



DOCUMENTO DE PROTECCION, RECONOCIMIENTO Y JERARQUIZACION DE LA TAREA ESPECIALISTA: MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA- COMITÉ DE ASUNTOS LABORALES SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

GENERALIDADES: Este Documento se crea por iniciativa de la Regional Patagónica SATI, en base a encuestas sobre las necesidades que desde hace años los intensivistas reclamamos, para luego extenderse al resto de las Regionales. Culminada la primera versión, da lugar a la reactivación del CAL (Comité de Asuntos Laborales) de SATI, con el objetivo de trabajar cada uno de los puntos y siendo los principales de índole laboral, colaborar en la reactivación de los trámites iniciados en 2016 para la creación del Sindicato SUTTIRA (Sindicato Unico de Trabajadores de Terapia Intensiva de la República Argentina)

EQUIPO DE TRABAJO:

FILIALES QUE INTEGRAN LA REGIÓN PATAGÓNICA:

Delegados Regionales: Ceferino Romero. Jefe UTI Clínica del Valle SRL.

Viviana Romero. Directora Médica Clínica del Valle.

- Filial Golfo San Jorge: Mariel García. Jefe UTI Hospital Regional Comodoro Rivadavia.
- Filial Trelew-Puerto Madryn: Gabriel Fernández. Coordinador UTI Clínica San Miguel. Trelew
- Filial Río Gallegos: Osvaldo Rubio. Jefe UTI Río Gallegos
- Filial Comahue -Neuquén: Jorgelina Guyon. Jefa UTI Clínica de Imágenes
- Filial Río Negro: Cristina Orlandi. Jefa de Terapia Intensiva, Hospital López Lima
- Filial Tierra del Fuego: Benavent Gustavo. Coordinador médico UTI Cemep Tierra del Fuego

- Colaboradores: Víctor Sciuto, Cristina Villegas, Diego Figoni, Victoria Sol Cubas, Silvana Svampa, Florencia Jansma.

PUNTOS A CONSIDERAR:

- 1- INSERCIÓN DE LA ESPECIALIDAD CRÍTICA EN LA CURRÍCULA DE PREGRADO**
- 2- RECONOCIMIENTO A LAS RESIDENCIA DE TERAPIA INTENSIVA**
- 3- RECONOCIMIENTO A LA TAREA ESPECIALIZADA**
- 4- RECONOCIMIENTO A LA TRAYECTORIA DEL TERAPISTA**
- 5- RECONOCIMIENTO DEL ÁREA DE TRABAJO**
- 6- RECONOCIMIENTO DE JUBILACIÓN BAJO RÉGIMEN ESPECIAL**



1-Inserción de la Especialidad Crítica en la Currícula de pregrado.

PROPUESTA

Inserción de la temática a través de la materia “TERAPIA INTENSIVA”, como formación complementaria y optativa en el último año de la carrera de Ciencias de la Salud. La duración será de 4 a 6 meses. mediante clases teóricas y actividades prácticas realizadas en una Unidad de Cuidados Intensivos local.

Fundamento:

El paciente crítico es aquel gravemente enfermo, que se encuentra fisiológicamente inestable, por un proceso potencialmente reversible que pone en peligro su vida. Es aquel que no puede mantener su homeostasis sin intervención y cuya situación patológica puede afectar uno o más sistemas, que hacen necesario la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado; requiriéndose para este proceso un médico especializado.

A pesar de la importancia en la medicina moderna de los servicios de terapia intensiva, la medicina crítica suele no ser incluida en los programas universitarios de nuestro medio, tal vez por percibirse demasiado especializada y alejada de las necesidades cognitivas de un futuro médico general. Hoy debemos repensar esta idea y redimensionar lo que debe ofrecer la carrera de medicina, en vista de las necesidades en Argentina y sabiendo que el paciente crítico, que hasta hace poco era patrimonio exclusivo de las unidades de medicina intensiva, hoy en día se traslada a otros ámbitos; y es frecuente aplicar medidas terapéuticas y diagnósticas propias de esta especialidad en otras áreas como la urgencia y, cada vez más, la calle.

