



Pilar Brea Rivero

Subdirectora de Enfermería. Hospital Clínico U.
"San Carlos". Madrid

Correspondencia:
Pilar Brea Rivero
Subdirección de Enfermería
Hospital Clínico "San Carlos"
C/ Profesor Martín Lagos s/n
28040-Madrid

La atención socio-sanitaria:
un reto para la gestión enfermera

*Socio-sanitary care: a challenge
for the nursing management*

RESUMEN

En los últimos años, en los países más desarrollados se están produciendo una serie de fenómenos políticos, sociales y económicos que están modificando profundamente las demandas sanitarias de la población.

Surge, así, la necesidad de desarrollar nuevos Modelos Asistenciales que den respuesta a estas nuevas demandas de atención. Entre estos nuevos modelos, se encuentra la atención socio-sanitaria, en cuyo ámbito se desarrolla el contenido de este trabajo.

En este artículo se describen aspectos generales que caracterizan el Modelo de Atención Socio-sanitaria, así como un caso práctico de implementación de éste en un centro sanitario convencional, mostrando las implicaciones, oportunidades y retos que tiene sobre la gestión enfermera.

PALABRAS CLAVE

Socio-sanitario, envejecimiento, clasificación de pacientes, niveles de dependencia, trabajo en equipo, gestión de enfermería.

SUMMARY

Over the last years, in the more developed countries, a number of political, social and economic events are taking place and they are strongly modifying health demands among population.

Thus, it emerges the need to develop new Models of Care that offer an answer to these new demands. Among these new models, is socio-sanitary care in which the content of this work takes place.

In this paper, the general aspects that represent the Model of Socio-sanitary Care are described here, as well as a clinical case for its implementation in a conventional Health Centre, showing the implications, opportunities and challenges in nursing management.

KEY WORDS

Socio-sanitary, ageing, classification of patients, levels of dependence, team work, nursing management.



128 INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, en los países desarrollados están teniendo lugar una serie de fenómenos políticos, culturales y económicos que están modificando profundamente nuestra sociedad actual y que están provocando importantes cambios en las demandas asistenciales de la población, así como en el modo de darles respuesta por parte de los servicios públicos:

1. El constante crecimiento de los presupuestos públicos destinados a mantener el llamado “Estado del Bienestar”, que ha conducido a una crisis económica, a la limitación de los recursos y a la contención del gasto.

En el sector sanitario, la universalización de la asistencia y la financiación pública de ésta, han producido un enorme incremento del gasto en relación al Producto Interior Bruto (PIB). En el caso de España, se ha pasado de un 1,5% en el año 1960 a un 7,8% en 1996.

2. La modificación de las pirámides poblacionales, como consecuencia de la baja natalidad y el aumento de la esperanza de vida, que ha dado lugar al incremento de la población envejecida, con la problemática de salud y la progresiva dependencia que ésta conlleva.

En España, el número de personas mayores de 65 años representa el 17% sobre la población total. De estos, 1.300.000 personas tienen más de 80 años. Por otra parte, la tasa de natalidad se ha reducido en un 60% con respecto al año 1900, siendo la media actual de hijos de 1,1.

3. La supervivencia de un mayor número de personas con enfermedades crónicas, progresivas e incurables, con limitación de la autonomía y el bienestar.

Los datos recogidos por el Ministerio de Sanidad y el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 1991, ya indicaban las elevadas tasas de morbimortalidad de enfermedades cardiocirculatorias, cerebrovasculares, tumores malignos, diabetes *mellitus*, hepatopatías y sida. En cuanto al número de discapacitados en España, la tasa es de un 13% sobre la población total, y la de minusválidos de un 8,7%.

Así pues, en nuestro país, el 38,7% de la población presenta necesidades resultantes de la cronificación de enfermedades, la ancianidad, la discapacidad o la minusvalía.

4. Los cambios culturales en la sociedad y en la estructura familiar están modificando tanto el papel social de la familia como el rol de sus miembros y la interrelación entre estos, lo cual dificulta el manejo de las personas ancianas y enfermos crónicos en el domicilio.

