

EL DESAFÍO PRIORITARIO Y DE MÁS LARGO ALCANCE EN LA GESTIÓN DE SALUD: EL FACTOR HUMANO

Por Carlos Alberto Díaz*

El propósito de este artículo de opinión es poner en discusión una crisis actual: la del recurso humano en salud. Esta crisis no solo existe el sector público, sino también en los establecimientos privados y de la seguridad social. Ignorada, y por lo tanto no gestionada sus efectos se tratan de paliar con respuestas individuales y no sectoriales, intentando poner la culpa en los otros actores del sector. Las empresas de salud son empresas de servicios, y su servicio principal es el conocimiento médico. El paciente expresa una demanda como un síntoma y el área tangible de la cadena servuctiva¹ cubre la asimetría de información. Ese conocimiento está en los profesionales del equipo de salud, que deben estar organizados en número suficiente y con la dedicación adecuada para cubrir la demanda de la población asignada.

La **situación actual está marcada por la pérdida del rol rector del estado**, pérdida debida a debilidades políticas y el *laissez faire* implicado en los procesos de descentralización sectorial, con escasa planificación y dificultades en la asignación de recursos, agravado

* El autor es profesor Titular Universidad ISALUD. Aportes: Licenciado Eugenio Zanarini Vice-rector Universidad ISALUD.

1 Este término se utiliza en la literatura de economía y gestión como forma específica del término productivo, cuando la producción en un sector o industria consta principalmente de servicios.

por la superposición de normas regulatorias y convencionales.

Impulsados por la descentralización, cada una de las jurisdicciones provinciales y municipales generaron modalidades institucionales, regímenes y condiciones de trabajo y procesos diferentes, no necesariamente vinculados con necesidades de un modelo prestacional o bien con la noción de epidemiología social. Además carecen de algo que es de importancia vital: planes de carrera profesional y de incentivos por performance.

No por evitar los problemas estos se encauzan hacia una solución, en el *bis a tergo* de las buenas intenciones, todas las decisiones basadas en el corto plazo del pasado urgente están impactando en la actualidad; esto es por ejemplo inaugurar establecimientos y luego entender que lo más difícil es conseguir recurso humano calificado. Esto genera fallas de calidad que impactan en los indicadores de salud, haciendo sistémicas las muertes injustas, como por ejemplo las muertes maternas. También interfiere en la construcción de un sistema más equitativo, y fundamentalmente humanizado, pensado en la persona. Las personas pueden acceder al sistema de salud, pero dependiendo del lugar de acceso serán los resultados, lo que constituye y establece definitivamente un problema de inequidad horizontal, plasmada en indicadores tan dolorosos para nuestra ética so-

cial como las diferencias en las tasas de mortalidad infantil y en los años de vida potencialmente perdidos.

Las políticas de recursos humanos no son un fin en sí mismo, sino que cobran sentido a partir del grado en el que contribuyen a las misiones y objetivos sanitarios generales cuyas coordenadas de referencia son la accesibilidad, la oferta y la calidad de las prestaciones, y sus diagonales de cambio las redes sanitarias, los sistemas de información, la nominalización y los corredores sanitarios.

Los problemas no son solo de cantidad, sino de calidad, distribución, remuneración, e incentivos. Por lo tanto se debe trabajar de manera confluyente, sinérgica y coherente en la capacitación, revisión de los contenidos curriculares, carreras, beneficios sociales, reconocimiento, retribución, disciplina, dedicación, profesionalización, información, apoyo, cobertura, entrenamiento, e imagen o prestigio. Cuando se brinda un servicio de salud, a través de la servucción, se intenta cubrir la asimetría de la información que lleva a la demanda de los pacientes, sin duda y con razón ignorantes de los costos que los servicios demandados generan. De esta manera el paciente empieza a solicitar servicios de salud de acuerdo a su necesidad personal de manera ineficiente, en general expandiendo el gasto, sin el agregado de valor correspondiente, no prevaleciendo en sus decisiones y la búsqueda la solidaridad,.



