

LA CONTABILIDAD DE GESTIÓN EN EL PROCESO DE ENFERMERÍA

Tesis doctoral

Realizada por:

Francisco Javier Dolz Sanchis

Dirigida por:

Prof. Dr. Francisco Donat Colomer

Prof. Dr. Rafael Fernández Guerrero

Facultad de Enfermería

Universidad de Valencia

2013

<u>Índice</u>	<u>Página</u>
Agradecimientos	13
Capítulo 1.- Introducción.	
1-1. Justificación.	15
1-2. Objetivos del estudio.	20
1-3. Metodología utilizada.	21
1-4. Estructura del trabajo.	22
Capítulo 2.- Revisión de la literatura en los procesos de enfermería.	
2-1. Introducción.	25
2-2. Modelos de cuidados de enfermería.	30
2-2-1.- Escuela de las necesidades	31
2-2-2.- Escuela de la interacción	33
2-2-3.- Escuela de los efectos deseables	34
2-2-4.- Escuela de la promoción de la salud	36
2-2-5.- Escuela del ser humano unitario	36
2-2-6.- Escuela del “caring”	37
2-3 Producto sanitario	45
2-3-1. -Producto enfermero	46

2-3-1-1.- Misión de la enfermería	48
2-3-1-2.-Propuesta de innovación	49
2-4. Sistemas para medir la carga de trabajo de enfermería	50
2-4-1. Sistema GRASP	51
2-4-2. Sistema MEDICUS	52
2-4-3.Sistema PRN	53
2-4-4. SIGNO II de Enfermería	54
2-4-5 Proyecto NYPE	58
2-5. Aplicación del proceso de cuidados.	61
2-6. Valoración de enfermería.	63
2-7. Conclusiones	64
Capítulo 3.- Aspectos relacionados de la contabilidad de gestión	
3-1. Introducción.	69
3-2. La contabilidad de gestión y sus orígenes en la contabilidad de costes.	71
3-3. De los costes convencionales a los costes basados en las actividades.	73
3-4. Conclusiones	81

Capítulo 4.- Análisis de los modelos de coste en los centros sanitarios españoles.

4-1. Introducción.	85
4-2. Tipos de costes.	91
4-3. Centro de responsabilidad o de costes utilizados.	97
4-4. Modelo Signo I y Signo II: Ministerio de Sanidad y Consumo.	102
4-5. Modelo SIE: “Conselleria de Sanitat i Consum” de la Generalitat Valenciana.	111
4-6. Modelo de distribución de costes por proceso/paciente: “Xunta de Galicia”.	121
4-7. Modelo COAN: Sistema de Control de Gestión de la Junta de Andalucía.	125
4-8. Modelo SCS: “Servei Català de la Salut”	127
4-9. Modelo SVS: Servicio Vasco de Salud.	134
4-10. Modelo GECLIF: Ministerio de Sanidad y Consumo 1998 aplicación de los GRDs.	137
4-11. Análisis comparativo entre los sistemas de coste descritos.	141
4-11-1 Tipos de coste por naturaleza.	142
4-11-2 Centro de coste	147
4-12. Conclusiones	150

Capítulo 5.- Estudio de la unidad de enfermería como unidad de coste.	
5-1. Introducción	153
5-2. Catálogo de actividades de enfermería según las unidades determinadas.	156
5-2-1.-Unidad de pacientes crónicos de media estancia de medicina interna, con diagnóstico médico más repetidos de BNCO y AVC.	156
5-2-2 Unidad de obstetricia, diagnósticos de parto sin complicaciones y cesárea sin complicaciones.	180
5-3. Cálculo de la plantilla de una unidad según su actividad.	202
5-4. Cálculo del coste de personal por proceso.	206
Capitulo 6.- Discusión.	211
Capitulo 7.- Conclusiones.	217
Bibliografía.	221
ANEXO I La valoración de enfermería según las Necesidades Básicas de Virginia Henderson.	237
ANEXO II La valoración de enfermería según los Patrones funcionales de Marjory Gordon.	245
ANEXO III Valoración según las Necesidades Básicas en una unidad de crónicos	257
ANEXO IV Valoración según las Necesidades Básicas en unidades médico-quirúrgicas.	264

Índice de Tablas	Página
Tabla 1 Análisis esquemático de las Escuelas de Enfermería	41
Tabla 2 Costes según su naturaleza	92
Tabla 3 Costes según su variabilidad	93
Tabla 4 Clasificación de los centros de responsabilidad (AECA)	98
Tabla 5 Estructura mínima Hospitalaria: Áreas de Función	103
Tabla 6 Estructura Hospitalaria: Área y Servicios Estructurales	106
Tabla 7 Estructura Hospitalaria: Área y Servicios Intermedios	107
Tabla 8 Estructura Hospitalaria: Área y Servicios Finales	108
Tabla 9 Modelo SIE: Imputación de costes según centros	118
Tabla 10 Modelo COAN: criterios óptimos para la imputación de costes	126
Tabla 11 Modelo SCS: Centros de Actividades Estructurales	128
Tabla 12 Modelo SCS: Centros de Actividades Intermedias	129
Tabla 13 Modelo SCS: Centros Finales Principales	130
Tabla 14 Modelo SVS: Servicios Funcionales Intermedios	134
Tabla 15 Modelo SVS: Servicios Funcionales Finales	134

Tabla 16 Modelo SVS: Imputación Servicios Intermedios Final	136
Tabla 17 Costes por naturaleza utilizados en los diversos modelos	145
Tabla 18 Centro de costes según cada modelo	150
Tabla 19 Necesidad Básica 1 : Respiración “Unidad de crónicos”	158
Tabla 20 Necesidad Básica 2 : Eliminación “Unidad de crónicos”	159
Tabla 21 Necesidad Básica 3: Comer y Beber “Unidad de crónicos”	161
Tabla 22 Necesidad Básica 4 : Movilización “Unidad de crónicos”	162
Tabla 23 Necesidad Básica 5: Reposo// Sueño “Unidad de crónicos”	163
Tabla 24 Necesidad Básica 6 : Vestirse “Unidad de crónicos”	164
Tabla 25 Necesidad Básica 7 : Temperatura “Unidad de crónicos”	165
Tabla 26 Necesidad Básica 8 : Higiene / Piel “Unidad de crónicos”	166
Tabla 27 Necesidades Básicas 9 : Seguridad “Unidad de crónicos”	168
Tabla 28 Necesidad Básica 10 : Comunicación “Unidad de crónicos”	170
Tabla 29 Necesidad Básica 11: Religión y Creencias “Unidad de crónicos”	171
Tabla 30 Necesidad Básica 12 : Trabajar /Realizarse “Unidad de crónicos”	172
Tabla 31 Necesidad Básica 13: Actividades Lúdicas “Unidad de crónicos”	174

Tabla 32 Necesidad Básica 14 :Aprender “Unidad de crónicos”	175
Tabla 33 CIEs de diagnóstico BNCO	177
Tabla 34 CIEs de diagnóstico ACV	179
Tabla 35 Necesidad Básica1:Respiración “Parto sin complicaciones”	180
Tabla 36 Necesidad Básica 2: Eliminación “Parto sin complicaciones”	181
Tabla 37 Necesidad Básica 3 :Comer y Beber “Parto sin complicaciones”	182
Tabla 38 Necesidad Básica 4 :Movilización “Parto sin complicaciones”	182
Tabla 39 Necesidad Básica 5 :Reposo // Sueño “Parto sin complicaciones”	183
Tabla 40 Necesidad Básica 6 : Vestirse “Parto sin complicaciones”	184
Tabla 41 Necesidad Básica 7 :Temperatura “Parto sin complicaciones”	184
Tabla 42 Necesidad Básica 8 :Higiene / Piel “Parto sin complicaciones”	185
Tabla 43 Necesidad Básica 9 :Seguridad “Parto sin complicaciones”	186
Tabla 44 Necesidad Básica 10 : Comunicación “Parto sin	

complicaciones”	187
Tabla 45 Necesidad Básica 11 :Religión y Creencias “Parto sin complicaciones”	187
Tabla 46 Necesidad Básica 12: Trabajar /Realizarse “Parto sin complicaciones”	188
Tabla 47 Necesidad Básica 13 :Actividades lúdicas “Parto sin ”complicaciones”	188
Tabla 48 Necesidad Básica 14 :Aprender “Parto sin complicaciones”	188
Tabla 49 CIEs de diagnóstico “Parto sin complicaciones”	189
Tabla 50 Necesidad Básica 1 :Respiración “cesárea sin complicaciones”	192
Tabla 51 Necesidad Básica 2 :Eliminación “cesárea sin complicaciones”	193
Tabla 52 Necesidad Básica 3 :Comer y Beber “cesárea sin complicaciones”	193
Tabla 53 Necesidad Básica 4 :Movilización “cesárea sin complicaciones”	194
Tabla 54 Necesidad Básica 5 :Reposo // Sueño “cesárea sin complicaciones”	195
Tabla 55 Necesidad Básica 6 : Vestirse “cesárea sin complicaciones”	195

Tabla 56 Necesidad Básica 7 :Temperatura “cesárea sin complicaciones”	195
Tabla 57 Necesidad Básica 8 :Higiene / Piel “cesárea sin complicaciones”	196
Tabla 58 Necesidad Básica 9 :Seguridad “cesárea sin complicaciones”	197
Tabla 59 Necesidad Básica 10 : Comunicación “cesárea sin complicaciones”	198
Tabla 60 Necesidad Básica 11 : Religión y Creencias “cesárea sin complicaciones”	198
Tabla 61 Necesidad Básica 12 :Trabajar /Realizarse “cesárea sin complicaciones”	198
Tabla 62 Necesidad Básica 13 :Actividades Lúdicas “cesárea sin complicaciones”	198
Tabla 63 Necesidad Básica 14 :Aprender “cesárea sin complicaciones”	198
Tabla 64 CIEs de diagnóstico “cesárea sin complicaciones”	199
Tabla 65 Porcentaje de repercusión del coste de enfermería en las patologías estudiadas	209

Índice de Gráficos	Página
Gráfico 1 Unidad de Crónicos	157
Gráfico2 Necesidad Básica 1: Respiración “Unidad de crónicos”	159
Gráfico 3 Necesidad Básica 2 :Eliminación “Unidad de crónicos”	160
Gráfico 4 Necesidad Básica 3: Comer y Beber “Unidad de crónicos”	161
Gráfico 5 Necesidad Básica 4 :Movilización “Unidad de crónicos”	163
Gráfico 6 Necesidad Básica 5 :Reposo // Sueño “Unidad de crónicos”	164
Gráfico 7 Necesidad Básica 6: Vestirse “Unidad de crónicos”	164
Gráfico 8 Necesidad Básica 7: Temperatura “Unidad de crónicos”	165
Gráfico 9 Necesidad Básica 8 :Higiene // Piel “Unidad de crónicos”	167
Gráfico 10 Necesidades Básica 9 :Seguridad “Unidad de crónicos”	169
Gráfico 11 Necesidad Básica 10:Comunicación “Unidad de crónicos”	170
Gráfico 12 Necesidad Básica 11: Religión / Creencias “Unidad de crónicos”	172
Gráfico 13 Necesidad Básica 12: Trabajar // Realizarse “Unidad de crónicos”	173
Gráfico 14 Necesidad Básica 13: Actividades Lúdica “Unidad de crónicos”	174
Gráfico 15 Necesidad Básica 14: Aprender “Unidad de crónicos”	175
Gráfico 16 Necesidad Básica 1: Respiración “Parto sin	

complicaciones”	180
Gráfico 17 Necesidad Básica 2: Eliminación “Parto sin complicaciones”	181
Gráfico 18 Necesidad Básica 3: Comer y Beber “Parto sin complicaciones”	182
Gráfico 19 Necesidad Básica 4: Movilización “Parto sin complicaciones”	183
Gráfico 20 Necesidad Básica 5: Reposo // Sueño “Parto sin complicaciones”	184
Gráfico 21 Necesidad Básica 7: Temperatura “Parto sin complicaciones”	185
Gráfico 22 Necesidad Básica 8: Higiene y Piel “Parto sin complicaciones”	186
Gráfico 23 Necesidad Básica 9: Seguridad “Parto natural sin incidencias”	187
Gráfico 24 Necesidad Básica 12: Aprender “Parto sin complicaciones”	188
Gráfico 25 Necesidad Básica 1: Respiración “cesárea sin complicación”	192
Gráfico 26 Necesidad Básica 2: Eliminación “cesárea sin complicación”	193
Gráfico 27 Necesidad Básica 3 :Comer y Beber “cesárea sin complicación”	194
Gráfico 28 Necesidad Básica 4 :Movilización “cesárea sin complicación”	194

Gráfico 29 Necesidad Básica 5: Reposo // Sueño “cesárea sin complicación”	195
Gráfico 30 Necesidad Básica 7: Temperatura “cesárea sin complicación”	196
Gráfico 31 Necesidad Básica 8: Higiene y Piel “cesárea sin complicación”	196
Gráfico 32 Necesidad Básica 9: Seguridad “cesárea sin complicación”	197

Agradecimientos

Son muchas las personas que a lo largo de este trabajo me han ayudado a realizarlo, pero sobre todo quiero agradecer a mi amigo Carlos Mataix, por su gran colaboración.

Al Profesor Dr. Francisco Donat Colomer y al Profesor Dr. Rafael Fernández Guerrero, mis dos directores de tesis, que con su inestimable ayuda, enseñanza y orientación han guiado este trabajo.

GRACIAS

Por último a mi familia, mis dos Rosas, madre e hija, que con su apoyo incondicional han hecho mucho más fácil este trabajo.

MUCHAS GRACIAS

Capítulo 1

Introducción

1-1 Justificación.

El desarrollo económico por un lado, y los avances tecnológicos en medicina por otro, han contribuido a un aumento en la demanda sanitaria y por tanto en los costes. Uno de los principales factores ha sido la realización creciente de servicios sanitarios de gran sofisticación.

Los sistemas sanitarios en el entorno europeo se basan en un predominio de financiación pública con coberturas que tienden a ser universales y con redes de provisión más o menos integradas que suministran los servicios sanitarios a la población.

Sin embargo, de la propia economía del bienestar que surge como consecuencia de todo lo anterior, también aparece la necesidad de racionalizar los recursos, ya que éstos son limitados (Errasti, F. 1996).

Uno de los motivos de preocupación es el aumento del gasto sanitario que se está produciendo en los países desarrollados en las últimas décadas. Así, el gasto sanitario total en España se situaba en 2007 según el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud en el 8,5 por cien del PIB, cuando en 1998 era del 7,1 por cien y en 1985 del 5,7 por cien.

Como se ha comentado anteriormente, diversos son los factores que contribuyen al incremento del gasto sanitario; principalmente, el envejecimiento, la incorporación de nuevas tecnologías, el aumento de patologías crónicas, y los cambios en el nivel de exigencia de los pacientes (Errasti, F. 1996).

En los últimos años en los hospitales públicos ha cambiado la idea de que conocer los costes suponía un lujo bastante inútil y está totalmente asumido el hecho de que disponer de una contabilidad de gestión flexible ayuda a maximizar la eficiencia de la gestión interna y obtener el máximo rendimiento de los recursos económicos asignados.

Resulta, por tanto, interesante analizar la utilidad de disponer de información sobre los costes en dichos centros y la situación real de aquéllos que ya disponen de este tipo de información.

Debido a que las transferencias en materia sanitaria se han realizado de forma escalonada en el territorio español, tenemos que darnos cuenta que algunas iniciaron antes su carrera hacia la total autonomía y otras no lo hicieron hasta el 2002, año que se terminó de transferir todas las competencias a las autonomías que aún no las tenían. Esta situación dio lugar a que también fuera escalonada la implantación de un modelo de costes aplicable a los hospitales y en la actualidad coexisten diferentes modelos.

Todas las medidas tomadas y aplicadas han conseguido posicionar a nuestra sanidad entre las mejores del mundo, teniendo todos nuestros indicadores con resultados excelentes. Ejemplos de

ellos son nuestra mínima mortalidad infantil, el aumento de la esperanza de vida al nacer, el índice de trasplantes y la de efectividad en estos.

Pero todo esto tiene un costo sobre unos ingresos y unas posibilidades finitas, por lo que además de analizar la eficacia que con lo dicho anteriormente es obvia, es evidente que hay que evaluar la eficiencia,

Cada vez más, las organizaciones tienden a intentar mejorar sus sistemas de gestión para hacer su actividad más eficiente. Los sistemas de gestión tratan de optimizar los recursos de que dispone la organización para ofrecer un producto o servicio de calidad con los mínimos costes posibles.

¿Y cómo afecta eso al personal sanitario? Lo explicaremos de una manera muy clara: este personal trabaja en organizaciones sanitarias que ofrecen un producto que es la atención al paciente. La dirección de las organizaciones sanitarias, normalmente en manos de la profesión médica, ha empezado a involucrarse en la gestión sanitaria. Son numerosos los másters y cursos que se han lanzado para formar en habilidades o técnicas de gestión a estos profesionales, ya que en su formación universitaria carecen de suficientes contenidos relacionados. Por otro lado, la gerencia económica de la mayoría de hospitales se encomienda a economistas, abogados, licenciados en empresariales o en administración y dirección de empresas.

Este sistema hace que en la mayoría de ocasiones, la gerencia carezca de los conocimientos de lo que es el día a día de una organización sanitaria, ya sean centros de salud, hospitales, clínicas, etc.

Dentro de una organización sanitaria, el personal más abundante es el de enfermería. Según datos del Consejo General de Enfermería de España, trabajan en nuestro país más de 240.000 enfermeros/as y cerca de 300.000 auxiliares de enfermería, lo cual puede aproximarnos a la idea de la importancia de este colectivo, y de la conveniencia de gestionar adecuadamente los recursos que proporcionan.

El aumento de la exigencia económico-administrativa en las direcciones y gerencias sanitarias, hacen necesario que la supervisión de enfermería, en contacto directo con los estamentos gerenciales y directivos de su organización, disponga de conocimientos y herramientas para tratar con una fundamentación científica las necesidades de cada servicio y con ello poder mejorar las condiciones de trabajo que redundarán en una mejor atención al usuario.

En general, si pidiéramos a alguien que nos describiera las acciones que realiza el personal de enfermería, el resultado contendría mayoritariamente palabras como: curar heridas, pinchar, sacar sangre, vendar, ayudar, cuidar, etc.; términos siempre relacionados con la práctica asistencial del personal de enfermería.

Según el Consejo Internacional de Enfermería “La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.” (extraído de : [www .icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/](http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/)).

La misión de los servicios de enfermería, en cualquier contexto, consiste en general en identificar las respuestas de individuos y grupos en relación a su situación de salud, e intervenir sobre ellas mediante acciones específicas de ayuda, integradas en un plan de cuidados adaptado a las necesidades individuales. El usuario es el eje de los cuidados de enfermería, y la enfermería un recurso básico para su autocuidado, que decide con él los objetivos a lograr y las acciones a llevar a cabo, en base al diagnóstico enfermero, (Teixidor Freixa, M. 2002).

Dicha misión se concentra en las organizaciones sanitarias a través del producto enfermero, que se define como el conjunto de actividades cuidadoras decididas por enfermería y ejecutadas por este colectivo u otros miembros del personal cuidador para promover la salud, recuperar de la enfermedad o reintegrar al individuo en su medio (Teixidor Freixa, M. 2002). El personal de enfermería, que

siempre está en estrecho contacto con el paciente, es la responsable de la elaboración del producto enfermero a través del proceso de cuidar. Para ello cuenta con la asistencia de personal auxiliar y colabora con otros profesionales competentes en ámbitos específicos de la misma forma que estos colaboran con ellos.

Rentabilizar en términos de calidad y coste los cuidados enfermeros asegurando que éstos responden a las necesidades acreditadas de cada cliente depende, sin embargo, del desarrollo de estructuras de gestión que faciliten a su vez la eficiencia y calidad del producto enfermero.

1-2 Objetivo del estudio.

El objetivo principal del estudio se centrará en analizar la utilización de los procesos de enfermería desde la visión de la contabilidad de gestión para definir las cargas de trabajo de los diferentes puestos, así como el cálculo del número de puestos de trabajo que se necesitaría para cada unidad y por último los costes que todo ello conlleva.

Además como objetivos secundarios, se pretende, en primer lugar, mediante una revisión del contenido de los procesos de enfermería, ofrecer una visión histórica de la evolución que ha sufrido esta disciplina, así como una síntesis de las contribuciones académicas que desde distintos ámbitos se han ido produciendo. Esta revisión histórica permitirá valorar qué modelos de cuidados de enfermería son los más aplicados en los diferentes centros sanitarios españoles.

Y en segundo lugar, mediante una revisión del contenido de la contabilidad de gestión, también se pretende ofrecer una visión histórica de la evolución que ha sufrido esta disciplina, así como una síntesis de las contribuciones académicas, a efectos de valorar qué instrumentos de contabilidad de gestión se recomienda utilizar. Además se evaluará si los sistemas de control de gestión propuestos por diferentes manuales, son los que finalmente utilizan las organizaciones, y en concreto los centros sanitarios.

1-3 Metodología utilizada.

Revisión de la literatura en el proceso de enfermería, modelos y teorías, ofreciendo una visión histórica de los cambios que se han producido en esta ciencia.

Revisión de la literatura en la contabilidad de gestión, ofreciendo una visión histórica de los cambios que ha sufrido esta disciplina y una síntesis de las contribuciones académicas que desde distintos ámbitos se han ido produciendo.

Análisis del proceso de enfermería en las unidades de hospitalización. Siguiendo la valoración de enfermería según las necesidades básicas propuestas por Virginia Henderson se creará un catalogo de diagnósticos de enfermería unos resultados predecibles y unas intervenciones para realizarlos, para cada uno de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRDs) más significativos de la unidad.

El cálculo lo realizaremos a través de las intervenciones de enfermería (CIE) que a diferencia de los diagnósticos enfermeros

(NANDA) o del resultado del paciente (CRE), en las intervenciones de enfermería el centro de interés es la conducta enfermera, es decir, todo aquello que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado. Y ese consumo es medible en tiempo y coste.

1-4 Estructura del trabajo.

El presente trabajo se ha estructurado en siete capítulos. En este primer capítulo se identifican y exponen los motivos referentes a la elaboración de este trabajo.

En el segundo capítulo se presenta una revisión de los diferentes modelos de cuidados de enfermería, su aplicación en la práctica en los hospitales españoles, las formas diferentes de medir la eficacia y eficiencia de la unidad de enfermería. Por último repasaremos las diferentes formas de valoración de la enfermería.

En el tercer capítulo se realiza una revisión histórica de contenido de la contabilidad de gestión, dando paso al cuarto capítulo que analiza los diferentes modelos que en la práctica tienen los centros sanitarios españoles en la diferentes Comunidades Autónomas (CCAA).

En el quinto capítulo se realizara un estudio de campo de carácter descriptivo, de la unidad de enfermería como unidad de coste, se analizarán diferentes GRDs médicos para saber qué repercusión en coste tienen la unidad de enfermería en cada uno de ellos; para ello se ha creado una tabla dinámica en la que filtraremos todos los datos de las intervenciones de enfermería que se produzcan en cada uno de los casos, para obtener tiempos y costes relacionados.

En el sexto capítulo realizaremos la discusión, finalizando en el séptimo capítulo con las conclusiones obtenidas.

Capítulo 2 Revisión de la literatura en los procesos de enfermería

2-1 Introducción.

Según el Consejo Internacional de Enfermería, ésta se define del siguiente modo: La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación, (extraído de : www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/).

La enfermería es una ciencia moderna como tal, ya que el cuidado de una persona a otra se ha realizado toda la vida desde la existencia de la Humanidad. Pero una cosa es el cuidado sin más y otra muy distinta es el cuidado llevado a ciencia, donde cada acto es evaluado para alcanzar su grado máximo de eficacia, de rendimiento y se establece la repetición para su total comprobación. Esto en realidad se comienza a establecer con la madre de la enfermería moderna, la enfermera Nightingale (1820-1910) que refiere que los cuidados de la enfermería no están basados solamente en la compasión, sino también

en la observación y la experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública y en nutrición y sobre las competencias administrativas. La preocupación de la enfermera/o que está al lado de personas enfermas o sanas consiste en proporcionarles el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud (Kérouac, S. et al, 2007). Su trabajo teórico sobre los cinco elementos esenciales de un entorno saludable (aire puro, agua potable, eliminación de aguas residuales, higiene y luz) se considera tan indispensable en la actualidad como hace 150 años.

Así definió y describió con detalle los conceptos de ventilación, temperatura iluminación, dieta, higiene y ruido; definió los conceptos con exactitud, no separó los aspectos físicos, psíquicos o sociales, pero es fácil identificar su énfasis por el entorno físico.

Sin olvidar que rechazaba la teoría de los gérmenes creada en su época, daba mucha importancia a la limpieza; en sus observaciones vio que la presencia de materia orgánica en la suciedad de suelos, alfombras, paredes y ropa de cama, constituían una fuente de infección aunque el lugar estuviera bien ventilado y con una buena iluminación. Ya en su tiempo proponía la higiene del paciente con ducha diaria y del personal de enfermería también con ducha diaria y lavado de manos frecuentes, (Raile, M. Marriner, T. 2011).

Florence Nightingale pensaba que son las personas que han recibido una formación adecuada las que deben administrar los cuidados; además, con el objetivo de eficacia y de reducción de

costes, creía firmemente en la necesidad de no utilizar el tiempo de las enfermeras en trabajos de limpieza, desplazamiento de enfermos, etc., que las aleja del cuidado de los enfermos, (Raile, M. Marriner, T. 2011).

Así, en 1860 creó la primera escuela para la formación de enfermeras en el Hospital de Santo Tomás (Londres).

A principios del siglo XX, en EEUU se fundaron numerosas escuelas de enfermeras al abrigo de los hospitales. Por una parte suponía una mano de obra joven, disciplinada y económica, y por otra los cuidados de enfermería disminuían el tiempo de hospitalización, lo que permitía tratar un mayor número de personas. Así la enseñanza de la enfermería se centró en la aplicación de técnicas médicas delegadas, memorizando síntomas y signos de las enfermedades, siendo el auxiliar del médico, (Raile, M. Marriner, T. 2011)

En España podemos hablar de profesión de enfermería desde mediados del siglo XIX - 1857- momento en que se aprobó la Ley de Instrucción Pública que expresaba el reglamento que determina los conocimientos prácticos requeridos para la obtención del título de practicante; la formación y práctica de estos profesionales tenía un marcado carácter técnico como ayudante de los médicos. En 1902 se establece el programa de enseñanza para la formación de practicantes compuesto de 78 temas, (Siles, J. 1996).

Posteriormente se regularon los estudios de matrona, personal que se encarga del cuidado de la salud de las mujeres durante el

embarazo, de la asistencia al parto y seguimiento del postparto, así como también de la regulación de la fecundidad (métodos anticonceptivos), pasando cada uno, a cursarse dentro de las Facultades de Medicina. Finalmente en 1915 se regulan los estudios para el ejercicio de la enfermería femenina. La Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944 establece tres Colegios profesionales de Auxiliares Sanitarios: el de los practicantes, el de las matronas y el de las enfermeras, (Siles, J. 1996).

Con anterioridad a 1915 se creó en 1896 la Real Escuela de Santa Isabel de Hungría en Madrid, al abrigo y modelo de las escuelas desarrolladas en Inglaterra por Nightingale. Su fundador fue el Dr. Federico Rubio y Galí.

La segunda escuela fue creada en Barcelona en 1917 -la Santa Madrona-. Posteriormente se fundó en Madrid la de la Cruz Roja.

En 1953, se aprobó la titulación de Ayudante Técnico Sanitario. La formación de este profesional estaba basada en el modelo médico; en aspectos de las patologías, en el diagnóstico y en el tratamiento de la enfermedad, es decir, es el ayudante del médico, (Siles, J. 1996).

En EEUU, la primera escuela de enfermería que se integró en la universidad lo hizo en 1909, pero es tras el informe Goldmark, en 1923 (resultado de los trabajos del Comité para el Estudio de la Formación de Enfermería), cuando se empieza a orientar la enseñanza de la enfermería sobre la base de los cuidados de salud.

En España es en 1977 cuando se estableció el Real Decreto por el que se crea la carrera universitaria de Diplomatura de Enfermería. Una comisión del Consejo General de Enfermería elaboró las áreas de actuación y conocimiento de esta disciplina, sobre las que construyeron los planes de estudios.

Las áreas de actuación pasaron a ser:

- Orientar los cuidados para la promoción de la salud.
- Proporcionar cuidados a la población tanto sana como enferma, tanto individual como colectiva y además tanto en la comunidad como en el hospital.
- Integrar en el equipo multidisciplinario
- Formar y educar tanto del equipo como de la población
- Investigar en el campo de los cuidados.

Los marcos teóricos permiten guiar la acción y ordenar los conocimientos que surgen de la investigación. Un modelo es la representación conceptual de la realidad, una abstracción o una construcción de la realidad. Generalmente el desarrollo detallado de una teoría precede a la formulación de un modelo. Sin embargo, es a menudo a partir de un modelo que se llega a una mayor comprensión de la teoría. Ya que un modelo es la concepción, una fórmula estructurada de la realidad, la cosa en que alguien se fija para hacer otra igual. (Benavent Garcés, M.A. et al, 2009.)

Además, los modelos en la práctica profesional, permiten la identificación de los propios profesionales de enfermería a través de

sus actuaciones, hará posible y facilitará el reconocimiento de los integrantes de otras disciplinas, y también, de cara a los pacientes, hará que la demanda y la oferta se ajuste. La población sabrá lo que los profesionales de enfermería pueden dar, y por tanto recurrirán a ellos con peticiones específicas, y la confianza de que sus problemas están planteados en el lugar adecuado. (Benavent Garcés, M.A. et al, 2009.)

Se necesita un marco conceptual de enfermería, es decir, un conjunto de conceptos o teorías de base de una disciplina, que son relevantes para su comprensión. Y tener un modelo de enfermería como referente con el objetivo de unificar la práctica enfermera en todo el centro.

Las concepciones elaboradas para la profesión enfermera permiten precisar la relación entre estos conceptos. Estas concepciones son las formas de concebir el servicio específico que las enfermeras prestan a la sociedad.

2-2 Modelos de cuidados de enfermería.

Por supuesto, no todas las concepciones son modelos conceptuales. Por ejemplo, cada enfermera tiene una concepción más o menos clara del servicio enfermero que presta. La necesidad de las enfermeras de clarificar su especificidad, ha motivado a las enfermeras teorizadoras, mayoritariamente americanas, a elaborar modelos conceptuales para su profesión. Estos modelos sirven de guía

para la práctica, formación, investigación y gestión de los cuidados enfermeros.

Según sus bases filosóficas y científicas, podemos agrupar las concepciones de la disciplina enfermera en seis escuelas, (Kérouac, S. et al, 2007). a saber:

2-2-1.- Escuela de las necesidades

Las principales teorizadoras de esta escuela fueron Virginia Henderson, Dorothea Orem y Faye Abdellah. Los modelos conceptuales que podemos citar, según sus autoras son:

Independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales, según Virginia Henderson los cuidados enfermeros consisten en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales. Estas personas podrían llevar a cabo estas actividades sin ayuda si tuviesen la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios (Henderson, V. y Nite, G. 1978). El objetivo de la profesión enfermera es, pues, conservar y restablecer la independencia del cliente de manera que pueda satisfacer por si mismo sus necesidades fundamentales (Adam, E. 1991; Henderson, V. 1964).

Henderson postula que la persona es un todo complejo presentando catorce necesidades fundamentales. Una necesidad es un requisito más que una carencia (Adam, E. 1991).

Las necesidades comunes a toda persona, enferma o sana, son: respirar normalmente, beber y comer adecuadamente, eliminar, moverse y mantener una posición adecuada, dormir y descansar, vestirse y desvestirse, mantener una temperatura corporal normal, estar limpio y aseado, evitar los peligros del entorno, comunicarse con otras personas, practicar su religión y actuar según sus creencias, ocuparse de manera que se sienta útil, participar en actividades recreativas, aprender, descubrir y satisfacer su curiosidad (Henderson, V. 1996)

Henderson no presentó una definición formal de la salud, pero podemos deducir de sus escritos que para ella sería que la persona pudiera satisfacer sus necesidades por sí sola, de manera independiente, (Kérouac, S. et al, 2007).

Autocuidado, según Dorothea Orem es una acción adquirida en un contexto sociocultural. Enfermería es actuar, orientar, sostener física y psicológicamente, promoviendo un entorno favorable, enseñando a la persona que se ayuda. Para ello ayuda al individuo en los autocuidados, mediante un sistema parcialmente compensatorio o un sistema educativo de apoyo, o realiza los autocuidados al paciente mediante un sistema totalmente compensatorio, actuando en lugar de la persona en los casos en que ésta sea incapaz de realizar sus autocuidados. Todo esto se hace con el fin de mejorar la salud, aumentar el bienestar y afrontar la enfermedad y sus consecuencias, (Orem, D. 1991).

Los autocuidados se dividen en tres grandes grupos:

1. Necesidades universales:
 - Aire
 - Agua
 - Alimentación
 - Eliminación
 - Actividad y reposo
 - Interacción solitaria y social.
 - Prevención de accidentes.
 - Fomento del funcionamiento humano (normalidad)
2. Autocuidado para el desarrollo.
3. Necesidades de autocuidado en caso de desviación de la salud.

2-2-2.- Escuela de la interacción

Como representantes de esta escuela tendremos a H. Peplau, J. Paterson, L. Zdeard, I. Oralando, J. Travelbee, E. Wiedenbach e I. King. Una de las principales teorizadoras de esta escuela es Hildegard Peplau, que describe el establecimiento y mantenimiento de una relación enfermera/o-cliente, que favorece el desarrollo de la personalidad según un proceso en cuatro fases: orientación, identificación, aprovechamiento o profundización y resolución. Se pone más énfasis en las necesidades psicológicas de las personas,

reconociendo, también, la existencia de necesidades bioquímicas y fisiológicas, (Kérouac, S. et al, 2007).

Según esta escuela el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidades de ayuda y otra capaz de ofrecerle esta ayuda. Con el fin de poder ayudar a una persona, la enfermera debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado. El cuidado es pues una acción humanitaria y no mecánica, (Kérouac, S. et al, 2007).

2-2-3.- Escuela de los efectos deseables

Esta escuela pone especial énfasis en considerar los elementos del entorno en los cuidados de enfermería.

Dentro de esta escuela se encontrarían D. Johnson, L. Hall, M. Levine, C. Roy y B. Neuman.

Su principal valedora es Callista Roy, que considera que los cuidados de enfermería son ciencia y práctica de la promoción de la persona que tiende a evaluar los comportamientos del cliente y los factores que influyen en su adaptación en los cuatro modos adaptativos en situación de salud y enfermedad:

1.-Modo fisiológico y físico de adaptación, referido a la actividad y al reposo, a la nutrición, eliminación, oxigenación, actividad y reposo, y a la protección. Los procesos complejos, compuestos por los sentidos, por el equilibrio de los líquidos, electrolitos y ácido-base, y por las funciones neurológicas y

endocrinas, contribuyen a la adaptación fisiológica. La necesidad básica del modo de adaptación fisiológico es la integridad fisiológica (Roy, C. y Andrews, H.A. 1991).

2.-Modo de adaptación del Autoconcepto del grupo. La necesidad básica, en la que subyace el modo de adaptación de la autoestima del individuo, se ha identificado como la integridad física y espiritual, o como la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir bajo un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo (Roy, C. y Andrews, H.A. 1991).

3.-Modo de función según los roles, los primarios determinan la gran mayoría de los comportamientos que tiene una persona en un período particular de su vida. Está determinado por la edad, el sexo y la fase de desarrollo, los roles secundarios son los que asume la persona para completar la tarea relacionada con la fase en desarrollo y el papel primario y los roles terciarios representados en la sociedad, van desde clubes sociales a aficiones personales (Roy, C. y Andrews, H.A. 1991).

4.-Modo de interdependencia, que incluye los comportamientos contributivos y retributivos para dar y recibir amor y respeto (Roy, C. y Andrews, H.A. 1991).

Así pues Roy describe cuatro modos: el fisiológico, de autoconcepto, de desempeño de roles y de interdependencia. Los objetivos de cuidado van dirigidos a lograr metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio de las situaciones, promover

respuestas adaptativas en las situaciones de salud y enfermedad, (Roy, C. 1997).

2-2-4.- Escuela de la promoción de la salud

La característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por destacar el importante papel que los cuidados de enfermería tienen sobre la promoción de la salud ampliando su acción a la familia, la representante de esta escuela es Moyra Allen, (Kérouac, S. et al, 2007).

Así se indica que el principal objetivo de los cuidados enfermeros es la promoción de la salud, mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros por la activación de sus procesos de aprendizaje. Así la enfermera desempeña un rol de agente facilitador, estimulador y motivador para el aprendizaje, (Kravitz, M. y Frey, M.A. 1989).

2-2-5.- Escuela del ser humano unitario

La característica principal de esta escuela es el interés que demuestran por hacer patente quién es y como es el receptor de los cuidados de enfermería. Dentro de esta escuela se situarían M. Rogers, M. Newman y R.R. Parse.

Martha Rogers presenta una concepción de la disciplina enfermera que se desmarca de otras por su originalidad. De hecho propone a las enfermeras una visión de la persona y de los cuidados que proceden de

trabajos filosóficos, de teorías de la física y de teoría general de los sistemas de von Bertalanffy, etc. (Kérouac, S. et al, 2007).

Según está, la salud y la enfermedad son expresiones del proceso de la vida y no están ni opuestas ni divididas. La salud es la realización continua de uno mismo como ser humano unitario, y la enfermedad está integrada en la salud; forma parte del proceso de expansión de la conciencia, del cambio, (Rogers, M.E. 1970).

2-2-6.- Escuela del “caring”

La característica fundamental de esta escuela es en el interés que demuestra por la cultura y lo que denominan “caring”. Este nuevo concepto implica un cuidado centrado en la cultura, los valores y las creencias de las personas. Dentro de esta escuela se situaría M. Leininger y J. Watson. (Kérouac, S. et al, 2007).

Así el “caring” está formado por el conjunto de las acciones que permiten a la enfermería facilitar y ayudar, respetando los valores, las creencias, la forma de vida y la cultura de las personas, (Kerouac, S. et al, 2007).

Tras una revisión bibliográfica hemos sintetizado las diferentes corrientes de pensamiento de enfermería a 8 teorías. En la actualidad según Martha Raile y Ann Marriner en su libro Modelos y teorías en enfermería existen 51 teorías.

Cierto es que muchas de ellas aún teniendo un fondo similar, enriquecen el pensamiento enfermero dando particularmente su visión

de una parte de la enfermería. Ejemplo de ello es Cheryl Tatano con su teoría de la depresión posparto, Phil Barker con el modelo de la marea en la recuperación de la salud mental, Ramona C. Mecer con la adopción del rol materno-convertirse en madre o por ultimo Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore, con su teoría del final tranquilo de la vida.