En 1900 la tasa de matrimonios en España era de un 8,7%. Seis años después, ésta se había reducido a un 4%. Actualmente, el 10% de la población no llega a formar su propio núcleo familiar, y la tasa de divorcios asciende a un 12%.

El concepto de familia está cambiando, y aparecen otras alternativas a la familia convencional: Entre un 4 y un 6% corresponden a modelos tales como solteros voluntarios (con o sin hijos), familia binuclear o de custodia compartida, separados o viudos que vuelven a emparejarse y adoptan hijos habidos con otra pareja, parejas homosexuales, etc.

Con respecto al papel de la familia como seno en el que se atiende al anciano y discapacitado, cabe decir que los últimos estudios del Ministerio de Asuntos Sociales afirmaban que el 80% de los cuidados de las personas dependientes recaían en la familia, siendo un miembro de ésta el que ejercía el papel de “cuidador principal”.

Hasta ahora, el perfil de este cuidador era el de una mujer con una edad media de 58 años, casada, madre o hija del paciente o anciano, con estudios primarios y que no trabajaba fuera de casa. La dedicación diaria a esos cuidados oscilaba entre 9 y 20 horas al día. Sin embargo, la tasa de actividad femenina es, en la actualidad, de un 33,2% (casi el doble que en 1970), lo cual hace que el papel de la mujer como cuidadora principal ya no sea tan evidente.

Por otra parte, el sentimiento de “obligatoriedad moral” de cuidar a los mayores y/o enfermos va desapareciendo, y, al mismo tiempo, el anciano va perdiendo estatus y reconocimiento en la sociedad. La crisis económica también está teniendo repercusiones en la familia, manifestada en bajo poder

18 adquisitivo, viviendas pequeñas, etc., que dificultan la atención de las personas dependientes en el hogar.

Parece que entre las diversas teorías existentes sobre el futuro de la familia se instaura la idea de que ésta evolucionará (en los próximos años) en una familia libre/flotante, muy reducida en número de miembros, y con muy pocas conexiones sociales.

Llegados a esta realidad, nos surge la pregunta de cuál es o debe ser el dispositivo asistencial que asuma la atención de esta población dependiente que va en aumento. Hasta la actualidad, nuestro sistema público viene dando servicio en 2 ámbitos muy diferenciados:

- La red social, con la oferta de recursos, tales como la teleasistencia, plazas residenciales, ayuda a domicilio, centros de día, etc.

- Y la red sanitaria, con la asistencia ambulatoria, la atención domiciliaria y la asistencia a usuarios en régimen de hospitalización.

Sin embargo, en cualquiera de los casos, parece que los recursos ofrecidos no son suficientes ni adecuados para esta población dependiente.

Por ejemplo, en el Área Sanitaria, podríamos reseñar los datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en su informe sobre hospitales y camas en funcionamiento. De este informe cabe resaltar que, mientras el índice de hospitales generales es de un 58% sobre el total de hospitales en funcionamiento, tan sólo el 14% corresponde a hospitales de larga estancia, dedicados a la atención de enfermos crónicos y ancianos. Y, mientras que existen casi 3 camas médico-quirúrgicas por cada mil habitantes, tan sólo hay 0,29 destinadas a enfermos crónicos.

Del mismo modo, en el área social, los índices de cobertura de servicios para mayores están muy por debajo de las demandas: el número de plazas residenciales que se oferta en España representa tan sólo un 3% de cobertura sobre la población total de ancianos; el número de plazas de ayuda a domicilio es de un 2% sobre el total de mayores; sólo se oferta una plaza de hogar por cada 1.500 mayores y el número de abonados en teleasistencia representa un 4% sobre esta misma población.

Llegamos, así, a una realidad clara:

- Hay una población de 15 millones de personas dependientes, que podríamos llamar “clientes potenciales”.

- No hay personas dispuestas a cuidar, debido a los cambios producidos en la familia.

- No hay recursos suficientes que oferten unos servicios adecuados: estamos ante el que podríamos llamar “fracaso del modelo asistencial tradicional”.

Surge, así, la necesidad de crear un Modelo de Atención que de respuesta a estos nuevos usuarios, a estas nuevas necesidades y a estas nuevas demandas.

