

POSICIONAMIENTO DE SEMAM SOBRE LA MEDICIÓN DE LA ACTIVIDAD ENFERMERA

“Debemos medir lo que realmente importa”

Esta afirmación de John Doerr es ampliamente aceptada y reconocida en el mundo empresarial o de cualquier organización a la hora de hablar de sus sistemas de medida o evaluación. Una organización debe definir cuáles son sus objetivos estratégicos (lo que realmente importa) y, en coherencia con ellos, establecer sus indicadores de evaluación. Las organizaciones toman decisiones (organizativas, de recursos humanos, estratégicas...) en función de los resultados obtenidos y de ahí la necesidad de analizar qué se mide y si responde a lo realmente importante.

“Dime cómo me mides y te diré cómo me comporto”

Esta segunda afirmación, de Eli Goldratt, define muy bien la importancia de lo que medimos dentro de una organización. A través de los indicadores de medida, sobre todo si con ellos se toman decisiones de tipo retributivo u organizativo, se traslada a los profesionales lo que realmente importa a la organización para la que trabajan y, por tanto, condicionan en gran medida el comportamiento o actividad de los integrantes de la misma.

De estas dos afirmaciones podemos deducir que, si lo que una organización evalúa no sirve para medir los objetivos estratégicos, se producen dos consecuencias, ambas negativas:

- Que la organización no ha sabido definir bien sus indicadores de evaluación (“lo realmente importante no se mide”)
- Que los objetivos realmente importantes son otros (“lo que me miden es lo que realmente les importa”)

Por tanto, creemos que la GAAP debería analizar y responder a estas cuestiones con respecto a la medición de la actividad y, de forma concreta, la de las Enfermeras Familiares y Comunitarias:

- Si se está midiendo lo realmente importante, es decir, si los objetivos estratégicos de la organización se acompañan de buenos indicadores de medición. Si las variables que forman parte de estos indicadores están correctamente definidas y son válidas para medir lo que se pretende medir.
- Si algo de lo que se está midiendo responde a objetivos distintos de los estratégicos, con el impacto que puede esto tener en la actividad realizada por los profesionales.

Nos planteamos esto porque, en demasiadas ocasiones, hemos visto cuestionada la actividad de las enfermeras en AP: *“Las enfermeras tienen una actividad muy baja”, “¿Qué hacen las enfermeras?”*, *“Las enfermeras tienen que hacer..., porque la presión asistencial en consulta es mucho menor que la de los médicos”*.

Fruto de este cuestionamiento y de la continua comparación de la presión asistencial entre médicos y enfermeras, recientemente se van implementando en los centros de salud cambios en la organización de los servicios enfermeros. Estos **cambios en la forma de prestar la atención en cuidados van alejando cada vez más a las enfermeras del papel que deben desempeñar en AP** en coherencia con la disciplina enfermera (enfoque disciplinar) y con la misión de la enfermera familiar y comunitaria. Estos cambios, unas veces a propuesta de los directores de centro (médicos) y con apoyo de las Direcciones Asistenciales, y otras veces, directamente propuestos por la GAAP, implican la pérdida de la personalización del cuidado (agendas centralizadas), la asunción de funciones delegadas que debe *rematar* un médico (algunos de los motivos de consulta del APADE), o la dedicación de las enfermeras a otras tareas sin relación con las que realmente deben desempeñar en los centros de salud (como el “filtro” de la entrada al centro de salud durante la pandemia y que ha derivado, aún hoy en muchos centros, en la atención de todos los pacientes sin cita de forma previa a que los vea un médico).

