

# La pandemia de COVID-19 y el reclutamiento de personal de salud para las UTI en Argentina

Una visión de jefes de servicio



*Fernando Daniel Berdaguer Ferrari\**

## Introducción

La pandemia de COVID-19 generó un impacto sin precedentes en los sistemas sanitarios a nivel global, y Argentina no fue la excepción. Se produjeron cambios drásticos en la demanda de personal de salud, las condiciones laborales y la distribución geográfica de los profesionales. Previo a la pandemia, Argentina ya enfrentaba dificultades en la distribución de recursos humanos en salud. La concentración de profesionales en áreas urbanas, la escasez de especialistas en regiones periféricas y la falta de incentivos para la radicación en zonas rurales eran problemáticas persistentes. Con la llegada del COVID-19, la necesidad de reforzar el sistema de salud llevó a la contratación masiva de personal bajo modalidades de emergencia, incluyendo contratos temporales y programas de formación acelerada. Se dio prioridad a profesionales de terapia intensiva, enfermería y bioquímica, lo que implicó un esfuerzo de reclutamiento sin precedentes.

La falta de médicos especializados en cuidados intensivos es una problemática que arrastra varias décadas y se manifiesta en múltiples regiones del mundo desde que esta disciplina comenzó a desarrollarse. Esta carencia ha sido motivo de preocupación permanente, ya que la necesidad de profesionales capacitados en terapia intensiva no ha dejado de crecer (Courtright, 2014).

\* Médico. Magister en Investigación en Ciencias de la Salud (UNT); especialista en Terapia Intensiva (UBA); especialista en Bioética (FLACSO); especialista en Gestión y Dirección de Sistemas de Salud (UNT).

El aumento de los requerimientos en este ámbito es innegable. Por ejemplo, entre 1985 y 2000, en Estados Unidos, la cantidad de camas disponibles en unidades de cuidados intensivos se incrementó un 26%, mientras que en otras áreas hospitalarias se redujo un 31%. Este contraste pone de manifiesto la creciente centralidad de la terapia intensiva dentro del sistema sanitario (Adhikari, 2010).

Entre los factores que explican esta tendencia se encuentran el envejecimiento progresivo de la población y la mayor incidencia de enfermedades críticas. A esto se suman los avances médicos, que han logrado prolongar la vida de pacientes con condiciones que antes resultaban fatales, generando así una mayor necesidad de cuidados complejos y prolongados.

Paralelamente, el perfil profesional del intensivista ha experimentado una transformación significativa. Ya no se limita a la atención dentro de la unidad de cuidados intensivos; actualmente, estos especialistas también integran equipos de respuesta rápida, intervienen en servicios de emergencia y colaboran en centros de atención prolongada, donde tratan pacientes con soporte ventilatorio y en procesos de rehabilitación. Este cambio en las funciones ha ensanchado aún más la brecha entre la cantidad de intensivistas disponibles y la creciente demanda de sus servicios (Dubín, 2021).

Aunque resulta complejo establecer una cifra precisa sobre cuántos intensivistas se necesitan, ya hace más de veinte años un grupo de expertos en Estados Unidos advertía sobre un inminente déficit. Según sus proyecciones, para 2020 se anticipaba una escasez equivalente al 22% de las horas laborales requeridas, cifra que podría llegar al 35% para 2030. Lo más preocupante es que estos cálculos se basaban en una realidad donde solo el 37% de los pacientes en cuidados intensivos eran atendidos directamente por intensivistas, lo cual sugiere que el problema podría ser aún más grave de lo estimado (Angus, 2000; Halpern, 2004).

Desde entonces, distintas organizaciones científicas han hecho llamados urgentes para revertir esta situación. Algunas han señalado que una falta crítica de intensivistas podría deteriorar de forma considerable la calidad del cuidado intensivo disponible para amplios sectores de la población (Ewart, 2004). No obstante, pese a estas advertencias, hasta ahora no se han implementado políticas eficaces para revertir esta tendencia, y el problema continúa profundizándose.