	Cuidado	Persona	Salud	Entorno	Elemento clave
Florence Nightingale	Poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones posibles a fin de que la naturaleza pueda restablecer o preservar su salud.	Enferma o con salud, con componentes: físico, intelectual, emocional, social y espiritual	Ausencia de enfermedad y capacidad de utilizar plenamente sus recursos	Siete elementos esenciales de un entorno saludable: aire puro, agua potable, eliminación de aguas residuales, higiene, luz, tranquilidad y dieta	Leyes de vida y de salud. Entorno sano. Condiciones sanitarias
Escuela de las necesidades					
Virginia Henderson	Asistencia de la persona enferma o sana en las actividades que no puede hacer por sí misma por falta de fuerza, de voluntad o de conocimientos	Ser biológico, psicológico y social que tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.	Capacidad de actuar de forma independiente en relación con las catorce necesidades	Factores externos que actúan de forma positiva o negativa	Integridad. Dependencia e independencia en la satisfacción de las necesidades.
Doratheia E. Orem	Campo de conocimiento y servicio humano que tiende a cubrir las limitaciones de la persona en el ejercicio de autocuidados	Ser que funciona biológica, simbólica y socialmente y que presenta exigencias de autocuidados universales,	Estado de ser completo e integrado a sus componentes y modos de funcionamiento	Todos los factores externos que afectan los autocuidados o el ejercicio de autocuidado	Autocuidado. Agente de autocuidados. Déficit de autocuidados. Sistema de cuidados enfermeros

Escuela de la interacción

Hildegard Peplau	Objetivo que favorezca el desarrollo de la personalidad según un proceso en cuatro fases: orientación, identificación, profundización y resolución	Énfasis puesto en las necesidades psicológicas	Nivel productivo de ansiedad que permite una actividad interpersonal y el cumplimiento de tareas de desarrollo personal	Grupo de personas significativas con quien la persona interactúa	Necesidades de ayuda. Relación interpersonal terapéutica
-------------------------	--	--	---	--	--

Escuela de los efectos deseables

Callista Roy	Ciencia y práctica de la promoción de la adaptación de la persona en los cuatro modos, con el fin de contribuir a mejorar su estado de salud, su calidad de vida o permitir morir con dignidad	ser biopsicosocial en constante interacción con un entorno cambiante que tiene cuatro modos de adaptación modo fisiológico, modo autoconcepto, modo función según los roles y modo interdependencia	Estado y proceso de ser o de llegar a ser una persona integral y unificada.	Todas las situaciones, circunstancias e influencias susceptibles de afectar el desarrollo y comportamiento de las personas o grupos	Mecanismos reguladores y cognitivos. Modos de adaptación. Respuesta de adaptación. Estímulos focales, contextual, residual.
---------------------	--	---	---	---	---

Escuela de la promoción de la salud

Moyra Allen	Ciencia que promueve las interacciones de salud y la respuesta profesional en la búsqueda natural de una vida sana en un proceso de atención en la situación de sal	Familia y participación activo de una familia o grupo social, capaz de aprender de sus experiencias	Proceso social que reafirma los atributos interpersonales aprendidos y desarrollados con el tiempo	Contexto social en el que se efectúa el aprendizaje	Promoción de la salud. Aprendizaje. Familia. Colaboración enfermera-cliente
--------------------	---	---	--	---	---

Escuela del ser humano unitario					
Martha E. Rogers	Promoción de la salud favoreciendo una interacción armoniosa entre el hombre y el entorno; centrado en la integridad de los campos de energía	Campo de energía unitario y pandimensional caracterizado por los patrones y comportamientos en que el todo no puede ser comprendido a partir del conocimiento de las partes	Valor y proceso continuo de intercambios energéticos que favorecen la expresión de un máximo potencial de vida	Campo de energía pandimensional donde están agrupados y organizados todos los elementos exteriores del campo humano	Campo de energía. Patrones. Pandimensionalidad . Principios de homeodinámica
Escuela del caring					
Jean Watson	Arte y ciencia humana del caring, ideal moral y procesos transpersonales dirigidos a la promoción de la armonía cuerpo-alma-espíritu utilizando diez factores de cuidado	Forma viviente que crece, y que comprende cuerpo, alma y espíritu	Unidad y armonía entre el cuerpo, el alma y el espíritu	Realidad interna y externa de la persona	Caring. Relación transpersonal. Factores de cuidado

Tabla1 Análisis esquemático de las Escuelas de Enfermería

Fuente: J.J. Fitzpatrick y A.L. Whall (1989): *Conceptual models of nursing*, 2ª ed. Norwalk, Appleton an Lange, págs.. 438-443. Se han encontrado las definiciones en los escritos A.I. Meleis (1991): *Theoretical nursing: development and progress*, 2ª ed., Filadelfia, Lippincott y A. Marriner-Tomey (2010) *Nursing theorists and their work*, 7 ed. St. Louis, Mosby.

Con todos estos movimientos, y adecuando la formación enfermera a la práctica, nos encontramos con el segundo punto de análisis. Como dice la representante Europea de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Merche Ugalde:

*“Lo que no tiene nombre no existe”. “Que no consta, no está hecho”
“Cualquier orden, es preferible al caos. “.*

Siguiendo ésta línea de análisis, podemos ver cómo fue evolucionando el sistema de clasificación en la enfermería y las taxonomías de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) y por último la clasificación de resultados de enfermería (CRE), que en la actualidad son las más utilizadas a nivel mundial.

1973, 1ª Conferencia sobre diagnósticos de enfermería de la Academia americana de enfermería (American Nurses Association -ANA-).

1980: Se define la enfermería: diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana. (American Nurses Association –ANA-)

1990: Definición oficial del diagnóstico de enfermería: “El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o a procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar los resultados que son de responsabilidad de la

enfermera”. (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA, 1990).

1996: Se crea la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de enfermería, (AENTDE)

2001: Publicación en español de la “Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) Nursing Interventions Classification (NIC) 3ª ed. (4º edición 2005)

2002: Publicación en español de “Clasificación de resultados de enfermería (CRE) Nursing Outcomes Classification (NOC) (3er. Edición en el 2005)

2001-2002: Última revisión de los diagnósticos enfermeros como: “North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)”

2002: Publicación en español de Diagnósticos enfermeros, resultados y intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC.

2003-2004: (NANDA). Revisión de los diagnósticos como: “NANDA International”

2005-2006: (NANDA). Última revisión. Aparece un diagnóstico elaborado en España y aprobado en 2004 de “Sedentarismo”.

Ahora ya podemos adentrarnos en el análisis de la práctica de la enfermería.

2-3 Producto Sanitario

A lo largo del trabajo utilizaremos con frecuencia la palabra producto. Antes de adentrarnos el concepto de producto sanitario diferenciaremos entre productos bienes y productos servicios.

Según el **Diccionario de Marketing, de Cultural S.A.**, el **producto** *"es cualquier objeto, servicio o idea que es percibido como capaz de satisfacer una necesidad y que representa la oferta de la empresa. Es el resultado de un esfuerzo creador y se ofrece al cliente con unas determinadas características"*. En este sentido, el producto trasciende su propia condición física e incluye lo que el consumidor percibe en el momento de la compra.

Los productos, en un contexto económico, se clasifican en bienes y servicios. Al hablar de bienes señalamos objetos, cosas, que se pueden tocar, tangibles. Al hablar de servicios nos referimos a procesos, actividades, que no se pueden tocar, medir, (Teixidor Freixa, M. 2002).

En concreto, producto sanitario se puede definir como "las actividades o procesos que realizan los profesionales o las instituciones sanitarias". Son productos que pretenden satisfacer las necesidades de cuidado y atención de un tipo especial de clientes, los pacientes y sus familiares. Son actividades por las que dichos clientes están dispuestos a pagar un precio, unos honorarios, una póliza o unos impuestos. Son procedimientos complejos que requieren un conocimiento especializado y que pretenden resolver problemas

concretos: alterar el curso natural de las enfermedades, diagnosticar, prevenir, prescribir y aplicar tratamientos con la finalidad de alcanzar la curación o la rehabilitación de la función pérdida, (Teixidor Freixa, M, 2002).

Según la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE), las características de una empresa de servicios son:

- **Intangibles-** no se pueden tocar.
- **Heterogéneos-** son diferentes en función de la demanda de las personas.
- **Caducan-** tiene una permanencia en el tiempo y se tiene que utilizar cuando están en uso.

En la empresa sanitaria, el producto es siempre el resultado de la acción conjunta de todos los estamentos y servicios, es decir, de personal y recursos trabajando coordinadamente, aunque algunos productos pueden estar más relacionados con la labor de un determinado tipo de personal, médicos o enfermeras, y que tienda a denominarlos más concretamente, por ejemplo, producto médico o producto enfermero.

2-3-1 El Producto Enfermero

El producto enfermero forma parte del producto sanitario y contribuye significativamente tanto a los costes como a los resultados del mismo.

Hemos de tener en cuenta que cuando hablamos de producto enfermero nos referimos a servicios proporcionados, ya que es una función que se realiza a favor del usuario. En el caso de Enfermería los servicios proporcionados son los cuidados de enfermería.

Como ya definimos en la introducción, el producto enfermero es “el conjunto de actividades cuidadoras decididas por la enfermera y ejecutadas por ella u otros miembros del personal cuidador para promover la salud, recuperar de la enfermedad o reintegrar al individuo a su medio”, (Teixidor Freixa, M. 2002).

Los sistemas sanitarios están recibiendo una fuerte presión debido al aumento que experimentan los costes de la atención sanitaria. Las causas más importantes son: el envejecimiento de la población y el desarrollo de nuevas tecnologías, no sólo a nivel de maquinaria sino también por la aparición de nuevos medicamentos, procedimientos diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores.

Por todos los motivos anteriores y teniendo en cuenta que el producto enfermero forma parte del producto sanitario es necesario remarcar la importancia de éste relacionándolo con las causas del aumento de los costes sanitarios. Hay varios factores:

- Fuerte incremento de un perfil de cliente que no puede curarse pero cuya situación y calidad de vida es susceptible de mejorar mediante una oferta adecuada de servicios de enfermería.
- Cambios en la percepción y expectativas de los ciudadanos hacia los servicios, que plantean la necesidad de una cuidadosa

orientación al cliente. Las características del proceso de cuidados enfermeros, su base en la identificación de los problemas específicos de cada cliente, y en la elaboración de planes de asistencia individualizados.

- La necesidad de construir formas asistenciales alternativas, justificadas en los beneficios de la atención en la comunidad y en las políticas encaminadas a frenar el crecimiento de los costes del sistema. Las alternativas a la hospitalización tradicional del tipo del hospital de día o de corta estancia, así como la oferta de servicios de atención domiciliaria.

2-3-1-1.-Misión de la enfermería.-

La aportación de la enfermería, y en base a ella, el ámbito de competencia de los profesionales, se concreta en la prestación de cuidados, los cuales, independientemente del modelo elegido por cada organización sanitaria, enfocan la intervención enfermera sobre:

- Las alteraciones de las capacidades de los pacientes para satisfacer sus necesidades básicas (respiración, eliminación, comer y beber, movilidad, reposo/sueño, vestirse, temperatura, higiene de la piel, seguridad, comunicación, religión y creencias, trabajar y realizarse, actividades lúdicas y aprendizaje).

- Los déficits de los pacientes o de sus cuidadores para el autocuidado o cuidado, es decir, para la realización de acciones encaminadas a satisfacer las necesidades antes mencionadas, o bien para afrontar situaciones específicas (enfermedad, embarazo,

envejecimiento, etc.) que requieren el aprendizaje y desarrollo de nuevas acciones enfocadas al mantenimiento y promoción de la salud, así como la prevención de las enfermedades.

- Las intervenciones decididas por otros profesionales sanitarios, que generan necesidad de ayuda para su realización (procedimientos diagnósticos, administración de tratamientos, etc.).

Para ello cuenta con la asistencia de personal auxiliar y colabora con otros profesionales competentes en ámbitos específicos de la misma forma que estos colaboran con ella.

2-3-1-2.-Propuesta de innovación.-

Para garantizar una práctica enfermera adecuada a las necesidades actuales y que obtenga una amplia legitimidad social, el modelo de gestión de los servicios enfermeros deberá desarrollar las innovaciones que potencien los mecanismos de influencia citados.

En nuestra opinión, algunas oportunidades para facilitarlos serían:

- Flexibilizar las estructuras de gestión de los servicios enfermería.

- Disminuir los niveles jerárquicos, potenciando los mecanismos de coordinación en base a líneas concretas de productos o proyectos.

- Descentralizar la gestión de los servicios de enfermería potenciando el papel de los responsables del nivel operativo (supervisores).

- Aumentar la corresponsabilidad de los directivos del primer nivel en la gestión del producto enfermero, y de los recursos necesarios para garantizarlo. Para esto es muy importante consolidar los sistemas de información iniciados en los últimos años (herramientas informáticas de gestión) que nos ayudarán a clasificar las intervenciones cuidadoras por niveles de calidad, costes, etc.

- Consolidar el desarrollo de instrumentos de gestión motivadores, acercando la gestión a los profesionales de enfermería a través de la práctica de la dirección participativa por objetivos, y del desarrollo de planes de *marketing* y comunicación interna.

Pensamos que este trabajo puede servir también para resaltar la importancia de la gestión en nuestro ámbito laboral.

2-4. Sistemas para medir la carga de trabajo de enfermería

Como podemos ver qué ocurre en la actualidad con las políticas sanitarias, éstas se rigen por criterios empresariales, y los objetivos que antes eran de los servicios, ahora son los objetivos que plantean cada uno de los programas, y hablamos de cartera de servicios. Podemos preguntarnos entonces: ¿Qué ofertamos o vendemos, la enfermería?, ¿Cuánto vale ese producto? ¿Cómo medimos el resultado que obtenemos con la aplicación de nuestros cuidados?

A continuación describiremos algunos de los sistemas usados para medir las cargas de trabajo de los cuidados de enfermería.

2-4-1. SISTEMA GRASP (Grace Reynolds Appliation & Study)

Fue desarrollado en 1972 por un equipo compuesto por 3 enfermeras y un médico (Poland, English, Thonton y Owens). Se utiliza en EEUU y Canadá, contando con un soporte informático en la actualidad. Mide las horas de cuidados enfermeros requeridos por cada paciente, siendo esta medición diaria y para cada paciente de acuerdo a las siguientes categorías:

- Cuidados directos.
- Cuidados indirectos.
- Enseñanza.
- Soporte emocional.

Su objetivo es conseguir un equilibrio entre las horas de cuidados requeridas y el número de enfermeras disponibles, (Subirana, M. Solá, I. 2006).

Este sistema nos permite obtener información sobre:

- Fluctuación de los usuarios.
- Fluctuación de cargas de trabajo.
- Comparación entre unidades.
- Simulación de la apertura de una unidad para valorar los recursos humanos necesarios.
- Ajuste de la carga de trabajo según turnos.
- Evaluación del presupuesto del plan de recursos humanos.

2-4-2. SISTEMA MEDICUS

Tiene su origen en el Rush-Prebyterian St. Luke's Hospital de Chicago, en 1971. En su etapa inicial contaba con 180 indicadores, que en la revisión de 1987 se redujeron a 37.

También mide cuidados directos, indirectos, necesidades de enseñanza y emocionales.

Su objetivo es determinar el número de personal de enfermería requerido para responder a las necesidades de los pacientes en las próximas 24 horas, (Subirana, M. Solá, I. 2006).

Cada día, las necesidades de cada paciente son evaluadas con la ayuda de los 37 indicadores, que se agrupan en 3 grandes categorías:

- Estado del paciente.
- Cuidados básicos.
- Intervenciones terapéuticas.

La utilización de este sistema nos permite conocer:

- Fluctuación de la carga de trabajo.
- Distribución de personal.
- Simulación de una unidad para determinar recursos humanos.
- Composición del personal por unidad.
- Productividad
- Presupuesto.

2-4-3. SISTEMA PRN (Project Research Nursing)

Entre 1974 y 1976, en la Universidad de Montreal el Dr. Charles Tilquin y su equipo crearon un listado de las actividades de cuidados necesarias según diferentes categorías de pacientes. Ha sido revisado y modificado en 1980, 1987 y 2000.

El PRN es una herramienta que mide el tiempo de cuidados requeridos para cada paciente a partir de las actividades de cuidados enfermeros, planificadas para las próximas 24 horas. Este sistema mide cuidados directos e indirectos, así como la comunicación con el paciente y las actividades administrativas, de desplazamiento y de mantenimiento, (Subirana, M. Solá, I. 2006).

Este sistema es la integración de un plan de cuidados y una medida de carga de trabajo. El plan de cuidados está estructurado en actividades de cuidados que se derivan de las categorías propuestas por Virginia Henderson y Dorotea Orem.

Estas actividades de cuidados se agrupan en 8 apartados:

1. Respiración.
2. Alimentación e hidratación.
3. Eliminación.
4. Higiene.
5. Movilización.
6. Comunicación.

7. Tratamientos.

8. Métodos diagnósticos.

El sistema PRN cuenta con 249 factores, cada uno de los cuales tiene un valor expresado en puntos que representa el tiempo requerido para ejecutar la acción enfermera durante un período de 24 horas. Cada punto tiene un valor medio de 5 minutos.

Este sistema se puede utilizar para obtener información sobre:

- La previsión presupuestaria.
- La fluctuación de la carga de trabajo.
- Simulación de la apertura de una unidad y valoración del personal necesario.
- Admisión de pacientes.
- Evaluación del impacto sobre el nivel de cuidados requeridos por ciertas prácticas profesionales.

2-4-4. SIGNO II DE ENFERMERIA

En 1990 el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) inicia un proyecto llamado SIGNO, con el objetivo de crear herramientas de gestión que contribuyan a mejorar la eficiencia de los servicios sanitarios.

Este programa tuvo una primera etapa cuyo trabajo se basó en la imputación de costes a grupos funcionales homogéneos. En la segunda etapa, denominada SIGNO II, el trabajo consistía en crear instrumentos que permitieran la imputación de costes por paciente.

En 1992 se creó una comisión compuesta por profesionales de enfermería con el objetivo de elaborar un instrumento que permitiera medir las cargas de trabajo de enfermería.

El SIGNO II de enfermería podemos definirlo como un sistema en el que se enumeran de forma exhaustiva y excluyente las acciones de cuidados enfermeros y cada una de ellas se pondera en términos de tiempo, (INSALUD, 1995).

Es una herramienta para la gestión de las unidades de cuidados en el ámbito hospitalario y se fundamenta en el registro de las intervenciones de enfermería para cada paciente en un período de 24 horas, con una ponderación para cada una que permite conocer el tiempo de enfermería utilizado para cada paciente en las 24 horas, (INSALUD, 1995).

Este sistema de medida de cargas de trabajo consta de 121 acciones agrupadas en 11 apartados:

1. Respiración
2. Alimentación e hidratación
3. Eliminación
4. Actividad-movilidad y reposo-sueño
5. Higiene
6. Seguridad y confort
7. Comunicación- relación
8. Enseñanza
9. Observación

10. Terapias y cuidados especiales
11. Métodos diagnósticos

El proyecto SIGNO II, con base conceptual en los modelos de desarrollo de cuidados enfermeros de V. Henderson y D. Orem, se desarrolló con el fin de elaborar la cartera de prestaciones de enfermería (listado de acciones cuidadoras) y su peso relativo en el hospital; y normalizar la práctica, a través de la consulta a los enfermeros, como punto de partida, para la asignación de costes enfermeros en el ámbito de pago por proceso, (INSALUD, 1995).

Los dos criterios de imputación de coste por pacientes/proceso, definidos son:

- Por estancias ponderadas, es decir; coste total (personal + materiales)/Nº total de estancias = Coste de una estancia

Este criterio no es válido por el hecho de que mide los costes por estancias (lo que cuesta un día de hospital de un paciente) y no cuesta lo mismo un día de hospitalización de un enfermo con neumonía que un paciente que se opera de apendicitis.

- Por niveles de dependencia: ND (nivel de cuidados de enfermería por enfermo). Consiste en clasificar el grado de dependencia de cada paciente durante su hospitalización en grado 1, 2, 3 y 4, de tal modo que a cada grado le corresponden un tiempo expresado en minutos.

- Nivel I o cuidados mínimos: paciente capaz de cuidarse de si mismo, con tratamiento mínimo y que no precisa toma de constantes vitales o éstas son de rutina
- Nivel II o cuidados medios: enfermos crónicos con síntomas sub-agudos que precisan ayuda para las actividades de la vida diaria (AVD) con tratamiento moderado y actividad disminuida.
- Nivel III o cuidados amplios: gran dependencia de enfermería, con observación frecuente, incontinentes y/o inmóviles con tratamiento amplio, necesidades emocionales o desconexión del medio.
- Nivel IV o cuidados muy amplios: total dependencia, observación continua y tratamiento y medicación constante, cuidados directos y monitorización continua de constantes vitales.

El procedimiento para el cálculo de costes por nivel de dependencia se basa en el tiempo de atención en cada nivel (tiempo medio que tarda la enfermería en aplicar los cuidados en cada nivel. Ej; grado1: 6 minutos, grado2: 16 minutos). Se le aplica el coste de personal (lo que cobra al minuto la enfermería, que se obtiene de su nómina) y el coste de material fungible. A través de una puntuación relativa (tiempo de atención de enfermería) llamada unidad relativa de valor (URV). El Proyecto Signo establece que U.R.V. es igual a 1 minuto, (INSALUD, 1995).

La utilización del sistema SIGNO II permite conocer:

- Las cargas de enfermería para una unidad en concreto y para un período determinado.

- Los tiempos asistidos para un turno de trabajo, para una franja horaria (picos de actividad).

- Las cargas de trabajo por categorías de personal.

- El perfil de los cuidados asistidos.

- La planificación del personal de enfermería según turnos.

- La relación entre horas contratadas de personal y los cuidados asistidos por categoría y turno.

- La elaboración del presupuesto de personal para un período determinado.

El SIGNO II de enfermería se puso en marcha en diferentes hospitales de nuestro país (Las Palmas Sur, San Pedro de Alcántara, Costa del Sol) e incluso se desarrolló el programa informático SIGAL que permitía conocer las actividades de cuidados enfermeros.

Actualmente está en desuso

2-4-5. PROYECTO NIPE

La OMS, en 1989, encargó al Consejo Internacional de Enfermería (CIE) un proyecto para poder clasificar la práctica enfermera a nivel mundial, ya que no existía ningún registro de la misma. El proyecto se denominó “PROYECTO CIPE” (Clasificación Internacional para la práctica enfermera). En España a través del Consejo Nacional de Enfermería se le nombró como “PROYECTO NIPE” (Normalización de las intervenciones en la práctica enfermera)

Los planes de cuidados estandarizados se definen como pautas que se formulan para orientar los cuidados y guiar la intervención de la enfermera en una situación determinada. Se caracterizan por:

- Homogeneizar los cuidados enfermeros para una categoría precisa de pacientes.
- Proporcionar información a todo el personal que atiende al individuo consiguiendo una unificación de criterios.
- Dar continuidad a los cuidados evitando duplicidad de esfuerzos e interrupción de actividades.
- Asegurar la calidad de los cuidados.
- Constituir una fase imprescindible del proceso de normalización de cuidados, siendo el eslabón más avanzado de las guías que facilitan el trabajo de enfermería y dando las orientaciones precisas.
- Identificar un conjunto de problemas, reales o potenciales, que ocurren normalmente en una situación determinada.

La estandarización de los planes de cuidados de enfermería se utiliza como un medio para lograr la calidad en la programación y aplicación de los cuidados, facilitando su puesta en práctica.

También permite la inclusión de datos que se repiten en las mismas situaciones una y otra vez, permitiendo asimismo no omitir aquellas acciones y decisiones que debieran formar parte de un buen plan de cuidados, tanto si los profesionales son expertos como noveles.

Una de las mayores ventajas de un plan de cuidados estandarizado es que proporciona un ahorro notable de tiempos de enfermería, facilitando la toma de decisiones de manera rápida y acertada. También facilita la continuidad y consistencia de los planes de atención al paciente necesarios para una evaluación de calidad.

Por otro lado también ayudan a unificar un lenguaje común del que está necesitada la profesión.

El proyecto NYPE realiza una clasificación en once apartados, denominados patrones funcionales de salud, a saber:

1. Percepción-manejo de la salud.
2. Nutricional-metabólico.
3. Eliminación.
4. Actividad-ejercicio.
5. Sueño-descanso.
6. Cognitivo-perceptual.
7. Autopercepción-autoconcepto.
8. Rol-relaciones.
9. Sexualidad-reproducción.
10. Adaptación-tolerancia al estrés
11. Valores-creencias.

Se desarrollan los distintos apartados en lo relativo a sus contenidos y objetivos y, también, en la medida en que se puede hacer de ellos una herramienta útil y práctica en la valoración, mediante la

exposición de preguntas pertinentes y focos de atención relacionados con cada uno de ellos.

2-5. Aplicación del proceso de cuidados.

En primer lugar hay que elegir un modelo de cuidados de enfermería que se utilizará en todas las unidades de enfermería del centro. De esta manera se pretende dotar a toda la enfermería del hospital de un lenguaje común en las actividades que realiza de manera cotidiana.

Una vez decidido el modelo de cuidados de enfermería con el que vamos a trabajar, lo siguiente es aplicar **el proceso de atención de enfermería**, que se define de la siguiente manera:

1. Es un método, una forma de hacer las cosas, siendo un instrumento práctico, no un concepto teórico.
2. Un método por el que se aplica la base teórica de enfermería al ejercicio profesional.
3. Una forma sistemática de llevar a cabo las funciones independientes de enfermería.
4. Es un término aplicado a un sistema de intervenciones características de enfermería.
5. Una manera de sistematizar y formalizar los cuidados de enfermería.
6. Sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería.

En el establecimiento de un plan de cuidados de enfermería, debemos seguir el proceso de atención de enfermería teniendo en cuenta los siguientes pasos:

1. Determinación del grupo sobre el que se va a realizar el plan de cuidados: todo plan de cuidados debe de tener una introducción, donde se explique el proceso o los procesos patológicos incluidos en el plan.
2. Valoración de las alteraciones de las necesidades básicas (real o potencial), así como de las posibles complicaciones.
3. Formulación de los problemas en términos de diagnósticos según la taxonomía NANDA.
4. Definición de los objetivos a conseguir con la actuación de enfermería en función de los problemas detectados, estableciendo los objetivos de forma conjunta con el paciente.
5. Homogeneización de los cuidados de enfermería descritos en términos de actividades concretas: según la taxonomía CIE, catálogo de actividades.
6. Descripción de los criterios de evaluación de los resultados obtenidos según taxonomía CRE.

Concretamente en los centros donde se han recogido los datos los modelos son el de Virginia Henderson y el de Dorotea Orem siendo estos también los más extendidos en nuestro país.

2-6. Valoración de enfermería.

Para cada problema existe un conjunto de intervenciones que irán dirigidas genéricamente a eliminar el problema, paliarlo, reducirlo o mitigarlo y/o evitar su agravamiento. También se incluyen medidas preventivas para que no aparezca. Son acciones que el personal de enfermería tiene que realizar o proponer para que se cumplan los objetivos planteados.

Las actuaciones se basan en la experiencia clínica y en la bibliografía de enfermería, representando así la unión entre la práctica clínica y las intervenciones basadas en la teoría.

Pueden ser de naturaleza independiente o interdependiente. Para las funciones interdependientes el inicio es responsabilidad de otro profesional de la atención de la salud, generalmente el médico. No obstante, tanto si se realizan bajo la supervisión directa o indirecta, como bajo un protocolo de actuación requieren la aplicación del juicio de enfermería.

Las funciones independientes son iniciadas por la enfermera bajo su propia responsabilidad profesional.

Los dos sistemas de planificación de cuidados de enfermería utilizados han sido el sistema individualizado y el estandarizado (Mayers, M.A; 1982)

Los planes de cuidados individualizados se centran en lo particular, reconocen cada persona como un ser único, y por tanto sus

respuestas son únicas. Los planes estandarizados toman como base lo común, respuestas similares ante situaciones determinadas. Los oponentes de la estandarización argumentan que ésta es igual a la despersonalización en la prestación de cuidados. (Mayers, M.A; 1982)

En defensa de este sistema, debemos decir que el personal de enfermería considera a los pacientes como seres individuales, por tanto el utilizar un plan de cuidados estandarizado como base, a partir del cual trabajar en función de las respuestas individuales de la persona, es una manera correcta de actuación que no pierde el sentido individual del cuidado. (Mayers, M.A; 1982)

En la actualidad tenemos dos formas de aplicar la valoración de enfermería, proceso capital para obtener los diagnósticos, resultados e intervenciones. Una de ellas es el de Virginia Henderson, que resulta de aplicar a catorce necesidades básicas, los diagnósticos de enfermería correspondientes, según observamos en el anexo I. La otra es la que propone Marjory Gordon que reúne en lo que ella denomina patrones funcionales los distintos diagnósticos de enfermería, como vemos en el anexo II.

2-6 Conclusiones

Hemos podido observar que la ciencia que sustenta la enfermería es relativamente reciente, ya que, tiene poco más de un siglo, aunque en esencia se viene realizando desde los inicios de la humanidad.

El cuidado de un miembro de la sociedad enfermo, el cuidado de un niño, de un anciano etc., ha estado siempre presente. Pero ese cuidado llevado al conocimiento como hemos visto, comienza con Florence Nightingale, y es en el año 1950 cuando se constituye como ciencia y es reconocido como tal en EEUU y posteriormente en los demás países.

La investigación en esta ciencia en España está aun iniciando su andadura. Recientemente se ha conseguido el reconocimiento de los estudios de enfermería como grado; y con ello se ha podido desarrollar la enseñanza hasta el doctorado.

Además, las historias clínicas informatizadas, ya están incluyendo las valoraciones de enfermería. Siendo la más habitual, la realizada con el modelo de las catorce necesidades básicas, de Virginia Henderson, aunque como también, existen las que recogen el modelo de los patrones funcionales de M. Gordon.

Es en la práctica de enfermería comunitaria, donde se consigue más la normalización del lenguaje enfermero, siendo mucho más difícil en el medio hospitalario, donde el lenguaje es más médico, la enfermería, utiliza el lenguaje médico y técnico de enfermería, pero es difícil observar la utilización de un lenguaje normalizado de enfermería.

Así la enfermería académica o institucional, está actualmente separada de la enfermería clínica o asistencial, los términos de clasificación, con los diagnósticos (NANDA), resultados (CRE) e

intervenciones (CIE) aún no son habituales escucharlos en el lenguaje profesional, como podemos escuchar los diagnósticos médicos.

Por lo que se refiere a la medición de las cargas de trabajo, hemos observado como en Canadá y sobre todo en EEUU, se han desarrollado y están en la práctica, varios métodos. Todos ellos tienen en común que han desarrollado un lenguaje propio, para su aplicación, no se han servido de patrones ya elaborados y estandarizados mundialmente. Así tenemos que el sistema GRASP mide los cuidados de enfermería con respecto a cuatro categorías, con cuidados directos, cuidados indirectos, enseñanza y soporte emocional. El sistema MEDICUS realiza las cuatro categorías del sistema anterior pero evaluándolas con la ayuda de 37 indicadores. El sistema PRN al igual que los anteriores, también mide los cuidados directos e indirectos, pero en este caso el plan de cuidados se agrupa en ocho apartados, ya siguiendo parte de la valoración de las necesidades básicas de Virginia Henderson, pero crea 249 acciones de enfermería que rellenan esos apartados.

Todos tienen como denominador común el conocer la carga de trabajo, la distribución del personal, el coste, etc. Pero sus mediciones están realizadas con parámetros no estandarizados universalmente, reinventan las intervenciones de enfermería, dándoles nombres propios del sistema.

En España hemos visto el proyecto SIGNO II, que tiene muchas similitudes al PRN, aunque en lugar de ocho apartados, crea once y en

lugar de 249 acciones solo crea 121. En el apartado de la medición, también su unidad cambia y en lugar de los 5 minutos del PRN es 1 minuto. Pero en esencia es igual, parámetros no estandarizados universalmente, sino de propia creación.

Por último el proyecto NIPE, más que nacer con el espíritu de los anteriores, nace para homogeneizar los cuidados de enfermería. Éste sigue unos patrones estandarizados, que son los patrones funcionales de M. Gordon. El problema que se observa es que en España la valoración de enfermería más generalizada, es la que procede de las necesidades básicas de Virginia Henderson.

Es lamentable que siendo el personal de enfermería uno de los componentes mayores por número y actuaciones, que intervienen en el proceso sanitario, no se haya desarrollado ninguno de los anteriores citados quedando todos ellos en el olvido, en nuestro país.

En lo que se refiere al trabajo de campo, de todas las teorías anteriormente expuestas y de las valoraciones relacionadas para la obtención de los diagnósticos de enfermería, se ha elegido, las teorías de Virginia Henderson y de Dorotea Orens y se ha realizando la valoración según las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson.

Además hemos realizado la medición con parámetros estandarizados como los NANDA, CIE y CRE. Los CIEs nos dan tiempos de ejecución, asumidos por el Consejo Internacional de Enfermería. De este modo, con estos parámetros, se puede valorar,

tanto el personal de enfermería necesario para el cuidado óptimo de un paciente, como por otro lado el consumo de ese personal para cada una de las patologías.

En este trabajo se pretende retomar el relevo que han dejado el método de SIGNO II, realizando una combinación de ese trabajo más acorde con nuestro pensamiento para poder cuantificar el producto enfermero. Así en lugar de los once apartados realizamos una valoración con los catorce apartados que nos dan las necesidades básicas de Virginia Henderson, a las que, relacionamos los diferentes diagnósticos de enfermería, según la NANDA, con los CREs y CIEs adecuados a cada situación.

Además, con el actual marco económico, tenemos que reinventar la manera de actuar, con menos recursos económicos para la atención y una creciente exigencia por parte de los usuarios de la sanidad. Por tanto creemos que ahora más que nunca debemos aumentar la eficiencia en el cuidado de enfermería.

Capítulo 3 Aspectos relacionados de la contabilidad de gestión.

3-1. Introducción.

La contabilidad es el proceso mediante el cual se identifica, mide, registra y comunica la información económica de una organización o empresa, con el fin de que los gestores puedan evaluar su situación. Dentro de ella se encuentran varias ramas:

La contabilidad Financiera, la contabilidad de costes y la contabilidad de gestión.

La contabilidad financiera, es la contabilidad de los ingresos, gastos, activos y pasivos que se llevan comúnmente en las oficinas generales de un negocio. El ámbito de la Contabilidad Financiera es más bien externo, por lo tanto sus procedimientos se hallan normalizados y se rigen por los “Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados” o bien las “Normas Internacionales de Contabilidad”.

La contabilidad de costes es aquella parte de la contabilidad que identifica, mide, informa y analiza los diferentes elementos de costes, directos o indirectos, asociados con la fabricación de un bien y/o la prestación de un servicio. En el proceso de acumulación de costes para la valoración del inventario y la determinación de beneficios, se satisfacen las necesidades de los usuarios externos y de la dirección, además proporciona a la dirección información exacta y puntual para la planificación, control y evaluación de las operaciones de la empresa.

La contabilidad de gestión es la parte de la contabilidad que capta, registra, evalúa, analiza y transmite información financiera y no financiera, cuantitativa y cualitativa, a fin de facilitar la toma de decisiones de los distintos estamentos de la organización, relativa al seguimiento y consecución de los objetivos estratégicos y generales marcados, a la planificación, control y medidas de todas las actividades de la organización (internas, externas) , en estrecha colaboración con el resto de las áreas funcionales y permitiendo participar a los responsables de su ejecución, junto con la gerencia, en la toma de decisiones.

La contabilidad de gestión según define la AECA (Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas), “ es una rama de la contabilidad, que tiene por objeto la captación, medición y valoración de la circulación interna, así como su racionalización y control, con el fin de suministrar a la organización la información relevante para la toma de decisiones empresariales” (AECA, 1992).

Según manifiesta Lebas “huye de todo tipo de sometimiento a cualquier reglamentación, ya que se inserta más cerca del futuro ambiguo e impreciso, que del pasado archivable” (Lebas, 1993).

La contabilidad de gestión ha llegado a superar la visión tradicional e insuficiente de la contabilidad de costes o contabilidad interna. Es importante destacar que la contabilidad de gestión es uno de los instrumentos básicos para el proceso de toma de decisiones en organizaciones empresariales y para el control que las mismas (Sáez, A., Fernández, A. y Gutiérrez, G. 1993).

Los procesos de transformación de las organizaciones, la interrelación con el entorno tanto económico como social, el nuevo contexto competitivo y la incorporación de nuevas tecnologías han influido considerablemente en la evolución que ha tenido esta disciplina de la contabilidad.

3-2. La contabilidad de gestión y sus orígenes en la contabilidad de costes.

Los orígenes de la contabilidad se remontan hacia el año 6000 a.C., pues ya existían los elementos necesarios para la actividad contable, a saber: la escritura y los números, el concepto de propiedad y las monedas.

Existen testimonios de la contabilidad en Mesopotamia y en Egipto, ejemplo de ello es el pasaje de José en el Antiguo Testamento reflejando como en los años de vacas gordas recogiendo el grano de trigo para en los años venideros de vacas flacas poder repartir, organizar etc.

Existen pruebas mucho más específicas sobre la práctica contable, en el Imperio Romano. Desde los primeros siglos, todo jefe de familia asentaba diariamente sus ingresos y gastos en un libro llamado "Adversaria", el cual era una especie de borrador, ya que mensualmente los transcribía, en otro libro, el "Codex o Tubulae", en el cual, a un lado estaban los ingresos ("acceptum"), y al otro los gastos ("expensum"), (De Roover, Raymond, 1937).

La llegada al siglo XV y con él dos grandes acontecimientos para la contabilidad, la generalización de los números arábigos y la imprenta, supuso un avance fundamental.

En esa época se edita del autor Benetto Cotingli el libro "Della mercatura et del mercanti perfetto", es éste se explica de una manera muy clara la identidad de la partida doble, el uso de tres libros: el Cuaderno (Mayor), Giornale (Diario) y Memoriale (Borrador), afirma que los registros se harán en el Diario y de allí se pasarán al Mayor, el cual tendrá un índice de cuentas para facilitar su búsqueda, y que deberá verificarse la situación de la empresa cada año y elaborar un "Bilancione" (Balance); las pérdidas y ganancias que arroje serán llevadas a Capital, habla también de la necesidad de llevar un libro copiator de cartas (Libro de actas). Sin embargo, es Fray Lucas de Paciolo quién introduce en su libro "Summa" el método contable conocido desde entonces como el método a la veneciana, amplía la información de la prácticas comerciales, sociedades, ventas, intereses, letras de cambio etc, (De Roover, Raymond, 1942).

Llega el siglo XIX, y con él el Código de Napoleón, comienza la Revolución industrial, Adam Smith y David Ricardo, echan las raíces del liberalismo, la contabilidad comienza a tener modificaciones de fondo y forma. Bajo el nombre de "Principios de Contabilidad".

En 1887 se funda la "American Association of Public Accountants", antes. En 1854 "The Institute of Chartered Accountants

of Scotland". En 1880 "The Institute or Chartered Accountants of Englands and Wales", organismos similares los constituyen Francia en 1881, Austria en 1885, Holanda en 1895, Alemania en 1896.

En el siglo XX y a raíz de la crisis de los años 30, en EEUU, el Instituto Americano de Contadores Públicos, organizó agrupaciones académicas y prácticas para evaluar la situación, de allí surgieron los primeros principios de contabilidad, vigentes aún muchos de ellos, otros con modificaciones.

3-3. De los costes convencionales a los costes basados en las actividades.

Uno de los sistemas de información que se ha ido desarrollando paralelamente a la propia evolución de la gestión de las organizaciones ha sido la contabilidad interna o de costes. Su evolución se ha realizado al margen de la contabilidad financiera y directamente relacionada con las necesidades internas de información que requerían las propias empresas. La contabilidad de costes está directamente relacionada con el desarrollo que ha seguido la propia contabilidad de gestión. Los profesores Johnson y Kaplan defienden que la contabilidad de costes y la contabilidad de gestión no se pueden entender una sin la otra, siendo la contabilidad de costes la parte más desarrollada de la contabilidad de gestión (Johnson y Kaplan, 1988).

Diversos estudios sobre la historia de la contabilidad de costes coinciden en señalar que se pueden definir dos períodos bien diferenciados (Gutiérrez Ponce, 1991, pág. 21- 35). Estos dos períodos

se enmarcan, por un lado, desde principios del siglo XIV hasta el tercer cuarto del siglo XIX, y por otro, desde el siglo XIX hasta nuestros días.

Antes de la Revolución Industrial el proceso productivo tenía unas características distintas a las conocidas actualmente. El empresario normalmente, adquiría la materia prima y encargaba la actividad a pequeños talleres, los cuales realizaban el trabajo a cambio de un precio establecido, y posteriormente vendía los productos en el mercado. El empresario no realizaba por sí mismo la actividad productiva. Es por esta razón que la contabilidad financiera era más que suficiente para representar la actividad desarrollada, ya que la misma se basaba en el registro y control de las operaciones externas.

La aparición de la contabilidad de costes, al menos con carácter científico, vino como consecuencia de la necesidad de dar respuesta a los efectos provocados por la Revolución Industrial en el mundo de la empresa a comienzos del siglo XIX. Hasta ese momento el balance y la cuenta de resultados eran los únicos instrumentos con los que los responsables de una empresa podían contar para ayudarse en su gestión.

Al inicio del siglo XVIII toda la industria se basaba en las artesanías domésticas, y éstas, como consecuencia de su simplicidad en el proceso productivo, con poca información funcionaban perfectamente.

Por lo tanto, la Revolución Industrial provocó que la contabilidad de costes se viera claramente impulsada al producirse un cambio significativo en el proceso productivo. Así, James Watt en

1764 inventó la máquina de vapor que Matthew Boulton perfeccionó posteriormente, y se atribuye convencionalmente los primeros cálculos de costes de los productos y de las máquinas a los hijos de dichos inventores (Rosanas y Ballarin, 1994). La implantación de la máquina en la industria provocó que las empresas invirtiesen en sus propios talleres y contrataran su propia mano de obra prescindiendo de las múltiples transacciones externas con los talleres artesanales suministradores de producto. El sistema productivo sufre importantes cambios, la actividad productiva se realiza dentro de la propia empresa lo que conlleva unas fuertes inversiones y se ve forzada a jerarquizar y a realizar la división del trabajo contando con una importante mano de obra fija. Esta concentración de la producción en las factorías tendrá grandes consecuencias en el desarrollo de la contabilidad interna o de costes ya que no resultaba tan fácil como cuando la empresa no realizaba por sí actividad productiva y se basaba en comprar a talleres a unos precios conocidos.

Los desarrollos tecnológicos por un lado, y la aplicación del principio de subdivisión del trabajo por otro provocaron en las empresas la necesidad de mejorar los métodos para reducir los costes y la organización interna para supervisar de forma correcta todo lo concerniente a los procesos productivos.

La dirección en este periodo se ve cada vez mas necesitada de información relacionada con la acumulación de costes para poder tomar decisiones y gestionar correctamente. Se hace necesario mantener un registro adecuado de los costes que permita realizar un profundo análisis de los mismos.

En esta época, el tamaño de las empresas aumenta, los procesos productivos iniciaron un proceso de incremento de complejidad, la administración se ve desbordada y se endurece la competencia como consecuencia de que la oferta supera a la demanda.

