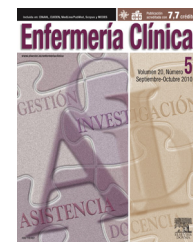


Enfermería Clínica

www.elsevier.es/enfermeriaclinica



EDITORIAL

Los cuidados y la sostenibilidad del sistema sanitario público



Healthcare and the sustainability of the public health system

José Luis Gutiérrez-Sequera^{a,*} y Natalia Serrano-Ortega^b

^a Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga-Antequera, Servicio Andaluz de Salud, España

^b Enfermería Familiar y Comunitaria. Universidad de Jaén, España

Aunque la sostenibilidad del sistema siempre ha estado presente en los escenarios de debate de la política sanitaria, qué duda cabe de que la crisis financiera de finales de la primera década del siglo XXI y principios de la segunda ha añadido intensidad y polarización a la discusión. La crisis ha añadido evidentes artefactos exógenos a la sostenibilidad y derivadas del desarrollo exponencial de unas tecnologías sanitarias cada vez más costosas, y que marginalmente cada vez aportaban menos valor clínico respecto a la versión precedente. El ya clásico artículo de Fuchs de 2004¹ introdujo el concepto «flat of the curve» que cobra más relevancia que nunca ante la situación de necesidad generada por la crisis financiera.

Desde el estallido de la crisis, tanto a nivel central como autonómico, el Sistema Nacional de Salud ha puesto en marcha numerosas medidas excepcionales de ajuste tendientes a la adecuación presupuestaria y la contención del gasto público en sanidad. Algunas relativas al espectro del medicamento, otras relativas al régimen retributivo y de condiciones laborales de los profesionales, diversos copagos y otras tendientes a conseguir mejores precios en los diferentes recursos consumidos por el sistema, por citar algunas de ellas. José R. Repullo recoge en el informe SESPAS para

*Gaceta Sanitaria*² todas las medidas adoptadas. En el citado artículo reflexiona sobre si han sido demasiado lineales, y si tal vez la meta sería encontrar una senda de austeridad sanitaria «virtuosa o sabia», que permitiera estabilizar o reducir el gasto sanitario sin afectar a la salud.

Otros autores ponen el acento de su análisis en medidas que anteponen la cuestión económica al mantenimiento de valores esenciales de los sistemas sanitarios, algo que nos recuerda Sergio Minué en su blog «El Gerente de Mediado»³ donde nos propone un interesante planteamiento desde el informe «*Health policy responses to the financial crisis in Europe*»⁴ donde la OMS alerta al espacio europeo sobre el impacto en la equidad y la calidad del acceso a los servicios de salud.

Paralelamente, se ha ido generando una corriente de opinión emergente en torno a la idea de que el sistema sanitario público es insostenible por definición, o en su caso, se trata de un «lujo» que no nos podemos permitir, postulando argumentos alrededor de la idea de que la única manera de garantizar el mantenimiento de un sistema con el nivel de prestaciones actuales es la privatización de los servicios.

Frente a esta manera de entender la solución a la necesidad de una mayor eficiencia del sistema, esto es, garantizar la misma efectividad ajustando el consumo de recursos, se sitúa la que coloca el carácter público de la provisión de servicios de salud como aspecto no negociable, y que no cuestiona la sostenibilidad del sistema público, en el convencimiento absoluto de que en todo caso pueden existir márgenes de eficiencia, basados sobre todo en el

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gutiseque@hotmail.com
(J.L. Gutiérrez-Sequera).

desarrollo de la gestión clínica y en el uso de la mejor evidencia disponible, tanto a nivel clínico, como a nivel de gestión en sus diferentes ámbitos.

Para quien escribe, uno de los mejores lugares a los que acudir para salir de dudas es el análisis que nos dejaron Luis Gavira y Carlos Artundo el año pasado, que aporta numerosas y sólidas evidencias internacionales que abundan en la sostenibilidad y la mayor eficiencia de los sistemas sanitarios de provisión pública⁵. Para estos autores, «sorprende comprobar cómo se ignoran los hechos en lo referente a la sostenibilidad del sistema sanitario. No hay ingenuidad en ignorar las evidencias internacionales, los bajos costes económicos comparados en términos de renta y capacidad de compra o los resultados de ingresos obtenidos de nuestro sistema sanitario. Ni lo que es más importante: ignorar lo que desean los ciudadanos; y la mayoría de los profesionales.». Gavira y Artundo aportan numerosas evidencias que ponen sobre la mesa que privatizar no es la solución.