Analizamos alguna de estas medidas recientes:

- Agenda enfermera de “No demorable”: Esta agenda está definida para “atender usuarios cuya demanda obedece a un proceso que requiere atención en menos de 48 horas y el profesional de referencia más adecuado para resolverla no tiene cita disponible en ese intervalo”. Esta medida no aporta nada a las enfermeras. El grueso de la actividad de las enfermeras no está actualmente en la demanda de problemas agudos. Por este motivo, no vemos sentido a que haya una agenda de enfermería centralizada de atención a la demanda no demorable, a lo sumo habría que reservar algún hueco en la agenda de cada enfermera para poder dar respuesta en plazo a estas demandas agudas. Sin embargo, la realidad que estamos observando en muchos centros en los que se ha implantado es que en esa agenda se están citando los pacientes que no consiguen cita con su médico en el día. Se está liberando de consulta a las enfermeras de forma periódica para que valoren a TODOS los pacientes que solicitan atención en el día (“los pacientes sin cita”) sin discriminación de motivos de consulta, de forma que, cuando el paciente acuda a la consulta médica, ya le haya visto previamente una enfermera y realice una valoración del tiempo de espera para ser visto por un médico. La actividad de esta agenda centralizada no aparecerá en la presión asistencial de cada enfermera; en el mejor de los casos aparecerá en la presión asistencial total del centro. Y esto en un contexto como el actual en el que, desde la implantación de las agendas médicas 30 + 4, el número de pacientes que acuden sin cita al centro de salud ha aumentado mucho por la imposibilidad de encontrar cita con sus médicos en un plazo razonable.
- Agendas centralizadas de vacunación: Al igual que en la agenda anterior, para atender la vacunación centralizada hay que bloquear tiempos de consulta de la agenda de las enfermeras, por ello bajará la presión asistencial en consulta en una época en la que aumenta en las agendas de medicina fruto de la llegada del otoño y las infecciones respiratorias agudas. Una vez más, estos pacientes estarán reflejados, en el mejor de los casos, en la presión asistencial total del centro.
- Gestión enfermera de la demanda, el llamado “APADE”: Esta estrategia no lleva asociada una forma unificada de organización en los centros de salud, de manera que en algunos centros estas demandas se citan en la consulta enfermera, discriminando el motivo de demanda, y en otros, se citan en agenda centralizada de “NO DEMORABLE” sin discriminar el motivo de demanda. De nuevo, esta organización de los servicios enfermeros va a alimentar el argumento de la menor presión asistencial en las agendas nominales de las enfermeras.

Para determinar lo que se debe medir a las enfermeras, cabría cuestionarse lo siguiente:

- ¿La actividad enfermera se realiza SOLO en consulta como la actividad de los médicos?, o, dicho de otra manera, ¿qué porcentaje de la actividad diaria se realiza en consulta y qué porcentaje fuera de ella?, ¿y esto es igual o diferente para los médicos y para las enfermeras?
- ¿Qué pasa con la atención en domicilio?, ¿se mide en la presión asistencial?, ¿se computa igual que una consulta?, ¿se tienen en cuenta los tiempos y tipo de atención realizada?, ¿tiene el mismo impacto la atención en domicilio en la presión asistencial de los médicos que en la de las enfermeras?
- ¿Qué pasa con las actividades de Educación para la Salud e Intervenciones Comunitarias?, ¿cómo se visibilizan y se contemplan en la presión asistencial?, ¿estas actividades tienen el mismo impacto en la presión asistencial de los médicos y de las enfermeras?
- ¿Qué pasa con las extracciones de laboratorio?, ¿cómo se visualizan y se contemplan en la presión asistencial? ¿se contabilizan en la presión asistencial individual de las enfermeras que las realizan (teniendo en cuenta que solo son el turno de mañana) o se diluyen en la presión total del centro de salud?
- ¿Cuántas actividades de soporte del CS realizan las enfermeras y no se visibilizan ni se miden en su presión asistencial?, ¿cuánto tiempo se requiere para la realización de estas actividades?

