trabajadores en las decisiones.

REFERENCIAS

- Nadler DA. Avaliação de desempenho e sistemas de recompensas. En: Nadler DA, ed. *Comportamento organizacional*. Rio de Janeiro: Campus; 1983:67-80.
- Oficina Internacional del Trabajo. *La remuneración por rendimiento*. Ginebra: OIT; 1985.
- Weitzman ML, Kruse DL. Profit sharing and productivity. En: Binder AS, ed. *Paying for productivity: A look at the evidence*. Washington, DC: Brookings Institution; 1990:95-142.
- Solow RM. *The labor market as social institution*. New York: Basil Blackwell; 1990.
- Flannery TP, Hofrichter DA, Platten P. Alinhando a remuneração à estratégia de mudanças e à cultura das organizações. *RAE Light* 1996;3:23-27.
- Shyavitz L, Rosenbloom D, Conover L. Financial incentives for middle managers: pilot program in an inner city, municipal teaching hospital. *Health Care Manage Rev* 1985;10:37-44.
- Pontes MC. Agency theory: A framework for analyzing physician services. *Health Care Manage Rev* 1995;20:57-67.
- Kohn A. Why incentives plans cannot work. *Harv Bus Rev* 1991; sept/oct: 54-63.
- Channon B. Executive incentives plans for hospitals. *Top Health Care Financ* 1986;12:27-38.
- Naff K, Pomerleau R. Productivity gain-sharing: A federal sector case study. *Public Personnel Manage* 1988;17:403-419.
- Barcusa A, Cleek M. Measuring gain-sharing dividends in acute care hospitals. *Health Care Manage Rev* 1994;19: 28-33.
- Cherchiglia ML. Remuneração do trabalho médico: um estudo de seus sistemas e formas em hospitais gerais de Belo Horizonte. *Cad Saude Publica* 1994; 10:67-79.
- Girardi SN. Pattern of utilization of health human resources in Latin America: A data bank on regulation of the labour market. Washington: DC: Pan American Health Organization, Human Resources Development Program; 1994. (Informe de investigación).
- Bodenheimer T, Grumback K. Reimbursing physicians and hospitals. *JAMA* 1994;272:971-977.
- Pierson DA, Williams JB. Compensation via integration: New Hay survey sees integration efforts enhancing links between pay and performance. *Hosp Health Netw* 1994;5:28-38.
- Girardi SN. A Força de trabalho no setor saúde. *Divulgação em Saúde em Debate* 1991;4:12-18.
- Santana JP. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. *Cad Recursos Hum Saude* 1993;1:51-62.
- Walzer M. *Interpretation and social criticism*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1993.
- Medici AC, Girardi SN. Produtividade e força de trabalho em saúde: uma abordagem pragmática para sua mensuração. Belo Horizonte; 1996. (Documento mimeografiado).
- Serway GD. Alternative indicators for measuring hospital productivity. *Hosp Health Serv Admin* 1987; August:379-398.
- Machado FA. É possível curar as instituições estatais?: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG),

- subsídios para um estudo de caso. *Educ Med Salud* 1995;29:139-152.
22. Nuti DM. Alternative employment and payment systems. En: Bowles S, ed. *Markets and democracy: Participation, accountability, and efficiency*. New York: Cambridge University Press; 1993. pp. 40-47.
 23. Hsiao WC. An overview of the development and refinement of the resource-based relative value scale: The foundation for reform of U.S. physician payment. *Med Care* 1992;30(11 Suppl): NS1-NS12.
 24. Noratlou PR, Brownell MD. Variation in length of stay as a measure of efficiency in Manitoba hospitals. *Can Med Assoc J* 1995;152:675-682.
 25. Duff SQ, Farley DE. Patterns of decline among inpatient procedures. *Public Health Rep* 1995;110:674-697.
 26. Miller ME, Sulvetta MB, Englert E. Service mix in the hospital outpatient department: Implications for Medicare payment reform. *Health Serv Res* 1995;30: 58-78.
 27. Zwanziger J, Melnick GA, Simonson L. Differentiation and specialization in the California hospital industry, 1983 to 1988. *Med Care* 1996;34:361-372.
 28. Cardello B. Monitoring staffing variances and length of stay. *Nurs Manage* 1995;26:38-41.
 29. Hadley J, Zuckerman S, Iezzoni L. Financial pressure and competition: Changes in hospital efficiency and cost-shifting behavior. *Med Care* 1996;34: 205-219.
 30. Bray N, Carter C, Dobson A, Watt JM, Shortell S. An examination of winners and losers under Medicare's prospective payment system. *Health Care Manage Rev* 1994;19:44-55.
 31. Minas Gerais, Brasil. Lei No. 11.550 de 29 de julho de 1994. Belo Horizonte, 1994.
 32. Meyer H. HFCA's new take on physician incentives. *Hosp Health Netw* 1996; May:62-93.
 33. Morrall K. A payoff to get with the program. *Hosp Health Netw* 1996;January: 50-51.

ABSTRACT

Remuneration and productivity: The case of the Minas Gerais State Hospital Foundation, Brazil, 1992-1995

This article presents an analysis of the Minas Gerais State Hospital Foundation immediately after the introduction in its health services units in early 1993 of a new system of rewards for good performance and productivity, as a complement to salaried remuneration. Analysis was based on a cross-sectional study of changes in indicators of production and productivity in the Foundation during the 1992-1995 period. Data were obtained from hospitalization authorization forms, payment authorization guides, and bulletins from the Human Resource Administration. The strategy of conditional remuneration and incentives was adopted not only to step up production and productivity, but also to increase the employees' commitment to the institution. Analysis of the selected indicators appears to confirm other study results in that remuneration based on results (conditional incentives) leads to a positive change in the production level of services and productivity, even if it does not last for the long term. Study results also support the notion that such alternatives may be deliberately used as part of a more general strategy of organizational development and not only as an isolated element for concrete improvements in productivity.