De un modo u otro, en la búsqueda de la eficiencia necesaria, siempre se nos viene a la cabeza, entre otros, aquel ya clásico artículo de Casajuana y su «Dejar de hacer»⁶. Y es que parece incuestionable, ante la tesitura de conseguir los mismos resultados con menos recursos, que debemos identificar aquellas intervenciones, circuitos, modelos asistenciales y roles profesionales concretos en situaciones clínicas concretas que no están aportando valor clínico a los pacientes.

José Ramón Repullo plantea una interesante taxonomía para identificar intervenciones inefectivas, y la vincula a 6 preguntas que quizás habría que hacerse más a menudo⁷. Para este autor, con la crisis quedan más en evidencia los costes de oportunidad de una intervención inefectiva; es decir, lo que se podría hacer con los recursos si se emplearan en otra actuación más efectiva y necesaria. Y el balance neto de la desinversión y reinversión tiende a ser más amplio, añadiendo más eficiencia social. Las 6 preguntas que plantea aluden a ineficacia, inseguridad, innecesariedad, inutilidad, inclemencia o insensatez de la técnica, procedimiento o circuito.

Tiempo habrá de medir el impacto en la equidad, la calidad, la accesibilidad o la seguridad de todas las medidas que se han tomado, lo que está claro es que sobre todo aquellas que regulan el acceso al sistema sanitario han podido pecar de demasiado lineales, relegando a un segundo plano los principios fundamentales del sistema en favor de urgencias financieras. Por otro lado, tampoco está ausente la duda de si a largo plazo provocarán más ineficiencia aún⁸.

Pero incluso antes del advenimiento de la crisis, la mayoría de los sistemas sanitarios del mundo ya venían manejando el concepto de sostenibilidad en relación con el reto que supone el abordaje de la cronicidad. Es un hecho que la realidad epidemiológica camina hacia un entorno con unas necesidades asistenciales para las cuales el mero crecimiento del modelo tradicional centrado en el episodio, la especialización y lo biomédico no va a aportar las soluciones necesarias.

En este sentido, se han generado diferentes modelos a escalas internacionales orientados a la gestión de las enfermedades crónicas⁹ como el Chronic Care Model¹⁰ o el modelo Kaiser¹¹. Este último se basa en la estratificación de los pacientes en función del riesgo y la complejidad. Es

importante tener en cuenta que cuando hablamos de complejidad no estamos introduciendo un concepto sinónimo de pluripatología o comorbilidad en términos clásicos, sino que hablamos, de nuevo, de un aspecto que parecería estar resuelto pero que no lo está del todo, y es la concepción holística de la persona, y sobre todo, empezar a considerar los problemas susceptibles de abordaje desde la óptica de los cuidados enfermeros como problemas reales de salud. Los pacientes complejos son pacientes que, al margen de la diversidad del espectro patológico, también tienen otros problemas a resolver por el sistema sanitario, relacionados con la respuesta que ellos mismos y sus redes de apoyo pueden ofrecer ante la condición de salud que presentan. Aspectos como la fragilidad y la vulnerabilidad deben ser muy tenidos en cuenta en el diseño de sistemas de salud que den respuesta a las nuevas realidades de las personas.

En esta línea cabe preguntarse qué pueden aportar los cuidados enfermeros como contribución a un sistema sanitario público realmente sostenible. Sin duda muchas de las líneas de rediseño del sistema sanitario de provisión pública, y gran parte de las estrategias basadas en la estratificación a la que antes hicimos referencia, podrían pasar por una ampliación del marco competencial de la enfermera. Un sistema sanitario en forma de embudo que se empeñe en seguir haciéndolo pasar todo en primera instancia por la consulta médica, o por procesos orientados al enfoque en la enfermedad y no en la persona, o a dispositivos orientados a lo episódico y el enfoque clásico que ubica a la enfermera como proveedora de procesos intermedios, sin que sea puerta de entrada ni de salida, está poniendo en juego gran parte de esa sostenibilidad. El número de enero de ENFERMERÍA CLÍNICA, monográfico sobre cronicidad, ofrece muchas respuestas.

