

Uso de indicadores balanceados como herramienta de gestión en enfermería¹

Neidamar Pedrini Arias Fugaça²

Marcia Regina Cubas³

Deborah Ribeiro Carvalho⁴

Objetivo: elaborar una propuesta de panel de indicadores de enfermería partiendo de los principios orientadores del Balanced Scorecard. Método: estudio de caso único que clasificó 200 registros de datos de pacientes, informes de gestión y protocolos, capaces de generar indicadores. Resultados: se identificaron 163 variables que resultaron en 72 indicadores, de estos, 32 relacionados con la enfermería: dos indicadores de la perspectiva financiera (ingresos promedio de los pacientes/día y los ingresos del paciente/día para el producto utilizado); dos en la perspectiva del cliente (índice de satisfacción global de los pacientes con la atención de enfermería y cuota de afiliación a la encuesta de satisfacción del paciente); 23 en la perspectiva de los procesos; y cinco en la perspectiva del aprendizaje y crecimiento (promedio de horas totales de formación, el total de los profesionales de enfermería aprobados en el proceso interno de selección, el ausentismo, la tasa de rotación y la tasa de finalización de la evaluación del desempeño). Conclusión: aunque hay un límite en relación con la cantidad de datos generados, la metodología del Balanced Scorecard demostró ser flexible y adaptable para su incorporación en el servicio de enfermería. Fue posible identificar indicadores con adherencia a más de una perspectiva. Los procesos internos fueron la perspectiva con el mayor número de indicadores.

Descriptores: Indicadores; Gestión de la Salud; Enfermería; Tecnología Biomédica.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Uso equilibrado de indicadores como gestión en enfermería", presentada en la Pontificia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

² MSc, Profesor Asistente, Escola de Saúde e Biociências, Pontificia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

³ PhD, Profesor Adjunto, Escola de Saúde e Biociências, Pontificia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Adjunto, Escola Politécnica, Pontificia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.asil.

Introducción

Al adherirse a programas de calidad y certificación, las instituciones buscan el proceso de acreditación hospitalaria que tiene como objetivo garantizar la calidad de la atención prestada a los pacientes/clientes por el monitoreo de los indicadores⁽¹⁾. Más allá de la cuestión de la certificación, el uso de indicadores se ha intensificado para comparar las organizaciones de atención de salud y llevarlos a un nivel de superioridad y ventaja competitiva⁽²⁾.

Debido a su complejidad y amplitud, servicios hospitalarios requieren de la enfermería una búsqueda continua de la calidad de la asistencia, lo que requiere nuevos enfoques de gestión y uso de indicadores capaces de proporcionar la medición, la supervisión e identificación de oportunidades de avances⁽³⁾.

Aunque el uso de indicadores sea extremadamente importante en la gestión de los servicios, en Brasil hay un vacío en relación con cuáles son los indicadores que representan la calidad de los cuidados de enfermería en un hospital. En la década de 1990, los indicadores utilizados en los hospitales estadounidenses fueron adoptadas en Brasil con poca adaptación y posteriormente han surgido iniciativas con el objetivo de adaptarse mejor a la realidad brasileña, incluyendo la publicación de referencia para los indicadores de enfermería, como el *Manual do Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar* [Manual del Núcleo de Apoyo a la Gestión Hospitalaria] (NAGEH)⁽⁴⁾.

Existe una creciente preocupación entre los gerentes de enfermería en la construcción y validación de indicadores a fin de medir la calidad de la atención, lo que puede ser comparado dentro y extra-institucionalmente y que refleja los diferentes contextos de la práctica profesional. También hay consenso en que es fundamental optar por sistemas de evaluación e indicadores de desempeño adecuados para apoyar la administración de los servicios, favorecer la toma de decisiones y reducir al mínimo el grado de incertidumbre. Sin embargo, para asegurar el éxito y la mejora de los tipos de evaluaciones, es necesario adoptar modelos para monitorear y medir los resultados⁽⁵⁾.

En esta problemática, se presenta como alternativa la herramienta de gestión *Balanced Scorecard* – Indicadores Balanceados (BSC), herramienta diseñada para incluir una serie de objetivos de manera coordinada,

distribuidos en cuatro perspectivas: financiera, del cliente, de los procesos y del aprendizaje y crecimiento – lo que puede conducir la institución al equilibrio entre las medidas de resultado, las medidas financieras y no financieras⁽⁶⁾.

