



Nuevas estrategias y herramientas de medición de cargas en la planificación de cuidados

Charles Tilquin - Universidad de Montréal

Barcelona, marzo de 2003



Équipe de Recherche
Opérationnelle
en Santé

La medida de la carga de cuidados

- **¿Por qué medir las cargas?**
- **Clasificación de los diferentes enfoques de medida de las cargas**
- **Marco conceptual de la medida de las cargas**
- **Criterios de evaluación de los sistemas de medida de las cargas**

¿Por qué medir las cargas de cuidados?

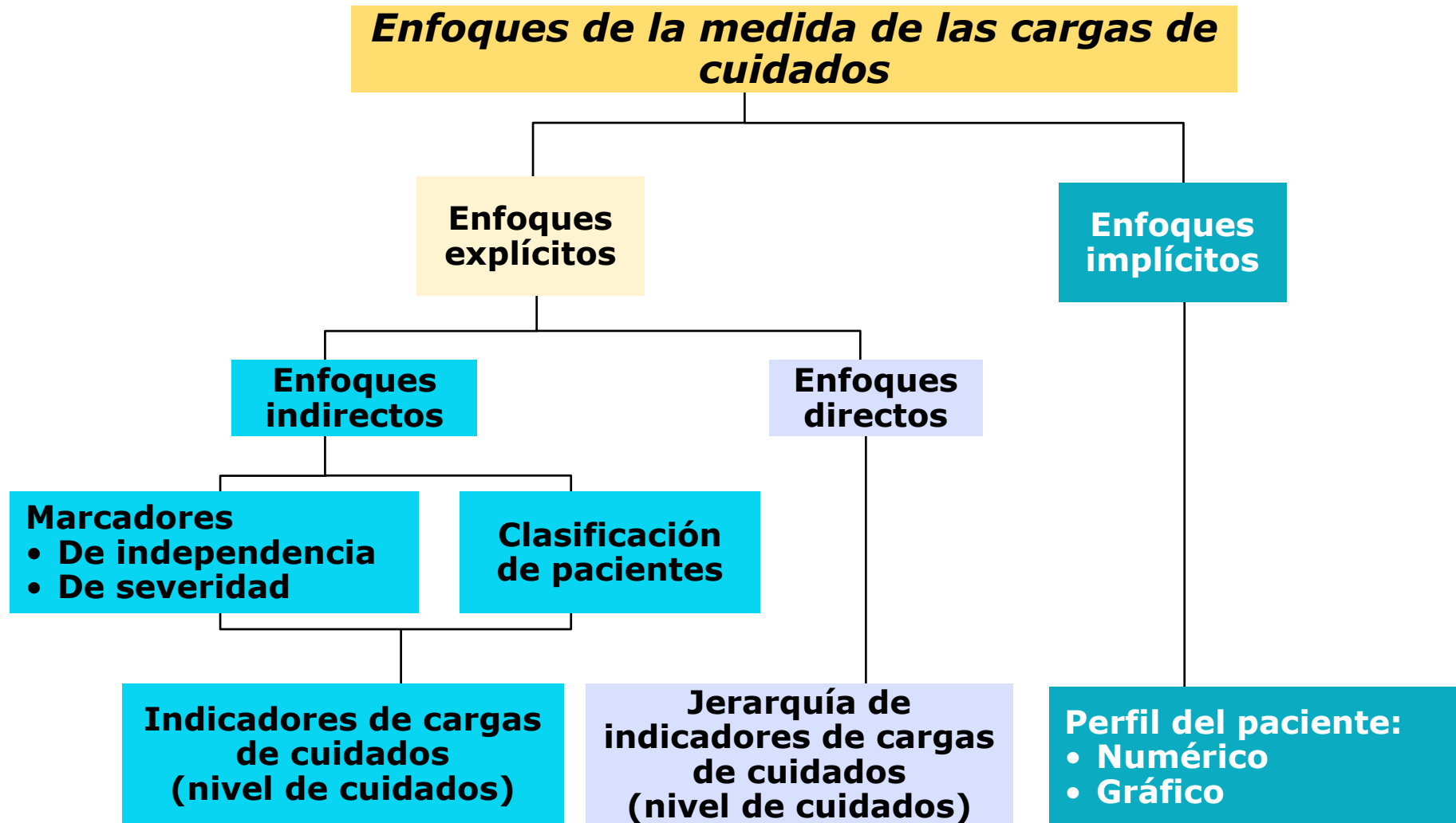
- **Para el financiamiento de los servicios:**

- Distribución de recursos entre **niveles asistenciales** :
 - Servicios a domicilio
 - Residencias
 - Hospitales
 - etc...
- Distribución de recursos entre las **organizaciones** de cada sector.
- Distribución de las cargas entre los **financiadores**:
 - Paciente - Aseguradora - Sector Público

