

SUNPI – 2012

Análisis del estado de situación de la pediatría intensiva y neonatología en nuestro país. Búsqueda de propuestas y soluciones

A) Introducción

“En el último lustro se ha puesto en evidencia un importante desajuste entre la oferta de recursos humanos en salud y la creciente demanda de estos recursos por las empresas de asistencia. Información diversa, anecdótica y estadística, indica que existe un déficit general de *disponibilidad* de recursos humanos y que este déficit muestra tendencia a incrementarse en el corto y mediano plazo. Este déficit de disponibilidad es heterogéneo, afectando mucho más a los Departamentos del Interior que a la zona metropolitana, y de manera diversa a distintas profesiones de la salud y especialidades médicas.

Si no se establecen medidas correctivas –*coyunturales y estructurales*, incluidos en una política general y prospectiva- es de prever la reiteración de situaciones críticas y fuertes dificultades para la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y el desarrollo de las empresas de salud que lo componen” (Extraído de Documento de Esc. de Graduados de F de M 28/12/10)

Frente a esta realidad la SUNPI asume el compromiso de fomentar el debate entre todos los actores, para que del mismo, surjan propuestas y soluciones.

Se elabora este documento con el único fin de establecer un marco conceptual que dispere la discusión en el colectivo y así, una vez finalizada la misma podamos salir fortalecidos con una visión unificada (no única) que nos permita dar la discusión en todos los ámbitos y con todos las autoridades responsables de la gestión de la salud y de la Facultad de Medicina

B) Caracterización general de la situación actual

La atención médica del paciente crítico es muy heterogénea según los países y los sistemas de organización sanitaria. En algunos países no existe ningún requisito para trabajar en las unidades de cuidados intensivos y lo hacen médicos de distintas especialidades sin una formación específica. En otros, aunque pueden trabajar médicos provenientes de distintas especialidades, a todos se les exige una formación en medicina intensiva. En nuestro país se requiere el título de pediatra intensivista o de neonatólogo, ya que ambas especialidades están reconocidas por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina.

La pediatría intensiva y la neonatología en nuestro país se inician en los años 80. La cátedra de la especialidad comenzó en el año 1989. A principios de los años '90 el MSP comienza a implementar un programa destinado al desarrollo de los servicios de medicina intensiva (1991-93). Las bajas remuneraciones del personal médico y técnico del sector público hacían imposible contratar personal médico y de enfermería con las diferencias salariales existentes respecto al sector privado. El MSP contaba con infraestructura, equipamiento básico y recursos necesarios, pero carecía de los recursos humanos.

Se crea este Programa con el propósito de acondicionar los servicios de CTI de ASSE, para dar respuesta a la importante demanda existente. Rápidamente alcanza un alto nivel de cobertura. Se reduce el volumen de contrataciones que el Estado realizaba a los CTI del sector privado. Se constata además una notoria tendencia descendente en la mortalidad de los recién nacidos y niños atendidos en los servicios de CTI del CHPR.

En síntesis, entre los resultados más importantes a los que se arriba en los primeros años de implementado el Programa, se destaca una alta cobertura de la demanda de servicios de CTI del MSP. Se genera una captación de profesionales y técnicos de alto nivel necesarios para el Proyecto. En los primeros 15 años se verifica también una mejora de la calidad asistencial, disminución de los tiempos de internación, absorción del incremento de la demanda de camas de CTI, abatimiento de la presión financiera que implicaba el nivel de derivación al sector privado (Cuadernos de la ENIA- Políticas de Salud 2010)

En los últimos años vemos como este programa resulta insuficiente para abatir la problemática que vive el sector, repitiéndose las consecuencias señaladas hace 20 años.

A nivel internacional hay trabajos que demuestran que los niños críticamente enfermos cuando son atendidos por un personal más calificado tienen menor mortalidad. Lo sorprendente es que determinados países con una “medicina de elevado nivel” permitan que los niños críticamente enfermos sean atendidos durante las guardias por médicos con muy escasa experiencia (Ejemplo: España). En nuestro país tenemos el privilegio de que todos los neonatos y niños críticos, son atendidos las 24 horas del día por personal altamente calificado en cuidados intensivos.

En los últimos años hay un incremento de la demanda asistencial de cuidados críticos pediátricos y neonatales. La misma responde a causas múltiples dentro de las que podemos identificar:

1. mayor número de nacimientos prematuros, lo mismo está asociado tanto a consecuencia de las mejoras tecnológicas por un lado, como a embarazos no controlados por otro.
2. apertura en los criterios de ingreso, con oferta de un mayor nivel de cuidados en función del riesgo
3. diversificación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos con nuevas tecnologías que requieren monitorización post-procedimientos.
4. progresivo aumento de pacientes crónicos complejos que no pueden ser asistidos por las estructuras de pediatría actuales.

Esta mayor demanda asistencial no es satisfecha a pesar del incremento del número de camas de cuidado intensivo en los últimos años.

Al igual que en otros países de la región, la asistencia pediátrica se caracteriza, por el franco predominio de las enfermedades infecciosas. Esta demanda tiene picos estacionales anuales (en invierno), provocando que los servicios se desborden llegando en algunos casos prácticamente al colapso. La falta de camas disponibles hace que en muchos casos la asistencia termine siendo brindada a cientos de kilómetros del lugar de origen del paciente, con todas las dificultades que esto supone (traslados por tierra, alejamiento del hogar, dificultades para el acceso de recursos para los acompañantes, etc).

La planificación general de la asistencia no existe. El surgimiento de las unidades no es fruto de una planificación estratégica. No responde a necesidades reales establecidas por un diseño asistencial determinado (aun no definido si por cuidados progresivos o por cuidados subespecializados), ni tampoco a realidades demográficas .

