

Autoras:

¹Carme Planas Campmany

²M^a Teresa Icart Isern

¹Enfermera. Máster Oficial de Liderazgo y Gestión de Servicios Enfermeros. Doctoranda. Programa de doctorado en Ciencias Enfermeras. Profesora asociada de la Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona. Técnica del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

²Enfermera. Doctora en Medicina. Máster en Salud Pública. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona. Catedrática de Enfermería de Salud. Pública y Comunitaria.

Dirección de contacto:

Carme Planas Campmany

Avd. Torres Vilaró, 35. 08059 Begues (Barcelona).

E-mail: planascarme@hotmail.com

Fecha de recepción: el 12/02/2013.

Aceptada su publicación: el 4/04/2013.

La aportación enfermera en la rendición de cuentas

Resumen/Abstract

La sostenibilidad de los sistemas de salud depende, en gran medida, de la optimización de los recursos sanitarios y del acceso a la información adecuada para la toma de decisiones en política y gestión sanitaria. Además, el desempeño de estos sistemas varía ampliamente en relación a la capacidad de consecución de los principales objetivos de salud, siendo necesario evaluar las actuaciones sanitarias. La evaluación del desempeño implica evaluar la totalidad del funcionamiento de los sistemas sanitarios por medio de la rendición de cuentas. En este sentido, se han empezado a diseñar e implementar programas de incentivos denominados comúnmente como sistemas de pago por resultados o de compra de servicios basados en la calidad. La profesión enfermera no tiene más alternativa que posicionarse ante esta realidad que marca un nuevo paradigma en la salud y en los servicios sanitarios.

Palabras clave

Sistema sanitario; gestión; evaluación del desempeño; proveedores de servicios sanitarios.

Contribution by the nursing staff to accountability

Health system sustainability depends, to a great extent, on the optimization of healthcare resources and the access to the adequate information for decision making in health politics and management. Besides, the performance of health systems varies widely in terms of the ability to achieve the primary health objectives, which requires an assessment of healthcare procedures. A performance assessment involves an assessment of the entire functioning of health systems, through accountability. To this aim, incentive programs are increasingly being designed and implemented, and commonly called "pay per result systems", or "service purchase based on quality." Nursing as a profession has no choice but to position itself in terms of this reality which marks a new paradigm within health and healthcare services.

Key words

Health system; management; assessment of performance; healthcare services.

Cómo citar este artículo:

Planas Campmany C, Icart Isern MT. La aportación en la rendición de cuentas. *Metas Enferm* 2013; 16(4):6-10.

Introducción

Las tendencias sociodemográficas actuales, las proyecciones de futuro de la población y los problemas emergentes obligan a poner especial atención en las necesidades de las personas. Estos cambios impactan directamente en el sistema sanitario provocando un aumento de la complejidad de los casos y un incremento del volumen de la demanda en los servicios de atención a la salud (1,2). Es por este motivo que la orientación del análisis de la actividad y de la evaluación de los propios resultados de los servicios sanitarios, precisa incorporar enfoques basados en la complejidad de la atención que requieren los usuarios.

La transformación de los perfiles de salud de los ciudadanos no ocurre de manera aislada, sino que los cambios suceden inmersos en un entorno que los propicia y con un trasfondo marcado por la preocupación constante acerca de la sostenibilidad de los sistemas de atención a la salud (3).

Para que un sistema sanitario sea sostenible es necesario optimizar los recursos de los que se dispone sin que esto perjudique la calidad de la atención. Para ello es preciso conocer las necesidades reales de salud y, por tanto, disponer de información adecuada para tomar las decisiones correctas. Esto no sería posible sin la evaluación de las actuaciones sanitarias, así como la determinación de si son las adecuadas para dar respuesta a la demanda de las personas.

La profesión enfermera no tiene más alternativa que posicionarse ante esta realidad que marca un nuevo paradigma de la salud y de los servicios sanitarios.