A pesar de la implementación de medidas de emergencia durante la crisis, el período pospandemia plantea desafíos en términos de sostenibilidad y planificación de recursos humanos en salud.

En las líneas que siguen, intentaremos analizar el impacto de la pandemia de COVID-19 en el reclutamiento de personal de salud para las unidades de terapia intensiva en Argentina, desde la perspectiva de jefes de servicio. Buscaremos identificar las principales dificultades en la atracción y retención de intensivistas, evaluar las estrategias implementadas durante la crisis sanitaria y discutir los desafíos actuales y futuros en la planificación de recursos humanos en salud.

## El COVID-19 y la gestión de las unidades de terapia intensiva desde el relato de los jefes

Si bien el presente escrito no tiene la intención de presentarse a sí mismo como un trabajo de rigor científico de tipo cualitativo, consideramos importante algunas reflexiones de la estructuración de este que se tuvieron en cuenta para que la premisa recién mencionada no vaya en desmedro de la calidad de la presentación. Se realizaron cuatro entrevistas a jefes de servicios (A.D., B.V., D.S., J.B.) de cuatro terapias intensivas: una en Tucumán, dos en CABA, y una en Francia, cuyo jefe es un antiguo jefe de terapia intensiva de una terapia en CABA. En cuanto al género, los entrevistados fueron tres hombres y una mujer. Dos terapias intensivas pertenecen al sector público y dos al privado.

Las entrevistas fueron una de forma presencial y tres mediante plataformas de comunicación audiovisual (WhatsApp o Microsoft Teams). Se basó en diálogos abiertos distendidos con tres preguntas orientadoras. Se programaron fecha y hora para realizar las entrevistas fuera del horario laboral del entrevistado o el entrevistador. Durante las entrevistas, se tomó nota de los aspectos más importantes de la misma.

Los temas que se definieron a partir de los datos surgidos de la entrevista fueron: 1) ¿por qué los médicos no eligen terapia intensiva?, 2) ¿cómo fue la gestión de un equipo en tiempo de crisis por la pandemia?, 3) ¿a dónde estamos en el reclutamiento de personal para las terapias intensivas? y 4) ¿cuáles son los desafíos actuales en el período pospandemia?

### 1. ¿Por qué los médicos no eligen terapia intensiva?

Las opiniones al respecto han sido diversas. Hay ideas que se repiten en todos los entrevistados: se trata de una especialidad altamente demandante, tanto a nivel físico como emocional y en términos de tiempo. Además, la remuneración es baja.

“La Terapia Intensiva implica una carga laboral considerable que afecta profundamente la vida familiar y el tiempo personal” (B.V.). “Conlleva grandes responsabilidades y plantea dilemas éticos complejos de manera cotidiana”, destaca A.D. Agrega entonces que, como resultado, el síndrome de desgaste profesional (*burnout* en inglés) es una afección común.

Este síndrome se caracteriza por ser una respuesta persistente frente a situaciones de estrés prolongado, tanto en el plano emocional como en las relaciones interpersonales. Sus principales manifestaciones incluyen una sensación continua de cansancio, desgaste emocional, actitudes de distanciamiento o despersonalización, y una percepción de ineficacia o falta de logro en el ámbito laboral. En el caso de quienes se desempeñan en áreas de cuidados críticos, su aparición suele estar estrechamente vinculada a factores como la alta complejidad de los pacientes atendidos, las exigentes jornadas nocturnas y el clima de tensión constante que predomina en dichas unidades (Embriaco, 2007).

A estas dificultades se suma la baja remuneración, a lo cual J.B. remarcaba que esto “fomenta el pluriempleo como una respuesta para mantener un cierto nivel de vida”. Todos estos factores contribuyen

a que los médicos perciban la especialidad como incompatible con un estilo de vida equilibrado y, en consecuencia, opten por evitarla. Además, “la falta de reconocimiento sobre esta especialidad influye en su escasa elección”, sentencia D.S.