C) Recursos humanos

Los recursos humanos son insuficientes y están mal distribuidos entre Montevideo e Interior. La Pediatría Intensiva y la Neonatología son subespecialidades, se accede a ellas una vez finalizado el post-grado de pediatría, por lo tanto el promedio de edad al finalizar la subespecialidad es mayor a los 30 años. Recién en los últimos años se crearon cargos para residentes, en un número insuficiente para equilibrar las bajas.

Según el censo de recursos humanos en salud del año 2009 del MSP, hay 151 neonatólogos y 54 intensivistas en el país, sobre una población médica censada de más de 15.000 profesionales. En el año 2010 el número de neonatólogos asciende a 189.

En nuestro país la terapia intensiva pediátrica y la neonatología como especialidades, se han hecho cada vez menos atractivas (1.3 % de los médicos)

Existe a nivel regional y también mundial, un déficit preocupante de médicos intensivistas (tanto a nivel de niños como de adultos).

En el período 2003 – 2009 ingresaron 84 postgrados de Neonatología (12/año) y 25 postgrados de Pediatría Intensiva (3.5/año).

Se recibieron en el último decenio un promedio de 8 neonatólogos y 2.7 pediatras intensivistas, por año.

En el año 2010 egresaron 10 neonatólogos y 3 pediatras intensivistas.

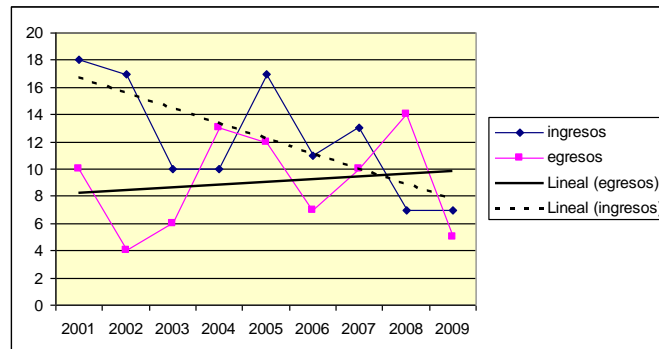
INGRESOS ESCUELA DE GRADUADOS

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Administración de Servicios de Salud				6	9	4	4	6	7	7	43
Anatomía Patológica				5	1	2	2	2	5	4	21
Anestesiología				11	9	10	9	7	13	20	79
Cardiología				24	26	27	24	10	22	24	157
Cardiología Pediátrica					3						3
Cirugía Cardíaca				2	3	1	1	1	1	1	10
Cirugía General				12	13	13	10	14	10	14	86
Cirugía Pediátrica					1						1
Cirugía Plástica, Reparadora y Estética				3	2	2	3	3	3	4	20
Cirugía Torácica					1	1				3	5
Cirugía Vascul Periférica						1		4	4	5	14
Dermatología				5	5	5	6	7	8	6	42
Endocrinología y Metabolismo				6	9	6	9	5	10	10	55
Enfermedades Infecciosas				3	6	2	5	5	1	1	23
Epidemiología				4	7	10	6	3	9	6	45
Farmacología y Terapéutica					1		3		2	2	8
Gastroenterología				12	12	13	13	13	11	9	83
Geriatría				15	9	8	9	9	9	1	60
Ginecología				14	17	13	14	18	18	19	113
Hematología				8	6	3	6	4	4	4	35
Hemoterapia y Medicina Transfusional				3	4	7	7	4	3	6	34
Imagenología				11	11	8	7	10	15	20	82
Laboratorio de Patología Clínica				6	5	5	7	5	10	7	45
Medicina del Deporte				14	17	14	17	11	17	3	93
Medicina Familiar y Comunitaria				20	31	18	29	19	30	24	171
Medicina Intensiva				20	25	22	17	22	31	17	154

Geriatría	7										7
Ginecología	17										17
Hematología	5										5
Hemoterapia y Medicina Transfusional	5										5
Imagenología	3										3
Laboratorio de Patología Clínica	7										7
Medicina del Deporte	4										4
Medicina Familiar y Comunitaria	8										8
Medicina Intensiva	15										15
Medicina Interna	28										28
Medicina Legal	4										4
Medicina Nuclear	0										0
Microbiología	0										0
Nefrología	2										2
Neonatología	10										10
Neumología	0										0
Neurocirugía	1										1
Neurología	5										5
Neuropediatría	1										1
Oftalmología	4										4
Oncología Médica	3										3
Oncología Radioterápica	1										1
Otorrinolaringología	2										2
Parasitología y Micología Médica	0										0
Pediatría	43										43
Psiquiatría	4										4
Psiquiatría Pediátrica	7										7
Rehabilitación y Medicina Física	0										0
Reumatología	1										1
Salud Ocupacional	0										0
Terapia Intensiva Pediátrica	3										3
Toxicología Clínica	0										0
Traumatología y Ortopedia	5										5
Urología	3										3
Totales	268	0	0	0	0	0	0	0	0	0	268

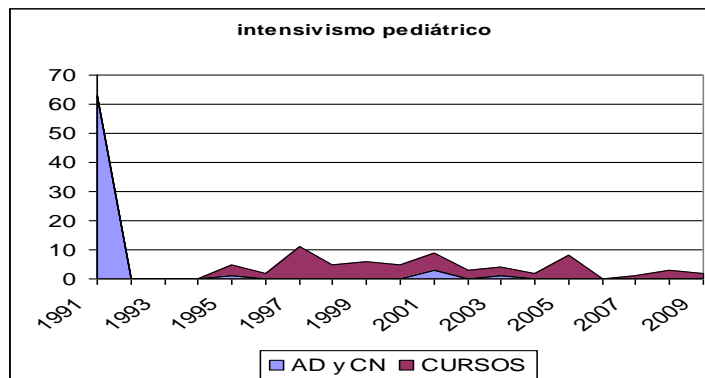
Escuela de Graduados – Dr.D.Bordes-
Dra.A.Frau