EL MODELO DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA Y LA INTEGRACIÓN DE SERVICIOS

El Modelo de Atención Socio-sanitaria enfoca los problemas de salud desde una perspectiva holística, que sugiere que “la dimensión social es inseparable de la sanitaria en cualquier persona... y está orientado a aquellos clientes en los que la intervención simultánea -sanitaria y social- es imprescindible” (1)

En el Modelo Socio-sanitario:

- El usuario es aquel cliente que presenta necesidades significativas (desde el punto de vista cualitativo o cuantitativo) simultáneas en el área de lo social y en el área de lo sanitario.

Los usuarios tributarios de atención socio-sanitaria, deben cumplir el siguiente perfil (2):

- Personas mayores de 60 años con una enfermedad crónica.

- Personas con enfermedades crónicas evolutivas, que generan gran dependencia o con deterioro moderado o severo.

- Personas con enfermedades terminales.

- Personas con enfermedades psíquicas de evolución crónica.

- Personas con drogodependencias.

- Personas que, habiendo superado la enfermedad en su fase aguda o con un grado moderado de dependencia, precisan curas o terapia de rehabilitación antes de reintegrarse, nuevamente, a la sociedad.



130 • El servicio socio-sanitario se basa en la cobertura de las necesidades físicas, sociales, emocionales y espirituales de la persona, a través de la administración de cuidados continuos.

La actividad asistencial debe desarrollarse en las siguientes líneas de servicio (2):

- Convalecencia de personas mayores con enfermedad de base (que se encuentran en fase de recuperación de un proceso agudo), personas con enfermedades crónicas (con frecuentes descompensaciones y situación basal de dependencia) y personas con politraumatismos.

- Cuidados paliativos de personas que padezcan una enfermedad avanzada incurable, progresiva y sin respuesta a un tratamiento específico (enfermos terminales de cáncer u otras patologías, incluyendo el sida).

- Larga estancia de personas mayores enfermas, y de personas menores de 65 años con enfermedades crónicas evolutivas y un grado variable de dependencia para las actividades de la vida diaria (AVD) (Tabla 1).

• Los recursos son aquellos mecanismos integrados de atención, destinados a responder a las necesidades del cliente socio-sanitario, y que, por sus características, se basan en la idea de “multiplicidad de servicios requeridos”.

• Los criterios organizativos se fundamentan en la coordinación e integración de los servicios sociales y sanitarios (1) y la transferencia entre ambos recursos, en los que cada uno de ellos tiene “la diversidad de elementos suficiente para dar respuesta a las

Tabla 1. Nivel de dependencia para las actividades de la vida diaria (AVD)

Cuidados mínimos Independientes	Cuidados medios Semidependientes	Cuidados máximos Dependientes
<ul style="list-style-type: none"> - Comen con una pequeña ayuda o estímulo. - Se visten con ayuda parcial. - Se bañan por sí mismos o con una pequeña ayuda o supervisión. - No presentan ninguna lesión en la piel. - Presentan control total de esfínteres o pérdidas muy ocasionales. - Duermen bien, sin ayuda. - Deambulan sin ayuda mecánica o de persona alguna, o precisan de ayuda parcial y colaboran. - Se comunican y expresan normalmente. - Recuerdan y reconocen objetos y personas, sin problemas. - Están bien orientados. - Tienen una buena visión-audición. 	<ul style="list-style-type: none"> - Precisan de ayuda continua en la alimentación. - Ayuda continua para vestirse. - Necesitan ayuda continua para el baño. - Requieren cuidados de la piel por úlceras por presión estadios I y II. - Tienen pérdidas urinarias habituales o incontinencia total. - Presentan insomnio ocasional. - Precisan de medios físicos y/o adaptaciones para la deambulación (bastón, andador, silla de ruedas,...). - Se comunican y expresan con algún problema o dificultad. - Presentan confusión ocasional y ausencia de memoria inmediata o sólo de hechos pasados. - Tienen desorientación ocasional. - Muestran algún problema en la visión-audición y/o utilizan prótesis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se les debe dar la comida de forma oral, enteral o parenteral. - Deben ser vestidos y no colaboran. - Requieren ser bañados, no colaboran y/o están encamados. - Requieren cuidados de la piel por úlceras por presión estadios III, IV, V. - Presentan incontinencia total, sondaje vesical, ostomías y/o fecalomas. - Insomnio habitual/necesitan somníferos. - Precisan de ayuda continua y completa para la deambulación. - Si logran comunicarse, sólo lo hacen mediante gestos. - Presentan incoherencia, mezcla de hechos recientes y pasados, alucinaciones y/o delirio. - Están completamente desorientados. - No distinguen figuras; presentan ceguera y/o sordera.

