

Falta de neonatólogos: ¿crisis vocacional o políticas erradas?

Lack of neonatologists: Vocational crisis or mistaken policies?

Dr. Pablo R. Justich^a

RESUMEN

En la Argentina, la falta de neonatólogos es un problema que va en aumento. La ausencia de un sistema de salud coordinado y organizado por un lado y la falta de adaptación del rol del neonatólogo a la realidad actual de la atención materno-infantil impiden una adecuada cobertura asistencial. Las inadecuadas condiciones de trabajo, los riesgos profesionales, el prolongado tiempo de formación y la falta de reconocimiento de las necesidades y dificultades de los profesionales repercuten negativamente al tiempo de incorporar nuevos especialistas. Resulta imprescindible un abordaje global del problema para obtener respuestas que perduren en el tiempo.

Palabras clave: neonatología, recursos, personal de salud, planificación.

SUMMARY

In Argentina, the difficulty in covering neonatologist's positions represent an increasing problem. The absence of a coordinated and organized health system on one hand, and the lack of adaptation of the neonatologist's role to the current situation of the maternal and child care on the other, prevent the correct assistential coverage. The inadequate work conditions, the professional risks, the wide amount of time devoted to formation and studying, and the lack of knowledge of the professionals necessities and difficulties have a negative impact when it comes to incorporate new specialists. A global approach of the problem is essential to reach enduring answers.

Keywords: neonatology, health care resources, health manpower, planning.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2012.411>

INTRODUCCIÓN

Tiempo atrás escuchaba una interesante reflexión, relacionada con una temática ajena a nuestra cuestión, pero esclarecedora para comprender uno de los mecanismos que perpetúan una grave situación como la que atravesamos. Un interlocutor mencionaba que el tema del que hablaba era "Un problema de todos", cliché muy usado en las últimas décadas. La respuesta a esta aseveración fue: "...Debemos tener cuidado con el uso de esta frase, porque existe cierta tendencia a interpre-

tar que si un problema es de todos, las responsabilidades se diluyen y terminan siendo de nadie".

Desde hace varios años, y no solo en Argentina, la falta de médicos especialistas en áreas específicas en general, y en Neonatología en particular, viene creciendo notablemente. Este problema motiva debates en foros y medios de difusión, sin que aparezcan señales claras de que quienes tienen en sus manos la gestión de la salud en los diferentes niveles, tengan presentes los riesgos que esta carencia entraña.

Los interrogantes

Lo primero que cabría preguntarse es: ¿Hacen falta más neonatólogos? La respuesta, a priori, parece sencilla, pero puede ser diferente según la perspectiva desde la cual se enfoque. La Neonatología es una especialidad relativamente nueva, en pleno crecimiento, tanto en relación con las necesidades de la población como por la imprescindible adecuación a nuevos conocimientos y tecnologías que exceden los límites de la pediatría. Si se plantea este interrogante en términos ideales, sería óptimo que cada recién nacido tenga la posibilidad de disponer de un especialista capacitado para resolver los problemas propios de este breve, pero intenso, período de la vida. Desde una mirada sanitarista, sería más razonable contar con un sistema de atención materno-infantil centrado en las necesidades de los pacientes, regionalizado y con personal suficiente e idóneo para resolver los problemas iniciales del recién nacido según su riesgo y condición, y con capacidad para derivar al que lo requiera, a los centros de mayor complejidad. Estos centros deberían tener obligatoria-

a. Hospital Zonal de San Carlos de Bariloche. Río Negro. Argentina.

Correspondencia:
Dr. Pablo R. Justich:
pablojustich@gmail.com

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 21-7-2012
Aceptado: 3-8-2012

mente plantillas de neonatólogos adecuadas. Lo que resulta claro es que debe haber una suficiente cantidad de especialistas para cubrir los centros de referencia y las diferentes regiones de nuestro país, y también para atender el lógico recambio generacional que es más acentuado en las especialidades críticas. Si analizamos la cantidad de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales por habitante que hay en nuestro país, observamos que supera holgadamente a la observable en el Reino Unido,¹ España o Francia, países que aun con menor cantidad de unidades y de recurso humano especializado por habitante obtienen resultados de morbimortalidad neonatal superiores a nuestras mejores perspectivas.² Estos y otros ejemplos refuerzan el concepto de que, en realidad, no faltan neonatólogos, sino un sistema de salud coherente, organizado, bien planificado y adecuadamente financiado, que solo acredite las unidades realmente necesarias, en función de los intereses de su población y no de sus prestadores. Esto redundaría en una mejor atención pública, una mejor organización de los recursos humanos y físicos, y una mejora de los indicadores de morbimortalidad neonatal.³