Neonatología: ingresos - egresos



Neonatología	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ingresos	18	17	10	10	17	11	13	7	7
Egresos	10	4	6	13	12	7	10	14	5
Cargos R llamados	0	0	0	0	0	0	0	2	0

Terapia Intensiva de Niños



	'91	'92	'93	'94	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09
AD y CN	63	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	1	0
CURSOS	0	0	0	0	4	2	11	5	6	5	6	3	3	2	8	0	1	3	2

Creemos que esta situación responde a varias causas:

1. el acceso a la especialidad a un promedio etario elevado
2. La exigencia propuesta actualmente para realizar el postgrado, que insume más de 100hs mensuales presenciales en horarios diurnos y al mediodía.
3. alto nivel de estrés. Existen trabajos internacionales que evidencian el número elevado del Síndrome de Burnout entre el personal de las UCI. El mismo se demostró en encuesta realizada este año por SUNPI, entre pediatras intensivista y neonatólogos.

4. promoción de la atención primaria en los últimos años, con mejora económica del pediatra general, disminuyendo la brecha salarial con nuestra especialidad.
5. futuro laboral incierto y falta de planificación para el retiro médico de la especialidad, sin que esto signifique un perjuicio económico.

La insuficiente renovación de los recursos humanos, determina como consecuencia que la población en actividad se vaya envejeciendo. El promedio etario de nuestros intensivistas y neonatólogos en actividad es de 50 años y el promedio de lugares de trabajo para cada uno es de 3.2. (Censo SUNPI 2011). Otra consecuencia de esta ausencia de planificación del trabajo médico y del retiro, es que frente a las dificultades de cobertura de guardia y de otorgamiento de licencias, muchos de los colegas optan por otras opciones laborales y no realizan toda su carga horaria en CTI (trabajando como Pediatras en móviles y/o policlínicas). Otros, los menos, cumplen tareas de supervisión o jefaturas.

Como consecuencia de ser pocos y no ser suficiente la renovación, aquellos que ejercen la especialidad sin estar recibidos tienen alta oferta laboral, debido a la cantidad de unidades existentes que necesitan recursos humanos.

Esto ha condicionado que muchos post-gradados no finalicen el mismo por la falta de dedicación necesaria para la preparación de historias, monografías y pruebas.

Según los datos del Censo (SUNPI 2010), el 80.8% de los CTI tiene médicos sin título en su plantilla (21 CTI). El promedio de médicos sin título en los 21 CTI, es de 18.7% por CTI.

D) Datos Demográficos del sistema

- La población menor de 14 años son 771.697 (INE 2008-2011)
- Distribución por edad 0-4 años 241.000
5 a 9 años 256.663
10 a 14 años 274.034

Entre el 30 y 36% de la población son menores de 18 años y de 0-14 años: **23,1%** (I.N.E. URUGUAY, 2008 est.)

De los cuales Montevideo concentra más del 50%

- El número de nacimientos anual es alrededor de 47.500- 50.000
El 37% de los nacimientos pertenecen a Montevideo y el resto al interior del país.
Corresponden 20.000 a ASSE y Hospital de Clínicas y 24.000 a las IAMC
- Los RN que requieren camas en CTI es por prematuridad:
Los RN con bajo peso al nacer (inferior a 2.500 gramos) rondan el 8,6% de los recién nacidos. El porcentaje de RN prematuros para ASSE es de 13.5% y de 8.8% para todo el país.
Otras enfermedades van a determinar ingreso como ser Malformaciones, infecciones connatales.
- En lactantes y niños la causa que motiva más ingresos a CTI son las Respiratorias con un comportamiento estacional, donde la demanda de camas supera varias veces la oferta
Otras causas son accidentales, neurológicas.

E) Estructura del sistema

En términos muy generales, el sistema de servicios de salud se organiza sobre la base de dos subsectores. Por un lado el sector público, en el cual ASSE es el mayor prestador integral. ASSE es un organismo desconcentrado del MSP, responsable de brindar servicios integrales de salud, libres de costo a quienes carecen de recursos.

La red pública se completa con el Hospital de Clínicas, que depende la Universidad de la República, y la red de policlínicas de las Intendencias, que tienen un grado de desarrollo variable. El sector público se completa con los Hospitales Policial y el Hospital Militar, que son prestadores integrales que dependen de los Ministerios de Interior (Policía) y de Defensa Nacional (Fuerzas Armadas). El BPS tiene una red propia que brinda servicios de atención materno-infantil a la familia de los trabajadores. Las empresas públicas cuentan con servicios de salud de baja complejidad.

Por otro lado tenemos a las IAMC, entidades privadas sin fines de lucro, que brindan aseguramiento y prestaciones de servicios integrales de salud contra el pago de una cuota regulada por el Estado. El sector privado se completa con los Seguros Privados integrales, entidades lucrativas que brindan cobertura de salud a un pequeño porcentaje de la población.

El sistema muestra problemas importantes de fragmentación y de segmentación. El grado de integración al interior de los dos sectores es bajo. La complementación entre el sector público y el privado es nula, si bien existe un flujo importante de compra-venta de servicios. (Cuadernos de la ENIA 2010)

Sector Privado

En el esquema de funcionamiento actual, existe un sector mayoritariamente privado en Montevideo e Interior que asiste en su conjunto a 403.502 niños

a) Montevideo

En general la mayoría de las instituciones de Montevideo cuenta con unidades de cuidados intensivos neonatales y/o intensivo pediátrico.