Los indicadores deben ser cuidadosamente seleccionados y apoyados en las cuatro perspectivas que deben permitir el equilibrio, así como el establecimiento de relaciones de causa/efecto. De este modo, es posible evaluar si el BSC está reflejando la visión de la organización⁽⁶⁾. Los indicadores balanceados reflejan individualmente algunos de los requisitos para la aplicación del modelo, y el concepto *Balanced* es lo que determina el método y se relaciona con un equilibrio en tres situaciones: entre los indicadores financieros y no financieros, entre los componentes internos (empleados y procesos) y externos (accionistas y clientes) de la organización y entre los indicadores de resultados y tendencias⁽⁶⁾.

La elección del BSC en este estudio se debe a su flexibilidad, porque se puede ajustar a diferentes tipos de servicios que tienen su meta establecida. Las medidas seleccionadas permiten comunicar los resultados a los empleados de la organización, lo que sirve como motivación para el equipo. Esta herramienta cumple tres propósitos esenciales: ser un sistema de medición, un modelo de gestión estratégica y modo de comunicación⁽⁶⁾. Al permitir la supervisión, el método identifica indicadores que están fuera del objetivo estipulado, que determina las acciones correctivas para el monitoreo continuo de la calidad de la atención.

En el campo de la enfermería, específicamente en la gestión hospitalaria, el uso del BSC es raramente abordada. Se encuentran estudios que utilizan el método analítico para los hospitales públicos de Hong Kong⁽⁷⁾ y para evaluar sistemas de información y indicadores de salud en España⁽⁸⁾. Ambos estudios indican el BSC como herramienta aplicable y que ayuda al proceso de toma de decisiones.

Considerando que la aplicación de un modelo basado en el BSC responde a una necesidad de los hospitales para extender la gestión estratégica para la zona de operaciones, especialmente para el servicio de enfermería, el objetivo de este estudio fue desarrollar una propuesta de panel de indicadores de enfermería a partir de la aplicabilidad de los principios orientadores de la herramienta *Balanced Scorecard*.

Método

Este es un estudio metodológico de campo, caracterizado como estudio de caso único en un hospital privado, ubicado en la capital del estado de Paraná, que es parte de ANAHP (Asociación Nacional de Hospitales Privados), con certificado nacional Nivel III y que, durante el desarrollo de esta investigación, recibió la Certificación CANADENSE. En el momento de la investigación, el hospital tenía 88 camas de alta complejidad, 22 de cuidados críticos, siete quirófanos y una sala de emergencia. El modelo de gestión de Enfermería del hospital se basa en la Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE), para la atención integral al paciente a través de un Proceso de Enfermería orientado a la atención individualizada y continua con el fin de identificar y resolver problemas de salud.

Como se trata de un hospital de alta complejidad, para poner en funcionamiento la investigación, seleccionamos el entorno de las Unidades de Cuidados Intensivos Generales (UCI General) y coronaria. La elección de éstos ocurrió por la complejidad de los pacientes y la criticidad del sector. Los dos totalizan una estructura de 23 camas, distribuidas en 11 camas de UCI General y 12 de UCI coronaria. El grupo de trabajo consistió en médicos de cuidados intensivos, enfermeras con posgrado en terapia intensiva y técnicos de enfermería, además de los asistentes administrativos.

Se utilizaron como base empírica 200 registros de pacientes hospitalizados en las UCI en el período de julio de 2012 hasta mayo de 2013, e informes del Sistema de Información Hospitalaria de todas las áreas del hospital. Los datos recogidos se agruparon en 11 categorías de análisis, una (1) relacionada al Registro de Enfermería y 10 relacionadas a los sistemas de información: la evaluación del desempeño, financiero, seguridad, protocolo, defensoría, recursos humanos, nutrición clínica, gobernación, farmacia clínica y la auditoría técnica.

El método sigue cuatro pasos: (a) la identificación de los datos listados por la enfermería y la construcción de indicadores posibles, (b) la encuesta de indicadores que ya están en uso en los diversos sectores del hospital, (c) la correlación de los indicadores (construidos y levantados) y posibilidad de adecuación de la estructura de los indicadores balanceados y (d) el establecimiento

de un panel con indicadores de enfermería dentro de las cuatro perspectivas del BSC.

