



# *PiCuida*

Estrategia de Cuidados de Andalucía  
Nuevos retos en el cuidado de la ciudadanía

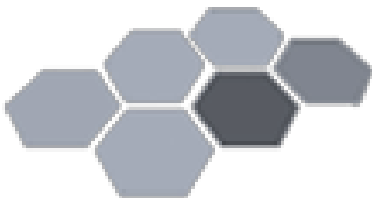


Cómo referenciar esta publicación:

Estrategia de Cuidados de Andalucía: nuevos retos en el cuidado de la ciudadanía / [autores: Nieves Lafuente Robles, et al.]. - [Sevilla]: Consejería de Salud: Servicio Andaluz de Salud, [2015]  
113 p., il. col. 29 cm.

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud

Diseño y maquetación: Escuela Andaluza de Salud Pública



# Índice

<b>1. Presentación</b> .....	5
<b>2. Introducción</b> .....	7
<b>3. Marco Conceptual de Referencia para el Cuidado</b> .....	9
3.1 ¿Qué es Cuidar? .....	9
3.2 ¿Quién Cuida? .....	9
<b>4. Análisis de situación de los cuidados en Andalucía</b> .....	11
4.1. Análisis de los Cuidados desde la perspectiva de la ciudadanía .....	12
4.2. Análisis de los Cuidados desde la perspectiva de los profesionales: .....	30
4.3. Análisis de los Cuidados desde la perspectiva de la sostenibilidad del Sistema Sanitario .....	49
<b>5. Metodología</b> .....	54
5.1. Metodología de diseño para el Análisis .....	54
5.2. Metodología para el diseño de los proyectos estratégicos .....	55
<b>6. Áreas de mejora identificadas. Meta y Objetivos</b> .....	57
6.1. Áreas de mejora .....	57
6.2. Meta y objetivos.....	57
<b>7. Proyectos Estratégicos: Objetivos y Acciones</b> .....	59
7.1. Proyecto 1. Participación ciudadana y responsabilidad compartida .....	59
7.2. Proyecto 2. Accesibilidad, personalización y continuidad de los cuidados .....	61
7.3. Proyecto 3. Nuevas competencias y resultados en salud .....	63
7.4. Proyecto 4. Cronicidad y necesidad de cuidados avanzados .....	66
7.5. Proyecto 5. Cuidados Seguros.....	69
7.6. Proyecto 6. Cuidados y Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) .....	72
<b>Bibliografía</b> .....	76
<b>Anexos</b>	
Anexo 1. Análisis previos para la detección de necesidades y expectativas de las personas y familiares con alta necesidad o complejidad de cuidados / expectativas de los profesionales .....	82
Anexo 2. Análisis cualitativo.....	88
Anexo 3. Actividad Asistencial .....	95
Anexo 4. Profesionales que integran el grupo motor para el diseño y elaboración del Pi-Cuida .....	109
Anexo 5. Fases de desarrollo metodológico de las técnicas de consenso para el diseño de los proyectos estratégicos.....	114



## **Autores/as**

Nieves Lafuente Robles  
Susana Rodríguez Gómez  
M Isabel Casado Mora  
Marian Ayuso Fernández  
Yolanda Morcillo Muñoz  
Cipriano Viñas Vera  
M Mar Torres Navarro  
Rafaela Camacho Bejarano  
Inmaculada Perteguer Huertas  
Rosario García Juárez  
Gador Ramos Bosquet  
Francisco Pedro García Fernández  
Juan Carlos Morillas Herrera  
José Carlos Canca Sánchez  
Pilar Baraza Cano  
José Luis Gutiérrez Sequera  
Mónica Rodríguez Bouza  
Francisco Javier Martín Santos  
Juan Gómez Salgado  
Ana Varella Safont  
Francisco Peregrina Palomares  
Antonio González Delgado  
Juan Pedro Batres Sicilia  
Eugenio Contreras Fernández  
Marisa Amaya Baro  
Teresa Hernández López  
*Colaboradores (Anexo 4)*

## **Coordinación**

Nieves Lafuente Robles, M Isabel Casado Mora, Susana Rodríguez Gómez

## **Grupo Revisor**

Carmen Domínguez Nogueira  
José Antonio Egea  
*Revisores de Proyectos (Anexo 4)*

### ***Elaboración del informe “Aplicación de la estrategia Al Lado al proceso de planificación y desarrollo del PICUIDA”***

Rafael Muriel Fernández  
José Miguel García Domínguez  
*Colaboradores/as (Anexo 2)*

### ***Elaboración del Informe “Análisis Cualitativo de las opiniones y prácticas de profesionales y pacientes para el diseño del PICUIDA”***

Carlos Bruqueta Callejos  
Colaboradoras/es:  
Miguel Ángel Moya Molina  
M<sup>a</sup> Angeles Ruiz Algora  
Nieves Roque Barroso  
Salvador Ponce Mejías  
Ana M<sup>a</sup> Martín Afán de Ribera  
José Manuel Ruiz Plaza  
Ignacio Pajares Bernaldez del Quirós  
José M<sup>a</sup> Ponce González  
Luis García Villanego  
Susana Aldaz Zabala  
Inmaculada Pérez Palmero  
Jesús Miguel Carrillo Barragán



## 1. Presentación

La “Estrategia de Cuidados de Andalucía. Nuevos Retos en el Cuidado de la Ciudadanía” presenta una nueva orientación de los cuidados en Andalucía, que articula de forma coherente la respuesta a las necesidades de salud de la ciudadanía, con la búsqueda del cuidado excelente, garantizando la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), dentro de un nuevo modelo de organización sanitaria.

El escenario para el avance de los cuidados que plantea proviene de la consolidación y progreso de las anteriores estrategias para la reorganización de los cuidados que desde el año 2002 iniciaron la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados y la Estrategia de Cuidados de Andalucía, PICUIDA. Así mismo, esta Estrategia va a constituir una revisión y readaptación de elementos de la estrategia: “Cuidarte: Una estrategia para los cuidados en la Andalucía del siglo XXI”,<sup>1</sup> añadiendo las novedades y prácticas de excelencia relacionadas con el cuidado de éste y otros sistemas sanitarios, que puedan suponer nuevas respuestas para apoyar en la mejora de la atención a la salud de la ciudadanía. El PICUIDA conformará el marco estratégico de referencia que establezca la “hoja de ruta” para el avance de los cuidados ofertados a la ciudadanía andaluza, protagonista esencial y eje conductor en nuestro sistema sanitario.

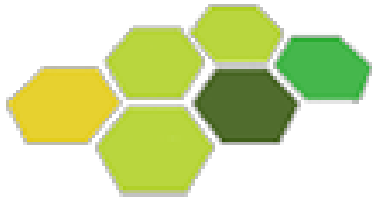
En sus proyectos de desarrollo prioritarios el PICUIDA incorporará aspectos relacionados con la accesibilidad, la personalización y la continuidad de los cuidados, el desarrollo de nuevas competencias y prácticas orientadas a la búsqueda de resultados, cuidados avanzados en la atención a la cronicidad, la garantía de la seguridad clínica, asegurar la participación ciudadana en la atención y potenciar el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en el desarrollo y avance de los cuidados en Andalucía. Estos proyectos se diseñarán y desarrollarán en el contexto del actual marco estratégico de la Consejería de Salud: Ley de Salud Pública de Andalucía, IV Plan de Salud, Plan de Calidad. Así como en los modelos organizativos y asistenciales que facilitarán su desarrollo desde el Sistema Sanitario Público de Andalucía: Gestión Clínica, la Gestión por Procesos Asistenciales, la Gestión por Competencias y el Desarrollo Profesional en nuestro Sistema Sanitario.

Los principios rectores del conjunto de propuestas que incorpora esta Estrategia se definen como:

- Ser garantes del derecho a la salud, el derecho a la atención sanitaria y el derecho a recibir cuidados en el marco de un sistema público de prestación de cuidados.
- Considerar a la persona como centro de las actuaciones en salud.

- Respetar los valores de la persona y su entorno (familia y comunidad).
- Orientarse hacia la mejora continua de la calidad.
- Asegurar la continuidad asistencial como dimensión esencial de la calidad.
- Comprometerse con la promoción de la autonomía de la persona en el autocuidado y en el mantenimiento y manejo de su propia salud.
- Garantizar los aspectos bioéticos en el cuidado, el respeto a la toma de decisiones de la persona sobre su salud y el acompañamiento y los cuidados al final de la vida
- Incorporar los conocimientos, la innovación y el avance de la disciplina enfermera y la aportación que ésta hace en los resultados de la atención
- Garantizar la gestión eficiente de recursos públicos.
- Demostrar disposición para cambiar, pensamiento crítico y creatividad para mejorar y adaptarse a los nuevos requerimientos sociales.

Todo ello, pretende conducir al cuidado hacia el camino al que se dirigen todas las actuaciones promovidas en nuestro sistema sanitario en su conjunto: Posicionar a la ciudadanía como eje central, con un papel activo y participativo, reconocer y reforzar el desarrollo de profesionales y su papel protagonista, garantizar la sostenibilidad del sistema y fomentar un espacio compartido e integrador desde una organización sanitaria en continua transformación para adaptarse a una realidad cada vez más cambiante.