En algunos casos en un servicio propio y en otro en plantas físicas independientes

El número de camas en el sector privado son a nivel Neonatal 91- 95 camas y a nivel pediátrico es de 37 - 40 camas

Identificación de problemas (Montevideo sector privado)

- Las instituciones que no cuentan con unidades contratan servicio de otra según reglas de oferta y demanda, en pocas excepciones hay convenios previos

- El diseño y planificación de las unidades no surge de una planificación institucional programada.

-Tienen una perspectiva (viabilidad) condicionada a la venta de servicios a otras instituciones y/o (fundamentalmente) al sector público

b) interior

Cuentan con CTI mixtos: 7

Nº de camas: 36

Distribución por Instituciones de asistencia médica colectiva:

Las instituciones FEMI tienen un convenio de asistencia en Sanatorio Americano (Montevideo).

La mayoría cuenta con nursery para la asistencia de RN de bajo riesgo .

A nivel de RN:

El sistema se organiza por instituciones, la mayoría cuenta con un CTI o área de manejo del RN. En todas hay Nursery.

Identificación de problemas (interior privado)

- Capacidad de resolución limitada a nivel local, algunas patologías complejas vienen al Sanatorio Americano (son traslados que podrían evitarse)

- Subespecialidades asociadas al CTI (cirujanos, nefrólogos) y algunos especialistas, no residen en el interior debiéndose trasladar desde Montevideo.
- En algunos centros hay falta de medicación y de recursos tecnológicos, además de ser imposible realizar determinados procedimientos.

Subsector Público:

Lo primero a destacar es la falsa dicotomía Montevideo – Interior que en los hechos no se cumple. La división del trabajo debería ser Neonatología y Pediatría intensiva, en muchos casos con servicios mixtos y/o complementarios

Niños en ASSE: 82.194 en MVD y 224.463 en el Interior. Total: 306. 657 niños

Neonatología

El sistema público cuenta con un esquema asistencial por división territorial este -oeste entre CHPR y Hospital de Clínicas con centros de cuidado intensivo neonatal

Un subsector que se asiste en BPS: Sanatorio Canzani y por último los Hospitales Policial y Militar aún no integrados al FONASA

A su vez el Hospital de Clínicas asiste a las embarazadas de riesgo.

Cuidados Intensivos e intermedios

El **CHPR** es un centro de referencia de tercer nivel, con equipo quirúrgico altamente calificado. No cuenta con cirugía cardíaca.

Población a asistir: de Montevideo y región Metropolitana

Partos por año: 8.000

Porcentaje de prematuros: 13.5 %

Cuenta con 16 camas de CTI y 27 de cuidado intermedio.

Hospital Militar

Partos por año: 1200.

Demanda promedio mensual de camas: 3.3 niños por mes

Demanda de anual 110 niños por año

Cuenta con 4-6 camas

Hospital Policial

Tenía 8 camas

Identificación de problemas (Neonatología):

- a) Falta de previsión de la demanda asistencial lo que puede condicionar insuficiencia de camas (se desconoce los potenciales pacientes. Ejemplo: el número de mujeres en edad genital activa con riesgos de prematuridad, etc)
- b) Falta o incumplimiento de normas referidas a los cuidados y niveles asistenciales, lo que condiciona un estancamiento de los pacientes en un lugar que no le corresponde y/o el mal uso de las camas disponibles.
- c) No está establecida una continuidad asistencial, que permita liberar camas de CTI o intermedio cuando el niño requiere un menor nivel de cuidados, que podría ser brindado por pediatras en un servicio fuera del área crítica, con personal de enfermería, residentes y supervisado por neonatólogo.

- d) Recursos humanos insuficientes tanto de médicos como enfermería. En este último falta de política de adhesión del funcionario público a su servicio por razones contractuales, migración al sector privado, sobrecarga de trabajo por incumplimiento de relación personal/ n° de paciente, etc

Pediatría intensiva

Montevideo

Cuenta con 20 camas en una planta física con equipamiento para CTI.

Más 6 camas en un área nueva, que no se ha podido inaugurar por falta de personal.

Cátedra de Facultad de Medicina en cuidado intensivo:

Docente

Residentes

Postgrados

Infraestructura asistencial complementaria completa salvo cirugía cardíaca

Modelo asistencial: mixto: un sistema horizontal con CAD superpuesto a uno vertical

La pediatría intensiva tiene mayor demanda de camas en invierno.

En los meses de junio a octubre ingresan al CHPR alrededor de 800 lactantes y requieren CTI externo alrededor de 100 (12.5%).

En los últimos 3 inviernos el promedio de niños que debieron ser trasladados a CTI privados ha disminuido del 25% en el 2008 a 11% en el 2011.

Hay un período de 2 semanas, en cada invierno, en el que se derivan a CTI privados un promedio de 3 – 4 niños por día en MVD.

El promedio día de internación para estos niños es de 7 a 10 días.

Para el período de noviembre a mayo, las 20 camas de UCIN resultan adecuadas

Intensivo Interior

La estructura pública cuenta con 2 CTI en Salto (8 camas) y 1 CTI en Tacuarembó (6 camas). Estas unidades brindan asistencia mixta: pediátrica y neonatal. Tienen régimen vertical con 1 médico de guardia por día. La supervisión en el caso de Tacuarembó es a distancia y presencial cada 15 días.

En general dan una cobertura regional y en pocas ocasiones la demanda asistencial supera el número de camas, debiendo en esos casos realizarse el traslado del paciente.

Tacuarembó brinda una asistencia parcial. Presenta problemas en cirugía y otros servicios complementarios, hemato-oncología, nefrología, etc. Debiendo en esos casos trasladar los pacientes a MVD.