La complejidad de la degradación actual en cuanto a multiempleo, bajo nivel de dedicación, ausentismo, retraso remunerativo y de honorarios en el pago por actos, irregularidades en la contratación pública y privada, no reconocimiento del personal de cuidado de los pacientes, presión sobre una productividad en la parte declinante de la curva costo efectividad, siendo la producción marginal negativa, decreciente.

Agravado por el terrible condicionante que significa la especialización. Fenómeno que ha evolucionado sin intervención, generando una relación inadecuada entre especialistas y médicos generalistas o de familia. Ya constituye un demérito ser un clínico o un internista. Todos quieren tener una especialidad. Como si ser médico generalista, de familia, comunitario o internista no lo fuera.

La concentración implica un saber muy concentrado, que permite al profesional ofrecer sus horas a un valor más alto y por lo tanto incentivando la realización de especializaciones sucesivas, más que por vocación, buscando un posicionamiento dentro del mercado laboral sectorial de la salud.

Estas circunstancias potenciaron la una hiperespecialización médica, con la irracionalidad consecuente de obtener pequeñas capacidades que se transforman en estrategias mínimas, que ponen al médico en un nicho en el que le es rentable la “venta de las ho-

ras de trabajo” en una pequeña gama de producto. Esto nunca respondió a un requerimiento social, sectorial, político o económico, con lo cual mucho de los integrantes de los equipos de salud se convierten en doble o triple agentes.

Siguiendo en este recorrido analítico y consolidando un error histórico del deporte cortoplacista de Argentina, se produjo en la década de los ‘90 la posibilidad de otorgamiento del título de especialista a una entidad médica gremial, la Asociación Anestesiológica Argentina, luego denominada de Buenos Aires. Esta entidad comenzó a partir de ese momento a mantener una oferta limitada, a presionar en el precio por acto, y a limitar la formación de anestesiólogos, siendo los privilegiados en lo económico en la intangibilidad de sus créditos cuando se sabe que el dinero más barato para las empresas de salud es el de los honorarios médicos.

La especialización es buena en una medida justa, no para la construcción de privilegios de oferta. Porque de esta forma se incurre en un conflicto misionario. La especialización hace crecer la interdependencia clínica, el paciente deja de recibir de un solo médico la interlocución, el consejo, la estrategia de tratamiento. Siendo en ocasiones el protagonista de la armonización sin saber, buscar concordar que le dijo un especialista y el otro.

Entonces en esta modernidad líquida, el paciente va al shopping de la

salud a comprar un poco de cada especialidad, haciendo un recorrido del síntoma al especialista sin escalas, colmándose la consulta especializada por patologías de bajo riesgo. Especialmente en los hospitales. En la práctica privada puede esto no afectar porque aumentan la cantidad de consultas, y como en general el pago es por acto, más consultas equivalen a más resolución y si no hay una limitación organizativa, no existen diferenciaciones en copagos, los pacientes, por la jerarquía simbólica del especialista pueden ir al mismo en detrimento de un clínico o un médico de familia.

Entre los años 2006 y 2015 la OPS ha promovido entre los países de la región los esfuerzos conjuntos para el logro de una década de recursos humanos en salud para las Américas. Según la OPS estos esfuerzos, intencionales y concertados, deben promover, fortalecer y desarrollar la fuerza de trabajo en salud en todos los países de la región.

El recurso humano de nuestro país que está trabajando en el área de salud está desmotivado, actúa en una letanía inercial, donde subsisten conductas oportunistas, justificantes para los horarios reducidos; están, pero solo están un rato, en una existencia de la cual parece no existir salida; los aferra una remuneración jubilatoria futura y magra y no el prestigio o la función de jerarquía o una carrera hospitalaria que los eleve como profesionales; sobreviven en un ámbito en el que es general la falta de compromiso por una mística social y en el que el vínculo laboral pende entre el incumplimiento contractual cómplice, el “hacer como si les pagaran” y como “si prestaran el servicio”.