Es importante que el alumno en formación médica pueda conocer los principales algoritmos y procedimientos destinados a la estabilización del paciente grave. Esta estabilización se ha demostrado como paso fundamental de cara al pronóstico vital inmediato y funcional a mediano y largo plazo. El alumno podrá observar la manera en



DOCUMENTO DE PROTECCION, RECONOCIMIENTO Y JERARQUIZACION DE LA TAREA ESPECIALISTA: MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA- COMITÉ DE ASUNTOS LABORALES SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

que se integran hipótesis diagnósticas con fuertes bases fisiopatológicas y el abordaje multidisciplinario de pacientes complejos médicos y quirúrgicos, y observar problemas éticos en la práctica clínica y asociados a la relación clínica médico-paciente-familia.

PROGRAMA DE LA MATERIA

I. DESCRIPCIÓN DE LA ASIGNATURA

La asignatura pretende proporcionar a los alumnos las competencias básicas necesarias para priorizar la atención a un enfermo grave o crítico de cualquier origen, y familiarizarlo con los principales grupos sindrómicos.

La asignatura contribuye a desarrollar las capacidades relacionadas con la toma de decisiones en la atención del paciente grave o potencialmente grave. Para ello se introducen las herramientas analíticas básicas que permitirán al alumno organizar y sistematizar la información. La asignatura también potencia la capacidad del alumno para integrarse y trabajar en equipos multidisciplinarios.

II. APOORTE DE LA ASIGNATURA

La materia permitirá introducir la medicina crítica en la formación de pregrado, con la finalidad de proporcionar al alumno una visión integral de la medicina, desde atención del primer nivel hasta la medicina crítica.

III. INCOMPATIBILIDADES

No existen

IV. RECOMENDACIÓN PARA CURSAR LA ASIGNATURA

Antes de cursar la asignatura que nos ocupa se recomienda que el estudiante haya cursado las asignaturas semiología, medicina interna, farmacología. Es conveniente que haya superado, al menos, la primera de ellas.

V. COMPETENCIAS BÁSICAS

- Lograr que el estudiante se apropie del control de su proceso formativo mediante elementos teóricos y de actitud .



VI. COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

- Adoptar un enfoque estructurado y oportuno para el reconocimiento, la evaluación y la estabilización del paciente grave con fisiología disfuncional.
- Comprender las variables hemodinámicas y de monitoreo en el paciente críticamente enfermo.
- Manejar la tecnología y el uso de drogas importantes como soporte vital (ventilación mecánica, inotrópicos y vasopresores, fluidos, entre otras), la resucitación cardiopulmonar
- Reconocer las diferentes alteraciones multiorgánicas y cómo resolverlas.

VII. COMPETENCIAS TRANSVERSALES

- Reconocer los beneficios del trabajo en equipo.
- Comprender la importancia de la comunicación paciente-familia-médico.

VIII. RESULTADOS DEL APRENDIZAJE

- Aplicar los conceptos básicos y la terminología relacionada a los cuidados intensivos.
- Reconocer y evaluar al paciente críticamente enfermo.
- Seleccionar las pruebas de diagnóstico apropiadas.
- Reconocer e iniciar tratamiento de las enfermedades agudas que amenazan la vida.
- Reconocer los beneficios de una adecuada relación médico-paciente-familia

IX. CONTENIDOS DEL PLAN DE ESTUDIO

1. Reconocimiento del paciente crítico
2. Sepsis/Shock séptico
3. Cardiología crítica
4. Neumología crítica
5. Neurointensivismo
6. Metabolismo y medio interno



7. Trauma
8. Disfunción renal
9. Consideraciones especiales: a. Donación de órganos. Muerte bajo criterios neurológicos; Aspectos éticos y legales; Seguridad del paciente en cuidados intensivos
10. Taller integrador

X. PROGRAMA TEÓRICO

1) MÓDULO INTRODUCTORIO:

1. ¿Qué es un paciente crítico?.
2. ¿Cómo reconocer los primeros signos y síntomas de la enfermedad crítica?
3. Comprender la importancia de la evaluación inicial y el tratamiento temprano del paciente críticamente enfermo.

2) SEPSIS/SHOCK SÉPTICO

1. Sepsis: Definiciones. Epidemiología
2. Fisiología aplicada al paciente séptico. Macrohemodinamia. Microcirculación. Perfusión. Función mitocondrial. Biomarcadores.
3. Fisiopatología de la Sepsis y el shock séptico. Shock, definiciones. Shock séptico. Falla Multi-orgánica.
4. Monitoreo en Sepsis/Shock séptico. Monitoreo Hemodinámico. Monitoreo regionales. Monitoreo de la microcirculación y la perfusión.
5. Reanimación en sepsis. Tratamientos específicos en sepsis.