La necesidad de evaluar el desempeño de los sistemas sanitarios

La planificación sanitaria debe basarse en los criterios más adecuados para cada ámbito y nivel de atención. Hace falta tomar conciencia de las diferencias entre los distintos tipos de servicios que se precisan y que se prestan, además de una buena gestión de los mismos, centrada en las necesidades y en el grado de complejidad de los cuidados. Los expertos insisten en que se requiere un uso eficiente de los recursos para maximizar los resultados de las inversiones públicas que se dedican a la atención de la salud (4). Es así como se puede conseguir un buen uso y la optimización de los servicios de los que se dispone.

El desempeño de los sistemas de salud, que varía en relación a su capacidad para cumplir con los principales objetivos, depende de la manera en que se organizan cuatro de sus elementos clave: la normativa, la financiación, la prestación de servicios y la generación de recursos. Murray y Frenk (5) defienden que poniendo la atención en estos cuatro elementos, y en la forma como se combinan, es posible no solamente entender los determinantes del rendimiento del sistema de salud, sino también plantear cambios radicales en las políticas sanitarias.

En cualquier caso, la reinención del sistema tiene que incluir la medición de sus éxitos (6). Además de una eva-

luación del funcionamiento de los sistemas sanitarios que sirva, a su vez, de instrumento para la rendición de cuentas y ayude a comprender mejor la efectividad y contribución de diferentes intervenciones y proveedores (7).

Políticas de transparencia y rendición de cuentas

En este sentido, debido a los sistemas de pago insuficientemente alineados con los objetivos de salud y atendiendo a la necesidad de obtener la máxima efectividad y eficiencia de los recursos sanitarios (2), los responsables políticos, los compradores y los proveedores han propuesto el diseño y la implementación de programas de incentivos conocidos como sistemas de pago por resultados o de compra de servicios basados en la calidad (8-10).

La transparencia y la rendición de cuentas son conceptos que generalmente hacen referencia a las actuaciones dirigidas a medir y responsabilizar a los proveedores de su rendimiento, mediante la divulgación pública de los resultados comparables (11).

En el análisis de las primeras experiencias del desempeño y medición del rendimiento de centros se dirigieron a los hospitales, y poco a poco se han ido ampliando a servicios de otro tipo (12,13). En España, ha ocurrido lo mismo, es decir, que las experiencias corresponden principalmente al ámbito hospitalario.

En los Estados Unidos (14), la transparencia y rendimiento de cuentas forman parte de estrategias ampliamente aceptadas, que se centran en la mejora de la calidad y la divulgación de resultados que facilitan la elección de los servicios sanitarios al consumidor. Estas iniciativas, promovidas por los compradores de dichos servicios, tanto públicos como privados, tienen como objetivo:

- Estandarizar las medidas para evaluar el rendimiento.
- Difundir la información de los resultados obtenidos.
- Inspirar mejoras en la atención a la salud.
- Ayudar en la selección de los proveedores.
- Promover la atención coste-eficiente y de calidad.

En Europa, concretamente en el Reino Unido (13,15,16), se ha debatido mucho sobre el uso de indicadores de medida del desempeño en sistemas de gestión de la garantía y del rendimiento. Se ha determinado que para facilitar la aplicación y el uso de indicadores es necesario disponer de unos objetivos claros, que las partes interesadas participen en su desarrollo y que se incorpore información que facilite la interpretación de los resultados (13).

El interés creciente por la evaluación y el desempeño en el ámbito de la salud ha permitido avanzar en su conocimiento, pero también en la identificación de las dificultades relacionadas con la medida del rendimiento (17). Concretamente, el desarrollo de los indicadores que se utilizarán para llevar a cabo las mediciones requiere que:

- El propósito de la propia medida se formule cuidadosamente.

- El objetivo esté claro.
- La dimensión de la calidad que se pretende evaluar sea correctamente identificada.
- El público diana esté bien identificado.
- Se tengan en cuenta las consideraciones operativas y metodológicas, que determinaran si es posible obtener la información necesaria para los cálculos.

Además, en tiempos de crisis económica a nadie se le escapa que un sistema de medida de resultados o del desempeño a gran escala, aunque necesario, es costoso.