En una investigación impulsada por una red independiente de científicos latinoamericanos se reveló que los médicos dedicados a la terapia intensiva trabajan, en promedio, unas sesenta horas por semana. El 62% de ellos indicó desempeñarse en condiciones laborales poco adecuadas. Solo el 19% expresó estar conforme con la remuneración que recibe. Además un 27% confesó haber considerado abandonar la especialidad, y más de la mitad –un 55%– manifestó su intención de dejar la práctica antes de llegar a la edad jubilatoria (Castro, 2018).

Por su parte, un relevamiento realizado tiempo atrás por el Colegio Argentino de Terapia Intensiva arrojó datos igualmente preocupantes. Entre los intensivistas mayores de 40 años, el 26% seguía realizando al menos dos guardias de 24 horas semanales. El estudio también evidenció una frecuencia alta de alteraciones del estado de ánimo, con una incidencia mayor en hombres (48%) que en mujeres (37%). A su vez, el 46% de los varones y el 34% de las mujeres reportaron sentir una presión laboral constante. En cuanto a la situación económica, el 59% expresó disconformidad con su salario, y el 45% manifestó incertidumbre respecto a su capacidad de sostener la especialidad a largo plazo. No obstante, y a pesar de estas dificultades, un abrumador 83% afirmó que volvería a elegir la especialidad, lo cual pone de manifiesto el fuerte componente vocacional que caracteriza a estos profesionales (Estenssoro, 2013).

En Argentina, existen diversas opciones para la formación de posgrado en terapia intensiva. La residencia en terapia intensiva es el método de capacitación más completo. Existen múltiples hospitales públicos (de gestión nacional, provincial y municipal) y privados que ofrecen formación en esta área, algunos de ellos en conjunto con cursos de especialización. El de mayor convocatoria es el dictado por la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) y la Universidad de Buenos Aires, aunque existen otras alternativas similares. Sin embargo, un número significativo de plazas de residencia queda vacante cada año. Como reflejo del escaso interés en la especialidad, entre el 40% y el 70% de los cargos de residencia en terapia intensiva en Sudamérica no logran cubrirse (Dubín, 2021).

A.D., quien tiene particular interés sobre el tema, comenta que la terapia intensiva tiene poca presencia en la educación universitaria de grado ya que sus contenidos no suelen formar parte de los planes de estudio de las facultades de Medicina, lo que representa una problemática a nivel global, no solo en Argentina. Aunque muchas residencias médicas incluyen una rotación en terapia intensiva, la formación previa en las universidades es deficiente o incluso inexistente.

Un estudio realizado en Estados Unidos entre 126 decanos de facultades de Medicina mostró que solo el 20% de las instituciones ofrecía alguna formación clínica en terapia intensiva (Fessler, 2012). En general, los contenidos de esta especialidad se abordan de manera fragmentada dentro de otras asignaturas, sin un enfoque estructurado. Esta situación se replica en la mayoría de las universidades alrededor del mundo.

Todo esto que acabamos de discutir en este apartado, si bien impresiona estar fuera del contexto de la pandemia, explica el principio de los apartados que siguen, pues relata la situación actual en la que se encontraban los servicios de terapia intensiva cuando la pandemia se declaró.

## *2. ¿Cómo fue la gestión de un equipo en tiempo de crisis por la pandemia?*

La pandemia de COVID-19 representó un punto de inflexión para los sistemas de salud a nivel mundial, revelando con crudeza las fortalezas y, sobre todo, las debilidades estructurales que arrastraban desde antes de la emergencia sanitaria. En particular, la medicina intensiva se ubicó en el centro del debate público y político, no solo por la alta demanda de camas y respiradores, sino por el papel determinante –y muchas veces subestimado– del recurso humano especializado. Este apartado recoge testimonios clave que reflejan tanto la experiencia vivida por profesionales de cuidados críticos como las medidas adoptadas por distintos países para enfrentar la crisis. A través de las voces de A.D. y J.B., se exploran las tensiones entre los esfuerzos inmediatos por fortalecer la infraestructura y la persistente escasez de personal capacitado, una carencia que, más allá del contexto pandémico, continúa siendo el verdadero cuello de botella en la atención de pacientes críticos.