3) CARDIOLOGÍA CRÍTICA

1. Resucitación cardiopulmonar: el ABC.
2. Síndromes Coronarios Agudos. Presentación clínica y electrocardiográfica. Procedimientos diagnósticos y tratamiento.
3. Síndromes Aórticos Agudos.



4. Crisis y Emergencias Hipertensivas

4) NEUMONOLÓGÍA CRÍTICA:

1. Fisiología respiratoria
2. Insuficiencia respiratoria aguda: definición y clasificación.
3. Fisiopatología y manifestaciones de la insuficiencia respiratoria aguda.
4. Tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda, estrategias de administración de oxígeno. Conceptos básicos de ventilación mecánica.
5. Síndrome de Distres Respiratorio del adulto. Asma. EPOC.

5) NEUROINTENSIVISMO

1. Lesión cerebral primaria y secundaria. Mecanismos comunes de daño neuronal. Conceptos básicos de hipertensión endocraneana.
2. Evaluación clínica y diagnóstica de un paciente con lesión cerebral.
3. ACV isquémico. ACV hemorrágico (hemorragia subaracnoidea, hematoma intraparenquimatoso).
4. Evaluación del coma y otras alteraciones de conciencia.
5. Tratamientos generales comunes y específicos para la lesión cerebral.

6) METABOLISMO y MEDIO INTERNO:

1. Medio interno.
2. Generalidades y trastornos ácido base.
3. Metabolismo del agua.
4. Insuficiencia renal aguda.
5. Cetoacidosis Diabética. Estado hiperosmolar no cetósico.

7) TRAUMA

1. Evaluación inicial del paciente traumatizado. Lesiones traumáticas que amenazan la vida. Tratamiento inicial.
2. Traumatismo encefalocraneano grave. Diagnóstico y tratamiento.
3. Manejo del politraumatizado en la Terapia Intensiva.



4. Diagnostico y manejo temprano de quemados.

8) CONSIDERACIONES ESPECIALES:

1. Donación de órganos. Muerte bajo criterios neurológicos;
2. Aspectos éticos y legales en cuidados intensivos.
3. Seguridad del paciente en cuidados intensivos

XI. PROGRAMA PRÁCTICO

Las actividades prácticas permiten al alumno conocer e incorporar la perspectiva del hacer médico, que tiene como principio básico una medicina centrada en la persona y no en la enfermedad.

El contacto con el paciente actúa como verdadero catalizador del proceso de aprendizaje, y despierta el interés y el compromiso de cuidar. El alumno se dedica con esfuerzo nuevo y busca información relevante para el caso del paciente que está a sus cuidados, y mejora su empeño en integrar los conocimientos que adquiere en las diversas disciplinas.

Este contacto con el paciente y su familia es un importante recurso que permite al alumno entender el motivo por el cual debe desarrollar la dimensión humana en su vida profesional.

- 1- Resucitación cardiopulmonar: simuladores.
- 2- Métodos de administración de oxígeno: cánulas, máscaras y ventilación mecánica.
- 3- Tipos de soluciones. Métodos de infusión.
- 4- Accesos venosos: simuladores.
- 5- Monitoreo hemodinámico.
- 6- Trastornos ácido-base: resolución de problemas.
- 7- Neuromonitoreo



XII. OBJETIVOS

Fomentar, impulsar y fortalecer los conocimientos científicos, las capacidades, habilidades y destrezas de los estudiantes de medicina, respecto al paciente crítico

XIII. METODOLOGÍA DOCENTE

ACTIVIDAD	TÉCNICA DOCENTE	TRABAJO DEL ESTUDIANTE	HORAS
Clases Teóricas	Clase expositiva e interactiva, con resolución de problemas.	Presencial y no Presencial: Estudio de los temas, Planteamiento de problemas.	20 hs
Resolución de ejercicios y casos prácticos	Se plantea cada ejercicio y se da un tiempo para que el estudiante intente resolverlo. Se resuelve con talleres, en ocasiones, con la participación de estudiantes voluntarios.	Presencial y no Presencial: Estudio de la materia. Participación. Resolución de ejercicios propuestos por el docente Planteamiento de dudas	10 hs
ACTIVIDAD	TÉCNICA DOCENTE	TRABAJO DEL ESTUDIANTE	HORAS
Tutorías	Resolución de dudas sobre teoría, ejercicios, manejo del paciente críticamente enfermo.	No presencial: Planteamiento de dudas por correo electrónico y por el campus; Definir algunos encuentros online.	
Búsqueda bibliográfica	Se incentivará la búsqueda bibliográfica para ampliar los conocimientos de los distintos temas, a tal fin se revisarán	No presencial: Planteamiento de dudas por correo	



