

## **INTRODUCCIÓN A LOS RECURSOS HUMANOS EN ATENCIÓN MÉDICA**

*Horacio Luis Barragán*

### **1.- El recurso humano es la materia y el alma de la Atención Médica**

La materia prima de la Atención Médica es su recurso humano, más que todo es su alma.

El efector clásico es el hospital, con etimología e historia de hospitalidad. El tiempo lo fue enriqueciendo con ciencia y técnica.

La hospitalidad es buen recibimiento y estadía a la vez que brindar asistencia. Es una forma particular y benevolente de convivencia. Si bien los aspectos materiales de un efector potencian o menoscaban la hospitalidad, es su personal el que lo define.

El hospital, la clínica, la unidad sanitaria y el consultorio son comunidades de hospitalidad en potencia. Se conforma con pacientes, profesionales y todo el personal. El proceso de especialización y subespecialización así como la proyección de la Atención Médica hacia la comunidad y el ambiente exigen a esos profesionales y personal trabajo en equipo: “lo que se realiza por una serie de personas bien equipadas técnicamente, es decir dotadas todas ellas de una bien probada pericia en una técnica determinada” (Rof Carballo, 1964:271) y con un objetivo común. Piénsese en una campaña de inmunización emprendida en un barrio marginal o una operación de corazón con bomba extracorpórea.

### **2.- La clave del trabajo del recurso humano es la motivación**

Campbell y Pritchard (1976) decían que la motivación designa los siguientes determinantes (Del Llano, 1999:315):

- a. la decisión de iniciar el esfuerzo para realizar una determinada tarea;
- b. la decisión de realizar un determinado nivel de esfuerzo y
- c. la decisión de persistir en el desarrollo de ese esfuerzo durante un determinado período de tiempo.

Esta sucesión de decisiones de cada miembro del personal es el propósito de la motivación. En el campo de la educación es sabido que por el hecho de que el maestro enseñe no quiere decir que el alumno aprenda. La enseñanza es una actividad y el aprendizaje un resultado. La preeminencia del resultado es lo que funda la motivación orientada al logro de objetivos. Se pueden desarrollar actividades intensas y agotadoras sin aproximarse al logro de esos objetivos. Por esa razón la motivación debe orientarse a **qué debe lograr** cada persona y cada equipo más que a **qué debe hacer**. Las actividades y responsabilidades deben definirse en función de los objetivos a lograr (Thompson, 1994:280).

Aunque no deben pasarse por alto, cuando corresponden, las sanciones, una buena gestión hace hincapié en las formas positivas de motivación.

Algunos autores separan la motivación de los salarios y consideran a los incentivos y recompensas (Thompson, 1994:278 y s.s.) como los dos primeros componentes de la motivación.

Sin embargo, el salario es el primer elemento de la motivación, con él se cubren las necesidades de supervivencia, se contribuye al reconocimiento social y a la autoestima. La primera reivindicación de los grupos de trabajadores ha sido y es el nivel del salario, después viene el reclamo por las condiciones de trabajo y por los beneficios sociales. Esta realidad se aprecia todos los días, en los diversos sectores de producción de bienes y servicios incluyendo el de Atención Médica.

Las condiciones salariales en este sector obligan a la mayoría de los profesionales y personal al múltiple o al doble empleo.

El salario condiciona la motivación no sólo en lo que hace a su monto sino también en lo que respecta a su oportunidad. No puede funcionar bien un efector en el que el salario de todos o de un grupo es mezquino, no se paga, se demora o se fragmenta.

Los frecuentes cortes en la cadena de pagos por parte del subsector de OOSS y aún de seguros privados, muchos de ellos inviables por el número reducido de adherentes y por su mala gestión, ha llevado a cortes de servicios por vía de huelgas y paros.

En el subsector estatal, en algunas jurisdicciones también se producen defectos en el pago de salarios, ya sea en su monto u oportunidad.

Mientras tanto en las jurisdicciones en que el pago se concreta regularmente, sus montos son protestados por bajos y también se producen cortes de servicios por huelgas y paros. Se han puesto algunos ejemplos críticos al considerar el Estado como prestador.

Los agentes de buena parte de las jurisdicciones argentinas tienen bajos salarios. Esto se relaciona con el déficit de gestión acumulada durante décadas y la distorsión de los planteles.