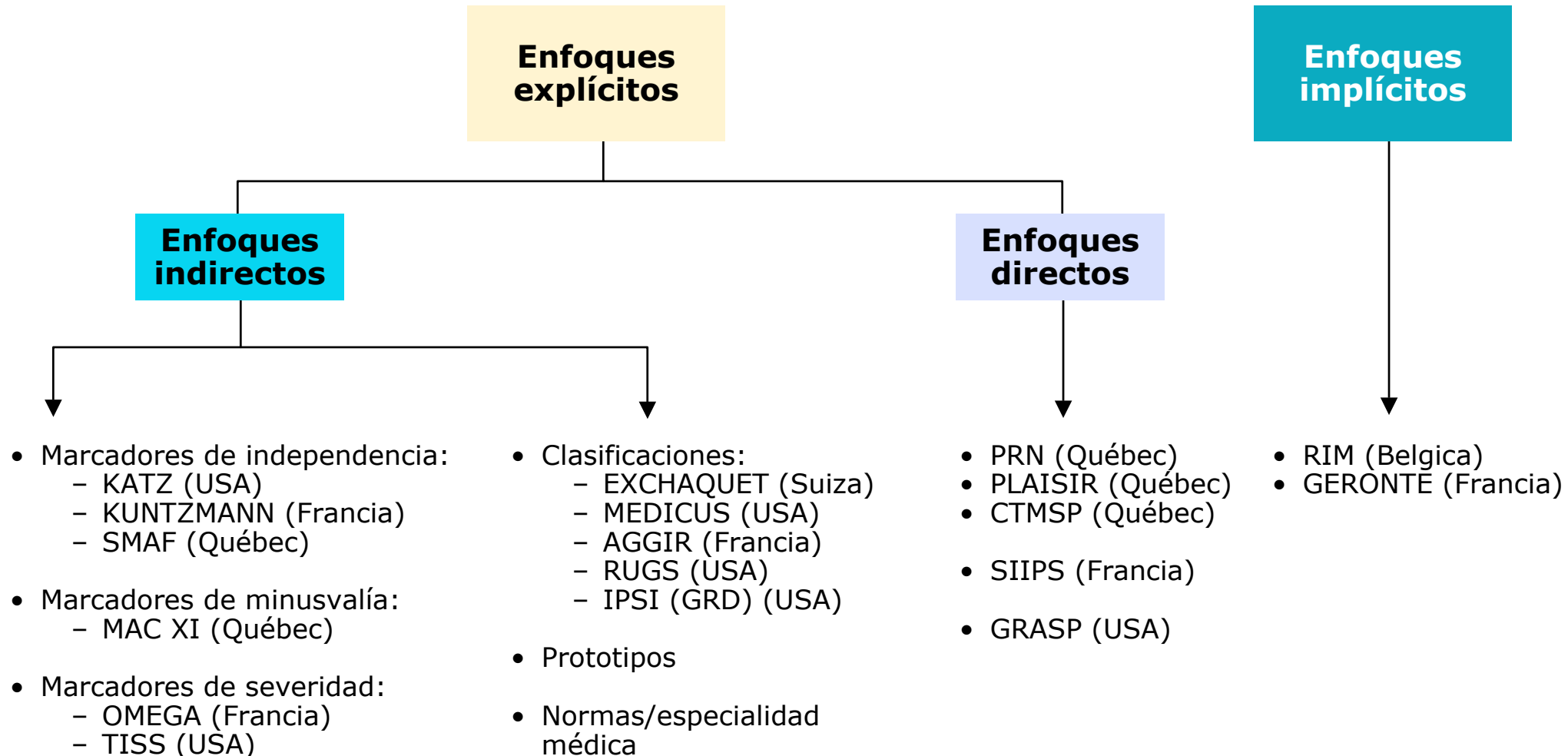
- **Para la gestión de las organizaciones que ofrecen servicios:**

- Distribución equitativa de los recursos entre los diferentes equipos y/o unidades.
- Gestión de recursos:
 - Determinación del tamaño y composición de equipos.
 - Plan de rotación del personal.
 - Contratación de personal de apoyo.
 - Repartición de tareas entre el equipo de cuidadores.

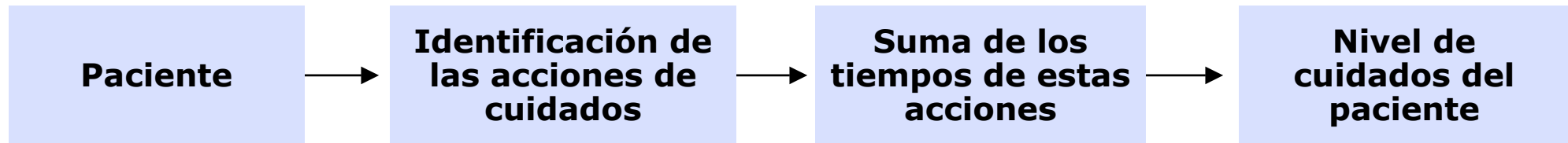
Clasificación de los diferentes enfoques de la medida de las cargas



Clasificación de las herramientas de medida de las cargas de cuidados



Medida explícita directa



Por ejemplo: 3.75 horas-cuidados/día

Ejemplo del método de medida explícita directa

<i>Lista exhaustiva de las acciones de cuidados</i>		<i>Tiempo de cuidados (minutos)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Respiración <ul style="list-style-type: none"> - Humidificador - Ejercicios respiratorios - Aerosolterapia - Aspiración de secreciones - Ventilación manual 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ■ 	<ul style="list-style-type: none"> +5 20 +15 30 20
<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación <ul style="list-style-type: none"> - Intravenosa - Enteral 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 	<ul style="list-style-type: none"> +20 35
<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación <ul style="list-style-type: none"> - Urinaria - Cuña - Ayuda al WC - Cuidados de incontinencia 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ■ 	<ul style="list-style-type: none"> +5 10 30 +20
<ul style="list-style-type: none"> • Higiene <ul style="list-style-type: none"> - Baño - Higiene bucal - Afeitado - Lavado de pelo 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 	<ul style="list-style-type: none"> 25 +5 10 10
<ul style="list-style-type: none"> • Movilización <ul style="list-style-type: none"> - - 		<ul style="list-style-type: none"> +
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación <ul style="list-style-type: none"> - - 		<ul style="list-style-type: none"> +
Nivel global de cuidados		225 minutos 3.75 horas/cuidados