DOCUMENTO DE PROTECCION, RECONOCIMIENTO Y JERARQUIZACION DE LA TAREA ESPECIALISTA: MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA- COMITÉ DE ASUNTOS LABORALES SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

	brevemente los sistemas de búsqueda web.	electrónico y por el campus	
Taller de caso	Se realizará la exposición de un caso clínico al finalizar cada módulo, con el objeto de desarrollar el razonamiento e integrar conocimientos.	Presencial convencional: Participación. Planteamiento de dudas. No presencial: a través de talleres	2 hs
Prácticas	Se realizará mediante resolución de problemas y discusión de casos, con el docente especialista, en el contexto de la unidad de cuidados intensivos. Guardia en la unidad en cuidados intensivos bajo la supervisión del docente especialista.	Presencial: Participación. Planteamiento de dudas.	Dos días de 4 hs cada vez, en horario de mañana 8 a 12 hs Una guardia de 12 hs (8 a 20 hs)
Taller integración teórico-práctico	Mediante la realización de talleres con casos clínicos. Simuladores.	Presencial: Participación. Planteamiento de dudas.	
Evaluación	Monografía	No presencial: Planteamiento de dudas por correo electrónico y por el campus	

XIV. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

POR PORTAFOLIO.

- La asistencia debe ser de un 80% en clases teóricas y la práctica de 12 hs, de tipo guardia guiada, para poder acceder a la evaluación final.



DOCUMENTO DE PROTECCION, RECONOCIMIENTO Y JERARQUIZACION DE LA TAREA ESPECIALISTA: MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA- COMITÉ DE ASUNTOS LABORALES SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

- Evaluación por parte de los tutores en los aspectos prácticos.
- Evaluación mediante examen final.
- Posibilidad de realizar un trabajo sobre cualquiera de los temas del programa que permitiría mejorar la nota final del estudiante.

Se ofrecerá al estudiante la posibilidad de completar el período de formación práctica mediante la realización de un trabajo de revisión o investigación (monografía). Este trabajo servirá para aumentar la calificación final de la asignatura y tendrá carácter voluntario.

Deberá entregarse la monografía hasta 30 (treinta) días después de finalizado el curso.

Requisitos monografía:

- Características:
 - A4, 10 hojas mínimo, máximo 15, simple lado.
 - Arial n° 12, interlineado 1.5.
 - Margen normal (2,5 cm superior e inferior y 3 cm derecho e izquierdo)
- Estructura:
 - Carátula: Datos filiatorios del autor, año de cursada y mail de contacto.
 - Índice: Organización esquemática de la información total del trabajo.
 - Introducción. Abordaje previo de la temática y generación de un marco de referencia para entender la temática.
 - Desarrollo: En donde ocurre el desarrollo total del tema de investigación.
 - Discusión: Apartado breve en donde se discuten las evidencias más importantes del tema de investigación.
 - Conclusión: Apartado final en donde se dan las conclusiones obtenidas una vez abordado el tema de investigación.

Bibliografía. Relación metodológicamente organizada de fuentes consultadas (en formato Vancouver).

XV. BIBLIOGRAFÍA



DOCUMENTO DE PROTECCION, RECONOCIMIENTO Y JERARQUIZACION DE
LA TAREA ESPECIALISTA: MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA- COMITÉ
DE ASUNTOS LABORALES SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

- 1) S. Svampa. Programa Seminario Universidad del Comahue, Neuquen. 2019.
- 2) Med. crítica (Col. Mex. Med. Crít.) vol.32 no.3 Ciudad de México
may./jun. 2018 Epub 27-Mar-2020
- 3) Williamson K, Bisaga A. Paquette K, Lovell E. The Prevalence of methicillin-
resistant Staphylococcus aureus colonization in emergency department fast track
patients. World J Emerg Med 2013; 4(4): 278 – 279.
- 4) Keniehl E, Becker A, Forter DH. Bed, bath and beyond: pitfalls in prompt
eradication of methicillin-resistant Staphylococcus aureus carrier status in
healthcare workers. J Hosp Infect. 2005 Mar; 59(3) : 180-7. Pathare NA, Tejani S,
Asogan H. Comparison of Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus in Healthy
Community Hospital Visitors (CA – MRSA) and Hospital Staff (HA – MRSA).
Mediterr J Hematol Infect Dis. 2015 Oct 7; 7(1): e2015053.