En los últimos lustros se ha tendido a designar con criterios arbitrarios, los llamados erróneamente "políticos", personas, no siempre idóneas, en cargos directivos. Se han incumplido las leyes de Carrera Profesional Hospitalaria, propias de la mayoría de las jurisdicciones, que aún con muchos defectos son el mecanismo menos malo. Se ha suplido las designaciones en cargos de planta, congelados a su vacancia, con contratos y con becas.

Esta distorsión en la cobertura de personal genera incertidumbre. Los contratos suelen ser anuales con opción a renovación. Las becas son de suyo, equívocas para el desempeño de tareas de responsabilidad, como las guardias ya que su objetivo es el aprendizaje bajo dirección docente. Esta situación se hace más equívoca aún cuando no se designan instructores docentes. Los mecanismos mencionados han constituido al Estado mismo en evasor de los regímenes previsionales y de las coberturas sociales, es decir en un empleador "en negro".

Hay numerosos enfoques sobre la motivación en el trabajo que se clasifican (Costa Cabanillas, 1999:316) en teorías de las necesidades, de los valores, de las metas, de la autoeficacia y de la intención de abandonar el trabajo. Los autores se inclinan por la validez de las dos últimas, enunciadas por Locke y por Bandura respectivamente. Agregan elementos de la Teoría de Aprendizaje y del modelo interconductual para desarrollar un modelo en siete dimensiones de la motivación (Costa Cabanillas, 1999:316).

### **3.- La Atención Médica es un sector de mano de obra intensiva**

Las prestaciones finales y gran parte de las intermedias, en atención médica son personales, de persona a persona. Los efectores, en ese sentido, son descentralizados al extremo, deben estar o llegar donde hay un grupo humano o aun una persona aislada por las circunstancias.

Es así como entre el 50 y 70% del costo del sector corresponde a salarios u honorarios y en su conjunto es un gran demandante de mano de obra.

Por otra parte se trata de una mano de obra muy diversificada, con fuerte peso de personal con alta calificación y en incremento.

Sonis entiende como recursos humanos en salud "el conjunto de aptitudes, conocimientos, motivaciones y comportamientos que disponen los habitantes de una comunidad para la atención de su salud, mas los que podían desarrollar en el futuro" (Sonis, 1978).

Al englobar ya en 1978 a la comunidad en su conjunto como recurso humano, la hace protagonista del cuidado de su propia salud y proyecta una perspectiva de amplitud y participación tal que permite el desarrollo de acciones en todos los niveles de prevención.

Dentro de este recurso, diferencia al “personal de salud” como aquel que presta servicios en efectores de AM sobre la base de una preparación o entrenamiento que en dos tercios de los casos es específico de salud y en otro tercio es propio de oficios que se desarrollan también en otras organizaciones. Las características de este personal, en general, son:

- 1- alta proporción de profesionales universitarios con tendencias a la especialización y subespecialización;
- 2- demora histórica en la incorporación a planta de profesionales universitarios de gestión: abogados, contadores, licenciados en administración, ingenieros;
- 3- diversificación de técnicos, también con ambas tendencias;
- 4- papel central de la enfermería, con diversos niveles de formación en la realidad;
- 5- insuficiencia numérica de enfermeros de nivel terciario;
- 6- falta de entrenamiento inicial para el trato con pacientes y familiares del personal administrativo y de servicios generales;
- 7- necesidad de educación y/o entrenamiento continuado en todos los agrupamientos;
- 8- mala retribución en todos los agrupamientos y uniformidad por cada uno de ellos sin incentivos excepto antigüedad;
- 9- tendencia al doble o múltiple empleo en función de lo anterior;

En el subsector estatal se agregan:

- 1- falta de aplicación de las leyes de carrera hospitalaria o de personal, en el rubro estatal, en cuanto a llamados a concurso;
- 2- alta proporción de personal con regímenes marginales respecto de esas leyes (vg. becas, contratos);
- 3- designación inoportuna de personal directivo y técnico que debe incorporarse a un plantel mínimo cuando un establecimiento se programa y durante su construcción, es decir antes de su puesta en funcionamiento. Es frecuente que se inauguren establecimientos y no puedan funcionar por demora o insuficiencia en la designación de personal;
- 4- designación inarmónica y prejuiciosa del personal sin tener en cuenta los planteles, cuando los hay bien hechos (vg. nombramiento masivo de enfermeros sin su correlato en mucamas y camilleros; o de médicos de guardia sin el suyo en consultorios, servicios intermedios o salas; postergación sistemática en la designación de administrativos imprescindibles);
- 5- falta de correlación legislativa de los regímenes de carrera ya que estos no hacen hincapié en las obligaciones y se centran en la enumeración de derechos, son innumerables las formas de licencias y permisos cuya sumatoria en días/año es potencialmente catastrófico, las jubilaciones anticipadas fundadas en dudosos regímenes de peligrosidad privan a los establecimientos de personal en el momento de su mayor experiencia, los regímenes horarios son desequilibrados ya sea por ser excesivamente cortos y largos (vg. guardias persistentes de 24 hs); la permisiva impuntualidad desbarata el funcionamiento de consultorios, servicios intermedios, quirófanos y aún salas con la consecuente espera desmedida de pacientes y familiares, entre otros factores;
- 6- carencia de incentivos económicos y reconocimientos morales que contribuyen al desaliento y a diluir el sentido de pertenencia.

#### **4- La enfermería es el centro de cuidado del paciente**

Nos privaremos en esta introducción de referirnos al médico, otros profesionales y técnicos. Se tomará solo el modelo de la enfermería. La enfermería tiene como función brindar cuidados, atención, confort y seguridad a los enfermos. Esta función se logra con profesionales preparados y dedicados.

En primer lugar deben: identificar al paciente, presentarse a sí mismos y otorgarle al primero valor personal cualquiera sea su condición o situación. La cultura del paciente y sus familiares,

desde el lenguaje a los hábitos, deben ser respetados. Cada una de sus necesidades y requerimientos deben ser comprendidos, aun su insistencia e inoportunidad. Sin embargo es el profesional el que debe adaptarse y no a la inversa. Hay, sin duda, pacientes difíciles, aquellos cuyas necesidades no se ven satisfechas nunca (Milliken, 1970).

La enfermería trata con diversidad no solo de culturas, sino de conductas humanas. Desde personas sin hábitos de higiene, algunas cargadas de supersticiones y otras pretensiones imposibles de satisfacer en el efector sanitario, las hay humildes y orgullosas.

El acercamiento al paciente, a partir de su identificación y valoración personal, debe demostrar interés y aprovechar las inquietudes y preferencias ajenas a la enfermedad para comunicarse mejor con él. Este debe percibir la personalización y la consideración que merece y el acompañamiento ante el temor, el dolor, el llanto, aún las quejas y enojos (Milliken, 1970). La enfermería debe introducirlo con breves explicaciones al mundo extraño del hospital (Hornemann, 1970).

Al ingreso se le acompaña a la habitación, previa preparación de la “cama abierta” que es signo de bienvenida (Hornemann, 1970). Se le ayuda según el grado de discapacidad o debilidad. Se requiere si desea poner en guarda los efectos personales de valor. Se le consulta sobre alguna necesidad o deseo accesible, se le cuida de acuerdo a los procedimientos de Enfermería y asiste según las indicaciones médicas.

Es conveniente llenar una ficha de Enfermería al ingreso y otra al egreso.

En el transcurso de una internación, la Enfermería tiene a su cargo la toma de conocimiento de la hoja de indicaciones médicas, su cumplimiento y el llenado con firma y hora de la hoja de enfermería con las observaciones pertinentes. Le corresponde medir y llenar planillas de signos vitales de ingresos-egresos de líquidos y de registros especiales.

El trato con los familiares y visitantes debe ser cordial y discreto sin referirse a diagnóstico, tratamiento o pronóstico. La Enfermería prepara y acompaña la asistencia religiosa cuando es requerida.

Se avisa a la supervisión si el paciente quiere retirarse por propia voluntad lo que debe quedar registrado y firmado por él y familiares. En el caso de óbito, después de la certificación médica, corresponde identificar, preparar al cadáver y trasladarlo a la morgue –tomando medidas de discreción– según normas “ad hoc”. Todo lo actuado y registrado esta bajo secreto profesional, es absolutamente confidencial.

Ahora bien, el personal de enfermería sufre el estrés propio de su trabajo con pacientes y, en nuestro medio agobiado por malas remuneraciones y condiciones de trabajo, sobrecargado con tareas que no le son propias y, frecuentemente sometido al multiempleo y el extremo cansancio.