## 2. Introducción

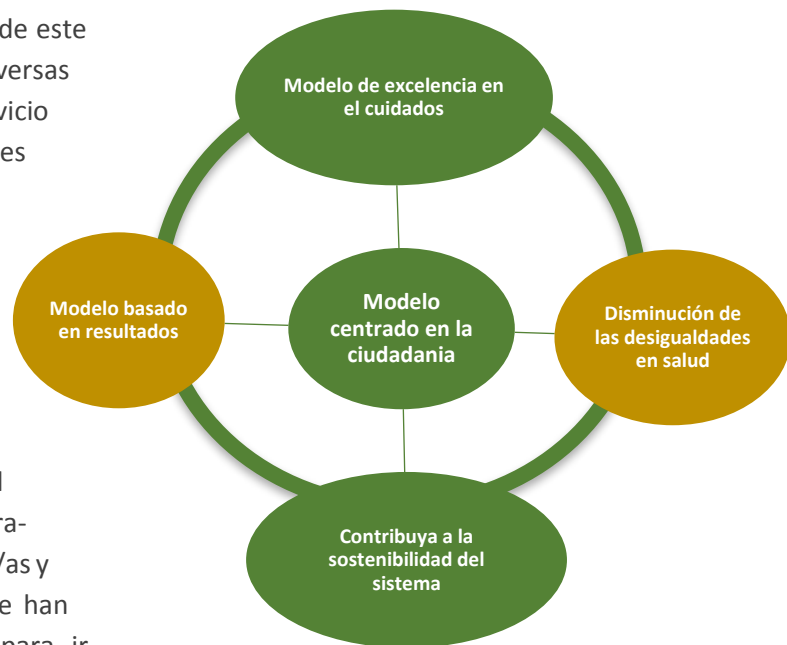
La Estrategia de Cuidados de Andalucía va a constituir un nuevo proyecto de avance de los cuidados en el SSPA, basado en el desarrollo de nuevas fórmulas, que en el contexto de la gestión clínica, incorporaran nuevas medidas y estrategias, para adaptar los cuidados hacia un enfoque centrado en potenciar una respuesta compartida, eficiente y efectiva a las necesidades cotidianas de la ciudadanía andaluza, que asegure la calidad del cuidado, orientándolo hacia la consecución de resultados y que favorezca la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

El PICUIDA desde su diseño, pretende ser una Estrategia abierta y en continuo desarrollo, fruto del trabajo en red. Es por ello, que en el diseño de este documento marco han participado diversas organizaciones: Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud, Direcciones de Planes Integrales, Universidades, Asociaciones y Sociedades Científicas, Asociaciones de Consumidores y Pacientes, además de un grupo multidisciplinar y amplio de profesionales: Cargos Directivos, cargos intermedios, líderes informales, enfermeras/os asistenciales y otros profesionales del SSPA que participan del cuidado (matronas/os, médicos/as, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos/as y trabajadores/as sociales), con todos ellos, se han ido estableciendo las alianzas necesarias para ir sumando valor a los proyectos estratégicos que vayamos emprendiendo para potenciar el avance de los cuidados en Andalucía, incluidos en esta Estrategia.

El resultado obtenido es una Estrategia factible, adaptado a nuestro entorno, respetuoso con las distintas realidades, integrador y centrado en la ciudadanía.

La Estrategia de Cuidados de Andalucía parte del análisis de la atención actual en materia de Cuidados en Andalucía y la que ofrecen los sistemas sanitarios en otras comunidades y países, identificando oportunidades de mejora en diferentes áreas, a partir de las cuales se planifican y establecen los proyectos estratégicos, objetivos y acciones que contribuirán a la mejora sustancial de la calidad de la atención.

Figura.1 Principios Básicos del Pi-Cuida.



Fuente: elaboración propia.

El Análisis de los cuidados en Andalucía que se realiza desde la Estrategia de Cuidados se enmarcará en tres escenarios de desarrollo del cuidado, que enlazan con los ya definidos en el Plan de Calidad de la Consejería de Salud:<sup>2</sup>

1. **Cuidados y Ciudadanía**, donde el análisis se dirige hacia las necesidades de las personas, con especial énfasis en aquellos colectivos más vulnerables, para hacer posible la continuidad de su cuidado, junto a la atención de las personas que cuidan, para definir cómo ofrecerles una atención integral y con un nivel óptimo de calidad, orientada hacia la promoción del autocuidado para la mejora de su calidad de vida, colaborando en el manejo efectivo de su propia salud -enfermedad.
2. **Cuidados y Profesionales**, incluyendo el desarrollo de nuevas competencias y prácticas avanzadas en cuidados, el avance de los cuidados especializados y la gestión avanzada de los cuidados, junto al desarrollo de nuevas competencias que potencien el liderazgo para el impulso de los cuidados en el ámbito de la gestión clínica.
3. **Cuidados y Sostenibilidad del Sistema Sanitario**, focalizando el análisis en estrategias como la Gestión Compartida de la demanda en el ámbito de la Gestión Clínica y diferentes formas organizativas que centradas en el cuidado, contribuyen con su aportación al logro de los objetivos de resultados en salud, que promuevan una respuesta de calidad capaz de garantizar la eficiencia y la sostenibilidad de la atención.

El desarrollo del PICUIDA será la base para el modelo de cuidados por el que apostamos en el SSPA. Por ello y derivado del análisis previo, se han incluido estrategias orientadas a potenciar la promoción de la salud y la prevención, el seguimiento y la continuidad de cuidados, la orientación al autocuidado y la recuperación, la atención desde el entorno de la persona y la participación de la comunidad, así como el uso de las nuevas tecnologías. Se apuesta por una visión integrada e integral de la persona, de su trayectoria vital y de su proceso de salud para que podamos dar respuesta a todos los aspectos del cuidado que requiere el abordaje de la enfermedad y sobre todo las consecuencias derivadas de la enfermedad crónica, incluso excediéndonos de la mera dimensión de la salud. Se identifican nuevos paradigmas o modelos asistenciales para atender a la persona desde un enfoque multidisciplinar, que además puedan incorporar nuevas competencias y roles profesionales que amplíen, vigilando la eficiencia y sostenibilidad la respuesta que nuestro sistema sanitario ofrece a la ciudadanía.

Este Plan, que mira al presente pero sobre todo al futuro, supondrá una oportunidad para promover cambios en nuestro Sistema Sanitario que lo hagan capaz de responder a la complejidad de las necesidades de salud actuales de las **personas**, aportando nuevas respuestas basadas en el desarrollo de cuidados de calidad, ágiles y oportunos que resuelvan problemas a la ciudadanía en el contexto actual.





## 3. Marco Conceptual de Referencia para el Cuidado

### 3.1. ¿Qué es Cuidar?

La actividad del cuidado de uno mismo y de los demás dentro de las sociedades es una constante desde el principio de la humanidad, por tanto, podemos decir que **cuidarse y ser cuidado**, es una necesidad inherente al ser humano. **Marie Françoise Collière define cuidar como** "mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades".

El cuidado de la salud ha de ser integral y tanto las personas sanas como enfermas necesitan cuidados a lo largo de toda su vida. Esta transversalidad de los cuidados lo sitúan como elemento imprescindible en las distintas fases del proceso de salud-enfermedad. Pero a la vez, dificulta su medida y dimensionalidad, siendo a veces tan importante como invisible.

### 3.2. ¿Quién Cuida?

Históricamente, el cuidado de la salud ha sido asumido por distintas personas referentes socialmente según el contexto y en función de las demandas sociales, evolucionando como consecuencia de las necesidades de la sociedad hacia una mayor formación y profesionalización, fuertemente ligada al concepto de salud-enfermedad y a las creencias individuales y colectivas de cada época, adquiriendo en cada sociedad valores distintos.<sup>4</sup>

Se debe diferenciar claramente "el Cuidado familiar del cuidado profesional":

- **El Cuidado Familiar:** Es el cuidado provisto por la familia cuando la persona pierde o carece de autonomía. Es el entorno familiar o social quien generalmente suplente las carencias y provee los cuidados. En el cuidado familiar, no se percibe remuneración económica alguna y suele existir algún **vínculo emocional entre la persona cuidadora y la persona que recibe los cuidados.**<sup>5</sup>

El cuidado familiar supone el 95% del total de los cuidados ofertados a personas con elevada necesidad de cuidados,<sup>6</sup> es el preferido por estas personas en el ambiente íntimo del hogar y se adapta a las diversas experiencias y problemas de salud.<sup>7</sup>

El cuidado familiar se está viendo comprometido por los intensos cambios sociodemográficos y económicos actuales, lo que provoca la existencia de un mayor número de personas necesitadas de cuidados y una menor disponibilidad de personas que cuidan en la familia.<sup>8</sup>

La población que ejerce el cuidado es cada vez más frágil, presenta mayores niveles de sobrecarga y más presión por el aumento de sus responsabilidades en el cuidado,<sup>9</sup> por lo

que necesariamente requieren del soporte de los recursos públicos sociales, sanitarios y comunitarios, para poder paliar esta situación en la que se encuentran. Por otro lado el cuidado familiar puede considerarse un activo en salud ya que fomenta el afecto y la satisfacción en la relación entre la persona cuidada y la persona que cuida.

- **Los Cuidados profesionales:** Según Madeleine Leninger, “son modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidados orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte”.