La pandemia de COVID-19 puso en el centro de atención a la medicina intensiva. A nivel mundial, la preocupación por la disponibilidad de camas en terapia intensiva y otros recursos fue enorme. En este contexto, se dio una carrera contrarreloj para la fabricación de respiradores, mientras que los profesionales de cuidados críticos enfrentaron niveles alarmantes de agotamiento.

Si bien el déficit de especialistas en cuidados intensivos ya era evidente antes de la pandemia, la crisis sanitaria expuso y agravó las deficiencias estructurales del sistema. La carga laboral impuesta a los intensivistas fue descomunal: somos pocos, estamos exhaustos tanto física como mentalmente, somos más propensos a errores y hemos enfermado en el ejercicio de nuestra labor. Lamentablemente, varios colegas fallecieron a causa del virus, dejando aún más diezmado al ya escaso equipo de profesionales sin posibilidad de un recambio inmediato. En estas condiciones, la calidad de la atención se ha visto afectada (A.D.).

De los recuerdos de aquellos tiempos, uno no niega que los gobiernos hicieron un gran esfuerzo para fortalecer la infraestructura y mejorar el acceso a tecnología médica. Sin embargo, la principal limitación del sistema no radica en la cantidad de camas o respiradores, sino en la escasez de personal de salud, cuya formación requiere años. Sigue diciendo A.D.:

A pesar de los avances en recursos materiales, sigue sin reconocerse el papel esencial del personal sanitario en el funcionamiento del sistema de salud. Los intensivistas lo sabemos bien: la verdadera limitación no está en los equipos o la infraestructura, sino en la falta de profesionales capacitados. Sin enfermeros, kinesiólogos y médicos intensivistas, los demás recursos pierden su eficacia.

Una encuesta internacional confirmó el déficit de personal durante la pandemia. Después del África subsahariana, América Latina es la región con la mayor escasez de médicos intensivistas (Wahlster, 2021).

Para tener una visión que pase las fronteras nacionales, este apartado se enriquece con comentarios de J.B., que nos cuenta que durante este periodo se realizaron convocatorias extraordinarias de profesionales retirados o en formación avanzada, bonificaciones y mejoras salariales temporales para personal en áreas críticas y programas de capacitación rápida en terapia intensiva y manejo de pacientes críticos. Estas estrategias fueron imitadas en múltiples países, incluyendo la Argentina, pero en todos la conclusión parecería ser la misma: “A pesar de estos esfuerzos, la falta de planificación a largo plazo y la finalización de muchos de estos programas han generado incertidumbre en el sector” (J.B.).

### *3. ¿A dónde estamos en el reclutamiento de personal para las terapias intensivas?*

En los últimos años, el ámbito de la terapia intensiva ha atravesado una crisis sin precedentes. “Hemos entrado en una nueva normalidad, y es peor que antes”, advierte D.S., reflejando el sentimiento de muchos profesionales del sector. La problemática no solo radica en la falta de nuevos reclutas, sino en la pérdida de personal experimentado que, ante las condiciones laborales adversas, decide abandonar la especialidad. “No solo no reclutamos gente nueva, sino que hemos perdido gente que ya estaba adentro”, lamenta D.S., en referencia a la deserción de intensivistas.

