



Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Editorial

El abismo fiscal y las oportunidades de cambio



The fiscal cliff and opportunities for change

Catalina Ceballos-Stendall^{a,*} y David Walker^b

^a Practicante de Anestesia, Kings College Hospital, Londres, Reino Unido

^b Consultor en Anestesia y Medicina de Cuidado Crítico, Director del Programa de Maestría en Medicina Perioperatoria, UCL Division of Surgery & Interventional Science, UCL Medical School Building, Londres, Reino Unido

La Colombia moderna, con una población estimada de 48 millones de habitantes, se ha embarcado en una transición hacia la atención médica universal para sus ciudadanos. Al hacer esto, es inevitable que el país enfrente presiones tanto epidemiológicas como financieras. Estos desafíos para los formuladores de políticas en salud de Colombia son comunes a todas las economías modernas y terminarán por definir los servicios de salud prestados por la nación. En este contexto, la búsqueda de mejores resultados quirúrgicos en una población que está envejeciendo y que presenta comorbilidad en aumento va a requerir nuevas formas de pensamiento y representa una oportunidad emocionante para que los anestesiólogos se involucren en innovaciones que mejoren el cuidado del paciente.

Inevitablemente, como parte de este proceso, las funciones tradicionales y las responsabilidades de los anestesiólogos y de otros trabajadores de la salud serán cuestionadas, desafiadas y muy probablemente modificadas. Algunos han optado por ver esta proposición como una crisis existencial dentro de nuestra propia profesión¹. Un punto de vista más positivo podría ser que, como profesión, estamos mostrando un deseo de cambiar. De este modo, los anestesiólogos que trabajan dentro de un ecosistema dinámico han reconocido la necesidad de adaptarse y evolucionar para asegurar la longevidad de nuestra «especie profesional».

En Colombia, la esperanza de vida media actual es de 79 años. En semejanza con la mayoría de otros países, se espera que esta expectativa continúe aumentando. En los Estados Unidos, se espera que el número de pacientes mayores de

85 años sea el doble en 2036 y el triple en 2049. Se evidencian tendencias similares en todo el mundo desarrollado². Como consecuencia, la demanda de cirugías asociadas con la edad (por ejemplo, oncológica, ortopédica, degenerativa y cirugía de urgencia) aumentará. Asimismo, los programas de actividad quirúrgica continúan evolucionando para ofrecer nuevas intervenciones donde históricamente para muchos pacientes había pocas esperanzas de curación quirúrgica. Este paradigma parece estar motivando el impulso para el cambio a nivel internacional y está siendo dirigido predominantemente por anestesiólogos, quienes están bien posicionados para entender esta «epidemia quirúrgica» y efectuar cambios.

El rendimiento fisiológico disminuye con la edad mientras que la morbilidad de órganos específicos aumenta. Como consecuencia, una población creciente de pacientes quirúrgicos denominados *de alto riesgo* es menos capaz de mostrar resistencia a los cambios patológicos de la mala salud y al estrés quirúrgico³. Dado que esta cohorte de ancianos (a menudo frágiles y enfermos) continúa creciendo, representan un número desproporcionado de muertes y morbilidad mayor en el período perioperatorio⁴. Se han comprendido estos hechos durante más de un cuarto de siglo; sin embargo, hemos sido lentos en cambiar desde los sistemas heredados que no han podido caracterizar adecuadamente el riesgo del paciente, que han adoptado un criterio universal para la atención y que han sido ampliamente reactivos en lugar de proactivos ante las complicaciones perioperatorias hacia sistemas de prevención⁵.

* Autora para correspondencia. Kings College Hospital, Denmark Hill, Londres, SE5 9RS.
Correo electrónico: catalina.stendall@gmail.com (C. Ceballos-Stendall).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2016.12.002>