La disciplina enfermera tiene como principal eje vertebrador los cuidados de la persona, familia y comunidad, que en relación con su entorno, viven distintas experiencias de salud. Dentro del sistema sanitario, la enfermera lidera la organización, gestión y provisión de cuidados, en el equipo interdisciplinar. Constituyen una fuerza humana y social de gran impacto, por su número, polivalencia y flexibilidad, desarrollan competencias muy diversas y se adaptan a todos los ámbitos relacionados con el cuidado de la salud, la asistencia directa, gestión, docencia e investigación, aportando un servicio especial, claro, concreto e indiscutiblemente necesario para la ciudadanía.<sup>10</sup>

El equipo sanitario debe responder íntegramente a las necesidades de cuidados de las personas y es dentro de los equipos y en base al tipo de necesidades y a los diferentes momentos en el continuum salud-enfermedad, donde se definirán las distintas competencias en el cuidado y el papel de cada profesional, garantizando la respuesta oportuna que ha de ser compartida, sumatoria y complementaria para garantizar y mejorar el bienestar de la persona y su familia.<sup>1</sup>

Además nuestro Sistema Sanitario tiene la necesidad de trabajar junto a otros sectores de atención, entre ellos el social, educativo, asociativo o la institución local, para ofrecer una respuesta coordinada y coherente, que permita proporcionar las herramientas necesarias para que las personas que necesitan cuidados y las personas que cuidan puedan mantener niveles de independencia que hagan menos gravosa la tarea del cuidado y se haga efectiva la concienciación de que es necesaria la colaboración de los y las profesionales, de la familia y de la comunidad en el reconocimiento y necesidad de compartir el cuidado.<sup>10</sup>



## 4. Análisis de situación de los cuidados en Andalucía

El cuidado de la salud está cambiando con gran rapidez y existe mucha incertidumbre en relación a cómo han de organizarse los sistemas de atención potenciando acciones integradas, transdisciplinarias, basadas en la comunidad y sostenibles<sup>11</sup>. La atención a la salud en el futuro se centrará en potenciar las conductas generadoras de salud y tiene como meta ayudar a la ciudadanía a identificar sus propios problemas de salud y a utilizar sus propios recursos personales y externos, junto a la fortaleza de sus comunidades para hacerles frente y mantenerse saludables<sup>13</sup>

En la actualidad, las políticas de Salud Pública que enmarcan el IV Plan de Salud se basan en la aplicación del modelo de activos propuesto por Morgan y Ziglio.<sup>14</sup> Este modelo, se aleja de los modelos asistencialistas clásicos, generadores de dependencia de los sistemas sanitarios para el mantenimiento y/o mejora de la salud y por el contrario, defiende la creencia de que las personas y las comunidades pueden hacer frente a sus problemas de salud apoyándose en sus propias fortalezas y potencialidades, entre otras el mismo sistema sanitario. El desarrollo de estos modelos de atención comunitarios y participativos, capaces de promover y actuar sobre la salud de las personas basándonos en el concepto de activo en salud, será un pilar esencial para el diseño y desarrollo de la Estrategia de Cuidados de Andalucía.

Estamos ante un paradigma de atención que requiere de un nuevo enfoque conceptual, organizativo y operativo.<sup>15</sup> Es por ello, que la Estrategia de Cuidados de Andalucía, contempla entre sus objetivos primordiales potenciar un proceso de empoderamiento que situará a la persona como eje central del sistema sanitario, desempeñando un rol activo, participativo y autónomo en la toma de decisiones y corresponsable con los elementos que puedan estar incidiendo en torno a su salud, junto al sistema sanitario, reconocerá a los/as profesionales como el activo más valioso y esencial para las actuaciones en salud y complementará éstas con los activos que puede aportar la comunidad para hacer de la salud un bien común, que hay que garantizar. Los/as profesionales sanitarios/as, junto a los ciudadanos/as en un entorno comunitario, son quienes tienen el desafío de asumir este reto a través de propuestas ágiles e innovadoras, que contribuyan al bienestar y calidad de vida de las personas, y que además garanticen en corresponsabilidad la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.

Fig. 2. Ejes del PICUIDA.



Fuente: elaboración propia.

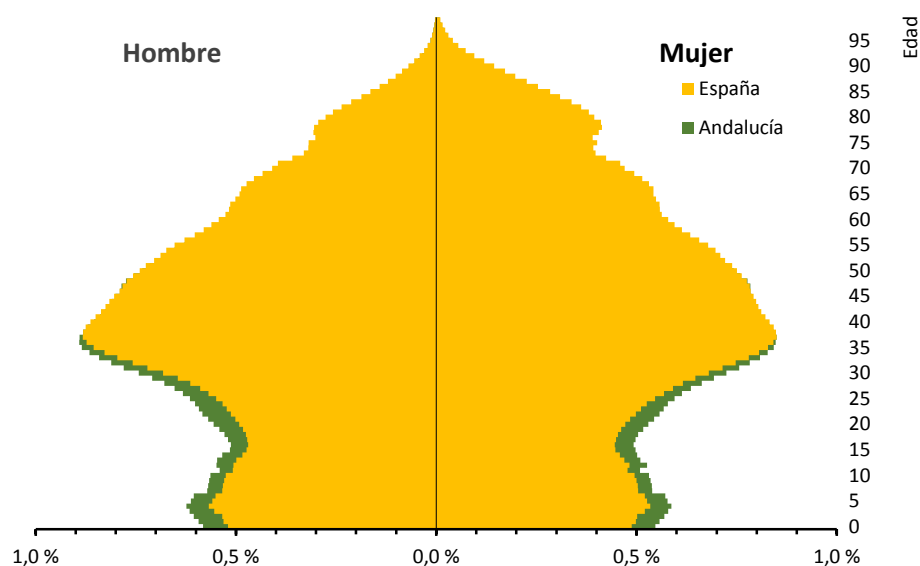
## 4.1. Análisis de los Cuidados desde la perspectiva de la ciudadanía

### 4.1.1. Necesidades de Cuidados de la ciudadanía andaluza

#### 4.1.1.1. Necesidades relacionadas con los cambios en el patrón sociodemográfico y epidemiológico

En las últimas décadas, en Andalucía, al igual que en el resto de las regiones y países desarrollados, se está produciendo un significativo cambio en el perfil sociodemográfico de la población, que afecta directamente a la organización de la familia y de la comunidad y que por extensión, al uso de los sistemas sanitarios.<sup>10</sup>

Fig. 3. Pirámide de población Andalucía y España (porcentaje) Año 2014.



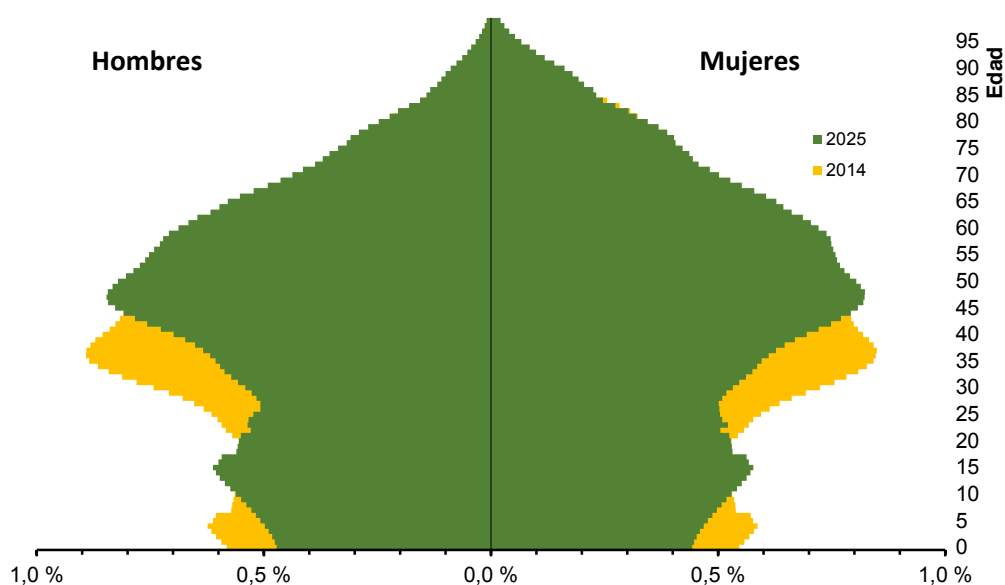
Fuente: IECA Proyección de la población 2009-2070. INE: Proyección de la población a largo plazo 2012-2052.

*En los últimos 50 años, se ha triplicado el número de personas mayores.<sup>16</sup>*

*Actualmente la población mayor de 65 años en Andalucía constituye el 15% de la población total, fenómeno que se caracteriza por: 1) su feminización (un 57% de las personas mayores de 65 años son mujeres), 2) por el envejecimiento del envejecimiento (un 25% de las personas mayores tiene 80 años o más) y 3) por la soledad (un 32% de la población de 65 años o más está en estado de viudedad, y cerca de un 10% se encuentra soltera, separada o divorciada.<sup>17</sup>*

*Un 25,7% de las personas de 75 años y más viven solas.<sup>18</sup>*

Fig. 4. Proyección de la población andaluza 2014-2025 (porcentajes).



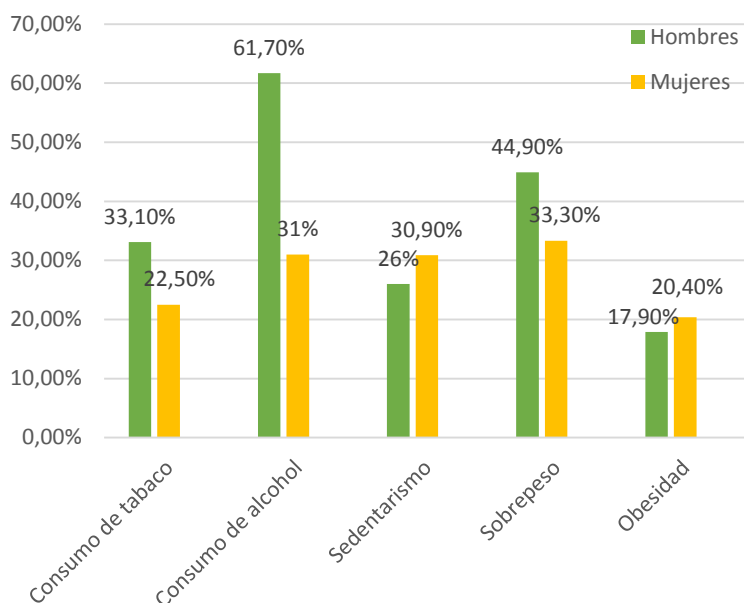
Fuente IECA: Proyección de población de Andalucía 2009-2070.

Entre estos cambios podemos citar el aumento de la esperanza de vida, la necesaria incorporación de la mujer al mercado laboral y el cambio en general de las estructuras familiares (más reducidas, más inestables y más sujetas a movilidad), agudizado todo esto por la crisis económica.

