

## La situación de la Terapia Intensiva y su contexto

JUAN P. ALCONADA MAGLIANO, ELOY F. GARCÍA

Editores Revista Medicina Intensiva

La situación en que se encuentra la Terapia Intensiva en la Argentina no es un hecho aislado, sucede en un contexto particular y reconoce determinantes. Sería sorprendente que el visible deterioro de gran parte de las instituciones destinadas a la atención de la salud, tanto de gestión estatal como privada, no gravitara negativamente sobre la realidad de las unidades de cuidados intensivos neonatales, pediátricos y de adultos de nuestro país.

El sistema de salud argentino, según el informe conjunto de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la CEPAL y el Programa Naciones Unidas para el Desarrollo,<sup>1</sup> presenta una manifiesta fragmentación determinada por los múltiples pagadores, se observa una falta de coordinación horizontal entre los diferentes subsistemas que lo integran (estatal, privado y de la seguridad social), y una falta de coordinación vertical entre los diferentes niveles del estado (nacional, provincial y municipal). Además, se señala, en dicho informe, que el sistema se encuentra débilmente gobernado y regulado. Es llamativo que el diagnóstico de situación formulado por las autoridades sanitarias nacionales no difiera significativamente de lo expuesto.<sup>2</sup>

El gasto total en salud es la suma del gasto público y privado en salud. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud. Habitualmente se lo expresa como porcentaje del Producto Bruto Interno y per cápita (ajustado por poder de paridad de pago en dólares internacionales). El valor promedio mundial para el primer indicador es igual al 10,2%, y de 1.121 dólares para el segundo. La Argentina gasta en salud el 8,5% de su PBI, lo que significa que gasta 1.551 dólares ajustados por poder de paridad de pago en dólares internacionales por año, por habitante (todos los datos señalados aquí pertenecen al Banco Mundial y corresponden al año 2012).<sup>3</sup> De lo expuesto se desprende que, en nuestro país, el gasto total en salud ronda el promedio mundial y que, por ende, el déficit no es de recursos económicos, sino de gestión y eficiencia.

En la última Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS),<sup>4</sup> se dejó claramente establecido que la equidad sanitaria es una responsabilidad compartida que exige el compromiso y la acción de los gobiernos, de la sociedad y de la comunidad internacional, bajo la premisa de que las inequidades sanitarias son política, social y económicamente inaceptables. Aunque parezca ajeno, todo lo mencionado allí se vincula fuertemente con la realidad del quehacer diario en nuestras respectivas unidades de cuidados intensivos. Resulta evidente que la baja calidad institucional y el alto grado de conflictividad socioeconómica existentes en nuestro país, atribuible al paradigma redistributivo, determinan, en gran medida, las falencias estructurales y de gestión que presenta nuestro sistema de atención de la salud. Además, también influyen negativamente la falta de regionalización de los servicios<sup>1,2</sup> y las manifiestas deficiencias en la calidad del transporte del paciente críticamente enfermo, cualquiera sea su grupo etario de pertenencia, en un país tan extenso como el nuestro.

Otra cuestión central es la de la formación de los recursos humanos que actualmente no responde al diseño de una clara política de estado en materia de salud pública, ni a un modelo sanitario definido en su contexto. Lamentablemente, con sus especificidades, el sistema educativo argentino también se caracteriza por la fragmentación y la falta de una adecuada coordinación de sus componentes.<sup>5</sup> El déficit de médicos intensivistas y de enfermeros debidamente capacitados ha sido denunciado en reiteradas oportunidades por las autoridades de la SATI, del Colegio Argentino de Terapia Intensiva y por diferentes referentes de nuestra actividad profesional.<sup>6,7</sup> El problema ha llegado a los medios informativos, pero no ha logrado aún ser incorporado a la agenda pública.<sup>8</sup> Esto último lamentablemente no sorprende, ya que la problemática del sector salud en su conjunto no forma parte del debate político, aun en un año electoral.