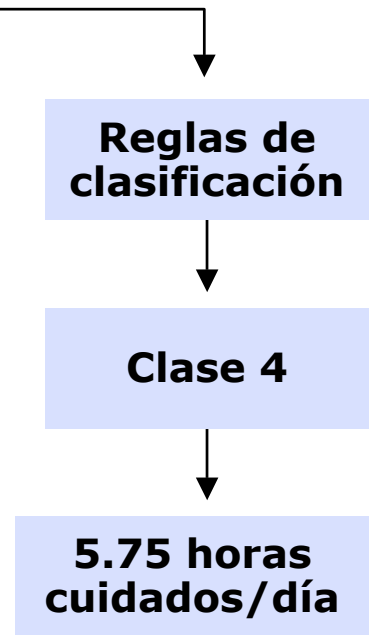
Medida explícita indirecta

- **Clasificación**



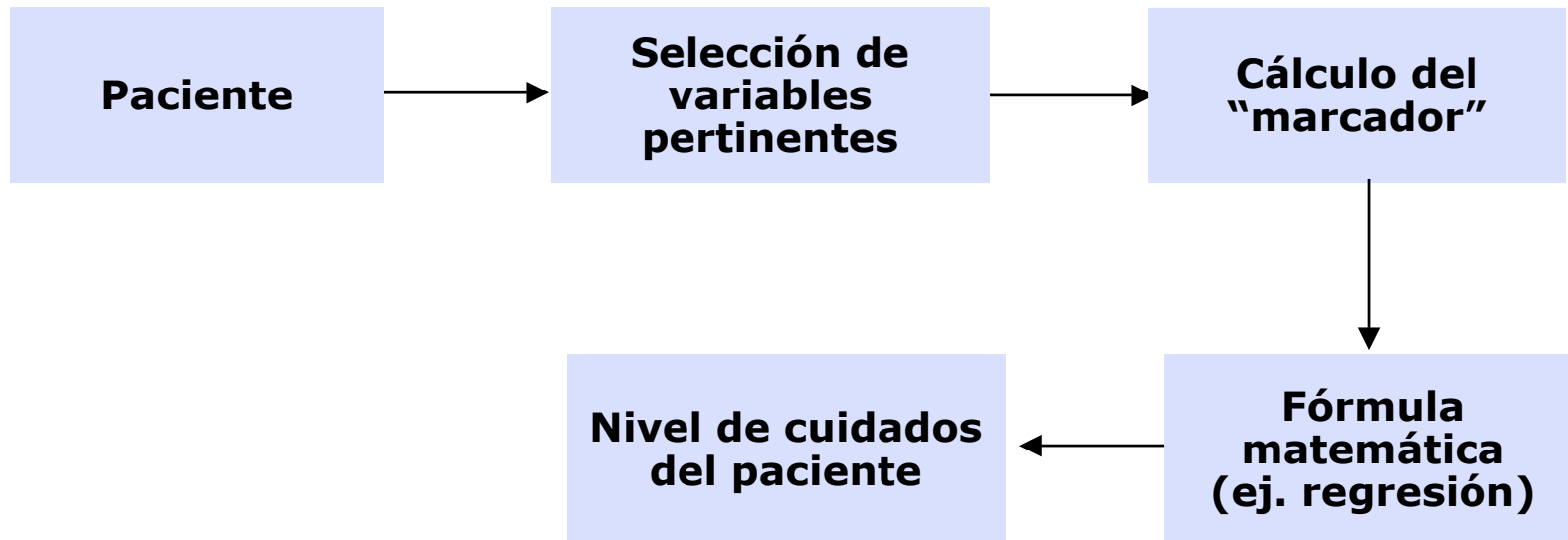
Ejemplo de clasificación

– Admisión / Acogida / Traslado	
– Menos de 2 años	☰
– De 2 a 6 años	
– Más de 65 años	
– Inconsciente	☰
– Confuso	
– Ciego	
– Sordo	
– Mudo	
– Movilidad parcial	☰
– Inmovilidad completa	
– Se levanta solo	
– Se levanta con ayuda	
– Incapacitado	☰
– ...	
– ...	
– ...	
– Respirador	☰
– Constantes vitales 2 horas	
– Constantes vitales 1 hora	☰
– Constantes vitales 1/2 hora o más	



Medida explícita indirecta

- **Marcador**



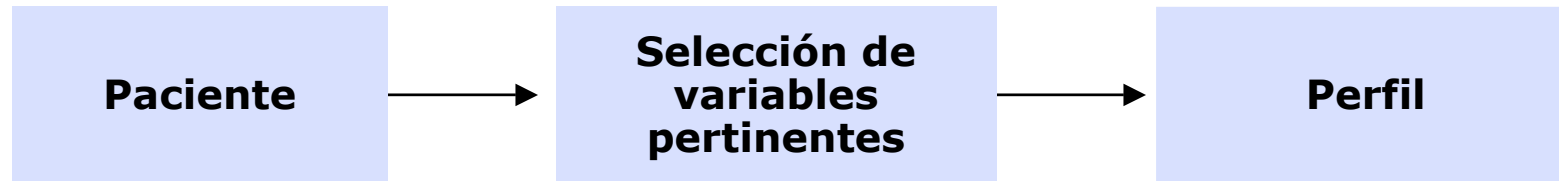
Ejemplo de "marcador"

Conciencia	X			
Memoria		X		
Atención		X		
Orientación T/E/P	X			
Motivación		X		
Humor			X	
Comportamiento		X		
Lenguaje	X			
Vista		X		
Oído				X
Alimentación	X			
Eliminación			X	
Higiene		X		
Movilización: Caminar				X
Movilización: Traslados			X	
Medicación		X		
	X 1	x 2	x 3	x 4
Marcador global: 35	4	14	9	8

Curva de regresión hipotética:

$$\text{Nivel de cuidados} = 43 + 2.6 \times \text{Marcador} = 43 + 2.6 \times 35 = 134 \text{ minutos/día}$$

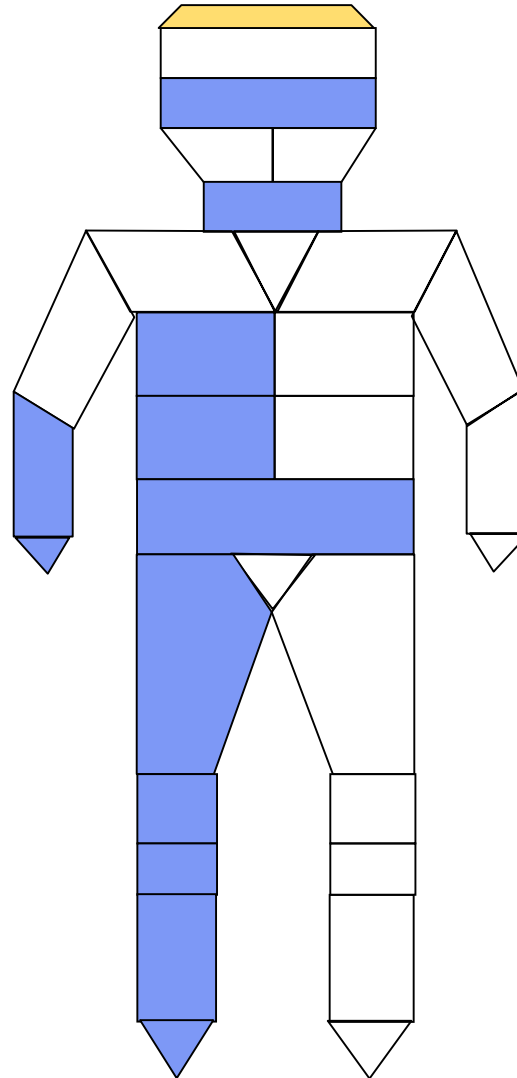
Medida implícita



- Higiene: Ayuda parcial
- Movilización: Ayuda parcial
- Eliminación: Sostenida
- Alimentación: Sin ayuda
- Relación de ayuda
- Constantes vitales: 1 x / 24 h.
- Medicamentos I. V. : Dos
- Cuidados de heridas quirúrgicas
- Observación B-P-S a las 6 horas

Medida implícita

Cada casilla
corresponde a una
intervención



A: Sin ayuda



B: Ayuda parcial



C: Ayuda completa

Marco conceptual de la medida de la carga de cuidados

Carga de cuidados requeridos
Medida prospectiva
Medida continua
Medida transversal
Cuidados directos
Carga en cuidados
Carga global
Carga propia
Carga recurrente