Este aumento de la esperanza de vida tiene como consecuencia cambios en el estado de salud de las personas y en sus necesidades de cuidados, que se caracteriza igualmente por un aumento de los problemas crónicos de salud.<sup>10</sup>

En lo que respecta a los hábitos y conductas que conforman los estilos de vida van a influir en la aparición de los problemas de salud crónicos. Estos hábitos o conductas vienen determinadas por la interacción entre las características personales, las interacciones sociales y condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Están íntimamente relacionados con la salud de las personas, conductas como el tabaquismo, consumo de alcohol, el sedentarismo o la dieta poco saludable, que tienen como resultado el desarrollo de problemas de salud como diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, etc.<sup>19</sup>

Gráfico 1: Determinantes en salud relacionado con hábitos de vida.



Fuente: Encuesta de Salud 2011

Según la última encuesta de salud realizada en 2011<sup>20</sup> el 27,7% de la población andaluza manifiesta consumir tabaco a diario (33,1 % hombres y 22,5 % de mujeres). El consumo de tabaco produce un tercio de las muertes por cáncer.

El consumo de alcohol al menos una vez al mes en hombres es del 61,7% y en mujeres del 31%.

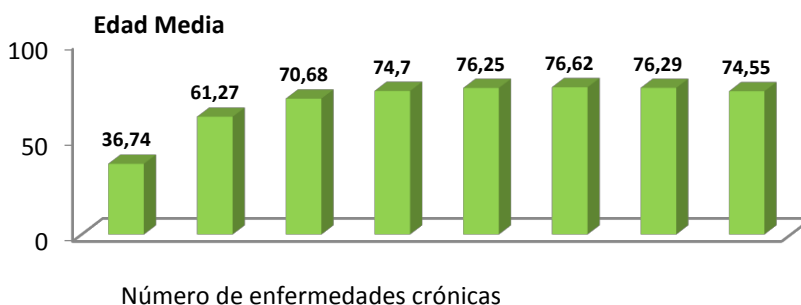
El 26% de los hombres y el 30,9% de las mujeres refieren no hacer ejercicio físico de forma habitual.

El 58,2 % de la población andaluza presenta sobrepeso u obesidad (62,9 % hombres y 47,1% mujeres).

Conforme al **Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) 2013**, un 9% de las personas menores de 14 años ingresaban con una o más enfermedades crónicas, esta proporción aumenta al 67 % en el grupo de mayores de 14. Tener al menos una o dos enfermedades crónicas es significativamente más prevalente en mujeres (51% con al menos una enfermedad crónica, 26% con dos y 13,9% con tres o más)<sup>21</sup> que en hombres (40% con al menos una enfermedad crónica, 17,5% con dos y 8,4% con tres o más). Sin embargo, esto no se traduce en mayor número de ingresos de las mujeres (un 54,2 ingresos de hombre con una o dos enfermedades crónicas y un 45,80 de mujeres con una o dos enfermedades crónicas).

*En Andalucía, en el año 2013, las personas que ingresaron con más de una enfermedad crónica tenían una edad media de más de 70 años (excluidos menores de 14 años e ingresos obstétricos).*

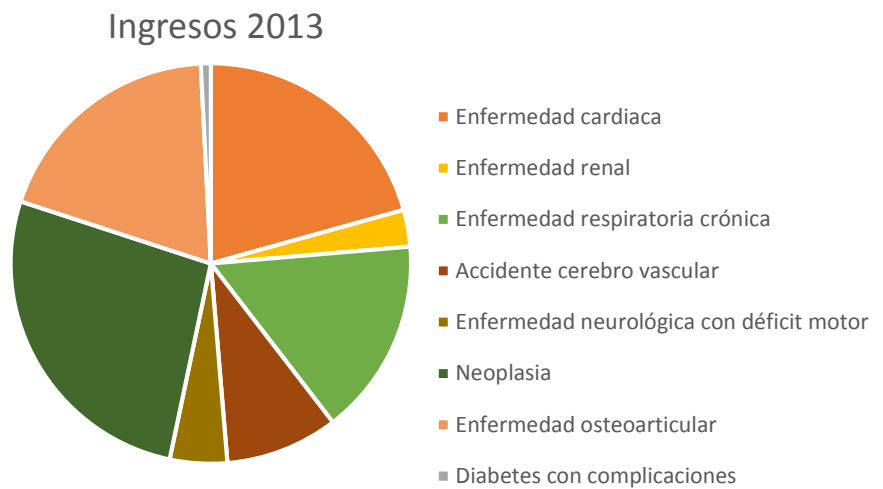
Gráfico 2. Edad media de personas ingresadas que presentaron al menos una enfermedad crónica en Andalucía.



Fuente: CMBD 2013. Servicio de Productos Sanitarios.

Gráfico 3: Número de personas con enfermedades crónicas en Andalucía.

*La mayor incidencia de ingresos con enfermedad crónica se produjo en el caso de cáncer, enfermedad cardíaca, problemas osteoarticulares y enfermedad respiratoria crónica.*

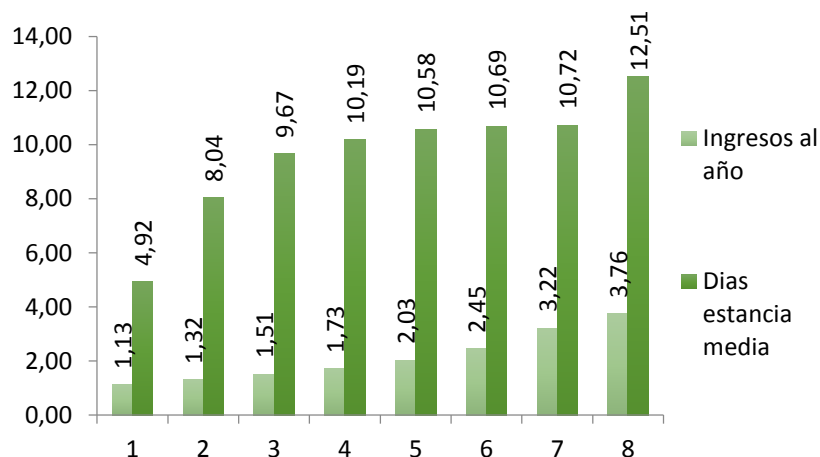


Fuente: CMBD 2013.Servicio de Productos Sanitarios.

#### 4.1.1.2. Necesidades relacionadas con los cambios provocados por la cronicidad y la necesidad de apoyo para el cuidado

Con este cambio del patrón epidemiológico y de la morbi-mortalidad de la población, por el que cobran mayor prevalencia las enfermedades crónicas, la importancia del curar se sustituye por la importancia del cuidado de la salud. Por tanto, el valor del cuidado cobra vital importancia en la prevención y el manejo de los procesos crónicos de salud. Existen un número elevado de personas que padecen varios procesos crónicos concurrentes y prolongados en el tiempo, con un perfil más activo y que esperan participar en las decisiones sobre su tratamiento. Esperan cuidados eficaces y efectivos, y una buena gestión de su enfermedad, demandan información y profesionales con capacidad de comunicación, acceso a diferentes sistemas de información y que esperan continuidad y seguridad a lo largo de toda la atención dentro de un sistema socio-sanitario cohesionado.<sup>15</sup>

Gráfico 4. Ingresos y estancias medias relacionadas con el número enfermedades crónicas. Año 2013.



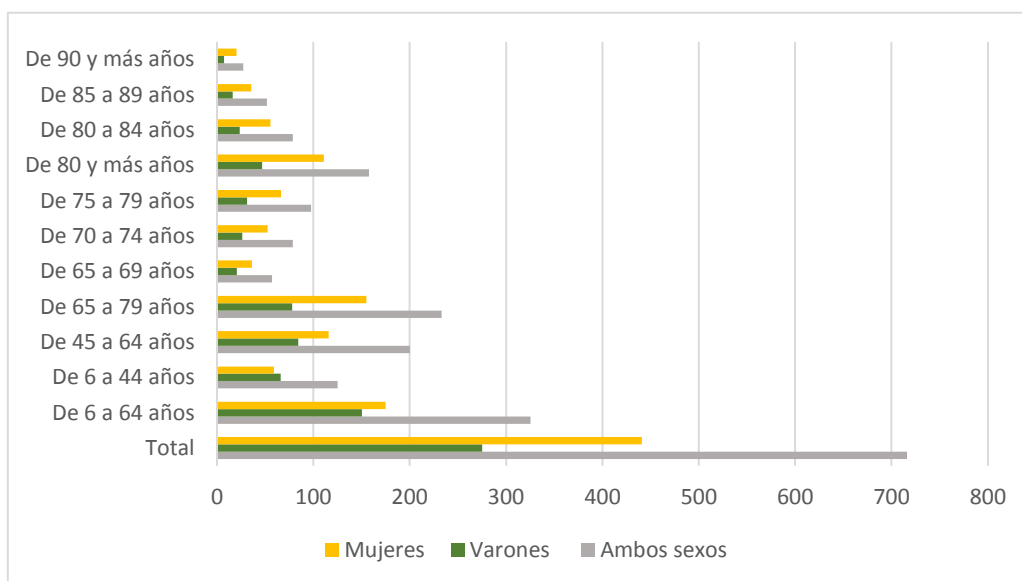
Fuente: CMBD 2013.Servicio de Productos Sanitarios.

El aumento proporcional de la frecuencia de problemas crónicos,<sup>21</sup> su evolución en el tiempo y la complejidad derivada de la cronicidad produce un aumento de personas con discapacidad siendo más prevalente en mujeres. Según el estudio realizado en 2012 por el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA) Sobre “Discapacidad y dependencia en Andalucía”<sup>22</sup> existen en Andalucía 725.395 personas con discapacidad o limitaciones, que van acompañadas de dependencia para un 424.921 (58,6%) de los casos (415.667 de 6 y más años, que constituye el 57,30% y 9.254 menores de esa edad, un 1,27 %), de manera que puede estimarse la población andaluza en situación de dependencia en el 5,3%.