Suelen ponerse muchas esperanzas en la llamada enfermería de práctica, no hace mucho, sin que lejos, en esta misma publicación, no haga suyo, Christine Appleby y Rafaela Camacho-Bejarano avanzaban sobre el tema en una excelente revisión¹² sobre lo que supone la enfermería de práctica avanzada en el mundo, contándonos cómo países como el Reino Unido, entre otros, han realizado una firme apuesta por nuevos modelos de atención a los pacientes crónicos que contemplan la creación de figuras de enfermeras de práctica avanzada. Para estas autoras y según se deriva de las tendencias internacionales, la atención sanitaria ágil, eficiente y de calidad pasa por reorientar la rígida estructura organizativa existente y establecer los mecanismos adecuados para satisfacer las necesidades de la población a través de una incuestionable redefinición de las competencias profesionales de las enfermeras. Son numerosas las evidencias a nivel internacional que hablan de la enfermería de práctica avanzada como agente de sostenibilidad, atendiendo a su impacto en diferentes variables como por ejemplo, la reducción de estancias hospitalarias. Sin embargo, en España su desarrollo ha sido, todavía, bastante desigual^{13,14}.

En cualquier caso, el concepto de enfermería de práctica avanzada engloba tal diversidad de roles, modelos y situaciones clínicas, que la mejor manera de acercarse a la evidencia del impacto enfermero en la eficiencia es, algo que ya hizo brillantemente Carmen Inmaculada Sánchez Martín, de nuevo en el número de enero¹⁴.

En estos días en los que se intenta poner sobre la mesa argumentos de todo tipo sobre quién tiene que liderar la gestión clínica¹⁵, y si hablamos de sostenibilidad, resultaría interesante asomarse a comprobar qué pasa cuando las enfermeras las que se ponen al frente de iniciativas asistenciales. En esta línea es ya clásica la revisión sistemática de Laurant et al.¹⁶ que ponía de manifiesto la equivalencia de resultados en diferentes escenarios de atención primaria, entre la atención prestada por enfermeras y por médicos, o la de Lenz et al.¹⁷, donde incluso se apuntaba a una menor frecuentación en los pacientes atendidos por enfermeras, y cómo no, la de Horrocks et al.¹⁸, que seguía sin encontrar diferencias en cuanto a resultados. El mero hecho de que una enfermera pueda ofrecer cuidados equivalentes a los de un médico en determinados entornos asistenciales ya resulta interesante desde el punto de vista de la eficiencia. Es algo que está sobre la mesa en muchos países, con la eficiencia y la accesibilidad por delante, no exento por supuesto de debate¹⁹.

En este sentido, cuando hablamos de enfermeras liderando clínicamente dispositivos asistenciales no estamos en absoluto fantaseando. Existe abundante provisión de revisiones sobre iniciativas «nurse-led», siendo una constante la dificultad para encontrar diferencias respecto a modelos clásicos liderados por otros profesionales. Así, encontramos revisiones sobre visitas prequirúrgicas hechas por enfermeras²⁰, seguimiento de pacientes con cáncer, donde se destaca el mejor abordaje de los aspectos emocionales y sociales²¹, o por ejemplo las que evalúan el seguimiento dirigido por enfermeras en pacientes con asma²², EPOC²³ y muchas más.

Por no apartarnos de esta especial relación que hemos establecido entre enfermeras liderando escenarios asistenciales y eficiencia, y por tanto sostenibilidad, tenemos que citar la revisión sistemática de José Miguel *Modelos alternativos de atención a pacientes con insuficiencia cardiaca: revisión sistemática*, de 2006²⁴ donde se ponen de manifiesto las ventajas en cuanto a reingresos, estancias y calidad de vida cuando se ponen en marcha iniciativas basadas en la continuidad y el autocuidado lideradas por enfermeras, cuestiones todas ellas corroboradas 6 años después por Lambrinou et al. en otro metaanálisis sobre el mismo tema²⁵. Si seguimos con problemas de salud de alto impacto en el gasto sanitario debemos mirar hacia la diabetes, y en este caso también tenemos metaanálisis con resultados favorables relativos al impacto de intervenciones enfermeras en el control metabólico²⁶.