Antes de intentar analizar cómo responde nuestra organización a estas preguntas, definimos en este punto el concepto de **actividad invisible de las enfermeras** por el impacto en tiempo que tiene dentro de la jornada diaria y, por tanto, por su repercusión en la capacidad para prestar atención directa a los ciudadanos. Para que un centro de salud funcione adecuadamente han de garantizarse una serie de procesos de soporte, sin los cuales no se podría realizar la actividad asistencial y que habitualmente recaen en las enfermeras. Sería imprescindible determinar los tiempos medios asociados a estos procesos para así tener una visión más realista del tiempo que cada enfermera puede dedicar a la atención directa a su población. Algunos de estos procesos son:

- Revisión del carro de parada, cajetines de medicación y desfibrilador
- Control del stock de vacunas. Realización del pedido mensual, control de temperatura de las neveras diario, recepción y colocación del pedido.
- Petición de materiales (fungibles, material para curas, material para cuidado de pacientes especiales y de residencias, ...)
- Gestión y resolución de incidencias relacionadas con los SMCGI
- Coordinación, planificación y evaluación con los diferentes agentes comunitarios para la realización de educación para la salud e intervenciones comunitarias
- Revisión y preparación de las diferentes actividades que se realizan para intervenciones comunitarias y/o talleres de educación para la salud

Ahora sí, volvemos a las preguntas anteriores, y para ello analizamos **cómo se está midiendo en la actualidad la actividad de las enfermeras**:

- Presión asistencial Enf EAP (mensual y acumulada anual), a nivel de CIAS:
 - Este dato se extrae de los pacientes citados en las agendas nominales de cada enfermera
 - Se presenta diferenciada la presión total y la presión ajustada (en función del número de días reales que la agenda nominal de cada enfermera ha estado abierta)
 - En este dato no se tiene en cuenta (es decir, no se suma) el resto de pacientes citados en agendas centralizadas. Es de suponer que irá en la presión asistencial total de Enf. del centro de salud. Con el progresivo aumento del número de agendas centralizadas, bajará la presión asistencial individual de las enfermeras
 - No se especifica cuántos de estos pacientes son ATENCIÓN EN DOMICILIO, y que se sepa, no se aplica ningún coeficiente corrector (es evidente que el tiempo no es equiparable)
- Presión asistencial Enf EAP (mensual y acumulada anual), a nivel de Centro de Salud:
 - Entendemos que este dato se construye con los pacientes citados en todas las agendas enfermeras, tanto las nominales como las centralizadas, y los pacientes citados en extracciones
 - No tiene en cuenta la actividad que se realiza sin registro en ninguna agenda y que DEBERÍA SER uno de los ejes de la actividad de cualquier enfermera en Atención Primaria, como las intervenciones grupales, en el centro de salud y en los centros educativos o las intervenciones comunitarias

Consideraciones sobre estos datos:

- A efectos del cálculo de la presión asistencial se valora igual, puesto que se suman sin ninguna ponderación, una actividad a demanda en consulta, que una actividad concertada en un domicilio u otra que presenta datos anecdóticos como es la actividad EMAIL
- Para la presión asistencial de cada enfermera no se contabilizan otras intervenciones que tienen un alto impacto en su actividad diaria. Por ejemplo, las enfermeras del turno de mañana dedican diariamente una franja de su jornada laboral a las extracciones y toma de

- muestras. Estos datos no se contabilizan en su presión asistencial individual. Tampoco se contabilizan como presión asistencial las intervenciones de EpS en el centro o en la comunidad
- Las extracciones a domicilio tampoco se contabilizan ni para la presión asistencial diaria ni para el número total de domicilios realizados
 - Así mismo, se equipara la actividad en consulta a la actividad en agenda centralizada, siendo evidente que son dos tipos de atención muy diferente
 - No realizar el cálculo de presión asistencial ajustada en los indicadores con un numerador muy bajo, como la atención domiciliaria, tiene un gran impacto a la baja, en el resultado obtenido

Otras mediciones que se realizan a las enfermeras:

- **POBLACIÓN ATENDIDA:** Este dato se obtiene de la suma de las citas de cada enfermera en sus agendas nominales. Si no incorpora a los ciudadanos que se atienden en agendas centralizadas (extracciones, vacunas centralizadas) ni, por supuesto, a los ciudadanos que se atienden en sesiones grupales o en la comunidad, el dato sobre el que se interpreta a qué población atienden las enfermeras será muy inferior al real.
- **POBLACIÓN ATENDIDA RESPECTO A TSI (TSA):** Este dato se calcula dividiendo el total de población atendida por la población total del CS. Este es un dato controvertido. En teoría, su objetivo es reconocer y recompensar el esfuerzo de aquellas enfermeras que atienden a más ciudadanos distintos de su población. Pero se da la paradoja de que podemos estar premiando situaciones que son inalcanzables para algunas enfermeras y que no se ajusten con la adecuada oferta de servicios que las enfermeras deben realizar a su población. Esto es así por dos motivos fundamentales:
 - 1º. Al ser un porcentaje, está directamente relacionado con la población asignada y con la utilización de los servicios que haga la población. Se supone que un centro de salud puede tener una mayor ratio de población por enfermera si, por las características de la población, se prevé una menor utilización de los servicios. Pues bien, un centro de salud en el que las enfermeras tengan asignadas de media 2.500 personas y atiendan a un 60% de su población, estarán atendiendo cada una a 1.500 de esos pacientes. En otro centro con una media de 1.750 y un porcentaje del 85% de TSA, estarán atendiendo a 1.487 pacientes. Es decir, atienden una población similar, pero la TSA es claramente superior en el segundo caso. O, dicho de otra forma, para igualar al segundo centro en TSA (que es lo que se está midiendo y lo que se traduce en la nómina) las enfermeras del primer centro deberían atender a 2.125 de sus 2.500 pacientes asignados. Y esto es claramente injusto, además de imposible.
 - 2º. Es un concepto que anima a “atender a cuantos más pacientes mejor” frente al enfoque enfermero de “capacitar en autocuidado para que las personas se responsabilicen de su salud y no dependan tanto del sistema sanitario”. Una vez más, parece un indicador pensado únicamente desde la perspectiva de la oferta enfocada a la atención de la demanda aguda (propia de los médicos) y extrapolado a las enfermeras sin tener en cuenta sus peculiaridades. Un peso importante de la oferta de servicios enfermeros es la atención a los problemas de salud crónicos. Para un correcto abordaje de estas situaciones las enfermeras deben trabajar de forma continua durante períodos prolongados con un mismo paciente y su familia hasta que consigan un adecuado nivel de autocuidado, que les permita ir necesitando cada vez menos a su enfermera y, por tanto, reduciendo el número de visitas. Este concepto entra en colisión con el concepto de atender a cuantas más personas mejor. Y perjudica a las enfermeras doblemente. Por un lado, no aumentan su porcentaje de población atendida y, por otro, disminuyen el número de pacientes vistos cada día al ser intervenciones que precisan de mucho más tiempo que una atención a un proceso agudo de demanda. Este concepto de medir, no solo la cantidad, sino también la complejidad o los recursos necesarios para la resolución ya fue ampliamente documentado cuando se definió el valor técnico de los distintos diagnósticos enfermeros.

- CPC y CPI: Se miden indicadores de cartera de servicios (DM, IC, EPOC...), de utilización de planes de cuidados, de cobertura de atención domiciliaria a pacientes dependientes, seguimiento mensual de pacientes con deterioro funcional grave. También se proponen objetivos de participación en sesiones de EpS e Intervenciones Comunitarias. Si para la organización es importante que las enfermeras realicen este tipo de oferta a la población, debería garantizar que cada actividad tiene su correspondiente ponderación en función de su complejidad (no requiere la misma inversión de tiempo la atención a una demanda aguda que una intervención educativa o la realización de una espirometría) y que no se quede ninguna actividad sin contar para el cálculo de la Presión asistencial (como ya hemos comentado que sucede con la EpS y las IC).