Dicho de otra forma, seis de cada diez personas con discapacidad son dependientes. Estas situaciones provocan, además, una mayor demanda de cuidados, unidas a una menor disponibilidad de personas que cuidan dentro del entorno familiar.

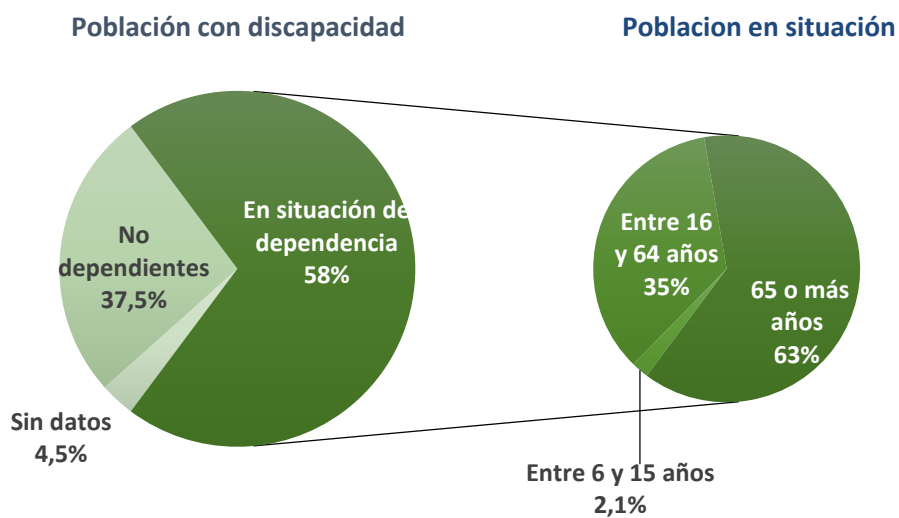


Gráfico 5: Personas con alguna discapacidad por grupo de edad y sexo.



Fuente: INE: Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia 2008.<sup>23</sup>

Gráfico 6. Porcentaje de Personas en situación de dependencia respecto al total de población con discapacidad y su distribución por edad en Andalucía.



Fuente: IECA 2012.<sup>22</sup>

Por tanto, como consecuencia y avance de la cronicidad y sus complicaciones, se produce un aumento significativo del número de personas con necesidad de cuidados continuados, repercutiendo en ello el acortamiento de las estancias hospitalarias y por tanto, la necesidad de una atención más especializada en los domicilios con la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias.

La necesidad de cuidados continuados generados como consecuencia directa de la edad, o por la cronicidad y sus complicaciones se produce en Andalucía en el 57% de los hogares.<sup>22</sup>

La provisión de cuidados se realiza en su mayor parte en el ámbito familiar (88% del cuidado global) siendo, incluso, en numerosas ocasiones, la única fuente de cuidados.<sup>23</sup> Dentro del ámbito familiar, son las mujeres, las principales proveedoras de estos cuidados (84,7% de las personas que cuidan en Andalucía), lo que lleva a un importante debate relacionado con las desigualdades de género y de acceso a los sistemas de cuidado, ya que la carga que supone el cuidado tiene importantes repercusiones para las personas que cuidan tanto económicas y laborales, como de déficit de autocuidado).<sup>23</sup>

Según la última Encuesta de Discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia 2008, el perfil socio demográfico de estas mujeres se caracteriza por tener una edad comprendida entre los 40 y los 69 años, aunque existen personas que cuidan con más de 70 años. La edad media es de 53 años. Disponen de estudios primarios (21,3%) o no disponen de estudios (25% analfabetismo). Son generalmente hijas/hijos (25,3% de mujeres frente al 4,7% de los hombres) o las parejas (11,7 % de mujeres frente al 8,5% de los hombres). El 40% dedica ocho horas diarias o más, y un 31 % lleva prestando los cuidados desde hace más de ocho años.

En cuanto a las condiciones laborales sólo el 24,4% de estas mujeres que cuidan declaran estar trabajando, frente al 29% de los hombres que cuidan, un 38,3% se dedican al trabajo en el hogar, frente al 3% de los hombres y el 12,7 % recibe algún tipo de pensión, frente al 50,7% de los hombres.

En la Encuesta se identifican en Andalucía un 4,3% de personas cuidadoras no familiares que reciben remuneración por el cuidado y sólo un 3,2% se declara de nacionalidad distinta a la española.

*Enfermedad crónica, envejecimiento y discapacidad - dependencia están muy relacionados.*

*El 9,6% de la población presenta alguna discapacidad.*

*El 54,6% de las personas con discapacidad tienen 65 o más años.*

*Un 77,1% (552.000 personas) afirman tener dificultades para las actividades básicas de la vida diaria. De ellas, casi una de cada cinco (19%) son mujeres de más de 80 años. El uso de ayudas, técnicas o personales, reduce el porcentaje de personas con dificultades para las actividades básicas de la vida diaria al 61,1%.*

*A partir de los 55 años el 60% de las personas con dependencia en Andalucía son mujeres. Un 70 % de estas mujeres tienen 80 o más años.<sup>22</sup>*

Tabla 1. Respuestas de las Personas que cuidan ante el afrontamiento del cuidado: Nº de personas que están de acuerdo con alguna de estas afirmaciones del total de personas que cuidan identificadas en Andalucía.

RESPUESTA DE LAS PERSONAS QUE CUIDAN RESPECTO A LA TAREA DE CUIDAR	
Nº de personas que cuidan que están de acuerdo con estas afirmaciones derivadas del cuidado de la persona	Andalucía %
Percibe especial dificultad por faltarle fuerza física	30,8 %
Tiene dudas sobre cómo sería la mejor manera de hacerlo	10,2 %
Piensa que la persona no colabora o se resiste cuando le ayuda con esa labor	10,3 %
Tiene otras dificultades	10,0 %
Para llevar a cabo los cuidados necesitaría más formación especializada	9,5 %
No tiene ninguna dificultad	23,1 %

RESPECTO A ALGUNOS ASPECTOS RELATIVOS A SU SALUD O ESTADO GENERAL	
Nº de personas que cuidan que están de acuerdo con estas afirmaciones derivadas del cuidado de la persona	Andalucía %
Se ha deteriorado la salud de la persona cuidadora principal	25,7 %
La persona cuidadora principal ha tenido que ponerse en tratamiento para poder llevar la situación	11,4 %
La persona cuidadora principal se encuentra cansada	37,9 %
La persona cuidadora principal se siente deprimida	21,8 %
La persona cuidadora principal tiene otros problemas	6,9 %
La persona cuidadora principal no tiene ningún problema	18,3 %

Fuente: IECA 2012.<sup>22</sup>

En cuanto a las consecuencias del cuidado en la salud y las condiciones de vida de la persona cuidadora: tres de cada diez personas cuidadoras principales (30,8%) declaran tener especial dificultad para realizar algunas de las tareas relacionadas con el cuidado por falta de fuerza y el 25,1 % manifiestan que han visto deteriorada su salud.<sup>22</sup>

Cuidar de una persona en situación de dependencia no tiene las mismas repercusiones para hombres y mujeres. En el caso de las mujeres parecen existir mayores dificultades. En lo que respecta a la salud, el porcentaje de mujeres que considera que su salud se ha deteriorado, dicen estar cansadas, deprimidas, e incluso reciben tratamiento, es superior que en el caso de los hombres. Sin embargo prácticamente el 40% de los hombres que cuidan dice no tener ningún problema, cuando sólo el 24 % de las mujeres se muestra de acuerdo con esta afirmación.

En lo que respecta al tiempo de ocio, el 63,4 % de las personas que cuidan manifiestan que existen consecuencias en este aspecto y un 28% de las personas que cuidan en Andalucía afirman no poder trabajar fuera de casa como consecuencia de tener que cuidar (tres de cada diez cuidadores que viven con la persona en situación de dependencia no pueden plantearse

trabajar fuera de casa). En cuanto a los aspectos económicos, el 22% de las personas que cuidan en Andalucía manifiestan tener problemas económicos.<sup>22</sup>

Los últimos estudios a este respecto refuerzan las marcadas diferencias de género y sus repercusiones respecto al cuidado. Entre sus conclusiones se encuentran que las principales consecuencias negativas del cuidado son la aparición de numerosos problemas de salud crónicos, altos niveles de estrés, ansiedad, depresión, abandono de la propia salud, frecuente renuncia al trabajo remunerado y aislamiento social, resultados que estuvieron modulados principalmente por la intensidad del cuidado, el nivel socioeconómico y el parentesco con la persona dependiente y básicamente el género de la persona que cuida:<sup>24</sup>

1. Las mujeres se dedican más al cuidado, realizando un trabajo de mayor intensidad e interiorizando su rol de persona cuidadora de acuerdo a los estereotipos sociales arraigados. Lo que conlleva a peores resultados en salud y mayores costes en cuanto a oportunidades para las mujeres.
2. Los hombres, se definen menos como persona que cuida, con lo que la experiencia del cuidado es más flexible y son capaces de exteriorizar más la necesidad de ayuda y de delegar el cuidado, antes de que su salud y su calidad de vida se vean afectadas.

En Andalucía, se han identificado desde el sistema sanitario 148.196 personas (28.201 hombres y 119.995 mujeres) que cuidan de las personas atendidas en el domicilio. De estas personas 65.507 son personas que cuidan con más de 65 años a personas que también tienen una edad superior a 65 años. Del total de personas que cuidan, 84.848 personas (12.964 hombres y 71.853 mujeres) cuidan de personas con una gran discapacidad, en situación de dependencia (Servicio Andaluz de Salud 2014).