Especial interés requiere el desarrollo de las «nurse led clinics», que representan escenarios de atención final enfermera, y que cómo no, también cuentan ya con evidencia sobre la mesa, de la mano, por ejemplo, de Schadewaldt y Schultz, que aportan como resultados de su revisión sistemática evidencia sobre esta iniciativa en pacientes cardíacos, sin que se hayan encontrado diferencias con modelos tradicionales en cuanto al riesgo para los pacientes²⁷.

En definitiva, pensar que un rediseño de los modelos organizativos asistenciales tenderían a romper la rigidez de un sistema centrado en la flexibilidad y en lo biomédico, y virar hacia un sistema más eficiente que prime la accesibilidad al resultado, y que acerque al paciente y sus necesidades al proveedor más adecuado en cada momento, médico o enfermera, ya no es una fantasía, puesto que existen numerosas

evidencias que alejan el fantasma del riesgo en todo ello. Si es o no la clave de la sostenibilidad no es algo que pueda afirmarse de forma gratuita, lo que sí es cierto es que los estudios publicados nos ponen en el camino de que las iniciativas «nurse-led» o similares, ponen a la organización en la senda de la eficiencia.

Lógicamente todo ello requiere una mejor definición de los marcos competenciales enfermeros, y una reflexión sobre cómo deben adquirirse aquellas competencias que se necesitan, si es que se necesitan, pero ese es otro debate.

Para finalizar, y ya que hablamos, en definitiva, del protagonismo que debe tomar la enfermería en los sistemas de salud, no me gustaría terminar sin hacer referencia al IV Plan Andaluz de Salud²⁸ por lo que supone de innovador en cuanto al enfoque basado en una visión positiva del concepto de salud. El Plan, en su introducción habla de que la mayoría de las políticas sanitarias públicas se centran en el abordaje más o menos completo de las enfermedades más frecuentes entre la población, alcanzando, en su mayoría, un elevado nivel de medicalización de la vida con pocos logros en la mejora real del nivel de salud colectiva. Pocas personas tienen en cuenta, sin embargo, la importancia de profundizar hasta los cimientos que construyen esa salud, con el objetivo de afianzarla sólidamente como valor capital de la sociedad a la que sirven. Un sistema consolidado en este paradigma está llamado a ser mucho más eficiente.

En este sentido, el plan apuesta por un nuevo enfoque orientado a la generación de activos en salud, basado en la teoría de la salutogénesis de Antonovsky²⁹, que destaca la importancia de los recursos personales para el mantenimiento de la salud y el bienestar. Qué duda cabe de que un sistema generador de salud frente al sistema tradicional está invirtiendo en sostenibilidad. Y tampoco hay que tener muchas dudas de que la apuesta por el paciente activo, y en muchos de los recursos de salud y bienestar que el mantenimiento y mejora de la salud necesitan de los cuidados comunitarios para su éxito. Las enfermeras comunitarias, también en esto, están llamadas a liderar, aunque bien es cierto que vamos a necesitar un profundo análisis del rol actual de la enfermera de atención primaria.

En conclusión, el camino hacia la eficiencia, en no pocos escenarios asistenciales, y sobre todo en aquellos que más recursos consumen, puede pasar por rediseños organizativos asistenciales en los que la clave de la eficiencia está en ofrecer un sistema más versátil, adaptado a cada nivel de complejidad, que acerque al paciente al proveedor más adecuado en cada caso. Esto lleva aparejada inexcusablemente una vuelta de tuerca en el desarrollo del marco competencial enfermero, de manera que la respuesta que la mirada de los cuidados puede ofrecer no encuentre obstáculos en modelos asistenciales que ya no dan respuesta a las nuevas necesidades basadas en conceptos como cronicidad, complejidad clínica, vulnerabilidad o fragilidad.

Bibliografía

1. Fuchs V. Perspective: More variation in use of care, more flat-of-the-curve medicine. *Health Affairs*. 2004;104-7.
2. Reppel JR. *Calidad y de gobierno de la sanidad*. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28 Supl 1:62-8 [consultado 4 Oct 2014]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.008>.