Para los dos primeros pasos, los datos se recogieron hasta la saturación. Para la recogida y organización de datos de la categoría llamada "Registros de Enfermería" fueron leídos los registros de los pacientes que buscan información para responder a la siguiente pregunta: ¿esto dato se puede convertir en un indicador? Y para las categorías relacionadas con el Sistema de Información del Hospital, los datos recogidos en los diferentes sectores se organizaron en una hoja de cálculo que contiene el nombre del dato, la descripción (definición del dato establecida en los protocolos institucionales) y la nota técnica (observación relevante, que no estaba incluida en el concepto).

Después de la recolecta inicial, los datos de las 11 categorías de análisis fueron transportados a una hoja de cálculo "clasificación de los datos", los cuales fueron clasificados por categoría, por las siguientes informaciones: datos agregados, la propuesta de indicadores y frecuencia de recolección. Para agregar y cruzar los datos recogidos, se utilizaron los criterios de similitud, sobreposición de la información y la finalidad.

En la tercera etapa, los indicadores relacionados con 11 categorías de análisis fueron dispuestos en una hoja de cálculo "propuesta de indicador" que contiene: nombre del indicador, su fórmula de cálculo, el propósito y origen. Desde esta organización, fue posible correlacionar los indicadores que se encuentran en las principales categorías de BSC: financiera, del cliente, de los procesos y del aprendizaje y crecimiento.

La estratificación se hizo de la información de la hoja de cálculo "propuesta de indicador", para tratar de responder a las preguntas pertinentes a cada una de las perspectivas BSC. Después son presentadas las respectivas preguntas por perspectiva⁽⁶⁾: Perspectiva financiera: "¿Para satisfacer a nuestros accionistas, qué objetivos financieros se quiere lograr?"; perspectiva del cliente: "Para alcanzar nuestros objetivos, ¿qué necesidades de los clientes debemos cumplir?"; perspectiva de procesos internos: "Para satisfacer a los accionistas y al mercado, ¿en qué procesos de negocio la empresa debe tener excelencia?"; perspectiva de aprendizaje y crecimiento: "Para lograr la visión del futuro, ¿cómo la empresa apoya y sustenta la capacidad de cambiar y mejorar?".

La trayectoria relacionada con los primeros tres pasos del método se muestra en la Figura 1.

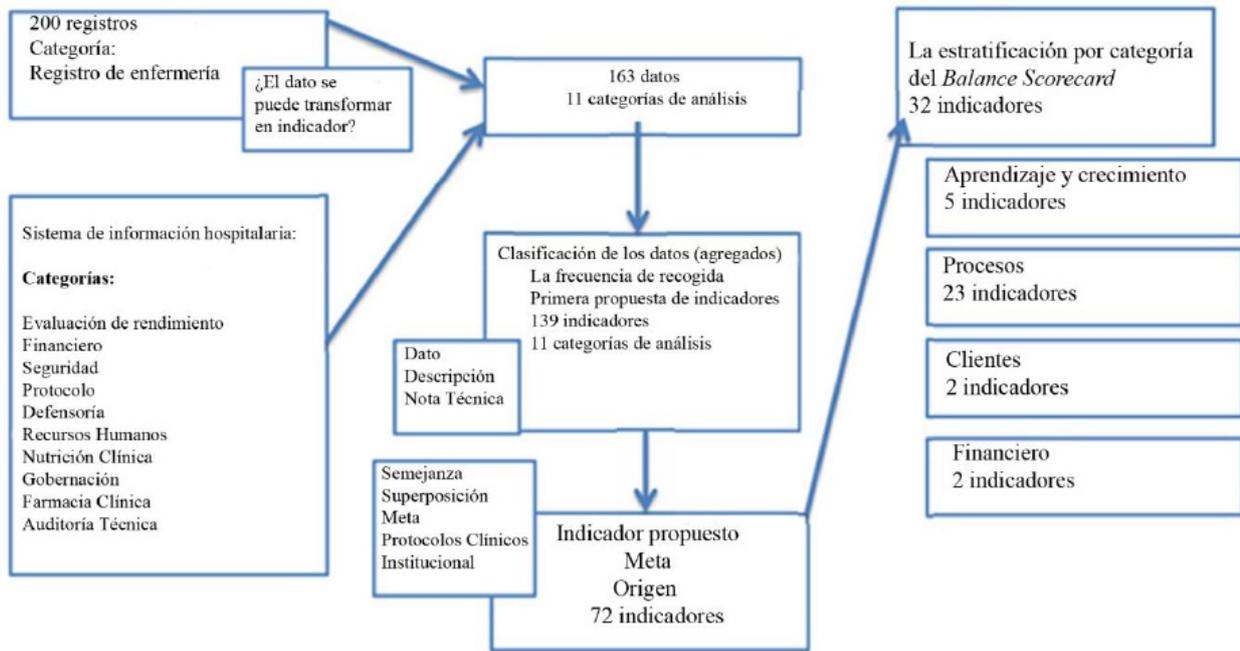


Figura 1 – Trayectoria del Método de Recolección, Organización y Análisis. Curitiba, PR, Brasil, 2013