20 múltiples necesidades de la persona y de su unidad familiar”.

El Modelo de Atención Socio-sanitaria tiene como objetivo “la integración en un solo cuerpo de los distintos tipos de servicios (sociales y sanitarios) que requieren las necesidades cambiantes del cliente” (1).

Cubrir estas necesidades requiere de un complejo proceso asistencial en el que intervienen innumerables profesionales y muy diversos dispositivos. El Modelo Socio-sanitario enfoca la atención de una forma globalizadora, organizando las diferentes actuaciones profesionales en función de quién puede dar una mejor respuesta a las necesidades cambiantes del usuario en cada momento. Este enfoque integral y globalizador se basa en el valor del trabajo en equipo, dirigido a una meta común.

En este sentido, cualquier organización socio-sanitaria debe estar impregnada de una cultura interdisciplinar que promueva la organización del trabajo a partir de equipos, integrados por todos los profesionales implicados en el proceso de atención, los cuales pongan en común sus conocimientos, experiencias y perspectivas, desde el enfoque específico que aporta cada disciplina.

El Servei Catalá de la Salut, en su Plan de atención sociosanitaria, afirma que el Equipo debe “organizar sus actuaciones en función de una meta común, y de acuerdo con las capacidades personales y profesionales de sus integrantes. La riqueza del trabajo en equipo se encuentra, precisamente, en la pluralidad de informaciones y de intervenciones posibles entre los problemas a resolver, derivadas de la valoración específica de cada profesional. Para que el equipo funcione, esa diversidad debe entenderse desde la igualdad del valor de las aportaciones de los distintos profesionales”.

A nivel global, es prioritario el establecimiento de nexos de unión con Atención Primaria y Atención Especializada del Área Sanitaria correspondiente, así como con Centros Residenciales, Equipos de Soporte y Unidades de Valoración y Apoyo Domiciliario, integrados dentro del entorno físico donde se encuentre ubicado el centro socio-sanita-

rio. Esta interrelación mejorará el flujo de pacientes y facilitará el consenso en la protocolización de la actividad y la comunicación fluida entre los profesionales, de modo que se asegure la continuidad de los cuidados. Todos los esfuerzos serán útiles si, al final, se consigue “cerrar el círculo” de todo el proceso asistencial de los pacientes y proporcionar una adecuada respuesta a las necesidades de los usuarios. 131

IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO SOCIO-SANITARIO

Implementar el Modelo de Atención Socio-sanitaria requiere del profundo conocimiento de éste, así como de la voluntad decidida de dar respuesta a las necesidades de esta población que demanda asistencia. En este sentido, una de las vías por las que se ha optado en la actualidad ha sido la transformación de centros asistenciales convencionales en centros socio-sanitarios, que cumplan los criterios que, desde el punto de vista del usuario y del servicio ofertado, se recogen en las premisas básicas de este Modelo de Atención.

En diversas comunidades autónomas se está procediendo a la transformación de numerosos centros pero, para que se implemente el Modelo con rigor y eficiencia, es preciso proceder a un análisis situacional del centro afectado, a fin de verificar si éste se encuentra en disposición para ello con respecto a las características de los usuarios, características de la actividad asistencial y costes de los servicios.

Desde el punto de vista práctico, mostraremos un estudio realizado en el Hospital Virgen de la Poveda (un hospital público perteneciente al Servicio Regional de Salud de la Comunidad de Madrid), en el período de tiempo comprendido entre mayo de 1998 y mayo de 1999, sobre un total de 174 pacientes ingresados.