La preocupación por el cálculo de los costes va en aumento. el cálculo del coste del producto para el que exclusivamente se tenía en cuenta la materia prima y la mano de obra, se amplía para que tuviera en cuenta el desgaste sufrido por las máquinas involucradas en el proceso productivo.

Fue a finales del siglo XIX cuando algunas contabilidades recogían el problema de la depreciación de los activos fijos, ya no tan sólo como una cuestión de pérdida de valor de dichos activos, sino como una parte del coste de transformar un producto.

Comienza a utilizarse en la década de los ochenta en nuestro país para denominar los nuevos campos de acción que surgen dentro de la disciplina de la contabilidad de costes, y que dado su alcance y relevancia, parecen convenir su inclusión en la disciplina contable con una nueva terminología, ya que su nacimiento provoca una reestructuración de los objetivos y metodología de la misma (Ripoll, V.M., Barrachina, M. y Suárez, A. 1998 ; AECA, 1992).

La consolidación de las técnicas aportadas por la contabilidad de costes se dio en las primeras décadas del siglo XX, pero paralelamente también se dio el desarrollo de los sistemas de gestión. Es en este momento cuando toma importancia el hecho de que la información ha de servir para la gestión y la contabilidad interna no sólo ha de confeccionar informes de acumulación de costes.

Así, a finales del primer cuarto de siglo se da la circunstancia de que grandes empresas americanas del sector industrial, habían implantado diferentes procedimientos contables de gestión, como por ejemplo; la contabilidad de los distintos elementos del coste, en concreto materias primas, mano de obra y gastos generales de fabricación; o bien los presupuestos de caja y de inversión e incluso los presupuestos flexibles (Ripoll, V.M., Barrachina, M. y Suárez, A.1993). Según apunta Kaplan, los avances que se llegaron a producir hasta 1925 permiten afirmar que se habían desarrollado casi todas las prácticas contables de gestión que actualmente se conocen (Kaplan, R.S.1984).

Paralelamente a todos estos avances que se estaban produciendo en el campo del registro y seguimiento de los costes en las empresas, se puso en evidencia la necesidad de controlar la eficacia de los departamentos que soportaban y generaban costes, así como establecer los precios a partir de costes reales.

Por otra parte, la influencia de los ingenieros en los estudios y análisis de los distintos procesos productivos de la empresa, supuso la incorporación en la contabilidad de costes de conceptos como la estandarización de tiempos y producción.

En los años sesenta tuvo lugar una auténtica revolución cultural de gran trascendencia para la contabilidad de gestión. El mundo occidental atravesaba en esa época por una coyuntura económica óptima. Además, se dio la circunstancia de que como consecuencia de lo anterior, se produjo un consumo masivo de ciertos productos que pasaban a estar al alcance de una gran mayoría. Por

otro lado, se produjo un espectacular avance en los medios de comunicación y las empresas se integraban vertical y horizontalmente dando lugar a grandes grupos de empresas multinacionales.

Por todo lo apuntado anteriormente, las empresas se vieron en la necesidad de disponer de mecanismos de gestión lo suficientemente perfeccionados como para hacer frente a la cada vez más difícil toma de decisiones que el cambio del entorno provocaba.

En este período, la contabilidad de costes se desmarca en gran medida de la contabilidad financiera integrándose de forma clara en la contabilidad de gestión. Se generan multitud de modelos y técnicas que pretendían proporcionar distintos tipos de información para poder tomar diferentes decisiones. En 1961 la Asociación de Contadores de EEUU (N.A.A.) publica un artículo en el que se muestra la importancia de basar la fijación de los presupuestos dividiendo la empresa en departamentos llamados “centros de gastos”. Con ello, cada centro es responsable de sus costes y sus ingresos y puede determinar con claridad los beneficios de cada centro y el de la organización. Los responsables de cada centro asumen un papel primordial a la hora de administrar dichos presupuestos e intentar, mediante su gestión, mejorar los resultados.

Paralelamente, se desarrollan distintos modelos de planificación y programación mediante la utilización de las probabilidades, la estadística en los costes y el empleo de la regresión lineal múltiple. También se desarrollan nuevas técnicas presupuestarias como el presupuesto de capital; el presupuesto por programas, “*Planning, Programing and Budgeting Systems*” (PPBS)

y el presupuesto en base cero, “*Zero-Base-Budgeting*” (ZBB). El PPBS se desarrolló en los años 50, pero fue en 1965 cuando se empezó a utilizar para la elaboración de los presupuestos federales. Esta técnica presupuestaria permite integrar la formulación de las políticas con la asignación presupuestaria de recursos, basándose en la definición y fijación de objetivos, realizando una evaluación de los resultados utilizando los criterios coste-beneficio y coste-eficacia. (Schultze, C. 1971).

Por otra parte, se empieza a considerar, dentro de la contabilidad de gestión, la necesidad de ofrecer información a las organizaciones sobre control de calidad. La calidad se define como la conformidad de un producto o servicio con las especificaciones previamente establecidas. El control de calidad, pretende garantizar que tal producto o servicio ha sido fabricado de acuerdo con la forma en que fue concebido. También, y siguiendo a Juran al hablar de calidad de un producto o servicio se está haciendo referencia a su idoneidad o aptitud para el uso, determinada por aquellas características del producto que el cliente puede reconocer como beneficiosas para él (Juran, J.M. 1980).

Tal como indica Ripoll, los sistemas actuales de contabilidad de gestión deben tener en cuenta, además de los aspectos tradicionales que ya vienen recogidos por ellos, medida de indicadores no financieros, tales como defectos de calidad que llevan a desechar productos o a reelaborarlos, flexibilidad, oportunidades del mercado, absentismo o tiempo de parada de máquinas (Ripoll, V.M. 1994).

La calidad y la flexibilidad pasan a tener un papel importante en las empresas. Se produce un cambio importante en el desarrollo industrial, al pasar de una producción en masa de un número limitado de productos, a la fabricación barata de pequeñas cantidades de numerosos productos. Estos cambios se inician en el sector del automóvil, para rápidamente extenderse al resto de sectores de transformación. Concretamente, en la empresa japonesa Toyota, al iniciarse los años setenta, ya se planteaba la necesidad de saber producir a costes reducidos pequeñas cantidades de productos, mejorando la organización de la producción y consiguiendo un aumento de la productividad sin incrementar el tiempo de trabajo de los operarios. Este aumento de la productividad se basaba en la eliminación de inversiones en existencias, piezas defectuosas, reparaciones, tiempos de mantenimiento, tiempos ociosos de las máquinas, etc.(Ohno,T. 1991). Estos sistemas organizativos, que se han ido extendiendo a todo tipo de empresas, promueven la participación de los obreros para favorecer la mejora continua de los procesos, las técnicas de reducción de los despilfarros, y por tanto de los costes, para disponer de un control de calidad total en la empresa. La gestión de los procesos por parte de las organizaciones se centra en alcanzar niveles de excelencia en todas las dimensiones de sus productos y servicios que son importantes para sus clientes.

La calidad total requiere la búsqueda y mejora continua de tres parámetros: la satisfacción total del cliente, la motivación total de los empleados de la empresa y a un coste mínimo de los productos o

servicios que ofrece la empresa. Por tanto, el coste es una de las perspectivas básicas de la calidad total (Amat, J.M.1992).

Según pone de manifiesto en un estudio de los costes de producción de 85 empresas pertenecientes a siete sectores de la economía americana, la mano de obra directa representa el 13% del coste total de producción, siendo los costes indirectos de fabricación un 32,6% y los materiales el 54,4 % restante. En base a estos cálculos se pone en evidencia que la mano de obra va perdiendo importancia como componente del coste del producto, siendo mucho más evidente esta circunstancia en sectores donde predomina la automatización (Hendricks, J.A.1988).

3-4. Conclusiones.-

En este capítulo hemos tratado sobre aspectos relacionados con la sobre la contabilidad de gestión, permitiéndonos verificar la importancia de esta disciplina, siendo considerada como uno de los instrumentos básicos para el proceso de toma de decisiones en las organizaciones empresariales de hoy en día.

La evolución de esta disciplina ha ido en paralelo a la propia evolución de la gestión de las organizaciones y ha permitido el desarrollo de la contabilidad de costes.

Como hemos visto no existe un consenso en cuanto a la aparición de la contabilidad de costes, ya que se atribuye a los usos y costumbres de las antiguas civilizaciones y posteriormente de los fabricantes florentinos en el siglo XII.

El desarrollo de la contabilidad de gestión está estrechamente ligado a las mejoras e innovaciones que se han ido produciendo a lo largo del tiempo en el diseño organizacional y en los sistemas de gestión. Aparecen herramientas como los presupuestos y los costes estándar como instrumentos de gestión.

La contabilidad de gestión incorpora nuevos aspectos hasta ahora desconocidos como consecuencia de las nuevas necesidades de la empresa. Cuestiones como satisfacción del cliente, calidad o medio ambiente pasan a ser puntos de referencia importantes para el seguimiento y control de la gestión de las empresas, incorporando necesariamente aspectos cualitativos a los sistemas de información.

Como consecuencia de los grandes avances tecnológicos de los últimos años, la mano de obra directa pierde peso con relación al conjunto de costes del proceso productivo, en cambio los costes indirectos incrementan su importancia. Este hecho pone en evidencia la necesidad de mejorar los sistemas de costes utilizados por las empresas. Los sistemas de costes tradicionales no informan adecuadamente sobre el coste de un producto o servicio, por lo que aparece el *Activity Based Costing* (ABC), sistema más objetivo. Con ello se pretende dar un enfoque encaminado hacia la gestión estratégica de los costes, eliminando actividades de la cadena de valor de la organización.

Así pues, la contabilidad de gestión se ha ido adecuando a las necesidades de la empresa en todo momento, teniendo en cuenta

siempre la realidad cambiante de la organización, el comportamiento y los estilos de dirección de las personas que finalmente deberán utilizar los sistemas de gestión.

Capítulo 4 Análisis de los modelos de coste en los centros sanitarios españoles.

4-1. Introducción.

En la introducción que realiza la Ley de Sanidad de 1986, nos va relatando, los diferentes proyectos que se han dado en nuestro país, para dar solución a los problemas de salud de la población.

Así, nos refiere que el primer ensayo de poner al día las técnicas de intervención pública en los problemas de salud de la colectividad lo constituyó el proyecto de Código Sanitario de 1822, cuya aprobación fue frustrada.

Con este fracaso, la consolidación de un órgano ejecutivo, tiene que esperar hasta la aprobación de la Ley de 28 de noviembre de 1855, que consagra la Dirección General de Sanidad. La reforma siguiente se establece por Real Decreto, en concreto por el de 12 de enero de 1904 (NDL 27011), que aprueba la Instrucción General de Sanidad, norma que, a pesar de haberse mantenido vigente en parte hasta fechas muy próximas, apenas si alteró el dispositivo de la organización pública al servicio de la Sanidad.

En 1944 se crea la Ley de Bases de la Sanidad, aunque innovadora en algunos extremos, asumió la planta estructural recibida, el esquema organizativo era, en efecto, el mismo de 1855, basado en una Dirección General de Sanidad, como órgano supremo.

El estancamiento de la específica organización pública al servicio de la Sanidad no significará, sin embargo, una desatención de todos los problemas nuevos, sino la ruptura del carácter unitario de esa organización, que se fragmenta en diversos subsistemas que se ordenan separadamente, respondiendo a principios y finalidades propias, al margen de una dirección unitaria.

En efecto, a las funciones preventivas tradicionales se sumarán otras nuevas, relativas al medio ambiente, la alimentación, el saneamiento, los riesgos laborales, etc., Las funciones asistenciales crecen y se dispersan igualmente. Estas atenciones asistenciales tradicionales se asumen con responsabilidad propia por diferentes Administraciones Públicas (Estado, Diputaciones y Ayuntamientos).

Paralelamente, en el año 1942, mediante Ley de 14 de diciembre, se constituye el Seguro Obligatorio de Enfermedad, bajo el Instituto Nacional de Previsión. Fue reestructurado mediante el Decreto 2065/1974, de 30 de mayo -por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en el que se cristaliza el actual sistema de Seguridad Social hasta hoy.

Con la llegada de la democracia, en nuestra Carta Magna, nos da razones de máximo peso, como el artículo 43, sobre el derecho de todos los ciudadanos, a la protección de la salud.

El título VIII de nuestra Constitución, de Comunidades Autónomas en todo el territorio del Estado, a las cuales han reconocido sus Estatutos amplias competencias en materia de Sanidad.

Estas son las razones que hacen que se cree en 1986 la nueva Ley de Sanidad.

La incidencia de la instauración de las Comunidades Autónomas en nuestra organización sanitaria tiene una trascendencia de primer orden. El Estado en virtud de lo establecido en el artículo 149.1.16 de la Constitución, en el que la Ley de Sanidad se apoya, ha de establecer los principios y criterios substantivos que permitan conferir al nuevo sistema sanitario unas características generales y comunes, que sean fundamento de los servicios sanitarios en todo el territorio del Estado.

El eje del modelo que la Ley adopta son las Comunidades Autónomas, Administraciones suficientemente dotadas y con la perspectiva territorial necesaria, para que los beneficios de la autonomía no queden empeñados por las necesidades de eficiencia en la gestión. El Sistema Nacional de Salud se concibe así como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados.

Es básica la generalización de este modelo organizativo y el Estado goza, para implantarlo, de las facultades que le concede el artículo 149.1.16 de la Constitución.

Los servicios sanitarios se concentran, pues, bajo, la responsabilidad de las Comunidades Autónomas.

La creación de los respectivos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas es, sin embargo, paulatina. Se evitan en la Ley saltos en el vacío, se procura la adopción progresiva de las estructuras y se acomoda, en fin, el ritmo de aplicación de sus previsiones a la marcha de los procesos de transferencias de servicios a las Comunidades Autónomas.

Se articulan dos tipos de previsiones: La primera se refiere a la estructura de los servicios sanitarios; la segunda, a los organismos encargados de su gestión.

En cuanto a lo primero, la Ley establece que serán las Áreas de Salud las piezas básicas de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas; Áreas organizadas conforme a la indicada concepción integral de la Sanidad, de manera que sea posible ofrecer desde ellas todas las prestaciones propias del sistema sanitario. Las Áreas se distribuyen, de forma desconcentrada, en demarcaciones territoriales delimitadas, teniendo en cuenta factores de diversa índole, pero sobre todo, respondiendo a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios y de gestión descentralizada y participativa.

En segundo lugar, es de exclusiva responsabilidad de las Comunidades Autónomas. Ordenando incluso la integración en aquellos centros y establecimientos que antes venían siendo gestionados separadamente por las Corporaciones Locales, el leve efecto centralizador que pudiera resultar de esta medida, se compensa otorgando a las Corporaciones Locales un efectivo derecho a

participar en el control y en la gestión de las Áreas de Salud, que se concreta en la incorporación de representantes de las mismas en los principales órganos colegiados del Área.

Las disposiciones finales contienen diversos mandatos al Gobierno para que desarrolle las previsiones de la Ley General de Sanidad y autorizaciones al mismo para que refunda buena parte de la muy dispersa y abundante legislación sanitaria vigente. De esta manera, el nuevo sistema sanitario comenzará su andadura con una legislación renovada y puesta al día.

La directriz sobre la que descansa toda la reforma es la creación de un Sistema Nacional de Salud que dado su carácter universal y solidario, necesita asegurar la equidad en el acceso a los servicios para todos los ciudadanos.

Su financiación con recursos públicos exige, por otra parte, que el gasto en que se incurra esté sometido a criterios de eficiencia. Para ello, el SNS se organiza en dos niveles o entornos asistenciales.

Los servicios sanitarios de primer nivel —Atención Primaria— se caracterizan por tener una gran accesibilidad y por la suficiente capacidad de resolución técnica como para abordar íntegramente los problemas de salud de presentación frecuente. Tiene una isócrona de 15 minutos desde cualquier lugar de residencia. Los dispositivos asistenciales principales son los Centros de Salud, donde trabajan equipos multidisciplinares integrados por médicos de familia,

pediatras, personal de enfermería, y personal administrativo, pudiendo disponer también de trabajadores sociales, matronas y fisioterapeutas.

El segundo nivel —Atención Especializada— cuenta con los medios diagnósticos y/o terapéuticos de mayor complejidad y coste dentro del sistema, cuya eficiencia es muy baja si no se concentran y a los que se accede, en primera instancia, por indicación de los facultativos de Atención Primaria. Se presta en Centros de Especialidades y Hospitales, de manera ambulatoria o en régimen de ingreso. Tras su conclusión, el paciente y la información clínica correspondiente retornan nuevamente al médico de Atención Primaria quien, al disponer del conjunto de los datos de su biografía sanitaria, garantiza la visión clínica y terapéutica global.

Dentro de esta organización, la ubicación de los recursos asistenciales responde, básicamente, a una planificación sobre demarcaciones demo-geográficas delimitadas, las Áreas de Salud, que establece cada Comunidad Autónoma, teniendo en cuenta factores de diversa índole pero, sobre todo, respondiendo a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios.

Las Áreas de Salud se subdividen, a su vez, en Zonas Básicas de Salud que son el marco territorial de la Atención Primaria, donde desarrollan las actividades sanitarias los centros de salud. Cada Área dispone de un hospital general como referente para la Atención Especializada. En algunos Servicios de Salud existen estructuras organizativas intermedias entre el Área de Salud y la Zona Básica.

El objetivo de este capítulo es analizar las similitudes y las diferencias entre los principales sistemas de cálculo de costes de centros sanitarios elaborados por las distintas Comunidades Autónomas en los últimos años, como consecuencia de los traspasos realizados por el Gobierno Central a las mismas. Desde enero de 2002 todas las Comunidades Autónomas tienen competencias exclusivas sobre sanidad.

El presente análisis comparativo pretende dar respuesta a tres cuestiones relacionadas con el sistema y diseño de costes que cada una de ellas está realizando dentro de la contabilidad de gestión. Estas tres cuestiones son:

- a. Tipos de costes
- b. Centros de responsabilidad o de coste utilizados
- c. Criterios de reparto utilizados entre centros de costes por un lado y centros de coste y producto por el otro.

4-2 Tipos de costes

El coste es una magnitud interna a la organización y representa la valoración en unidades monetarias de los consumos necesarios de bienes y servicios en los que se ha incurrido para la obtención del servicio final (Guadalajara, N. 1994).

Los costes se pueden clasificar de diferentes formas en función del tipo de análisis que interese efectuar.

- Según naturaleza
- Según variabilidad
- Según del objetivo

- Para la adopción de decisiones

Clasificación en función de la naturaleza del coste. De acuerdo con el Proyecto de Adaptación sectorial del Plan General de Contabilidad aprobado por el Real Decreto 1643/1990, de 20 de diciembre, a las Empresas de Asistencias Sanitaria, los costes se agruparan en siete grandes grupos: los consumos de bienes, los servicios exteriores, los tributos, el personal, los gastos financieros, las amortizaciones y las provisiones.

CLASIFICACIÓN SEGÚN LA NATURALEZA	
Consumo De bienes	1. Productos farmacéuticos
	2. Material sanitario de consumo
	3. Instrumental y pequeño utillaje de uso clínico y no clínico.
	4. Productos alimenticios
	5. Vestuario, lencería y calzado.
	6. Otros aprovisionamientos; como combustible, repuestos etc.
	7. Servicios asistenciales prestados por profesionales
	8. Trabajos realizados por otras empresas
Servicios exteriores	1. Investigación y desarrollo.
	2. Arrendamiento y cánones.
	3. Reparación y conservación.
	4. Servicios de profesionales independientes.
	5. Transportes.
	6. Primas de Seguro
	7. Servicios bancarios y similares.
	8. Publicidad, Propaganda y relaciones públicas.

	9. Suministros: Energía eléctrica; Agua; Gas; Otros suministros.
	10. Otros servicios
Tributos	
Personal	1. Sueldos y Salarios.
	2. Indemnizaciones.
	3. Seguridad Social.
	4. Aportaciones a sistemas complementarios de pensiones.
	5. Otros gastos sociales.
Gastos Financieros	
Amortizaciones	
Provisiones	

Tabla 2 Costes según su naturaleza

Fuente: Plan Sectorial de Contabilidad para Empresas de Asistencia Sanitaria.

Clasificación según su variabilidad. En ésta encontramos, por un lado, los costes fijos que son los que no dependen del nivel de actividad del hospital y, por el otro, los costes variables que sí están relacionados directamente con el volumen de actividad. También encontramos unos costes llamados semivARIABLES y semifijos. Los primeros, se denominan así porque están compuestos por un elemento fijo y otro variable, cabe decir que en la práctica es complicado separar ambos elementos. Los semifijos dependen del nivel de actividad pero no de forma proporcional, es decir, son costes que actúan como fijos mientras se muevan dentro de un intervalo pero cuando lo sobrepasan se transforman en variables, (AECA. 1997).

CLASIFICACIÓN SEGÚN SU VARIABILIDAD		
Costes Fijos	Personal	Facultativo
		Sanitarios 1. Personal no facultativo
		No sanitario
	Servicios externos	Agua (semivariable)
		Gas (semivariable)
		Electricidad (semivariable)
		Teléfono (semivariable)
		Otros suministros
		Reparaciones
		Subcontrataciones seguridad
		Subcontrataciones limpieza
		Otras subcontrataciones
		Transportes
	Otros servicios externos	
	Gastos financieros	
Amortizaciones		
Provisiones		
Costes Variables	Consumo de bienes	Farmacia
		Material sanitarios
		Prótesis
		Alimentos
		Otros consumos
	Servicios externos	Subcontrataciones comidas
		Subcontrataciones lavandería

Tabla 3 Costes según su variabilidad
Fuente: AECA, (1997).

Clasificación en función del objetivo del coste. Esta clasificación diferencia entre costes directos e indirectos.

- Los directos son costes que pueden ser asignados de forma inequívoca y directa al objetivo de coste, es decir, los productos o servicios finales y a los centros de responsabilidad.

-Por el contrario, los costes indirectos son aquellos que no pueden ser asignados directamente ya que no existe una relación específica entre el factor de coste y el producto o servicio.

Debemos destacar que el concepto objetivo de coste puede ser tratado de forma muy amplia como, por ejemplo, actividades, fases del proceso, centros de coste, productos etc.

Clasificación para la adopción de decisiones. Para que los responsables de los centros sanitarios puedan tomar decisiones de acuerdo con los datos que proporciona la contabilidad de gestión, necesitamos tener a nuestro alcance otras clasificaciones como:

-Coste necesario y coste no necesario: El coste necesario es el que se consume de forma eficiente para obtener un producto o servicio, en cambio, el no necesario sería todo aumento de consumo por encima del necesario.

-Costes controlables y costes no controlables: Los costes controlables son aquéllos sobre los cuales el responsable puede ejercer un control durante un período determinado. En cambio, los no controlables, son los costes más significativos en un centro sanitario, son costes sobre los que los responsables no pueden ejercer ningún tipo de influencia ya que no están autorizados para ello. Esta clasificación de costes es importante para el establecimiento de un sistema de control de gestión efectivo, ya que permite orientar las

acciones de los responsables encaminadas a mejorar la eficiencia y eficacia del hospital, (Horngren , CH.T.y Foster,G. 1991).

Para que los responsables puedan evaluar qué decisión tomar entre un conjunto de alternativas, es necesario conocer los costes relevantes, es decir, el impacto de coste que se va a ver influenciado por una determinada acción, (Horngren , CH.T.y Foster,G. 1991)

Cuando se emplean para tomar una decisión son costes orientados al futuro, y representan los costes en que se incurrirá o se evitará como consecuencia de la elección de una alternativa. En este sentido, pueden considerarse otras acepciones del concepto de coste tales como:

- a) Coste evitable. Aquellos costes que pueden ser eliminados total o parcialmente como consecuencia de una alternativa.
- b) Coste desembolsable. Aquellos conceptos de costes que exigirán un futuro desembolso.
- c) Costes de oportunidad. Viene referido al beneficio potencial al que se renuncia como consecuencia de una decisión, o bien al coste de dicha decisión.
- d) Coste implícito o irrelevante. Aquellos costes en que se ha incurrido y no pueden ser modificados como consecuencia de una decisión ni actual ni futura.

Los costes irrelevantes por su parte son aquellos conceptos de coste que no se verán afectados por una determinada decisión, (Horngren , CH.T.y Foster,G. 1991).

4-3. Centro de responsabilidad o de costes utilizados.

Los centros de responsabilidad o de costes constituyen una unidad básica de análisis y tratamiento de la información. Deben ser clasificados con un alto grado de flexibilidad en función de las diferentes estructuras organizativas. Las características que deben tener estas unidades básicas son (AECA, 1997):

- Constituye una unidad diferenciada que realiza una actividad o conjunto de actividades.
- Existe un responsable de ese centro y de esa actividad, entendida como una responsabilidad orgánica-funcional.

El centro sanitario se descompone en centros de responsabilidad o de coste con el objetivo de controlar por separado la eficiencia de cada uno de ellos y de sus costes.

Además, la utilización de los centros de responsabilidad permitirá una mejor imputación de los costes al producto. Debemos señalar que no todos los hospitales contarán con los mismos centros de responsabilidad ya que éstos variarán en función del tamaño y la especialidad de cada centro sanitario.

Normalmente, en un hospital se diferencian diferentes centros o secciones que se pueden agrupar en (Amat, O. 1992):

- Secciones principales: Son aquellas que intervienen directamente en la obtención del producto o del servicio.
- Secciones auxiliares: Son las que dan apoyo a las principales y pueden ser de carácter general o médico. Sus costes deben revertir en las secciones principales.

Las secciones principales proporcionan ingresos y gastos al hospital, mientras que las auxiliares no proporcionan ingresos, sólo gastos, (Grenon, A. Pinson, G. y Gauthier, P.H., 1981)

A título de ejemplo, siguiendo los mencionados autores se puede diferenciar:

Secciones Principales:

Unidades Hospitalarias: Medicina: Medicina general,
pediatría, cardiología
Cirugía: General, infantil, digestiva,
C. plástica, urología.
Maternidad: Ginecología, obstetricia.

Unidades Móviles

Unidades de Consulta

Secciones Auxiliares:

De carácter Médico: Laboratorios clínicos, radiología, reanimación.

De carácter general: Administración general, limpieza, lavandería, Mantenimiento.

Otro enfoque para la clasificación de los centros de responsabilidad para los centros sanitarios es el que propone AECA (1997), basado en si el centro realiza una función asistencial o no. Se diferencian dos grandes grupos: los centros no asistenciales también denominados estructurales o básicos y los centros asistenciales que, a su vez, pueden dividirse en centros intermedios y centros finales.

Los centros estructurales tienen como principal finalidad dar soporte al resto de centros, éstos se dividen en primarios y

secundarios. Los primeros dan soporte a la estructura física del hospital pero a diferencia de los centros secundarios su actividad no está directamente relacionada con el paciente.

ASISTENCIALES		NO ASISTENCIALE	
FINALES	INTERMEDIOS	PRIMARIOS	SECUNDARIOS
Urgencias	Laboratorio	Mantenimiento	Admisión
Consultas externas	Quirófanos	Conserjería	Cocina
Ambulatorios	Tratamientos	Suministros	Lavandería
Hospital de día	Bioquímica	Dirección	Limpieza
Neurocirugía	Hematología	Personal	Seguridad
Medicina Interna	Microbiología	Contabilidad	Información
Cardiología	Paritorios	Compras	
Digestivo	Inmunología	Biblioteca	
Neumología	Genética	Informática	
Reumatología	Radiodiagnóstico		
Oncología	Anestesia		
Hemodiálisis	Farmacología		
Dermatología	Hospitalización		
Cirugía	Rehabilitación		
Oftalmología			
Urología			
Obstetricia			

Tabla 4 Clasificación de los centros de responsabilidad (AECA)

Fuente: AECA(1997)

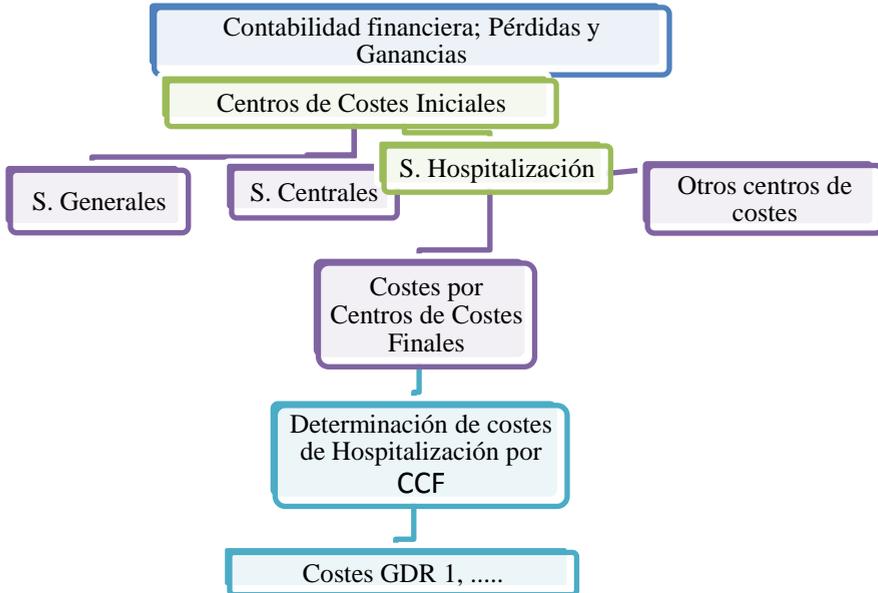
Otra clasificación de centros de costes en el sector sanitario es la que proponen los mismos autores que desarrollaron los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) como instrumento de medida del case-mix de los centros sanitarios. La clasificación tiene su origen en un proyecto realizado conjuntamente por el Health Systems Management Group en la Facultad de Organización y dirección de Yale y el United Health Services en Bringhamton de New York (Fetter R.B. y Freeman, J.L. 1991). Los autores llegan a la definición del producto hospitalario aceptando la existencia de productos intermedios en los centros sanitarios, necesarios para la obtención de los productos que consideran finales. Identifican la eficiencia con los productos intermedios y la efectividad en torno a los productos finales. El objetivo que persiguen los autores es aportar un instrumento para repartir los costes generales sobre la base de los pacientes, teniendo en cuenta que su concepto de producto final del hospital (GRD) lleva a configurar líneas de productos, puesto que el producto final unitario sería el paciente tratado. Cada centro de coste representa un centro de responsabilidad para la producción de un tipo específico de bien o servicio necesario para la atención al paciente o para el funcionamiento del hospital.

Los centros de costes propuestos son considerados Centros de Costes Iniciales (CCI) por ser centros que a cada uno de ellos se le reparte los costes correspondientes procedentes de la contabilidad general. Estos centros son de cinco tipos:

- Centros de costes de servicios generales. Amortización, lavandería, limpieza, farmacia, compras.

- Centros de costes de los servicios centrales: Recuperación quirúrgica, anestesia, radiología, laboratorio.
- Centros de costes de los servicios directos de enfermería y servicios generales hoteleros: Admisiones, caja.
- Otros centros de coste: Urgencias, tienda, varios.
- Centros de costes que no pertenecen a la hospitalización: Los que contienen los gastos del ambulatorio.

Asimismo, todos los centros de costes, a excepción de los Servicios Generales, son considerados Centros de Costes Finales (CCF), como una parte del hospital con un proceso operacional que le caracteriza y que ofrece directamente servicios a los pacientes individuales



Tratamiento de costes modelo Yale

4-4. Modelo Signo I y Signo II: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990 y 1994.

A principios de los años noventa del pasado siglo, el Ministerio de Sanidad y Consumo, ante la necesidad de implantar y homogeneizar la contabilidad analítica en los hospitales del Servicio Nacional de la Salud, realiza el documento de gestión analítica. “Hacia la Contabilidad Analítica en los hospitales” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990). Dicho documento recoge en primer lugar, la identificación de los gestores del gasto y la asignación de costes en las unidades mínimas de gestión o Grupos Funcionales Homogéneos (G.F.H.). En segundo lugar se contesta a la pregunta de cómo se imputan esos costes al producto final, ya sea proceso, enfermo o grupo homogéneo de enfermos. En tercer lugar, se hace referencia al tratamiento de los gastos, centrándose en las amortizaciones y diferencias de inventarios, diferenciándolos de los costes. Por último, se plantean las insuficiencias del sistema de contabilidad presupuestaria como método de gestión analítica en el sistema sanitario y los límites del modelo SIGNO (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990).

El Proyecto Signo se caracteriza por ser un modelo de costes completos y reales, con un sistema de costes en “cascada” donde los centros de coste llamados Grupo Funcionales Homogéneos (GFH’s) coinciden con los servicios existentes en un hospital. Estos servicios se clasifican en función de los servicios que prestan, en estructurales, intermedios y finales.

Debemos mencionar que el auge del Proyecto Signo se desmoronó dando lugar en 1998 a un nuevo modelo cuyo objetivo era renovar la contabilidad analítica de los hospitales.

Este es el punto de partida del segundo trabajo, continuación del anterior, que dio lugar al modelo SIGNO II de Gestión Analítica. Este modelo se concretó en la publicación “Hacia el coste por paciente” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994).

El nuevo modelo permite que el programa informático diferencie los costes de hospitalización y de consultas externas en cada servicio, esto facilita el camino hacia la obtención de los costes por proceso, en cambio, el Signo sólo determina el coste por servicio. Además, el SIGNO II obtiene indicadores clínico-financieros que miden la gestión asistencial y su sistema de sub reparto matricial permite conocer las interconsultas realizadas entre servicios.

Entre los límites que el equipo de trabajo del programa SIGNO concedió al modelo, destaca optar por la determinación de los costes de los Grupos Funcionales Homogéneos y no de los pacientes. Los argumentos planteados por los autores eran claros, primero, la necesidad de empezar por un mínimo real y común en la gestión de los hospitales y, por otro, la inutilidad de crear modelos más sofisticados en la búsqueda de una eficiencia, negada por el propio sistema de financiación.

El Grupo SIGNO II aporta la experiencia de los hospitales: Hospital Valle de Nalón (Asturias), Hospital Son Dureta (Palma de Mallorca), Hospital de Bellvitge (Barcelona), Hospital Reina Sofía (Córdoba) y Hospital Juan Canalejo (La Coruña).

El modelo establece que para obtener la estructura de costes del hospital, se deben cumplir una serie de requisitos:

-El primero, consiste en definir los centros de coste del organigrama del centro hospitalario. La unidad mínima de gestión denominada Grupo Funcional Homogéneo (GFH) realizará la misma actividad y su responsabilidad estará definida, además presentará un único responsable y se ubicará en un lugar físico.

-El segundo requisito, se concreta en identificar el proceso asistencial clasificando los Grupos Funcionales Homogéneos en estructurales, intermedios y finales. El cuadro siguiente muestra la estructura mínima de un centro hospitalario, en el se detallan algunas de las actividades relacionadas con cada uno de los GFH.

Estructura Mínima Hospitalaria. Áreas Funcionales			
Estructurales	Intermedios	Finales	Destino
Administración	Bloque quirúrgico	Cirugía	Paciente
Dirección	Consultas externas	Medicina	Atención primaria
Medicina	Farmacia	Pediatría	Centros ajenos
Preventiva	Hospitalización	Urgencias	
	Laboratorios	Psiquiatría	
	Radiodiagnóstico	Obst y Gine	
	Docencia e		
	Investigadora		
	Logística		

Tabla 5 Estructura Mínima Hospitalaria. Áreas Funcionales

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo 1994

Los GFHs estructurales e intermedios tienen la función de dar soporte a los centros finales. No obstante, los estructurales se caracterizan por tener unos costes que se producen con independencia de la actividad, y por tanto, ni es posible ni interesante facturar dichos costes, mientras que los intermedios (Laboratorios, Radiología, Farmacia..) facturarán sus costes a los finales..

Así, manifiesta que “ningún coste puede quedar sin asignar a un GFH” e identifica los siguientes costes:

-Personal. El coste de personal se distribuye a los distintos GFH en función de “dónde se está trabajando durante la jornada laboral”. La imputación requiere por tanto identificar a cada persona con uno o varios GFHs en la aplicación de personal-nómina.

-Suministros. El coste de suministros se imputa en función del consumo de material no inventariable a los GFH peticionarios.

-Farmacia. El coste de farmacia se imputa en función del consumo de productos farmacéuticos que realizan los GFHs.

-Mantenimiento. Para este tipo de coste se debe tener en cuenta quien realiza el mantenimiento. Si lo realiza una empresa externa se exigirá al proveedor el desglose analítico del albarán y la factura. Si se trata de mantenimiento interno, se valoran los partes de avería o las ordenes de trabajo con expresión de los materiales utilizados y las horas de trabajo. Los costes de mantenimiento se imputan a los diferentes GFHs en función de la utilización que requiera cada uno de ellos.

-Alimentación. Los costes de los productos gestionados por el SF de alimentación se imputan en función del consumo que realiza cada GFH. Como criterio general, carga el consumo de alimentos a los GFHs dependientes de la División de Enfermería.

-Fondo de Maniobra. Todo movimiento del Fondo de Maniobra, gestionado por el Servicio de Gestión Económica, se identifica con el GFH al que se destina el gasto.

-Amortizaciones. Recoge el coste que se incorpora al producto como consecuencia del deterioro del inmovilizado del hospital. Esta depreciación se produce físicamente por el mero transcurrir del tiempo, funcionalmente por la utilización de los equipos en el proceso asistencial, o por la obsolescencia que introduce el progreso tecnológico. El cálculo obedece a criterios técnicos y se imputa en función de la ubicación del bien.

-Otros posibles Gestores de Gastos.

El tercer y último requisito, pretende normalizar la estructura hospitalaria para que sea posible la comparación entre hospitales diferenciando tres niveles:

1. Primer nivel: Grupos Funcionales Homogéneos (GFHs), los define cada hospital atendiendo a sus peculiaridades.
2. Segundo nivel: Servicios Funcionales (SF), engloban a uno o varios GFH que prestan servicios homogéneos y están dotados de un responsable de un nivel superior al de los GFH.
3. Tercer nivel: Áreas Funcionales, las AF son el nivel mínimo de estructuración de un hospital y agrupan a uno o varios SF.

Estructura Hospitalaria: Áreas y Servicios Estructurales		
Nivel I. Actividades Funcionales	Nivel II. Servicios Funcionales	Nivel III. GFH
Administración	Administración periférica Control de Gestión Gestión Económica-Contabilidad	Se definen en cada hospital en función de sus particularidades

Admisión	Admisión Documentación Clínica-Archivo
Gerencia y Dirección	Atención al Paciente Dirección Enfermería Dirección y Gestión Serv. Generales Dirección Médica Gerencia
Medicina Preventiva	Medicina Preventiva Radioprotección

Tabla 6 Estructura Hospitalaria: Áreas y Servicios Estructurales

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo 1994

Estructura Hospitalaria: Áreas y Servicios Intermedios		
Nivel I. Actividades Funcionales	Nivel II. Servicios Funcionales	Nivel III. GFH
Bloque Quirúrgico	Anestesia y reanimación Esterilización Quirófanos	Se definen en cada hospital en función de sus particularidades
Consultas externas	Consultas externas	
Docencia e Investigación	Docencia e Investigación Facultad de medicina Facultad de enfermería	
Farmacia	Farmacia	
Hospitalización	Unidades de enfermería	
Laboratorios	Análisis clínico Anatomía Patología Banco de sangre Genética Hematología Laboratorio Inmunología Microbiología	

Logística	Alimentación Audiovisuales Conserjería Informática Lavandería Mantenimiento Personal Suministros
-----------	---

Tabla 7 Estructura Hospitalaria: Áreas y Servicios Intermedios

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (1994)

Estructura Hospitalaria: Áreas y Servicios Finales		
Nivel I. Actividades Funcionales	Nivel II. Servicios Funcionales	N Nivel III. GFH.
Cirugía	Angiología y Cirugía Vascular Cirugía Cardíaca Cirugía General y Digestivo Cirugía Maxilofacial Cirugía ortopédica y traumat. Cirugía pediatría Otorrinolaringólogo Unidades de Trasplante Urología	
Medicina	Cardiología Dietética Endocrinología Gastroenterología Hematología Medicina Intensiva Medicina Interna Nefrología Neurología Oncología Rehabilitación Reumatología Unidad de desintoxicación	
Obstetricia y Ginecología	Obstetricia Ginecología	

Pediatría	Pediatría	
Salud Mental	Psiquiatría	
Urgencias	Urgencias Urgencias pediátricas	

Tabla 8 Estructura Hospitalaria: Áreas y Servicios Finales

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (1994)

Los mismos procedimientos de cálculo asociados al paciente y a la consideración de que el episodio, es el receptor último de los costes del hospital, nos lleva al “coste por episodio”, objetivo del Proyecto SIGNO II. Ambos productos son simultáneos y no excluyentes.

Para obtener el coste de cada episodio, el Proyecto SIGNO II indica que es necesario recoger todos los costes que se le han vinculado directamente en el tránsito por el hospital.

Pero también, es necesario que los costes sin vinculación directa a paciente puedan ser imputados, desde el propio GFH en el que se encuentra o desde los demás que trabajan para él.