0120-3347/© 2016 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Colombia gasta el 5,41% de su producto interno bruto en salud (2014), una cifra similar en términos porcentuales a la del Reino Unido y muchos otros países europeos. En el Reino Unido los pacientes han disfrutado de la atención de salud universal (Servicio Nacional de Salud [NHS]) por más de medio siglo. Pero en tiempos recientes, los crecientes costos de funcionamiento de esta industria nacionalizada de la salud han evidenciado la aparición de una brecha de financiación entre el gasto real y el gasto requerido para satisfacer la creciente demanda de atención médica. Actualmente, esta brecha se mide en miles de millones de libras esterlinas y se estima que seguirá aumentando significativamente durante la próxima década. Por lo tanto, los ahorros de costos son atractivos tanto para los gobiernos como para las empresas aseguradoras y los contribuyentes. Pocos se opondrían al objetivo de entregar más por menos al reducir gastos innecesarios y los procesos de aprendizaje como un primer paso importante en la reducción de costos. En el Reino Unido la eficiencia mejorada ha demostrado un ahorro de costos de entre 0,6 y 1,6% por año. Sin embargo, esta cifra no alcanza el ahorro de eficiencia estimado del 4% anual que se requiere para equilibrar los libros. El panorama da aún más en que pensar cuando los ahorros de eficiencia se ajustan para métricas de calidad (por ejemplo, supervivencia, citas hospitalarias y tiempos de espera) que no han demostrado ninguna mejora durante varios años⁶.

Frente a los déficits de financiación en la atención médica, los gobiernos tienen el desafío de mejorar la productividad y la eficiencia y ya existen buenos ejemplos de modelos quirúrgicos. Durante más de 20 años el trabajo de Møiniche et al.⁷ ha popularizado una vía altamente protocolizada de atención quirúrgica. Su objetivo central es limitar la respuesta inflamatoria sistémica asociada al daño quirúrgico, racionalizar intervenciones y limitar la redundancia optimizando el «viaje» quirúrgico del paciente. Hoy, vías como la recuperación acelerada después de cirugía (ERAS, por sus siglas en inglés) son una consigna de eficiencia y representan el estándar de atención para muchos pacientes sometidos a una cirugía mayor. Recientemente, instituciones norteamericanas han comenzado a adoptar y adaptar modelos ERAS que se han hecho populares en Europa⁸ y es probable que esta actividad atraiga la atención de compañías aseguradoras de salud, en un intento por reducir sus costos per cápita. Las instituciones ejemplares, vistas como las primeras en adoptar estas «nuevas vías» deben ser examinadas, aprendidas y aclamadas como defensoras de nuevas oportunidades en la prestación de asistencia médica. La evolución de ERAS y su éxito reconocido se deben, en parte, a la disposición de las organizaciones de gran escala a comparar sus propios datos, compartir sus mejores prácticas y comprometerse en discusiones significativas para mejorar⁹.

Ya sea al definir las mejores prácticas clínicas, al calcular los costos de los elementos individuales de la atención, al gestionar el riesgo o al enmarcar la política nacional de salud, se debe dar una discusión racional informada por el uso inteligente de los datos. Se requieren datos de alta calidad, ajustados por riesgo y en gran escala para mejorar; pero comprender qué hacer con los datos resulta fundamental. El peligro de una mala adquisición de datos con fines de investigación puede resultar en datos incompletos y difíciles de analizar, y esto lleva a conclusiones que pueden no ser universalmente traducibles. A primera vista, esto se entiende,

pero existen muchos impedimentos prácticos que limitan la recolección y utilización de datos. A pesar de la promesa de soluciones a gran escala de la tecnología de la información, que vincula los registros electrónicos de pacientes a nivel local, entre organizaciones, redes e incluso países, el análisis de datos masivos ha tenido una evolución lenta. Cuando los datos de los pacientes pueden tener valor comercial, existen complejidades adicionales al compartir y utilizar estadísticas de sus episodios. Sin embargo, la capacidad de medir debe ser vista como un primer paso importante para controlar, influenciar y, finalmente, mejorar el cuidado del paciente. Sin una voluntad de resolver la fragmentación de los sistemas de tecnología de la información, es probable que los problemas inherentes de la cirugía no se identifiquen y mucho menos se resuelvan.

El llamado «abismo fiscal» que se aproxima rápidamente es una oportunidad para entender mejor lo que significa asignar valor a la atención médico-quirúrgica. En este ambiente, el mejoramiento de la salud quirúrgica debe tratar más sobre hacer cosas mejores, incluso de forma diferente, y menos sobre simplemente hacer más cosas. El concepto de menos cirugías puede desafiar la sabiduría convencional sobre lo que se entiende por progreso médico. Sin embargo, esta revisión puede ofrecer una oportunidad pertinente para entender qué elementos de la atención son deficientes, lo que podría mejorarse y qué tipo de atención podría no añadir ningún valor tanto para los pacientes como para los financiadores de la salud por igual.