- Con respecto a las características de los usuarios del Hospital, identificamos diversos aspectos:
 - Con respecto a la edad, el 40% tenía más de 80 años.



132 - Con respecto al sexo, el predominio era de mujeres.

- En relación al estado civil, sólo el 30% estaba casado, pero en el 37% de ellos la pareja estaba ausente. Por tanto, el 81% de los usuarios no tenía vínculos afectivos de pareja.

- En relación con el nivel de dependencia, el 34% presentaba dependencia física y psíquica por demencia moderada o grave.

- Finalmente, con respecto al nivel de integración social, un 46% tenía relación sólo con el resto de usuarios ingresados y un 30% estaba completamente solo y aislado, sin conexiones sociales.

• Los GRD que aparecían con mayor incidencia correspondieron a “Efectos tardíos de enfermedades cerebrovasculares y secuelas después de la misma (35%), demencia senil y presenil, demencia arterioesclerótica y/o por infarto múltiple (25%), demencias cerebrales y enfermedad de Alzheimer (17%), demencia alcohólica y psicosis alcohólica (5%), fractura peritrocantérea (4%), lesiones cerebrales anóxicas (4%), obstrucción crónica de vías respiratorias (3%), retraso mental no especificado (3%), enfermedad de Parkinson (2%) y enfermedad hepática con cirrosis crónica (2%)”.

• Con respecto al consumo de fármacos prescritos, sólo un 29% de estos pacientes recibía medicación por vía oral, un 3,4% tenía prescrita medicación por vía intramuscular o subcutánea y tan sólo un 3% recibía sueroterapia y/o medicación intravenosa.

• En relación a las pruebas diagnósticas realizadas a los usuarios, sólo se solicitó una media de 3 radiografías básicas por enfermo y año, y un promedio de 34 determinaciones analíticas por paciente y año.

• Finalmente, analizamos la distribución del presupuesto por parte de cada división hospitalaria, como una aproximación al consumo de recursos realizado por cada una de estas divisiones en la atención a los pacientes ingresados: en cifras globales, del presupuesto total del hospital la actividad médica consumía el 6%, mientras que la actividad de enfermería consumía el 49%.

• Desde el punto de vista enfermero, analizamos:

1) El perfil del cliente en base a:

- Necesidades identificadas, según la Jerarquía de Maslow.
- Problemas de salud, según Taxonomía 1R NANDA de diagnósticos enfermeros.
- Déficit para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), según el CMBD de Crónicos definido en 1995 por la Dirección General de Estudios y Análisis de Recursos y Organización Sanitaria del Servicio Regional de Salud de la Comunidad de Madrid.

2) Los cuidados requeridos y el análisis de costes, según el Sistema de Contabilidad Analítica Programa SIGNO II de Enfermería, desarrollado por el Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Comisión para la Evaluación del Sistema Nacional de Salud (más conocido como “Informe Abril”).

Gráfico 1. Cuidados requeridos



Del análisis de las necesidades identificadas, observamos que el 63% de los pacientes presentaban déficit en todas ellas, mientras que el 37% restante tenían cubiertas las necesidades fisiológicas y de seguridad, pero presentaban déficit en el resto.

En los 174 usuarios ingresados en el Hospital, se formularon un total de 19 diagnósticos. Se observó que, desde el punto cualitativo y cuantitativo, en un 37% de los pacientes se habían formulado 6 diagnósticos enfermeros, en un 21% 14 diagnósticos y en un 42% se identificaron 18 diagnósticos.

Una vez analizado el nivel de autonomía (Gráfico 1) de los pacientes para realizar las actividades de la vida diaria según el CMBD de Crónicos, se observó que el 37% de los pacientes resultaron ser personas independientes (con un alto nivel de autonomía para la realización de las AVD), el 29% eran semi-dependientes (con cierto grado de autonomía para las AVD) y un 34% eran personas totalmente dependientes (con ausencia total de autonomía para las AVD).