Para que el modelo Signo II funcione adecuadamente el Proyecto propone una serie de requisitos previos a la implantación:

1. Todos los costes deben estar asignados a un GFH.
2. Los GFHs deben estar bien definidos, tanto desde el punto de vista de su ordenación dentro del proceso como de sus relaciones con el resto de GFH.
3. Es necesario ofrecer el coste real de cada GFH, esto ayudará en la toma de decisiones a los responsables.

4. Debemos identificar los criterios para estimar la facturación interna del centro hospitalario.

5. Obtener el coste de los GFHs finales y por agregación de los Servicios Funcionales

(SF) y Áreas Funcionales (AF) como una aproximación al producto hospitalario. De este modo conseguiremos el coste aproximado del case-mix de los pacientes atendidos por cada SF, asignando a cada uno de los pacientes, el coste del SF según los pesos del mix, como por ejemplo los Grupos Relacionado de Diagnostico (GRD) y los PMCs, entre otros (Falguera, 2002).

La imputación de los costes a los pacientes debe seguir el siguiente proceso:

1. Localización en un Grupo Funcional Homogéneo de todos los consumos tanto los del hospital como los del paciente.
2. Obtención del Coste por Episodio, para ello es necesario separar los costes, relacionados con el paciente, de cada GFH e imputarlos al episodio. Los costes restantes pasan a los pacientes o a otros GFH relacionados de forma más cercana con el paciente. Finalmente, los GFH trasladan todos sus costes a los episodios tratados, es importante decir que este proceso se realiza mediante prestaciones simultáneas. Se trata de un proceso complejo de reparto de costes aunque el uso de prestaciones simultáneas facilita las imputaciones cruzadas. Por tanto, la segunda versión del Proyecto Signo nos ofrece información sobre el coste por servicio dando lugar a la

posibilidad de comparar los presupuestos de diferentes centros, el coste por producto intermedio, es decir, el coste de los productos o actividades realizadas a un episodio, y por último, el ya comentado coste por paciente consiste en la agrupación de los costes por episodios agrupados por historia clínica.

4-5. Modelo SIE: Conselleria de Sanitat i Consum de la Generalitat Valenciana.

La Consellería de Sanitat i Consum de la Generalitat Valenciana publica en 1995 un Manual que pretende dotar a las Instituciones Sanitarias adscritas de un nuevo instrumento de gestión, basado en un sistema de información capaz de suministrar datos sobre el consumo real de recursos en cada Institución, el lugar o actividad donde estos consumos se realizan y la puesta en relación de los costes con la actividad asistencial realizada (Generalitat Valenciana, 1995).

Este Sistema de Información Económica para la Gestión Sanitaria (SIE) es capaz de suministrar datos sobre el consumo real de recursos de cada una de las instituciones sanitarias adscritas, el lugar o actividad donde estos consumos se realizan y la puesta en relación de los costes con la actividad asistencial realizada.

Este sistema tiene dos grandes ejes de actuación:

-A partir de un sistema de información basado en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y en el conjunto de casos atendidos en un Hospital (casuísticas), es posible clasificar los pacientes en

grupos homogéneos desde un punto de vista clínico y económico para definir así los productos finales proporcionados por el hospital.

-Medir los costes de cada una de las unidades en que se divide el hospital y de cada uno de los productos o actividades prestadas por el mismo al paciente (Coste por Actividad) y, por último, determinar el consumo de recursos imputables a cada grupo homogéneo de pacientes (Coste por Proceso).

De acuerdo con el planteamiento de la “Conselleria de Sanitat i Consum de la Generalitat Valenciana”, los objetivos perseguidos por el SIE son los siguientes:

-Concentrarse en el destino final de los gastos generados por el Hospital, pues todos quedan afectados a un Centro de Actividad.

-Clasificación de los gastos (de personal, prestaciones, consumo de servicios y productos) que permita revelar la estructura interna de los gastos para cada Centro de Actividad.

-Conocer el coste unitario al que cada hospital realiza sus actividades, lo que permitirá evaluar la eficiencia de los centros.

-Obtener una medida de eficiencia/eficacia clínico-asistencial, a través del cálculo de los productos que necesita cada hospital para poder atender una misma patología⁴. Es decir, conocer el “coste por proceso” para ello el SIE identifica tres etapas, la primera consiste en obtener el coste por paciente mediante los precios de las actividades consumidas por éste. La segunda etapa, se centra en la identificación de pacientes con características homogéneas (GRD) sobre la base del Conjunto Mínimo de Datos (CMBD). La tercera y última etapa, radica en obtener los costes medios de los distintos grupos de pacientes para

poder determinar los índices de casuística y los funcionales. Ambos son considerados los instrumentos más importantes para conocer la gestión de los recursos sanitarios. Por tanto, este modelo permitirá tener a nuestro alcance un “coste por actividad” y un “coste por proceso”.

Según indica el Manual, el modelo se basa en los últimos avances realizados en la técnica de Contabilidad de gestión, provocados por el cada vez mayor peso de los costes indirectos con respecto a los directos, siguiendo el modelo ABC (Activity Based Costing) que corrige los defectos derivados del reparto de los costes indirectos según el modelo tradicional. Justifica la utilización del método ABC poniendo como ejemplo los Servicios de Laboratorio, Radiología, Exploraciones Funcionales o Quirófanos, que el Sistema considera como Centros Intermedios, y su reparto a los Centros Finales sobre la base de “Unidades de Obra” (modelo tradicional) como por ejemplo estancias, no resulta una garantía de fidelidad en la información de costes. Por el contrario el método ABC calcula el coste unitario de cada actividad de laboratorio, radiología, etc. y lo aplica directamente al proceso de curación de cada paciente, y a través de estos puede evaluarse la eficiencia del Servicio Médico Final al que están adscritos los pacientes.

Antes de centrarnos en la definición y clasificación de los centros de actividad propuesta por SIE veremos cuáles son las características que deben reunir los centros de actividad para ser considerados como tales que son: tener homogeneidad económica y operativa, estar dotados de un responsable, formar parte de la estructura organizativa

del hospital y tener a su alcance tanto personal como medios materiales.

La clasificación que hace el modelo de los centros de actividad es la siguiente:

Centros de Actividad Estructurales. Tienen como misión recoger todos los gastos ocasionados por actividades y servicios de carácter general que afectan al conjunto del Centro Sanitario, dirigidas al mantenimiento de las instalaciones, energía, agua, comunicaciones. Estos centros se dividen a su vez en:

- Centros Estructurales Primarios. Unidades que desempeñan actividades de sustento conservación y afectan a todos los Centros de Actividad de un Hospital. Todos ellos carecen de ubicación física completa, por tratarse de servicios externos y mantenimiento. Engloba, entre otras las siguientes unidades: Mantenimiento y Suministros Exteriores como Agua, Electricidad, Combustible, Transportes y Comunicaciones.
- Centros Estructurales Secundarios. Son unidades que desempeñan actividades de sustento y apoyo y que afectan a toda la estructura del Hospital. Disponen de ubicación física y soporte administrativo. Engloba, entre otras las siguientes unidades: Administración, Hostelería, Centros Médicos Estructurales entre los que se encuentran Farmacia y Medicina Preventiva.

Centros de Actividad Intermedios. Figuran todos aquellos que con su actividad contribuyen a, y están condicionados por, las demandas de los Centros de Actividad Finales. Estos a su vez se dividen en:

- Centros Intermedios de Diagnóstico. Unidades que desempeñan actividades de diagnóstico dirigidas a la actividad sanitaria final. Engloba entre otros: Laboratorios, Diagnóstico por Imagen, Exploraciones Funcionales, Técnicas.

- Centros Intermedios de Tratamiento: Unidades que desempeñan actividades de tratamiento dirigidos a la actividad sanitaria final. Engloba entre otros: Tratamiento de Reproducción, Tratamiento de Rehabilitación y Tratamientos Generales.

Quirófanos y Paritarios. Salas destinadas a la asistencia quirúrgica del paciente.

Centros de Actividad Intermedios Logísticos. Comprenden las Unidades de Hospitalización, Consultas Externas y Centros de Especialidades. Estos centros se crean a causa de la imposibilidad material de asignar todos los costes directamente a sus homónimos centros finales.

Centros de Actividad Final. Incluye los centros de Urgencias y los centros Médicos y Quirúrgicos, incluyendo estos últimos la Hospitalización y la Asistencia Ambulatoria en sus distintas especialidades (cardiovascular, digestiva, endocrinología).

Centros de Actividad No Imputables. Centros de Actividad que su coste no debe repercutirse en el Centro de Gestión respectivo. Gastos originados por unidades, servicios o personas de otros ámbitos ajenos al hospital aunque relacionados con él, y que usan instalaciones del mismo para el desarrollo de sus actividades.

El SIE clasifica el conjunto de costes del Centro según su naturaleza. Así, distingue:

Personal, que incluye tres apartados:

- Personal Facultativo. Su coste se afectará a los Centros de Actividad en que presten sus servicios.
- Personal Sanitario No facultativo. La afectación del coste de este personal se realiza al Centro de Actividad donde presta sus servicios, debiendo distribuirse su coste en caso de desempeñar actividades en distintos Centros de Actividad, en proporción al tiempo dedicado a cada Centro.
- Personal No Sanitario. El tratamiento de este coste es similar al anterior. Consumo de productos. Se afectan a los Centros Sanitarios en función del consumo realizado por cada uno de ellos. Distingue tres grandes categorías:

Material Sanitario.

Material no Sanitario.

Farmacia.

Consumo de servicios externos. Este coste se subdivide en:

- Suministros exteriores de agua, combustibles, electricidad, gases de uso médico, comunicaciones y transportes. Estos costes se afectan directamente a los Centros de Actividad Estructurales del mismo nombre que se han creado expresamente para ello.
- Servicios contratados como por ejemplo de limpieza, seguridad, mantenimiento, cocina. El coste se afecta exclusivamente a los Centros Estructurales Primarios y Secundarios receptores de estos Servicios.

Gastos diversos. Se incluyen los tributos, las pólizas de seguros y las indemnizaciones por razón del servicio. Los tributos y pólizas de seguros se imputan directamente al Centro de Actividad

Unidades Administrativas. Las indemnizaciones se afectarán directamente al Centro de Actividad al cual pertenece la persona objeto de la misma.

Prestaciones. El coste de estas prestaciones se afectará a los Centros de Actividad que utilicen estos productos o servicios. Distingue tres grandes categorías:

- Prótesis.
- Transporte sanitario.
- Otras actividades sanitarias.

El proyecto SIE excluye transitoriamente el tratamiento de las amortizaciones en el cálculo de los costes.

El proceso de asignación de los costes a los Centros de Actividad se compone de cuatro fases:

- 1) Primera fase, en ésta se produce la afectación de los costes directos a los Centros de Actividad que los origina. Esta fase de afectación de los costes directos se realizará mensualmente.
- 2) Segunda fase, se realiza trimestralmente siempre con valores acumulados. En esta fase en primer lugar, se traspasan los costes de los centros estructurales primarios a todos los demás, incluidos los secundarios y posteriormente, se asignan los costes de los Centros Secundarios al resto de Centros de Actividad.

3) Tercera fase, el objetivo de esta fase es que todos los costes queden distribuidos entre los Centros Intermedios de Diagnostico y Tratamiento y los Centros Finales, para ello, es necesario repartir con periodicidad trimestral los costes de los Centros de Actividad Intermedios Logísticos a los Centros Finales análogos.

4) Cuarta fase, consiste en la imputación de los costes de cada uno de estos Centros de Actividad, Intermedios y Finales, a las actividades realizadas en cada uno de ellos trimestralmente. De este modo, se obtienen los Costes por Actividad, en función de su número e índice de complejidad, a los que el Modelo denomina “Precios”. Para cada uno de los centros el modelo plantea el criterio de imputación más adecuado que se recogen en el cuadro siguiente.

Centros de Actividad	Criterios de Imputación de Costes
Centros de Actividad Estructurales	
Centros de Actividad Estructurales Primarios Mantenimiento General, Combustible Mantenimiento Específico Electricidad Agua Transporte y Comunicaciones	Metros cuadrados Costes reales de cada centro de Actividad Según estimación proporcional Metros cuadrados/ Potencia instalada Terminales adscritas/Teléfonos instalados
Centros de Actividad Estructurales Secundarios	
Administración Cocina Lavandería Seguridad, Limpieza Centros Médicos Estructurales Gases de uso médico	Coste de personal Número de dietas/Número de estancias UMA`s Metros cuadrados Metros cuadrados/UMA's
Esterilización Farmacia Medicina Preventiva	Número de intervenciones Consumo de Farmacia Consumo de hospital
Centros Intermedios Logísticos a Finales	

Unidades de Hospitalización Consultas externas y especialidades	Número de estancias Número de visitas/Intervenciones quirúrgicas
--	--

Tabla 9 Modelo SIE imputación de costes según centros

Fuente: Generalitat Valenciana (1995)

Para obtener los distintos “precios” primeramente se tendrán que agrupar las actividades homogéneas de cada uno de los Centros de Actividad a fin de que el número de “precios” sea reducido, posteriormente en los centros de actividad con una única actividad intermedia se repartirá el coste total entre el número de veces que se realizó dicha actividad para obtener un coste unitario. Para el caso de Centros que cuenten con más de una actividad, será necesario buscar un factor de ponderación para cada una de ellas.

Para determinados centros de Diagnóstico y Tratamiento el factor de ponderación propuesto son las Unidades Relativas de Valor (URV), el proceso mediante el cual llegamos a obtener el “precio” es el siguiente: primero multiplicaremos la URV de cada actividad por su frecuencia de realización, obteniendo así las “unidades de producción”.

Seguidamente, dividiremos el coste total del Centro de Actividad entre el total de unidades de producción, de este modo obtenemos el coste unitario de la unidad de producción que multiplicado por las URV de cada actividad nos da el coste unitario de cada actividad, es decir, su “precio”.

El SIE indica que conocer los precios de las distintas actividades no es suficiente para evaluar la eficacia/eficiencia, es preciso, además, medir la cantidad de servicios/actividades que se

utilizan en una institución para atender una determinada patología, en comparación con la cantidad utilizada por otras instituciones para atender la misma patología, en el ámbito de hospitalización. Es decir, conocer el Coste por Proceso. Para ello identifica tres etapas:

- Determinar el coste de cada paciente individual sobre la base de los precios de las actividades consumidas por el mismo.
- Proceder a la agrupación de pacientes de características similares (GRD) sobre la base del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria, CMBD.
- Obtener los costes medios de cada uno de estos grupos de pacientes de forma que se puedan construir los índices de Casuística (IC) y los índices Funcionales (IF).

Finalmente, para poder relacionar los costes con algunas magnitudes relevantes para determinar la gestión de los recursos del hospital el Modelo describe tres categorías de indicadores:

1. **Indicador de Gestión Estructural.** Dentro de éste encontramos, el Indicador de Gestión Estructural Primario, que se calcula mediante los costes totales de cada centro de actividad estructural primario y alguna magnitud objetiva. Y el Indicador de Gestión Estructural Secundario, que se obtiene mediante la relación entre los costes de los centros de actividad secundarios y alguna de las magnitudes relacionadas con estos.

2. **Indicador de Gestión de Precios.** Permite conocer el coste medio y por tanto, medir la eficiencia económico-asistencial de los centros. Su mayor inconveniente es el de conseguir el catálogo completo de actividades capaces de convertirse en “precios”.

3. **Índice de Casuística e Índice Funcional.** El primero, es el cociente entre la estancia media o coste medio del hospital con la estancia media o el coste medio por GRD del conjunto de hospitales, y la estancia media o el coste medio del conjunto de hospitales. El segundo, se calcula a partir del cociente entre estancia media o el coste medio calculado tratando los mismos GRD del conjunto de hospitales, con la estancia media o el coste medio por GRD obtenido en el hospital y la estancia media o el coste medio del conjunto de hospitales para los mismos GRD. Ambos índices se obtiene anualmente, podemos decir que la finalidad del índice de casuística radica en medir el grado de complejidad del total de casos atendidos en un hospital, con respecto al conjunto de los atendidos por otros hospitales considerados, en cambio, el índice funcional pretende cuantificar el grado de eficacia y eficiencia del hospital comparando sus casos con los mismos cuando son atendidos por el resto de hospitales.

4-6. Modelo de distribución de costes por proceso/paciente: Xunta de Galicia.

La Xunta de Galicia publica un documento a través de la Consellería de Sanidade e Servizos Sociaes (Xunta de Galicia, 1994), en el que aporta, como modelo a seguir, la experiencia realizada en un Hospital de la Comunidad Autónoma (Complejo Hospitalario A. Marcide-Novoa Santos).

Este sistema parte de la aplicación de los planteamientos del modelo de gestión SIGNO al hospital citado, con lo que se obtiene en primer lugar el coste de sus Servicios Funcionales. Partiendo de esta

información, se realiza una diferenciación entre los productos hospitalarios y los productos ambulatorios, para lo que utiliza la Unidad Ponderada de Asistencia (UPA).

La cuantificación de la actividad desarrollada por el hospital viene determinada por la totalidad de UPAs, es decir, el sumatorio del producto del número de unidades realizadas de cada parámetro de actividad por el valor correspondiente. Para la determinación del coste de la UPA correspondiente a cada Servicio, se divide el coste del Servicio por el número de UPAs producidas. A partir del Coste UPA/Servicio, el documento propone calcular el coste de la estancia por Servicio, mediante la multiplicación del coste UPA por un Coeficiente de Ponderación.

A partir de esta información es posible determinar el Coste Total de Hospitalización, multiplicando el coste de cada estancia por el número de estancias.

En segundo lugar, este documento también desarrolla información clínica a través de la distribución del coste de Hospitalización entre los diferentes procesos hospitalarios. Para ello el modelo, partiendo de la información existente en el CMBD y mediante la utilización de un sistema de clasificación de pacientes, concretamente, el de Categorías de Gestión de Pacientes, Patient Management Categoríes (P.M.Cs). Presenta cuatro métodos distintos para la distribución de los costes de los servicios en función de su casuística.

A cada P.M.C. le corresponde un esquema de protocolo que recoge los motivos del ingreso, recursos mínimos que se usarán en el

diagnóstico, los diagnósticos incluidos en la categoría y el tratamiento a que se debe someter al enfermo, incluyendo los días necesarios de UCI y el intervalo de estancia prevista.

Esto permite conocer el consumo previsible de recursos de cada P.M.C., lo que se traduce en la asignación al mismo de una Puntuación de Intensidad Relativa (P.I.R.) o “Relative Intensity Score” (R.I.S.).

El primer método propuesto en el documento trata la distribución de los costes en función del P.I.R. En este caso, se considera el P.I.R. como unidad de producción. Se calcula el total de unidades P.I.R. producidos por un servicio, multiplicando el número de casos por el P.I.R. medio. Dividiendo el coste de hospitalización del servicio, por el número de unidades de P.I.R., se obtiene el coste por P.I.R. Al multiplicar el coste de unidad de P.I.R. de cada P.M.C. se llega al coste de un P.M.C. Finalmente, para calcular el coste de todos los procesos pertenecientes a un P.M.C., bastará con multiplicar el coste de un P.M.C. por el número de casos de ese P.M.C.

El segundo método se centra en la distribución de costes según el P.I.R. y la estancia media. Consiste en calcular el coste de unidad de P.I.R. por estancia (coste estancia/P.I.R. medio). Posteriormente, para obtener el coste de un P.M.C, multiplicaremos el coste de unidad P.I.R, por la estancia media y por el P.I.R. de este P.M.C. El coste de todos los procesos de un P.M.C. se obtiene multiplicando el coste del P.M.C por el número de casos de ese P.M.C.

El tercer método propuesto, plantea una distribución de costes en función de un P.I.R. medio ponderado a estancia media (Coste por

Proceso). Si la estancia media real forma parte de los costes, el P.I.R. medio lo debe reflejar. Para ello, pondera la estancia media y P.I.R. de cada PMC mediante el producto entre el número de casos, la estancia media y el P.I.R. Para calcular el P.I.R. medio ponderado a estancia media se debe realizar el cociente entre el sumatorio del número de casos por estancias medias y por P.I.R., y el sumatorio del número de casos por estancia media. A partir de aquí, se puede calcular el coste de unidad de P.I.R. mediante el cociente entre el coste estancia y el P.I.R. medio. El coste de un P.M.C. será el producto entre el coste unidad P.I.R. por la estancia media y por el P.I.R. Nuevamente, el coste total de casos de un P.M.C. se obtendrá multiplicando el coste P.M.C. por el número de casos. El P.I.R. medio ponderado a estancia refleja, según muestra el estudio, no sólo el consumo de recursos de un determinado proceso, sino también la estancia media real del mismo, permitiendo un cálculo de costes más ajustado a la realidad. Si para cada paciente se multiplica estancia por P.I.R. y por coste unidad de P.I.R., el resultado de esta operación dará el coste de ese paciente.

El cuarto método propone la obtención del coste por proceso y por paciente atendido en un servicio. Para su cálculo primero debemos ponderar para cada paciente agrupado en cada P.M.C. estancia real y P.I.R. Seguidamente, obtendremos un P.I.R. medio mediante el cociente entre el sumatorio, en un P.M.C, del producto de estancia real y P.I.R. en cada paciente de ese P.M.C. y el resultado de la suma de las estancias reales de esos mismos pacientes. Entonces, el coste de la unidad de PIB se obtiene mediante el cociente entre el coste estancia y el PIR medio. Posteriormente, para obtener el coste de todos los casos

de un PMC se debe multiplicar el coste de la unidad de PIR por el sumatorio, en un PMC, del producto de estancia real y PIR en cada paciente de ese PMC. Por último, para obtener el coste medio de un PMC dividiremos el coste de todos los casos por el número de casos de ese PMC.

4-7. Modelo COAN: Sistema de Control de Gestión de la Junta de Andalucía.

La Conserjería de Salud de la Junta de Andalucía publicó en 1995 un Documento que presenta un Sistema de Control de Gestión Hospitalario, COAN, que constituye una aproximación al SIGNO I. El proyecto toma como referencia la experiencia empírica de implantar dicho sistema en nueve Hospitales del Servicio Andaluz de Salud en 1993.

Basa su estructura en la división de cada Hospital en Centros de Responsabilidad, para crear un instrumento de gestión para la Dirección de cada Hospital.

En primer lugar el proyecto COAN aborda la necesidad de definir los diferentes centros de responsabilidad. Para ello, establece cinco criterios fundamentales: deben ser los mínimos posibles, realizar una actividad homogénea, tener un producto medible, tener un único responsable y deberán ajustarse al organigrama existente, por criterios de factibilidad.

El proyecto COAN, parte de la definición de los diferentes centros de responsabilidad en cada uno de los hospitales y los clasifica en tres categorías: Básicos, Centrales y los Finales. Los dos primeros,

se caracterizan por ser centros de costes, y el tercero se caracteriza por ser tratado como centro de beneficios.

1) Básicos: Aquellos que sirven de apoyo a otros Centros de Responsabilidad y que se caracterizan porque son fundamentalmente “No Asistenciales”.

2) Centrales: aquellos centros que considerándose “Asistenciales” tienen como finalidad la prestación de servicios, generalmente de diagnóstico, a otros Centros de Responsabilidad.

3) Finales: Estos Centros se dividen en dos tipos:

- Clínicos: Se corresponden con los Centros Asistenciales Clínicos y Quirúrgicos.

- Exteriores: Son aquellos Centros que realizan una actividad externa al Área Hospitalaria, utilizando recursos del Hospital y dependiendo de su presupuesto.

Centros de Responsabilidad Básicos	Unidad Óptima
Mantenimiento, Personal, Limpieza y Seguridad	Número de Trabajadores
Atención al cliente y Admisión	Número de pacientes atendidos
Lencería y Lavandería	Cantidad de ropa lavada (en kilos)
Cocina	Estancia/dieta diaria
Farmacia	Proporcional al consumo
Anestesia, Reanimación y Actividad Quirúrgica	Horas disponibles en Quirófano
Análisis clínicos, Microbiología, Parasitología, Inmunología, Genética, Anatomía Patológica, Radiodiagnóstico, Medicina Nuclear y Radioterapia	Consumo URV

Hospital de día	Número de pacientes atendidos
Hospital a domicilio	Número de consultas
Medicina Preventiva	Número de trabajadores
Neurofisiología Clínica	Número de Exploraciones
Farmacología Clínica	Número de Estancias

Tabla 10 Modela COAN criterios óptimos para la Imputación de costes,

Fuente: Junta de Andalucía (1995)

4-8. Modelo SCS: Servei Català de la Salut.

El “Institut Català de la Salut” (ICS) publicó en 1994 un documento cuyo objetivo es establecer las bases y los criterios indispensables para la elaboración y la puesta en funcionamiento de la contabilidad analítica en los hospitales pertenecientes al Grupo ICS (ICS, 1994). Se pretende elaborar un sistema de contabilidad analítica que permita realizar un análisis correcto del coste total de la actividad asistencial realizada, a partir de la información suministrada por el mismo sobre cuáles son los recursos reales consumidos y quien realiza ese consumo. En primer lugar, el modelo define la estructura funcional del hospital mediante la identificación de los centros de coste a los que denomina Centros de Actividad, definiéndolos como unidades de producción que realizan un producto y llevan a cabo una actividad que puede ser asistencial o no. Desde la perspectiva de la contabilidad analítica y teniendo en cuenta la definición anterior, los Centros de Actividad son las unidades donde se acumularán los costes que se hayan generado, tanto directamente como indirectamente.

El Documento indica que el sistema servirá como soporte a la toma de decisiones y más concretamente conseguir entre otros los siguientes objetivos:

- Evaluar la gestión global.
- Evaluar la gestión por centro de actividad.
- Conocer el coste de las patologías atendidas por centro de actividad.
- Fijar presupuestos por servicio y analizar desviaciones.
- Ayudar a elaborar la Dirección por objetivos.
- Ayudar a la tarifación de la empresa.
- Estar preparado para una eventual facturación por proceso.
- Planificación hospitalaria en el ámbito hospitalario.
- Evaluación de nuevas tecnologías.
- Ayudar a cambiar la cultura de la organización.

Para la definición de los diferentes Centros de Actividad utiliza los siguientes criterios:

- Disponer de homogeneidad económica y operativa.
- Tener un responsable.
- Concentración funcional de medios materiales y humanos correspondientes a cada Centro de Actividad.
- El Centro de Actividad debe estar encuadrado en la estructura organizativa general del centro.

El modelo clasifica estos centros en tres categorías, aunque debemos destacar que cada hospital está dotado con una serie de servicios, por tanto, los Centros de Actividad variaran en función de los recursos, la dimensión del hospital y su organización.

Centros de Actividad Estructurales o Auxiliares, son centros de servicios comunes, fundamentales para el desarrollo de la actividad del hospital ya que, dan servicio a todo el hospital. Su actividad no es asistencial pero es necesaria para la realización de dicha actividad asistencial.

Estos centros se dividen en Centros Estructurales Primarios, que son los encargados de temas relacionados con la estructura física y organizativa del hospital, y los Centros Estructurales Secundarios que son los relacionados con temas de logística del hospital por lo que su relación con el paciente es más estrecha.

Primarios	Secundarios
Mantenimiento U. Direcciones Funcionales Administración Información Conserjería Biblioteca Informática Almacén Compras	Admisiones Archivo historias clínicas Limpieza Lavandería Cocina Esterilización Farmacia

Tabla 11 Modela SCS Centros de Actividades Estructurales

Fuente: Generalitat de Catalunya (1994)

Centros de Actividad Intermedios son los encargados de dar soporte a las unidades productivas finales mediante el diagnóstico y tratamiento de pacientes.

Prestan sus servicios a petición de las unidades productivas finales, aunque, estos centros pueden trabajar también para otros centros ajenos al hospital.

Diagnóstico	Tratamiento	Soporte
Análisis clínicos	Unidad clínica del dolor Hospital de día	Anestesia y Reanimación
Bioquímica		Quirófanos
Diagnóstico por imagen		Paritarios
Otros laboratorios		Banco de sangre
Anatomía Patológica		Unidades de consultas externos Unidades de urgencias Unidades de hospitalización

Tabla 12 Modelo SCS Centros de Actividad Intermedios

Fuente: Generalitat de Catalunya (1994)

Centros de Actividad Finales son los responsables de los episodios clínicos que tiene lugar dentro del hospital; cabe decir que su actividad se factura al exterior. Dentro de los centros finales podemos encontrar, por un lado, los Centros Finales de Soporte o Apoyo, que actúan a petición de los centros finales dando diagnóstico y tratamiento a los pacientes y, por otro, los Centros Finales Principales, que son los responsables de elaborar el producto de atención especializada final.

Soporte o Apoyo	Principales
Radioterapia	Hospitalización: Medicina Interna Cardiología Traumatología etc.
Rehabilitación	
Cirugía Mayor Ambulatoria	
Medicina Preventiva	
Medicina Intensiva	
	Asistencia primaria Consultas externas:

	Medicina Interna Cardiología Traumatología etc. <i>Urgencias:</i> Medicina Interna Traumatología etc. <i>Cirugía Mayor :</i> Cirugía general Traumatología etc.
--	---

Tabla 13 Modelo SCS Centros Finales Principales

Fuente: Generalitat de Catalunya (1994)

Una vez definidos los centros de actividad del hospital el sistema de contabilidad analítica propuesto por el ICS consta de cuatro fases:

Primera fase: en esta se realizará la imputación de los costes directos o por naturaleza a cada Centro de Actividad. Debemos mencionar que los costes directos son de imputación directa al Centro de Actividad que los ha originado (personal, consumo de productos, etc.). No obstante, algunos de estos costes directos son difíciles de asignar a los centros como consecuencia de que la información es insuficiente (agua, luz, etc), por lo que esto implica que para su imputación debemos utilizar a las denominadas Unidades de Obra como parámetro de reparto.

El Documento del ICS establece los criterios para seleccionar las distintas unidades de obra bajo las siguientes premisas:

- Unidad de obra ideal: Criterio considerado como el mejor para aplicar.

- Unidad de obra posible: Mejor alternativa a la unidad de obra ideal, de acuerdo con los sistemas de información disponibles.

- Unidad de obra mínima: Unidades de obra que cada hospital debería aplicar en caso de no poder disponer de ninguna de las anteriores.

Segunda fase: esta se subdivide en dos; en la primera parte de esta fase se produce la imputación de los costes de los Centros de Actividad Estructurales Primarios a los Secundarios, Intermedios y Finales, mediante las respectivas unidades de obra, obteniendo así el coste total de los Centros Estructurales Secundarios y su eficacia. De este modo, los Centros Estructurales Secundarios quedarían cerrados a la entrada de otros gastos. Posteriormente, en la segunda parte de esta fase, se produce el reparto de los costes de los Centros Estructurales Secundarios a los Intermedios y Finales, mediante las unidades de obra correspondientes, lo que implicará conocer el coste total de los Centros Intermedios. Nuevamente, estos centros ya no podrán recibir ningún gasto adicional.

El Documento del ICS establece los criterios para seleccionar las distintas unidades de obra bajo las siguientes premisas:

- Unidad de obra ideal: Criterio considerado como el mejor para aplicar.

- Unidad de obra posible: Mejor alternativa a la unidad de obra ideal, de acuerdo con los sistemas de información disponibles.

- Unidad de obra mínima: Unidades de obra que cada hospital debería aplicar en caso de no poder disponer de ninguna de las anteriores.

Segunda fase: esta se subdivide en dos; en la primera parte de esta fase se produce la imputación de los costes de los Centros de

Actividad Estructurales Primarios a los Secundarios, Intermedios y Finales, mediante las respectivas unidades de obra, obteniendo así el coste total de los Centros Estructurales Secundarios y su eficacia. De este modo, los Centros Estructurales Secundarios quedarían cerrados a la entrada de otros gastos. Posteriormente, en la segunda parte de esta fase, se produce el reparto de los costes de los Centros Estructurales Secundarios a los Intermedios y Finales, mediante las unidades de obra correspondientes, lo que implicará conocer el coste total de los Centros Intermedios. Nuevamente, estos centros ya no podrán recibir ningún gasto adicional.

Tercera fase: en ella los costes de los Centros Intermedios se repartirán entre los Centros Finales tanto a los de Soporte como a los Principales. Esto nos permitirá conocer el coste total de los Centros Finales.

Cuarta fase: en esta última fase los costes de los centros de actividad finales de soporte se repartirán entre los Centros de Actividad Finales Principales. Esto nos permitirá conocer el nivel de eficacia de los Centros de Actividad Finales Principales, a través de su coste total, así como el coste de actividad de las estancias, de urgencias y de las consultas externas, es decir, estará a nuestro alcance información de costes de cualquier producto hospitalario final a través de los instrumentos de Case-Mix.

El tratamiento propuesto de los costes, mediante las diferentes fases descritas previamente, muestra un modelo que se basa en la imputación en cascada. Una vez se conoce el coste de los Centros de Actividad Finales Principales se puede elaborar una cuenta de

resultados, pero para ello se requiere aportar información sobre los ingresos realizados.

El Documento propone que para el caso concreto de los hospitales pertenecientes al ICS, se valoren los ingresos mediante las Unidades Básicas Asistenciales (UBA) generadas por cada Centro de Actividad Final Principal. Estas se deberán multiplicar por las tarifas establecidas.

Finalmente, el Documento destaca la posibilidad de poder valorar los procesos asistenciales utilizando herramientas muy potentes de case-mix (PMC, DRG).

4-9. Modelo SVS: Servicio Vasco de Salud (Osakidetza).

El Servicio Vasco de Salud (SVS), publica en 1994, un Manual que tiene por objeto establecer la metodología de imputación de costes hospitalarios, para llegar a determinar el coste de los servicios funcionales de los hospitales en cada una de las áreas en las que desarrollan su actividad: Hospitalización, Consultas Externas, Urgencias y Servicios Externos (Eusko Jaurlaritza, 1994).

Este sistema tomo como referencia el modelo SIGNO I, así pues, utiliza la misma distinción entre Servicios Estructurales, Intermedios y Finales.

El Manual clasifica los centros de responsabilidad en Servicios Funcionales Estructurales, Servicios Funcionales Intermedios y Servicios Funcionales Finales.

A los primeros, el Modelo, les da un tratamiento general sin especificar distintos centros. Aunque cabe señalar que los Centros

Estructurales e Intermedios son tratados de forma general como podemos observar en el siguiente cuadro.

Servicios Funcionales Intermedios	
Edificio Mantenimiento Limpieza Lencería	Cuidados Intensivos Radiología Anestesia Quirófanos
Alimentación Esterilización Farmacia Laboratorio Lavandería	Anatomía patológica Pruebas funcionales y Otros Urgencias Enfermería Traslados interservicios

Tabla 14 Modelo SVS Servicios Funcionales Intermedios
Fuente: Eusko Jaurlaritz (1994).

Servicios Funcionales Finales
Hospitalización
Consultas Externas
Urgencias
Servicios Externos

Tabla 15 Modela SVS Servicios Funciones Finales
Fuente: Eusko Jaurlaritz (1994).

En el Manual se establece una serie de Niveles de imputación para cada concepto de coste y Servicio Funcional. Así, se fijan un “nivel optimo” (nivel 1) y los que, en ausencia de éste, se deben emplear (niveles 2,3 y 4). En una primera fase los costes se asignan directamente a los servicios, en función de la utilización que hace cada uno de ellos. Este es el caso de personal o arrendamientos. Normalmente los otros costes no pueden imputarse directamente, por lo que deben previamente asignarse a los Servicios Intermedios, como por ejemplo Reparaciones y conservación, que irán asignados en

primera instancia al servicio intermedio Mantenimiento, o los productos farmacéuticos que previamente también se imputarán a un servicio intermedio, en este caso en el de Farmacia. En cuanto a las amortizaciones, tal como manifiestan otros modelos descritos anteriormente, de momento, no se plantea su inclusión.

En cuanto a la imputación de los servicios intermedios a finales se relacionan a continuación algunos ejemplos con la inclusión de los distintos niveles:

Servicios Intermedios finales	Alimentación	Mantenimiento	Laboratorio
Nivel 1	Imputación directa	Imputación directa	Imputación directa
Nivel 2	Imputación directa a los servicios en función del número de menús servidos.	Imputación directa: mantenimiento preventivo y órdenes de reparación En función de los m2: el resto	En función de los consumos mediante muestreo diseñado específicamente, de los servicios peticionarios, a través de URVs.
Nivel 3	Se imputa en función del número de estancias	En función de los m2	Se imputa en función de los consumos, obtenidos mediante muestreo no diseñado específicamente, de los servicios peticionarios, a través de URVs.
Nivel 4	-----	-----	En función del nº determinaciones para cada servicio

Tabla 16 Modelo SVS Imputación servicios intermedios a finales

Fuente: Adpatado de Jaurlaritz (1994)

4-10. Modelo GECLIF (Gestión Clínico-Financiera): Ministerio de Sanidad y Consumo 1998, aplicación de los GRDs. (Grupos Relacionados por los Diagnóstico).

El GECLIF es la continuación del trabajo realizado por el proyecto SIGNO, adaptando su estructura y metodología a lo recogido tanto en el Plan Estratégico del INSALUD como en los Contratos de Gestión, proporcionando unos criterios, procedimientos y un sistema de evaluación que permita el análisis y comparación entre los distintos hospitales.

La Contabilidad Analítica en los hospitales del INSALUD tiene sus orígenes en el año 1992, a través del Proyecto SIGNO, que calculaba costes por servicio.

Este Proyecto supuso la entrada de los hospitales en el cálculo de costes, introduciéndose términos hasta el momento desconocidos en ese entorno: Grupos Funcionales Homogéneos (GFH), criterios de imputación de costes, servicios estructurales, intermedios y finales, etc.

Al mismo tiempo surgieron otras herramientas básicas de gestión en los hospitales, como la codificación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (C.M.B.D.), de los pacientes que causan alta en hospitalización. Por otro lado, se fueron incorporando al sistema una serie de mejoras en los sistemas de información: los sistemas de medición de la casuística hospitalaria a través de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), que clasifican a los pacientes atendidos en grupos homogéneos en función de la patología atendida y

los consumos de recursos; y sistemas de medición de la calidad técnica y percibida.

Además de estos avances, en el año 1997 se empieza a hablar del Plan Estratégico del Insalud y del Contrato de Gestión, que se implanta en el año 1998 como instrumento de financiación de los hospitales. Se produce un cambio de la Unidad Ponderada Asistencial (UPA) por la Unidad de Complejidad Hospitalaria (UCH). Se empieza a tarifar complejidad y producto, es decir, por UCH, por intervenciones quirúrgicas ambulatorias no específicas, cirugía mayor ambulatoria, otros procesos extraídos, etc

Ya no nos basta saber lo que cuesta un servicio, sino que la base fundamental es conocer el coste de nuestros productos. Estamos en la obligación de contribuir a la gestión clínica con información que permita la formulación de presupuestos clínicos, dar soporte a los institutos o Áreas Clínico Funcionales y Unidades de Gestión Clínica. En la línea de ir avanzando en la Gestión Analítica Hospitalaria, se pretende impulsar y coordinar un proyecto que aglutine el coste por servicio, coste por proceso hospitalario, presupuestos por servicio, GFH y proceso, medidas de eficiencia y calidad (utilización adecuada de recursos), en el marco del control interno y de la financiación hospitalaria. Así nace el Proyecto GECLIF (Gestión Clínico - Financiera), que toma el testigo del SIGNO.

Las distintas unidades de la organización hospitalaria se relacionan entre sí sin clasificaciones estancas. Un laboratorio puede ser un GFH final, cuando vende su producto y, consecuentemente, puede tener su propia cuenta de resultados. Un servicio de medicina

interna puede imputar sus costes a un Servicio de Cirugía, cuando realiza una interconsulta. Los órdenes de imputación no existen. Todos los GFH forman un entramado de relaciones sin orden preestablecido.

La información clínica se combina con la económica y del conjunto resultante surge la medición del producto hospitalario. Hablamos de un producto total; producto final e intermedio; paciente, proceso, acto médico, prueba analítica, estancia hostelera, Kg. de ropa lavada, etc. El Proyecto GECLIF toma el testigo del SIGNO, con la esperanza de entrar en el nuevo siglo con unas herramientas adaptadas a las exigencias de los gestores sanitarios.

Al tiempo que se concebía y comenzaba el pilotaje del Proyecto GECLIF en algunos hospitales, se introdujeron en el año 1998 una serie de mejoras en la Gestión Analítica, comenzando por la diferenciación de los costes del área de hospitalización (precisos para el cálculo del coste por proceso) de los correspondientes a la actividad ambulatoria. Se trataba de un primer paso para el cálculo de costes de nuestros productos, y todos los hospitales del INSALUD se tuvieron que adaptar a la nueva estructura de la Contabilidad Analítica. Con ello se pudieron conocer los costes unitarios del alta, estancia y Unidad de Complejidad Hospitalaria (UCH), así como los costes del área ambulatoria, de la consulta primera y sucesiva, etc.