Identificación de problemas (Público Intensivo pediátrico)

- no existe planificación de la cobertura asistencial para toda la población que demanda asistencia
- a pesar de CAD se mantiene la falta de cobertura de guardias sobretodo los fines de semana
- Falta recursos humanos de enfermería, a pesar de existir programas de capacitación en la especialidad, una vez formados migran hacia el sector privado (por mejora económica, condiciones de trabajo)
- en UCIN no se cuenta con personal ni equipamiento para inaugurar el área nueva.

- la estructura actual pública no está preparada para dar cobertura a toda la población subsidiaria, en el interior requiere ser trasladado al sector privado.
- no está planificada la asistencia (por nivel asistencial progresivo, ni por patología, ni por cercanías)
- en el interior 2 unidades son insuficientes para cubrir las demandas
- no existe una planificación de la asistencia regionalizada, la misma es de acuerdo a la demanda y disponibilidad de cama
- no existe una planificación en la incorporación de nuevas prestaciones de acuerdo a la demanda (cirugía, eco cardiografía, etc)
- falta definir numero exacto de médicos que se necesitan para la asistencia (cuántos pediatras intensivistas y neonatólogos necesitamos en el país?).

F) Regímenes de Trabajo

La estructura actual basada históricamente en guardias de 12- 24 hrs. en diferentes instituciones (modelo de asistencia transversal), ya ha sido modificada en muchos países. Se sigue trabajando con una estructura creada hace ya más de 20 años, y no ha demostrado ser actualmente la más favorable para lograr la calidad asistencial.

La calidad en la resolución de un paciente viene dada:

- la prevención del error médico;
- la elaboración de pautas y protocolos adecuados a cada servicio,
- el uso de índices de calidad
- la generación y transmisión de conocimiento,
- la investigación sistemática,
- la obtención de becas, subvenciones y pasantías por servicios del exterior,
- la existencia de sistemas de evaluación técnica,
- del desarrollo de sistemas de información técnicamente avanzados.

Esto va de la mano con recursos humanos capacitados y comprometidos con cada lugar de trabajo, situación que difícilmente estamos consiguiendo con este sistema carente de planificación y regulado solo por las leyes del mercado donde la regla es el multiempleo.

Otro punto a considerar es la extensión horaria de las guardias. Hay quienes consideran excesivas o prolongadas las guardias de 24 hrs con pacientes críticos. Pensamos que la consideración no solo es temporal, ni solo debe contemplar el cansancio físico y mental que demanda este tipo de pacientes; sino que hay que considerar la estructura de la unidad, el número de camas, si el médico esta solo o con apoyo, del nivel de atención, descanso en un lugar adecuado, tareas de administración y secretaria que tiene que realizar por omisión, la demanda asistencial, el recambio de pacientes y el grado de complejidad de pacientes que se recibe, etc.

En el mundo hay experiencia en estructuras de asistencia longitudinal, con alta carga horaria y con compensación por dedicación. Recientemente en nuestro país se implementaron cargos de alta dedicación en la salud pública, los mismos servirán para evaluar en el mediano plazo si sus resultados son favorables.

De ser así, la instalación gradual de cargos de alta dedicación podría convertirse en el modelo propuesto para brindar al paciente crítico una correcta asistencia y al grupo médico mejores condiciones de trabajo. Desarrollaremos este planteo con más detalle en el análisis de las propuestas.

G) Recursos materiales

Los equipos con los que contamos en la mayoría de las instituciones son vetustos (el 45% tienen más de 10 años) y no cuentan con el mantenimiento que requieren para las horas de uso.

Predomina la incorporación de nuevo equipamiento en el subsector público contando algunas unidades con casi el doble de respiradores / nº de camas. Existiendo ventiladores sin uso, por no tener destino adjudicado a otro servicio una vez que se incorpora un equipo nuevo. La relación promedio ventilador/cama es de 0.79 (variando desde 0.28 hasta 1.5).

La incorporación de nueva tecnología no está planificada, ni está prevista. En muchos casos la necesidad de incorporación es identificada como un gasto, más que como una inversión.

No hay controles ni categorización de las unidades a nivel nacional, como en otros países, según el servicio que preste, y los recursos que cuente.

No hay diseñados estándares de calidad que permita definir metas anuales que mejoren la eficiencia y eficacia de los mismos.

La utilización de estándares de calidad en nuestras unidades nos permitiría la comparación de nuestra gestión con los estándares internacionales en varios aspectos: asistenciales, calidad, docencia, investigación.

Existen metas, controles y auditorías de la gestión por parte de las autoridades sobre las mutualistas, pero no se plantean sobre las unidades públicas dependientes de esta misma autoridad.

Propuesta

1 Generar un marco de acuerdo general

La búsqueda de soluciones, deben necesariamente partir de un nivel mínimo de acuerdos a la vez que debe enmarcarse dentro del nuevo sistema integrado de salud.

La situación demográfica nacional según los datos recogidos en el Censo del año 2010, nos permite identificar los niños a asistir:

- Niños de 0 a 14 años : 740.159
- Niños en ASSE: 82.194 en MVD y 224.463 en el Interior.
- Total niños de ASSE: 306.657 (41 %),
- Total niños del sector privado: 433.502 (59%).

Otro dato a tener presente es el N° total de pediatras: 972 (761 niños por pediatra) y 1 intensivista de cada 19 pediatras.

En ese sentido dado:

- el insuficiente número de profesionales en la coyuntura actual y en el mediano plazo.
- que la Universidad de la República, a través de los servicios de UCIN y RN del CHPR y RN del H. Clínicas, es la única formadora de recursos humanos.
- que las soluciones tienen que ser integrales, es decir orientadas a toda la población y complementarias entre los servicios públicos y privados.