B.V., quien ha dedicado años a la formación de nuevas camadas de médicos en el interior del país, señala que la terapia intensiva debe convertirse en un campo más atractivo para los profesionales, lo que implica un reconocimiento institucional adecuado. “Es fundamental fortalecer y expandir los programas de formación, así como incentivar a los recién graduados a especializarse en esta área”, explica. La falta de incentivos económicos y laborales adecuados desalienta a los jóvenes médicos a optar por esta especialidad, a pesar de su importancia crucial en el sistema de salud.

A.D. coincide en que la clave está en promover activamente la especialidad. “Es necesario permitir que los estudiantes tengan contacto temprano con la Terapia Intensiva”, sostiene. La falta de exposición a esta disciplina durante los años de formación genera una brecha que se traduce en un bajo interés en la especialización. “Si los estudiantes no conocen la terapia intensiva hasta después de recibidos, difícilmente la elijan como carrera”, explica A.D.

Uno de los puntos que se repite entre todos los entrevistados es la necesidad de mejorar las condiciones laborales y asistenciales para retener a los intensivistas en su profesión. La remuneración es un tema central. “El esfuerzo que requiere esta especialidad no se ve reflejado en los salarios ni en el reconocimiento profesional”, indica B.V. Las largas jornadas, la sobrecarga emocional y el estrés derivado de trabajar en un entorno de alta complejidad no encuentran una compensación adecuada. “Muchos colegas eligen otras especialidades menos demandantes y mejores pagas”, agrega.

La formación de nuevos profesionales se presenta como una de las soluciones clave. Sin embargo, esto no es suficiente si no se abordan otros aspectos estructurales. “No basta con formar más intensivistas si luego no hay condiciones para que permanezcan en el sistema”, advierte J.B. En muchos hospitales,

las UCI cuentan con equipos insuficientes, falta de insumos y una dotación de personal menor a la requerida, lo que pone en riesgo tanto a los pacientes como a los propios profesionales.

Las sociedades científicas juegan un rol fundamental en esta problemática. “Deben involucrarse más en los desafíos que enfrenta el sector”, advierte A.D. Durante la pandemia, tanto los intensivistas como la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) no solo desempeñaron su labor dentro de las unidades de cuidados intensivos, sino que también trabajaron públicamente para visibilizar y resolver las deficiencias estructurales de la especialidad. En este contexto, la carta abierta de la SATI, dirigida a la sociedad argentina, tuvo un fuerte impacto y trascendió a nivel global, evidenciando la crisis que enfrenta el sector y la necesidad urgente de soluciones (SATI, 2020).

Finalizando este apartado, citamos nuevamente a A.D: “los intensivistas seguimos siendo una especialidad en riesgo de extinción”. La continuidad depende de la implementación urgente de medidas sanitarias y políticas que garanticen nuestra permanencia y el fortalecimiento de la especialidad.

#### *4. ¿Cuáles son los desafíos actuales en el período pospandemia?*

La pospandemia ha dejado una serie de retos significativos que atraviesan distintos ámbitos, pero, especialmente, el sistema de salud. La crisis sanitaria global evidenció debilidades estructurales, desde la capacidad de respuesta ante emergencias hasta las condiciones laborales del personal de salud.

Uno de los principales desafíos es la reorganización del sistema de salud y la mejora en su sostenibilidad. Según B.V., “la pospandemia presenta retos significativos en términos de sostenibilidad y mejoras estructurales en la organización del sistema de salud”. Esto implica no solo fortalecer la infraestructura y los servicios disponibles, sino también repensar la distribución de recursos y la articulación entre los distintos niveles de atención. La pandemia demostró que la falta de previsión y de inversión adecuada en el sector puede generar un colapso con consecuencias graves para la población.

Otro aspecto clave es la gestión del recurso humano en salud. Para D.S., “es fundamental diseñar políticas de recursos humanos que eviten la improvisación ante futuras crisis sanitarias”. La pandemia dejó en claro que muchos sistemas de salud carecen de estrategias a largo plazo para la formación, contratación y retención de profesionales. Enfrentar emergencias sin una planificación adecuada puede derivar en agotamiento del personal, deserción laboral y una disminución en la calidad de la atención. Diseñar estrategias sólidas permitirá no solo responder mejor a futuras crisis, sino también optimizar la distribución del personal en tiempos normales.

