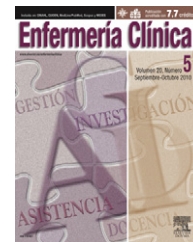




Enfermería Clínica

www.elsevier.es/enfermeriaclinica



EDITORIAL

La Enfermería en el mundo que viene

Nursing in the world to come

Vicente Ortún

Departamento de Economía y Empresa, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España

Disponible en Internet el 29 de marzo de 2013

Nadie puede hacerlo todo. Por eso existe la creciente división del trabajo que comporta una especialización en las tareas que se desempeñan y una mayor necesidad de coordinación entre un creciente número de personas más especializadas, tanto a través de las organizaciones como a través de los señales, junto a la substitución de personal por maquinaria (también informática) y a una mejor organización, ha permitido aumentar los bienes y servicios a disposición de la población.

También en sanidad se ha producido una notable división del trabajo pero no una gran substitución de personas por máquinas ni tampoco grandes mejoras organizativas. No han pasado tantas décadas, en cualquier caso menos de un siglo, desde cuando había, fundamentalmente, 3 tipos de profesionales sanitarios: monjas, monjes y monjas. La situación ha cambiado pero no todo lo que debiera ni en la dirección conveniente. En la medida que los servicios sanitarios se producen y consumen localmente están bastante protegidos de la competencia. Al haberse producido disminuciones de productividad aparente (curas, visitas, intervenciones, ingresos por profesional sanitario), así como una subida de los sueldos en línea con los sueldos de otros sectores en los que sí ha aumentado la productividad aparente, la cantidad de días al año que un país ha de trabajar para mantener sus servicios sanitarios no ha cesado de aumentar. En España, desde el 1 de enero hasta el 4 de febrero inclusive. En EE. UU. hasta el 7 de marzo. A partir del 5 de febrero trabajamos para disponer de alimentación, vivienda, etc.

Normal, no ha cambiado la forma de realizar cambios posturales o de entrevistar a un paciente. Solo en los servicios

centrales de imagen y en los laboratorios se han producido importantes aumentos de productividad (un recuento de leucocitos) acompañados del inevitable efecto fotocopia. Afortunadamente, si en lugar de mirar actos medimos el impacto que tienen en la cantidad y la calidad de vida el panorama resulta que es más satisfactorio: los servicios sanitarios valen lo que cuestan. Aumentaría la cantidad y la calidad de vida conseguida pero también lo que un país dedica a sus servicios sanitarios con unas mejoras de productividad pequeñas, muy pequeñas e insuficientes para evitar que cada año debamos trabajar más días para mantener los servicios sanitarios.

Tres caminos ineludibles se abren ante nosotros: 1/Mejorar la calidad de los servicios a un menor coste (en jerga económica conseguir economías de escala, de gama y de aprendizaje), lo que implicará una notable redistribución de tareas. 2/Propiciar la capacidad resolutoria, la mejor expresión clínica de la eficiencia, lo que nos llevará a una redefinición de las profesiones. 3/Eliminar, desde la política sanitaria, las barreras regulatorias que puedan entorpecer los cambios anteriores: ¿nos conviene un ratio enfermería/médicos de 1,4?

Escala, gama y aprendizaje

La mayor calidad (y menor coste) de muchos actos profesionales (atención a un parto) está asociada a su volumen pues permite distribuir costes fijos entre más pacientes y mejorar habilidades. La experiencia (cualquier profesión tiene mucho de oficio) también aporta mayor calidad. Por último, en ocasiones, sale más a cuenta que 2 o más funciones las realice el mismo profesional en lugar de 2 profesionales diferentes (el que se necesiten, por ejemplo, para garantizar la longitudinalidad de la atención primaria).

