

Alejandro Riso Vázquez: “La interacción con los docentes me permitió adquirir conocimientos teóricos y prácticos de gestión”

La necesidad de médicos intensivistas se suma a otras especialidades que tienen un fuerte impacto en áreas críticas de la salud. Lo económico y las condiciones laborales como factores determinantes. El valor de las residencias médicas

Es médico especializado en medicina crítica y terapia intensiva. Se graduó en la Maestría en Economía y Gestión de la Salud de la Universidad ISALUD y realizó una diplomatura en Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Actualmente, es adjunto en la Dirección Médica del Sanatorio Otamendi, donde lidera proyectos de gestión clínica, operativa y educación. Y desde el 2021 ocupa el cargo de coordinador del área de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto Nacional del Cáncer. En un artículo de su autoría hizo un fuerte llamado por la escasez de médicos intensivistas, de las especialidades como enfermería y kinesiología en áreas críticas, que la pandemia había hecho visible. “Somos una especie en extinción”, señaló en su momento y llamó a revertir esa tendencia, ante la aparición cada vez mayor de patologías que requieren de un soporte especializado.

–¿Cuáles son los factores que determinan esta situación crítica de escasez de médicos intensivistas?

–La pandemia no hizo más que sacar a flote un problema que venimos hablando desde hace ya bastante tiempo sobre la falta de especialidades en áreas críticas como terapia intensiva para adultos, pediatría, neonatología, donde el déficit en recursos humanos es grande. Son especialidades que tal vez no tienen grandes beneficios y es muy complejo el sistema, pero llegó la pandemia, nos puso a los intensivistas a resistir en el frente y hoy *la sentimos como una oportunidad perdida*, porque si bien fuimos reconocidos en ese momento, cuando uno se pone a mirar hacia atrás, nada cambió y seguimos en una situación pre-pandemia, con las mismas dificultades y en un sistema de salud que cruje, al igual que sus recursos humanos. ¿Cuál es



“Cuando uno se pone a mirar hacia atrás, hoy nada cambió y seguimos en una situación pre pandemia, con las mismas dificultades y en un sistema de salud que cruje, al igual que sus recursos humanos”

la razón? Hay múltiples factores, los hay económicos, con la parte salarial que impacta en lo laboral, y otros que son propios de una especialidad altamente calificada, que lleva varios años de formación. Un recurso humano en terapia intensiva requiere 4 años de formación intensa, y que luego se encuentran con guardias muy precarias y mal remuneradas. La tesis que estoy terminando es sobre el déficit de los recursos humanos en terapia intensiva en pre y pos pandemia. No hay muchos datos sobre eso, somos un país que nos faltan datos para aproximarnos a una idea y poder gestionar.

–Mencionaste el tema de las guardias ¿cómo se sale del colapso?

–No hay que generalizar, pero las guardias tienen otro fin, que es atender las urgencias y emergencias, y hay muchas consultas que no son de guardias, nosotros mismos mal utilizamos el servicio y eso repercute en guardias colapsadas, donde se producen muchas más demoras que las deseables. El sistema de salud propio hace que eso se fomente, tenemos horarios muy acotados de atención, muchas veces en lo que es el sistema público, el que tiene la posibilidad de tener seguridad social o de un seguro médico privado también tie-

ne las guardias agolpadas porque el plantel médico es insuficiente. En los últimos años hay una gran migración hacia actividades más independientes, en consultorios, y eso hace que el número de profesionales también decaiga. Además, tenemos un esquema de incentivos que en los últimos seis meses está menos incentivado y el sistema al no estar ordenado, tampoco cumple con brindar una buena información que le permita a la persona acudir a un centro de primer nivel de atención más cercano a su domicilio, lo que ayudaría a disminuir la concentración en las guardias hospitalarias e ir cambiando las prioridades. Por estas cuestiones es que necesitamos discutir mucho el déficit del sistema de salud, desde la política para abajo, con todos los actores del sistema y teniendo en cuenta que estamos en una situación grave, muy crítica.

–¿Qué tareas realiza un médico intensivista?

–Para capacitar a un médico intensivista se requieren muchos años de formación, que en mi caso fueron como 10 años, con los de residencia, cargos que hoy prácticamente están vacíos, y eso hace que el sistema cruja de alguna manera porque cuando uno se atiende en una guardia se encuentra, en muchos

casos, con médicos sin alguna experiencia previa porque no es lo mismo el sistema de residencias que la preparación fuera de él, y las residencias son el paso que los médicos tienen que dar al salir de la universidad. Los intensivistas se forman y entrenan para atender el cuidado crítico y el tratamiento de los pacientes más enfermos, aquellos que sufrieron algún tipo de politraumatismo, tienen insuficiencia respiratoria, algún tipo de hemorragia cerebral, infarto o requieren de seguimiento posquirúrgico. Durante la pandemia, además, el médico intensivista estuvo expuesto a un gran desgaste porque los pacientes complejos demandaron mucha atención personalizada. Por eso, no es un tema de ahora, viene de mucho antes y *hay que modificar la formación* para mejorar las condiciones laborales y salariales de los intensivistas, si en realidad no queremos que más médicos emigren a otras áreas con menos presión y carga laboral.

–¿De qué manera se puede revertir esta tendencia?

–Creo que inicialmente hay que plantearse qué sistema de salud queremos, cuál es el rol del sistema público, cuál el de la seguridad social y los seguros de salud. Es necesario tener tener un engranaje con acciones que puedan ser sincrónicas para mejorar el sistema. Además, es importante entender que el nuestro es un sistema de salud totalmente fragmentado, cada provincia tiene su ministerio, lo que hace necesario un Ministerio de Salud con un rol rector de las políticas públicas de salud y donde cada ministerio provincial a partir de ahí pueda continuar una línea de trabajo. Hay muy buenos profesionales, con calificada experiencia en la gestión, muchos de esos referentes han sido y son docentes en la Universidad ISALUD, y por eso creo que hace falta un gran debate y tener la decisión política de trazar los lineamientos



“Hay que modificar la formación para mejorar las condiciones laborales y salariales de los intensivistas, si en realidad no queremos que más médicos emigren a otras áreas con menos presión y carga laboral”

de un programa que trascienda los gobiernos, porque no es posible hacer las reformas o cambios que se necesitan si cada 4 años nos manejamos con directrices muy diferentes.

–¿Cómo graduado de la Universidad ISALUD, qué le aportó la maestría a tu proceso de formación?

–En el recorrido que fui haciendo durante mi primera maestría en Economía y Gestión de la Salud, la interacción con los docentes de la Universidad me permitió, además de lo teórico, llevarme ese *expertis* que muchos de ellos traen de la gestión, y que se convierte en un plus a la hora de abordar temas de gestión. Eso es algo muy palpable en la práctica y el mismo estímulo que recibía de ellos me llevó además a realizar la maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social, y más tarde la diplomatura en Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Ahora que estoy en la gestión privada, uno también puede palpar la disparidad entre un sector y otro, la cuestión de los tiempos y la eficiencia, el *timing* para los cambios suelen ser más dinámicos en el sector privado que en el público, el tema de los recursos y de los gastos que en ambos son finitos. En ambos sectores, si hay estímulos, si hay ganas y un horizonte, las cosas se pueden mejorar. 