¿Cuál debería ser el propósito principal de la Enfermería y de sus profesionales en este contexto?

El propósito principal de la Enfermería, respecto a la evaluación del desempeño enfermero, debería ser el de proporcionar la medición de la contribución de esta profesión en el equipo de salud, que promueva un nivel elevado de calidad de la atención, así como la identificación y optimización de las vías de desarrollo (académico, profesional y laboral) de las enfermeras (16).

En un trabajo publicado en el año 2007 (17), se identificó un amplio rango de elementos que se consideraron influyentes en el desempeño enfermero, que se pueden agrupar en las siguientes cuatro categorías:

- Las competencias y la formación enfermera.
- La infraestructura y la estructura física en la que se brindan los cuidados.
- El sistema de organización enfermero utilizado y el entorno.
- La cultura de trabajo.

En términos generales, en lo relativo a las iniciativas internacionales para informar del rendimiento enfermero y de la identificación de las medidas sensibles a la Enfermería, se identifica un primer grupo de iniciativas en los EE.UU., que se extiende hacia Canadá y, más adelante, a Europa (12,14,17-21) con un mayor desarrollo de indicadores en el ámbito hospitalario que en el ámbito extra-hospitalario.

Además, se han identificado trabajos y documentos que

evidencian la influencia que ejerce la Enfermería en la seguridad del paciente y en los resultados en salud. En este sentido se han publicado diversos estudios que describen los vínculos entre esta profesión y la calidad, así como los posicionamientos que los defienden (9,17,22-26).

El hecho de no disponer de medidas de rendimiento enfermero estandarizadas, a pesar del aumento de la evidencia que vincula las variables enfermeras con los resultados, motivó una de las iniciativas más importantes. En el año 2004, se presentaron en EE. UU. un conjunto de estándares de Enfermería que habían sido aprobados por una importante organización público-privada, sin ánimo de lucro, que trabaja en pro de la calidad de la atención sanitaria: el *National Quality Forum* (NQF). Esta serie de medidas, habiéndose demostrado su fiabilidad y validez, se aprobaron como indicadores sensibles a la profesión y se dieron a conocer como los NQF-15 (Tabla 1). Este trabajo permitió acelerar la expansión de las medidas de desempeño enfermero (14), sobre todo en los países anglosajones.

En el proceso de definición, consenso y aprobación de los NQF-15, y con el propósito de minimizar la carga de trabajo a los proveedores, las medidas se desarrollaron a partir de los trabajos e iniciativas de bases de datos de Enfermería existentes antes del 2004 en los EE.UU.: la *National Database of Nursing Quality Indicators* (NDNQI®), la *California Nursing Outcomes Coalition* (CalNOC), la *Veterans Affairs Nurse Outcomes Database* (VANOD) y el *Military Nursing Outcomes Database* (MilNOD). Además, por ejemplo, tanto la NDNQI® como la CalNOC, entre otras, contribuyeron en el desarrollo de las métricas sensibles a la Enfermería del propio NQF.

En consecuencia, algunos de los estándares NQF-15 forman parte de la batería de medidas de estas bases de datos de indicadores enfermeros estadounidenses más relevantes que, a su vez, coinciden con algunas de las medidas de rendimiento de la profesión utilizadas en otros países (27,28) (Tabla 2).

No obstante, y a pesar de la inversión realizada en los últimos años, con el objetivo de que los proveedores rindiesen cuentas en lo relativo a la calidad de la atención

Tabla 1. Los NQF-15, indicadores sensibles a la Enfermería, nacionales consensuados aprobados por el *National Quality Forum*

1. Muerte de pacientes de cirugía ingresados con complicaciones serias tratables
2. Prevalencia de úlceras por presión
3. Prevalencia de caídas
4. Caídas con lesiones
5. Prevalencia de contenciones (mecánicas)
6. Infecciones del tracto urinario asociadas a catéter vesical en pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos
7. Infecciones asociadas a catéter venoso central en pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos y en unidades con pacientes de riesgo
8. Neumonía asociada al respirador en pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos y en unidades con pacientes de riesgo
9. Consejo para dejar de fumar a pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio
10. Consejo para dejar de fumar a pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca
11. Consejo para dejar de fumar a pacientes con diagnóstico de neumonía
12. Conjunto de capacidades o niveles de habilidades (del personal de Enfermería)
13. Horas de Enfermería por paciente y día
14. Escala de valoración del entorno de la práctica-índice de la carga de trabajo de Enfermería
15. Abandono voluntario del puesto de trabajo