Correo electrónico: vicente.ortun@upf.edu

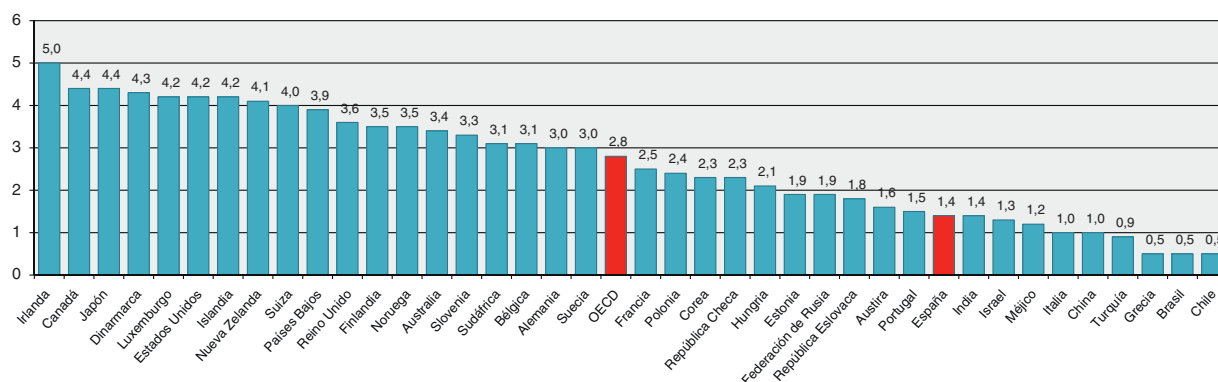


Figura 1 Ratio enfermería/médicos de 2009.

El efecto secundario de perseguir economías de escala, de gama y de aprendizaje es el del aumento del tamaño de las organizaciones. Su poder de monopolio crece y para que estos cambios no defrauden nuestras esperanzas se precisará de una mejor regulación pública de los servicios sanitarios¹.

Los profesionales médicos se centrarán en aquello que mejor hagan, las tareas exigentes que justifican su formación y experiencia, dejando muchas de sus actuales tareas a otros profesionales. Por ejemplo, los oftalmólogos delegando en los ayudantes oftalmológicos que permiten el excepcional comportamiento del Aravind Eye Care System en Bangalore con sus 350.000 intervenciones anuales de calidad y coste excelentes. O los cirujanos cardíacos del Narayana Hrudalaya en Bangalore. Curiosamente, que mejor respuesta a una demanda de servicios sanitarios de crecerá más rápido que la oferta de médicos puede venir de países como la India, donde los médicos han escaseado siempre. Solo con una división del trabajo que atienda a la capacidad resolutoria y que se olvide de gremialismos podrá conseguir las imprescindibles economías de escala, de gama y de aprendizaje que la atención a crónicos y agudos requerirá.

En España existen experiencias, como la de CASAP, de asistencia a enfermos agudos compartida entre médicos y enfermeras que parecen ofrecer buenos resultados. Es preciso, en cualquier caso, valorarlas y ser conscientes de que su generalización chocará con la heterogeneidad de la enfermería en España, atendiendo únicamente al criterio de formación, coexisten atenuando ATS de cuarto de bachiller y reválida con doctores en enfermería con notas excepcionales en las pruebas de acceso a la universidad. La oportunidad para la enfermería existe sin duda².

Capacidad resolutoria

Raro es el órgano, aparato, función, técnica, parte del cuerpo (¿la nalga tal vez?) que escape a las disputas gremiales. El seguimiento de un enfermo VIH⁺, el control de un polipatológico o de un diabético deber hacerlo el profesional con mayor capacidad resolutoria: aquel que consigue mejores desenlaces a igualdad de recursos sociales empleados. De ahí las propicia organizaciones capitativamente la atención pues propicia organizaciones con todos los niveles asistenciales, donde, de forma espontánea, se tiende a «descubrir» quién es el profesional más adecuado para cada problema: el más resolutorio.

Las sólidas revisiones Cochrane nos informan tanto de las virtudes de una buena colaboración interprofesional³ como del potencial para substituir médicos por enfermeras en algunas funciones, manteniendo desenlaces clínicos y mejorando la satisfacción del paciente⁴. Naturalmente, el potencial se realizará con una buena formación de la enfermería. Para que la carga de trabajo médico baje se precisará un desplazamiento de tareas, no que el médico se embarque en nuevas necesidades del paciente o la enfermera induzca su propia demanda. Se reducirán costes a través del diferencial salarial entre médicos y enfermeras, siempre que una eventual menor productividad de la enfermería no lo arruine.

Años de exceso de médicos han llevado a una subocupación de funciones que pueden mecanizarse o pueden ser desempeñadas igual o mejor por otros profesionales. Particularmente, en atención primaria y tal como, entre otros, viene defendiendo Josep Casajuana⁵ hay que revisar por completo los contenidos administrativos de las consultas: realizar las actividades administrativas fuera de las mismas, cuestionar y compartir con otros profesionales todas las actividades autogeneradas (básicamente, controles de crónicos), incluida la propia definición de enfermo crónico (no hay control sin autocontrol) e implicar intensamente a la enfermería en la asistencia a las enfermedades agudas. A las organizaciones médicas profesionales les corresponde oponer o limitar la redistribución de tareas. Cuando el Instituto de Medicina emitió un informe que reclamaba un mayor protagonismo de la enfermería el comentario de la Asociación Médica Americana fue: «La enfermería resulta crítica para el equipo pero nada substituye la educación y el adiestramiento». En España, el Tribunal Supremo (Sala de lo contencioso-administrativo) publicó el 18 de diciembre del 2012 una sentencia desestimatoria del recurso de casación presentado por el Consejo General de Colegios de Médicos: Se ratifica una sentencia previa reconociendo la capacidad de la enfermería familiar y comunitaria a prescribir medicamentos⁶.