En esta línea, se hizo una separación de los costes del área de hospitalización de los del área ambulatoria. Para ello, se desglosaron las consultas externas por especialidad, creando un GFH dentro del servicio final correspondiente, de forma que cada servicio final debía

estar desglosado en, al mínimo, dos GFH: uno para hospitalización y otro para consultas externas. Así, el coste del personal facultativo se debe afectar tanto al GFH de hospitalización como al de consultas, sobre la base de criterios de asignación. Del mismo modo los costes repercutidos de los servicios intermedios como Laboratorio, Radiodiagnóstico, Pruebas Especiales, etc., se deben imputar tanto al GFH de hospitalización como al de consultas en función de las peticiones realizadas por cada uno de ellos.

Otro cambio en la estructura de la Contabilidad Analítica fue el desglose, dentro del Servicio de Docencia e Investigación, en dos GFH: uno para docencia y otro para investigación, ya que se recogía la necesidad en el Contrato de Gestión de separar del presupuesto del centro al destinado a la Investigación, y el impulso debía hacerse desde la Contabilidad Analítica.

En definitiva, aparece un nuevo concepto en la estructura de la Gestión Analítica, las denominadas Áreas de Producción, con el objeto de adaptar la Contabilidad Analítica a las distintas líneas de producción y financiación.

A continuación detallaremos las características de este nuevo modelo:

1. Permite la captura automática de datos, independientemente de la fuente de los mismos. Dispone de utilidades para convertir estructuras de bases de datos; por tanto, mediante operaciones sencillas, podemos importar información de un fichero a otro.
2. Su filosofía se basa en adaptar la herramienta a la organización, es decir, manteniendo estructuras mínimas homologadas, la herramienta

nos permite desarrollar nuestro análisis de costes en los niveles que deseemos. Además, disponemos del desglose de costes al nivel que queramos.

3. La información económica se combina con la asistencial dando lugar al coste por producto. El conocimiento de nuestros costes permite poder compararlos, y definir presupuestos futuros.

4. Permite conocer el coste de nuestros procesos y pacientes.

5. Ofrece cuadros de mandos en los que podemos analizar las desviaciones respecto a presupuestos establecidos, conociendo no sólo cuánto nos desviamos sino también por qué nos desviamos.

Como conclusión, decir que los centros sanitarios deben mejorar este sistema de cálculo estimado por GRD por otro basado en la asignación de recursos al paciente, ya que este presenta inconvenientes como el de que la eficiencia o ineficiencia en el tratamiento de algunos pacientes tendrá efectos en el resultado, pues unos costes muy altos en un GFH debidos al tratamiento de un tipo de pacientes, son repartidos a todos los GRD mediante los pesos de cada uno de ellos, por lo que entonces el coste de todos sus GRD estará infravalorado o sobrevalorado.

4-11. Análisis comparativo entre los sistemas de coste descritos.

Ahora vamos a realizar una comparación de los distintos modelos descritos, centrándonos en mostrar las coincidencias y singularidades. Así, analizaremos los tipos de coste por naturaleza utilizados en cada modelo, los centros de costes y los criterios de

reparto de los costes entre los centros de costes por un lado, y centros de costes y productos por el otro.

4-11-1 Tipos de costes por naturaleza.- En este apartado vamos a encontrar diferencias en cuanto a su clasificación, aunque no sean significativas, ya que no afectan de forma importante. Así pues vamos a ver los distintos apartados de que constan estos costes.

1. *Personal.*- Este apartado tiene un peso específico importante y un tratamiento individualizado en cada uno de los modelos. No obstante su imputación se realiza en general en función del lugar donde estén trabajando cada una de las personas que conforman el coste de personal del centro. Es de destacar la distinción que hacen, tanto SIE como SCS, al diferenciar entre personal facultativo, personal sanitario no facultativo y personal no sanitario.
2. *Suministros.*- Solo SIGNO lo identifica de esa forma, el resto lo identifica con otros nombres; COAN utiliza el término “consumo de fungibles” y SIE como “consumo de productos y servicios”. Así distingue entre productos y servicios que para él son los externos. Los primeros hacen referencia a material sanitario, material no sanitario y farmacia. Los segundos abarcan suministros de agua, combustible, servicios contratados de limpieza, mantenimiento, seguridad, etc. El mismo enfoque lo realiza el SCS en su apartado de “consumo de bienes y servicios”, diferenciando “consumo de productos” de “consumo de servicios”. Por su parte el SVS incluye este

coste en un apartado denominado “coste de funcionamiento”. En todos los casos se imputa el coste en función del consumo a cada centro sanitario.

3. *Prestación.*- Solo SIE identifica este coste de forma específica, refiriéndose a apartados como prótesis, transporte sanitario y otras actividades sanitarias. El resto de modelos lo tiene incluido en el apartado de suministros o consumo de bienes y servicios.
4. *Farmacia.*- SIGNO y COAN lo identifican perfectamente este coste, sin embargo los sistemas SIE y SCS no utilizan de forma separada esta determinación, quedando incluida en el apartado de consumo de productos y consumo de bienes y servicios, respectivamente.
5. *Hostelería.*- Es otro de los costes que SIGNO trata de forma aislada. La alimentación, siguiendo este sistema, se imputa a cada GFH en función del consumo. El resto de modelos no tienen en cuenta este detalle, encontrándose dicha partida ubicada en el concepto de consumo de servicios exteriores. La mayoría van a tener los servicios subcontratados.
6. *Mantenimiento.*- Es uno de los costes a los que se dedica más atención. En general, todos los modelos utilizan como criterio de imputación de este coste el grado de utilización, aunque el concepto que utiliza cada uno no es el mismo. El SCS lo considera dentro del capítulo de reparaciones, el SVS lo trata como “reparación y conservación”, el SIE lo considera como servicio subcontratado y es por ello que lo incluye en

“consumo de servicios externos”. Dentro del sistema de CAON se incluye en la partida de “mantenimiento de aparataje”. Por último SIGNO distingue entre externo e interno.

7. *Contratas externas.*- El único que no considera este coste es SIGNO, el resto lo incluye dentro del “consumo de servicios externos”, menos COAN que lo considera como importe de las contrataciones realizadas con empresas externas a la organización.
8. *Amortización.*- Es uno de los costes reconocidos por todos los modelos, sin embargo, existen ciertas diferencias. Así, SIGNO indica que el cálculo de la amortización obedece a criterios técnicos y se imputa en función de la ubicación del bien. Por su parte COAN, se decanta por un sistema de amortización constante, siendo la cuota anual el resultado de dividir el valor del bien entre los periodos de vida útil considerados. El SVS integra la amortización dentro del “coste de funcionamiento”, sin especificar el sistema de cálculo. SIE y SCS excluyen transitoriamente el tratamiento de la amortización, especificando que se tendrán en cuenta en la medida en que sea posible determinarlo.
9. *Fondo de maniobra.*- solo SIGNO lo va a considerar de forma aislada.

Costes	SIGNO	SIE	XUNTA	COAN	SCS	SVS	GECLIF
Personal	Personal	Personal	Personal	Personal	Personal	Personal	Personal
Suministros	Suministros	Consumos de productos	Suministros	Consumo de fungibles	Consumo de bienes y servicios	Costes de funcionamiento	bienes y servicios
Prestación		Prótesis Transporte sanitario					
Farmacia	Farmacia		Farmacia	Consumo de fármacos			
Hostelería	Alimentación		Alimentación				
Mantenimiento	Mantenimiento	Consumo servicios externos	Mantenimiento	Mantenimiento aparataje	Reparaciones	Reparaciones y consumos	
Contratas externas				Contratas externas			
Amortización	Amortización		Amortización				Amortización
Fondo de maniobra	Fondo de maniobra						

Tabla 17 Costes por naturaleza utilizados en los diversos modelos

4-11-2 Centros de coste.- En este apartado observamos que se modifica totalmente la visión que en el apartado anterior teníamos, ya que hemos observado que las diferencias entre los distintos modelos aparecían sobre todo por cuestiones terminológicas. Este no es el caso de los centros de costes utilizados, ya que los diferentes enfoques por parte de los distintos modelos pueden llevar a resultados finales totalmente dispares.

Estos centros de costes reciben diferentes denominaciones en función del modelo de costes analizado, como consecuencia de la organización interna de los hospitales: Grupos Funcionales Homogéneos (GFH), Centros de actividades, Centros de responsabilidad o Secciones.

El centro de coste, sea cual sea su denominación, se considerará como una unidad de producción que ofrece un servicio asistencial o no. Estas unidades deberán reunir una serie de características:

- Los centros de costes estarán relacionados perfectamente con la estructura organizativa del centro.
- En cada centro de costes deberá figurar un responsable.
- La actividad que desarrolle cada uno de los centros será claramente identificable y el medidor estará relacionado con esa actividad. De este modo podremos identificar los recursos utilizados en cada centro, además de facilitarnos el reparto de

de los costes de esos centros hacia otros, en base a su utilización y mediante ese medidor.

En este sentido, SIGNO utiliza dos clasificaciones distintas para determinar los centros de coste. La primera, identifica un primer nivel básico formado por los GFH, unidades mínimas de gestión. Un segundo nivel llamado Servicio Funcional (SF) agrupa uno o varios GFH, y un tercer nivel, Áreas funcionales, que agrupa uno o varios SF. La segunda clasificación que utiliza SIGNO, muestra tres centros de coste diferenciados como finales, intermedios y estructurales.

Esta última clasificación propuesta por el Signo es utilizada en gran parte de los centros hospitalarios, aunque con algunas diferencias. A continuación explicaremos la clasificación que presentan los modelos propuestos por las Comunidades Autónomas.

Para el sistema COAN, los centros estructurales reciben el nombre de “básicos”; centros que normalmente serán no asistenciales. Los intermedios se reconocen bajo el nombre de “centrales”, los cuales siempre serán asistenciales. En cuanto a los finales, diferencia entre centros finales clínicos y centros finales exteriores.

Los sistemas SIE y SCS son parejos en su enfoque, identificando los distintos centros con el término “centros de actividad”. Así, SIE clasifica los centros en estructurales, intermedios y finales pero realizando para cada uno de ellos una subclasificación con la intención de obtener una información más detallada. Los estructurales los clasifica en primarios, como mantenimiento, y

secundarios como administración. Para los centros de actividad intermedios, diferencia los centros de coste intermedios, de los intermedios logísticos. En cuanto a los finales, también hace una distinción entre centros de actividad final y centros de actividad final no imputables. Por su parte el SCS, a los centros de actividad estructurales también les da el nombre de auxiliares, pudiendo ser primarios y secundarios. Reconoce los centros de actividad intermedios y para los finales diferencia los centros de actividad finales de apoyo de los centros de actividad finales principales.

Por su parte el SVS también utiliza el enfoque mayoritario dando a los centros el nombre de servicios funcionales estructurales, intermedios y finales.

MODELOS	DENOMINACIÓN	CLASIFICACIÓN
SIGNO	Grupos Funcionales Homogéneos	Estructurales Intermedios Finales
SIE	Centros de Actividad	Estructurales: Primarios y Secundarios Intermedios: Tratamiento, Diagnóstico y Logística Finales: Imputables y No Imputables
XUNTA	Grupos Funcionales Homogéneos	Estructurales Intermedios: Finales
COAN	Centros de	Básicos

	Responsabilidad	Centrales Finales: Clínicos y Exteriores
SCS	Centros de Actividad	Estructurales: Primarios y Secundarios Intermedios Finales: de Apoyo y Principales
SVS	Servicios	Estructurales Intermedios Finales
GECLIF	Grupos Funcionales Homogéneos	Estructurales Intermedios Finales

Tabla 18 Centro de costes según los modelos

4-12. Conclusiones.-

La situación económica actual hace replantearse muchas acciones de gestión que se han reflejado en este apartado. Pienso que lo principal sería homogeneizar criterios referentes al cálculo de costes, y a los costes propiamente dichos. Una central de compras, una cartera común de servicios, un ratio común de personal, etc., que contribuya a la igualdad en todo el territorio nacional. Según hemos visto, por la forma en que se ha desarrollado, se puede comparar y analizar la eficacia, la eficiencia, la productividad, los costes, etc., entre hospitales y servicios de la misma comunidad, pero no ocurre lo mismo cuando la comparación se quiere realizar entre centros

pertenecientes a diferentes comunidades, ya que los criterios utilizados no son los mismos.

Un ejemplo claro lo podríamos encontrarlo en la cartilla de vacunación de un recién nacido, que según en la comunidad autónoma donde resida, tendrá una serie de vacunas u otras, como si de estados diferentes se tratase.

Y aún más en nuestra comunidad tenemos casos de diferenciación en lo que respecta a cartera de servicios, dentro de una misma patología, podemos tener hospitales que disponen de epidural para los partos y otros no, que tienen habitaciones individuales y otros compartida,

5.- Capítulo Estudio de la unidad de enfermería como unidad de coste.-

5-1. Introducción.

La visión de la enfermería en centros hospitalarios españoles se basa en dos vertientes de adaptación de la valoración.

Una es la creada por Marjory Gordon, denominada “Patrones funcionales”, y la segunda, que será la que utilicemos en nuestro trabajo, la creada por Virginia Henderson sobre “Las necesidades humanas”, valoración que encontramos en diferentes instituciones, tanto a nivel de primaria como hospitalaria de primer y segundo nivel.

La valoración de Virginia Henderson, revisada en páginas anteriores, nos relaciona con las catorce necesidades básicas humanas, los diagnósticos de enfermería más apropiados para cada una de ellas.

Virginia Henderson nos indica que *“la función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible (Henderson V., 1964).*

El modelo de cuidado que se adopta, es el de Dorotea Orem, que conceptúa el autocuidado como *“la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcionales y del desarrollo”* (Orem, D. 2001).

Hemos dicho que en la valoración cada necesidad básica se relaciona con uno o varios diagnósticos, estos a su vez se relacionan con uno o varios resultados y con una o varias intervenciones.

La razón por la cual se han elegido para el cálculo de tiempos, las intervenciones de enfermería CIE, en lugar de los diagnósticos de enfermería NANDA, o los resultados CRE, es porque a diferencia de los NANDA o de los CRE, donde el paciente es el centro de interés, en las CIE el centro de interés es todo aquello que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado.

Una CIE se define como *“cualquier tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente/cliente”*. (Marion, J. et al, 2006). A diferencia pues de NANDA y CRE, se pueden cuantificar en tiempos de realización, por lo que podemos valorar cualquier proceso de cuidado llevado por

la enfermería. Esto nos permite conocer la parte que corresponde a enfermería de un proceso mórbido de un paciente/cliente.

Podemos realizar entonces un proceso de recepción de datos dinámico, que nos dé como resultado los diferentes CIEs que hemos realizado por día de estancia. A este proceso actualmente se le denomina vía clínica. Con ello pretendemos armonizar los criterios, mejorar los resultados y facilitar su evaluación.

Todo ello sin perder de vista que el ser humano es único e irrepetible, con lo que cada proceso será también único e irrepetible, aunque con esta forma de actuación podremos crear unos estándares de cuidados para cada una de las patologías.

Hasta ahora todos los datos vienen englobados en los GRDs médicos, pero con esta visión podremos saber la parcela concreta que corresponde en el gasto por consumo del cuidado de enfermería, y también podremos ver si la plantilla reúne la cantidad de medios humanos suficientes o no, en conjunto la eficacia y la eficiencia de la enfermería con respecto al proceso concreto de enfermedad.

Así lo primero que realizaremos es un catálogo de diagnósticos de enfermería acorde a la patología a tratar, del cual obtendremos un listado de resultados que queremos obtener, realizando una serie de intervenciones, las cuales serán las que podremos medir sus tiempos.

Como hemos visto en el apartado correspondiente, las comunidades autónomas no tienen a la unidad de enfermería como una unidad separada de coste, sino que está incluida dentro de unidades más grandes. Nuestro trabajo, es realizar un cálculo propio de la unidad, según la patología que se trate, para poder tener una visión más concreta del coste / eficacia y coste / eficiencia de la propia unidad de enfermería.

El estudio lo hemos realizado en dos unidades de enfermería:

1. Unidad de pacientes crónicos de media estancia de medicina interna, con diagnóstico médico de bronconeumopatía crónica obstructiva (BNCO) y accidente vascular cerebral (AVC).

2. Unidad de obstetricia, con diagnóstico médico de parto sin complicaciones y cesárea sin complicaciones.

5-2. Catálogo de actividades de enfermería según las unidades determinadas.

5-2-1.-Unidad de pacientes crónicos de media estancia de medicina interna, con diagnóstico médico más repetidos de BNCO y AVC.

El estudio lo hemos realizado en el Hospital Nisa Aguas Vivas, situado en la localidad de Carcaixent, en la provincia de Valencia.

La unidad se estudió durante 6 meses, pasando por ella 207 pacientes, siendo la estancia media de 28 días y medio. La estancia más larga fue de 42 días y la mínima de 4 días por *exitus*.

Respecto a las patologías clínicas observadas, las más habituales fueron BNCO subagudas en 108 casos, AVC en fase de rehabilitación en 89 casos, en 8 casos postquirúrgicos con complicaciones secundarias (úlceras de decúbito, falta de rehabilitación, etc) y 2 casos fueron provocados por alérgica yatrogénica e ingresaron para su rehabilitación.

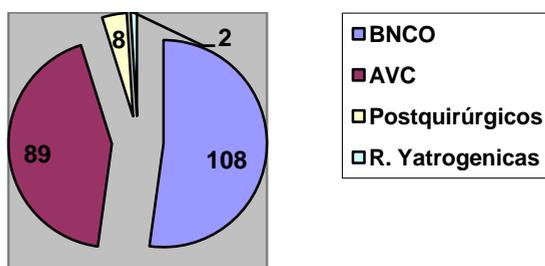


Gráfico 1 Unidad de Crónicos

Al ingreso se les realizó una valoración de enfermería según las necesidades básicas. Anexo I, obteniendo los siguientes diagnósticos, para cada uno de los apartados.

1.- RESPIRACIÓN

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
29	Disminución gasto cardiaco	120	58%

30	Deterioro intercambio gases	108	52%
31	Limpieza ineficaz vías aéreas	56	27%
32	Patrón respiratorio ineficaz	110	53%
33	Deterioro de la respiración espontánea	0	0%
36	Riesgo de asfixia	22	10,5%
37	Riesgo de aspiración	76	36,7%
0	Sin incidencias	23	11,1%

Tabla 19 Valoración Necesidad Básica I Respiración “unidad de crónicos”

Dado el porcentaje de pacientes según patologías: del 52% BNCO, 43% AVC, 4% UCI, 2% Otros. Los diferentes diagnósticos obtenidos estaban muy relacionados a las patologías clínicas que padecían, siendo los porcentajes de patología respiratoria del 62.5% y los mecánicos del 26.5%.

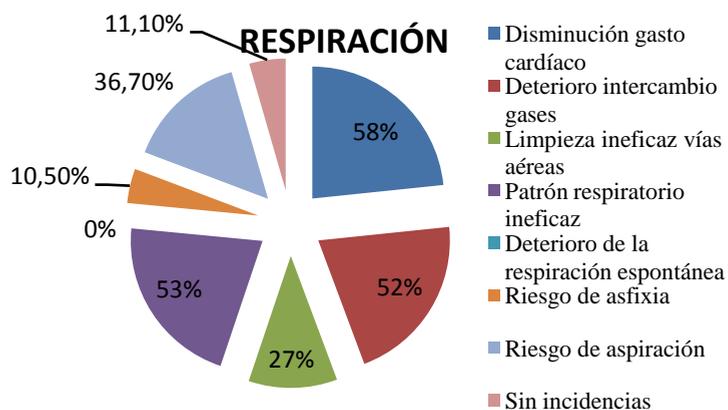


Gráfico 2 Necesidad Básica 1.- Respiración "Unidad de crónicos"

2.- ELIMINACIÓN

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
11	Estreñimiento	56	24,6%
13	Diarrea	15	7,2%
14	Incontinencia Fecal	67	29,5%
15	Riesgo de estreñimiento	125	55%
20	Incontinencia urinaria funcional	58	25,5%
23	Retención urinaria	0	0
110	Déficit de autocuidado: uso del WC	92	40,5%
166	Disposición para mejorar la eliminación urinaria	48	23%

Tabla 20 Necesidad Básica 2 Eliminación "Unidad de crónicos"

Se acordó crear un protocolo para adelantarse al frecuente problema de la deposición y las inquietudes de nuestros pacientes, preguntando todos los días si habían o no defecado y al tercer día se administraba si no había contraindicación un microenema o un enema según casos. Por otro lado, las incontinencias fueron todas en los casos de AVC.

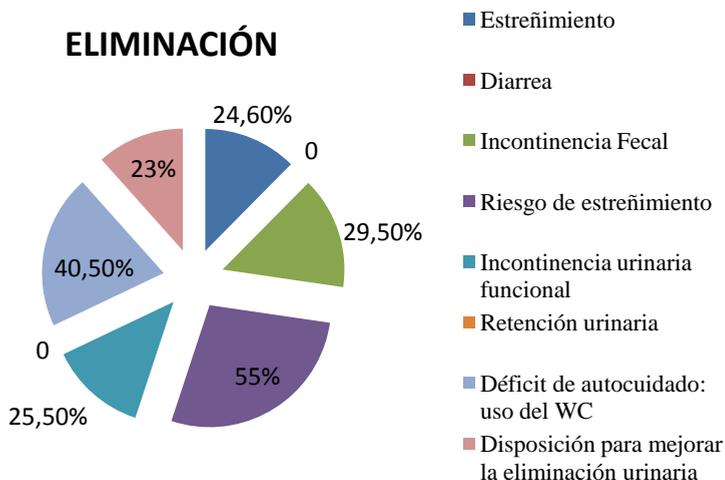


Grafico 3 Necesidad Básica 2 Eliminación “Unidad de crónicos”

3.- COMER Y BEBER

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
1	Desequilibrio nutr. Por exceso	161	77,7%
2	Desequilibrio nutr. Por defecto	12	5,7%
26	Exceso volumen líquido	57	27,5%

27	Déficit volumen líquido	64	31%
28	Riesgo déficit volumen líquido	89	43%
48	Deterioro de la dentición	158	76,3%
102	Déficit autocuidado alimentación	76	36,7%
103	Deterioro de la deglución	50	24%

Tabla 21 Necesidad Básica 3 Comer y Beber “Unidad de crónicos”

En nuestro grupo de pacientes más del 77% presentaba sobrepeso por la sobrealimentación. Otro dato importante fue el estado de la dentición que al ser una muestra de edad elevada, presentó en el 76% falta de alguna pieza o dentadura postiza.

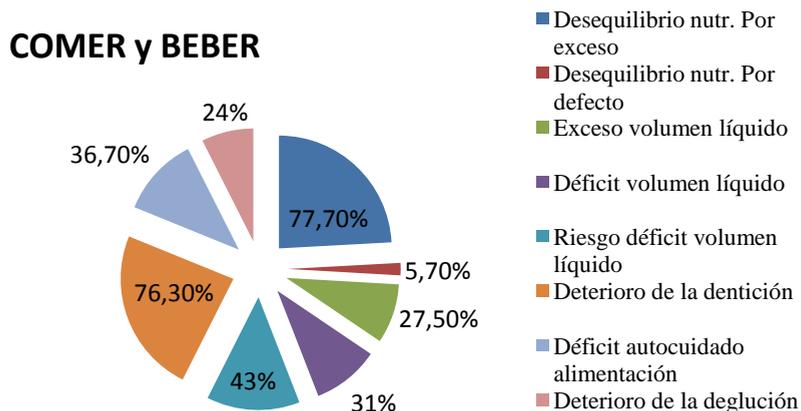


Gráfico 4 Necesidad Básica 3 Comer y Beber “Unidad de crónicos”

4.- MOVILIZACIÓN

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
40	Riesgo síndrome desuso	13	6%
85	Deterioro movilidad física	128	61,8%
86	Riesgo de disfunción neurovascular periférica	106	51,2%
88	Deterioro de la deambulaci3n	113	54,5%
89	Deterioro de la movilidad en silla de ruedas	52	25,1%
90	Deterioro de la habilidad para la traslaci3n	57	27,5%
92	Intolerancia actividad	2	0,96%
93	Fatiga	14	6,7%

Tabla 22 Necesidad B3sica 4 Movilizaci3n "Unidad de cr3nicos"

Como en los anteriores, el porcentaje se altern3 entre los pacientes con BNCO y los que padecían un AVC. Hubo un 6% de casos dado como "síndrome de desuso" por haber permanecido los pacientes encamados largo tiempo debido a su patología y esto, asociado a la edad, daba un criterio rehabilitador algo diferente.

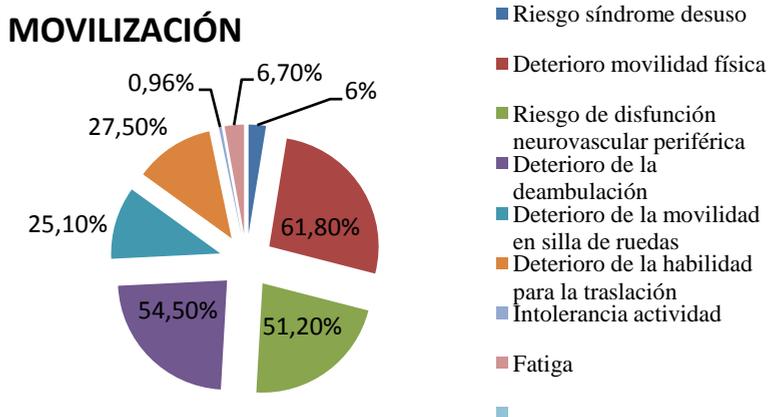


Gráfico 5 Necesidad Básica 4 Movilización “Unidad de crónicos”

5.- REPOSO/ SUEÑO

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
95	Insomnio	56	27%
165	Disposición para mejorar el sueño	132	63.7%
183	Disposición para mejorar el confort	98	47.3%
198	Trastorno del patrón del sueño	102	49.2%
214	Disconfort	98	47,3%

Tabla 23 Necesidad Básica 5 Reposo // Sueño “Unidad de crónicos”

La alteración del sueño fue casi en exclusiva para los pacientes con AVC en su mayoría, el paciente crónico BNCO, que está acostumbrado a su patología respiratoria y a ser ingresado una o varias veces al año, no se afectaba en su sensorio por el cambio de ambiente y padecía menos síndromes confusionales aunque tuviera

edad avanzada. En los pacientes con AVC, se dieron síndromes confusionales más frecuentes y la alteración del patrón del sueño también fue más frecuente.

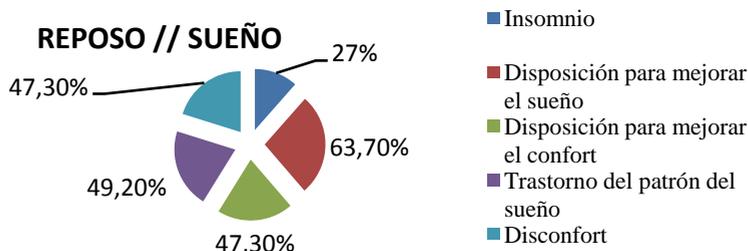


Gráfico 6 Necesidad Básica 5 Reposo // Sueño "Unidad de crónicos"

6.- VESTIRSE

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
109	Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento	82	39,6%
	Sin incidencias	125	60,4%

Tabla 24 Necesidad Básica 6 Vestirse "Unidad de crónicos"

La mayoría de los AVC tuvieron trastorno de este tipo

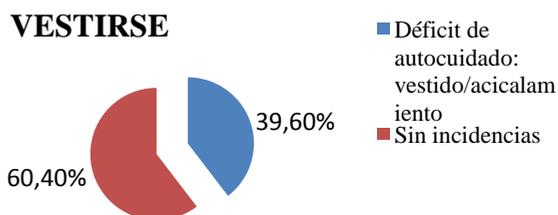


Gráfico 7 Necesidad Básica 6 Vestirse "Unidad de crónico"

7.- TEMPERATURA

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
5	Alto riesgo de alteración de la temperatura corporal	129	63,3%
6	Hipotermia	8	3,8%
7	Hipertermia	37	17,9%

Tabla 25 Necesidad Básica 7 Temperatura “Unidad de crónicos”

El control de temperatura se efectuó dos veces al día como viene siendo habitual, pasando a control más exhaustivo en los casos de sobreinfecciones con hipertermia.

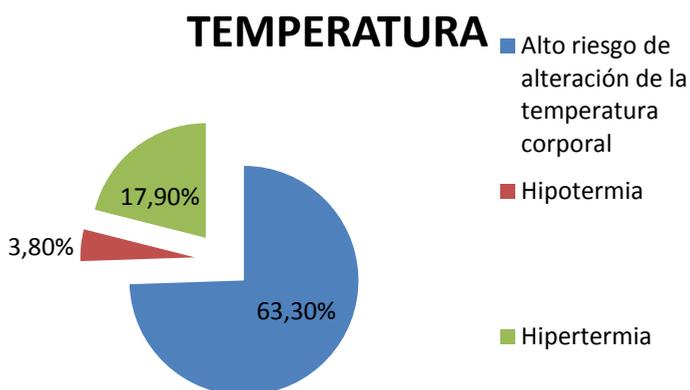


Gráfico 8 Necesidad Básica 7 Temperatura “Unidad de crónicos”

8.- HIGIENE/ PIEL

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
46	Deterioro integridad cutánea	14	6,7%
47	Riesgo deterioro integridad cutánea	97	46,8%
108	Déficit autocuidado baño/higiene	128	61,8%
45	Deterioro de la mucosa oral	78	37,7%
200	Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca	39	18,8%
201	Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz	89	43%
202	Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz	10	4,8%
203	Riesgo de perfusión renal ineficaz	42	20,2%
204	Perfusión tisular periférica ineficaz	26	12,5%

Tabla 26 Necesidad Básica 8 Higiene / Piel “Unidad de crónicos”

Los casos de deterioro de la mucosa oral fueron provocados por desequilibrios producidos por la toma de antibióticos en pacientes ancianos, provocándoles micosis en dicha zona, o bien por tener un grave problema de deglución teniendo que ser limpiada y humedecida la mucosa para que la afectación fuese la menor posible. La integridad cutánea en los AVC fue para casi todos, algunos por su movilidad relativa no dieron un Norton elevado pero si de 7. Como

ya se ha dicho, se les colocó medidas preventivas a todos. Los 8 pacientes postquirúrgicos venían ya con úlceras por decúbito.

HIGIENE // PIEL

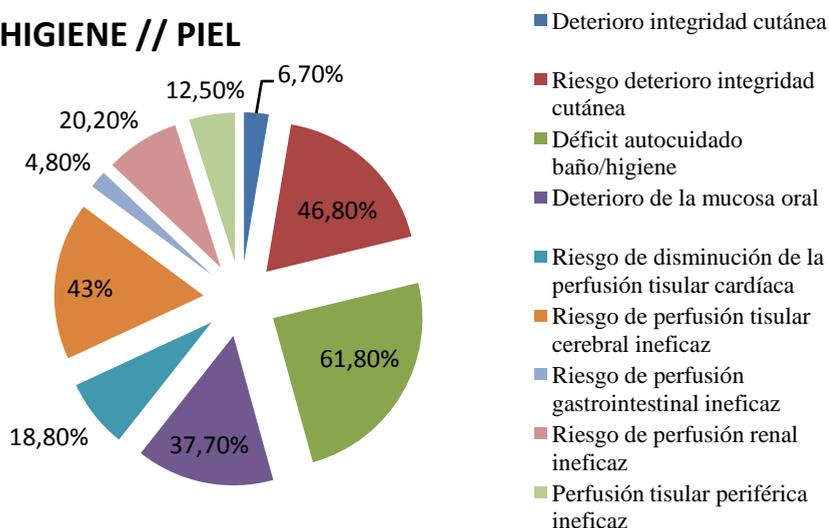


Gráfico 9 Necesidad Básica 8 Higiene // Piel “Unidad de crónicos”

9.- SEGURIDAD

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
4	Riesgo de infección	163	78,7%
35	Riesgo de lesión	83	40%
37	Riesgo de intoxicación	2	0,96%
38	Riesgo de traumatismo	63	30,4%

50	Perturbación del campo de la energía	98	47,3%
60	Interrupción de los procesos familiares	24	11,6%
61	Cansancio del rol del cuidador	63	30,4%
62	Riesgo de cansancio del rol del cuidador	154	74,4%
71	Afrontamiento defensivo	83	40%
78	Manejo inefectiva del régimen terapéutico	54	25,1%
79	Incumplimiento del tratamiento	4	1,9%
128	Confusión aguda	64	31%
131	Deterioro de la memoria	134	64,7%
132	Dolor agudo	5	2,4%
133	Dolor crónico	58	28%
138	Riesgo de violencia dirigida a otros	25	12%
146	Ansiedad	92	44,4%
148	Temor	44	21,2%
155	Riesgo de caídas	83	40%

Tabla 27 Necesidades Básicas 9 Seguridad “Unidad de crónicos”

En este apartado vemos reflejados diversos temas relacionados sobre todo con la personalidad de las personas, tanto pacientes como acompañantes, su relación entre sí y con el entorno.

SEGURIDAD

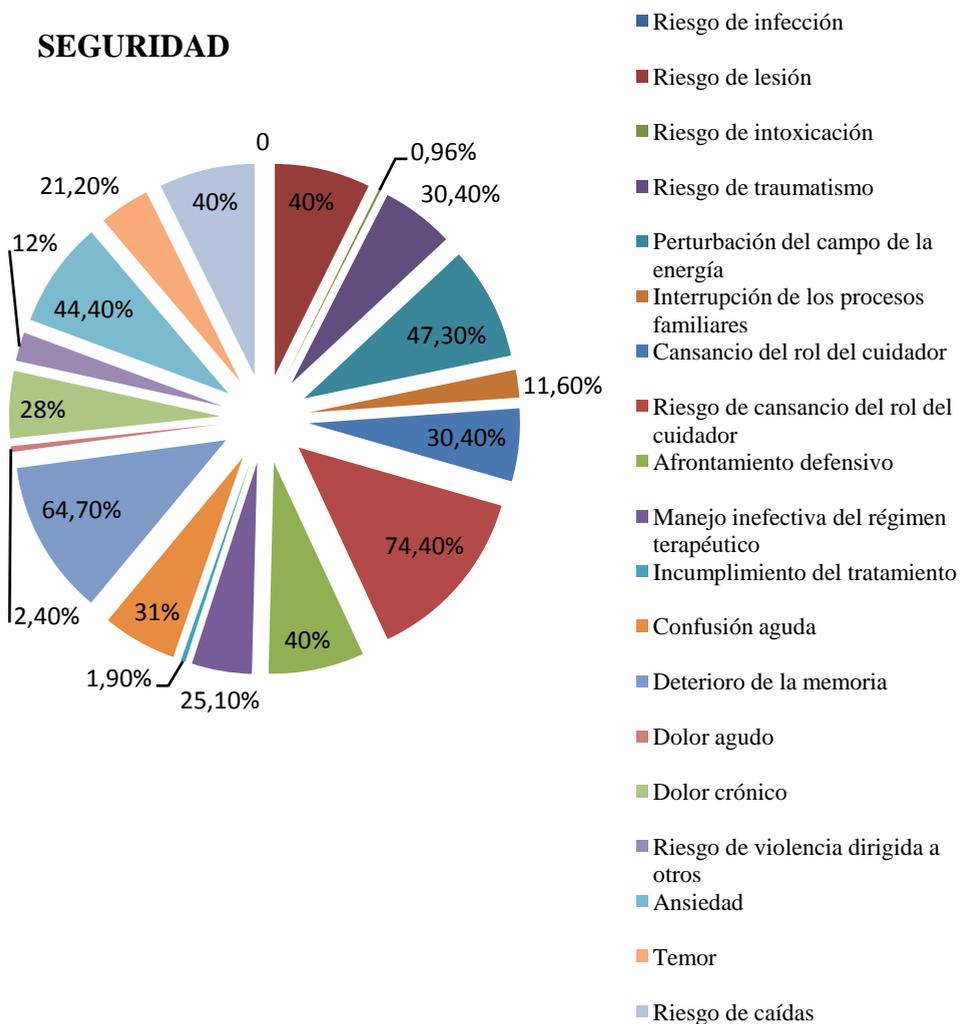


Gráfico 10 Necesidades Humanas 9 Seguridad “Unidad de crónicos”

10.- COMUNICACIÓN

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
51	Det. Comunicación verbal/afasia	48	23,1%
53	Aislamiento social	12	5,7%
74	Afrontamiento familiar comprometido	63	30,4%
122	Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfativas)	83	40%
127	Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno	63	30,4%
157	Disposición para mejorar la comunicación	52	25,1%
159	Disposición para mejorar los procesos familiares	56	27%

Tabla 28 Necesidad Básica 10 Comunicación “Unidad de crónicos”

En este apartado los pacientes con AVC fueron los que presentaron los porcentajes más altos de comunicación verbal y con el entorno, siendo los otros diagnósticos los que tuvieron el porcentaje de aislamiento social mayor.

COMUNICACIÓN

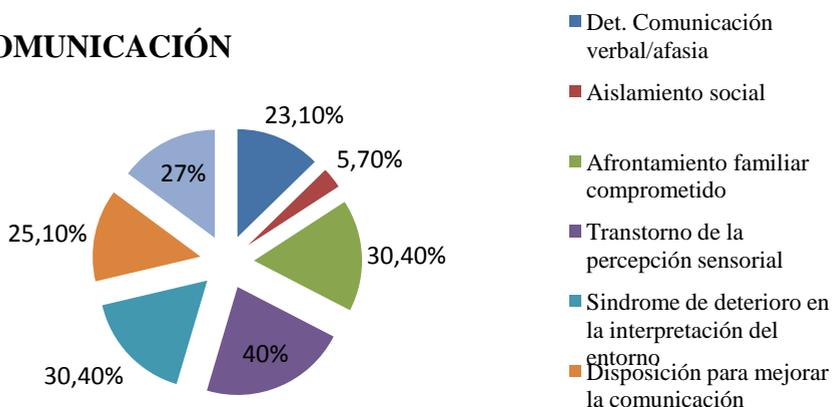


Gráfico 11 Necesidad Básica 10 Comunicación “Unidad de crónicos”

11.- RELIGIÓN/ CREENCIAS

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
66	Sufrimiento espiritual	112	54,1%
83	Conflicto de decisiones (especificar)	52	25,1%
124	Desesperanza	43	20,7%
125	Impotencia	22	10,6%
136	Duelo	95	45,8%
147	Ansiedad ante la muerte	12	5,7%
169	Deterioro de la religiosidad	89	42,9%

Tabla 29 Necesidad Básica 11 Religión y Creencias “Unidad de crónicos”

Nuestro país tiene una religiosidad y unas creencias católicas en su mayoría, muy arraigadas, sobre todo en los pacientes mayores, pero cuando una persona presenta una patología crónica severa y no curable la impotencia y la desesperanza son los factores más comunes y así ocurrió en esta unidad.

RELIGIÓN / CREENCIAS

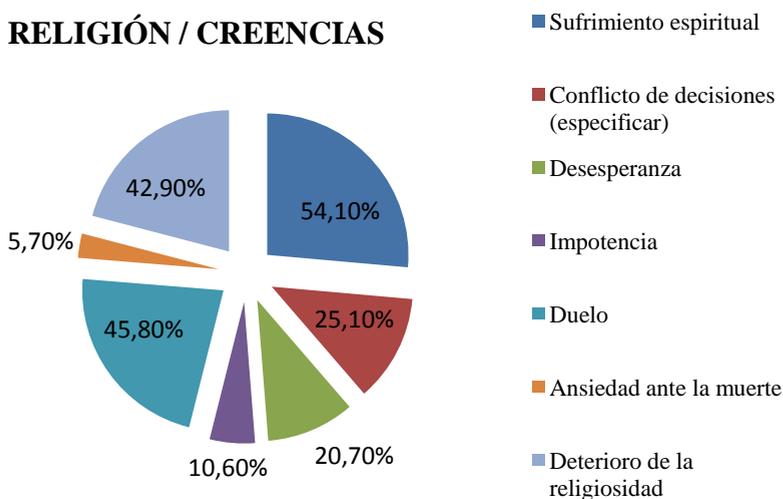


Gráfico 12 Necesidad Básica 11 Religión / Creencias “Unidad de crónicos”

12.- TRABAJAR // REALIZARSE

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
55	Desempeño inefectivo del rol	104	50,9%
98	Deterioro en el mantenimiento del hogar	85	41%
99	Mantenimiento inefectivo de la salud	124	60%
118	Trastorno de la imagen corporal	97	46,8%
120	Baja autoestima situacional	102	49,2%
164	Disposición para mejorar el rol parenteral	56	27%

Tabla 30 Necesidad Básica 12 Trabajar /Realizarse “Unidad de crónicos”

La adaptación a una vida con una hemiplejía es muy dura. En esta unidad la lucha que se nos planteó desde un principio era que en un periodo de tiempo corto teníamos que enseñar toda una serie de cambios, para que la persona o bien sus familiares, con el menor esfuerzo posible, pudieran hacer o atender nuevos trabajos para una esperanzada mejora del futuro. Esto creó que una serie de pacientes y familiares no se adaptaran bien a esta situación

TRABAJAR / REALIZARSE

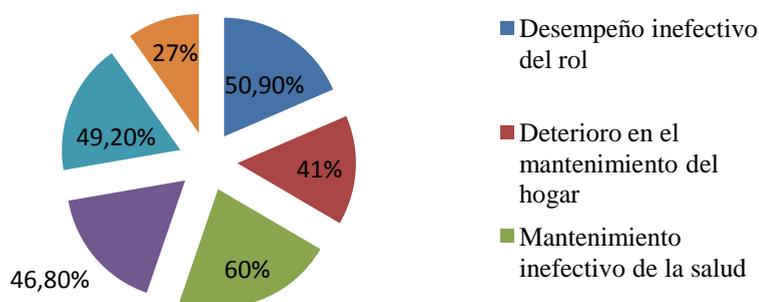


Gráfico 13 Necesidad Básica 12 Trabajar // Realizarse “Unidad de crónicos”

13.- ACTIVIDADES LÚDICAS

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
97	Déficit actividades recreativas	124	59,9%
	Sin incidencias	83	40,1%

Tabla 31 Necesidad Básica 13 Actividades Lúdicas “Unidad de crónicos”

Casi todos las intervenciones son realizadas por terapeutas ocupacionales; la enfermería es un apoyo en los programas a realizar.