Otra cuestión que deberíamos analizar es: ¿Debemos volver a definir los alcances de la Neonatología? Como toda especialidad reciente, sus áreas de acción se han expandido, suponiendo que su responsabilidad implica todo lo relacionado con la atención del neonato. Como queda demostrado, una consigna tan amplia demanda una cantidad de especialistas que pocos o ningún sistema de salud puede sostener en el tiempo, y con resultados que están demostrando su magra relación costos-beneficios para la población. Hoy parece más adecuado clasificar los embarazos según criterios de riesgo y priorizar las acciones del neonatólogo hacia aquellos pacientes que más se beneficiarían con este perfil formativo. Se impone el debate sobre si la recepción del recién nacido de bajo riesgo, los controles en internación conjunta y los controles ambulatorios del recién nacido sano no deberían ser competencia del pediatra y, en el caso de regiones que por sus características lo demanden, del médico de familia. Para que ello ocurra, deberían comprometerse las sociedades científicas, autoridades gubernamentales y del ámbito académico, enriqueciendo la formación de estos especialistas en temas prevalentes de la atención neonatal. Obviamente, estas decisiones deberían complementarse con un sistema que ofrezca contención, consulta y posibilidad de derivación al neonatólogo, cuando resulte pertinente.

Aun en un contexto más favorable, podemos asumir que la menor generación de nuevos neonatólogos supondrá un déficit a mediano plazo. Cabría preguntarse en tercer lugar: ¿Cuáles son las causas de la falta de interés en la formación post-básica en Neonatología? Parece claro que no existe una única razón que defina esta "no elección", pero podemos realizar un breve análisis de algunos temas clave.^{4,5}

Formación

Una de las características de las especialidades denominadas post-básicas es que demandan un prolongado tiempo de formación. Son 7 años de carrera de medicina, más 2-5 años de especialización pediátrica y luego 2 o 3 años de especialización en neonatología. Estos tiempos pueden ser mayores si se ejercen jefaturas de residencia. Dadas las características sociales y laborales actuales, un joven que ingresa a la universidad con 17 o 18 años, puede estar habilitado a ejercerla, en el mejor de los casos, a los 30 años de edad. Esto implica que con los magros honorarios percibidos durante la formación, las posibilidades de realizar proyectos familiares y laborales son diferidas a una etapa de la vida que no siempre puede ser esperada. Otro tema relacionado con la formación, en este caso con la formación médica continua, es que la medicina moderna en general, y nuestra especialidad en particular, demandan un tiempo de dedicación y costos asociados a la actualización, que no siempre están disponibles.⁶ El impacto que tiene la capacitación de los recursos humanos no se reduce a los intereses estrictamente académicos de los profesionales, sino que posee un peso elevado dentro de las posibilidades de brindar una atención segura y eficaz.⁷

Riesgos relacionados

La elevada presión asistencial, la modalidad de guardia sin libranza posterior, la necesidad de sobre-emplearse para tener una mínima posibilidad de progreso económico, ponen en riesgo a los pacientes, al verse expuestos a decisiones no siempre meditadas con el adecuado reposo o serenidad. Este no es un problema del paciente, ni del médico, ni del equipo de salud. Es un problema de Salud Pública. Es altamente probable que una población atendida por una especialidad diezmada, sobre-exigida, inadecuadamente remunerada, o con condiciones laborales adversas, se vea sometida a riesgos que eleven la morbimortalidad infantil o que al menos no contribuyan a su reducción.⁸ También debemos mencionar los

riesgos personales de quien se obliga a convivir con el elevado nivel de estrés asociado a la terapia intensiva, al que se agrega el de las condiciones laborales adversas. Por último están los riesgos asociados a la praxis médica, en un contexto de litigiosidad aumentada, no solo por cometer errores con irreparables costos para los pacientes, sus familias y el equipo de salud, sino por la marcada exposición a la que estamos expuestos quienes tomamos decisiones críticas en pacientes altamente vulnerables. No basta con la declaración de inocencia al final de un penoso camino judicial; los costos morales, anímicos y económicos de una demanda, sumados a los costos enormes de los seguros de responsabilidad profesional, son una pesada carga para mantenerse en la especialidad y mucho más para estimular a quienes comienzan su formación profesional.