Carga de cuidados dados
Medida retrospectiva
Medida puntual
Medida longitudinal
Cuidados indirectos
Carga de trabajo
Carga por categorías de personal
Carga de sustitución
Carga temporal

Es necesario precisar los conceptos para conocer exactamente qué carga de cuidados hay que medir

Cuidados requeridos *versus* cuidados dados (1/5)

- La noción de **cuidados dados** hace referencia a los que se hace por el paciente.
- La noción de **cuidados requeridos** se refiere:
 - a la satisfacción de las necesidades de los pacientes.
 - al enfoque científico de los cuidados, en particular al plan de cuidados y a los estándares de cuidados.
 - a la calidad de los cuidados. Se puede ver que la definición de requerido implica considerar:
 - La equidad de asignación
 - La pertinencia de los servicios
 - La eficacia y eficiencia de los servicios
 - Las preferencias del paciente
 - La saturación del paciente

Los cuidados dados NO son necesariamente iguales a los cuidados requeridos:

- Falta o exceso de recursos
- Técnicas ineficaces o ineficientes
- Ausencia de enfoque de cuidados (rutina versus individualización, arbitrariedad del profesional, falta o pérdida de información)

Cuidados requeridos versus cuidados dados (2/5)

- **Generalmente es demasiado costoso y complicado (excepto en casos puntuales) medir a la vez las cargas de cuidados requeridos y las cargas de cuidados dados.**
- **Es necesario elegir.**
- **La pregunta es:**

¿Qué resulta más pertinente medir: las cargas de cuidados requeridos o las cargas de cuidados dados?, tanto desde el punto de vista de la financiación como desde el punto de vista de la gestión?

Cuidados requeridos *versus* de cuidados dados (3/5)

- **Observación preliminar:**

- La medida del personal disponible (oferta) proporciona una medida agregada de la carga de cuidados dada (dado un factor "z" de productividad).
- En general, hipótesis: $Z = 100\%$ ($>$ carga de cuidados dados = oferta de personal) ó $Z = \text{constante}$.

- **La medida de la carga de cuidados dados:**

- Desde el punto de vista de la gestión:
 - Permite medir "Z".
- Desde el punto de vista de la financiación:
 - Permite facturar individualmente sobre la base de los costes.
 - Permite evitar la inflación eventual inducida por una definición demasiado generosa de los requeridos.
 - No permite poner en evidencia:
 - Los excedentes de recursos (evitar el saqueo).
 - La falta de recursos.

Cuidados requeridos *versus* cuidados dados (4/5)

- **La medida de la carga de cuidados requeridos:**

- Permite asignar los recursos **disponibles** en función de las necesidades a todos los niveles:
 - Entre sectores
 - Entre organizaciones
 - Entre unidades de cuidados



Noción de tasa de cobertura

- Permite administrar los recursos asignados en función de las necesidades.
- Permite facturar individualmente sobre la base de las necesidades.
- Permite poner en evidencia los excedentes o falta de recursos.



Cuestión de la inflación

Cuidados requeridos *versus* cuidados dados (5/5)

$$\text{Carga ligada a un cuidado en un periodo P} = t \times f_p$$

t: Tiempo unitario de cuidados

f_p : frecuencia de cuidados en este periodo P

Frecuencia de Cuidado Tiempo Unitario de cuidado	f_p Requerida	f_p Dada
t Requerido	Carga "t requerido f requerida"	Carga "t requerido f dada"
t Dado	Carga "t dado f requerida"	Carga "t dado f dada"

Medida prospectiva *versus* medida retrospectiva

- **Medida prospectiva: Anterior a los hechos**
 - Previsión -> Errores
- **Medida retrospectiva: Posterior a los hechos**

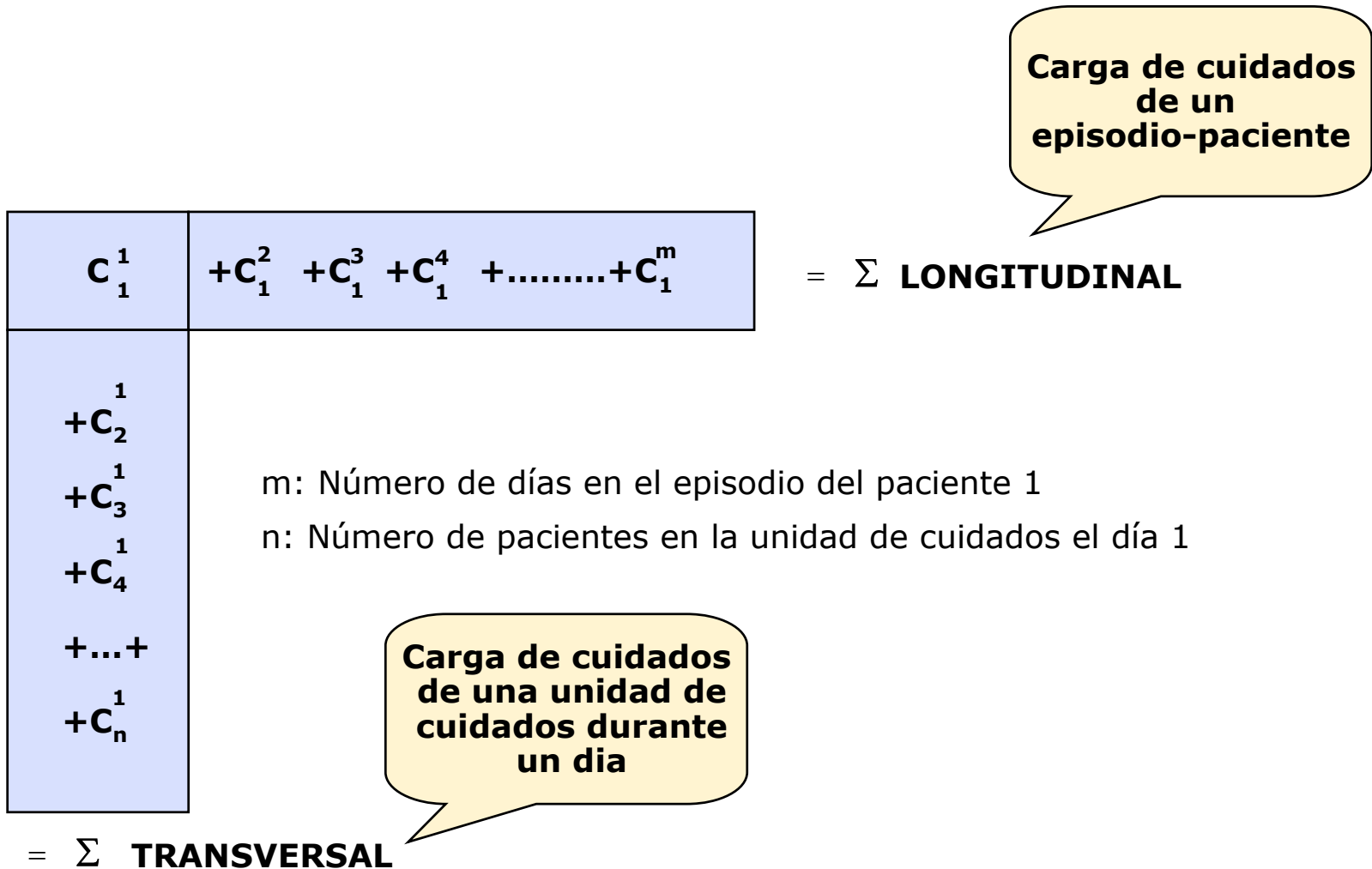
	Requerido	Dado
Prospectiva	Lo que debería estar hecho	Lo que se preveé hacer
Retrospectiva	Lo que se debería haber hecho	Lo que se ha hecho