Partiendo del Catálogo de Actividades del Programa SIGNO y su ponderación de tiempos, se procedió a planificar los cuidados requeridos por los pacientes, resultando (Gráfico 2) que:

- En el 27% de estos, se realizaban una media de 21 intervenciones que requerían, aproximadamente, de 90 minutos por paciente y día.

- En el 57%, el plan de cuidados incluía 43 intervenciones, que requerían de una media de 150 minutos al día.

- Y, finalmente, en el 16%, se planificaron una media de 61 acciones cuidadoras que requerían, de media, 225 minutos por paciente y día.

Por último, determinamos los costes de esta actividad cuidadora en cada caso, partiendo del sistema de contabilidad analítica basada en SIGNO (a cuya ponderación sumamos los costes de los recursos materiales utilizados en el cuidado de los pacientes). Así, la atención del 27% de los clientes supuso un precio medio por día de estancia de 90,15 euros (15.000 pts.), de 108,18 euros (18.000 pts.) para el 57% y de 126,21 euros (21.000 pts.) para el 16% (Gráfico 3).

IMPLICACIONES EN LA GESTIÓN ENFERMERA

Desde el punto de vista de la gestión enfermera, la identificación de 3 grandes grupos de pacientes (en base a la clara diferenciación con respecto a necesidades alteradas, problemas de salud, nivel de autonomía, procesos de atención de enfermería, y consumo de tiempos de asistencia y recursos), nos permitió desarrollar un sistema de clasificación de usuarios en 3 niveles de dependencia, que denominamos cuidados mínimos, cuidados medios y cuidados máximos (Tabla 2).

Gráfico 2. Consumo de recursos, en términos de tiempo

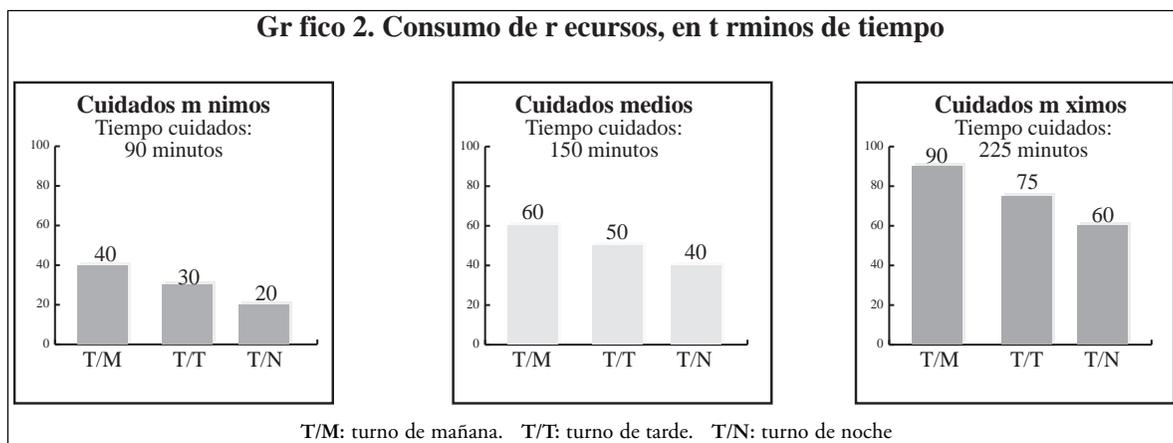
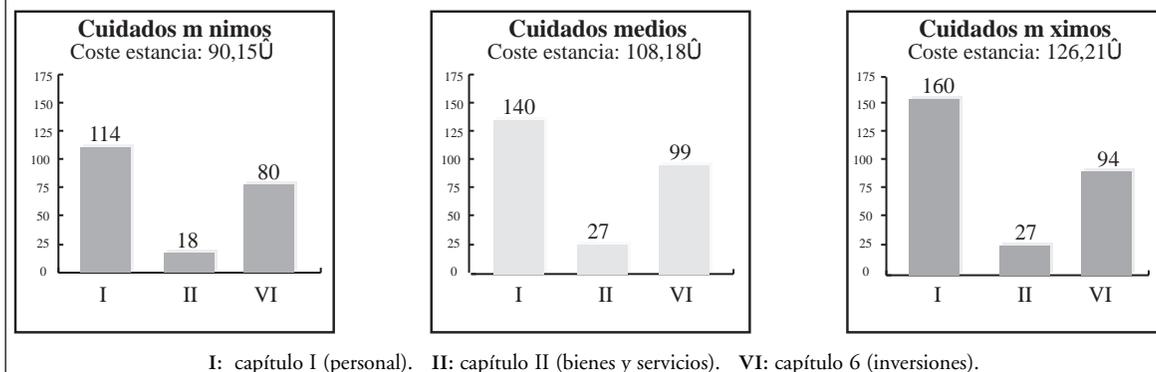