Por la manera en que se está midiendo la actividad de las enfermeras podemos deducir que A NUESTRA ORGANIZACIÓN LE INTERESA, sobre todo:

- Que las enfermeras atiendan al mayor número posible de pacientes independientemente del motivo o tipo de esa atención.
- Que las enfermeras desplacen su eje de atención tradicional (el paciente crónico, el fomento del autocuidado, la atención domiciliaria y las actividades de EpS o IC) hacia la atención de los motivos de demanda agudos, independientemente de que estos estén o no dentro de su marco competencial y aunque esto vaya en detrimento de otras intervenciones que sí les son propias y dan sentido a su trabajo en AP.

De forma análoga, podemos deducir que A NUESTRA ORGANIZACIÓN NO LE INTERESA lo suficiente:

- Que las enfermeras realicen intervenciones complejas de fomento del autocuidado.
- Que las enfermeras sigan realizando intervenciones comunitarias y educación para la salud con y en la comunidad.
- Analizar las particularidades del trabajo de una enfermera en un equipo de AP, que condicionan que su agenda, y por tanto su actividad, no sea comparable a la de otras categorías profesionales.

Podemos afirmar que la presión asistencial real de las enfermeras es superior a la que está midiendo nuestra organización (puesto que, como hemos visto, no se incorporan a ella todos los pacientes atendidos), que la población atendida también lo es (puesto que no se contabilizan los pacientes no citados en agendas) y, quizá lo más importante, que el dato final de la actividad de cada enfermera no es comparable al de otras categorías profesionales ni permite sacar conclusiones sobre si su actividad se ajusta, en calidad y cantidad, a lo que la organización considera importante.

Se da la paradoja de que una enfermera que ofrezca un excelente servicio a su población, abordando problemas complejos, fomentando al autocuidado mediante el uso de los planes de cuidados, potenciando la atención domiciliaria y participando activamente en las intervenciones grupales y comunitarias de su centro de salud, obtendrá unos datos de actividad inferiores y contribuirá menos a aumentar el porcentaje de población atendida que otra enfermera que trabaje en un centro de salud organizado para que las enfermeras atiendan en primera instancia a todos los pacientes “sin cita” que acudan al centro de salud, aunque su intervención no sea resolutive; y también serán “peores” sus resultados respecto a otra que preste un servicio que fomente la dependencia del ciudadano del sistema sanitario y en el que este no asuma decisiones para el control de su salud, sino que lo deje en manos de la enfermera, en forma de excesivas revisiones periódicas. Pero esto no parece importarle a nuestra organización.

Por todo esto, consideramos que no se está midiendo adecuadamente la actividad de las enfermeras y planteamos que se reconsidere, tanto en términos de cantidad como de calidad. Proponemos pasar de indicadores solo numéricos de cantidad, a otros que incorporen conceptos como la carga de cuidados de la población asignada a cada enfermera y que permitan realizar comparaciones más reales a la hora de establecer las diferencias entre unas enfermeras y otras, entre las enfermeras y otros profesionales y entre distintos centros de salud.

La GAAP debería conocer las peculiaridades del trabajo de las enfermeras en los centros de salud, identificando los modelos organizativos (agendas centralizadas, filtro de todos los pacientes que acuden sin cita al CS...) y las actividades que están “penalizando” la actividad de las enfermeras (intervenciones educativas, actividad domiciliaria, intervenciones grupales y comunitarias, actividades invisibles...) que la hacen no comparable a la de las demás categorías profesionales. Para poner en valor lo que realmente importa, los indicadores utilizados deberían:

- Recoger toda la actividad que realizan las enfermeras.
- Ponderar las distintas intervenciones en función de su complejidad.
- Contemplar el tiempo asociado a cada actividad.
- Dar importancia a la atención domiciliaria.
- Poner en valor las intervenciones comunitarias y educación para la salud grupal en la comunidad.
- Redefinir el concepto de TSA.
- Reconocer, no en actividad, pero sí a la hora de marcar objetivos numéricos el tiempo dedicado a las “actividades invisibles”.