Ante esta situación es importante analizar y orientar la respuesta del sistema sanitario para no reforzar los roles de género, induciendo y responsabilizando a las mujeres del cuidado de otras personas del grupo familiar y excluyendo o no implicando a los hombres. La propuesta sería establecer estrategias que fomenten la implicación, y el reparto equitativo de los cuidados familiares mediante la participación de otros miembros de la familia. A la vez, que las medidas de apoyo social se diversifiquen para que la responsabilidad del cuidado de las personas dependiente recaiga en los servicios públicos y las personas que cuidan puedan seguir sus actividades laborales, educativas, de ocio y en definitiva su proyecto de vida.

#### 4.1.1.3. Necesidades relacionadas con las desigualdades en salud de la ciudadanía

La existencia de desigualdades en salud están condicionadas por factores muy diversos que van desde el nivel socioeconómico, de formación y capacitación de las personas, hasta su propio lugar de residencia, condiciones de la vivienda, relaciones sociales y familiares, el grupo de pertenencia, empleo y el entorno de seguridad, higiene y significado del trabajo, que van a ser determinantes sobre las oportunidades y las elecciones que se realizan cotidianamente en relación al cuidado de su salud.<sup>12</sup>

La Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un informe en 2003, que concluye cuáles son los principales determinantes sociales en salud:<sup>26</sup>

- Las condiciones sociales y económicas.
- El estrés continuo.
- La pobreza y la exclusión social.
- El desempleo, la inseguridad laboral y las condiciones de trabajo.
- El abuso del consumo de alcohol, el consumo ilegal de drogas y el tabaquismo.
- La calidad de la dieta.

El 8,8% de la población en Andalucía es extranjera

Tasa de paro en un joven rumano o búlgaro: 60%

Paro de larga duración en trabajadores africanos: 70%

115.690 Menores Extranjeros no Acompañados residentes en Andalucía.<sup>25</sup>

El 29 % de los andaluces viven bajo el umbral de la pobreza.

4,5% en situación de pobreza severa, con menos de 3.000 Euros al año.

El 26,7% de los andaluces < de 16 años vive en hogares con ingresos por debajo del umbral de la pobreza.

El 31,4% de andaluces < de 16 años se encuentra en riesgo de pobreza o exclusión social.<sup>27</sup>

Entre estos determinantes sociales vamos a destacar los que siguen por el gran impacto sobre la salud que ejercen:<sup>27</sup>

- La pobreza y la exclusión social: Son dos fenómenos sociales que condicionan de forma directa las necesidades de atención y de apoyo al cuidado en Andalucía. Las personas sin hogar representan el caso más extremo de exclusión social. Este *sinhogarismo* incluye cada vez más a personas jóvenes.
- La migración forma parte también de los fenómenos demográficos que tienen un alto impacto en las necesidades de atención y que en muchas ocasiones se relacionan con los fenómenos anteriores.

La necesidad de apoyo para el cuidado que soportan las familias en Andalucía, es mayor en las poblaciones del entorno rural, más pequeñas y con menos recursos sociales.<sup>10</sup>

Se presentan algunos de los factores relacionados con la desigualdad que están generando impacto en la salud de la ciudadanía andaluza:

Tarjetas sanitarias expedidas a inmigrantes en situación no regularizada:

2010: 56.879 tarjetas

2011: 46.195 tarjetas

2012: 30.427 tarjetas

Tabla 2. Porcentaje de personas de ambos sexos fumadores diarios relacionados con el tipo de actividad laboral que realizan.

FUMADOR DIARIO	Hombre	Mujer	Ambos sexos
Total	27,9	20,2	24,0
Gerentes más de 10 asalariados	19,7	17,4	18,6
Gerentes de menos de 10 asalariados	22,4	20,1	21,1
Trabajadores por cuenta propia	25,4	21,2	23,2
Ocupaciones técnicas cualificadas	29,9	20,8	25,8
Trabajadores cualificados	30,7	22,5	26,6
Trabajadores no cualificados	31,2	17,5	23,5
No Consta	30,9	13,7	18,7

Fuente MSSI e INE 2011-2012.

Tabla 3. Personas de ambos sexos con Obesidad relacionado con nivel de estudios.

Obesidad (IMC $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> )	Hombre	Mujer	Ambos sexos
Total	18,0	16,0	17,0
No sabe leer o escribir o estudios primarios incompletos	25,4	34,2	30,2
Estudios primarios completos	22,3	24,2	23,2
Estudios secundarios (1 <sup>a</sup> etapa)	20,3	17,6	19,0
Estudios secundarios (2 <sup>a</sup> etapa o enseñanza profesional de grado superior o equivalente)	15,6	11,0	13,3
Universitarios	11,1	6,3	8,5

Fuente: MSSI e INE 2011-2012.

Tabla 4. Personas con Ansiedad/ Depresión relacionado con el nivel ingresos y nivel de estudios.

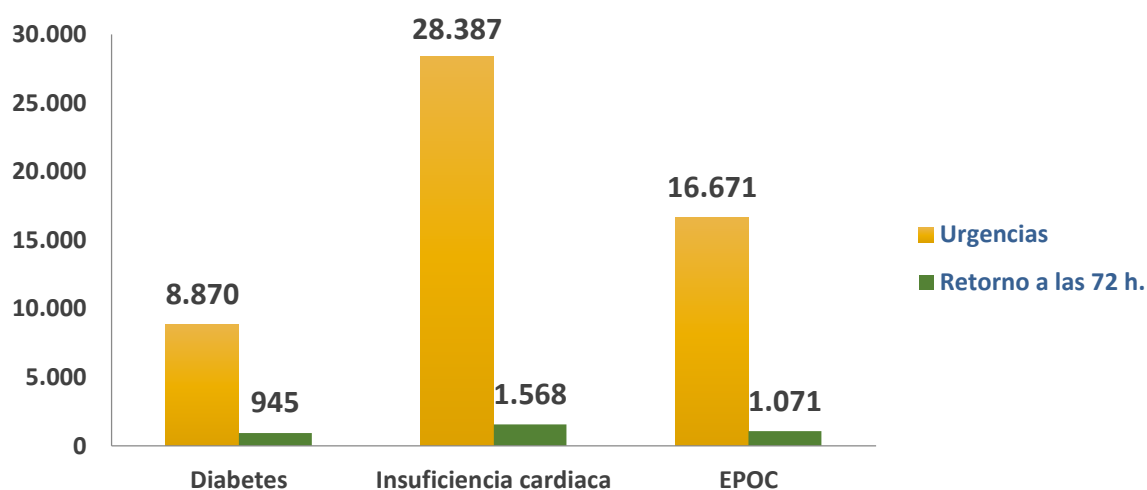
NIVEL DE INGRESOS	Hombre	Mujer	Total
Hasta 999	6,5%	17,4%	12,6%
De 1.000 a 1.499	4,2%	13,2%	8,7%
De 1.500 a 1.999	3,1%	7,3%	5,2%
Más de 2.000	2,8%	4,9%	3,7%
NS/NC	2,5%	7,4%	4,9%
ESTUDIOS	Hombre	Mujer	Total
Sin estudios	7,6%	23,5%	17,6%
Primarios	4,7%	12,8%	8,9%
Secundarios/ FP	2,8%	5,7%	4,1%
Universitarios	2,2%	5,4%	3,7%
Otros	1,9%	1,1%	1,6%

Fuente: EAS 2011.

#### 4.1.1.4. Necesidades relacionadas con la atención urgente

Dentro de las previsiones y planificación de los servicios de urgencias, el envejecimiento, la cronicidad y las situaciones de dependencia de la población andaluza son factores a tener en cuenta. Otros aspectos como la necesidad percibida por la ciudadanía de atención inmediata y la dificultad de acceso a otros recursos del sistema, se deben contemplar junto a los anteriores, para mejorar la calidad de la respuesta y para disminuir y/o evitar una hiperfrecuentación innecesaria y el posterior ingreso/ reingreso en los servicios de atención urgente.<sup>29,30</sup>

Gráfico 7: Número de Urgencias hospitalarias y retorno a las 72 h después del alta en Diabetes, EPOC e ICC.



Fuente: CMBDA 2013.

Existe una proporción importante de urgencias de menor complejidad, que no suponen ingreso hospitalario y que pueden ser atendidas y resueltas por enfermeras tanto en el nivel asistencial primario, como en urgencias del hospital, a través de protocolos consensuados que aumenten la capacidad de resolución de las mismas, incorporando un valor añadido como es, la potenciación del autocuidado y la gestión eficaz de la propia salud por parte de la ciudadanía.<sup>31</sup>



Gráfico 8. Nº de urgencias atendidas en el Atención Primaria 2010-2014. Datos CMBDA Urgencias 2014.Servicio de Producto Sanitario.

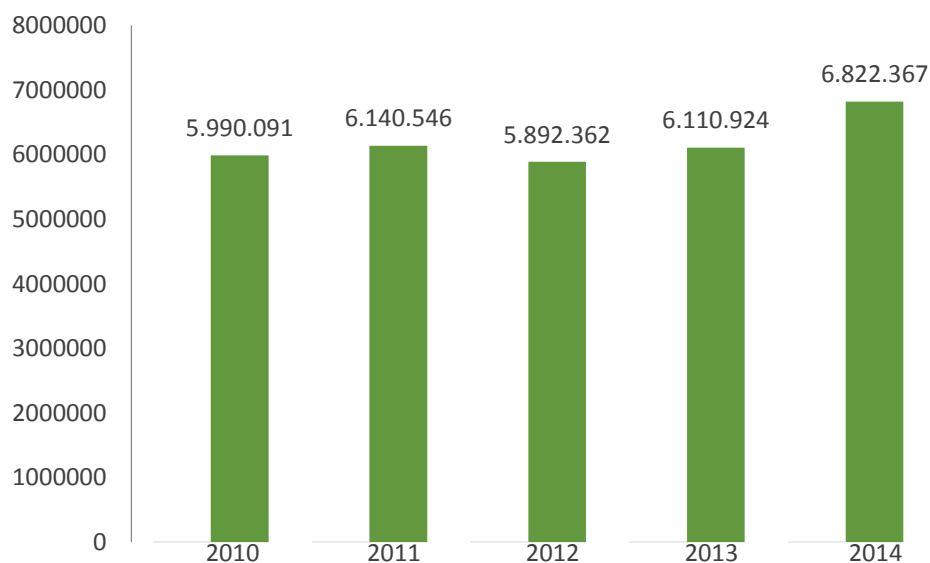


Gráfico 9. Nº de urgencias atendidas en el Hospital 2010-2014. Datos CMBDA Urgencias 2014. Servicio de Producto Sanitario.