3. Minué S. El Gerente de Mediado: la necesidad de recortar con sabiduría [consultado 23 Ago 2012]. Disponible en: <http://gerentemediado.blogspot.com.es/2012/08/la-necesidad-de-recortar-con-sabiduria.html>
4. Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S, et al. Policy summary 5. Health policy responses to the financial crisis in Europe. Ginebra:: World Health Organization; 2012.
5. Gavira L, Artundo C. Mito: El sistema sanitario público es insostenible. Evidencias en Gestión Clínica y Servicios de Salud. 2013;1:31-5.
6. Casajuana J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. FMC. 2005;12:579-81.
7. Repullo JR. Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. Rev Calid Asist. 2012;27:130-8 [consultado 8 Oct 2014] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2012.02.010>.
8. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. Health Aff (Millwood). 2009;28:75-85.
11. Nuño R. Buenas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. Rev Adm Sanit. 2007;5:283-92.
12. Appleby C, Camacho-Bejarano R. Retos y oportunidades: aportaciones de la enfermera de práctica avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. Enferm Clin. 2014;24:90-8 [consultado 4 Oct 2014]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.008>.
13. Vivar CG. Enfermería de práctica avanzada: desarrollo de un modelo emergente. Revista Rol de enfermería. 2013;36:28-34.
14. Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en enfermería. Enfermeras de práctica avanzada y paciente crónico. Enferm Clin. 2014;24:79-89.
15. Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martín-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdráan-Mañas M, Carrasco AM, et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. BMC Health Serv Res. 2008, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-193>.
16. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus. 2008;4. Disponible en: <http://www.update-software.com>
17. Lenz LR, O'Neil Munding M, Kane RL, Hopkins SC, Lin S. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: Two-year follow-up. Med Care Res Rev. 2004;61:332-51, <http://dx.doi.org/10.1177/1077558704266821>.
18. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ. 2002;6:819-23.
19. Fleming C. Health Policy Brief: Nurse practitioners and primary care. Health Affairs. 2012.
20. Nicholson A, Coldwell CH, Lewis SR, Smith AF. Nurse-led versus doctor-led preoperative assessment for elective surgical patients requiring regional or general anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev. 2013, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010160.pub2>.
21. De Leeuw J, Larsson M. Nurse-led follow-up care for cancer patients: What is known and what is needed. Support Care Cancer. 2013;21:2643-9, <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-013-0618-2>.
22. Kuethe MC, Vaessen-Verberne AA, Elbers RG, van Aalderen WM. Nurse versus physician-led care for the management of asthma. Cochrane Database Syst Rev. 2013;28:2, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD96.pub20092>.
23. Taylor SJ, Candy B, Bryar RM, Ramsay J, Vrijhoef HJ, Esmond G, et al. Effectiveness of innovations in nurse led chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary disease: Systematic review of evidence. BMJ. 2005;3:485.
24. Morales-Asencio JM, Sarría Santamera A. Modelos alternativos de atención a pacientes con insuficiencia cardíaca: revisión sistemática. Rev Calid Asist. 2006;21:51-9.
25. Lambrinou E, Kalogirou F, Lamnisis D, Sourtzi P. Effectiveness of heart failure management programmes with nurse-led discharge planning in reducing re-admissions: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2012;49:610-24, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.002>.
26. Tshiananga JK, Kocher S, Weber C, Erny-Albrecht K, Berndt K, Neeser K. The effect of nurse-led diabetes self-management education on glycosylated hemoglobin and cardiovascular risk factors: A meta-analysis. Diabetes Educ. 2012;38:108-23, <http://dx.doi.org/10.1177/0145721711423978>.
27. Schadewaldt V, Schultz T. Nurse-led clinics as an effective service for cardiac patients: Results from a systematic review. Int J Evid Based Healthc. 2011;9:199-214, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-1609.2011.00217.x>.
28. Ruiz Fernández J, Rabadán Asencio A, Fernández Ajuria A. IV Plan Andaluz de Salud. 4.ª ed. Andalucía. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2013.
29. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International. 1996;11:11-8.