Condiciones laborales y remuneración

Resulta peligroso caer en el reduccionismo de que todo se soluciona exclusivamente con más dinero. Es evidente que si existen diferentes honorarios ante tareas iguales, podría tratarse de una injusticia. Pero suele omitirse, que igual remuneración ante tareas que demandan una formación diferenciada, actualización más costosa, riesgos asociados a los cuidados críticos y riesgos médico-legales aumentados, implica un marcado agravio comparativo. Esta situación podría resultar disuasiva al momento de elegir la especialidad. Para no simplificar la cuestión a un tema pecuniario, debemos agregar que las condiciones de trabajo ocupan un lugar jerárquico en esta disuasión. Las características del modelo asistencial neonatal en nuestro país hacen que a la presión asistencial en general, se sume la multiplicidad de funciones y responsabilidades. Si bien no siempre existe simultaneidad en la necesidad de realizar intervenciones urgentes, las responsabilidades aditivas de la terapia intensiva, más los cuidados intermedios, los partos y cesáreas, las consultas en internación conjunta, las consultas ambulatorias, implican un grado de tensión que no es deseable para un profesional de guardia. Esto puede diferir según el tamaño de la institución, pero es una realidad presente en gran parte de las instituciones de nuestro país y se resolvería mediante la redefinición de roles planteada en párrafos anteriores.

Modelo de atención basado en guardias

Las guardias de 24 h son un desafío. Puede ir en gustos la elección del tipo de jornada laboral, pero no parece sensato creer que una persona

que tiene en sus manos decisiones vitales o acciones que requieren celeridad y precisión milimétrica, pueda responder con la misma eficacia recién descansada que luego de una guardia de 24 h.⁹ No es humano, ni racional, ni seguro para los pacientes y los médicos, trabajar en estas condiciones. Este fenómeno ha sido reconocido por las compañías de seguros de responsabilidad profesional en algunos países desarrollados, que limitan la cobertura cuando se superan las 24 h de jornada laboral. La duración de 24 h de la guardia (o la suma del horario de planta más la guardia) no parecen ser deseables por la mayoría de los profesionales que vemos como un hecho distorsivo de la vida familiar o personal el trabajar tantas horas continuas. Si bien esta modalidad podría ser aceptada como un mal necesario durante una etapa puntual de la vida profesional, resulta demoledor pensar que se deberá hacer guardias hasta llegar a la edad jubilatoria a los 60, 65 o más años de edad. Si la alternativa fuese dejar de hacer guardias y quedar con las tareas de planta o de atención ambulatoria, a expensas de resignar parte de los honorarios, no solo significaría su merma, sino que también impactaría de un modo insostenible en los haberes jubilatorios, que computan como valor solo los últimos 10 años de aportes. Como se puede ver, este sistema resulta en una extorsión a quienes desean dejar de hacer guardia a una edad razonable, planteando la opción entre trabajar en condiciones inadecuadas o tirar por la borda décadas de aportes jubilatorios por las guardias realizadas.

El empleo múltiple

Por la escasez de cargos con dedicación de tiempo completo, o por la necesidad de independizarse de las guardias como forma de sustento económico, o por la búsqueda de alternativas de un trabajo futuro más acorde con las necesidades personales y familiares, o por el mero hecho de generar ingresos mínimos necesarios, se suele apelar a múltiples fuentes laborales. Se observa la paradoja de ciudades que tienen una adecuada cantidad de neonatólogos, pero no se cubren los cargos necesarios porque la mayor parte se dedica también a la pediatría ambulatoria.

Escasa representación gremial

Uno de los problemas que pueden dar origen a la falta de especialistas es la inexistencia de actividad gremial sólida y representativa. La negociación gremial puede anticipar el conflicto y plantearlo en una situación temprana y en un

ámbito adecuado, marcando alternativas posibles. Esto implica a veces convivir con cierto nivel de tensión o conflicto, pero también permite evitar situaciones mucho más graves: pronto llegaremos a un punto en el que aunque se quiera pagar más, no habrá quien haga estas tareas y este error no se resuelve en días ni meses, sino en muchos años, con las consiguientes consecuencias sanitarias.