2-Reconocimiento a la Residencia de Terapia Intensiva y cambios en el Regimen

PROPUESTA

- Todas las Residencias habilitadas en Terapia Intensiva, públicas o privadas, gozarán del beneficio adicional del 50% en relación a otras especialidades para favorecer esta especialidad.
- Las guardias del Residente serán de 12 hs
- Se Mantendrá el sistema de tele revista entre la Residencias
- El jefe de residentes tendrá un 40% adicional a las otras especialidades y podrá destinar un 20% de sus horas, a capacitación específica que desee.
- El jefe de Residentes podrá acceder a una beca de investigación otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento
- Se realizará una segunda fecha extraordinaria de llamado a concurso para Terapia Intensiva tratando de cubrir los cargos que quedaron vacantes en el llamado anual.

Fundamento:

Esta Especialidad, por sus características, es poco elegida por los médicos que egresan de la Universidad, siendo preferibles especialidades en las cuales el profesional no debe realizar guardias como parte del ejercicio diario. En la Argentina no hay regulación respecto a los cargos en las distintas especialidades, ello hace que especialidades, por ejemplo, Cardiología o Diagnóstico por Imágenes sean preferidas, quedando desiertos los cargos de Residencia en Terapia Intensiva. Más allá de ello, no hay una diferenciación económica, entre una especialidad en la que el profesional será sometido a estrés, de una especialidad de consultorio, lo que genera escasez de Intensivistas en la Argentina. Por otro lado, y en la situación actual de pandemia, se han favorecido económicamente a los residentes de otras especialidades, siendo que los residentes de Terapia Intensiva han estado frente a pacientes críticos y muchas veces reemplazando a médicos de



DOCUMENTO DE PROTECCION, RECONOCIMIENTO Y JERARQUIZACION DE LA TAREA ESPECIALISTA: MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA- COMITÉ DE ASUNTOS LABORALES SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

planta, sea por aislamientos preventivos, infección, o por extensiones de las UTIs para poder asistir mayor cantidad de enfermos. Hoy son los residentes de Terapia Intensiva quienes junto a los médicos de planta, y no otras especialidades como inicialmente se había planteado.

La falta de recurso humano hace que las guardias sean de 24 hs; y bien sabemos que el agotamiento y la falta de sueño tienen consecuencias sobre la calidad de atención, por lo cual, idealmente se sugiere que debieran ser de 12 hs.

Otro gran inconveniente es que, al finalizar la residencia, el especialista tiene un abanico de ofrecimientos laborales, ya que pocas especialidades contemplan la formación en la asistencia del paciente crítico, procuración de órganos, gestión de servicio, bioética, seguridad de paciente, calidad de atención, y formación docente. Debido a su carácter multifacético y a la baja remuneración, el especialista ya no elige la Jefatura como final de su formación, sino cargos de planta e incluso de gestión. Por lo que creemos necesario estimular a que todas las residencias cuenten con jefe de residentes.

Por último creemos adecuado considerar una segunda convocatoria al ingreso de residencias, mas allá del llamado anual, que ayudaría a cubrir las vacantes.

3-Reconocimiento a la tarea especializada

PROPUESTA

- Profesionales que posean la Certificación de Especialista a través de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva o Universitaria, percibirán, tanto para el sistema público o privado, en relación de dependencia o no, un monto según estructura del salario.
- Exención de ganancias
- Las jefaturas así como las plantas de las UTIs: sólo podrán ser ejercidas por especialistas

Fundamentos



DOCUMENTO DE PROTECCION, RECONOCIMIENTO Y JERARQUIZACION DE LA TAREA ESPECIALISTA: MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA- COMITÉ DE ASUNTOS LABORALES SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

Está demostrado que el recurso humano especializado es el mayor determinante para la sobrevivencia de pacientes críticamente enfermos, evita sus complicaciones y disminuye los costos hospitalarios, ya que reduce la estancia en terapia intensiva y en el hospital. El adiestramiento que reciben los intensivistas les permite tratar rápida y racionalmente a estos pacientes. Las guardias médicas y el mantenimiento del donante que exigen largas jornadas, son inherentes al trabajo del intensivista.