Gráfico 3. Coste del proceso de atención



I: capítulo I (personal). II: capítulo II (bienes y servicios). VI: capítulo 6 (inversiones).

Esta clasificación de pacientes permitirá, en el futuro:

- Definir y ofrecer una cartera de servicios de Enfermería que responda a las necesidades de los clientes y que incluya un catálogo de actividades para cada nivel de usuarios.
- Elaborar planes de cuidados estandarizados para cada grupo de clientes, que mejoren la continuidad de cuidados y aseguren la mejora de la calidad de la atención de enfermería prestada.
- Determinar los recursos humanos necesarios para proporcionar los cuidados requeridos, así como racionalizar los recursos disponibles.
- Medir el coste de cada proceso de atención de enfermería, con el fin de relacionar la actividad realizada con los recursos consumidos.

En definitiva, gestionar la prestación de servicios de enfermería de una forma coherente, racional y eficiente.

¿Qué conclusiones podríamos sacar de este somero análisis del Modelo Socio-sanitario? ¿Podríamos plantear la atención socio-sanitaria como un reto para la profesión enfermera?

- Desde el pilar básico que sustenta el Modelo (el cliente), podemos afirmar que el usuario al que va dirigida la atención socio-sanitaria presenta enfermedades crónicas, invalidantes, avanzadas y progresivas, todas ellas resultado de efectos tardíos

os y secuelas de enfermedades que fueron agudas en su día y que, lamentablemente, ya no son susceptibles de tratamientos médicos con fines curativos.

- Desde el segundo pilar (el servicio socio-sanitario), podemos decir que la demanda de servicios viene determinada, fundamentalmente, por la necesidad de recibir cuidados de enfermería.
- Desde el aspecto de los recursos (humanos y materiales), la principal responsable del consumo de dichos recursos y la que determina la incurrancia en costes es la actividad de cuidados.

• Finalmente, desde la perspectiva de la atención integral, el profesional enfermero es, por su presencia continua, su formación y su capacitación, el receptor ideal de las demandas del usuario, y el que mejor puede coordinar los servicios que otros profesionales han de proporcionarle.

Hace varios años tuve la oportunidad de acudir a unas Jornadas Sanitarias en las que participaba Vicente Ortún i Rubio. En su ponencia sobre el futuro de la Gestión Sanitaria decía: "El responsable de la actividad es aquél que tiene la capacidad de influir y controlar el coste. La evolución socialmente deseable de la Sanidad y cómo favorecerla pasa por otorgar mayores derechos de decisión a los pro-

Tabla 2. Problemas socio-sanitarios/diagnósticos de Enfermería

Cuidados mínimos Nº diagnósticos: 6	Cuidados medios Nº diagnósticos: 14	Cuidados máximos Nº diagnósticos: 18
<ul style="list-style-type: none"> - Afrontamiento individual/familiar ineficaces. - Alteración del patrón del sueño. - Deterioro de la interacción social. - Dificultad para el mantenimiento del hogar. - Déficit de autoestima. - Alteración de la nutrición por exceso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteración en los procesos de pensamiento. - Alteración en el mantenimiento de la salud. - Alteración real de la integridad cutánea. - Alteración potencial de la integridad cutánea. - Déficit de autocuidado. - Deterioro de la interacción social. - Alteración en la comunicación verbal. - Potencial de lesión. - Trastorno del ritmo vigilia-sueño. - Dificultad en el mantenimiento del hogar. - Afrontamiento individual/familiar ineficaces. - Alteración en la nutrición. - Alteración de la movilidad. - Alteración en el patrón de eliminación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteración de los procesos de pensamiento. - Alteración en el mantenimiento de la salud. - Alteración potencial de la integridad cutánea. - Alteración real de la integridad cutánea. - Déficit de autocuidado. - Deterioro de la interacción social. - Alteración en la comunicación verbal. - Potencial de lesión. - Potencial de infección. - Potencial de violencia. - Trastorno del ritmo vigilia-sueño. - Dificultad en el mantenimiento del hogar. - Afrontamiento individual/familiar ineficaces. - Alteración de la nutrición. - Alteración de la movilidad física. - Patrón respiratorio ineficaz. - Incontinencia urinaria. - Incontinencia fecal.