PROPUESTAS PARA MODIFICAR ESTA SITUACIÓN

Nuestro sistema de salud no parece estar a la altura de las necesidades de nuestra población. Independientemente de las consideraciones ideológicas, existe una distorsión entre lo que se gasta en salud y los resultados obtenidos. La superposición de acciones en los diferentes subsistemas, la falta de coordinación entre sus instituciones, la prioridad que tienen los intereses de estos efectores por sobre las necesidades de la comunidad, etc., y por otro lado la miopía de quienes desde una perspectiva burocrática entienden el federalismo de un modo dogmático y lo ponen por encima de los intereses de la población, generan un modelo sanitario costoso y excluyente, que abunda en inequidades, y con un grado de ineficiencia inaceptable. Si bien es un tema que merece una discusión aparte, no podemos dejar de mencionar que el impacto que tienen estas falencias sobre la salud materno-infantil es enorme, y que un sistema de salud único, universal y con financiamiento equitativo podría ser la piedra angular para que cambie estructuralmente la atención sanitaria de nuestro país. Es justo reconocer los esfuerzos de la actual Dirección de Maternidad e Infancia y del Consejo Federal de Salud para buscar alternativas dentro del modelo actual, pero no debemos perder de vista la necesidad de realizar cambios más profundos que permitan revertir esta situación.

En primer lugar, parece necesario dejar de tomar medidas aisladas y plantear nuevos paradigmas asistenciales.¹⁰ En este sentido la organización de "Maternidades Seguras" y el proceso de regionalización que se intenta poner en marcha parece ser un primer paso. Los cambios en la atención perinatal no deberían enfocarse desde perspectivas sectoriales, sino que deberían emplearse criterios de planificación estratégica que permitan el concierto de los diferentes subsectores al servicio de las necesidades reales de la población y a consideraciones de organización que rompan barreras administrativas y geográficas innecesarias. Una coordinación administrativa superadora podría optimizar los recursos existentes y permitir

una reorientación del sistema de atención médica hacia un modelo más eficaz.¹¹ A la regionalización geográfica deberíamos acompañarla de cambios en la modalidad de atención al servicio de ella. La redefinición de los roles del pediatra y el neonatólogo son fundamentales para darle sustrato a este cambio y para esto se requiere una fuerte participación de las autoridades sanitarias, las sociedades científicas y los responsables académicos del proceso de formación de pediatras y neonatólogos. El nacimiento de un niño sano es una oportunidad de intervención fundamental en la puericultura y los pediatras deberían participar activamente durante el mismo. Los contenidos de los programas de las carreras de especialista, residencias y concurrencias, los requisitos para su ingreso, la duración del proceso formativo, el perfil profesional de cada especialidad, deberían ser replanteados y readecuados a la realidad actual. Existen experiencias interesantes realizadas por sociedades de pediatría europeas que podrían aportarnos elementos de valor en este aspecto.¹²

La reducción del análisis, como otrora hiciera algún ex ministro de salud bonaerense, a cuestiones de falta de vocación, solo agrava y distrae el problema. La vocación debería ser estimulada desde el propio proceso formativo e incentivada por un sistema que reconozca las características intrínsecas de cada especialidad y se adapte a ellas, creando condiciones que compensen los riesgos y sobreexigencias de las áreas que resulten críticas.

En relación con las condiciones de trabajo, riesgos laborales y empleo múltiple, debería plantearse un marco regulatorio de los horarios, con tiempo dedicado a la formación, con reducción de carga horaria para áreas críticas y la recomendación explícita de no continuar la jornada laboral luego de la guardia. Es imprescindible debatir sobre la modalidad de guardias de 24 h. El reconocimiento de las necesidades de descanso de quienes se desempeñan en áreas de cuidados intensivos debería contemplar períodos de vacaciones suficientes en cantidad, frecuencia y remuneración, a los fines de prevenir el desgaste profesional (*burn-out*).^{13,14} Con respecto al régimen jubilatorio, podría implementarse una categoría de excepción a los que realizan guardias, ya sea anticipando la edad jubilatoria en general, o bien establecer una jubilación parcial a una edad razonable, de las tareas de guardia. Esto permitiría seguir activo para las tareas de planta y docencia, y también dejar de hacer guardias a edades no recomendables. Se deberían estimular los nombramientos de plan-