Las representaciones corporativas, es decir los sindicatos del sector, están luchando en batallas pequeñas tales como: mantener un número de legajos, aumentar la cantidad de nombramientos, de personal no calificado técnicamente, más militante que profesional, no se ocupan de las condicio-

nes de trabajo, de remuneración acorde, ni de dedicación extendida, etc. De modo tal que el sinceramiento de los horarios o las dedicaciones puede decantar en una crisis caótica, que el sistema y los gestores políticos deberían dimensionar si es que van a emprender el camino impostergable del sinceramiento, de la transformación y de la dignificación.

Se plantea, entonces hacer algo diferente, desafiante e innovativo, desde una perspectiva equidistante social y democrática, pero favorable. Con mayor intercambio, participación, propuestas y desafíos, en un nivel distinto, fuera de los relojes, de los metros y las balanzas habituales, porque si persistimos pasar por el mismo lugar (cuantía del honorario profesional y la hora médica, cargas horarias, licencias por enfermedad, días de vacaciones eternas y carpetas médicas, etc.) solo encontraremos las miserias y olvidaremos el origen de nuestra profesión, basado en la mística y vocación. Que defiende dignidad y no cuantía, instituciones, representatividad y consecuencia. Personas y comprensión humana. Vocación y supervivencia.

Desarrollo

En Argentina hay una cantidad de profesionales por encima de los míni-

mos de la OMS: 25 por 10.000 habitantes, pero con una relación enfermeras/médicos inferior a uno, con una cantidad de médicos de atención primaria menor al 40% propuesto mediante el objetivo de Toronto. Además los médicos están mal distribuidos, existe escasez de enfermeras profesionales, parcialmente compensado por el doble empleo y la formación de auxiliares de enfermería, que ocupan cargos de enfermeras profesionales, situación que se debe abordar por el camino de la reconversión facilitada.

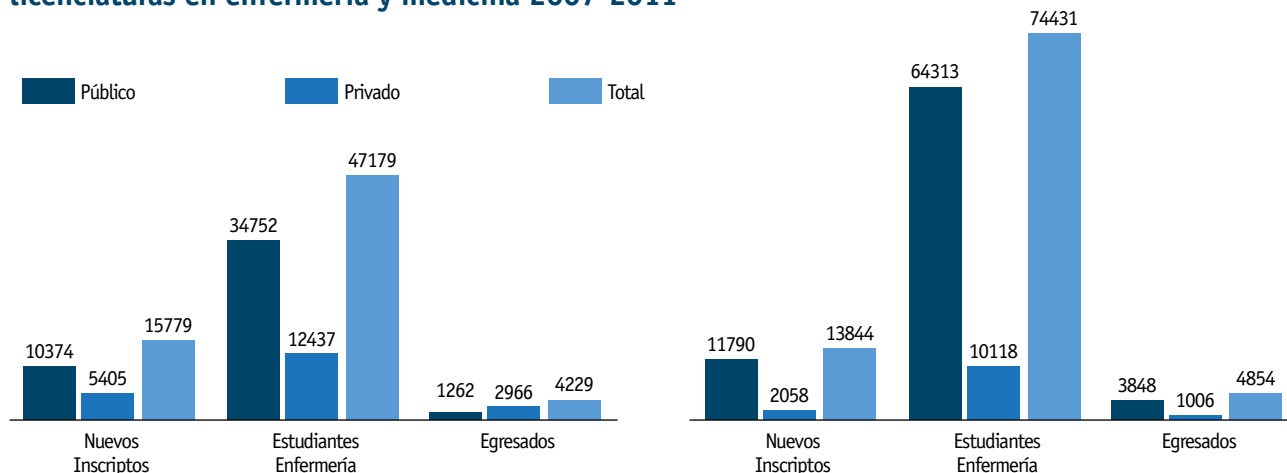
Están haciendo falta más residentes en función para la cantidad de egresados de las escuelas de medicina (**al menos mil mas**) para **que todos los médicos hagan la residencia**. Existen en algunas especialidades que no se cubren todas las residencias, además de aumentar se debe cautivar con condiciones de trabajo posteriores a la formación de postgrado. Nuestro país, en la condición actual requeriría tal vez menos de 4.000 médicos nuevos por año, no obstante hoy están egresando anualmente unos 5.150 médicos, de los 72.000 alumnos que cursan en la actualidad. Ingresan en todas las facultades unos 10.700 estudiantes por año.