Medida en continuo *versus* medida puntual

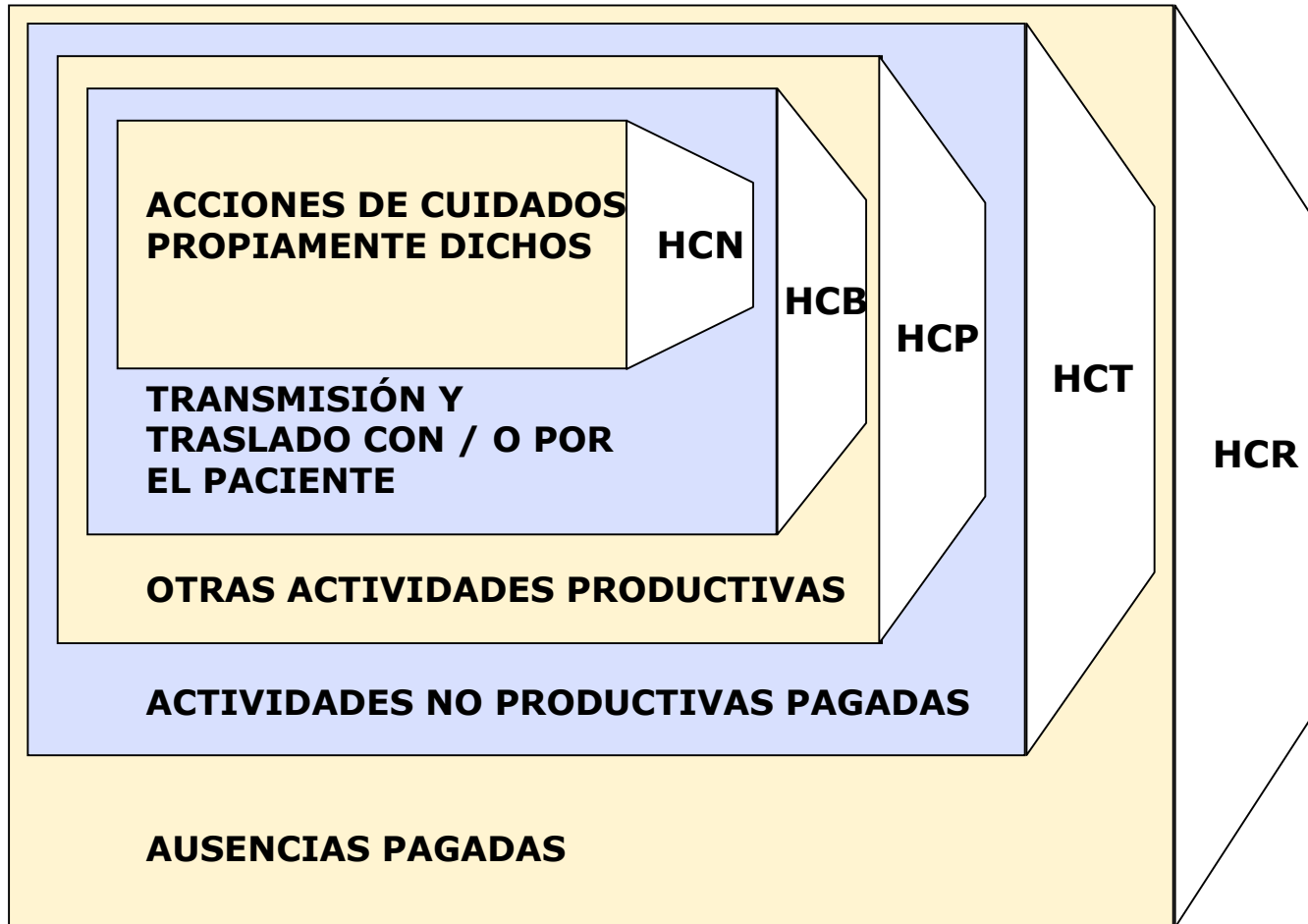
- **La medida continua es más costosa que la medida puntual**
- **Justificaciones de la medida continua**
 - Contexto donde las cargas de cuidados varían sensiblemente.
 - Utilización continua de la medida de la carga de cuidados para la planificación/ajuste de asignación de personal.
- **Límites de la medida continua:** la fiabilidad permanente de las medidas.
- **Límites de la medida puntual:** la representatividad.

Medida	Prospectiva	Retrospectiva
Puntual		X
Continua	X	X

Medida transversal *versus* medida longitudinal



Carga de cuidados versus carga de trabajo



- **Carga de cuidados medida en:**
 - HCN: Horas-cuidados netas
 - HCB: Horas-cuidados brutas
- **Carga de trabajo medida en:**
 - HCP: Horas-cuidados productivas
 - HCT: Horas-cuidados trabajadas
 - HCR: Horas-cuidados remuneradas
- **Esta carga de trabajo ≠ carga de trabajo físico, cognitivo o ergonómico**

Carga global *versus* carga por categorías de personal

- **La medida de las cargas de cuidados por categorías de personal se enfrenta a una serie de dificultades:**

- Fronteras \pm amplias de los dominios de competencia de diferentes categorías de actores.
- Variaciones de un país a otro, de una región a otra.
- Cuestión de coste, eficiencia, eficacia.
- Para una acción de cuidados, la categoría más apropiada puede depender del paciente o de la experiencia del cuidador.