ta, con estabilidad, de modo que además de contar con trabajos de mayor calidad, se le brinde al paciente la posibilidad de contar con mayor coherencia en el tratamiento que con el modelo de médicos de guardia de 24 h semanales. Para ello, deberíamos contar con mayor compromiso institucional, requiriendo por parte del Estado, que se realicen concursos regulares y se eviten inexcusables demoras administrativas en la designación de los recursos humanos escasos, que reflejan un grave desinterés por resolver una problemática de gran relevancia sanitaria.

La falta de especialistas de áreas críticas es un problema que nos afecta a todos, pero que tiene responsabilidades claras. Los legisladores de las comisiones de salud de las diferentes cámaras, los responsables del sistema previsional, los ministros o secretarios de salud de las diferentes regiones, las sociedades científicas, universidades, etc., tienen en sus manos la posibilidad de aportar respuestas a estos problemas y la comunidad médica tiene la responsabilidad de debatir y proponer alternativas superadoras para lograr un modelo de atención como todos nos merecemos. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Kurlat I, Quiroga A, Pacchioni S. Atención neonatal en la Argentina. PRONEO programa de actualización en neonatología. *Duodécimo Ciclo* 2011;1:173-204.
2. Speranza A, Lomuto C, Santa María C, Nigri C, Williams G. Evaluación de Maternidades públicas argentinas, 2010-2011. Sala de situación. *Rev Argent Salud Pública* 2011;2(9):43-47.
3. Grandi C, González A, Meritano J, y grupo colaborativo Neocosur. Riesgo de morbilidad neonatal de recién nacidos <1500 g asociado al volumen de pacientes, personal médico y de enfermería: una investigación multicéntrica latinoamericana. *Arch Argent Pediatr* 2010;108(6):499-510.
4. Halac E, Moya MP, Olmas JM. Cada vez menos neonatólogos: ¿Crónica de una muerte anunciada? Carta al editor. *Arch Argent Pediatr* 2008;106(5):477-9.
5. Ceriani Cernadas JM. La insatisfacción en la práctica médica. Editorial. *Arch Argent Pediatr* 2011;109(6):474-5.
6. Soria RM. Recursos humanos en las unidades neonatales. *Arch Argent Pediatr* 2010;108(6):488-9.
7. Fariña D, Rodríguez S, González C, Toledo S, et al. Análisis causa-raíz de los factores vinculados a la muerte de recién nacidos internados en maternidades públicas de Argentina. *Rev Argent Salud Pública* 2010;1(3):13-17.
8. Rossato N. El desafiante mundo del recién nacido normal. Comentario. *Arch Argent Pediatr* 2011;109(4):292-4.
9. Domínguez P, Grosso ML, Pagotto B, Talierto V, Allegri R. Efectos de la privación de sueño en el desempeño de los médicos residentes de pediatría. *Arch Argent Pediatr* 2009;107(3):241-5.
10. Ceriani Cernadas JM. Participación de los médicos asistenciales en las deficiencias sanitarias y en el cuidado de la salud en nuestro país. Editorial. *Arch Argent Pediatr* 2011;109(2):98-9.
11. Speranza AM, Kurlat I. Regionalización del cuidado perinatal: Una estrategia para disminuir la mortalidad infantil y la mortalidad materna. *Intervenciones Sanitarias. Rev Argent Salud Pública* 2011;2(7):40-2.
12. Domenech E, González N, Rodríguez-Alarcón J. Cuidados generales del recién nacido sano. Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de la AEP: Neonatología. 2008. [Acceso: 05-07-2012]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2_2.pdf.
13. Cacchiarelli N, Usandivaras IM. El desgaste profesional en las unidades de cuidado intensivo neonatal. PRONEO programa de actualización en Neonatología. *Décimo Ciclo* 2010;3:173-96.
14. Pistelli Y, Perochena J, Moscoloni N, Tarrés MC. Síndrome del desgaste profesional en médicos pediatras. Análisis bivariado y multivariado. *Arch Argent Pediatr* 2011; 109(2):129-34.