Por la complejidad y alcance, algunos de los indicadores propuestos se clasificaron en más de una perspectiva. En la última etapa, se creó un panel de indicadores de enfermería, distribuidos en las cuatro perspectivas del BSC. El panel establece metas de resultados para cada indicador basado en la historia del hospital, y proporciona un espacio para crear un plan de acción para cada indicador fuera del conjunto blanco. En este proceso, los indicadores que se superponían o se relacionaban con el mismo propósito fueron eliminados.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Pontificia Universidad Católica de Paraná, en el Dictamen 100.239/2012, y el acceso a los datos fue autorizado por el Director Regional de la institución.

Resultados

Se encontraron 163 variables, agrupadas en 11 categorías de análisis, las cuales, después del proceso de evaluación, se organizaron en 32 indicadores relacionados con los servicios de enfermería (Tabla 1).

Tabla 1 – Distribución de las variables recogidas y agregadas en indicadores aplicables al Balanced Scorecard y relacionados con el campo de la enfermería, por categoría de análisis. Curitiba, PR, Brasil, 2013

Categorías	Variables recorridas	Variables agregadas	Indicadores generados	Indicadores aplicables en las perspectivas del <i>Balanced Scorecard</i>	Indicadores relacionados al área de enfermería
Protocolo	27	24	22	22	0
Nutrición clínica	5	5	5	2	1
Desempeño	11	5	5	3	2
Financiero	7	7	7	2	2
Defensoría	8	8	8	7	2
Gobernación	9	9	9	2	2
Auditoría técnica	8	8	8	3	2
Seguridad	13	9	9	6	4
Farmacia clínica	19	19	19	7	4
Recursos humanos	32	32	27	7	5
Registros de enfermería	24	20	20	11	8
Total	163	146	139	72	32

El panel de indicadores (Figura 2) consta de 23 indicadores en la perspectiva de proceso (76%), dos de la perspectiva

financiera (6%), dos de los clientes (6%) y las cinco de la perspectiva de aprendizaje y crecimiento (16%).