fesionales que tengan el impacto más importante en la actividad y, en última instancia, en la rentabilidad de la organización”.

Creo que esta frase sería una buena manera de terminar este artículo. Creo que, para las enfermeras, el mundo socio-sanitario se presenta como un futuro atractivo, interesante y desafiante para nuestra profesión:

- Atractivo, porque, desde la perspectiva de la asistencia, estamos ante una sociedad que avanza hacia el cuidado. Y quizás, ahora mejor que nunca, en el contexto socio-sanitario tengamos ante nosotros la oportunidad de demostrar nuestra aporta-

ción específica a esta sociedad y el sentido de la profesión enfermera.

- Interesante porque, desde la docencia y la investigación, el análisis de las necesidades del cliente socio-sanitario y el estudio de las respuestas de éste a nuestros cuidados, puedan representar un reto para avanzar en el hermoso arte y la compleja ciencia del cuidar.

- Desafiante porque, desde el punto de vista de la gestión, el Modelo Socio-sanitario es el contexto perfecto para que la Enfermería, como disciplina, demuestre que es posible racionalizar los recursos, administrando unos cuidados de calidad y mejorando la eficiencia en la gestión sanitaria.



BIBLIOGRAFÍA

1. Portella E, Carrillo E. Informe SESPAS 1995. Parte II. Los servicios sanitarios: La atención socio-sanitaria. Barcelona, Edit. Servei Catalá de la Salut, 1995.
2. Servei Catalá de la Salut. El modelo de atención socio-sanitaria en Cataluña. Barcelona, Edit. Servei Catalá de la Salut, 1994.
3. Almazán S. Administración de servicios de enfermería: Gestión Analítica SIGNO II. Gestión de los Cuidados de Enfermería. Madrid, Edit. Masson-Salvat, 1994.
4. CIS-Imsero, Consejería de Salud. Servicio Regional de Salud de la Comunidad de Madrid. Conjunto Mínimo Básico de Datos de Pacientes Crónicos. Proyecto SISTEMA. Madrid, Edit. Dirección General de Estudios y Análisis de Recursos y Organización Sanitaria. Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid, 1995.
5. Doenges ME, Moorhouse MF. Guía de bolsillo de diagnósticos y actuaciones enfermería. Barcelona, Edit. Doyma, 1991.
6. Fontanals de Nadal M^aD, Martínez Mateo F, Vallés I, Forcada E. "Evaluación de la atención socio-sanitaria en Cataluña. Revista Española de Geriátría y Gerontología. Madrid, 1995; 30 (3): 189-98.
7. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería fundamental: Conceptos, Procesos y Práctica. Barcelona, Edit. Interamericana-McGraw-Hill, 4^a Edición, 1993.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gestión analítica. Hacia la contabilidad analítica en los hospitales. Madrid, Edit. Instituto Nacional de la Salud. Secretaría General, 1990.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyecto Coste por Proceso. Hospitales INSALUD. Madrid, Edit. Instituto Nacional de la Salud. Secretaría General, 1995.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gestión analítica hospitalaria: Proyecto SIGNO. Madrid, Edit. Instituto Nacional de la Salud. Secretaría General, 1996.
11. Porras de Larrínaga S, Nogueira Loro P, Gómez Pérez F, González Quijano A. "El Proyecto SIGNO II. Costes del producto enfermero". Revista Rol de Enfermería. Barcelona, Edit. Doyma 1997; (232): 73-7.