Los avances tecnológicos y la complejidad de estos pacientes exigen una alta capacitación para su monitorización y vigilancia, con protocolización adecuada de las patologías. La utilización inadecuada de la tecnología puede significar poner en riesgo la seguridad del paciente. Se exige conocimientos en Informática y gestión para administración de los Servicios de Terapia Intensiva.

La Sociedad Argentina de Terapia Intensiva asegura que existe déficit de especialistas para cubrir las necesidades en las UTIs, habiendo tenido impacto en situación de pandemia, donde se evidenció claramente esta situación. Es necesario recalcar, en este punto, que la presencia del intensivista tiene como efectos:

- Disminución de la mortalidad
- Disminución de los días de estadía en la UTI
- Disminución de los días de ventilación mecánica
- Reducción de los episodios de hipotensión y arritmias cardíacas
- Menor incidencia de insuficiencia renal
- Disminución de los costos de la internación en UTI

Una estructura de salarios acorde, permitirá eliminar o minimizar el pluriempleo y preservar la salud del intensivista. Asimismo, la relación de dependencia protege esta situación.

Estructura de Los Salarios. SATI

La remuneración global que recibe el trabajador debe adecuarse a la importancia de:

- I. Su puesto
- II. Su eficiencia personal



DOCUMENTO DE PROTECCION, RECONOCIMIENTO Y JERARQUIZACION DE LA TAREA ESPECIALISTA: MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA- COMITÉ DE ASUNTOS LABORALES SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

- III. Las necesidades del empleado
- IV. Las posibilidades del sistema: Público / Privado

- I. El puesto

El universo, tanto de Terapias Intensivas y Médicos trabajando en ellas es muy heterogéneo, por lo que sería recomendable diseñar una estrategia de retribución acorde a dicha heterogeneidad.

Con respecto a las UTIs, las hay de diferentes tamaños, categorías, y complejidad de pacientes que asisten. Clasificación SATI:

- Unidad de Cuidados Intensivos Nivel 2
- Unidad de Cuidados Intensivos Nivel 1
- Unidad de Cuidados Intensivos con capacidad docente
- Unidad de Reanimación, Cuidados Intermedios o Cuidados Progresivos

A su vez se podrían clasificar de acuerdo al número de camas:

- De una a cuatro camas
- De cinco a ocho camas
- Nueve o mas camas

	A	B	C
UCC Nivel 2	1 a 4 camas	5 a 8 camas	9 o más camas
UCC Nivel 1	1 a 4 camas	5 a 8 camas	9 o más camas
UCC c/ CD	1 a 4 camas	5 a 8 camas	9 o más camas
UCP/ UVI	1 a 4 camas	5 a 8 camas	9 o más camas



DOCUMENTO DE PROTECCION, RECONOCIMIENTO Y JERARQUIZACION DE LA TAREA ESPECIALISTA: MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA- COMITÉ DE ASUNTOS LABORALES SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

De este modo tenemos 12 categorías diferentes para diagramar un modelo de retribución salarial acorde a la exigencia de los Médicos a cargo de los Servicios.

A ello se puede anexar si realiza actividad docente:

- Con acreditación docente
- Sin acreditación docente

Sin embargo, sabemos que la realidad en la Argentina es que no todas están Categorizadas y/o acreditadas, lo cual dificulta esta Estructura, que por otro lado es fundamental que se consolide, que todas las Terapias Intensivas realicen la Categorización online, para poder ir definiendo a qué Categoría pertenece cada una, y por otro lado soliciten la acreditación docente, en caso de las Terapias Intensivas con residencias o Curso Superior SATI.

Esto va a permitir definir adecuadamente de qué tipo de Terapia Intensiva hablamos y proponer un órgano de contralor para que esto se mantenga en el tiempo y se re categorice periódicamente, por ejemplo, cada 3 años.

En tanto esta estructura se pueda consolidar, en no menos de un año, es que se propone una escala en base a la eficiencia personal.