Tabla 2. Ejemplos del uso de los NQF-15 - indicadores sensibles a la Enfermería, nacionales consensuados aprobados por el *National Quality Forum*

- La *National Database of Nursing Quality Indicator* (NDNQI®) incluye la información relativa a ocho de los quince indicadores sensibles a la Enfermería consensuados aprobados por el *National Quality Forum* (NQF)
- Las medidas y los instrumentos de la *California Nursing Outcomes Coalition* (CalNOC) incluyen siete de los quince indicadores sensibles a la Enfermería consensuados y aprobados por el NQF y contribuyeron concretamente en el desarrollo de las métricas relativas a las úlceras por presión y al uso de medidas de contención
- La base de datos canadiense *Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation* (NQuIRE), que puso en marcha la *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO), incluye como mínimo seis de las quince NQF-15
- En el Reino Unido cuentan con varias iniciativas enfermeras centradas en la calidad, cuyos indicadores de calidad sensibles a la Enfermería en ocasiones coinciden con las medidas NQF-15, como por ejemplo: la prevalencia de las úlceras por presión; la prevalencia de las caídas y las infecciones nosocomiales asociadas a los catéteres

prestada, se observó que la manera en que se habían adoptado y presentado públicamente las medidas de rendimiento sensibles a la Enfermería había sido relativamente modesta (11,14).

Por otra parte, existe un hecho muy destacable en las políticas del *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS) norteamericano. Como parte del sistema de pago prospectivo y de la mejora de la calidad del Medicare, a partir del año 2008 se dejó de pagar los costes adicionales de la atención que se relacionan con ocho condiciones adquiridas en los hospitales, como por ejemplo las úlceras por presión y las infecciones (29). Este hecho obliga a reflexionar sobre la relevancia de la contribución enfermera en la calidad de la atención prestada y en la responsabilización de los proveedores de los servicios sanitarios.

Reflexiones finales

En el entorno actual, los ciudadanos demandan que la atención sea cada vez más segura, adecuada y de calidad más alta. Los compradores esperan de los proveedores de servicios sanitarios que estos demuestren que proporcionan una atención más segura, más adecuada y de mayor calidad; y la tecnología se continúa explotando y haciéndose más accesible, permitiendo que la atención se pueda proporcionar en entornos nunca antes imaginados (12).

En este contexto, la Enfermería, que mantiene el contacto más íntimo y constante con los pacientes, dispone de la visión necesaria para probar enfoques dirigidos a una perspectiva menos medicalizada (30) y fundamentada en la complejidad de los cuidados que requieren los enfermos. Esta profesión se encuentra en una posición estratégica para identificar lo que las organizaciones necesitan para satisfacer las necesidades de las personas (6) y, por lo tanto, dispone de un conocimiento valioso para la orientación de la evaluación de los resultados en salud.

No obstante, la Enfermería, incluso siendo la profesión más numerosa dedicada al cuidado de la salud, se ha visto escasamente o nada implicada en la toma de decisiones estratégicas, y se ha tomado poco en consideración la opinión de sus profesionales en lo que respecta al diseño e implementación (11) de los sistemas de evaluación. Llama la atención que esto sea así, en un ámbito como el de la atención a la salud, en el que las políticas de transparencia y de rendición de cuentas cada vez gozan de mayor aceptación.

La medida y la expresión del impacto de los cuidados enfermeros son imprescindibles debido al papel clave de las enfermeras en el funcionamiento de las organizaciones dedicadas a la salud. La evidencia disponible ha permitido identificar a los cuidados de Enfermería, y a los propios profesionales, como agentes clave en la consecución de los objetivos de salud priorizados por los responsables sanitarios, los compradores y los proveedores, especialmente en los que se centran en la seguridad y en los resultados de la salud de las personas (8).