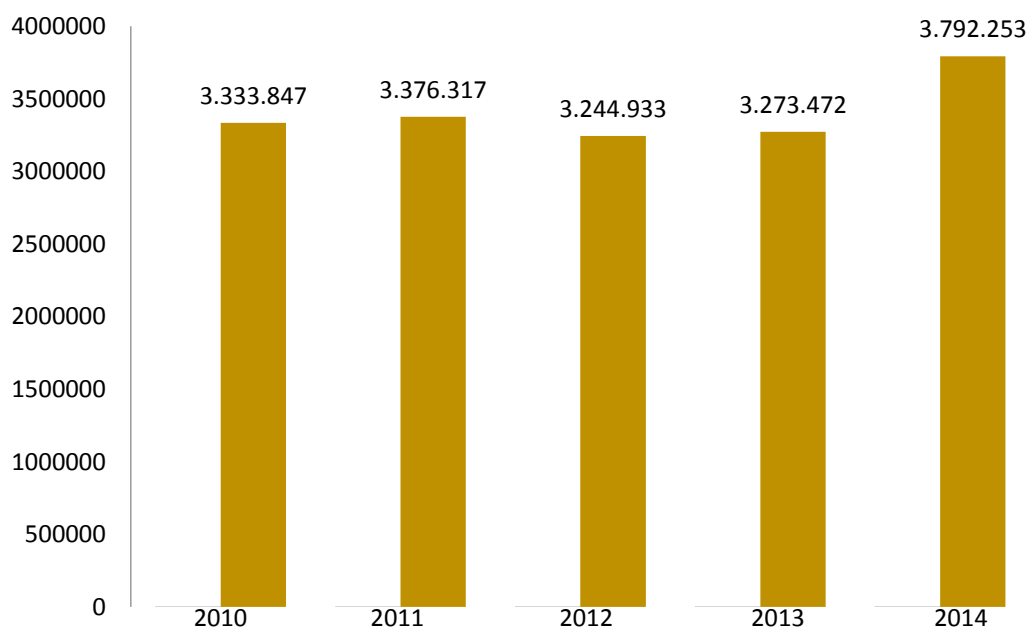
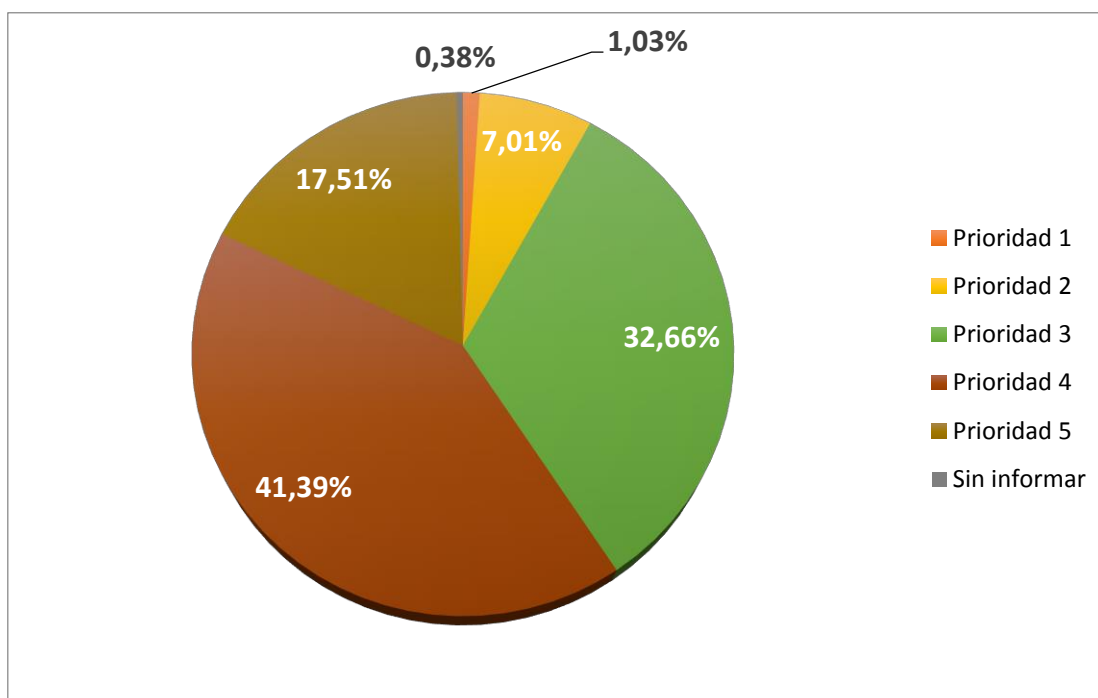


Gráfico 10. Porcentaje de urgencias atendidas en Andalucía por niveles de prioridad. Año 2014.



Fuente: CMBDA Urgencias 2014. Servicio de Productos Sanitario.

De las 3.792.253 urgencias atendidas en los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud durante 2014, 580.478 fueron de Nivel 5, (baja complejidad) lo que supone un 17,5% del total. Las principales causas clasificadas como nivel 5 son:

- Infecciones de las vías respiratorias superiores
- Gastroenteritis no infecciosa
- Esguinces y torceduras
- Lesión superficial, contusión
- Infecciones de vías urinarias
- Inflamación e infección del ojo
- Infección viral
- Dolor abdominal
- Dolor lumbar

La accesibilidad a los servicios sanitarios de forma fácil e instantánea cuando se necesitan de ellos, es una característica de calidad percibida por la ciudadanía. Las dificultades al acceso como

son las demoras, esperas y circuitos complejos, causan insatisfacción y malestar en las personas que utilizan los servicios.<sup>32</sup>

Más allá de los factores clínicos se hace necesario incluir variables como la vulnerabilidad y la fragilidad, para dar un nuevo enfoque a la clasificación del nivel de prioridad en la atención y estableciendo circuitos y espacios específicos que aseguren una adecuada atención y mejoren la seguridad clínica. Dentro de esta población vulnerable debe contemplarse el abordaje de los aspectos éticos relacionados con las voluntades anticipadas, la información para la toma de decisiones y el testamento vital de las personas en fase terminal.

#### 4.1.2. *Identificación de necesidades, expectativas y demandas por la ciudadanía*

A los cambios sociodemográficos y epidemiológicos de la ciudadanía hay que añadirle las nuevas demandas de los ciudadano/as hacia nuevos valores y expectativas en la provisión de servicios. Dar respuesta a todo ello, supone todo un reto para las organizaciones sanitarias, y por tanto para la organización de la prestación de cuidados.

Las necesidades y demandas de la ciudadanía que tendremos en cuenta, se extraen directamente de los resultados obtenidos del Análisis Cualitativo incorporado en el diseño de este Plan.

Dentro de este análisis se han utilizado:

1. Una recopilación de estudios de necesidades y expectativas realizado por la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) a través de grupos focales y entrevistas semiestructuradas en profundidad a: Personas mayores, personas con trastorno mental, personas con gran discapacidad, personas con necesidad de cuidados paliativos, personas con enfermedades evolutivas a la cronicidad y con una gran dependencia funcional, personas en situación de precariedad social con problemas de salud. Igualmente, también se recogieron las necesidades y expectativas de las personas del entorno familiar que cuidaban en estos grupos, así como las de profesionales del SSPA. (Anexo1).
2. Un análisis cualitativo realizado ad-hoc por el PICUIDA para la detección de necesidades y expectativas, a través de entrevistas abiertas a personas con problemas crónicos de salud y sus familiares. (Anexo 2).
3. Un proceso de investigación acción participativa con grupos cruzados de personas afectadas (asociaciones), profesionales y gestores a través de la metodología que ofrece la Estrategia Al lado que completa la identificación de necesidades y demandas de la ciudadanía, a partir de los aspectos biográficos o vivenciales de la persona y su

entorno relacionados con las necesidades de cuidados durante el proceso de atención. (Anexo 2).

Entre las necesidades y expectativas expresadas existen muchas que son comunes a todos los perfiles poblacionales seleccionados y sus familias. Es común a todos los grupos:

1. Las personas atendidas y sus familiares esperan de la atención que sea completa desde la evaluación y diagnóstico hasta un plan de rehabilitación y recuperación, integrando los aspectos emocionales y relacionales, además de los cuidados físicos, buscando siempre la continuidad del proyecto de vida, independientemente de su vinculación con la curación.
2. Muestran preocupación por la competencia de los/as profesionales, así como el trato que les dispensan. Desean que sea cercano, personal, comprensivo y empático.
3. Se valora la adaptabilidad y accesibilidad de los Centros y Servicios a las características personales.
4. Sugieren que se compartan los cuidados entre los profesionales, las personas afectadas, las personas cuidadoras y activos de las asociaciones, buscando las alianzas necesarias y conectando con las iniciativas existentes dentro y fuera de los centros para el desarrollo de unos cuidados compartidos e integrales.