Para la tasa de reposición debería calcularse cuál es la cifra exacta entre los que fallecen, dejan de ejercer,

se jubilan, emigran, etc., En cada uno de los sectores. Al mismo tiempo generar recuperación en las especialidades que más faltan como por ejemplo neonatólogos, anestesiistas, terapeutas pediátricos, entre otros, mediante el aumento en el número de plazas de residentes en más de un 30%.

El objetivo estratégico radicaría prioritariamente en aumentar la formación de médicos generalistas, de familia y comunitarios, anestesiólogos, neonatólogos, intensivistas pediátricos, de intensivistas de adultos, emergentólogos, oncólogos, cirujanos infantiles, etc. luego hacer que los residentes, ya formados, se queden en las instituciones unos años más para poder inducir el cambio de la cultura institucional, generar sentido de pertenencia, mejorar la dedicación de los profesionales y sus ingresos progresivamente, con la finalidad de aumentar la presencia de los decisores y disminuir los conflictos de intereses que se le pueden estar planteando al profesional y desarrollar políticas activas para favorecer la radicación de los profesionales y los lugares en las cuales estaban estos incentivos se deben renovar, fortalece y reimpulsar Tierra del Fuego, Santa Cruz, Chubut, Rio Negro y Neuquén. Revitalizando redes en salud y corredores sanitarios para eficientizar los escasos recursos. Insistir que los resi-

Gráfico 1
Evolución de nuevos inscriptos y egresados de las licenciaturas en enfermería y medicina 2007-2011



Fuente: elaboración de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, a partir de información aportada por el Departamento de Información Universitaria del Ministerio de Educación de la Nación. Año 2013.

dentés se queden y puedan acceder en pocos años a coordinación de procesos. En cuanto a la enfermería el problema es que la carrera no es elegida como salida laboral viable: sus salarios son bajos y las condiciones de trabajo muy exigentes. De acuerdo a los indicadores de Toronto se necesitan para esta región 1 enfermera/ médico, no ya el ideal de 2 enfermeras/ médico. En términos absolutos para llegar a la relación de mínima están haciendo faltan casi 90.000 enfermeras. Con lo cual tendrían que estar egresando unas 15.000 enfermeras por año, para que en un proceso de ocho años poder llegar al número requerido para el modelo prestacional integral e integrado, con mejora en su nivel de cuidado.

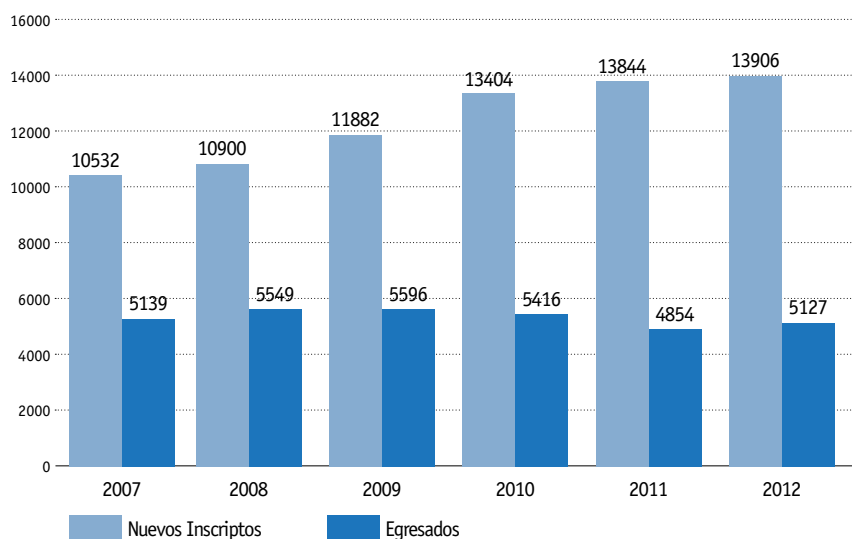
Mejorar la dedicación y las condiciones de empleo de la enfermería, aumento e número de becas en las escuelas de enfermería, dignificar la profesión, al igual que otras profesiones. Determinar la cantidad de personal para la producción exigida de cada uno de los establecimientos y con población asignada.