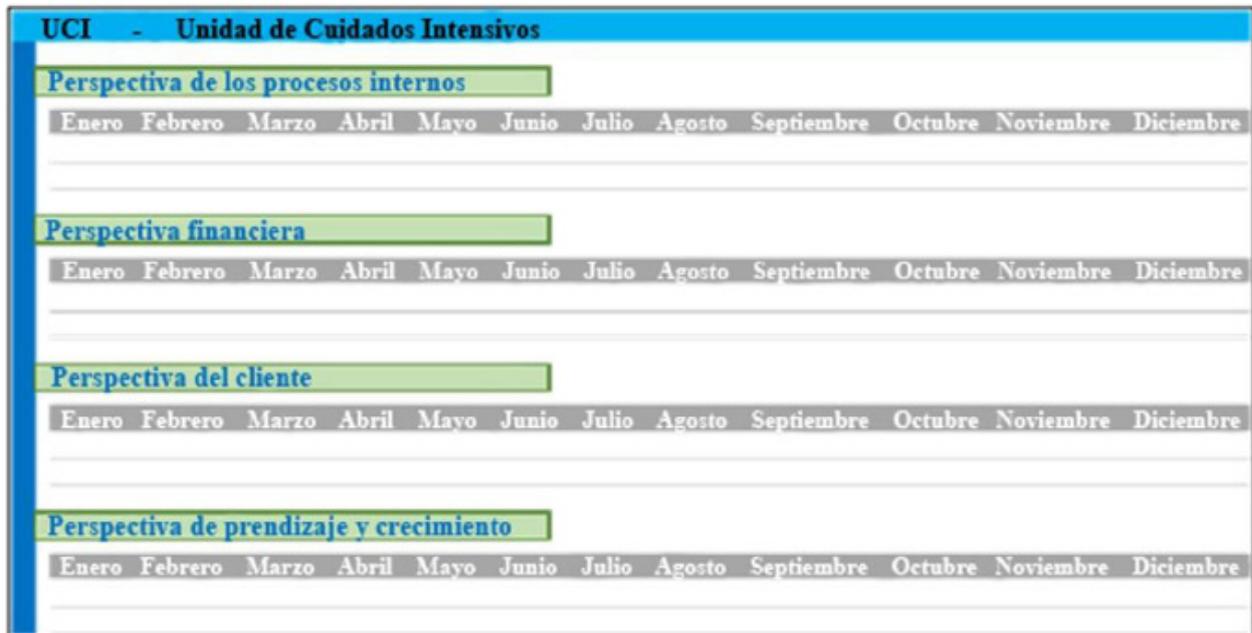


Figura 2 – Panel de indicadores. Curitiba, PR, Brasil, 2013

Discusión

Los indicadores de enfermería constituyen un apoyo importante y relevante dentro de un hospital, porque están vinculados a la mayoría de los casos que involucran la asistencia a los pacientes, siendo notados desde los procedimientos de atención primaria hasta los de atención integral de los pacientes críticos, con operación y gestión amplias. Su monitorización, de manera multidisciplinaria en los diferentes sectores, es esencial para las rutinas del hospital y la atención a la salud.

Al analizar los datos producidos en la luz de las perspectivas del BSC, se destaca la gran cantidad de datos que se puede utilizar como indicadores potenciales. Sin embargo, existe la imposibilidad de un análisis sistemático de los datos que se duplican o se distribuyen asistemáticamente en diferentes sectores, por lo que es muy importante para seleccionar un conjunto de variables que representan la calidad de la gestión de la enfermería.

En primer lugar, los indicadores de protocolos, a pesar de que tienen un impacto directo en la práctica de enfermería y han sido los responsables de la mayor cantidad de variables recogidas, no estaban directamente relacionadas con el área debido a la alineación con la estrategia de la empresa que decide que los casos más complejos deben tener una gestión específica, con el objetivo de reducir el tiempo de hospitalización y la optimización del uso de los recursos.

Los protocolos administrados son herramientas diseñadas para determinada condición médica, con el

fin de implementar las directrices asistenciales en la práctica clínica y sirven para unificar y dirigir la conducta del equipo multidisciplinario. El monitoreo de la práctica clínica, a través de indicadores de calidad, y la propuesta de intervención sobre el incumplimiento se debe realizar a diario, desde el ingreso al alta hospitalaria, que sirve como una advertencia en caso de incumplimiento o no adherencia a los indicadores del protocolo administrado⁽⁹⁾. Por lo tanto, mediante la necesidad de un monitoreo más frecuente, está determinada por la institución en estudio que sucedan reuniones semanales específicas para evaluar los protocolos.

Los datos generados por el servicio de nutrición clínica del hospital desempeñan un papel importante en la evolución clínica del paciente, como lo demuestra el aumento de profesionales de nutrición como parte del equipo multidisciplinario en los hospitales.

La introducción precoz y adecuada de la terapia nutricional enteral puede reducir la incidencia de infecciones y la duración de la estancia hospitalaria, mientras que los pacientes de cuidados intensivos presentan insuficiencias en el soporte nutricional, siendo necesario analizar los incumplimientos que se produjeron entre el predicho y el administrado de calorías y proteínas, y qué factores contribuyen a su interrupción.

Los estudios muestran un bajo porcentaje de la adecuación del administrado mediante las necesidades de los pacientes, con valores que oscilan entre el 50% y 90%, lo que demuestra la dificultad de proporcionar

la infusión real de la terapia nutricional enteral aproximada de los valores calculados. La gestión de la terapia nutricional enteral se ve dificultada por factores directamente relacionados con cuidados intensivos, como la inestabilidad hemodinámica, ayuno para las pruebas y procedimientos de enfermería, siendo que una de las causas más citadas de interrupciones de nutrición enteral incluyen procedimientos de enfermería⁽¹⁰⁾. Por lo tanto, se evidencia de la necesidad de mantener en el panel de enfermería el indicador total de las alimentaciones enterales prescritas versus infundidas.

Los servicios de evaluación de desempeño, financiero, defensoría, de las gobernaciones y de auditoría técnica, aunque productores de 102 datos de gestión, fueron responsables por la inclusión de 10 indicadores directamente relacionados con la enfermería.