ACTIVIDADES LÚDICAS

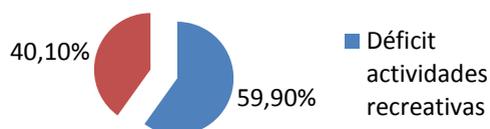


Gráfico 14 Necesidad Básica 13 Actividades Lúdica “Unidad de crónicos”

14.- APRENDER

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
76	Disposición para mejorar el afrontamiento familiar	186	89,8%
126	Conocimientos deficientes	124	60%

	(especificar)		
161	Disposición para mejorar los conocimientos	192	92,7%
162	Disposición para mejorar la gestión de la salud propia	102	49,2%
182	Disposición para mejorar el autocuidado	101	48,7%

Tabla 32 Necesidad Básica 14 Aprender “Unidad de crónicos”

Uno de los temas a los que se dedicaba más tiempo era la enseñanza de aspectos de la patología que tenía cada uno de los pacientes. Con ello se pretendía poder llegar al autocuidado completo o ayudado por el familiar cuidador.

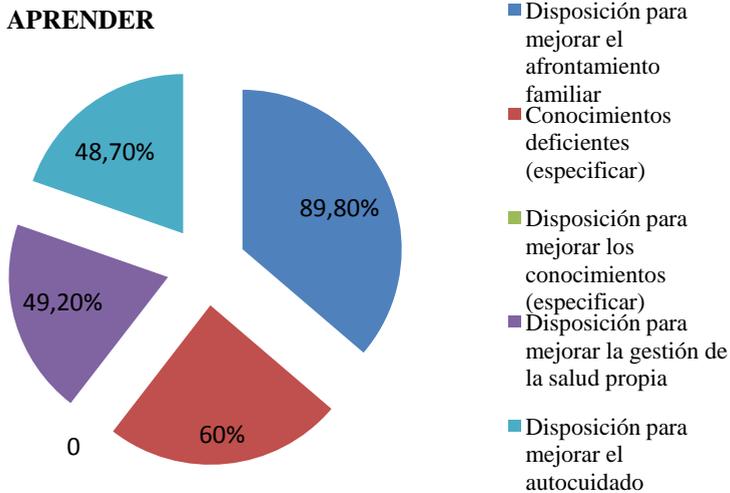


Gráfico 15 Necesidad Básica 14 Aprender “Unidad de crónicos”

Cada uno de estos diagnósticos nos da uno o varias intervenciones, que hemos reflejado por día de estancia. Al ser pacientes crónicos, hemos detectado que estas actuaciones no varían del primer al último día de estancia. La única variación es que el primer día son evaluados con los diferentes test anteriormente expuestos y el último día también para valorar su evolución. Además, aunque salvando las distancias de que cada paciente es un mundo, hemos observado en estos pacientes que encontramos similitudes en las intervenciones dedicadas a cada uno de ellos que hace que podamos referirnos a ellas como intervenciones diarias y que se van a repetir en todos los días de su estancia.

Así pues tendremos en los siguientes cuadros el catálogo de CIEs de los diagnosticados de BNCO y AVC,

R¹ T¹

1.- RESPIRACIÓN	3320 Oxigenoterapia	1	15
	2300 Administración de medicación inhalatoria	4/2	30
	3230 Fisioterapia respiratoria	4/2	20
2.- ELIMINACIÓN	0430 Manejo intestinal	(1/4)/	5
	4120 Manejo de líquidos	1/4	10
3.- COMER Y BEBER	1050 Alimentación	1	20
4.- MOVILIZACIÓN	200 Fomento del ejercicio	1/2	20
5.- REPOSO/ SUEÑO	1850 Mejorar el sueño	1/4	5
6.- VESTIRSE	1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal	1/2	7,5
7.- TEMPERATURA	6680 Monitorización de los signos vitales	1	15

8.- HIGIENE // PIEL	1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene	1/2	7.5
9.- SEGURIDAD	2300 Administración de la medicación	4 /2	30
	4480 Facilitar la autorresponsabilidad	1/2	
	7110 Fomento de la implicación familiar	1/2	20
10.- COMUNICACIÓN	4920 Escucha activa	1	15
	8140 Informe de turnos	1/2	
	7980 Informe de incidencias	1/2	20
	8060 Transcripción de órdenes	1	15
11.- RELIGIÓN // CREENCIAS	5420 Apoyo espiritual	1/2	
	5250 Apoyo en toma de decisiones	1/2	20
12.- TRABAJAR Y REALIZARSE	5880 Técnicas de relajación	1/2	
	5820 Disminución de la ansiedad	1/2	20
	5400 Potenciación de la autoestima	1	20
13.- ACTIVIDADES LÚDICAS	5360 Terapia de entretenimiento	1	20
14.- APRENDER	5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito	1/4	
	5616 Enseñanza: medicamentos prescritos	1/4	
	5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento	1/4	
	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad	1/4	20
	TIEMPO TOTAL		

Tabla 33 CIEs de diagnóstico BNCO

R¹ Repetición en 24h de la intervención **T¹** Tiempo según CIEs.*R¹

1.- RESPIRACIÓN	3160 Manejo de las vías aéreas 3140 Aspiración de las vías aéreas	1	15
2.- ELIMINACIÓN	0420 Irrigación intestinal 0430 Manejo intestinal	1/4	10
	0590 Manejo de la eliminación urinaria	1/2	20
3.- COMER Y BEBER	1050 Alimentación 1160 Monitorización nutricional	1	20
4.- MOVILIZACIÓN	0560 Ejercicios del suelo pélvico 2760 Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo	1	20
	6580 Sujeción física	1	15
5.- REPOSO/ SUEÑO	1850 Mejorar el sueño	1	20
6.- VESTIRSE	1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal	1	10
7.- TEMPERATURA	6680 Monitorización de los signos vitales 3900 Regulación de la temperatura	1	15
8.- HIGIENE/ PIEL	0046 Deterioro de la integridad cutánea	1	20
	1710 Mantenimiento de la salud bucal 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene 1804 Ayuda con los autocuidados: aseo	1	20
9.- SEGURIDAD	2300 Administración de la medicación	3	45
	4480 Facilitar la autorresponsabilidad 7040 Apoyo al cuidador principal 7110 Fomento de la implicación familiar	1	60
	6540 Control de infecciones	1	20
10.- COMUNICACIÓN	4920 Escucha activa	1	15
	8140 Informe de turnos		
	7980 Informe de incidencias	1	20
11.- RELIGIÓN //	5420 Apoyo espiritual		

CREENCIAS	5250 Apoyo en toma de decisiones	1	20
	5310 Dar esperanza		
	5290 Facilitar el duelo		
12.- TRABAJAR Y REALIZARSE	5880 Técnica de relajación	1	20
	5820 Disminución de la ansiedad		
	5400 Potenciación de la autoestima		
13.- ACTIVIDADES LÚDICAS	5360 Terapia de entretenimiento	1	20
14.- APRENDER	5612 Enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito	1	10
	0570 Entrenamiento de la vejiga urinaria		
	0440 Entrenamiento intestinal		
	5616 Enseñanza: medicamentos prescritos		
	561 Enseñanza: procedimiento / tratamiento	1	10
	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad		
TIEMPO TOTAL			6h 50´

Tabla 34 CIEs de diagnóstico ACV

R¹ Repetición en 24h de la intervención T¹ Tiempo según CIEs.*R¹

5-2-2.- Unidad de obstetricia, con diagnóstico médico de parto sin complicaciones y cesárea sin complicaciones.

El estudio lo hemos realizado en el Hospital Nisa 9 de Octubre, situado en Valencia.

La unidad se estudió durante 8 meses, se descartó todo parto o cesárea con complicaciones, o pacientes con patologías asociadas. En ese periodo se revisan 2124 partos y 823 cesáreas, la estancia media

de los partos fueron de 48 horas y para las cesáreas de 84 horas. La hoja de la valoración de enfermería se muestra en el Anexo II.

Después de realizar el recuento de los diagnósticos de enfermería el porcentaje de cada uno de ellos en los diferentes apartados ha quedado de la siguiente manera.

Para Parto sin complicaciones:

1.- RESPIRACIÓN.

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
32	Patrón respiratorio ineficaz	26	1,22%
39	Riesgo de aspiración	198	9,3%
	Sin incidencias	1900	89.4%

Tabla 35 Necesidad Básica IRespiración “Parto sin complicaciones”

Todos los casos fueron de los neonatos, por problemas bien de madurez o secreciones abundantes o problemas gástricos.

RESPIRACIÓN

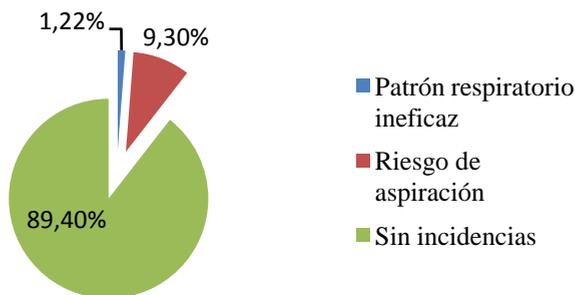


Gráfico 16 Necesidad Básica IRespiración “Parto sin complicaciones”

2.- ELIMINACIÓ

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
11	Estreñimiento	486	22,88%
13	Diarrea	3	0,14%
15	Riesgo de estreñimiento	959	45,1%
23	Retención urinaria	0	0

Tabla 36 Necesidad Básica 2 Eliminación “Parto sin complicaciones”

Se realiza una regulación, bien fisiológica o farmacológica a todas las madres, para evitar problemas de estreñimiento que puedan dar un problema de plexo hemorroidal alterado.

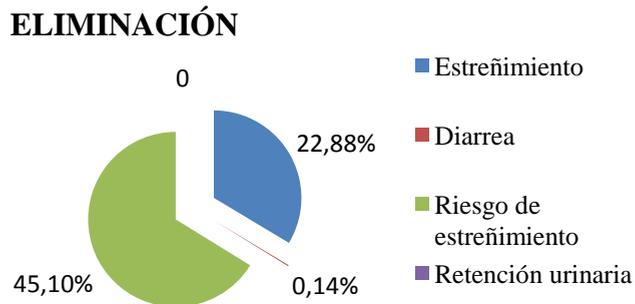


Gráfico 17 Necesidad Básica 2 Eliminación “Parto sin complicaciones”

3.- COMER Y BEBER

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
1	Desequilibrio nutr. Por exceso	46	2,16%
28	Riesgo déficit volumen líquido	345	16,24%
106	Lactancia materna eficaz	1763	83%

104	Lactancia materna ineficaz	87	4%
105	Interrupción de la lactancia materna	361	17%

Tabla 37 Necesidad Básica 3 Comer y Beber “Parto sin complicaciones”

La lactancia materna, está aumentando siendo en esta muestra el 83%, como se ve hay pocos problemas de ineficacia, solucionándose habitualmente solo con suplemento y sin anulando la lactancia materna.

COMER Y BEBER

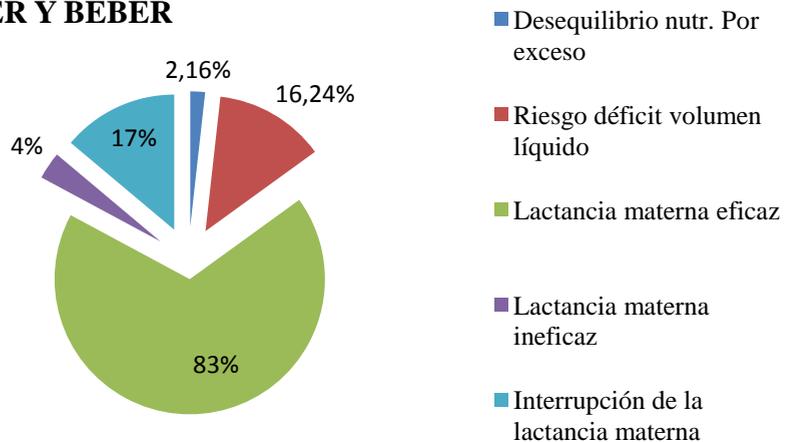


Gráfico 18 Necesidad Básica 3 Comer y Beber “Parto sin complicaciones”

4.- MOVILIZACIÓN

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
93	Fatiga	125	5,88%
94	Riesgo intolerancia actividad	0	
	Sin incidencias	1999	94.11%

Tabla 38 Necesidad Básica 4 Movilización “Parto sin complicaciones”

El corto periodo de tiempo de hospitalización y el estrés de la responsabilidad de tener un bebe deja muy bajo el nivel de fatiga en las madres. Nivel que se dio en este estudio se asoció más a problemas de anemia.

Movilización

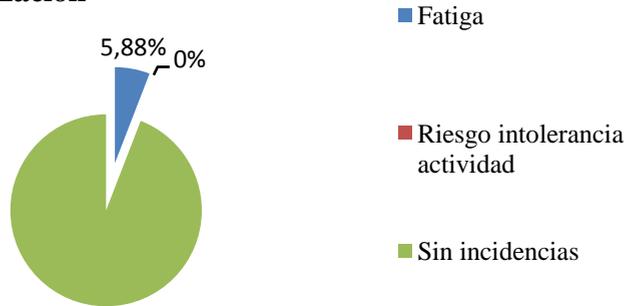


Gráfico 19 Necesidad Básica 4 Movilización “Parto sin complicaciones”

5.- REPOSO // SUEÑO

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
198	Alteración patrón reposo/sueño	386	18,17%
	Sin incidencias	1738	81,82%

Tabla 39 Necesidad Básica 5 Reposo // Sueño “Parto sin complicaciones”

El corto periodo de hospitalización no hace valorable esta necesidad, entendemos que en el domicilio aumente el porcentaje de alteración del sueño asociado a los frecuentes despertares en la lactancia materna.

Reposo // Sueño

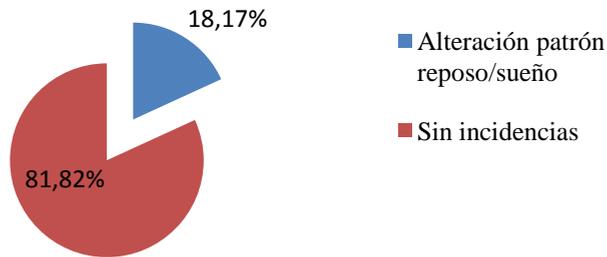


Gráfico 20 Necesidad Básica 5 Reposo // Sueño “Parto sin complicaciones”

6.- VESTIRSE

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
109	Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento	0	

Tabla 40 Necesidad Básica 6 Vestirse “Parto sin complicaciones”

No se encontró ninguna alteración es esta necesidad

7.- TEMPERATURA

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
6	Hipotermia	0	
7	Hipertermia	36	1,69%
8	Termorregulación ineficaz	2124	100%
5	Alto riesgo de alteración de la Temperatura corporal	0	

Tabla 41 Necesidad Básica 7 Temperatura “Parto sin complicaciones”

El recién nacido no tiene una termorregulación adecuada, con lo que a todos se les realizó una protección específica.

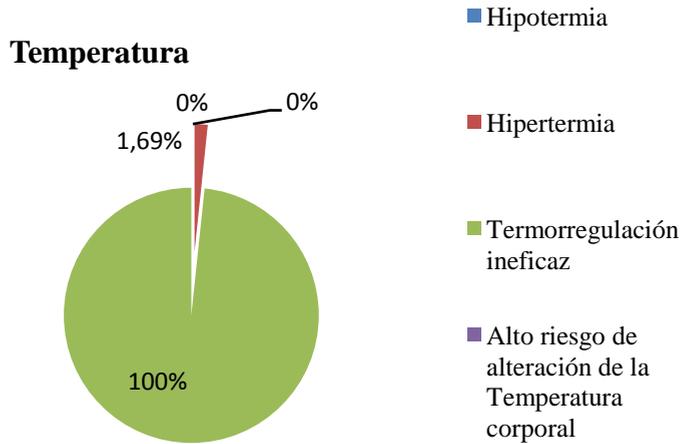


Gráfico 21 Necesidad Básica 7 Temperatura “Parto sin complicaciones”

8.- HIGIENE PIEL

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
46	Deterioro integridad de la piel	2124	100%
47	Riesgo deterioro integridad piel	2124	100%
108	Déficit autocuidado baño/higiene	0	
45	Deterioro de la mucosa oral	0	

Tabla 42 Necesidad Básica 8 Higiene piel “Parto sin complicaciones”

El control tanto de las madres con episiotomía como de sus hijos del cordón umbilical.

Higiene y Piel

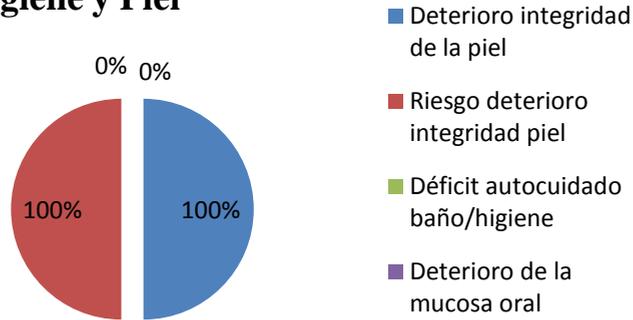


Gráfico 22 Necesidad Básica 8 Higiene y Piel “Parto sin complicaciones”

9.- SEGURIDAD

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
4	Riesgo infección	2124	100%
186	Disposición para mejorar el estado de inmunización	2452	115,44%
132	Dolor agudo	1248	58,75%
206	Riesgo de sangrado	2124	100%
146	Ansiedad	629	29,61%

Tabla 43 Necesidad Básica 9 Seguridad “Parto sin complicaciones”

Como en todo proceso médico-quirúrgico se valora el riesgo de infección, aunque en ninguno de los casos se dio, la inmunización fue del 115.44% debido a la realizada a las madres negativas y a los bebés, la vigilancia del sangrado fue otro de los puntos de total valoración.

Seguridad

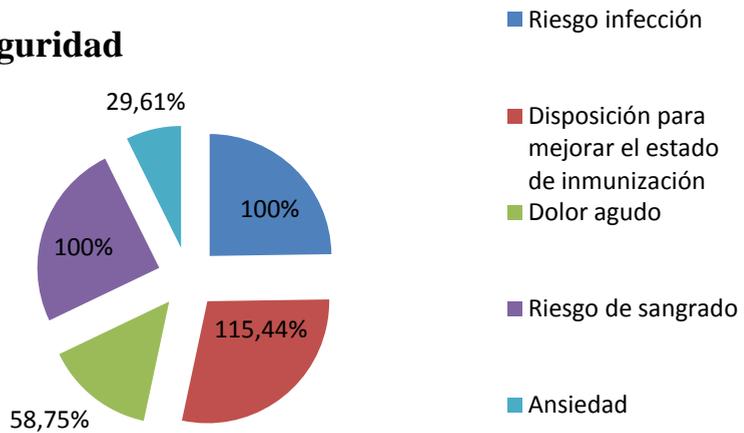


Gráfico 23 Necesidad Básica 9 Seguridad “Parto sin complicaciones”

10.- COMUNICACIÓN

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
122	Alteración sensoriales	0	0
123	Desatención de parte del cuerpo	0	0
61	Sobreesfuerzo cuidador	0	0
74	Riesgo sobreesfuerzo cuidador	0	0
73	Afrontamiento familiar inefectivo	0	0

Tabla 44 Necesidad Básica 10 Comunicación “Parto sin complicaciones”

No se encontró ninguna alteración es esta necesidad

11.- RELIGIÓN // CREENCIAS

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
66	Sufrimiento espiritual	0	
124	Déficit de esperanza	0	

Tabla 45 Necesidad Básica 11 Religión // Creencias “Parto sin complicaciones”

No se encontró ninguna alteración es esta necesidad

12.- TRABAJAR // REALIZARSE

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
199	Planificación ineficaz de las actividades	2124	100%

Tabla 46 Necesidad Básica 12 Trabajar // Realizarse “Parto sin complicaciones”

La nueva situación crea planificaciones ineficaces que hay que rectificar.

13.- ACTIVIDADES LÚDICAS

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
	Déficit actividades recreativas	0	

Tabla 47 Necesidad Básica 13 Actividades Lúdicas “Parto sin complicaciones”

Se tiene ya suficiente entretenimiento con el RN

14.- APRENDER

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
	Déficit de conocimientos	1325	62,38%
	Sin incidencias	799	37.62%

Tabla 48 Necesidad Básica 14 Aprender “Parto sin complicaciones”

Aunque estamos en el mundo de la comunicación, no es suficiente y los padres primerizos se encuentran faltos de información.

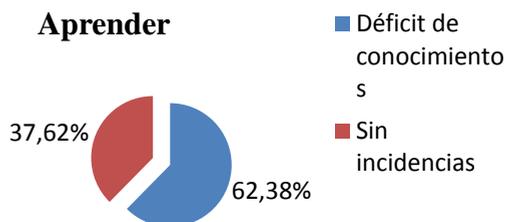


Gráfico 24 Necesidad Básica 14 Aprender “Parto sin complicaciones”

1.- RESPIRACIÓN	3160 aspiración de las vías aéreas		20
2.- ELIMINACIÓN	0430 Manejo intestinal		15
3.- COMER Y BEBER	1050 Alimentación		40
	1052 Alimentación por biberón		40
4.- MOVILIZACIÓN	200 Fomento del ejercicio		20
5.- REPOSO/ SUEÑO	1850 Mejorar el sueño		10
6.- VESTIRSE			
7.- TEMPERATURA	6680 Monitorización de los signos vitales		30
8.- HIGIENE // PIEL	3440 Cuidados del sitio de incisión		15
9.- SEGURIDAD	2300 Administración de la medicación		15
	6530 Manejo de la inmunización / vacunación		20
	4026 Disminución de la hemorragia: útero posparto		50
	2210 Administración de analgésicos		20
	7820 Manejo de muestras		15
10.- COMUNICACIÓN	4920 Escucha activa		15
	8140 Informe de turnos		
	7980 Informe de incidencias		40
	8060 Transcripción de órdenes		15
11.- RELIGIÓN // CREENCIAS			
12.- TRABAJAR Y REALIZARSE	5880 Técnicas de relajación		
	5820 Disminución de la ansiedad		10
13.- ACTIVIDADES LÚDICAS			
14.- APRENDER	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad		20

Tabla 49 CIEs de diagnóstico "Parto sin complicaciones"

A diferencia de los procesos anteriormente vistos de crónicos, en estos procesos vemos que no es lo mismo lo que se realiza el primer día que lo que realizamos en los siguientes hasta el alta, así en estos procesos agudos realizaremos el conteo diario, de las intervenciones quedando en el proceso de parto sin complicaciones de la siguiente manera:

Preparto:

0430	Manejo intestinal	15
6680	Monitorización de los signos vitales	15
2300	Administración de la medicación	15
4920	Escucha activa	15
8140	Informe de turnos y 7980 Informe de incidencias	20
8060	Transcripción de órdenes	15
5880	Técnicas de relajación	
5820	Disminución de la ansiedad	20
	TIEMPO TOTAL de 24h	1h 55'

Postparto:

1050	Alimentación y si procede 1052 Alimentación por biberón	80
3160	Aspiración de las vías aéreas se realiza aproximadamente al 10%	20
200	Fomento del ejercicio	20
6680	Monitorización de los signos vitales	15
4920	Escucha activa	15
8140	Informe de turnos y 7980 Informe de incidencias	20
8060	Transcripción de órdenes	15
6530	Manejo de la inmunización / vacunación	20
5602	Enseñanza: proceso de enfermedad	20
4026	Disminución de la hemorragia: útero posparto	50
2210	Administración de analgésicos	20
7820	Manejo de muestras	15
3440	Cuidados del sitio de incisión	15
TIEMPO TOTAL de 24h		5h 25´

Será 5h 25´ siempre que cumpla que el bebe entre en el 10% que se tiene que aspirar y además tenga lactancia artificial. Lo más normal, dada la mayoría de lactancia materna (hoy día es el 70%) y el poco índice de que el bebe tenga que ser aspirado (10%), es un tiempo total entre 4 h 25´(si tiene dolor 58%)y 4h 05´.

Si consideramos que el preparto es en término medio el 15% de la estancia (contando que baja a paritorio y no está en la unidad)

siendo el 85% restante el postparto. Tendremos que las primeras 24 horas se consumirán 3h 24´y las 24h restantes hasta el alta se consumirán entre 4h 05´ y 5h 25´

Para cesárea:

1.- RESPIRACIÓN.

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
32	Patrón respiratorio ineficaz	12	1,47%
39	Riesgo de aspiración	124	15,06%
	Sin incidencias	687	83,47%

Tabla 50 Necesidad Básica 1 Respiración “cesárea sin complicaciones”

Todos los casos fueron de los neonatos, por problemas o bien de madurez, secreciones abundantes o problemas gástricos.

Respiración

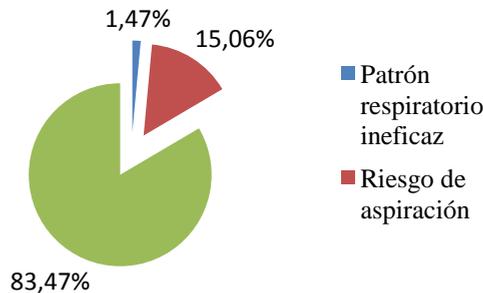


Gráfico 25 Necesidad Básica 1 Respiración “cesárea sin complicación”

2.- ELIMINACIÓN

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
11	Estreñimiento	495	60,14%
13	Diarrea	0	0
15	Riesgo de estreñimiento	823	100%

166	Disposición para mejorar la eliminación urinaria	823	100%
-----	--	-----	------

Tabla 51 Necesidad Básica 2 Eliminación “cesárea sin complicaciones”

Todas las pacientes son sondadas en quirófano y soportan anestesia loco-regional o general, por lo que las medidas de control de estreñimiento son estrictas.

Eliminación

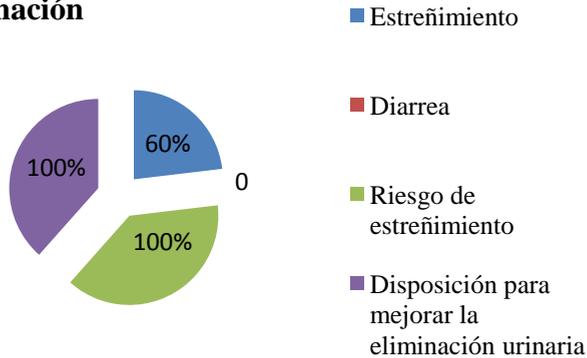


Gráfico 26 Necesidad Básica 2 Eliminación “cesárea sin complicación”

3.- COMER Y BEBER

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
1	Desequilibrio nutr. Por exceso	46	5.58%
28	Riesgo déficit volumen líquido	823	100%
106	Lactancia materna eficaz	758	92.1%
104	Lactancia materna ineficaz	12	1.45%
105	Interrupción de la lactancia materna	65	7.89%

Tabla 52 Necesidad Básica 3 Comer y Beber “cesárea sin complicaciones”

Se da a todas el diagnóstico de riesgo de déficit de volumen líquido, por llevar fluidoterapia las primeras 24 horas. Con respecto a

la lactancia, la tendencia sigue siendo materna, en los casos de lactancia materna ineficaz, se mantuvo dicha lactancia, aportando suplementos de biberones.

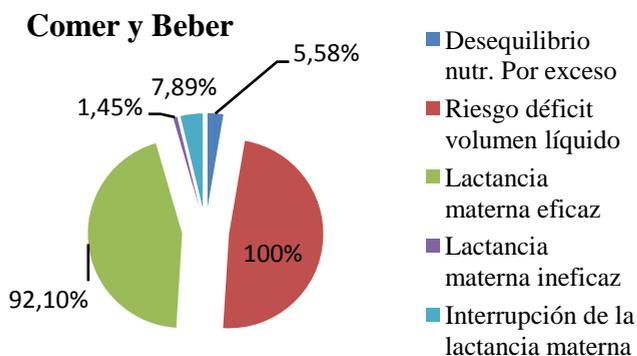


Gráfico 27 Necesidad Básica 3 Comer y Beber “cesárea sin complicación”

4.- MOVILIZACIÓN

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
93	Fatiga	118	14.33%
94	Riesgo intolerancia actividad	0	
	Sin incidencias	705	85.67%

Tabla 53 Necesidad Básica 4 Movilización “cesárea sin complicaciones”

La cesárea no deja de ser una intervención, por lo que reúne además de la fatiga producida por anemia la propia de la intervención, aunque como se ve el dato es muy bajo.

Movilización

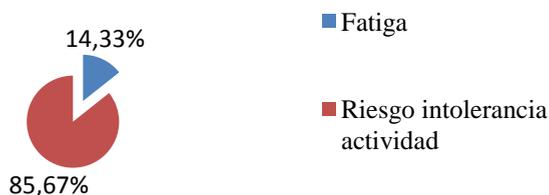


Gráfico 28 Necesidad Básica 4 Movilización “cesárea sin complicación”

5.- REPOSO // SUEÑO

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
198	Alteración patrón reposo/sueño	119	14.34%
	c	704	85.66%

Tabla 54 Necesidad Básica 5 Reposo // Sueño “cesárea sin complicaciones”

Aunque la mayoría de las madres descanso bien si que se tuvo una porcentaje pequeño de madres que bien por ansiedad por si le pasaba algo al bebe, o bien por otro tipo de alteración mostraron con un patrón del sueño alterado.

Reposo // Sueño

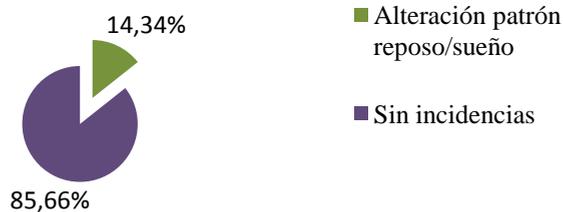


Gráfico 29 Necesidad Básica 5 Reposo // Sueño “cesárea sin complicación”

6.- VESTIRSE

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
109	Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento	0	0

Tabla 55 Necesidad Básica 6 Vestirse “cesárea sin complicaciones”

7.- TEMPERATURA

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
6	Hipotermia	0	0
7	Hipertermia	0	0
8	Termorregulación ineficaz	823	100%
5	Alto riesgo de alteración de la Temperatura corporal	823	100%

Tabla 56 Necesidad Básica 7 Temperatura “cesárea sin complicaciones”

La termorregulación del bebe no es buena, por lo que hay que tomar medidas dirigidas a su protección, además como toda intervención hay que controlar a la madre por posibles infecciones.

Temperatura

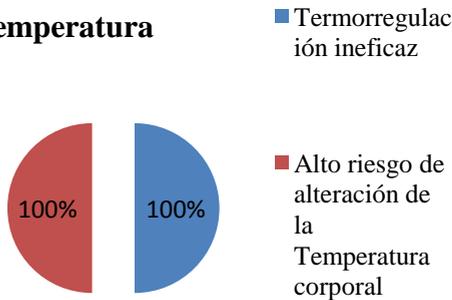


Gráfico 30 Necesidad Básica 7 Temperatura “cesárea sin complicación”

8.- HIGIENE PIEL

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
46	Deterioro integridad de la piel	823	100%
47	Riesgo deterioro integridad piel	823	100%
108	Déficit autocuidado baño/higiene	0	
45	Deterioro de la mucosa oral	0	

Tabla 57 Necesidad Básica 8 Higiene piel “cesárea sin complicaciones”

Aquí nos ocurre lo mismo que en el parto aunque la incisión es más limpia.

Higiene y Piel

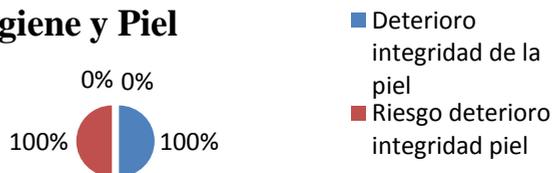


Gráfico 31 Necesidad Básica 8 Higiene y Piel “cesárea sin complicación”

9.- SEGURIDAD

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
4	Riesgo infección	823	100%
186	Disposición para mejorar el estado de inmunización	823	100%
132	Dolor agudo	714	86,75%
37	Riesgo de intoxicación	0	0%
206	Riesgo de sangrado	823	100%
146	Ansiedad	249	30,25%

Tabla 58 Necesidad Básica 9 Seguridad “cesárea sin complicaciones”

En esta población no se dio ningún caso de madre Rh negativo con padre Rh positivo por lo que la inmunización solo se practico a los bebes con la batería de vacunas

Seguridad

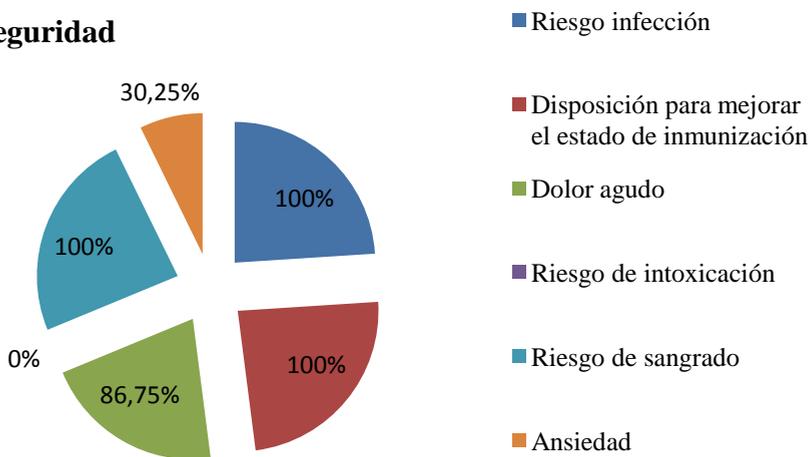


Gráfico 32 Necesidad Básica 9 Seguridad “cesárea sin complicación”

10.- COMUNICACIÓN

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
122	Alteración sensoriales	0	0
123	Desatención de parte del cuerpo	0	0
61	Sobreesfuerzo cuidador	0	0

74	Riesgo sobreesfuerzo cuidador	0	0
73	Afrontamiento familiar inefectivo	0	0

Tabla 59 Necesidad Básica 10 Comunicación “cesárea sin complicaciones”

No se encontró ninguna alteración es esta necesidad

11.- PRÁCTICA RELIGIOSA Y VALORES

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
66	Sufrimiento espiritual	0	
124	Déficit de esperanza	0	

Tabla 60 Necesidad Básica 11 Religión // Creencias “cesárea sin complicaciones”

No se encontró ninguna alteración es esta necesidad

12.- TRABAJAR // REALIZARSE

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
148	Temor	0	
153	Baja autoestima situacional	0	

Tabla 61 Necesidad Básica 12 Trabajar// Realizarse “cesárea sin complicaciones”

No se encontró ninguna alteración es esta necesidad

13.- ACTIVIDADES LÚDICAS

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
97	Déficit actividades recreativas	0	

Tabla 62 Necesidad Básica 13 Actividades Lúdicas “cesárea sin complicaciones”

No se encontró ninguna alteración es esta necesidad

14.- APRENDER

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%
126	Déficit de conocimientos	784	95.26%

Tabla 63 Necesidad Básica 14 Aprender “cesárea sin complicaciones”

Nos ocurre lo mismo que en el parto.

1.- RESPIRACIÓN	3160 aspiración de las vías aéreas		20
2.- ELIMINACIÓN	0430 Manejo intestinal 1876 Cuidados del catéter urinario		15
3.- COMER Y BEBER	1050 Alimentación 1052 Alimentación por biberón		40 40
4.- MOVILIZACIÓN	200 Fomento del ejercicio		20
5.- REPOSO/ SUEÑO	1850 Mejorar el sueño		10
6.- VESTIRSE			
7.- TEMPERATURA	6680 Monitorización de los signos vitales		30
8.- HIGIENE // PIEL	3440 Cuidados del sitio de incisión		40
9.- SEGURIDAD	2300 Administración de la medicación		15
	6530 Manejo de la inmunización / vacunación		20
	4026 Disminución de la hemorragia: útero posparto		50 20
	2210 Administración de analgésicos		15
	7820 Manejo de muestras		15
	2930 Preparación quirúrgica 2440 Mantenimiento del dispositivo de acceso venoso		15 30
10.- COMUNICACIÓN	4920 Escucha activa		15
	8140 Informe de turnos		
	7980 Informe de incidencias		40
	8060 Transcripción de órdenes		15
11.- RELIGIÓN // CREENCIAS			
12.- TRABAJAR Y REALIZARSE	5880 Técnicas de relajación		
	5820 Disminución de la ansiedad		10
13.- ACTIVIDADES LÚDICAS			
14.- APRENDER	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad		20

Tabla 64 CIEs de diagnóstico “cesárea sin complicaciones”

Las intervenciones de enfermería de la primera parte del ingreso de la cesárea, el parto, son similares a las del parto sin complicaciones, aunque la duración es mayor, ya que en este caso la

paciente pasa a la sala de dilatación y está, casi el doble de tiempo que en el apartado anterior, la media es aquí de 10 horas 35'. El resto de horas las intervenciones de enfermería por 24 horas serán las siguientes.

Primeras 24 horas después de la cesárea

1050	Alimentación y si procede 1052 Alimentación por biberón	80/40
3160	Aspiración de las vías aéreas se realiza aproximadamente al 15%	20/0
200	Fomento del ejercicio	20
6680	Monitorización de los signos vitales	15
4920	Escucha activa	15
8140	Informe de turnos y 7980 Informe de incidencias	20
8060	Transcripción de órdenes	15
6530	Manejo de la inmunización / vacunación	20
5602	Enseñanza: proceso de enfermedad	20
4026	Disminución de la hemorragia: útero posparto	50
2210	Administración de analgésicos	20
7820	Manejo de muestras	15
3440	Cuidados del sitio de incisión	15
2440	Mantenimiento del dispositivo de acceso venoso	15
TIEMPO TOTAL de 24h oscilara entre 4h 40' y 5h 40'		

Segundas 24 horas después de la cesárea

_____ Estudio de la unidad de enfermería como unidad de coste

1050	Alimentación y si procede	1052 Alimentación por biberón	80/40
200	Fomento del ejercicio		20
6680	Monitorización de los signos vitales		15
4920	Escucha activa		15
8140	Informe de turnos y 7980	Informe de incidencias	20
8060	Transcripción de órdenes		15
5602	Enseñanza: proceso de enfermedad		20
4026	Disminución de la hemorragia: útero posparto		50
2210	Administración de analgésicos		20
3440	Cuidados del sitio de incisión		15
TIEMPO TOTAL de 24h oscilara entre 3h 50´y 4h 30			

Terceras y últimas 24 horas de estancia

1050	Alimentación y si procede	1052 Alimentación por biberón	80/40
200	Fomento del ejercicio		20
6680	Monitorización de los signos vitales		15
4920	Escucha activa		15
8140	Informe de turnos y 7980	Informe de incidencias	20
8060	Transcripción de órdenes		15
5602	Enseñanza: proceso de enfermedad		20
4026	Disminución de la hemorragia: útero posparto		50
2210	Administración de analgésicos		20

7820	Manejo de muestras	15
3440	Cuidados del sitio de incisión	15
TIEMPO TOTAL de 24h oscilara entre 4h 20´y 5h		

La oscilación otra vez viene dada por los parámetros de aspiración de secreciones y de biberones.

De esta forma tendremos que las primeras 10 a 12 horas consumiremos 1 h 55´ de tiempo de enfermería, en las 24 horas siguientes oscilara entre 4h 40´y 5h 40´, siendo la mayor probabilidad la primera cifra que la segunda ya que la lactancia artificial más la ayuda en biberones representa el 9,34% y el tener que aspirar al bebe no llega al10%.

Las siguientes 24 horas tendremos un consumo entre 3h 50´y 4h 30´, aquí solo valoramos el haber o no biberones, el otro factor (la aspiración) ya no lo tenemos en cuenta por no tener repercusión.

Por último las 24 horas finales antes del alta el consumo oscilara entre 4h 20 y 5 h.

5-4. Cálculo de la plantilla de una unidad según su actividad y el coste de personal por proceso.

Ahora ya sabemos el tiempo que consume por día cada una de las patologías estudiada, de esta forma fácilmente podremos saber la plantilla necesaria para el cuidado de esas patologías.