Realizar una planificación estratégica de los recursos humanos para la próxima década, con acuerdos amplios con las provincias, las escuelas de formación profesional y los distintos sectores sociales.

Condiciones para la implementación

- 1. Debilidad de la autoridad sanitaria para mejorar la reconstrucción de capacidades y determinar competencias de los profesionales y carreras.** Para definir regímenes de trabajo, remuneraciones e incentivos.
- 2. Marco jurídico laboral poco propicio en las jurisdicciones provinciales y nacionales.** Falta de antecedentes en vincular desempeño y remuneración. Falta de cultura para la movilidad. Flexibilidad.
- 3. Indefinición de los propósitos y las acciones de gobierno.** Prevalece la actividad y la lucha por el poder.
- 4. Remuneraciones bajas de los pro-**

Gráfico 2
Carreras de medicina, nuevos inscriptos y cantidad de egresados



Fuente: elaboración de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, a partir de información aportada por el Departamento de Información Universitaria del Ministerio de Educación de la Nación. Año 2014.

fesionales, valor hora inferior a la hora docente en la mayoría de las jurisdicciones.

5. Escasas oportunidades de trabajo para los médicos generalistas y de familia, falta de jerarquización de esa especialidad troncal como puerta de entrada del sistema de salud.

6. Desequilibrios en la composición de la fuerza de trabajo. Inequidades en la distribución geográfica de los recursos.

7. Ausencia de planificación de la fuerza de trabajo con base en un modelo de atención integrado de base poblacional.

8. Alto porcentaje de gasto destinados a personal de salud combinado con bajos salarios, menos personal, más horas de dedicación real mejores ingresos individuales.

9. Dedicación atomizada, multiempleo y que afecta el funcionamiento de las instituciones de cuidados continuos.

10. Rigidez en el manejo de las plantillas, planteles y los cargos.

11. Disputa canibalística con el sector privado del recurso humano de enfermería y especialistas.

12. Más establecimientos nuevos no planificados, que aumentan la demanda de recursos humanos, agravando la falta de centralización de los recursos

más escasos en neonatología. (se deberían desarrollar redes como corredores sanitarios neonatológicos para no diversificar la oferta de recursos humanos superponiendo recursos.)

13. Pérdida del interés formativo de los establecimientos hospitalarios residentes como mano de obra barata, trabajan más que se forman.

14. Resistencia sindical a todo régimen de flexibilización y dedicaciones extendidas.

Políticas

Este debe ser un programa que combine acciones bottom up y top down, al mismo tiempo, concertando medidas de corto plazo que piensen en la gestión de largo plazo.

Estrategias bottom up

- 1. Aumentar y modificar contratos de Residencias** y condiciones para médicos jóvenes, residentes, con buenas condiciones de trabajo y contratos de permanencias. Evitar que los profesionales residentes suplan médicos de planta que no desempeñan la función.
- 2. Aumentar la cantidad de cupos de residencias** para que todos los egresados de las escuelas de medicina tengan acceso a la residencia faltan unos 1700 cargos de residencia.
- 3. Reconvertir médicos de algunas**

especialidades en anestesiólogos y neonatólogos, bajar las barreras de accesibilidad, a la educación formal para acortar en algunos años el proceso de cobertura de cargos faltantes.

4. Fomentar la formación de intensivistas pediátricos, darles mejores condiciones de trabajo.

5. Mejorar condiciones de trabajo de enfermería. Fortalecer actividades de capacitación continua.

6. Capacitación permanente del recurso humano, Médico actual

7. Definición y equilibrio en la composición de los equipos de salud. Multidisciplinarios. Con un componente socio-sanitario importante.

8. Capacitación del personal de cuidado de pacientes no médico.

9. Integración entre formación y prestación de servicios de salud, en el grado para que los profesionales manejen los recursos a su cargo.