Debido a que se trata de datos utilizados en las estadísticas hospitalarias como el tasa de ocupación general, la duración de la estancia, mortalidad, entre otros, en la categoría "rendimiento" se han conservado como relevantes para el panel de enfermería solamente las relativas a la tasa de ocupación y estancia media, pues son los indicadores utilizados para validar el dimensionamiento del personal de enfermería. Teniendo en cuenta la falta de regulación de la proporción profesionales/camas para la atención de enfermería al paciente, la Resolución nº 293/2004 del Consejo Federal de Enfermería (COFEN) establece estándares mínimos para el diseño del equipo profesional de enfermería en las instituciones de salud⁽¹¹⁾.

La Resolución brasileña determina que el cálculo del personal de enfermería debe basarse en el Sistema de Clasificación de Pacientes, repartidos entre enfermeras, técnicos y auxiliares y en porcentajes determinados en diferentes tipos de atención: mínimo o autocuidado, intermedio, semi-intensivo e intensivo, además de tener en cuenta la tasa de ocupación de los sectores. El COFEN estableció también que la clasificación de los pacientes para la implementación de los cuidados de enfermería es de competencia de la enfermería⁽¹¹⁾.

En la categoría financiera también hubo reducción a dos (2) indicadores: el ingreso promedio de paciente/día y el ingreso paciente/día por producto utilizado. Para este último la enfermería tiene un papel importante, ya que es responsable por la gestión y administración de la mayoría de los insumos utilizados en el entorno hospitalario. Aunque se comprenda que el servicio de enfermería no actúa directamente en un aumento de los ingresos, se ve la posibilidad de mejorar los procesos, lo que resulta en la reducción de costes.

El servicio de defensoría mejora la función de la enfermería porque permite la evaluación de la práctica de sus actividades, de acuerdo con las necesidades reales de los usuarios. El monitoreo del enfermero de los relatos de los usuarios que quedan en el servicio de defensoría es esencial y debe servir de base para la planificación y desarrollo de las mejorías de la calidad de los cuidados de enfermería⁽¹²⁾. El monitoreo del servicio de defensoría de la institución objeto de este estudio sirve como un canal de comunicación, lo que permite flexibilidad en el tratamiento de la información y la adopción de las sugerencias recibidas.

Las ocho (8) variables producidas por el sector implican la satisfacción del cliente en muchos aspectos, como el tiempo de espera y la presentación personal; sin embargo, los datos fueron condensados en dos (2) indicadores de calificación global: del índice de satisfacción general de los pacientes con los cuidados de enfermería y la tasa de adherencia a el estudio sobre la satisfacción del paciente, manteniendo este último para validar que el nivel de satisfacción muestra que el retorno es adecuado.

La estructura defensoría del hospital, en muchos hospitales también llamado sector de la hostelería hospitalaria, varía en intensidad entre los diferentes hospitales, sobre todo porque se trata de un servicio con la sedimentación parcial; sin embargo, es un sector que genera datos que muestran si el entorno del cliente es seguro y cómodo, en relación a la higiene y limpieza, lavandería, vestuarios, además de la gestión de residuos sólidos.

El ambiente del hospital ya era una preocupación de la precursora de la enfermería científica, Florence Nightingale. Actualmente, la hostelería hospitalaria añade valor al ambiente, lo hace agradable, cálido y seguro⁽¹³⁾. En este contexto, el volumen total de ropa sucia por paciente/día y el cambio del volumen para cada categoría de residuos, son los dos (2) indicadores de este sector que se mantuvieron en el panel porque se relacionan directamente con las acciones de enfermería.

El actual énfasis de la auditoría en la salud está en el control y en la regulación del uso de los servicios y, especialmente en el sector privado, se centran en el control de costes y en la calidad de la atención⁽¹⁴⁾. La auditoría de la enfermería tiene como objetivo la evaluación de la asistencia prestada, el reconocimiento de las deficiencias con la reformulación de los planes para mejorar las acciones, el análisis financiero y la reducción de rechazos⁽¹⁵⁾. Por lo tanto, en esta categoría se mantuvieron en el panel de enfermería la tasa de pre-

rechazo y el total de las cuentas para ajustes. Ambos son datos de auditoría realizados en los registros de enfermería, y de este modo, con dependencia total de las acciones de enfermería para un buen resultado.