En este sentido, las condiciones laborales de los profesionales de la salud también han sido objeto de debate. A.D. enfatiza que “mejorar los salarios, garantizar estabilidad y reforzar la salud mental del personal son aspectos clave para evitar la fuga de profesionales”. La sobrecarga de trabajo, los bajos salarios y la precarización han llevado a muchos trabajadores de la salud a abandonar el sector o a emigrar en busca de mejores oportunidades. La implementación de incentivos efectivos también es crucial, especialmente en regiones con menor cobertura sanitaria. Como señala A.D., “es necesario implementar incentivos efectivos para fomentar la radicación de profesionales en regiones con menor

cobertura sanitaria”. Esto permitiría reducir la brecha de acceso a la salud entre zonas urbanas y rurales, asegurando que toda la población tenga atención médica de calidad.

Por otro lado, J.B. destaca la importancia de aprender de las experiencias internacionales: “Analizar experiencias internacionales puede aportar soluciones aplicables a la realidad argentina, especialmente en lo relativo a modelos de contratación y retención de talento”. En diversos países se han aplicado estrategias innovadoras para mejorar la retención de profesionales de la salud, desde la flexibilización en los esquemas de contratación hasta la implementación de beneficios específicos para quienes trabajan en áreas de difícil acceso. Tomar estos modelos como referencia podría permitir la adaptación de soluciones exitosas a la realidad local, contribuyendo a un sistema de salud más eficiente y equitativo.

### **Reclutamiento de intensivistas en Argentina: crisis estructural y desafíos para el futuro pospandemia**

El impacto de la pandemia de COVID-19 en el reclutamiento de personal de salud para las unidades de terapia intensiva en Argentina debe analizarse en el marco de las reformas estructurales que han caracterizado a los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. Estas reformas, impulsadas desde las décadas de los ochenta y noventa por organismos internacionales como el Banco Mundial y el FMI, promovieron la privatización, segmentación y desfinanciamiento del sector público, consolidando un modelo de mercantilización de los servicios sanitarios y debilitando el rol del Estado como garante del derecho a la salud (Basile, 2020). Este contexto de desfinanciamiento y fragmentación de los sistemas sanitarios es clave para comprender por qué la pandemia encontró a los sistemas de salud en una situación precaria y con serias dificultades en la contratación y retención de personal especializado.

La crisis de recursos humanos en terapia intensiva no es un fenómeno nuevo, sino la consecuencia de un modelo sanitario basado en la segmentación y diferenciación de coberturas. Las reformas neoliberales promovieron la creación de mercados de aseguramiento en salud que priorizan la eficiencia económica sobre el acceso universal a la atención. En este marco, la atención crítica ha sido relegada debido a su alta demanda de recursos y personal altamente capacitado, lo que ha generado una escasez estructural de intensivistas, agravada por las condiciones laborales precarias y la falta de incentivos adecuados.

Países como Chile y Colombia fueron los modelos emblemáticos de esta tendencia, estableciendo sistemas de aseguramiento segmentados que fragmentaron la atención sanitaria (Almeida, 2002). En Argentina, si bien la reforma fue de menor intensidad, también se avanzó en la descentralización del sistema y la proliferación de seguros de salud diferenciales, como el Plan Nacer y SUMAR. Estas políticas resultaron en un deterioro progresivo de la capacidad de respuesta del sistema público de salud, lo que se evidenció durante la crisis del COVID-19.