Ver el episodio quirúrgico como un «viaje del paciente» completo debe derivar en la desintegración de la «mentalidad de silo» en la que se ha permitido la evolución, en el ambiente hospitalario, de una atención tradicionalmente fragmentada y a menudo desordenada. Un paso inevitable hacia un «paquete de pago de atención», donde se fija un precio para todo el episodio de atención desde la admisión hasta el alta, puede brindar esa oportunidad de cambio. Nos llevará nuevamente a los hechos que necesitan ser abordados en la actualidad tanto como hace un cuarto de siglo. Sabemos por qué los pacientes sometidos a cirugía mueren o sufren complicaciones mayores. Si ya hemos caracterizado a esta cohorte y entendemos la naturaleza de su deterioro fisiopatológico ¿por qué hemos sido lentos en implementar mejores procesos y, finalmente, una mejor cultura? La respuesta es que probablemente lo hemos hecho, pero no tan bien como deberíamos haberlo hecho.

Hay una oportunidad en el período perioperatorio para el nuevo liderazgo clínico, que se ha generado porque hay un apetito por el cambio motivado por una mejor comprensión de los problemas y alentado por las crudas realidades de la economía de la salud en el siglo XXI. En la definición de vías nuevas no debemos distraernos con discusiones sobre la «propiedad del paciente» o el territorio en el que llevamos a cabo nuestra práctica profesional, sino más bien debemos asegurarnos de que estamos preparados con las actitudes y habilidades para hacer la diferencia como equipo perioperatorio.

El episodio quirúrgico, que ya no se ve como una serie de intervenciones aisladas, debe entenderse ahora como una atención continua en la cual la complejidad de la medicina moderna se cumple con un enfoque coordinado de entrega. Este proceso debe ser supervisado por un grupo que tenga responsabilidad sobre el viaje del paciente y no solo sobre el

Tabla 1 – Diferencias entre el ensayo controlado aleatorizado y el programa de mejora de la calidad

	Ensayo controlado aleatorizado	Programa de mejora de la calidad
Diseño	Desarrolla o contribuye a un conocimiento generalizable	Implementa conocimientos, evalúa los beneficios de un proceso o un programa en su contexto particular
Protocolo	Sigue un protocolo rígido que permanece sin cambios durante la investigación	Diseño adaptativo e iterativo
Punto final	Responde a una pregunta de investigación	Mejora un programa, proceso o sistema
Análisis	Prueba o desmiente una hipótesis estadísticamente	Compara cambios a un programa, proceso o sistema con una punto de referencia establecido
Adopción de resultados	Poca urgencia en divulgar rápidamente los resultados	Los resultados se adoptan rápidamente en la prestación local de la atención

Fuente: autores.

destino. Los pacientes, que constituyen el centro de nuestras intervenciones, deben poder opinar sobre qué tipo de cuidados tienen valor para sus vidas. Los resultados y experiencias reportados por los pacientes son métricas tan importantes como la mortalidad quirúrgica. El enfoque en salud basada en tareas en la que cada uno aporta su experiencia, exigiendo una tarifa por su servicio, puede ser considerado atractivo ya que impulsa la productividad al incentivar a las organizaciones a entregar más servicios; no obstante, esto puede resultar en una fragmentación de la atención.

Cuáles serán las habilidades necesarias, quién dirigirá y qué hoja de ruta se seguirá son preguntas que se están abordando en cada continente, ya que existen diferencias sutiles entre sistemas de salud a pesar de que los principios básicos son comunes a todos. En el Reino Unido, el Royal College of Anaesthetists ha presentado su visión sobre el futuro de la asistencia perioperatoria y ya ha provocado un debate nacional¹⁰ que involucra a todas las partes interesadas a nivel nacional. No resulta sorprendente que el College considere que los anestesiólogos desempeñarán un papel muy importante en el liderazgo del rediseño de las vías y en el trabajo colaborativo con muchos otros grupos de profesionales. Se ha reconocido que, al hacer frente a este desafío, nuestra profesión debe adquirir las habilidades y los atributos que nos definirán como médicos perioperatorios. Las generaciones sucesivas de anestesiólogos han aprendido su oficio y han abrazado la tecnología y la innovación rápidamente como parte de nuestra identidad profesional, lo que ha conllevado una mejora en la seguridad y en los resultados de los pacientes dentro de la sala de operaciones. Si elegimos enfrentar los retos de la cirugía moderna, la próxima generación de anestesiólogos tendrá que tomar como base nuestros éxitos notables del pasado. Definir un programa en el que se exploren los resultados de los pacientes a través de la comprensión del riesgo y donde el concepto de «falla en el rescate» pueda considerarse una consecuencia del diseño deficiente del sistema y de la participación del personal será un componente central del nuevo aprendizaje.