- **La medida por categorías sólo se puede realizar por el enfoque explícito directo**

- Se necesita definir a priori (estandarización) aquella/as categoría/as que corresponden a la acción de cuidados.
- Dos maneras posibles:
 - Atribución (0,1).
 - Distribución (%,%,%).

- **Sin embargo, una clasificación puede estar ponderada por categoría gracias a un estudio a priori realizado con el enfoque explícito directo**

Carga propia *versus* carga de sustitución

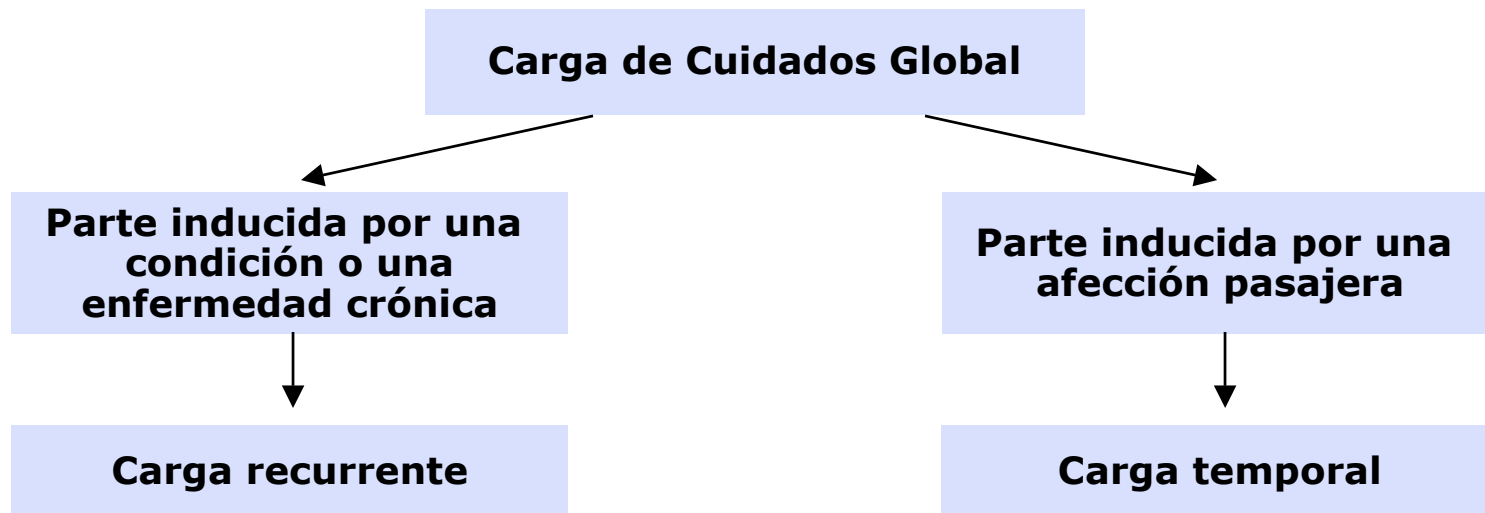
- **El personal de enfermería realiza acciones que completan las competencias de otros profesionales:**
 - Interventores sociales,
 - Ergoterapeutas,
 - Fisioterapeutas,
 - Inhaloterapeutas,
 - Técnicos de laboratorios,
 - (Médicos)
 - etc...
- **La razón de esto:**
 - La enfermera está presente 24 horas/ 24, 7 días/7, mientras que los “otros” están allí las mañanas de lunes a viernes.

A la carga propia del personal de enfermería se añade una carga de sustitución que se debe poder medir por separado de la carga propia

- **Problemas de medida:**
 - Fronteras poco claras de los dominios de la competencia.
 - Variabilidad de un país a otro.
 - Sólo es posible en el enfoque explícito directo.

Carga recurrente *versus* carga temporal

- La cuestión de la distinción de las cargas recurrentes y temporales se realiza en el caso de condiciones (dependencia, invalidez) crónicas y de enfermedades crónicas.




- **Utilidad:**

- Medida del aumento de la carga de cuidados (recurrente) de un paciente o grupo de pacientes.
- Decisiones que afectan al paciente a largo plazo.

Criterios de evaluación de los sistemas de medida de las cargas

- **Utilidad**
- **Aceptabilidad**
- **Amigabilidad**
- **Fiabilidad**
- **Validez**
- **Polivalencia**
- **Efectos perversos y efectos positivos**

Utilidad de los enfoques explícitos directo e indirecto. ¿Qué nos permiten hacer? (1/4)

	Enfoque Explícito	
	Directo	Indirecto
• Carga de cuidados requeridos	X	X
• Carga de cuidados dados	X	X
• Medida prospectiva	X	X
• Medida retrospectiva	X	X
• Medida en continuo	X	X
• Medida puntual	X	X
• Medida transversal	X	X
• Medida longitudinal	X	X
• Cuidados directos	X	X
• Cuidados indirectos	X	X
• Carga de cuidados	X	X
• Carga de trabajo	X	X
• Carga global	X	X
• Carga por categorías	X	(X) 
• Carga propia	X	
• Carga de sustitución	X	
• Carga recurrente	X	
• Carga temporal	X	

La diferencia entre los dos enfoques no se encuentra en lo que permiten hacer, sino más bien en la riqueza de las medidas obtenidas

Utilidad de los enfoques explícitos directos e indirectos (2/4)

- **El enfoque explícito indirecto es pobre en información. Produce una clase o un marcador al cual está asociado un nivel global de cuidados, en general por un periodo de 24 horas (descomposición eventual del nivel por categorías de personal).**
 - **El enfoque explícito directo es más rico en información y su nomenclatura de acciones de cuidados está más detallada : posibilidad de calcular los niveles de cuidados por:**
 - categorías de cuidados
 - zonas de cuidados
 - necesidades específicas
 - intervenciones

 - tipos de cuidados

 - categorías de personal
- La posibilidad de producir una jerarquía de indicadores de cargas de cuidados (jerarquía de niveles de cuidados).**

Utilidad de los enfoques explícitos directos e indirectos (3/4)

- **Utilidad para el financiamiento :**

- Medida ajustada de la parte atribuible a cada pagador
- Simulación del efecto (en término de costes) de añadir o de la retirada de una intervención en la nomenclatura de los servicios asegurables, de la modificación del tiempo estándar o de la frecuencia estándar de una acción.
- Cuáles son las acciones que contribuyen en mayor medida al aumento de las cargas de cuidados (torpeza de los enfermos) \Rightarrow previsiones.
- Simulación de los efectos de la modificación de las reglas de atribución de las acciones a las diferentes categorías de personal.
- Observación de las diferencias entre las cargas de cuidados de las unidades de cuidados comparables (p.e. neurología) de distintos hospitales.