Sin embargo, a pesar del aumento de la evidencia que muestra la relación entre la Enfermería y la calidad, y de los esfuerzos continuos para el desarrollo y aprobación de medidas estandarizadas de rendimiento enfermero, esto no ha garantizado la implementación generalizada de las mediciones sensibles a la esta profesión en los países anglosajones. De esto se desprende que se precisa llevar a cabo intervenciones políticas, educativas y tecnológicas importantes, así como investigaciones para el desarrollo de medidas.

Por lo tanto, el papel de los líderes de la profesión enfermera es esencial. Por este motivo, de acuerdo con los expertos del Reino Unido, es muy importante que la Enfermería establezca estrategias para que las personas que toman decisiones sobre los objetivos de salud, capten la importancia de la calidad de los cuidados y en la consecución de aquellos que son de su competencia (18).

La incorporación de la perspectiva enfermera en el análisis de los resultados, que se utilizan para el rendimiento de cuentas de los proveedores de servicios sanitarios, puede convertirse en una información esencial para que sus profesionales sean más visibles para quienes se dedican a la planificación de los servicios de la salud. Esta visión podría ayudar en la orientación de estrategias futuras, centradas en la adecuación de la utilización de los recursos sanitarios y en los resultados en salud.

Financiación

Ninguna

Conflicto de intereses

Ninguno

Nota: en este artículo el término enfermera hace referencia tanto a los enfermeros como a las enfermeras que ejercen la profesión, en línea con las instituciones como el Consejo Internacional de Enfermería y la Organización Mundial de la Salud. Cabe destacar que en España más del 80% de los profesionales de este colectivo son mujeres.