El 1,4

La baja dotación de Enfermería respecto a la Medicina constituye un desequilibrio estructural endémico⁷. Nuestras enfermeras por 100.000 habitantes continúan entre las más

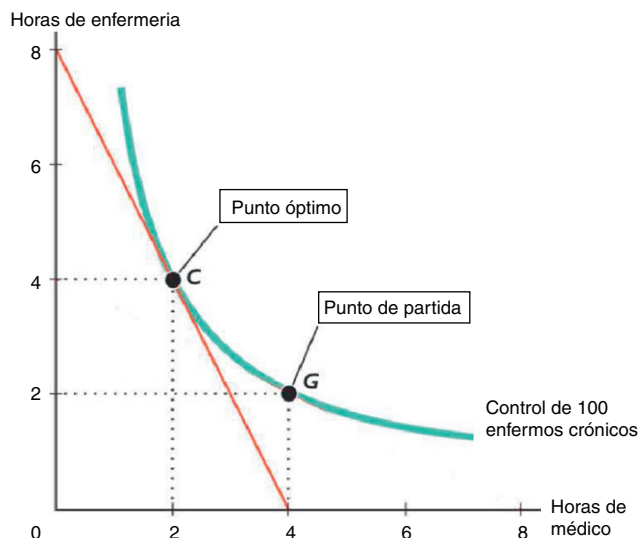


Figura 2 Combinación óptima entre enfermeras/médicos.

bajas de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Aunque el RD 450/2005 aprobó las nuevas especialidades de Enfermería, solamente en 2011 se han empezado a convocar plazas: 52 de Enfermería Pediátrica, 132 de Enfermería Familiar y Comunitaria y 12 de Enfermería Geriátrica. En 848 plazas convocadas de formación especializada en enfermería en 2010-2011 duplican las plazas de 2004-2005 (421).

Cuando (fig. 1) comparamos el cociente entre enfermeras y médicos apreciamos cómo el 1,4 de España puede afectar a la sustitución de médicos por enfermeras a la que antes nos hemos referido. En la figura 2 la curva representa las distintas combinaciones de horas de médico y horas de enfermera con las que se puede realizar, por ejemplo, el correcto control de 100 enfermos crónicos. La recta indica las diferentes posibilidades de contratación de médicos y enfermeras con el presupuesto disponible. El punto más conveniente es el C

pero si la situación de partida está muy alejada, punto G, nos costará bastante tiempo, dada la rigidez de la oferta, en llegar a él. La utilización sanitaria del mundo de la que viene se configura por las decisiones sobre la oferta de médicos y enfermeras que se vayan tomando hoy.

Bibliografía

1. Gawande A. Big Med The New Yorker. August 13 2012. [Consultado 20 Mar 2013] Disponible en: http://www.newyorker.com/reporting/2012/08/13/120813fa_fact_gawande
2. Padilla-Marín C, Terol-Fernández E, Camacho-Bejarano R, Padín López S. Gestión compartida de la demanda asistencial en Atención Primaria: ¿una oportunidad para enfermería? *Enferm Clin.* 2012;22:237-8.
3. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009:CD000072, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub2> [Consultado 20 Mar 2013].
4. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005:CD001271 [Consultado 20 Mar 2013]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub2>
5. Casajuana J. La refundación de la AP desde la consulta. En J Casajuana y J Gervas (dirs): *La renovación de la Atención Primaria desde la consulta*. Madrid: Springer Healthcare 2012; p. 8-30. [Consultado 20 Mar 2013]. Disponible en: http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/_pdf/2.Cap._2_Renovacixn_AP_desde_consulta.pdf
6. Sentencia del Tribunal Supremo, de 18 de diciembre del 2012, relativa al recurso de casación 829/2012. [Consultado 20 Marzo 2013]. Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/search/doAction?accion=contentpdf&datasematch=TS&reference=6589315&links=%22829/2012%22&optimize=20121228&publicinterface=true>
7. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Planificación y formación de profesionales sanitarios con foco en la atención primaria. *Informe SESPAS 2012. Gac Sanit.* 2012;26:46-51.