II. Su eficiencia personal

Respecto a este ítem, los montos fueron estudiados en base a la Encuesta Patagónica de sueldos Básico, valor horas guardia y prácticas (habilidades adquiridas del terapeuta) homologadas con otras especialidades.

Con respecto al plantel Profesional, la heterogeneidad es más amplia, se propone la siguiente clasificación:

Categoría A	< 5 años	ej:35 años
Categoría B	5-10 años	ej: 40 años



DOCUMENTO DE PROTECCION, RECONOCIMIENTO Y JERARQUIZACION DE LA TAREA ESPECIALISTA: MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA- COMITÉ DE ASUNTOS LABORALES SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

Categoría C	10-15 años	ej: 45 años
Categoría D	15-20 años	ej: 50 años
Categoría E	20-25 años	ej: 55 años

4-Reconocimiento a la trayectoria del Terapeuta:

PROPUESTA

Exención de guardias por edad: con 50 años cumplidos, el agente podrá optar por no realizar jornadas de guardia, debiendo redistribuir su horario en actividades inherentes al área o competencias adquiridas: equipos de respuesta rápida, docencia, auditoría, área de calidad y seguridad de paciente, etc; o guardias pasivas.

Fundamentos

Debido a la intensidad del Trabajo del Intensivista, hace suponer que debe haber una “vida útil” referida al periodo de guardias activas. Por otro lado, ya existen terapias intensivas que ponen en práctica este ítem por disposición interna de la misma UTI.

Esta diversificación y capacidad de conversión, se debe a que el intensivista, durante su trayectoria, continúa su capacitación en Áreas de Gestión, Auditoría y Docencia, principalmente.

5-Reconocimiento al ÁREA de Trabajo para el equipo de Terapia Intensiva:

PROPUESTA

- Reconocimiento de Área Crítica a la Terapia Intensiva, conformada por Médicos, Kinesiólogos y Enfermeros.
- El Área implica un monto adicional para cada integrante del equipo

En muchas provincias, los Intensivistas están reconocidos en el ítem “Especialidad Crítica”. Este ítem tiene la característica de poder ser temporario, creando una sensación de inestabilidad en esta condición. Ello no sucede en el caso de “área crítica”,



DOCUMENTO DE PROTECCION, RECONOCIMIENTO Y JERARQUIZACION DE LA TAREA ESPECIALISTA: MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA- COMITÉ DE ASUNTOS LABORALES SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

que hace más sólida dicha condición, para todos los integrantes de las unidades críticas. Tiene un concepto abarcativo del equipo de Terapia Intensiva.

6- Establecimiento de régimen laboral y régimen especial de jubilación en Terapia Intensiva Adultos, Neonatal y Pediátrica

PROPUESTA:

- Régimen laboral: 36 hs semanales
- Régimen de guardia de 12 hs
- Psicoprofilaxis separada de la licencia anual: 14 días
- Régimen Jubilatorio: Veinticinco (25) años de servicios computables, en uno o más regímenes jubilatorios, con prestación de por lo menos quince (15) años bajo el régimen de La Caja de Previsión Social donde presentará legajo para jubilarse. 10 años como mínimo de prestación de servicios en Terapia Intensiva, en Terapias Intensivas nivel 1 y 2 de la República Argentina. Sin límite de edad

Fundamentos

No todas las provincias, en la Argentina, prevén regímenes especiales de trabajo. Ej Provincia de Santa Cruz prevee una carga horaria de 44 hs semanales para el intensivista, sin diferenciación con otras especialidades o médicos no especializados.

Los intensivistas están sometidos a estrés, hipertensión, Síndrome de burn-out, Síndrome de deprivación del sueño que favorece el “error” humano y los accidentes laborales por disminución de la capacidad cognitiva y motora, y ello puede afectar la calidad del servicio, cuyo Funcionamiento se halla normatizado en la Resolución 318/01 del Ministerio de Salud de la Nación

Con estos elementos de juicio, no parece aceptable que el personal a cargo de pacientes críticos no esté protegido por regímenes de trabajos especiales como modo indirecto de protección de los pacientes.



DOCUMENTO DE PROTECCION, RECONOCIMIENTO Y JERARQUIZACION DE LA TAREA ESPECIALISTA: MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA- COMITÉ DE ASUNTOS LABORALES SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

Por otro lado, y en relación al Régimen Jubilatorio, es de reconocer que este personal, se desempeña en un área de riesgo, insalubre y predisponente de vejez prematura. Estas áreas, en su esencia críticas y de alta capacitación y responsabilidad profesional, producen un desgaste físico y mental, sin perjuicio de la edad biológica.