Utilidad de los enfoques explícitos directos e indirectos (4/4)

- **Utilidad para la gestión :**

- Observación de las diferencias entre las cargas de cuidados de las unidades de cuidados comparables (p.e. neurología) de distintos hospitales.
- Mise en évidence des quantités de ressources requises dans les différentes catégories, zones, besoins spécifiques et interventions.
- Mise en évidence des quantités de ressources requises des différentes catégories de personnel infirmier.
 - Revisión de estándares de frecuencia de las acciones.
 - Revisión de las técnicas de cuidados (análisis coste-efectividad).
 - Coste de los protocolos de cuidados (mapa de cuidados; protocolos de planes de cuidados).
 - Revisión de las reglas de atribución de las acciones a las diferentes categorías de personal.

- **El enfoque explícito directo permite también distinguir entre carga propia y la carga de sustitución y la carga recurrente y temporal, cosa que no permite el enfoque indirecto.**

Nomenclatura PRN 6.0. Categorías y zonas de cuidados

0000 ALIMENTATION

- 0100 ALIMENTATION NATURELLE
- 0200 ALIMENTATION ARTIFICIELLE

1000 ÉLIMINATION

- 1100 ÉLIMINATION : SOINS DE BASE
- 1200 ÉLIMINATION : SOINS TECHNIQUES
- 1300 SOINS DE STOMIE

2000 HYGIÈNE

- 2100 HYGIÈNE DE BASE
- 2200 AUTRES SOINS D'HYGIÈNE

3000 MOBILISATION

- 3100 MOBILISATION DE BASE
- 3200 AUTRES INTERV.DE MOBILISATION

4000 COMMUNICATION

- 4100 SOINS RELATIONNELS
- 4200 ENSEIGNEMENT
- 4300 AUTRES ACTIVITÉS DE COMMUNICATION

5000 RESPIRATION

- 5100 LIBÉRATION DES VOIES RESPIRATOIRES
- 5200 RESPIRATION ASSISTÉE
- 5300 TRACHÉOTOMIE ET INTUBATION

6000 MÉDICATION ET THÉRAPIE I.V.

- 6100 AUTOMÉDICATION
- 6200 PRÉPARATION ET ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS
- 6300 THÉRAPIE INTRAVEINEUSE (POSE ET SURVEILLANCE)
- 6400 SANG ET DÉRIVÉS

.....

Hiérarchie des niveaux de soins du patient X (minutes/24 heures) (Categories, zones et besoins spécifiques, types)

- **ALIMENTATION : 39**

- **NATURELLE** : 39

- REPAS : 30
 - CHOIX DU MENU : 3
 - COLLATIONS : 6

- **ÉLIMINATION : 25**

- **SOINS TECHNIQUES** : 25

- ÉLIMINATION ASSISTÉE : 25

- **HYGIÈNE : 45**

- **HYGIÈNE DE BASE** : 35

- SOINS DE BASE : 20
 - SOINS DES CHEVEUX : 10
 - HYGIÈNE BUCCALE : 5

- **AUTRES SOINS D'HYGIÈNE** : 10

- SOINS DE BEAUTÉ : 10

Hiérarchie des niveaux de soins du patient X (minutes/24 heures) (Catégories, zones et besoins spécifiques, types)

- **MOBILISATION : 60**

- MOBILISATION DE BASE : 25

- LEVER : 15
 - COUCHER : 10

- AUTRES INTERVENTIONS DE MOBILISATION : 35

- FRICTIONS ET INSTALLATIONS : 15
 - EXERCICES MUSCULAIRES : 15
 - MOYENS DE PROTECTION PHYSIQUE : 5

- **COMMUNICATION : 45**

- SOINS RELATIONNELS : 45

- COMMUNICATION INDIVIDUELLE DE SOUTIEN : 15
 - RELATION D'AIDE : 30

- **RESPIRATION : 10**

- LIBÉRATION DES VOIES RESPIRATOIRES : 10

- ASPIRATION DES SÉCRÉTIONS : 10

Hiérarchie des niveaux de soins du patient X (minutes/24 heures) (Catégories, zones et besoins spécifiques, types)

- **MÉDICATION ET THÉRAPIE I.V. : 25**

- **PRÉPARATION ET ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS : 15**

- MÉDICAMENTS ORAUX : 5

- MÉDICAMENTS PAR VOIE PARENTERALE : 10

- **THÉRAPIE I.V. (POSE ET SURVEILLANCE) : 10**

- SURVEILLANCE D'UNE PERFUSION : 10

- **TRAITEMENTS : 25**

- **SONDE ET DRAINAGE : 10**

- DRAINS : 10

- **SOINS DERMATOLOGIQUES, PLAIE ET PANSEMENT : 15**

- SOINS DE PLAIE : 5

- PANSEMENT : 10

Hiérarchie des niveaux de soins du patient X (minutes/24 heures) (Catégories, zones et besoins spécifiques, types)

- **MÉTHODES DIAGNOSTIQUES : 40**

- **SURVEILLANCE : 35**

- OBSERVATION : 30

- SIGNES VITAUX : 5

- **PRÉLÈVEMENTS ET TESTS : 5**

- PRÉLÈVEMENTS : 5

- **NIVEAU GLOBAL DE SOINS : 314**

- ALIMENTATION : 39

- ÉLIMINATION : 25

- HYGIÈNE : 45

- MOBILISATION : 60

- COMMUNICATION : 45

- RESPIRATION : 10

- MÉDICATION ET THÉRAPIE IV : 25

- AUTRES TRAITEMENTS : 25

- MÉTHODES DIAGNOSTIQUES : 40

- SOINS DE BASE : 169

- SOINS RELATIONNELS ET ÉDUCATIFS : 45

- SOINS TECHNIQUES : 100

Aceptabilidad (1/2)

- **Para aceptar los nuevos sistemas de financiación y los nuevos sistemas de asignación de los recursos, es necesario que los sistemas de medida de las cargas de cuidados sean aceptados por los cuidadores.**

Observación Preliminar

Los sistemas de financiación a precio fijo (por ejemplo GRD's) son poco aceptables por el personal de enfermería y, por tanto, los sistemas de medida de las cargas de cuidados asociados a estos sistemas (por ejemplo IPSI) tienen poca aceptación.