La falta de disponibilidad de recursos humanos, en cantidad y calidad adecuadas, para la atención de

pacientes en estado crítico, no es exclusiva de nuestro país, y es vasta la publicación al respecto en la bibliografía internacional.<sup>9,10</sup> Es una problemática que guarda una fuerte vinculación con la naturaleza de la especialidad y la organización de la atención médica, se destaca el síndrome de “burnout” como una importante causa y, a la vez, consecuencia de ella. Ahora bien, si sumamos a lo descrito las características propias de nuestro contexto local, la situación se torna aún más dramática. Nos referimos a aspectos, tales como la precariedad laboral, el multiempleo y la falta de una remuneración acorde a la capacitación requerida.<sup>6,7,9</sup>

Un análisis comparativo de la práctica de la Terapia Intensiva Pediátrica en 11 países de Latinoamérica, con España y Portugal, concluye en que la mortalidad en Terapia Intensiva se correlaciona, de forma inversa, con la disponibilidad de unidades de cuidados intensivos pediátricos, el número de intensivistas pediátricos, el número de camas y el número de centros pediátricos de especialidad (p. ej., quemados, trauma o cirugía cardíaca).<sup>11</sup> En Terapia Intensiva de Adultos, la situación es similar, a modo de ejemplo, se señala que la cantidad de camas asignadas al sector por cada 1000 habitantes, en nuestro país es de 0,29, mientras que, en los países desarrollados, supera las 3 camas por cada 1000 habitantes (Francia 3,8; Alemania 6,6, Australia 3,6; Reino Unido 3,7).<sup>12</sup>

Por lo expuesto, se hace imprescindible incrementar los esfuerzos para lograr una mayor visualización social del problema, y elaborar, con la participación de todos los actores sociales involucrados, estrategias adecuadas para superar la situación actual de la terapia intensiva en la Argentina. En caso contrario, no podremos dispensar a nuestros pacientes la calidad de atención que se merecen y que legítimamente anhelamos hacer.

## Bibliografía

1. OPS, CEPAL, PNUD. *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*, Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD; 2011.
2. Bernztein R, Drake I, Miceli A. Plan para la reducción de la mortalidad materno-infantil, de las mujeres y de las adolescentes. Subsecretaría de Salud Comunitaria, Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios, Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, junio de 2010. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar>. (Consulta: 14 de junio de 2014).
3. The World Bank. 2014 World Development Indicators. Disponible en: <http://wdi.worldbank.org>. (Consulta: 14 de marzo de 2015).
4. OMS. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, Río de Janeiro; octubre de 2011.
5. Tedesco JC (comp.). ¿Cómo superar la desigualdad y la fragmentación del sistema educativo argentino? IIPÉ-UNESCO, Sede Regional Buenos Aires, 2005.
6. CATI. *Intensivistas: un recurso crítico*. Colegio Argentino de Terapia Intensiva, Buenos Aires, 2009.
7. Galván ME, Vasallo JC, Rodríguez SP, Otero P. Crisis en Terapia Intensiva Pediátrica: Análisis del Recurso Humano. Trabajo colaborativo multicéntrico. Buenos Aires, mayo de 2011. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/observatorio/>. (Consulta: 19 de junio de 2014).
8. Terapia intensiva. Adverten sobre el déficit de médicos en un área crítica. *La Nación* (edición impresa), 22 de septiembre de 2014, p. 14.
9. Estensoro E, Valente Barbas CS, Briva A. Picking up the pieces: towards a better future for Critical Care Medicine in three South American countries. *Am J Respir Crit Care Med* 2013; 187(2): 130-132.
10. Halpern NA, Pastores SM, Oropello JM, Kvetan V. Critical care medicine in the United States: addressing the intensivist shortage and image of the specialty. *Crit Care Med* 2013; 41(12): 2754-2761.
11. Campos-Miño S, Sasbón JS, von Dessauer B. Los cuidados intensivos pediátricos en Latinoamérica. *Med Intensiva* (Barcelona) 2012; 36(1): 3-10.
12. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) in figures, edition 2005.