Bibliografía

1. El Sistema d'atenció a la salut a Catalunya: evolució i orientacions estratègiques des de la perspectiva del Servei Català de la Salut. Barcelona. Servei Català de la Salut. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2010.
2. García-Altés A, Dalmau-Buenoa A, Colls C, Mendivila J, Benet J, Mompart A, et al. Análisis del desempeño de los servicios sanitarios de Catalunya: evaluación de los primeros resultados del proyecto demostrativo. *Gac San* 2009; 23(5):465-472.
3. Thomson S, Foubister T, Figueras J, Kutzin J, Permanand G, Bryndová L. Addressing financial sustainability in health systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2009. [En línea] [fecha de acceso: 16 de abril de 2013]. URL disponible en: <http://president.bg/docs/1352304349.pdf>
4. Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S, et al. Health policy responses to the financial crisis in Europe. WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies; 2012. [En línea] [fecha de acceso: 16 de abril de 2013]. URL disponible en: <http://www.equitychannel.net/uploads/WHO%20-%20crisis.pdf>
5. Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ* 2000; 78(6):717-731.
6. Covaleski MA. The changing nature of the measurement of the economic impact of nursing care on health care organizations. *Nurs Outlook* 2005 Nov-Dec; 53(6):310-316.
7. Morales Asencio J, Morilla Herrera J, Torres Pérez L, Porcel Gálvez A, Canca Sánchez J. Investigación en resultados y clasificación de resultados de Enfermería. Claves para la investigación. *Metas Enferm* dic 2012/ene 2013; 15(10):20-24.
8. Kurtzman ET, Dawson EM, Johnson JE. The current state of nursing performance measurement, public reporting, and value-based purchasing. *Policy Polit Nurs Pract* 2008 Aug; 9(3):181-191.
9. Keepnews D. Mapping the Economic Value of Nursing: A White Paper. Washington: State Nurses Association; 2011. [En línea] [fecha de acceso: 16 de abril de 2013]. URL disponible en: <http://www.wsna.org/practice/publications/documents/economic%20value%20of%20nursing%20-%20white%20paper.pdf>
10. Van Herck P, Annemans L, De Smedt D, Remmen R, Sermeus W. Pay-for-performance step-by-step: introduction to the MIMIQ model. *Health Policy* 2011 Sep; 102(1):8-17.
11. Kurtzman ET. A transparency and accountability framework for high-value inpatient nursing care. *Nurs Econ* 2010 Sep-Oct; 28(5):295-306.
12. Swan BA. Making nursing-sensitive quality indicators real in ambulatory care. *Nursing Economic* 2008 May-Jun; 26(3):195-201,205.
13. Freeman T. Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature. *Health Serv Manage Res* 2002 May; 15(2):126-137.
14. Kurtzman ET, Jennings BM. Trends in transparency: nursing performance measurement and reporting. *J Nurs Adm* 2008 Jul-Aug; 38(7-8):349-354.
15. Thomson R, Taber S, Lally J, Kazandjian V. UK Quality Indicator Project (UK QIP) and the UK independent health care sector: a new development. *Int J Qual Health Care* 2004 Apr; 16 Suppl 1:51-56.
16. Hamilton KE, Coates V, Kelly B, Boore JR, Cundell JH, Gracey J, et al. Performance assessment in health care providers: a critical review of evidence and current practice. *J Nurs Manage* 2007 Nov; 15(8):77.
17. Needleman J, Kurtzman ET, Kizer KW. Performance measurement of nursing care: state of the science and the current consensus. *Med Care Res Rev* 2007 Apr; 64(2 Suppl):10S-43S.
18. Griffiths P, Jones S, Maben J, Murrells T. State of the art metrics for nursing: a rapid appraisal. National Nursing Research Unit. London: King's College London; 2008. [En línea] [fecha de acceso: 16 de abril de 2013]. URL disponible en: <http://www.kcl.ac.uk/nursing/research/nnru/publications/Reports/Metricsfinalreport.pdf>
19. Doran D. Nursing-sensitive outcomes: state of the science. *Pub JaB*, editor. London: Sudbury; 2003.
20. Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *Med Care* 2007; 45(12):1195.
21. Doran D, Mildon B, Clarke S. Towards a national report card in nursing: a knowledge synthesis. *Nurs Leadersh (Tor Ont)* 2011; 24(2):38-57.
22. Needleman J, Buerhaus PI, Stewart M, Zelevinsky K, Matke S. Nurse staffing in hospitals: is there a business case for quality? *Health Aff* 2006; 25(1):204-211.
23. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job satisfaction. *JAMA* 2002; 288(16):1987-93.
24. Kurtzman ET. Planning a National Nursing Quality and Safety Alliance: strengthening nursing's policy voice. *J Nurs Adm* 2009; 39(2):47-50.
25. Griffiths P, Maben J, Murrells T. Organisational quality, nurse staffing and the quality of chronic disease management in primary care: observational study using routinely collected data. *Int J Nurs Stud* 2011 Oct; 48(10):1199-210.
26. de Pedro Gómez J, Morales-Asencio J, Artigues-Vives G, Gonzalo-Jiménez E, Morilla Herrera J, Martín-Santos F. Resultados de la atención hospitalaria y número de enfermeras: no es casualidad la cercanía a la causalidad. *Metas Enferm* 2009; 12(3):18-22.
27. VanDeVelde-Coke S, Doran D, Grinspun D, Hayes L, Boal A, Velji K, et al. Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians: NNQR (C), C-HOBIC and NQuiRE. *Nurs Leadersh (Tor Ont)* 2012; 25(2):26-37.
28. Maben J, Morrow E, Ball J, Robert G, Griffiths P. High Quality Care Metrics for Nursing. National Nursing Research Unit King's College London; 2012. [En línea] [fecha de acceso: 3 de enero de 2013]. URL disponible en: <http://www.kcl.ac.uk/nursing/research/nnru/publications/Reports/High-Quality-Care-Metrics-for-Nursing---Nov-2012.pdf>
29. Welton JM. Implications of Medicare reimbursement changes related to inpatient nursing care quality. *J Nurs Adm* 2008; 38(7-8):325-330.
30. Planas Campmany C. Aportación enfermera a la atención a la dependencia en Cataluña. *Nursing* 2007; 25(1):60-66.