- **Los sistemas de medida explícita directa de las cargas de cuidados son los más aceptados por los cuidadores ya que están relacionados con el proceso profesional de planificación de cuidados.**
 - La medida de las cargas es parte integrante del plan de cuidados, es decir, de la actividad científico-profesional más importante que realiza el/la diplomado/a de enfermería: la concepción-ejecución-evaluación de los cuidados.
- **Reserva: objeción Taylorista.**

Aceptabilidad (2/2)

- **Los sistemas de medida explícita indirecta son los menos relacionados con el plan de cuidados. Son, a menudo, utilizados de forma paralela a éste.**

Además:

La validez aparente de la medida directa es mayor que la validez de la medida indirecta. La medida directa es TRANSPARENTE para el personal de enfermería

- **Los sistemas de clasificación como los marcadores comportan, en general, “una caja negra” que contiene un algoritmo de clasificación o una fórmula matemática. El personal de enfermería elige los datos que entran en la caja y ve el resultado que se obtiene, pero no sabe qué pasa en el interior.**

El enfoque directo individualiza la medida de la carga de cuidados: cada paciente tiene un nivel de cuidados diferente. En una clasificación, todos los pacientes que pertenecen a la misma clase tienen el mismo nivel de cuidados.

Amigabilidad

- **El número de variables utilizadas para predecir las cargas de cuidados es, en general, menor en las clasificaciones / marcadores que en los métodos de medida directa.**
- **Entonces, a primera vista, las clasificaciones son más fáciles de utilizar:**
 - Clasificación: 20 variables.
 - Medida directa: 250 intervenciones de cuidados.
- **Sin embargo, en la medida directa, se trata de seleccionar las intervenciones pertinentes entre las 250; su número es, a menudo del mismo tamaño que el de las variables de un sistema de clasificación.**
- **Además, la medida directa tiene la ventaja de estar integrada en el plan de cuidados.**
 - La medida directa manual implica solamente un ligero aumento del tiempo del plan de cuidados.
 - La medida directa informatizada no es visible por el personal de enfermería: opera automáticamente.

Fiabilidad

- **El enfoque directo tiene una fiabilidad mayor dado que está estrechamente ligado con el plan de cuidados.**
 - El plan de cuidados es el soporte de la medida directa de las cargas.
 - Falsificación difícil (doble planificación) y fácilmente detectable (audit) debido a la transparencia del método.
 - Puesta al día de la medida al mismo ritmo que la puesta al día del plan de cuidados.
- **La medida indirecta es un proceso independiente de los cuidados, más fácilmente descuidado. Es más difícilmente verificable por un evaluador externo debido a su desconexión del plan de cuidados y de la naturaleza más o menos heterogénea de sus variables predictivas.**

La fiabilidad de la medida directa puede ser reforzada por la formulación de los estándares de frecuencia de los cuidados. Estos estándares no deben ser necesariamente dictados. Facilitan enormemente el trabajo del evaluador externo

Validez (1/3)

- **Método directo:**

- Los **cuidados de enfermería son uniformes** en los países desarrollados. Es posible diseñar una nomenclatura de acciones de cuidados universal y, por tanto, que los tiempos unitarios sean también universales (al menos en valores relativos).
- Los **cuidados de enfermería evolucionan**, pero es relativamente sencillo actualizar una nomenclatura de las acciones de cuidados teniendo en cuenta esta evolución.
- A partir de una nomenclatura ponderada de las acciones de cuidados, es posible medir las **cargas de cuidados para cualquier periodo de referencia** (semana, 24h., hora..)
- La medida de la carga de cuidados del paciente por hora de jornada no es un lujo en las **unidades transitorias** donde el paciente sólo pasa unas horas.
 - Este grado de precisión es una exigencia de validez en estas unidades.
 - Este grado de precisión es también importante en las unidades de cuidados "estacionarios" por las medidas de cuidados de días-pacientes parciales: día de la admisión, salida, traslado,..

Validez (2/3)

Críticas dirigidas al método directo:

- Coincidencia (superposición) de las acciones de cuidados (sobreestimación).
- No exhaustividad de la nomenclatura (subestimación).

• Método indirecto:

- Las variables que predicen mejor las cargas de reanimación no son las mismas que en cirugía ortopédica o pedopsiquiatría.
 - Es necesario disponer de una herramienta para cada tipo de unidad de cuidados; sino ¿validez?
- Para asegurar la validez en el tiempo de las herramientas de medida indirecta, es necesario rehacer su algoritmo de clasificación o recalcular su modelo matemático cada x años.
- El método indirecto no permite la medida de las cargas de cuidados por horas del día: grado de precisión máxima = carga por 24 horas.

Validez (3/3)

Problemas inherentes a las clasificaciones:

- Coincidencia de las clases.
- Error de medida inherente al método.
 - A todos los pacientes clasificados en un mismo grupo se les atribuye la misma carga de cuidados sea cual sea su carga real.
- Se pueden reducir los errores de medida inherente a la clasificación incrementando el número de grupos. Pero si hacemos esto, aumentamos la coincidencia de los grupos.
 - Dilema que no tiene solución porque está ligado a la naturaleza del método.

Problema inherente a los marcadores:

- Adición de valores ordinales.
- Error de medida inherente al método.

Polivalencia

- **Es posible concebir una nomenclatura de las acciones de cuidados de enfermería que cubra el conjunto de prestaciones del personal de enfermería, válido sea cual sea el cliente y sea cual sea el contexto.**
 - Posibilidad de comparar las cargas de cuidados.
 - En el domicilio.
 - En establecimientos de acogida y de cuidados de larga duración.
 - En el hospital.
 - Ejemplo: Los sistemas PRN, PLAISIR Y CTMSP.
- **Es prácticamente imposible disponer de un sistema de clasificación o un marcador válido para todos los contextos y todo tipo de clientes.**

Cuanto más polivalente es un marcador o un sistema de clasificación, menos válido es

Efectos perversos y efectos positivos

- **Método directo: efectos positivos**

- **Incita a realizar adecuadamente el plan de cuidados** (la planificación de los cuidados) para medir la totalidad de la carga de cuidados.
 - Contribución indirecta a la pertinencia de los cuidados.
- **Favorece la eficacia de los cuidados:**
 - Eliminación de las acciones de cuidados no eficaces, o menos eficaces de la nomenclatura.
 - Estándares de frecuencia de las acciones excluyendo las frecuencias insuficientes que son causa de cuidados ineficaces.
- **Favorece la eficiencia de los cuidados:**
 - Eliminación de las acciones de cuidados menos eficiencias de la nomenclatura.

**Pertinencia alta
Eficacia alta
Eficiencia alta**



**CALIDAD DE
LOS CUIDADOS**

- **Método indirecto: efectos perversos**

- **Selección de casos rentables** (particularmente en cuidados de larga duración), **casos en que la carga de cuidados es la más baja en cada clase.**