Se impone una planificación estratégica general basada en:

- una propuesta única nacional que utilice los recursos que tenemos
- con una visión de prioridades en función de la demografía
- pensada por niveles asistenciales progresivos
- que para algunas situaciones definidas se brinde asistencia específica debido a que las distancias son relativamente cortas (el máximo de horas para un traslado terrestre es de 6-7 horas y aéreo mucho menor)
- complementario entre el sector público y privado

Objetivos general:

- asistencia universal
- con la mas alta calidad
- en tiempos adecuados
- recursos adecuados
- salarios adecuados

Objetivos específicos

- infraestructuras adecuadas
- equipamiento moderno y completo
- material para monitorización básica y específica adecuado
- equipo médico suficiente y capacitado
- equipo de enfermería suficiente y capacitado
- personal auxiliar capacitado y adecuado
- organización asistencial que permita cobertura las 24 hrs los 365 días

2 Estrategias asistenciales

La estrategia se elaborara con al aporte de todos los implicados en base a la identificación de todos los problemas y en base un proceso de consensos entre equipos clínicos y autoridades de salud para intentar optimizar resultados en calidad.

Pero sin duda tendrá que pasar por la creación y fortalecimiento de los niveles asistenciales de menor complejidad (salas de pediatría, emergencias pediátricas), de establecer pautas con criterios de ingreso y egreso, así como la instrumentación de normas asistenciales que faciliten la continuidad asistencial y el transito del paciente y su familia por los distintos niveles de asistencia.

Debemos trabajar para lograr una estructura asistencial que brinde las condiciones para el adecuado desarrollo profesional y personal del intensivista, en donde además de un correcto desempeño técnico, se fomente el sentido de pertenencia a su lugar de trabajo, el respeto mutuo entre colegas, el trabajo en equipo, la formación continua, la docencia y la investigación

Neonatología

Objetivos asistenciales: abarcar a todos los neonatos
que sea calificada y oportuna
una buena relación costos/calidad asistencial (resultados)
con principios de equidad
lo mas cerca de su domicilio

Debería ser impensable un análisis de programación estratégico y planificación de recursos sin contar con datos en cada centro sobre:

- Población de embarazos
- Porcentaje de embarazadas de riesgo
- Porcentaje de parto prematuros
- Porcentaje de neonatos que requieren CTI o algún cuidado

La Neonatología a nivel público con una estructura que integre:

- lo regional
 - descentralización,
 - asistencia progresiva
 - técnicas específicas.
- El centro de referencia debería seguir siendo el CHPR
 - Creación de Centros de Referencia regional Neonatal en el norte del país
 - Criterios de ocupación de cama en CTI por prioridades
 - nacidos en el CHPR menores de 1.000 gr o 1.500 g
 - los pacientes quirúrgicos complejos de todo el país
 - nacidos en el CHPR que requieran técnicas específicas (Oxido nítrico, etc) o que por su condición clínica sea intrasladable.
 - Los cuidados intermedios tendrían que brindar una asistencia con criterios no solo tomando el cuenta el peso, sino la estabilidad clínica y la evolución deberíamos plantear que la unidad de C Moderados de CHPR mantiene camas ocupadas durante meses con pacientes en espera de resoluciones judiciales (abandono, pase a INAU, adopciones)
 - Establecer un plan de Nursery por cercanías que incluya a otros centros asistenciales :
 - zona oeste: Sanatorio Canzani
 - zona norte: Hospital Policial
 - zona este: Hospital Militar u Hospital de Clínicas ,etc

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Criterios de categorización
 - CTI neonatales:** los mismos deben funcionar de acuerdo a los criterios de categorización del paciente y no basados en la estructura edilicia.
ingresarán niños que requieran AVM, en shock, etc.
 - Cuidados Intermedios:** CPAP, otros métodos de oxigenación, APT, inotrópicos, etc.
- N° de camas - **Nursery** : las mismas estarán capacitadas para mantener la salud de los RN que no requieran cuidados de CTI y que se encuentren estables. Para ello el personal de enfermería es el que se debe capacitar y llevar adelante los cuidados del RN. Ingresarán niños en crecimiento, estables, independientemente del peso, que requieran O2 en forma transitoria o crónica.
- Distribución del trabajo:
 - Todos los nacimientos, ya sea por parto o cesárea, deberán ser asistidos por el médico general, para lo cual la Facultad de Medicina los debe capacitar (en su curso curricular) en forma adecuada.
 - El pediatra deberá estar en los partos o cesáreas de riesgo, para estabilizarlo y trasladarlo.
 - En las unidades de AMH la atención deberá ser brindada también por el pediatra.
 - El neonatólogo deberá estar en áreas de cuidado intermedio e intensivo.
- Infraestructura – se establecerán diferentes niveles de asistencia del neonato crítico, en base al equipamiento de las unidades:
 - a) CTI Neonatal de Alta Complejidad: con ECMO y/o Alta Frecuencia y/o Oxido Nítrico, con Cirugía Cardíaca.
 - b) CTI Neonatal exclusivo
 - c) Intermedio Neonatal exclusivo
 - d) Polivalente pediátrico y Neonatal
- Estrategia – Basada en la regionalización y complementación público-privado. No pudiendo existir unidades con menos de 8 áreas, siendo al menos 5 de cuidados intensivos. En forma progresiva las unidades dejarán de ser polivalentes para ser exclusivamente de las especialidades. Se establecerá un sistema de ampliación de camas de acuerdo a las demandas, con el mismo personal dando horas extras, etc.