Otros ocho (8) indicadores se distribuyen por igual en los servicios de seguridad y farmacia clínica. En la categoría de seguridad, donde se encuentran variables que muestran el uso de las mejores prácticas, de reducir y/o mitigar actos peligrosos dentro del sistema de atención de la salud⁽¹⁶⁾, se encuentran datos relativos a los protocolos de atención y el área de control de infecciones hospitalarias. Los cuatro (4) indicadores directamente relacionados con las acciones de enfermería son los que anclan intervenciones relacionadas con la seguridad del paciente: la tasa de densidad de infecciones relacionada con la asistencia en la UCI, la tasa de caídas, la tasa de error de medicación en la UCI de adultos y la tasa de conformidad en la realización de registros.

Ya la farmacia clínica es la especialidad cuya práctica es de responsabilidad del farmacéutico; sin embargo, la prueba y la interpretación de datos multidisciplinares son necesarias para la optimización de la farmacoterapia, puesto que su registro tiene el mismo origen de los datos proporcionados por el equipo médico y de enfermería⁽¹⁷⁾.

En este sentido, por la complejidad existente en todo el proceso de gestión de la farmacia hospitalaria y los riesgos en la asistencia, se mantuvo cuatro indicadores relacionados con la acción directa de enfermería: tasa de monitoreo del riesgo de alergia, eventos totales de dispensación inapropiada, velocidad de reacción adversa a la droga y el total de prescripciones que fallaron.

El sector de los recursos humanos es responsable por la cantidad de 32 datos de gestión. Además de la función de departamento de recursos humanos, el sector abarca el concepto de gestión de los recursos y tiene un conjunto de principios estratégicos y técnicos para atraer, retener, promover, capacitar y desarrollar a las personas. La construcción de indicadores para la evaluación de la gestión de recursos humanos puede detectar la eficiencia y la eficacia de las acciones de gestión y, por la evaluación de estos indicadores, mejorar los procesos de trabajo⁽¹⁸⁾.

En la institución donde se realizó la investigación, cinco (5) de los datos producidos dependen de la supervisión directa del enfermero para lograr el objetivo de mantener, formar o desarrollar personas del equipo: el total promedio de horas de formación, total de los profesionales de enfermería, total de los aprobados en

el proceso de interno de selección, el absentismo, la tasa de rotación y el índice de logro de evaluación del desempeño.

Con base en el entendimiento de que el registro de enfermería consiste en el uso de la lengua escrita, desde cualquier información habitual hasta la planificación de la atención de salud adecuada al paciente, a través de estos registros se orientan las acciones de enfermería para definir el plan de atención apropiado al paciente⁽¹⁹⁾, y estos se hacen de una manera no sistemática, con gran cantidad de información. Suponiendo que muchas de las informaciones de gestión de enfermería estarían dispuestas en sus registros, los indicadores de esta categoría se obtuvieron de los registros médicos de los pacientes. Las 24 variables recogidas fueron condensadas inicialmente en ocho (8) indicadores: tasa de eficacia en el cumplimiento de la sistematización de la atención de enfermería, total de reacción transfusional en la UCI, la tasa de reingreso de los pacientes en la UCI, el número total de empleados necesarios para la atención de enfermería de los pacientes ingresados en la UCI, tasa de adherencia al *score* para el monitoreo de la visita multidisciplinaria, tasa de flebitis en la UCI, tasa de mortalidad en comparación con APACHE II y el índice de úlcera por presión en la UCI.

Con las variables enumeradas, fue posible identificar los principales datos disponibles en los sectores hospitalarios que son susceptibles de ser utilizados para la producción de indicadores balanceados, los correlacionando a indicadores de enfermería y a la estructura de indicadores balanceados. Sin embargo, cuando hubo la distribución de los diferentes indicadores en las perspectivas del BSC, se notó un desequilibrio con la identificación de la mayoría de los procesos de enfermería. Esto puede estar relacionado con el hecho de que cuando el indicador estaba en línea con dos puntos de vista, se estableció como criterio de elección la que la enfermería tuvo mayor participación en la toma de decisiones. A modo de ejemplo, el indicador de glosa fue alineado en las perspectivas financieras y del proceso, en este caso la enfermería tiene una mayor participación en el proceso de comprobación y de los registros médicos y menor participación desde el punto de vista sobre las perspectivas financieras.