10. Mejorar la condición de gastos y salarios del personal.

11. Formalizar los contratos de salud en el ámbito privado.

12. Flexibilización con bloques modulares que permitan que la gente trabaje las horas en contra- turnos en el sector público, que sinergicen la extensión horaria en la atención del sector público.

13. Desarrollo de las nuevas competencias para las funciones que se requieren para los sistemas de salud: genética, informática inmunología, costo efectividad, evidencia científica, asignación de recursos de salud.

14. Formar médicos clínicos o internistas en profesionales para atender demanda ambulatoria.

15. Desarrollo de las nuevas competencias en el curriculum de la carrera de grado y residencia, para las funciones que se requieren para los sistemas de salud: genética, inmunología, costo efectividad, evidencia científica, asignación de recursos de salud.

16. Formar médicos clínicos o internistas en profesionales para atender demanda ambulatoria.

17. Concentrar recursos de medicina

de emergencia para concentrar los equipos y poder mejorar la etapa pre-hospitalaria.

Estrategias top down

1. Carrera hospitalaria, establecer una modalidad de estabilidad del progreso médico en la actividad y la dedicación pública.

2. Mejorar la inversión en la atención primaria de la salud, las transformaciones se expresan en asignaciones presupuestarias.

3. Controlar la oferta formativa desde la recuperación de la función de rectoría del Ministerio de Salud.

4. Remediar, con médicos comunitarios para cubrir los cargos en la atención primaria potenciada para resolver los problemas de comunidad dependientes de nación.

5. Definir la cantidad de egresados de las carreras de medicina y de enfermería.

6. Establecer en el ámbito público y privado residencias médicas fortaleciendo las áreas que se verifican déficit de recursos humanos. Aumentando el 30%

7. Establecer doble titulación para nuestros profesionales, que junto a la residencia en paralelo aprueben un curso superior universitario de especialistas.

Empezando con objetivos de largo plazo interviniendo en la formación del grado de profesionales, con unas competencias acordadas para que los profesionales sepan manejar los recursos a su cargo, jerarquizar la actividad profesional, con las sociedades científicas y los colegios médicos. Debe estar centrado no en la función de personal, sino en su contribución a la atención es un lugar de empleo. Esta función corresponde a la instancia dirigente de un sistema de servicios, de la red de atención, o de una institución de salud que se orienta a la satisfacción de las necesidades de salud de una población en un marco de políticas sectoriales y las formas de organización.

Lo fundamental y lo más complejo

resultará de recuperar el valor social de la profesión médico y de enfermería, trabajando con las escuelas de enfermería, con la formación profesional, con la reivindicación del trabajo, de las condiciones y de la carrera de enfermería, trabajar con las facultades, como escuelas de formación de médicos integrales, abrir más vacantes de residencia, prolongando con contratos laborales, definir los profesionales que necesita la argentina para los próximos diez años, y empezar a trabajar para ello, verificar los cargos en todas las áreas para recuperar asignaciones y mejorar los ingresos, aumentar las dedicaciones, evitar el multiempleo profesional, mejorar las condiciones de trabajo.

Conclusiones

El recurso humano es la fuente de la ventaja competitiva de las empresas públicas y privadas de salud. Son empresas del conocimiento que tienen que tener las competencias para la mejor gestión de pacientes, la atención debe estar centrada en la persona y por personas omnipresentes, constituyendo la versión hologramática de los valores (solidaridad, equidad y eficiencia social). No es un factor productivo más, sino la interfase entre la demanda de la población y las verdaderas necesidades de salud. Se debe abandonar las funciones de recursos humanos solo centradas en aspectos administrativos, sino en funciones técnicas, competencias, carrera, incentivos y motivación.

Esto lleva a que se tengan que implementar medidas en las áreas de formación, en los convenios, las carreras sanitarias, que respondan a las necesidades del sistema de salud y su modelo de atención integrado e integral, que se puedan cubrir los déficit de enfermería, de médicos generalistas y especialistas críticos, que se fortalezca el reconocimiento social y la importancia que tiene para el desarrollo de un país un sistema de salud que tenga un buen desempeño. 