PEDIATRIA

En Montevideo

Objetivos asistenciales: abarcar a todos los niños que sea calificada y oportuna una buena relación costos/calidad asistencial (resultados)

Propuestas:

- Aumentar el N° de camas en el período de mayor demanda :
 - a) en el sector público
 - b) preveer y contratar camas a menor precio en el sector privado
 - c) evaluar la realidad de cada invierno

- Extensión de la asistencia de los pacientes crónicos a piso o en domicilio. Financiar programas destinados a tal fin
- Transformar las 20 camas de CTI (requiere contar con mas personal de enfermería)
- Constituir grupos de trabajos temáticos interinstitucionales público-privado
- Constituir grupos de investigación interinstitucionales de Facultad, Cátedra de UCIN

En el interior:

- ampliar el número de camas

Subsector Privado

En este sector la organización es Montevideo – Interior.

Nº total de niños en el sector privado: 433.502

En MVD se subdivide en IAMC y Seguros Privados.

Hay 19 IAMC en MVD y 34 en el interior.

Objetivos:

Propuesta:

Permitir la viabilidad económica.

Relación costos-ingresos que permita una continuidad

Romper con la lógica de que cada institución tenga un CTI

Romper con la intención mercantilista de los CTI

Cada unidad debe representar a un determinado número de pacientes que involucren a varias instituciones, de ahí surgirá el número de camas y la planificación estratégica que cada una se de, de acuerdo a la demanda.

La base de la unión debería ser por criterio asistencial:

- a) regional
- b) por el tipo de población a asistir
- c) ambas

De este modo permite diseñar estrategias asistenciales con continuidad desde la sala o puerta de emergencia, hacia el CTI. Además de permitir una comunicación fluida entre colegas.

3 Elaborar una planificación asistencial :

En función de las estrategias planteadas previamente, la planificación debe orientarse a la concreción de:

a) Unidades Asistenciales

l) Un elemento a considerar es concebir cada CTI como una unidad funcional.

Esto lleva implícito una serie de consideraciones que va mas allá de las personas que integran las unidades, la ubicación de la planta física y quien realice la gestión

Importan también los tiempos de conocimiento mutuo entre los integrantes del equipo asistencial, la adjudicación de roles, el compromiso adquirido, etc.

El cierre de unidades o el cambio de convenios vividos en los últimos meses nos tienen que dejar enseñanzas en el sentido que venimos planteando.

El fortalecimiento de las mismas, con cargos de alta dedicación o de mayor o distinta responsabilidad, así como la diversificación de la unidad en subespecialidades o el traslado de tecnología al domicilio del paciente debe ser incluida en cualquier planificación estratégica que

elaboremos. Capacitar neonatólogos en seguimiento del RN. Del mismo modo creemos importante adecuar número de UCI a las necesidades: no abrir UCI según leyes del mercado, sino según análisis planificados a nivel nacional.

La concentración del trabajo en 1 o 2 unidades debe ir de la mano de una retribución adecuada Este objetivo implica:

- cambio en la concepción de las distintas unidades que deben de transformarse en unidades asistenciales-formadoras de conocimiento e investigación lo que lleva implícito una ampliación del gasto para dedicar horas en ese sentido así como en equipamiento.
- discutir el concepto de “retribución adecuada”.

II) Tamaño de las unidades

Para un mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales, está ampliamente demostrado que el número de camas no debería ser inferior a 10 o 12 (entre CTI e Intermedio). Hay autores que hablan a favor de las UCI multidisciplinares, desechando por baja rentabilidad asistencial, sanitaria y económica, las unidades intensivas monográficas, dedicadas a pacientes con una patología concreta o patología específica. El criterio internacional establece que debe haber una cama de CTI cada 10.000 habitantes, en Uruguay ese indicador es de 0.87. En Montevideo es 1.67 y en el interior es 0.33 camas /nº habitantes.

En nuestro país hay 10 departamentos donde no hay CTI ni públicos ni privados y hay 5 departamentos que son Paysandú, San José, Soriano, Canelones y Maldonado que a pesar de tener CTI tienen escasez de camas en relación al número de habitantes siguiendo el criterio anterior.

Deberemos encontrar cual es el N° de camas /niños que nuestro país necesita, porque el mismo no es un número fijo, es un número que se va construyendo a partir de muchas variables como por ejemplo:

- salas de cuidados moderados capaces de realizar monitoreo de pacientes de baja complejidad, procedimientos y correcciones iónicas leves –moderadas ;
- creación de Unidades de Crónicos y de Cuidados Paliativos : para poder sacarlos de las UCI
- situación económica-educacional de la familia
- estrategias de procedimientos de CTI en domicilio

III) Régimen de guardias. Cambio del modelo asistencial. Análisis de los CAD:

Como hacer mas eficaz el sistema? Mejorando y racionalizando el recurso humano mediante la adopción del modelo horizontal o longitudinal de trabajo antes explicado. Se entiende por longitudinalidad aquella modalidad de trabajo en medicina intensiva con asistencia diaria al lugar de trabajo, con responsabilidades, compromiso e involucramiento particulares que lo distinguen de la modalidad actual tradicional de trabajo basado en un esquema de guardias semanales (esquema transversal). Concretamente se trabajaría de lunes a viernes (de 6 a 8 hs, con un porcentaje de horas de fin de semana que podría ser del 10% del horario total)) con alta densidad diurna en tareas asistenciales y de trabajo médico y menor densidad de horas vespertinas y nocturnas que serían de “guardia”, es decir, del cuidado de los pacientes que fueron vistos por el equipo completo, además de la recepción de posibles ingresos. Esta nueva estructura debe respetar ciertos postulados básicos, debiendo tener además una amplia base de consenso:

- Respetar derechos laborales adquiridos y libertad de elección de los colegas en actividad para permanecer en los cargos que ejercen en la actualidad.
- Implementación gradual y pensada en términos de años, evitando la búsqueda de resultados inmediatos.