Previo a la pandemia, ya existía un déficit crónico de intensivistas, enfermeros especializados y personal capacitado en terapia intensiva. La crisis sanitaria exacerbó esta situación, obligando a los gobiernos a implementar estrategias de emergencia como la contratación temporal de profesionales, la



incorporación de médicos retirados y la aceleración de programas de formación. Sin embargo, estas medidas no abordaron las causas estructurales del problema y, en el período pospandemia, la crisis en el reclutamiento de intensivistas ha empeorado.

Los testimonios de jefes de servicio en distintas unidades de terapia intensiva reflejan que los médicos evitan especializarse en esta área debido a las condiciones laborales adversas, la carga emocional y física, los bajos salarios y el pluriempleo. Durante la pandemia, el agotamiento físico y mental se vio exacerbado por la falta de planificación a largo plazo y la precariedad en los contratos laborales. Esta situación es reflejo directo de las políticas sanitarias de las últimas décadas, que han priorizado el aseguramiento privado y la fragmentación del sistema en detrimento de una salud pública fuerte y universal.

El *burnout* y las malas condiciones laborales pueden analizarse desde la perspectiva de la precarización laboral impulsada por las reformas sanitarias en la región. La expansión del modelo de aseguramiento en salud ha fomentado la descentralización y privatización de los servicios sanitarios, reduciendo la inversión en infraestructura pública y generando condiciones laborales cada vez más desfavorables para los trabajadores de la salud. Esto explica por qué, a pesar de los esfuerzos realizados durante la pandemia, la falta de reconocimiento y las condiciones de trabajo inadecuadas siguen siendo factores determinantes en la crisis del sector.

La pandemia de COVID-19 puso en evidencia las debilidades de los sistemas sanitarios en la región y, en particular, la crisis del recurso humano en Argentina. La crisis sanitaria exacerbó problemáticas pre-existentes, pero también generó conciencia sobre la importancia de la planificación y el fortalecimiento del sector público. La recuperación pospandemia dependerá de la voluntad política para implementar cambios estructurales que permitan avanzar hacia un sistema de salud más equitativo y eficiente.

La experiencia de países como Cuba y Brasil demuestra que la construcción de un sistema de salud público fuerte y bien financiado es clave para garantizar el acceso universal y mejorar las condiciones de trabajo en el sector (Basile, 2020). Sin una política de fortalecimiento del sector público y una visión de salud como derecho fundamental, es probable que los problemas de reclutamiento y retención de personal especializado continúen agravándose en el futuro. La crisis actual debe abordarse desde una perspectiva integral que no solo contemple la mejora de las condiciones laborales y formativas de los intensivistas, sino que también cuestione los principios neoliberales que han guiado la organización del sistema de salud en América Latina y el Caribe.

El período pospandemia presenta la oportunidad de revisar y rediseñar las políticas de salud pública en la región. Entre los principales desafíos se encuentran:

1. Consolidación de estrategias de planificación: es necesario diseñar políticas de recursos humanos que eviten la improvisación ante futuras crisis sanitarias, asegurando una formación adecuada y continua del personal sanitario.
2. Revisión de las condiciones laborales: mejorar los salarios, garantizar estabilidad laboral y reforzar la salud mental del personal son aspectos clave para evitar la fuga de profesionales.

3. Distribución equitativa del personal sanitario: implementar incentivos efectivos para fomentar la radicación de profesionales en regiones con menor cobertura sanitaria, reduciendo las desigualdades territoriales.
4. Reforma del sistema de salud: evaluar experiencias internacionales exitosas y reconsiderar el modelo de aseguramiento y prestación de servicios. Se requiere un fortalecimiento del sistema público, con una estrategia de financiación sostenible y equitativa.
5. Desarrollo de programas de formación y retención: la implementación de becas, programas de formación continua y mejoras en la infraestructura educativa son esenciales para garantizar una oferta sostenida de profesionales en terapia intensiva.
6. Fortalecimiento de la cooperación internacional: la colaboración con otros países puede facilitar el intercambio de experiencias y el acceso a programas de capacitación especializados, mejorando la calidad del personal sanitario.