El enfoque de fondo, en todos los subsectores, es un ajuste sustancial de salarios y de planteles para distribuir armónicamente las tareas. Esto depende en lo estatal de los **presupuestos y coparticipaciones** y en lo privado en los valores de pago por los contratantes, así como de una buena administración exenta de retenciones desmedidas o indebidas. También de esos elementos dependen las condiciones de trabajo.

Asimismo la búsqueda de satisfacción profesional y personal en la tarea asistencial debe lograrse por el trabajo en equipo y la creación de un clima de convivencia solidaria en la que se otorgue el reconocimiento debido a cada sector y miembro del personal, así como el planteo oportuno y canalización de los conflictos y los desahogos sin detrimento de las líneas jerárquicas ni de la dignidad de cada uno.

La frustración acumulada del personal sanitario en los diversos sectores merece una reivindicación progresiva que además de justa será eficiente. No debe olvidarse el alto grado de ausentismo en algunos sectores y establecimientos, en especial del personal de Enfermería sobrecargado.

La enfermería es una profesión fuertemente normalizada y en ese sentido más accesible a la supervisión, de control y docencia. La supervisión gestiona el equipo en el sentido de conseguir “que el trabajo se realice con la concurrencia de cada uno de los miembros del grupo” y de acuerdo a normas (Asain, 1995).

La supervisión gestiona la práctica de la enfermería y el cuidado de los pacientes y la bioseguridad así como también administra los recursos (equipos, instrumental, material y equipamiento) promoviendo su buena y eficiente utilización, promoviendo el conocimiento del costo de cada

elemento. Asimismo es la clave del desarrollo del trabajo en equipo y de un clima cordial, ardua tarea.

Tiene a su cargo la distribución de personal, de los horarios y turnos y la coordinación con otros servicios. Impulsa y sostiene la educación continuada y la investigación en servicio.

La especialización de enfermería es una exigencia en todos los niveles, desde la orientación a la terapia intensiva, hasta la enfermería sanitaria de terreno de áreas programáticas. Involucra en la profesión una formación de postgrado.

El problema más grave en Argentina en materia de enfermería es la insuficiencia numérica de personal y la alta proporción de auxiliares y de empíricos. A principios de la década de 1990 se hizo una estimación [Cuadro 4.a]

**Argentina. Personal de Enfermería. A.M.: Categoría 1990-1993\***

<b>Categorías</b>	<b>%</b>	<b>Observaciones</b>
Licenciados	1,1	
Profesionales	29,4	
Auxiliares	57,4	
Empíricos	11,7	Predominio de 69,3
Total	99,6	
*Distribución por centual para (85.000 agentes). Farias y otros, cit. en Asain, 1995.		

Cuadro 4.a

Esta situación motivó diversos planes de formación de licenciados y profesionales y de reconversión de auxiliares y empíricos.

**Citas bibliográficas**

- Asain, M. S., "Administración de Enfermería", en Fundación Alberto J. Roemmers. Buenos Aires, Enfermería, 1995:31.
- Costa Cabanillas, M. y López Mendez, E., "Motivación y Trabajo en equipo", en Del Llano, Señaris y otros, *Gestión Sanitaria. Innovación y desafíos*. Barcelona, Masson, 1999.
- Del Llano Señaris J. y otros, *Gestión Sanitaria. Innovación y desafíos*. Barcelona, Masson, 1999.
- Hornemann, G. V., *Métodos fundamentales de enfermería*. Ctro. Reg. Ayuda Técnica. México. Troquel, Bs. As. (1970).
- Milliken, M.E., *Relación humana con el paciente*. México, Ctro Reg. Ayuda Técnica, Troquel, Buenos Aires, 1970.
- Rof Carballo, J., *Medicina y actividad creadora*. Madrid, Rev. de Occ. 1964.
- Sonis, A. y colaboradores, *Medicina Sanitaria y Administración de Salud*. Buenos Aires, El Ateneo, segundo tomo, 1978.
- Thompson, A. A., (Jr) y Strickland, D. J., (III), *Dirección y administración estratégicas, conceptos, casos y lecturas*. Wilminton (EEUU), Addison-Werley Iberoamericana, 1994.