- Flexibilidad a la hora de la implementación práctica de acuerdo a la realidad asistencial de cada unidad

Remuneración acorde a la nueva situación, con la adecuada compensación económica que resulte en cargos atractivos tanto por la calidad del trabajo como por el aspecto económico.

IV) Distribución racional del trabajo

- Partos de RN son asistidos en todas las circunstancias por médicos y los de riesgo por pediatras
- Pediatras responsables de las nursery y de AMH, no los neonatólogos

V) Redefinir la relación medico – paciente y enfermería – paciente.

Perfeccionar todo el equipo asistencial en las Unidades (Nurses, FST, nutricionistas, químico-farmacéuticos, infectólogos, etc): esto podría significar una modificación de la relación médico – paciente.

VI) Adecuado personal administrativo en cada servicio.

b) Necesidades de recursos humanos y materiales

I) Formación de recursos humanos:

- Empezar más rápido las subespecialidades: modificar el esquema actual de 3 años de postgrado en Pediatría y 2 de especialidad.
- Luego del 2º año de pediatría se comenzaría la subespecialidad (neonatología o pediatría intensiva) en régimen de residencia :
 - a) Pediatría intensiva: 2 años de pediatría y 2 de intensivo (total: 4 años).
 - b) Neonatología : Podrían considerarse 2 opciones:
 - Como subespecialidad : 2 años de pediatría y 2 de neonatología (total: 4 años)
 - Como especialidad primaria: 1 semestre de pediatría, 1 semestre de obstetricia y 2 años de neonatología (total 3 años)
- Aumentar el cupo de residentes, adecuándolo a las necesidades.
- Formación de residentes también en las instituciones privadas (UDAS), con la supervisión de la cátedra.
- Tomar en cuenta los datos recogidos por el “Observatorio de Recursos Humanos” de la Facultad de Medicina, lo que permitirá un diagnóstico técnico.

II) Recursos Materiales:

- Establecer un comité multidisciplinario que analice la evidencia actual para la incorporación de nueva tecnología
- En MVD y zona metropolitana deberían conformarse equipos temáticos de trabajo multi-institucionales para que en caso de requerirse el traslado de determinado equipamiento a una unidad, se coordine el traslado del mismo evitando el traslado del paciente.
- c) Pautas de trabajo público privado complementarios, fomentar el establecimiento de convenios que faciliten la asistencia, el tránsito de pacientes y de fondos.
- d) Fomentar las becas para capacitarse en el exterior

4 Traslados:

Planteamos 2 posibles soluciones:

- a) Para ser habilitados, todos los servicios deberán contar con un sistema de traslados que permitan derivar a sus pacientes en caso de requerir asistencia de mayor complejidad o en caso de tener que ir a buscar pacientes que requieran el ingreso a su Unidad.
- b) Organizar un sistema nacional de traslados centralizado por una coordinadora público-privada.

5 Sistema de ingreso y retiro

- Retiro médico:
 1. disminución proporcional de las horas nocturnas, que serán realizadas por los médicos más jóvenes. Por encima de los 50 años aquellos intensivistas que hayan cumplido guardias nocturnas los 5 años anteriores dejarán de hacerlas no disminuyendo el pago mensual que venían recibiendo. Esto implica aproximadamente un incremento salarial de 20% que sería asimilable a la antigüedad y que garantiza, junto al resto de las modificaciones, el desarrollo de la tarea médica hasta completar la edad de retiro.
Los colegas que opten por pasar a esta modalidad pueden desempeñar las tareas antes especificadas participando en la gestión de la Unidad en sus múltiples aspectos.
 2. cómputo de un año por mas (podría plantearse que cada 3 años se sume 1 año mas) a los efectos jubilatorios.

ES FUNDAMENTAL PARA QUE ESTA DISCUSIÓN SEA FRUCTIFERA Y DEFENDIDA POR TODOS, QUE TODOS PARTICIPEMOS

- La SUNPI invita a incrementar la poca participación actual de los médicos en la búsqueda de soluciones
- Promover e impulsar la necesaria participación de todos los implicados en la búsqueda de soluciones: MSP, ASSE, Cátedras, Facultad, SMU, SUNPI

BIBLIOGRAFIA

- PA, Dibrey H, Taylor R. Improved survival with hospitalists in a pediatric intensive care unit. *Crit Care Med* 2003; 31: 847-852.
- CRITERIOS PARA ESTUDIAR EL ESTADO DE SITUACION Y EL PROYECTO PROSPECTIVO EN RRHH EN SALUD A CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO. *Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina*. 28/12/10
- Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout Syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care* 2007; 13 (5) : 482 – 8
- Médicos Intensivistas: Un recurso Crítico. Colegio Argentino de Terapia Intensiva. 2010.
- Plataforma SUMI – Reformulación del trabajo médico
- José M. Novoa P., Marcela Milad A., Guillermo Vivanco G., Jorge Fabres B., Rodrigo Ramírez F. **Recomendaciones de organización, características y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología.** *Rev Chil Pediatr* 2009; 80 (2): 168-187
- Ruza . Capitulo 1 Aspectos Generales En Cuidados Intensivos Pediatricos 3era ed. Ed Norma-Capitel-Madrid
- J. M^a Martínón Sánchez Visión actual y perspectivas de futuro de la Medicina Intensiva Pediátrica *An Esp Pediatr* 1997;47:451-454.

- Cuadernos de la ENIA- Políticas de Salud 2010-

- Encuesta de BurnOut – SUNPI.2012

- Censo Pediatría Intensiva y Neonatal. SUNPI.2011