## Conclusión

El impacto de la pandemia en el reclutamiento de intensivistas en Argentina es un reflejo de las fallas estructurales del sistema de salud y de las políticas de reforma implementadas en las últimas décadas. La solución no puede limitarse a medidas paliativas o de corto plazo, sino que es necesario un replanteamiento estructural del sistema de salud que permita fortalecer el rol del Estado como proveedor de servicios públicos universales, garantizando condiciones laborales dignas para el personal de salud y promoviendo estrategias de formación y retención de profesionales en áreas críticas. Solo a través de un enfoque integral y políticas sostenibles se podrá construir un sistema de salud más equitativo y eficiente para el futuro.

## Referencias bibliográficas

- Adhikari, N. K.; Fowler, R. A.; Bhagwanjee, S. y Rubenfeld, G. D. (2010). Critical care and the global burden of critical illness in adults. *The Lancet*, 376(9749), 1339-1346.
- Almeida, C. (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: Algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), 905-925.
- Angus, D. C.; Kelley, M. A.; Schmitz, R. J.; White, A. y Popovich, J. (2000). Caring for the critically ill patient: Current and projected workforce requirements for care of the critically ill and patients with pulmonary disease. *JAMA*, 284(21), 2762-2770.
- Basile, G. (2020). Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe. *Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Cuadernos del Pensamiento Crítico Latinoamericano*, (73), 1-6.

- Castro, R.; Nin, N.; Ríos, F.; Alegría, L.; Estenssoro, E.; Murias, G.; Friedman, G.; Jibaja, M.; Ospina-Tascon, G.; Hurtado, J.; Marín, M. D. C.; Machado, F. R.; Cavalcanti, A. B.; Dubín, A.; Azevedo, L.; Cecconi, M.; Bakker, J. y Hernandez, G. (2018). The practice of intensive care in Latin America: A survey of academic intensivists. *Critical Care*, 22(1), 39.
- Courtright, K. R. y Kerlin, M. P. (2014). Intensive care unit staffing and quality of care: Challenges in times of an intensivist shortage. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26, 205-207.
- Dubín, A. (2021). La pandemia por COVID-19 y crisis sanitaria: una visión desde la Terapia Intensiva. *Joselito Bembé. Revista Político Cultural*, (2), 28-35.
- Embriaco, N.; Azoulay, E.; Barrau, K.; Kentish, N.; Pochard, F.; Loundou, A. y Papazian, L. (2007). High level of burnout in intensivists: Prevalence and associated factors. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175(7), 686-692.
- Estenssoro, E.; Valente Barbas, C. S. y Briva, A. (2013). Picking up the pieces: Towards a better future for critical care medicine in three South American countries. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 187(2), 130-132.
- Ewart, G. W.; Marcus, L.; Gaba, M. M.; Bradner, R. H.; Medina, J. L. y Chandler, E. B. (2004). The critical care medicine crisis: A call for federal action. *Chest*, 125(4), 1518-1521.
- Fessler, H. E. (2012). Undergraduate medical education in critical care. *Critical Care Medicine*, 40(12), 3065-3069.
- Halpern, N. A.; Pastores, S. M. y Greenstein, R. J. (2004). Critical care medicine in the United States 1985–2000: An analysis of bed numbers, use, and costs. *Critical Care Medicine*, 32(6), 1254-1259.
- SATI - Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. (2020). *Carta abierta a la sociedad argentina*. Recuperado de <https://www.sati.org.ar/cartas/>
- Wahlster, S.; Sharma, M.; Lewis, A. K.; Patel, P. V.; Hartog, C.; Jannotta, G.; Blissitt, P.; Kross, E. K.; Kassebaum, N. J.; Greer, D. M.; Curtis, J. R. y Creutzfeldt, C. J. (2020). The COVID-19 pandemic's impact on critical care resources and providers: A global survey. *Chest*, 158(1), 157-171.