Conclusión

Aunque los datos relacionados en este artículo provienen de una UCI, un lugar que tiene características únicas para los cuidados de enfermería, se puede

seleccionar los datos disponibles en los diferentes sectores del hospital con potencial de utilización para producir indicadores balanceados y correlacionarlos con indicadores de enfermería.

Al aplicar la herramienta BSC para la construcción de indicadores de enfermería, se hace constar que algunos de ellos tuvieron adherencia a más de una perspectiva. En el espacio de los servicios de enfermería entre los indicadores construidos, la perspectiva de un mayor grado de importancia es el proceso interno, contemplando la mayor cantidad de indicadores relacionados.

Es importante tener en cuenta que el panel preparado en el escopo de este estudio ya está en uso en el ámbito hospitalario donde se realizó esta investigación, y deberá ser verificado mediante nuevas investigaciones. Por lo tanto, la alineación de los indicadores propuestos en la gestión estratégica de la institución, mirando a la zona de operaciones, es una forma de contribuir a la búsqueda del despertar de los conocimientos de gestión y el acercamiento a los conceptos administrativos teóricos a la práctica de la enfermería.

Referencias

- Manzo BF, Brito MJM, Corrêa AR. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(2):388-94.
- Escrivão A Júnior. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. *Cienc Saude Colet*. 2007;12(3):655-66.
- Caldana G, Gabriel CS, Bernardes A, Évora YDM. Indicadores de desempenho em serviço de enfermagem hospitalar: revisão integrativa. *Rev Rene*. 2011;12(1):189-97.
- Associação Paulista de Medicina. Manual de indicadores de enfermagem NAGEH. Compromisso com a qualidade hospitalar (CQH). 2 ed. São Paulo: APM; CREMESP, [Internet] 2012. 60p. [acesso 30 abr 2015]. Disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=125
- Bohomol E, Ramos LH, D'Innocenzo M. Medication errors in an intensive care unit. *J Adv Nurs*. 2009;65(6):1259-67.
- Kaplan RS. Using the balanced scorecard as a strategic management system. *Hav Bus Rev*. [Internet] 2007; [acesso 30 abr. 2015]14p. Disponível em: <https://hbr.org/2007/07/using-the-balanced-scorecard-as-a-strategic-management-system>
- Yuen PP, Ng AW. Towards a balanced performance measurement system in a public health care organization. *Int J Health Care Qual Assur*. 2012;25(5):421-30.
- Canela-Soler J, Elvira-Martínez D, Labordena-Barceló MJ, Loyola-Elizondo E. Sistemas de Información en Salud e indicadores de salud: una perspectiva integradora. *Med Clin (Barc)*. 2010;134(Supl 1):3-9.
- Pereira AJ, Fernandes CJ Junior, Sousa AG, Akamine N, Santos GPD, Cypriano AS, et al. Melhoria de desempenho e desfechos (mortalidade) após implementação de um protocolo institucional de atendimento a pacientes sépticos. *Einstein (São Paulo)*. 2008;6(4):395-401.
- Cartolano FC, Caruso L, Soriano FG. Terapia nutricional enteral: aplicação de indicadores de qualidade. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21(4):376-83.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN-293/2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhadas. [Internet] 2004. [acesso 27 ago. 2014]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html
- Souza RCR, Freire MAM, Soares E. Ouvidoria no âmbito da administração pública: contribuições para enfermagem. *Rev Pesq: Cuid Fundam*. 2012;4(3):2385-93.
- Barbosa JG, Meira PL, Dyniewicz AM. Hotelaria hospitalar – novo conceito em hospedagem ao cliente. *Cogitare Enferm*. 2013;18(3):587-91.
- Pinto KA, Melo CMM. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):671-8.
- Dias TCL, Santos JLG, Cordenizzi OCP, Prochnow AG. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(5):931-7.
- Costa VT, Meirelles BHS, Erdmann AL. Best practice of nurse managers in risk management. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(5):1165-71.
- Lupatini EO, Munck AKR, Vieira RCPA. Percepções dos pacientes de um hospital de ensino quanto à farmacoterapia e à orientação farmacêutica na alta. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde*. 2014;5(3):28-33.
- Kurcgant P, Tronchin DMR, Melleiro MM. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(1):88-91.
- Matsuda LM, Silva DMP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Rev Eletr Enferm*. [Internet]. 2006 [acesso 30 abr 2015];8(3):415-21. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm

Recibido: 29.11.2014

Acceptedo: 5.5.2015