Todos tenemos un papel que desempeñar. Comparar nuestro progreso mediante la recopilación local de datos a pequeña escala por parte de los trabajadores de primera línea de salud será un método efectivo para la mejora del servicio. El Royal College of Anaesthetists ha utilizado el llamado Programa de mejora de la calidad (QI por sus siglas en inglés) para medir las deficiencias y, por último, efectuar cambios en la práctica

y alentar a todos sus miembros a participar activamente en dicho programa. En el Reino Unido, como parte de la evaluación anual de las aptitudes para la práctica, los médicos deben demostrar su compromiso con el programa. Los proyectos del programa de mejora de la calidad están diseñados para implementar conocimientos, mejorar los programas y evaluar los beneficios de un proceso dentro de un contexto particular. Los datos recopilados ayudarán a modificar procesos ya establecidos y pueden adoptarse rápidamente para modificar la atención prestada. Su metodología difiere significativamente de la del ensayo controlado aleatorizado, ya que toma la mejor práctica reconocida y evalúa el cumplimiento local. Cuando dicho cumplimiento es deficiente, se instituye un proceso documentado de cambio iterativo¹¹ (tabla 1).

El futuro de los programas quirúrgicos que operan en economías con recursos fiscales limitados y que enfrentan a una carga creciente de enfermedades debe buscar nuevas formas de brindar atención segura y eficaz. Debe haber una confianza en las mejoras impulsadas por datos, ya sea a nivel nacional o local, y energía para considerar diferentes métodos de prestación de atención. Al hacerlo, debemos aferrarnos a lo que es bueno, desafiar lo que no lo es y poner a los pacientes en el centro de lo que hacemos. Como dijo un ganador del Premio Nobel una vez: «los tiempos están cambiando».

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

David Walker es director de un programa de educación médica en medicina perioperatoria.

REFERENCIAS

1. Census.org [Internet]. United States Census Bureau [cited 2016 May 14]. Available from: <https://www.census.gov/population/projections/data/national/2012.html>
2. McGlennan A, Dinner L, Drewery H, Shaw C. Anaesthesia's existential crisis. RCoA Bulletin. 2015;93:20-2.

3. Turrentine FE, Wang H, Simpson VB, Jones RS. Surgical risk factors, morbidity, and mortality in elderly patients. *J Am Coll Surg*. 2006;203:865-77.
4. Campling EA, Devlin HB, Hoile RW, Lunn JN. The report of the National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths 1990. Londres: National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths; 1992.
5. EuSOS [Internet]. European Surgical Outcome Study [cited 2016 Jun 26]. Disponible en: <http://eusos.esicm.org/study-documents/>
6. NHS England [Internet]. UK NHS five year forward view. [cited 2016 July]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/ourwork/futurenhs/nhs-five-year-forward-view-web-version/5yfv-exec-sum/>
7. Møiniche S, Bülow S, Hesselfeldt P, Hestbaek A, Kehlet H. Convalescence and hospital stay after colonic surgery with balanced analgesia, early oral feeding, and enforced mobilisation. *Euro J Surg*. 1995;161:283-8.
8. ERAS society.org [Internet]. Eras Society. List of guidelines [cited 2016 Sep 19]. Anaesthesia documents [about 2 screens]. Available from: <http://erassociety.org.loopiadns.com/guidelines/list-of-guidelines/>
9. Maessen JMC, Dejong CHC, Kessels AG, von Meyenfeldt MF, Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Group. Length of stay: An inappropriate readout of the success of enhanced recovery programs. *World J Surg*. 2008;32:971-5.
10. Devereaux PJ, Chan MT, Alonso-Coello P, Walsh M, Berwanger O, Villar JC, et al. Association between postoperative troponin levels and 30-day mortality among patients undergoing noncardiac surgery. *JAMA*. 2012;307:2295-304.
11. The children Hospital of Philadelphia Research Institute [Internet]. Quality improvement vs. Research [cited 2016 Sep 29]. Available from: <https://irb.research.chop.edu/quality-improvement-vs-research>