Los riesgos psicosociales inherentes a la especialidad de terapia intensiva incluyen incidentes y accidentes de trabajo ya que las condiciones psicosociales nocivas pueden generar distracciones y por ende accidentes.

Las lesiones por accidentes laborales se dan con mayor frecuencia en aquellos trabajadores expuestos a niveles poco favorables para la salud física y psíquica.

El intensivista se halla expuesto a riesgos físicos: **ruidos** de la aparatología (respiradores, monitores, alarmas) más allá de lo permitido para la seguridad del trabajador, **sustancias altamente contaminantes**: secreciones infectadas con presencia de gérmenes multirresistentes, **radiaciones ionizantes**: exposición a radiaciones en forma diaria, ya que se chequean rutinariamente los pacientes ventilados, sin protección para quien trabajan dentro de la unidad, **agentes químicos**: drogas, antisépticos, latex, etc.; **eléctricos**: manejo de los cardiodesfibriladores, paneles múltiples entradas eléctricas, etc

El contacto con el sufrimiento del paciente y familiares, así como la amenaza permanente de juicios de mala praxis y cotidianos dilemas éticos, generan el estrés laboral agudo y crónico, que se hace más evidente con el transcurrir de los años.

Es evidente que este tipo de actividades que incluyen guardias durante todo el periodo del ejercicio de la profesión, como parte de la prestación de servicio, produce deterioro en la salud prematuramente. Esto exige un alerta constante y sostenido en el tiempo.

Estos fundamentos que justifican un régimen especial jubilatorio, no son sólo beneficios para los agentes, sino también para los pacientes, propiciando el bien común y la calidad de atención de la salud. Basados en la sobrecarga de los años de trabajo y riesgos de posibles accidentes propios o a terceros por distracción.



Referencias:

- Provincia de Buenos Aires: ley 10471 art 26 y modificaciones.
- Ley 20.744/74 Ley de contrato de trabajo. Art 75
- Resolución 318/01 del Ministerio de Salud de la Nación
- Convenio 161/85 de la OIT
- Ley 19587/72 Art 4
- Ley de Carrera Sanitaria Chubut: Ley 2672 art 67
- Provincia de la Pampa: ley 1170 art 82
- Jujuy: ley 5498 art 1
- Prov. De Bs As: Ley 10471 de Carrera Profesional Hospitalaria
- Colegio Argentino de Terapia Intensiva. "Problemática de la Especialidad Terapia Intensiva en la República Argentina"
- Neuquén: ley 2562
- Wallace DJ, Angus DC, Barnato AE, Kramer AA, Kahn JM. Nighttime Intensivist Staffing and Mortality among Critically Ill Patients. N Engl J Med. 2012 May 21. NEJM.org
- Garland A, Roberts D, Graff L. Twenty-four-hour intensivist presence: a pilot study of effects on intensive care unit patients, families, doctors, and nurses. Am J Respir Crit Care Med. 2012;185:738-43.
- Rivers E, Nguyen B, Havstad S, et al. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. N Engl J Med 2001;345:1368-77.
- Blunt MC, Burchett KR. Out-of-hours consultant cover and case-mix-adjusted mortality in intensive care. Lancet. 2000;356:735-736.
- Vincent JL. Need for intensivists in intensive-care units. Lancet. 2000;356:695-396.
- Previgliano IJ. Terapia Intensiva: ¿una especialidad virtual?. Medicina Intensiva 2000;17:114-115
- Campbell V. Intensive Enough? N Engl J Med. 2012 May 21. NEJM.org
- Misiones D-30199/07. Establecimiento de Regímenes especiales de Jubilación para el Personal de Salud.
- La Plata –Bs As- Decreto 2198. Insalubridad a los fines provisionales
- Colegio Argentino de Terapia Intensiva. "Problemática de la Especialidad Terapia Intensiva en la República Argentina"
- Régimen Previsional de la Pcia. de Bs. As. Decreto Ley Nº 9650/80.
- Med. crítica (Col. Mex. Med. Crít.) vol.32 no.3 Ciudad de México may. /jun. 2018 Epub 27-Mar-2020