Para ello utilizaremos las siguientes formulaciones,

La formula que nos dará el cálculo de las horas de enfermería (HE) necesaria para 24 horas en una unidad. Será igual al producto de las camas que tenga la unidad, por el índice de ocupación (IO) por las horas de consumo de la patología (HP). Siempre que sea la misma patología. Pero esto no es lo que ocurre habitualmente por lo que en lugar de realizar esa simple operación, tendremos que realizar la suma del consumo de enfermería de cada una de las patologías. Así tendremos el consumo de tiempo de enfermería en 24 horas en una unidad.

La enfermería está compuesta por enfermeras/os tituladas/os (E) y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), los criterios de distribución por unidades son los siguientes:

- a. Cuidados intensivos: 65% E y 35% TCAE
- b. Pediatría: 80% E y 20% TCAE
- c. Medicina: 55% E y 45% TCAE
- d. Cirugía: 70% E y 30% TCAE
- e. Obstetricia: 60% E y 40% TCAE
- f. Cuidados intermedios: 50% E y 50% TCAE
- g. Cuidados mínimos: 20% E y 80% TCAE

También la plantilla tiene una distribución horaria por turnos de trabajo, de mañana, tarde y noche. Como líneas generales a la hora de realizar la distribución por turno, se podrían utilizar las

siguientes referencias, teniendo en cuenta que pueden ajustarse a las peculiaridades de cada unidad.

- a. Cuidados mínimos: 60% mañana, 30% tarde y 10% noche
- b. Cuidados intermedios: 50% mañana, 30% tarde y 20% noche
- c. Cuidados intensivos: 40% mañana, 30% tarde y 30% noche

Así pues vamos a realizar la simulación en cada una de las unidades.

En la primera unidad, la de crónicos los diagnósticos BNCO representaban el 52.1% de las estancias y los AVC el 42.9%, si la sala tenía 16 habitaciones y una ocupación del 100%, en 24 horas tendríamos el siguiente consumo de enfermería:

BNCO $8,33 \times 4h 10' = 34h 51'$

AVC $6,86 \times 6h 50' = 46h 51'$ **Total horas al día 81h 42'**

Al ser una unidad de crónicos le aplicamos los criterios de distribución de cuidados intermedios.

Mañana 50% equivalente a 40h 51' son 5 personas y media siendo el turno de 7 horas

Tarde 30% equivalente a 24h 30' son 3 personas y media siendo el turno de 7 horas

Noche 20% equivalente a 18h 21' son 2 personas siendo el turno de 10 horas

El reparto de las tareas entre enfermeras/os y TCAE será al 50%, por lo que nos quedara de la siguiente forma:

Mañanas 2 E y 3 TCAE

Tarde 2 E y 2TCAE

Noche 1 E y 1 TCAE.

En la unidad de obstetricia si solo realizamos el cálculo con los dos diagnósticos que tenemos la repercusión de cada uno es del 72%, lo que supone 23 habitaciones para parto y el 28% lo que supone 9 habitaciones para cesárea, todo esto en una sala de 32 habitaciones, calculando un porcentaje igual del primer día y siguientes de cada patología, tendríamos:

Parto 1^{er} día $11,5 \times 3\text{h}24' = 43\text{h}6'$

Parto 2^o día $11,5 \times 4\text{h}05' = 46\text{h}52'$

Cesárea 1^{er} día $3 \times 4\text{h}40' = 14\text{h}$ más $12\text{h} (3 \times 1\text{h}55' / 2) = 15\text{h}23'$

Cesárea 2^o día $3 \times 3\text{h}50' = 11\text{h}30'$

Cesárea 3^o día $3 \times 4\text{h}20' = 13\text{h}$

Total en 24 h = $43\text{h}6' + 46\text{h}52' + 15\text{h}23' + 11\text{h}30' + 13\text{h} = \underline{128\text{h}51'}$

Al ser una unidad de obstetricia le aplicamos como unidad de cuidados intermedios.

_____ Estudio de la unidad de enfermería como unidad de coste

Mañanas 50% equivalente a 64h 25´ son 8 personas en turno de 8 horas.

Tardes 30% equivalente a 38h 25´son 5 personas en turno de 8 horas.

Noches 20% equivalente a 26h son 3 personas en turno de 8 horas

Esto sería con una ocupación al 100% de las 32 camas.

El reparto de las tareas entre enfermeras/os y TCAE será del 60% para el primero y 40% al segundo, quedando de la siguiente manera:

Mañanas 5 E y 3 TCAE

Tardes 3E y 2 TCAE

Noche 2E y 1TCAE

5-5. Cálculo del coste de personal por proceso.

Hemos revisado cuatro procesos, dando a cada uno de ellos una serie de tiempos para realizarse.

El coste total será el resultado de multiplicar el coste por hora de cada uno de los estamentos implicados, por el tiempo que tardamos en realizarlos.

El sueldo bruto de enfermería en el territorio español oscila entre 23.200€ y 26.000€ anuales. Para saber el coste de la empresa tendremos que aplicar un 30, 4% de coste de seguridad social (SS),

más el coste del mes de vacaciones y las fiestas anuales, que supone un incremento de un 16%, esto nos da una cifra de coste de empresa de entre los 35.093€ y los 39.329€ anuales.

Si el horario anual es de 1700 horas de media en turno rodado, el coste por hora de la enfermería oscilará entre 20,64€ y 23,13€.

Del mismo modo los TCAE tienen un sueldo bruto que oscila entre los 17.500€ y 20.000€, aplicándoles el porcentaje de la SS, festivos y vacaciones nos quedaría entre 26.471€ y 30.253€.

Si el horario anual, al igual que la enfermería es de 1700 horas de media en turno rodado, el coste por hora de los TCAE oscilará entre 15,57€ y 17,79€.

Siguiendo el reparto de cargas para enfermería y TCAE como hemos reflejado en el punto anterior, nos quedaría de la siguiente forma:

BNCO 4h 10 TOTALES por día

Enfermería 2h 5´ x (20,64 o 23,13) = de **43€ a 48,18€**

TCAE 2h 5´ x (15,57 o 17,79) = de **32,44€ a 37,06€**

TOTAL = de 75,44€ a 85,24€ por día

AVC 6h 50´ TOTALES por día

Enfermería 3h 25´ x (20,64 o 23,13) = de **70,52€ a 78,52€**

TCAE 3h 25´ x (15,57 o 17,79) = de **53,10€ a 60,78€**

TOTAL = de 123,62€ a 139,3€ por día

Parto 1^{er} día 3h 24'

Enfermería 2h 02'x (20,64 o 23,13) = de **41,97€ a 46,97€**

TCAE 1h 22'x (15,57 o 17,79) = de **21,32€ a 24,6€**

TOTAL = de 63,29€ a 71,57€

Parto 2^o día 4h25'

Enfermería 2h 39'x (20,64 o 23,13) = de **54,7€ a 61,2€**

TCAE 1h 46'x (15,57 o 17,79) = de **27,66€ a 31,8€**

TOTAL = de 82,36€ a 93€

El total del coste del proceso con respecto al personal de enfermería, oscilará entre **145,65€ y 164,57€**

Cesárea 1^{er} día 4h 40

Enfermería 2h 48'x (20,64 o 23,13) = de **57,79€ a 64,68€**

TCAE 1h 52'x (15,57 o 17,79) = de **29€ a 33,15€**

TOTAL = de 86,79€ a 97,83€ por día

Cesárea 2^o día 3h 50

Enfermería 2h 18'x (20,64 o 23,13) = de **47,47€ a 53,13€**

TCAE 1h 32'x (15,57 o 17,79) = de **23,83€ a 27,23€**

TOTAL = de 71,3€ a 80,36€

Cesárea 3º día 4h 20

Enfermería 2h 36´x (20,64 o 23,13) = de **53,66€ a 60,06€**

TCAE 1h 44´x (15.57 o 17.79) = de **26.94€ a 30.78€**

TOTAL = de 80,6€ a 90,84€ por día

El total del coste del proceso con respecto al personal de enfermería, oscilará entre **238,69€ y 269,03€**.

Si comparamos estos resultados con los valores del coste de hospitalización ofrecidos en el informe realizado por el Instituto de Información Sanitaria, en su documento “La hospitalización en el Sistema Nacional de Salud CMBD – Registro de altas. Informe resumen 2010” Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Obtendremos la siguiente tabla de comparación.

PROCESO	COSTE GRD	COSTE POR DÍA	COSTE DE ENFERMERIA	% DE ENFERMERÍA
BNCO		685€	80,34€ por día	11,72%
AVC		685€	131,46€ por día	19,19%
PARTO S. C.	1.422,61€		155,11€	10,9%
CÉSAREA.S.C	2.711.49€		253,86€	9,36%

Tabla 64 Porcentaje de repercusión del coste de enfermería en las patologías estudiadas

Hemos reflejado de dos modos la repercusión del coste de enfermería, ya que en los pacientes crónicos el cálculo se ha realizado

por día de estancia y no por su total, por ser variable y no tener una constante, como así ocurre con los otros dos procesos.

Así nos encontramos que la repercusión del coste del personal de enfermería sobre estos procesos oscila entre el 9,36% en la cesárea al 19,72% en el caso de pacientes con AVC.

Capítulo 6

Discusión

El gasto en recursos humanos es el más elevado de todos los que existen en cualquier centro sanitario. Dentro de los equipos de trabajo de un hospital, el equipo de enfermería es el más numeroso, por eso es necesario el análisis del trabajo de la enfermería asistencial.

Lo habitual en los hospitales españoles hoy en día es la utilización de estándares, éstos son los que se utilizan como referencia para el cálculo de plantillas, los tiempos utilizados son:

- Cuidados intensivos 12 horas de consumo de tiempo de enfermería en 24 horas
- Pediatría 4 horas de consumo de tiempo de enfermería en 24 horas.
- Medicina, cirugía y cuidados intermedios, 3 horas de consumo de tiempo de enfermería en 24 horas.
- Puérperas 2,5 horas de consumo de tiempo de enfermería en 24 horas.
- Recién nacidos 2 horas de consumo de tiempo de enfermería en 24 horas.
- Cuidados mínimos 1,5 horas de consumo de tiempo de enfermería en 24 horas.

En España como hemos visto, si que se realizo un sistema de cálculo más acorde, con un modelo de contabilidad de gestión que aproximaba la carga de trabajo del personal de enfermería, al calcular las intervenciones que hacían en cada uno de los pacientes. Nos referimos al proyecto SIGNO II, pero desgraciadamente por falta de

recursos y las transferencias del INSALUD, se dejó abandonado. Dio unos buenos resultados, pero que posiblemente distorsionarían la realidad existente, pues aplicando el cálculo de SIGNO II en la unidad de crónicos, como la estudiada, los pacientes con diagnóstico BNCO obtenemos un consumo de 3h 15' y los diagnosticados de AVC 3h 45'. Solo estos tiempos modifican las 3h dadas en los estándares, ahora bien como en su momento hemos expuesto, SIGNO II crea una valoración propia. Si que toma parte de la valoración de Virginia Henderson, pero en lugar de catorce necesidades las refunda en once, realizando también una cartera de intervenciones propias, llamadas acciones cuidadoras a las que se les dotó de tiempos de ejecución.

En el otro proyecto que podríamos utilizar para una cuantificación del trabajo de enfermería por paciente y caso (NYPE), su objetivo no era cuantificar los tiempos para una contabilidad de gestión, sino el de unificar las intervenciones para cada una de las patologías. Así creó un plan de cuidados estandarizados para proporcionar un ahorro notable de tiempos de enfermería, facilitando la toma de decisiones de manera rápida y acertada. También facilitó la continuidad y consistencia de los planes de atención al paciente necesarios para una evaluación de calidad. La toma de datos se realizó con la valoración de enfermería propuesta por Gordon.

Además los programas de historia electrónica que se aplican en la CCAA como la de Valencia o la de Madrid, la valoración de enfermería se realiza siguiendo la línea de Virginia Henderson con sus 14 necesidades básicas.

En este trabajo se ha querido dar, bajo la influencia de la contabilidad de gestión un recuento de todas las intervenciones que realiza la enfermería para cada uno de los pacientes atendidos, siguiendo el patrón de valoración de Virginia Henderson. Hemos analizado los tiempos que para cada CIE nos da el “College of Nursing University of Iowa”, aceptados por el Consejo Internacional de Enfermería. En lugar de utilizar tiempos foráneos, utilizados en este momento y reseñados con anterioridad.

En los criterios de distribución de los cuidados entre enfermeras y auxiliares (TCAE), hemos seguido los estándares de los hospitales españoles.

- Cuidados intensivos: 65% tiempo aportado por enfermeras y 35% TCAE.
- Cuidados intermedios: 50% tiempo aportado por enfermeras y 50% por TCAE
- Puérperas: 60% tiempo aportado por enfermeras y 40% por TCAE.
- Cuidados mínimos: 20% tiempo aportado por enfermeras y 80% por TCAE.

Así hemos visto que un paciente de diagnóstico BNCO que en los estándares de tiempos utilizados estaría en 3 horas de atención de enfermería. Que en SIGNO II nos saldría 3h 15', en nuestro trabajo nos sale un tiempo de 4h 10'. En AVC que el estándar sigue siendo el mismo de 3 horas, en SIGNO II 3h 45' y en este trabajo es de 6h 50'.

La diferencia viene dada por la forma de cálculo, en primer lugar es un estándar creado ya hace muchos años y que no tiene en cuenta al paciente en particular.

En el segundo caso con SIGNO II la diferencia viene dada por la toma de datos si bien se sigue una pauta de gestión bien definida, a las intervenciones se les da un valor propio, eso sí, calculado según reza su decálogo en la medición con cronometro, del tiempo que tarde una enfermera adiestrada en realizar una intervención.

Con todo lo expuesto, podemos reunir de esta forma, la información suficiente para llevar de una manera eficaz y eficiente la gestión de las unidades de enfermería, hasta ahora, lo habitual es, realizar una estimación, de las cargas de trabajo. Si él o los responsables del servicio, no pueden con todo el trabajo, se denuncia la situación para que se aumente el personal, pero siempre con apreciaciones subjetivas de la carga, no reflejando con datos, el trabajo a realizar.

Las dificultades que se han encontrado en este trabajo han sido referidas siempre al poco hábito, por parte del personal de enfermería clínico del uso del vocabulario enfermero, nos referimos al uso de los diagnósticos de enfermería (NANDA), a los resultados CRE y las intervenciones CIE, se ha tenido que ir volcando en cada uno de los pacientes, el lenguaje habitual de la enfermería al lenguaje académico de la enfermería, para poder así obtener los resultados.

Con todo podemos decir que la enfermería en los hospitales españoles tanto públicos como privados, tienen un índice de eficiencia muy elevado, dado que están, en las patologías estudiadas, por debajo

del número de personas, aconsejables por tiempos, para ejecutar las intervenciones que se realizan.

Capítulo 7

Conclusiones

1.- La ciencia que sustenta la enfermería es joven tiene menos de un siglo, aunque su base se ha venido realizando desde el inicio de la humanidad. Es en los años 50 cuando se hace ciencia y es reconocido como tal en EEUU y posteriormente en los demás países.

2.- La enfermería académica o institucional, está aún en estos momentos sin unificar con la enfermería clínica o asistencia; el lenguaje no es el mismo, tenemos que ir pasando de las técnicas cuidadoras, a los cuidados técnicos y científicos.

3.- La contabilidad de gestión, es una disciplina que hoy en día está considerada como uno de los instrumentos básicos para el proceso de toma de decisiones en las organizaciones empresariales.

4.- La contabilidad de gestión incorpora nuevos aspectos hasta ahora desconocidos como consecuencia de las nuevas necesidades de la empresa. Cuestiones como satisfacción del cliente, calidad o medio ambiente pasan a ser puntos de referencia importantes para el seguimiento y control de la gestión de las empresas, incorporando necesariamente aspectos cualitativos a los sistemas de información.

5.- El clima económico actual hace replantearse muchas acciones de gestión que hemos reflejado. Bajo nuestro punto de vista lo principal será homogeneizar criterios referentes al cálculo de costes, y a los costes propiamente dichos. Una central de compras, una cartera común de servicios, un ratio común de personal etc.

6.- Un aspecto a mejorar es la igualdad en todo el territorio nacional, que lleva a la presencia de desigualdades. Según hemos visto se pueden comparar y analizar la eficacia, la eficiencia, la productividad, los costes etc., entre hospitales y servicios de la misma comunidad, pero no entre centros pertenecientes a diferentes comunidades, ya que los criterios utilizados no son los mismos.

7.- Hemos observado que la eficacia de la enfermería española es muy alta y además por los resultados que se han obtenido tienen un grado de eficiencia muy elevado. En horas el estándar son 3 horas, de dedicación en medicina interna, sin ver de qué patología se trate. Y el resultado ha sido de 4h 10' para BNCO y 6h 50' para AVC. En sala obstétrica 2h 30' de tiempo en el estándar y nuestro resultado, en las horas previas al parto de 1h 55' y después del parto, incluyendo la atención al bebé, de 5h 25'. Y si es una cesárea de 3h 50 hasta 4h 40 según el día de estancia y en el mejor de los casos.

8.- Siguiendo el punto anterior, si podemos calcular tiempos de patologías predecibles, podremos regular la unidad de hospitalización como se hace al regular un quirófano. En este caso podemos hacerlo bien no llegando al 100% de la ocupación, por haber llegado al límite de carga admitido por número de personal de enfermería que tenemos o aumentando plantilla en ese momento.

9.- Por último hemos observado que la repercusión que el coste de enfermería en la unidad de hospitalización, oscila tan solo entre el 9,36% y el 19,19% del total del coste del proceso.

Con esta visión podemos seguir estudiando, los diferentes cuadros de CIEs, para cada una de las patologías, que se atienden en cada una de las unidades de enfermería, cuadros que serán dinámicos, pues tendremos que ir modificándolos en el tiempo, por cambios o mejoras en la atención, pero que nos irán dando las diferentes cargas de trabajo en espacio tiempo, de esta forma igual que conformamos un parte quirúrgico para un turno en el quirófano, podremos ir conformando la unidad de enfermería como referimos en el punto 8, pero también podemos pensar que en lugar de ser las patologías las que confrontan la sala de enfermería, (sala de traumatología, sala de medicina interna, etc.) sea la cantidad de cuidados quien la conforme, (sala de cuidados intermedios, sala de cuidados mínimos, etc) sin mirar la patología, así según la carga de trabajo, podremos crear las salas y con ello el personal que requieren cada una de ellas, la concepción de estas unidades no sería bajo criterio de especialidad médico-quirúrgica o medica, sino por criterio de cuidado de enfermería. Algo así aparece en las Unidades de Críticos que no se mira, la patología para el ingreso, sino la gravedad del proceso.

Al finalizar todo ese estudio, podremos tener los cálculos en tiempos reales de las cargas de trabajo, para así poder realizar los ajustes pertinentes de las plantillas de enfermería.

Bibliografía

- Adam, E. “Être infirmière. Un modèle conceptuel”, 3^o éd., Montréal, Études Vivantes, 1991.
- Adam, E. “Toward More Clarity in Terminology : Frameworks, Theories and Models ”, Jurnal of Nursing Education, 1985.
- AEC “Situación actual y perspectivas futuras en Contabilidad de Gestión” en Elementos de Contabilidad de Gestión, cap. 2^o AECA, Madrid, 1994.
- AECA “El Balanced Scorecard: ayudando a implantar la estrategia”, Revista de antiguos alumnos del IESE, núm. 81, marzo, 2001.
- AECA “El marco de la contabilidad de gestión”, Documento 1 de principios Contabilidad de Gestión, Madrid, 1992.
- AECA “El objetivo eficiencia de la empresa”, Documento 1 de principios de Organización y Sistemas, Madrid, 1988.
- AECA “El proceso presupuestario en la empresa” Documento 4 de principios de Contabilidad de Gestión, Madrid, 1993.
- AECA “Estrategia Empresarial. Modelo Dinámico del Proceso Estratégico”, Documento 9 de Principios de Organización y Sistemas, Madrid, 1999. Alonso, J. y Herce, J.A. “El gasto sanitario en España: Evolución reciente y perspectivas”. Textos Express, 98-01, FEDEA, Madrid, 1998.
- AECA “Glosario de contabilidad de gestión”, Documento 0 de principios de Contabilidad de Gestión, Madrid, 1994.
- AECA “Indicadores de gestión para las Entidades Públicas”, Propuesta de documento de Principios de Contabilidad de Gestión,

AECA, Madrid, 1997c. “Costes Estándares y Análisis de Desviaciones”, Documento 12 de principios de Contabilidad de Gestión, Madrid, 1998.

-AECA “Indicadores para la gestión empresarial”, Propuesta de documento de principios de Contabilidad de Gestión Madrid, 1998.

-AECA “La Contabilidad de gestión como instrumento de control”, Documento 2 de principios de Contabilidad de Gestión, Madrid, 1995.

-AECA “La Contabilidad de Gestión en las Entidades Públicas”, Documento 15 de principios de Contabilidad de gestión, Madrid, 1997.

-AECA “La Contabilidad de Gestión en los Centros Sanitarios”, Documento 14 de principios de Contabilidad de Gestión, Madrid, 1997.

-AECA “La Contabilidad de gestión medioambiental”, Documento 13 de principios de Contabilidad de Gestión, Madrid, 1996.

-AECA “Nuevas tendencias en contabilidad de gestión. Implantación en el centro de asistencia sanitaria española”, AECA, Madrid, 1994.

-Alfaro Lefevre, R. “Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería” Elsevier, S.L. cuarta edición. Barcelona, 2009.

-Alligood, M.R; Marriner Tomey, A “Modelos y teorías en enfermería” Elsevier, S.L. séptima edición. Barcelona, 2011.

-Alvarez López, J. et al. “Introducción a la Contabilidad de Gestión”, Editorial McGraw-Hill, Madrid, 1994.

-Álvarez Suarez, J.L. et al. "Manual de valoración de Patrones Funcionales" Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2010.

-
- Amat, O. “Costes de calidad y costes de no calidad”, Ediciones Gestión 2000, Barcelona, 1992.
- Amat, O. y de Falguera, J. “Nuevas tendencias en la utilización de indicadores para la gestión, la evaluación y el control de la actividad hospitalaria: el cuadro de mando integral”, en G. López Casanovas (Director): La contratación de servicios sanitarios, Servei Català de la Salut, 1999.
- Anthony, R. y Reece, -J. “Accounting. Text and cases”, Richard D. Irwin, Homewood IL.,1983.
- Anthony, R.N. “El control de gestión. Marco, entorno y proceso”, Ediciones Deusto, S.A., Bilbao, 1990.
- Anthony, R.N. y Dearden, J. “Management control systems”, Richard D. Irwin, Homewood, Illinois, 1976.
- Anthony, R.N. y Young, D.W. “Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit” Ed. Mc Graw-Hill Libri Italia, Milano, 1992.
- Baumol, W.J. y Fabian, T. “Descomposition Pricing for Decentralition and External Economics”, Management Science, septiembre, 1964.
- Belenes, R. “El impacto de la política de limitación presupuestaria del Insalud sobre el modelo de gestión de los servicios sanitarios: propuestas para el desarrollo estratégico de la organización hospitalaria”. Gaceta sanitaria, 1988.
- Benavent Garcés, M.A.; Ferrer Ferrandis, E. y Francisco del Rey, C. “Fundamentos de enfermería modelos y cuidados”. Difusión Avances de enfermería. Madrid, 2009.

-
- Berliner, C. y Brimson, J.A. "Cost management in today's advanced manufacturing: the Cam-I conceptual design", Harvard Business School Press, Boston, 1988.
- Berry, A.J.; Broadbent, J. y Otley, D. "Management control: theories, issues and practices", Mcmillan Press, Ltd. Londres, 1995.
- Bisbe, J. "Modelos de costes y bases de datos: Opciones para el cálculo del consumo de recursos por GRD". En M. Casas (Coord.): Los grupos relacionados con el diagnóstico. Experiencias y perspectivas de utilización, Masson, 1991.
- Blanco Dopico, I. "Contabilidad de costes: Análisis y control", Ediciones Pirámide, Madrid, 1994.
- Blanco Dopico, I.; Aibar, B. y Cantorna, S. "El enfoque conductual contable y su reflejo en un cuadro de mando integral", Revista Española de Financiación y Contabilidad, número 98, volumen XXVIII, enero-marzo, 1999.
- Blanco Rubio,A. "Fundación Hospital de Alcorcon: novedosa vía del INSALUD en innovación tecnológica". 1998
- Blanco Rubio,A. "La informática al servicio de la medicina" 1998
- Blanco, A. y Bustos, A. "El gasto sanitario en España, previsiones hasta el año 2000". XVI Jornadas de Economía de la Salud. Valladolid, 1996.
- Blanco, F. "El control de gestión como guía de la gestión empresarial". Instituto de la Pequeña y Mediana Empresa, Madrid, 1985.

-
- Bulechek, G. Howars K. Butcher, Joanne McCloskey. "Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)". Elsevier Mosby, quinta edición. Barcelona, 2009.
- Camman, C. y Nadler, D.A. " Making effective use of control systems" en Perspectives on Behavior in organizations, McGraw Hill, USA, 1977.
- Camman, C. y Nadler, D.A. " Making effective use of control systems" en Perspectives on Behavior in organizations, McGraw Hill, USA, 1977.
- Caplan, E.H. "Management accounting and behavioral science", Addison-Wesley Publishing company, Inc. Massachusetts, 1971.
- Carenys, J. y de Falguera, J. "El cuadro de mando un documento informativo para la toma de decisiones y la buena gestión", Barcelona Management Review, núm. 5,1984.
- Castelló Taliani, E; Lizcano Álvarez, J. "El sistema de gestión y de costes basado en la actividad". Instituto de Estudios Económicos. Madrid. 1997.
- Castelló, E. "Se impone el sistema de costes por actividades", Harvard Deusto Contabilidad y Finanzas, núm. 1, 1994.
- Castellón, E. y Bestard, J.J. "Sanidad: un paso para la mejora". El País. 19 de abril de 1997. Coates, J. "Performance management", CIMA, Londres, 1997.
- Coates, J. "Performance management", CIMA, Londres, 1997.
- Collins, F. "Managerial accounting systems and organizational control: a role perspective", Accounting Organizations and Society, vol. 7, núm. 2, 1982.

-
- Comisión Técnica sobre el Sistema de Pago de Servicios Contratados a la XHUP. “Nuevo modelo de pago de los hospitales e la XHUP”, en G. López Casanovas (Director): La contratación de servicios sanitarios, Servei Català de la Salut, 1999.
 - Dermer, J.D. y Lucas, R.G. “The illusion of managerial control”, *Accounting*360.4, enero, 1996.
 - Dermer, J.D. y Lucas, R.G. “The illusion of managerial control”, *Accounting Organizations and Society*”, vol. 11, núm. 6, 1986.
 - Díaz, J.L. y Arce, F.P. “El papel del servicio médico”, capítulo del libro *Manual de Gestión Hospitalaria*”, McGraw-Hill Interamericana, Madrid, 1997.
 - Dodson, J. “In the Accountant or The Method of Book-Keeping, Deduced from clear Principles and Illustrated by a Variety of Examples, London, 1750.
 - Ernst & Young consultores. “Manual del director de recursos humanos.” Cuaderno Cinco Días. 1997.
 - Errasti, F. “Principios de Gestión Sanitaria”. Ed. Díaz de Santos. Madrid, 1996.
 - Esperalba, J.; Borrás, P. y Rovira, M. “Análisis del papel de los SI en la gestión hospitalaria”, *Fulls Economics del Sistema Sanitari*, Barcelona, enero, 1996.
 - F. Averill, R.; Golfield, Norberts S. y Bárbara A. “Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico”. *Health Information System*. SIGESA-3M España. 1995.

-
- Fernández Fernández. A, Gutiérrez Díaz. G, Martín Garrido. J, Donoso Anez. R. “Contabilidad de Costes y Contabilidad de Gestión. Ejercicios y soluciones” McGraw-Hill. Madrid, 1995.
- Fernández, A.- “Análisis, medida y control de los costes de calidad”, en “Nuevas tendencias en contabilidad de gestión: Implantación en la empresa española”, Coord. Emma Castelló, Madrid, 1993.
- Francesconi. A. “L’activity-Based Costing nei servizi sanitari”. *Economía & Management*, núm. 1, febrero 1975.
- Freeman, H.L., “How to Put Quality Cost to Work”, 12th Metropolitan Section all Day Conference, septiembre, 1960.
- Fresneda, S. “Los mecanismos de gestión en la sanidad pública”. *Auditoría Publica*, nº 4, enero, 1996.
- Garner, P. “Evolution of cost Accounting”, Alabama Press, 1954.
- Generalitat Valenciana, Consellería de Sanitat i Consum. “Sistema de Información Económica para la Gestión Sanitaria. Programa SIE”, enero, 1995.
- Gibson, A.H. “Trading and profit and loss Accounts”, *The Accountant*, junio 1987.
- Gimenez Barriocanal, F, “La información externa y la información para la gestión en las entidades sin ánimo de lucro”, *Partida Doble*, núm. 58, julio-agosto, 1995.
- Gonzalo Jimenez, E. “Gestión de cuidados de enfermería y gestión clínica”. Plan estratégico del Servicio Andaluz de Salud (Asesoría EASP). octubre, 1997.

-
- Gordon, D., Chapman, R. y Marafioti, S., "A multidimensional decision support system for Hospital Management", Working Paper, Ontario: University of Toronto, 2002.
- Gordon, M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y Aplicación. Versión en español de la tercera edición de la obra original en inglés. Ed: Mosby/Doyma Libros. Madrid. 1996.
- Grant, R.M. "Contemporary Strategy Analysis, Concepts, Techniques, Applications, 2nd. Edition, Blackwell Publishers, Cambridge, Mass, 1995. (Versión española: Dirección Estratégica, Civitas, Madrid, 1997).
- Gratacós, A. "Sistemas de información y plan de renovación de la información hospitalaria", en actas de las Jornadas sobre Gestión y Evaluación de Costes Hospitalarios, Hellin, 1993.
- Grenon, A., Pinson, G. Y Gauthier, P.H. "L'analyse des coûts á l'hôpital". ed. Dunod, 1981.
- Gross, M.J. Jr., Warshauer, W. Jr. y Larkin, R.F. "Financial and accounting guide for not-for-profit organizations", John Wiley & Sons, Inc. New York, 1991.
- Guadalajara, N. "Análisis de costes en los hospitales", M/C/Q Ediciones. Valencia, 1994.
- Gutierrez Ponce, H "La información presupuestaria: ¿cómo y para qué la utilizan las empresas españolas?", Actualidad Financiera, núm. monográfico, primer trimestre, 1996.
- Gutierrez Ponce, H.: "Los sistemas contables de gestión y el factor humano: una apuesta de futuro", Ed. Instituto de Contabilidad y Auditoría de Cuentas. Madrid, 1991.

-
- Harper & Linch. “ Manual de recursos humanos” . La gaceta de los negocios. 1992
- Henderson, V. , Nite, G. “Principles and Practice of Nursing “, Macmillan, sexta edición, 1978.
- Henderson, V. “The Nature of Nursing”, American Journal of Nursing, 1964.
- Horngren, CH. T. y Foster, G. “Contabilidad de costos. Un enfoque gerencial”, Prentice-Hall Hispanoamericana, México, 1991. (Traducción de la edición de la misma editorial de 1987: “Cost Accounting: A Managerial Emphasis”) Iglehart, J.K. "Medicare Begins Prospective Payment of Hospitals". N Engl J Med, <http://www.observatorioiberoamericano.org/paises/Spain/Art%C3%Adculos%20sobre%20Contabilidad%20Gesti%C3%B3n/indice.htm>
<https://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/>
<https://www.nipe.enfermundi.com/>
- INSALUD “Manual del Club de Enfermería del Proyecto Signo II” 1995.
- Institut Català de la Salut. “Model de comptabilitat analítica en els hospitals de l’ICS”. Quaderns ICS, 1, septiembre 1994.
- Institute of Management Accountants. “Definition on Management Accounting”, Management Accounting, enero, 1981.
- ISO “Manuel pour le développement. Enseignement de la normalisation dans les établissements d’études supérieures dans les pays en développement” (Volumen 4).Organisation internationale de normalisation. Suiza. 1987.

-
- Junta de Andalucía, Consejería de Salud. “Sistema de control de Gestión Hospitalaria (COAN)”, Servicio Andaluz de Salud, enero, 1995.
 - Kaplan, R. S. y Norton, D.S “Cómo implantar el cuadro de mando integral”, Gestión 2000, Barcelona, 2000.
 - Kaplan, R. S. y Norton, D.S “El cuadro de mando integral”, Gestión 2000, Barcelona, 1997.
 - Kaplan, R. S. y Norton, D.S “Evaluación de resultados: algo más que números”, Harvard Deusto Business Review, núm. 55, marzo 1993
 - Kaplan, R. S. y Norton, D.S “Putting the Balanced Scorecard to Work”, Harvard Deusto Business Review, setiembre-octubre, 1993.
 - Kaplan, R. S. y Norton, D.S “Using the Balanced Scorecard as strategic management system”, Harvard Business Review, enero-febrero, 1996.
 - Kaplan, R. S. y Norton, D.S.: - “The Balanced Scorecard-Measures That Drive Performance”, Harvard Business Review, enero- febrero, 1992.
 - Kaplan, R.S “In Defense of Activity-Based Cost Management”, ManagementAccounting, vol. 24, núm. 5, noviembre, 1992.
 - Kaplan, R.S “Measures for manufacturing excellence”. Boston: Harvard Business School Press, 1990.
 - Kaplan, R.S “New systems for measurement and control”, Engineering Economist, vol. 36, núm.3, otoño, 1991.
 - Kaplan, R.S “The Evolution of Management Accounting”, The American Accounting Review, vol. LIX, núm. 3, julio, 1984.

-
- Kaplan, R.S “The Role for Empirical Research in Management Accounting” Working Paper 9-785-001, Harvard Business School, Cambridge, Mass, 1994.
- Kaplan, R.S., Cooper, R. “Coste y efecto”, Ediciones Gestión 2000, Barcelona, 1999 (Traducción de la primera edición inglesa de 1998).
- Kaplan, R.S.: - “Measuring Manufacturing Performance: A New Challenge for Managerial Accounting Research” The American Accounting Review, vol. LVIII, núm. 4, octubre, 1983.
- Kérouac, A.; Pepin, J; Ducharme, F; Duquette, A; Major, F. “El pensamiento enfermero”. Masson S.A. Barcelona, 1985.
- Kravitz, M.,Frey,M.A. “The Allen Nursing Model”, dans J.J. Fitzpatrick, A.L. Whall (Eds), Conceptual Models of nursing: Analysis and Application 1989.
- Lebas, M. : “Evolution d’un système d’information de gestion: un exemple”. Revue Française de Comptabilité, febrero 1993.
- Lebas, M. : “Managerial Accounting in France; Overview of Past tradition and Current Practice”, European Accounting Review 3, núm. 3, 1994.
- Mayers, M. G. “A systematic approach to the nursing care plan”. New York: Appleton-Century-Crofts, 1982.
- Marion Jhonson, Gloria Bulechek, Howard Burcher, Joanne McCloskey, Meridean Maas, Sue Moorhead, Elizabeth Swansan. "Interrelaciones NANDA NOC y NIC". Elsevier, S.L. segunda edición. Barcelona, 2007
- Marriner Tomey, A. “Guía de gestión y dirección de enfermería” Elsevier, S.L. octava edición. Barcelona, 2009.

-
- Martinez Martín, M.L.; Chamorro Rebollo, E. "Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero". Elsevier, S.L. Barcelona, 2011.
- Ministerio de Sanidad y Consumo." Gestión Analítica Hacia la contabilidad Analítica en los hospitales" 1990.
- Ministerio de Sanidad y Consumo." Hacia el coste por paciente". 1994
- Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, M.L.; Swanson, E "Clasificación de resultados de enfermería NOC" Elsevier, S.L. cuarta edición. Barcelona, 2009
- Moreno Brenes, JA. "Informática en una unidad de cuidados intensivos" XXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias.1997.
- Orem, D. " Nursing Administration: A Theoretical Approach ",1989.
- Orem, D. "Nursing: Concepts of Practice". Mosby Company, 1991.
- Osakidetsa. "Manual de descripción de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico." Servicio Vasco de Salud. 2000.
- Osakidetsa. "Transformando el Sistema de Salud "Servicio Vasco de Salud 2009
- Raile Allegood, M.; Marriner Tomey, A. "Modelos y teorías en enfermería" Elsevier Mosby, séptima edición. Barcelona. 2011.
- Ripoll, V.M. (coord.). Introducción a la contabilidad de gestión y cálculo de costes". Capítulo 1. Ed. McGraW-Hill. Madrid, 1994.
- Ripoll, V.M. "Aspectos estructurales de la contabilidad de gestión y principales líneas de investigación" en Elementos de contabilidad de gestión, coord.. por Lizcano, J., AECA, Madrid, 1994.

-
- Ripoll, V.M.; Barrachina, M. y Suárez, A. “Dialéctica en el desarrollo de la contabilidad de gestión”, Técnica Contable, núm. 598, octubre, 1998.
- Riu Camps, M. et al “El producto enfermero: medida de tiempos por proceso” ROL Enf. 1996
- Rivero Cuadrado, A. y Cózar Ruiz, R. “Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud.” Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1999.
- Rivero Cuadrado, A.; Zamanillo Sarmiento, C. y Ruiz Ferran, J. “La gestión del proceso asistencial: impacto de los sistemas de información médica.” Ministerio de Sanidad y Consumo y Fundación Sanitas. Madrid. 2000.
- Rogers, M.E. “An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing”, 1970.
- Rosanas, J.M. y Ballarín, E. “Contabilidad de costes para toma de decisiones”, DDB, Bilbao, 1994.
- Roy, C. “ Future of the Roy model: Challenge to redefine adaptation”, 1997
- Roy, C. y Andrews, H.A.. “The Roy Adaptation Model : The Definitive Statement ”, 1991.
- Ruiz Moreno, J.; Martín Delgado, M.C.; García-Peche Sánchez, R. "Procedimientos y técnicas de enfermería" Ed Rol. 2006.
- Ruland, C. M. “Valoración de la versión Beta de la Clasificación Internacional de la práctica de Enfermería en la perfección del dominio, la aplicabilidad de su estructura axial y utilidad en la práctica

clínica: un proyecto noruego”. CIE. International Nursing Review en español. 2001.

-Sáez Torrecilla, A.; Fernández Fernández, A.; Gutiérrez Díaz. G. “Contabilidad de Costes y Contabilidad de Gestión”, 2º volumen, McGraw-Hill, segunda edición, 2004.

-Sanchez Soria MM. “Cargas de trabajo en enfermería en cuidados intensivos con tres sistemas de medición”. XXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias. 1996.

-Sanz Villorejo. J. “Organización y gestión de los servicios de enfermería” Gestión hospitalaria 1998.

-Servei Català de la Salut. “El pressupost sanitari”, col. Els llibres dels Fulls Econòmics, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona, 2001.

-Siles González, J. “Pasado, presente y futuro de la Enfermería en España. Perspectiva Histórica y Epistemológica”, CECOVA, Alicante. 1996.

-Sistema Nacional de Salud. “Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud”, 1991.

-Subirana, M. Solá, I. “Revisión sistemática de los instrumentos que miden la actividad de Enfermería y su repercusión sobre los resultados en salud”. Metas de enfermería, 2006.

-Teixidor Freixa, M. “El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales” (I). Rev ROL Enf 2002;

-V.V.A.A. Consejo Internacional de Enfermeras. “Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería/CIPE.” Versión Beta.

Edición en español. Organización Colegial de Enfermería de España.
Consejo General. Ginebra (Suiza) 1999.

-Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade e Servicios Sociais,
Servicio Galego deSaúde. “Gestión Analítica. Método de distribución
de los costes Hospitalarios”. A Coruña, 1994.

ANEXO I

La valoración de enfermería según las Necesidades Básicas de Virginia Henderson:

Este modelo clasifica los diagnósticos de enfermería en catorce apartados:

1.- RESPIRACIÓN

<u>CÓDIGO</u>	<u>DIAGNÓSTICO NANDA</u>
29	Disminución del gasto cardiaco
30	Deterioro del intercambio gaseoso
31	Limpieza ineficaz de las vías aéreas
32	Patrón respiratorio ineficaz
33	Deterioro de la respiración espontánea
34	Respuesta disfuncional al destete del ventilador
36	Riesgo de asfixia
39	Riesgo de aspiración

2.- ELIMINACIÓN :

<u>CÓDIGO</u>	<u>DIAGNÓSTICO NANDA</u>
11	Estreñimiento
12	Estreñimiento subjetivo
13	Diarrea
14	Incontinencia fecal
15	Riesgo de estreñimiento
16	Deterioro de la eliminación urinaria
17	Incontinencia urinaria de esfuerzo
18	Incontinencia urinaria refleja
19	Incontinencia urinaria de urgencia
20	Incontinencia urinaria funcional
22	Riesgo de incontinencia urinaria de urgencias

23	Retención urinaria
110	Déficit de autocuidado: uso del WC
166	Disposición para mejorar la eliminación urinaria
176	Incontinencia urinaria por rebosamiento
195	Riesgo de desequilibrio electrolítico
196	Motilidad gastrointestinal disfuncional
197	Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional

3.- COMER Y BEBER

<u>CÓDIGO</u>	<u>DIAGNÓSTICO NANDA</u>
1	Desequilibrio nutricional por exceso
2	Desequilibrio nutricional por defecto
3	Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso
25	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos
26	Exceso de volumen de líquidos
27	Déficit de volumen de líquidos
28	Riesgo de déficit de volumen de líquidos
48	Deterioro de la dentición
102	Déficit de autocuidado: alimentación
103	Deterioro de la deglución
104	Lactancia materna ineficaz
105	Interrupción de la lactancia materna
106	Lactancia materna eficaz
107	Patrón de alimentación ineficaz de lactante
134	Náuseas
160	Disposición para mejorar el equilibrio del volumen de líquidos
163	Disposición para mejorar la nutrición

4.- MOVILIZACIÓN

<u>CÓDIGO</u>	<u>DIAGNÓSTICO NANDA</u>
40	Riesgo de síndrome de desuso

85	Deterioro de la movilidad física
86	Riesgo de disfunción neurovascular periférica
88	Deterioro de la deambulación
89	Deterioro de la movilidad en silla de ruedas
90	Deterioro de la habilidad para la traslación
91	Deterioro de la movilidad en la cama
92	Intolerancia a la actividad
93	Fatiga
94	Riesgo de intolerancia a la actividad
123	Desatención unilateral
168	Sedentarismo

5.- REPOSO/SUEÑO

<u>CÓDIGO</u>	<u>DIAGNÓSTICO NANDA</u>
95	Deterioro del patrón de sueño
96	Deprivación de sueño
165	Disposición para mejorar el sueño
183	Disposición para mejorar el confort
198	Trastorno del patrón del sueño
214	Disconfort

6.- VESTIRSE

<u>CÓDIGO</u>	<u>DIAGNÓSTICO NANDA</u>
109	Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento

7.- TEMPERATURA

<u>CÓDIGO</u>	<u>DIAGNÓSTICO NANDA</u>
5	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal
6	Hipotermia
7	Hipertermia
8	Termorregulación ineficaz

8.- HIGIENE/PIEL

<u>CÓDIGO</u>	<u>DIAGNÓSTICO NANDA</u>
44	Deterioro de la integridad tisular
45	Deterioro de la mucosa oral
46	Deterioro de la integridad cutánea
47	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
108	Déficit de autocuidado: baño/higiene
200	Riesgo de disminución de la perfusión cardíaca
201	Riesgo de la perfusión tisular cerebral ineficaz
202	Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz
203	Riesgo de perfusión renal ineficaz
204	Perfusión tisular periférica ineficaz

9.- SEGURIDAD

<u>CÓDIGO</u>	<u>DIAGNÓSTICO NANDA</u>
4	Riesgo de infección
9	Disreflexia autónoma
10	Riesgo de disreflexia autónoma
35	Riesgo de lesión
37	Riesgo de intoxicación
38	Riesgo de traumatismo
41	Respuesta alérgica al látex
42	Riesgo de respuesta alérgica al látex
43	Protección inefectiva
49	Capacidad adaptativa intracraneal disminuida
50	Perturbación del campo de la energía
60	Interrupción de los procesos familiares
61	Cansancio del rol del cuidador
62	Riesgo de cansancio del rol del cuidador
71	Afrontamiento defensivo
72	Negación ineficaz
78	Manejo inefectiva del régimen terapéutico
79	Incumplimiento del tratamiento
80	Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar

81	Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad
87	Riesgo de lesión perioperatoria
100	Retraso en la recuperación quirúrgica
101	Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo
111	Riesgo de retraso en el desarrollo
112	Riesgo de crecimiento desproporcionado
113	Síndrome del estrés del traslado
114	Riesgo de conducta desorganizada del lactante
115	Conducta desorganizada del lactante
117	Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante
128	Confusión aguda
129	Confusión crónica
131	Deterioro de la memoria
132	Dolor agudo
133	Dolor crónico
138	Riesgo de violencia dirigida a otros
139	Riesgo de automutilación
140	Riesgo de violencia autodirigida
141	Síndrome postraumático
142	Síndrome traumático de la violación
145	Riesgo de síndrome postraumático
146	Ansiedad
148	Temor
149	Riesgo de síndrome de estrés de traslado
150	Riesgo de suicidio
151	Automutilación
152	Riesgo de impotencia
155	Riesgo de caídas
156	Riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante
158	Disposición para mejorar el afrontamiento
167	Disposición para mejorar el autoconcepto
173	Riesgo de confusión aguda
177	Estrés por sobrecarga
178	Riesgo de deterioro de la función hepática
179	Riesgo de nivel de glucemia inestable
180	Riesgo de contaminación
181	Contaminación
186	Disposición para mejorar el estado de inmunización
187	Disposición para mejorar el poder

193	Descuido personal
194	Ictericia neonatal
205	Riesgo de shock
206	Riesgo de sangrado
208	Disposición para mejorar el proceso de maternidad
209	Riesgo de alteración de la díada materno/fetal
213	Riesgo de traumatismo vascular

10.- COMUNICACIÓN

<u>CÓDIGO</u>	<u>DIAGNÓSTICO NANDA</u>
51	Deterioro de la comunicación verbal
52	Deterioro de la interacción social
53	Aislamiento social
54	Riesgo de soledad
58	Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño
59	Disfunción sexual
63	Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo
65	Patrón sexual inefectivo
69	Afrontamiento inefectivo
73	Afrontamiento familiar incapacitante
74	Afrontamiento familiar comprometido
75	Disposición para mejorar el afrontamiento familiar
76	Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad
77	Afrontamiento inefectivo de la comunidad
122	Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles,
127	Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno
154	Vagabundeo
157	Disposición para mejorar la comunicación
159	Disposición para mejorar los procesos familiares

11- RELIGIÓN/CREENCIAS

<u>CÓDIGO</u>	<u>DIAGNÓSTICO NANDA</u>
66	Sufrimiento espiritual

67	Riesgo de sufrimiento espiritual
68	Disposición para mejorar el bienestar espiritual
83	Conflicto de decisiones (especificar)
124	Desesperanza
125	Impotencia
135	Duelo complicado
136	Duelo
137	Aflicción crónica
147	Ansiedad ante la muerte
169	Deterioro de la religiosidad
170	Riesgo de deterioro de la religiosidad
171	Disposición para mejorar la religiosidad
172	Riesgo de duelo complicado
174	Riesgo de compromiso de la dignidad humana
175	Sufrimiento moral
185	Disposición para mejorar la esperanza

12.- TRABAJAR REALIZARSE

<u>CÓDIGO</u>	<u>DIAGNÓSTICO NANDA</u>
55	Desempeño inefectivo del rol
56	Deterioro parental
57	Riesgo de deterioro parental
64	Conflicto del rol parental
98	Deterioro en el mantenimiento del hogar
99	Mantenimiento inefectivo de la salud
118	Trastorno de la imagen corporal
119	Baja autoestima crónica
120	Baja autoestima situacional
121	Trastorno de la identidad personal
153	Riesgo de baja autoestima situacional
164	Disposición para mejorar el rol parenteral
184	Disposición para mejorar la toma de decisiones
188	Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud
199	Planificación ineficaz de las actividades
207	Disposición para mejorar las relaciones
210	Deterioro de la capacidad de recuperación personal
211	Riesgo de compromiso de la capacidad de recuperación
212	Disposición para mejorar la capacidad de recuperación

13.- ACTIVIDADES LÚDICAS

<u>CÓDIGO</u>	<u>DIAGNÓSTICO NANDA</u>
97	Déficit de actividades recreativas

14.- APRENDER

<u>CÓDIGO</u>	<u>DIAGNÓSTICO NANDA</u>
85	Disposición para mejorar el afrontamiento familiar
126	Conocimientos deficientes (especificar)
161	Disposición para mejorar los conocimientos
162	Disposición para mejorar el manejo del régimen
182	Disposición para mejorar el autocuidado

ANEXO II

La valoración de enfermería siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon.

1.- Patrón de Percepción y Control de la Salud :

Qué valora:

Como percibe el individuo la salud y el bienestar.

Como maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación

La adherencia a las prácticas terapéuticas.

Incluye prácticas preventivas (hábitos higiénicos, vacunaciones....)

Cómo se valora:

Hábitos higiénicos: personales, vivienda, vestido

Vacunas, alergias

Percepción de su salud

Conductas saludables: interés y conocimiento

Existencia o no de alteraciones de salud (tipo de alteración, cuidados, conocimiento y disposición)

Existencia o no de hábitos tóxicos

Accidentes laborales, tráfico y domésticos

Ingresos hospitalarios

Resultado del Patrón:

El patrón está alterado si:

La persona considera que su salud es pobre, regular o mala.

Tiene un inadecuado cuidado de su salud.

Bebe en exceso. Fuma. Consume drogas.

No tiene adherencia a tratamientos farmacológicos ni a medidas terapéuticas.

No está vacunado

La higiene personal o de la vivienda es descuidada.

2.- Patrón Nutricional y Metabólico :

Qué valora:

Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas

Horarios de comida. Preferencias y suplementos.

Problemas en su ingesta.

Altura, peso y temperatura.

Condiciones de piel, mucosas y membranas.

Cómo se valora:

Valoración del IMC.

Valoración de la alimentación:

Recoge el nº de comidas, el lugar, el horario, dietas específicas., así como los líquidos recomendados para tomar en el día.

Se deben hacer preguntas sobre el tipo de alimentos que toma por grupos: frutas, verduras, carnes, pescados, legumbres y lácteos...

Valoración de problemas en la boca:

Si tiene alteraciones bucales (caries, úlceras etc.)

Valoración de problemas para comer:

Dificultades para masticar, tragar..., alimentación por sonda ya sea alimentación enteral o con purés caseros.

Valoración de otros problemas que influyen en el patrón:

Problemas digestivos (náuseas, vómitos, pirosis)

Dependencia

Inapetencias

Intolerancias alimenticias

Alergias

Suplementos alimenticios y vitaminas

Valoración de la piel:

Alteraciones de la piel: fragilidad de uñas y pelo, falta de hidratación, prurito, edemas, lesiones, temperatura, cicatrización, coloración.

Lesiones cutáneas: abscesos, lipomas, nevus, verrugas, patología de las uñas.

Resultado del patrón:

El patrón estará alterado si:

Con respecto al IMC: Patrón alterado superior al 30% o inferior a 18,5%

Patrón en riesgo: entre 25 y 30

Patrón eficaz: entre 18,6 y 24,9

Tiene una nutrición desequilibrada

Los líquidos consumidos son escasos.

Existen problemas en la boca

Hay dificultades para masticar y/o tragar. Necesita sonda de alimentación.

Existen lesiones cutáneas o en mucosas, alteraciones de la piel o falta de integridad tisular o cutánea

Presencia de problemas digestivos, dependencias, inapetencias, intolerancias alimenticias, alergias.

3.- Patrón de Eliminación :

Qué valora:

Describe las funciones excretoras intestinal, urinaria y de la piel

Cómo se valora:

Intestinal:

Consistencia, regularidad, dolor al defecar, sangre en heces, uso de laxantes, presencia de ostomias, incontinencia.

Urinaria:

Micciones/día, características de la orina, problemas de micción, sistemas de ayuda (absorbentes, colectores, sondas, urostomías), incontinencias

Cutánea:

Sudoración copiosa

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si:

Intestinal: existe estreñimiento, incontinencia, diarrea, flatulencia, o la persona precisa sistemas de ayuda (laxantes, enemas, ostomías).

Urinario: si presenta incontinencias, retención, disuria, nicturia, poliuria, polaquiuria o utiliza sistemas de ayuda (absorventes, colector, sondas o urostomías)

Si sudación excesiva.

4.- Patrón de Actividad y Ejercicio :

Qué valora:

El patrón de ejercicio

La actividad

Tiempo libre y recreo

Los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria (higiene, compra, comer, mantenimiento del hogar, etc.)

La capacidad funcional

El tipo, cantidad y calidad del ejercicio.

Las actividades de tiempo libre

Cómo se valora:

Valoración del estado cardiovascular:

Frecuencia cardíaca o PA anormales en respuesta a la actividad, cambios ECG que reflejen isquemia o arritmia, etc.

Valoración del estado respiratorio:

Valorar antecedentes de enfermedades respiratorias, ambiente laboral, disnea, molestias de esfuerzo, tos nocturna, expectoración, indicación verbal de disnea, etc.

Tolerancia a la actividad:

Fundamentalmente en pacientes cardíacos y respiratorios

Valoración de la movilidad:

Debilidad generalizada, cansancio, grado de movilidad en articulaciones, fuerza, tono muscular

Actividades cotidianas:

Actividades que realiza, encamamiento, mantenimiento del hogar, Capacidad funcional (tests de Katz o Barthel)

Estilo de vida:

Sedentario, activo

Ocio y actividades recreativas:

El énfasis está en las actividades de mayor importancia para la persona; tipo de actividades y tiempo que se le dedica.

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si existe:

Síntomas respiratorios: frecuencia respiratoria alterada, disnea, cianosis, tos inefectiva, tiraje, uso de oxígeno domiciliario.

Problemas circulatorios: Alteración de Tensión arterial y FC en respuesta a la actividad, pulsos periféricos inexistentes, edemas, claudicación intermitente

Problemas de salud limitantes, incapacidad para la actividad habitual.

La presencia de síntomas físicos: cansancio excesivo, hipotonía muscular, inmovilizaciones, claudicación intermitente, pulsos periféricos disminuidos, parálisis, paresias.

Deficiencias motoras.

Problemas de movilidad

Problemas de equilibrio, inestabilidad.

Capacidad funcional alterada (Katz o Barthel) ver aclaraciones

Incapacidad de ocio habitual, aburrimiento manifestado por la persona.

5.- Patrón de Reposo y Sueño :

Qué valora:

Describe la capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 horas del día.

La percepción de cantidad y calidad del sueño – descanso

La percepción del nivel de energía.

Las ayudas para dormir (medicamentos, rutinas, etc)

Cómo se valora:

El espacio físico (ventilación, temperatura agradable y libre de ruidos)

El tiempo dedicado al sueño u otros descansos diurnos
Recursos físicos o materiales favorecedores del descanso (mobiliario.)
Exigencias laborales (turnos, viajes)
Hábitos socio culturales (hora de acostarse o levantarse, siestas, descansos)
Problemas de salud física que provoquen dolor o malestar
Problemas de salud psicológica que afecten al estado de ánimo (ansiedad, depresión)
Situaciones ambientales que provoquen estados de ansiedad o estrés (duelos, intervenciones quirúrgicas)
Tratamientos farmacológicos que puedan influir en el sueño (broncodilatadores, esteroides, betabloqueantes)
Uso de fármacos para dormir.
Consumo de sustancias estimulantes (cafeína, nicotina, abuso de alcohol)
Presencia de ronquidos o apneas del sueño.

Resultado del patrón:

Se considera alterado:

Si usa ayudas farmacológicas para dormir o descansar.
Verbaliza la dificultad para conciliar el sueño, despertar precoz o inversión día/noche.
Somnolencia diurna.
Confusión o cansancio relacionado con la falta de descanso.
Disminución de la capacidad de funcionamiento.
Conducta irritable en relación a la falta de descanso.

6.- Patrón Cognoscitivo y Perceptual :

Qué valora:

Patrones sensorio- perceptuales y cognitivos
Nivel de conciencia
Conciencia de la realidad
Adecuación de los órganos de los sentidos
Compensación o prótesis

Percepción del dolor y tratamiento

Lenguaje

Ayudas para la comunicación

Memoria

Juicio, comprensión de ideas

Toma de decisiones

Cómo se valora:

Nivel de consciencia y orientación.

Nivel de instrucción: si puede leer y escribir. El idioma.

Si tiene alteraciones cognitivas, como problemas para expresar ideas o de memoria, dificultades para la toma de decisiones, problemas de lenguaje, de concentración, síntomas depresivos, problemas de comprensión, fobias o miedos o dificultades en el aprendizaje.

Si tiene alteraciones perceptivas por problemas de visión, de audición, de olfato de gusto o sensibilidad táctil.

Recoge información sobre si la persona tiene dolor, tipo, localización, intensidad y si está o no controlado, así como su repercusión en las actividades que realiza.

Si tiene alteraciones de la conducta, irritabilidad, intranquilidad o agitación

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si:

La persona no está consciente u orientada

Presenta deficiencias en cualquiera de los sentidos, especialmente la vista y el oído.

Hay dificultades de comprensión por idioma o por analfabetismo

Presencia de dolor.

Existen problemas de memoria, de concentración, de expresión o comprensión de ideas

Hay depresión.

Existen fobias o miedos injustificados.

Se dan conductas de irritabilidad, agitación o intranquilidad.

7.- Patrón de Auto percepción y Autoconcepto :

Qué valora:

Autoconcepto y percepciones de uno mismo.

Actitudes a cerca de uno mismo.

Percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas.

Imagen corporal, social.

Identidad.

Sentido general de valía.

Patrón emocional.

Patrón de postura corporal y movimiento

Contacto visual, Patrones de voz y conversación.

Cómo se valora:

Se valora la presencia de:

Problemas consigo mismo.

Problemas con su imagen corporal.

Problemas conductuales.

Otros problemas.

Cambios recientes.

Datos de imagen corporal, Postura, Patrón de voz, Rasgos personales, Contacto visual, Si se siente querido, Cambios frecuentes del estado de ánimo, Asertividad / pasividad y Nerviosismo / Relajación.

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si:

Existen verbalizaciones auto negativas, expresiones de desesperanza, expresiones de inutilidad.

Tiene problemas con su imagen corporal y le preocupan los cambios en su imagen corporal, el miedo al rechazo de otros y el sentimiento negativo del propio cuerpo.

Existen problemas conductuales.

8.- Patrón de Función y Relación :

Qué valora:

El patrón de compromisos de rol y relaciones (las relaciones de las personas con los demás)

La percepción de los roles más importantes (el papel que ocupan en la familia, sociedad.)

Responsabilidades en su situación actual.

Satisfacción o alteraciones en: familia, trabajo, relaciones sociales

Cómo se valora:

Familia:

Con quién vive. Estructura familiar. Rol en la familia y si éste está o no alterado.

Problemas en la familia. Si alguien depende de la persona y como lleva la situación.

Apoyo familiar. Si depende de alguien y su aceptación. Cambios de domicilio.

Grupo social:

Si tiene amigos próximos, si pertenece a algún grupo social, si se siente solo

Trabajo o escuela:

Si las cosas le van bien en el ámbito laboral o escolar, entorno seguro, satisfacción

Datos relativos a pérdidas, cambios, fracasos, conflictos, aislamiento social, comunicación, violencia

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si:

Presenta problemas en las relaciones: sociales, familiares o laborales (escolares)

Se siente solo. No tiene personas significativas (amigos, familia)

Refiere carencias afectivas, falta de comunicación

Tiene dificultad en las tareas de cuidador, apoyo insuficiente, cuidados negligentes...

Insatisfacción con el rol o falta de motivación o de capacidad para asumirlo.

Conductas inefectivas de duelo.

Violencia domestica. Abusos.

9.- Patrón de Sexualidad y Reproducción :

Qué valora:

Los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad

Alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales

Seguridad en las relaciones sexuales.

Patrón reproductivo

Premenopausia y posmenopausia

Problemas percibidos por la persona.

Cómo se valora:

Menarquía y todo lo relacionado con ciclo menstrual.

Menopausia y síntomas relacionados

Métodos anticonceptivos

Embarazos, abortos, problemas relacionados con la reproducción

Problemas o cambios en las relaciones sexuales

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si:

La persona expresa preocupación respecto a su sexualidad, trastornos o insatisfacción.

Existen problemas en la etapa reproductiva de la mujer.

Existen problemas en la menopausia.

Relaciones de riesgo

10.- Patrón de Afrontamiento y Tolerancia al Estrés :

Qué valora:

Las formas o estrategias de afrontamiento general de la persona.

Las respuestas habituales que manifiesta el individuo en situaciones que le estresan y forma de controlar el estrés.

La capacidad de adaptación a los cambios.

El soporte individual y familiar con que cuenta el individuo.

La percepción de habilidades para controlar o dirigir situaciones estresantes.

Cómo se valora:

La enfermera instará al paciente a recordar situaciones estresantes, describir como se ha tratado y evaluar la efectividad de la forma en la que se ha adaptado a esas situaciones.

Preguntará por:

Cambios importantes en los dos últimos años, si ha tenido alguna crisis.

Si está tenso o relajado la mayor parte del tiempo. Qué le ayuda cuando está tenso.

Si utiliza medicinas, drogas o alcohol cuando está tenso.

Cuando ha tenido cualquier problema en su vida, como lo ha tratado.

Si esta forma de tratarlo ha tenido éxito.

Si tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza y si lo hace cuando es necesario.

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si:

La persona manifiesta tener sensación habitual de estrés y no dispone de herramientas para controlarlo.

Si ante cambios o situaciones difíciles de la vida el individuo no es capaz de afrontarlo de forma efectiva.

Si recurre al uso de medicamentos, drogas o alcohol para superar los problemas.

11.- Patrón de Valores y Creencias :

Qué valora:

Los patrones de valores y creencias que guían las elecciones o decisiones.

Lo que se considera correcto, apropiado; Bien y mal, bueno y malo.

Lo que es percibido como importante en la vida.

Las percepciones de conflicto en valores, creencias o expectativas relativas a la salud.

Las decisiones a cerca de: tratamientos, prioridades de salud, vida o muerte.

Las prácticas religiosas.

Cómo se valora:

Si tiene planes de futuro importantes; si consigue en la vida lo que quiere.

Si está contento con su vida.

Pertenencia a alguna religión, si le causa algún problema o si le ayuda cuando surgen dificultades.

Preocupaciones relacionadas con la vida y la muerte, el dolor o enfermedad.

Resultado de la valoración:

El patrón está alterado:

Cuando existe conflicto con sus creencias.

Tiene problemas para sus prácticas religiosas.

Existe conflicto / preocupación por el sentido de la vida, la muerte, el sufrimiento, dolor, enfermedad.

ANEXO III

VALORACIÓN SEGÚN LAS NECESIDADES (V. HENDERSON) para Unidad de crónicos

1.- RESPIRACIÓN	DIAGNÓSTICOS
Hábitos tabáquicos <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO N° de <input style="width: 40px;" type="text"/> cigarrillos	<input type="radio"/> Disminución gasto cardíaco
Oxigenoterapia <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Deterioro intercambio gases
Traqueotomizado <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Limpieza ineficaz vías aéreas
Tipo de respiración <input type="radio"/> Profunda <input type="radio"/> Superficial <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Irregular	<input type="radio"/> Patrón respiratorio ineficaz
Ruidos respiratorios <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Tipo	<input type="radio"/> Deterioro de la respiración espontánea
Presencia de secreciones <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Tipo	<input type="radio"/> Riesgo de asfixia
Presencia de Tos <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Riesgo de aspiración
Otros:	

2.- ELIMINACIÓN	DIAGNÓSTICOS
Patrón intestinal Normal Estreñimiento Diarrea	<input type="radio"/> Estreñimiento
N° de deposiciones última deposición	<input type="radio"/> Diarrea
Uso de laxantes <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Tipo	<input type="radio"/> Riesgo de estreñimiento
Sonda vesical <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Tipo N°.....	<input type="radio"/> Retención urinaria
Fecha colocación	<input type="radio"/> Incontinencia Fecal
Fecha de retirada	<input type="radio"/> Incontinencia urinaria funcional
Otros:	<input type="radio"/> Déficit de autocuidado: uso del WC
	<input type="radio"/> Disposición para mejorar la

.....	eliminación urinaria
-------	----------------------

3.- COMER Y BEBER	DIAGNÓSTICOS
<p>Peso <input type="text"/> Talla <input type="text"/></p> <p>Hidratación <input type="radio"/> Buena <input type="radio"/> Mala</p> <p>Prótesis dental <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Intolerancias/Alergia.....</p> <p>Tipo de dieta que tomaba:</p> <p>Causa.....</p>	<p><input type="radio"/> Desequilibrio nutr. Por exceso</p> <p><input type="radio"/> Desequilibrio nutr. Por defecto</p> <p><input type="radio"/> Exceso volumen líquido</p> <p><input type="radio"/> Déficit volumen líquido</p> <p><input type="radio"/> Déficit autocuidado aimentación</p> <p><input type="radio"/> Deterioro de la deglución</p> <p><input type="radio"/> Riesgo déficit volumen líquido</p> <p><input type="radio"/> Deterioro de la dentición</p>

4.- MOVILIZACIÓN	DIAGNOSTICOS
<p>Marcha <input type="radio"/> Estable <input type="radio"/> Inestable</p> <p><input type="radio"/> Dependiente <input type="radio"/> Independiente</p> <p>Tipo de ayuda <input type="radio"/> Muletas <input type="radio"/> Silla <input type="radio"/> Andador</p> <p>Otros</p> <p>Prótesis <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Tipo.....</p> <p>Necesita ayuda para <input type="radio"/> Vestirse <input type="radio"/> Deambular</p> <p><input type="radio"/> Acostarse/levantarse <input type="radio"/> Bañarse/Asearse</p> <p>Otros.....</p>	<p><input type="radio"/> Intolerancia actividad</p> <p><input type="radio"/> Deterioro movilidad física</p> <p><input type="radio"/> Fatiga</p> <p><input type="radio"/> Deterioro de la habilidad para la traslación</p> <p><input type="radio"/> Deterioro de la movilidad en silla de ruedas</p> <p><input type="radio"/> Riesgo de disfunción neurovascular periférica</p> <p><input type="radio"/> Deterioro de la deambulación</p> <p><input type="radio"/> Riesgo síndrome desuso</p> <p><input type="radio"/> Deterioro de la movilidad en la cama</p> <p><input type="radio"/> Desatención unilateral</p> <p><input type="radio"/> Sedentarismo</p>

--	--

5.- REPOSO // SUEÑO	DIAGNOSTICOS
Duermes bien <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Necesita fármacos <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Horas de sueño día Siesta <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Otros	<input type="radio"/> Insomnio <input type="radio"/> Disposición para mejorar el sueño <input type="radio"/> Disposición para mejorar el confort <input type="radio"/> Trastorno del patrón del sueño <input type="radio"/> Disconfort

6.- VESTIRSE	DIAGNOSTICOS
Ropa adecuada <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Otros	<input type="radio"/> Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento

7.- TEMPERATURA	DIAGNOSTICOS
Coloración de la piel Rosa <input type="radio"/> Pálida <input type="radio"/> Cianótica <input type="radio"/> Temperatura Fiebre <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Sudoración <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Otros	<input type="radio"/> Hipotermia <input type="radio"/> Hipertermia <input type="radio"/> Temperatura corporal: alto riesgo de alteración de la

8.- HIGIENE PIEL	DIAGNOSTICOS
Estado del paciente <input type="radio"/> Aseado <input type="radio"/> Desaseado Estado de la piel <input type="radio"/> Íntegra <input type="radio"/> Lesiones Tipo de lesión Localización Edema <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Localización Mucosa oral <input type="radio"/> Aseada <input type="radio"/> Desaseada	<input type="radio"/> Deterioro integridad cutánea <input type="radio"/> Riesgo deterioro integridad cutánea <input type="radio"/> Déficit autocuidado baño/higiene <input type="radio"/> Deterioro de la mucosa

<p style="text-align: center;"><input type="radio"/> Íntegra <input type="radio"/> Lesiones</p> <p>Tipo</p> <p>Otros</p>	<p>oral</p> <p><input type="radio"/> Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca</p> <p><input type="radio"/> Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz</p> <p><input type="radio"/> Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz</p> <p><input type="radio"/> Riesgo de perfusión renal ineficaz</p> <p><input type="radio"/> Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz</p>
---	--

9.- SEGURIDAD (función inmunitaria)	DIAGNOSTICOS
<p>Disp. Ac. Venoso <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Tipo..... Fecha..... Localización.....</p> <p>Dolor <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Intenso <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Localización.....</p> <p>Orientado <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Intervención quirúrgica <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Tipo.....</p> <p>Fecha.....</p> <p>Alergias medicamentosa <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Tipo.....</p> <p>Otros.....</p> <p>Vacunaciones: Tipos: Dosis:</p>	<p><input type="radio"/> Ansiedad</p> <p><input type="radio"/> Temor</p> <p><input type="radio"/> Riesgo de caídas</p> <p><input type="radio"/> Riesgo de violencia dirigida a otros</p> <p><input type="radio"/> Dolor crónico</p> <p><input type="radio"/> Dolor agudo</p> <p><input type="radio"/> Deterioro de la memoria</p> <p><input type="radio"/> Confusión aguda</p> <p><input type="radio"/> Incumplimiento del tratamiento</p> <p><input type="radio"/> Manejo inefectiva del régimen terapéutico</p> <p><input type="radio"/> Afrontamiento defensivo</p> <p><input type="radio"/> Riesgo de cansancio del rol del cuidador</p> <p><input type="radio"/> Cansancio del rol del</p>

<p>Cuidadores: n° _____ Sabe: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Cansancio <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p>	<p>cuidador</p> <p><input type="radio"/> Interrupción de los procesos familiares</p> <p><input type="radio"/> Perturbación del campo de la energía</p> <p><input type="radio"/> Riesgo de traumatismo</p> <p><input type="radio"/> Riesgo de intoxicación</p> <p><input type="radio"/> Riesgo de lesión</p> <p><input type="radio"/> Riesgo de infección</p>
--	--

10.- COMUNICACIÓN	DIAGNOSTICOS
<p>Estado del paciente: <input type="radio"/> Alerta <input type="radio"/> Orientado E/temp</p> <p><input type="radio"/> Desorientado <input type="radio"/> Comatoso <input type="radio"/> Ansioso</p> <p><input type="radio"/> Dificultad visión <input type="radio"/> Gafas</p> <p><input type="radio"/> Dificultad audición <input type="radio"/> Audífono</p> <p><input type="radio"/> Dificultad habla</p> <p>Relaciones familiares <input type="radio"/> Buenas <input type="radio"/> Malas <input type="radio"/> No familia</p> <p>Relaciones sociales <input type="radio"/> Amigos <input type="radio"/> Parejas</p> <p><input type="radio"/> Comunicativo</p> <p><input type="radio"/> Colaborador <input type="radio"/> Introverso</p> <p>Otros.....</p> <p>.....</p>	<p><input type="radio"/> Det. Comunicación verbal/afasia</p> <p><input type="radio"/> Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfativas)</p> <p><input type="radio"/> Asilamiento social</p> <p><input type="radio"/> Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno Afrontamiento familiar comprometido</p> <p><input type="radio"/> Deterioro de la interacción social</p> <p><input type="radio"/> Disposición para mejorar la comunicación</p> <p><input type="radio"/> Disposición para mejorar los procesos familiares</p>

11.- RELIGIÓN // CREENCIAS	DIAGNOSTICOS
----------------------------	--------------

Requiere presencia de servicio religioso <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Frecuencia diaria <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Acepta la situación <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Otros.....	<input type="radio"/> Sufrimiento espiritual <input type="radio"/> Conflicto de decisiones (especificar) <input type="radio"/> Desesperanza <input type="radio"/> Impotencia <input type="radio"/> Duelo <input type="radio"/> Ansiedad ante la muerte <input type="radio"/> Deterioro de la religiosidad <input type="radio"/> Riesgo de compromiso de la dignidad humana
--	---

12.- TRABAJAR // REALIZARSE	DIAGNOSTICOS
Participa en la toma de decisiones <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Colabora <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Comparte inquietudes <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Otros.....	<input type="radio"/> Desempeño inefectivo del rol <input type="radio"/> Deterioro en el mantenimiento del hogar <input type="radio"/> Mantenimiento inefectivo de la salud <input type="radio"/> Trastorno de la imagen corporal <input type="radio"/> Baja autoestima situacional <input type="radio"/> Disposición para mejorar el rol parenteral

13.- ACTIVIDADES LÚDICAS	DIAGNOSTICOS
Desea recibir prensa diaria <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Desea ver la televisión <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Déficit actividades recreativas

14.- APRENDER	DIAGNOSTICOS
Conoce su enfermedad <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Disposición para mejorar el afrontamiento familiar
Comprende cuáles son sus necesidades <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Conocimientos deficientes (especificar)
Ha recibido educación sanitaria o su familia <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Disposición para mejorar los conocimientos (especificar)
Otros.....	<input type="radio"/> Disposición para mejorar la gestión de la salud propia <input type="radio"/> Disposición para mejorar el autocuidado

ANEXO IV

VALORACIÓN SEGÚN LAS NECESIDADES (V. HENDERSON) Para unidades médico quirúrgicas

<p>1.- RESPIRACIÓN</p> <p>Hábitos tabáquicos <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO N° de cigarrillo <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>Oxigenoterapia <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p><u>NEONATO</u></p> <p>Tipo de respiración <input type="radio"/> Profunda Regular <input type="radio"/> Superficial Irregular</p> <p>Ruidos respiratorios <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Tipo.....</p> <p>Presencia de secreciones <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Tipo.....</p> <p>Otros:</p>	<p>DIAGNÓSTICOS</p> <p><input type="radio"/> Disminución gasto cardíaco</p> <p><input type="radio"/> Limpieza ineficaz vías aéreas</p> <p><input type="radio"/> Patrón respiratorio ineficaz</p> <p><input type="radio"/> Deterioro de la respiración espontánea</p> <p><input type="radio"/> Riesgo de asfixia</p> <p><input type="radio"/> Riesgo de aspiración</p>
<p>2.- ELIMINACIÓN</p> <p>Patrón intestinal <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Estreñimiento <input type="radio"/> Diarrea</p> <p>N° de deposiciones última deposición</p> <p>Uso de laxantes <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Tipo</p> <p>Sonda vesical <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Tipo N°.....</p> <p>Fecha colocación</p> <p>Fecha de retirada</p> <p><u>NEONATO</u></p> <p>Deposición <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Micción <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Otros:</p> <p>.....</p>	<p>DIAGNÓSTICOS</p> <p><input type="radio"/> Estreñimiento</p> <p><input type="radio"/> Diarrea</p> <p><input type="radio"/> Riesgo de estreñimiento</p> <p><input type="radio"/> Retención urinaria</p>

3.- COMER Y BEBER	DIAGNÓSTICOS
Peso <input type="text"/> Talla <input type="text"/>	<input type="radio"/> Desequilibrio nutr. Por exceso
Hidratación Buena <input type="radio"/> Mala <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Desequilibrio nutr. Por defecto
Prótesis dental SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Exceso volumen líquido
Intolerancias/Alergia.....	<input type="radio"/> Déficit volumen líquido
Tipo de dieta que tomaba:	<input type="radio"/> Déficit autocuidado alimentación
NEONATO	
Peso <input type="text"/> Talla <input type="text"/>	<input type="radio"/> Riesgo déficit volumen líquido
Tipo de lactancia <input type="radio"/> Materna <input type="radio"/> Artificial	<input type="radio"/> Lactancia materna eficaz
Lactancia artificial marca.....	<input type="radio"/> Lactancia materna ineficaz
Interrupción lactancia <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Interrupción de la lactancia materna
Causa.....	

4.- MOVILIZACIÓN	DIAGNOSTICOS
Necesita ayuda para <input type="radio"/> Vestirse <input type="radio"/> Deambular	<input type="radio"/> Fatiga
<input type="radio"/> Acostarse/levantarse <input type="radio"/> Bañarse/Asearse	<input type="radio"/> Riesgo intolerancia actividad
Otros.....	<input type="radio"/> Déficit autoc. Acostarse/levantarse
.....	<input type="radio"/> Déficit autocuidado: baño/aseo
.....	

5.- REPOSO // SUEÑO	DIAGNOSTICOS
Duerme bien <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Alteración patrón reposo/sueño
Necesita fármacos <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Disposición para mejorar el sueño
Horas de sueño día Siesta <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Otros	

<p>6.- VESTIRSE</p> <p>NEONATO</p> <p>Ropa adecuada SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>Otros.....</p>	<p>DIAGNOSTICOS</p> <p><input type="radio"/> Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento</p> <p><input type="radio"/> Déficit autocuidado: vestirse</p>
<p>7.- TEMPERATURA</p> <p>Coloración de la piel <input type="radio"/> Rosa <input type="radio"/> Pálida <input type="radio"/> Cianótica</p> <p>Temperatura Fiebre <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Sudoración <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Otros</p>	<p>DIAGNOSTICOS</p> <p><input type="radio"/> Hipotermia</p> <p><input type="radio"/> Hipertermia</p> <p><input type="radio"/> Termorregulación ineficaz</p> <p><input type="radio"/> Alto riesgo de alteración de la Temperatura corporal</p>

<p>8.- HIGIENE PIEL</p> <p>Estado del paciente <input type="radio"/> Aseado <input type="radio"/> Desaseado</p> <p>Estado de la piel <input type="radio"/> Íntegra <input type="radio"/> Lesiones</p> <p>Tipo de lesión..... Localización</p> <p>Edema <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Localización</p> <p>Mucosa oral <input type="radio"/> Aseada <input type="radio"/> Desaseada</p> <p><input type="radio"/> Íntegra <input type="radio"/> Lesiones</p> <p>Tipo</p> <p>Otros</p>	<p>DIAGNOSTICOS</p> <p><input type="radio"/> Deterioro integridad de la piel</p> <p><input type="radio"/> Riesgo deterioro integridad piel</p> <p><input type="radio"/> Déficit autocuidado baño/higiene</p> <p><input type="radio"/> Deterioro de la mucosa oral</p> <p><input type="radio"/> Riego deterioro de mucosa oral</p>
---	--

9.- SEGURIDAD (función inmunitaria)	DIAGNOSTICOS
Disp. Ac. Venoso <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Tipo..... Fecha..... Localización..... Dolor <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Intenso <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Localización..... Orientado <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Intervención quirúrgica <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Tipo..... Fecha..... Alergias medicamentosas <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Tipo..... Hemorragia Tipo..... Cantidad..... Grupo sanguíneo <input type="text"/> Rh <input type="text"/> Otros.....	<input type="radio"/> Riesgo infección <input type="radio"/> Riesgo de sangrado <input type="radio"/> Riesgo complic. Postquirúrgica <input type="radio"/> Riesgo de lesión perioperatoria <input type="radio"/> Dolor crónico <input type="radio"/> Dolor agudo <input type="radio"/> Riesgo de intoxicación <input type="radio"/> Disposición para mejorar el estado de inmunidad <input type="radio"/> Ansiedad <input type="radio"/> Síndrome de muerte súbita del lactante

10.- COMUNICACIÓN	DIAGNOSTICOS
Estado del paciente: <input type="radio"/> Alerta <input type="radio"/> Orientado E/temp <input type="radio"/> Desorientado <input type="radio"/> Comatoso <input type="radio"/> Ansioso <input type="radio"/> Dificultad visión <input type="radio"/> Gafas <input type="radio"/> Dificultad audición <input type="radio"/> Audífono <input type="radio"/> Dificultad habla Relaciones familiares <input type="radio"/> Buenas <input type="radio"/> Malas <input type="radio"/> No familia Relaciones sociales <input type="radio"/> Amigos <input type="radio"/> Parejas <input type="radio"/> Comunicativo <input type="radio"/> Colaborador <input type="radio"/> Introverso Otros.....	<input type="radio"/> Det. Comunicación verbal/afasia <input type="radio"/> Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfativas) <input type="radio"/> Asilamiento social <input type="radio"/> Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno Afrontamiento familiar comprometido <input type="radio"/> Deterioro de la interacción social <input type="radio"/> Disposición para mejorar la comunicación

	<input type="radio"/> Disposición para mejorar los procesos familiares
--	--

11.- RELIGIÓN // CREENCIAS	DIAGNOSTICOS
Requiere presencia de servicio religioso <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Frecuencia diaria <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Acepta la situación <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Otros.....	<input type="radio"/> Sufrimiento espiritual <input type="radio"/> Conflicto de decisiones (especificar) <input type="radio"/> Desesperanza <input type="radio"/> Impotencia <input type="radio"/> Duelo <input type="radio"/> Ansiedad ante la muerte <input type="radio"/> Deterioro de la religiosidad <input type="radio"/> Riesgo de compromiso de la dignidad humana

12.- TRABAJAR // REALIZARSE	DIAGNOSTICOS
Participa en la toma de decisiones <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Colabora <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Comparte inquietudes <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Otros.....	<input type="radio"/> Desempeño inefectivo del rol <input type="radio"/> Deterioro en el mantenimiento del hogar <input type="radio"/> Mantenimiento inefectivo de la salud <input type="radio"/> Trastorno de la imagen corporal <input type="radio"/> Baja autoestima situacional <input type="radio"/> Disposición para mejorar el rol parenteral

13.- ACTIVIDADES LÚDICAS	DIAGNOSTICOS
Desea recibir prensa diaria <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Desea ver la televisión <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Déficit actividades recreativas

14.- APRENDER	DIAGNOSTICOS
Conoce su enfermedad <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Comprende cuáles son sus necesidades <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Ha recibido educación sanitaria o su familia <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Otros.....	<input type="radio"/> Disposición para mejorar el afrontamiento familiar <input type="radio"/> Conocimientos deficientes (especificar) <input type="radio"/> Disposición para mejorar los conocimientos (especificar) <input type="radio"/> Disposición para mejorar la gestión de la salud propia <input type="radio"/> Disposición para mejorar el autocuidado