### *Necesidades a destacar expresadas en las diferentes fases del proceso de atención:*

#### *Necesidades expresadas en Promoción de Salud y prevención:*

- Potenciar desde los centros sanitarios la promoción en salud y la prevención, integrando la colaboración con otros sectores, con los recursos comunitarios y las asociaciones de ayuda mutua. Además de Hacer converger distintas iniciativas, ya en marcha, en relación con los cuidados: Escuela de Pacientes, Estrategia Al Lado, Escuela de Padres, Aulas de Autonomía y Seguridad.

#### *Necesidades expresadas respecto a las fases de detección e inicio de un problema de salud:*

- Dominar la comunicación, comprobando el grado de comprensión de la información que damos y teniendo en cuenta que es un proceso bidireccional. Además de respetar el tiempo necesario para el afrontamiento y la capacidad de adaptación de la persona y su entorno, interviniendo en el proceso, desde el respeto.
- Fomentar el uso de la tecnología para favorecer la comunicación (consultas, dudas...) con las personas atendidas y orientar sobre su uso.

#### Necesidades expresadas respecto al proceso de seguimiento:

- Fomentar el autocuidado y la gestión eficaz de la propia salud desde una perspectiva personalizada e individualizada, de forma que las personas lo integren lo mejor posible con la vida cotidiana, incluyendo los aspectos emocionales. Se remarca la conveniencia de ser sensible a la diversidad en los procesos educativos, resaltando la utilidad y el refuerzo de la metodología grupal en la educación terapéutica.
- Tener en cuenta que el binomio persona afectada / persona cuidadora es inseparable respecto a los elementos que deben articular la atención.
- Aprovechar el apoyo del tejido asociativo y la participación del voluntariado para promover el mantenimiento del afrontamiento adecuado, la autogestión efectiva del proceso por parte de la familia y, en general, la mejora de la atención y el acompañamiento en esta fase.

#### Necesidades expresadas respecto a la continuidad de Cuidados

- Fomentar el acceso y uso de la historia clínica como instrumento de continuidad, participada por los dos niveles de la atención, incluida la realidad social del entorno.
- Potenciar el rol de la enfermera gestora de casos, para favorecer la continuidad de cuidados en personas con alta complejidad, entre profesionales de distintos niveles de atención.

#### Necesidades expresadas respecto a la fase final de la vida, duelo y recuperación:

- Adquirir capacidades y habilidades, por parte de profesionales implicados habitualmente en el proceso de atención en la fase final, para ser efectivos y eficaces en este escenario y añadir a su perfil las competencias para la atención paliativa.
- Compartir la atención entre profesionales de las UGC de atención primaria atención hospitalaria, paliativistas, gestoras de caso y el movimiento asociativo de ayuda mutua. Para adecuar los circuitos de atención paliativa y asegurar la planificación anticipada, entrevista motivacional y atención al duelo.
- Otorgar una dimensión especial a la gestión de los casos en esta fase, especialmente cuando el tiempo transcurrido es prolongado y en el caso de los menores.
- Tener en cuenta el respeto a la toma de decisiones de la persona o persona en quien haya delegado y a la planificación anticipada reflejada o registrada, independientemente de la ética del personal que atiende, siempre dentro del marco jurídico vigente.
- Posibilitar la despedida como elemento presente en el proceso de atención y como instrumento para reducir el sufrimiento y para prevenir duelos disfuncionales.
- Incluir dentro del proceso de atención la atención a la familia después de la muerte, por su influencia positiva en la reducción del sufrimiento y en la recuperación posterior.

## 4.2. Análisis de los Cuidados desde la perspectiva de los profesionales:

### 4.2.1. Análisis de la oferta de servicios:

El Sistema Sanitario Público de Andalucía, teniendo como base los principios de universalidad, equidad, solidaridad y accesibilidad ha venido desarrollando estrategias dirigidas a la ciudadanía que incorporan los cuidados en las distintas fases de atención: la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, el tratamiento y seguimiento y la recuperación de la salud, desde una perspectiva de atención integral.<sup>10</sup>

#### 4.2.1.1. Oferta de Servicios en Atención hospitalaria:

La red de centros hospitalarios que configuran el SSPA ha generado nuevas formas de organización que ha logrado aproximar la atención especializada desde el hospital a los entornos rurales más dispersos.

En la actualidad, esta red cuenta con 34 centros hospitalarios, 11 centros hospitalarios de alta resolución y 59 centros de especialidades repartidos por todo el territorio andaluz.

Esta red dispone de un total de 62.603 profesionales.<sup>33</sup>

Tabla 5. Indicadores de Cierre de Actividad Hospitalaria 2013. Fuente: (CMBD) 2013. Servicio de Producto Sanitario.

Actividad hospitalaria en el SAS		
	HOMBRES	MUJERES
Altas Hospitalarias	217.146	259.962
Índice de complejidad de los pacientes hospitalizados	2,13	1,60
Estancias Hospitalarias	1.776.719	1.670.927
Estancia media de hospitalización	8,18 días	6,43 días
Cirugía con ingreso no Urgente	50.328	56.087
Cirugía con ingreso Urgente	33.353	40.849
Altas hospitalarias generadas por partos y cesáreas		57.495*
Estancias obstétricas		182.321*

\*El número de altas hospitalarias generadas por partos y cesáreas tiene que ser restada al total de altas en mujeres, al igual que ocurre con las estancias Obstétricas que tiene que ser restadas a las estancias hospitalarias en mujeres.

A tenor de los datos anteriores el número de ingresos y las estancias hospitalarias es mayor en hombres que en mujeres.

#### 4.2.1.2. Oferta de Servicios Interniveles para la continuidad asistencial

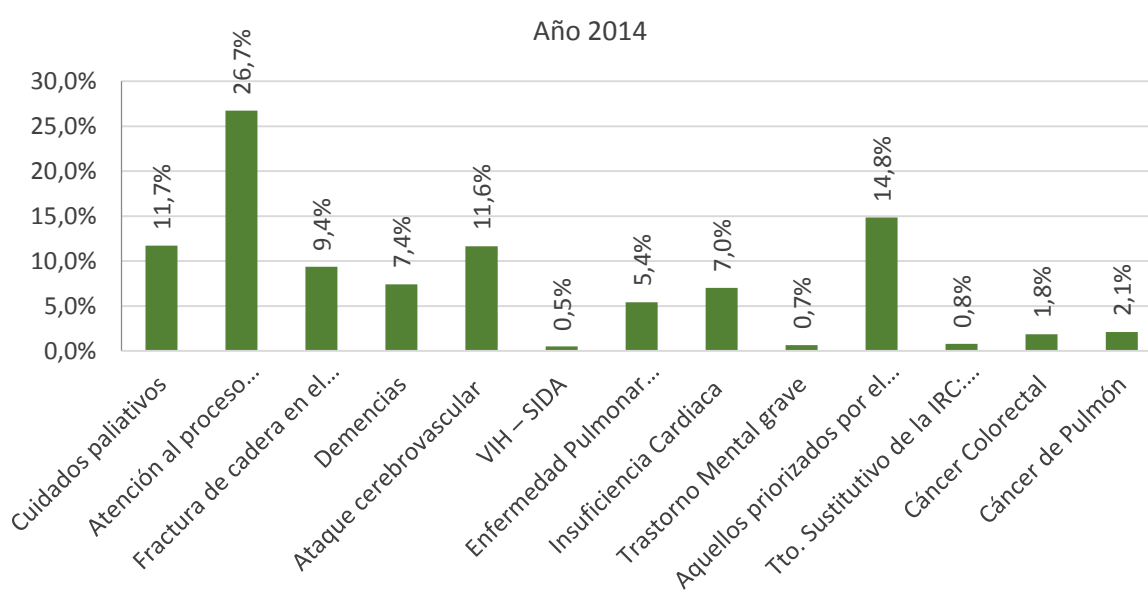
En Andalucía y a partir del 1<sup>er</sup> Plan de Calidad de la Consejería de Salud en el año 2000, se desarrolla un modelo de gestión por procesos asistenciales integrados como parte central de una estrategia que garantiza la calidad asistencial, disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica cada vez más compleja y especializada y garantizando la continuidad de la asistencia. Actualmente se han desarrollado 69 PAI, priorizándose aquellos problemas de salud con mayor prevalencia, trascendencia social y factibilidad.

La implementación de los PAI y la existencia de la enfermera gestora de casos han mejorado sensiblemente la continuidad asistencial.

Durante el año 2014 se han incluido en el programa de seguimiento del alta hospitalaria por tratarse de personas con especial vulnerabilidad y con importantes necesidades de cuidados a 15.764 personas (52,77% hombres y un 47,15% mujeres). El 12,69% de estas altas fueron personas que vivían solas y el 99,9% consumían fármacos de riesgo.

La media de pacientes atendidos mediante gestión de casos durante 2014, sobre el total de altas en Andalucía, se sitúa en torno al 4,2%.

Grafico 11. Pacientes atendidos por las Enfermeras Gestoras de Caso en el Hospital clasificados por Procesos Asistenciales. Año 2014.



#### 4.2.1.3. Oferta de Servicios en Atención Primaria y el ámbito comunitario:

La cobertura de centros de atención primaria en Andalucía, alcanza a la totalidad de la población, a través de los 1.518 centros de atención primaria (403 centros de salud, 697 son consultorios locales y 418 consultorios auxiliares).

Los equipos de atención primaria reúnen 17.073 profesionales.<sup>33</sup>

La actividad relacionada con el cuidado que está siendo llevada a cabo por los profesionales de Atención primaria, se desarrolla ampliamente en el Anexo 3, cabe destacar que la mayor parte de las actividades desarrolladas se focalizan fundamentalmente en el abordaje de la cronicidad siendo la población con factores de riesgo vascular y/o problemas crónicos de salud la receptora de la mayoría de los cuidados tanto en el centro como en el domicilio.

Los profesionales de atención primaria tienen el reto de integrar la atención asistencial con la atención basada en la promoción y educación sanitaria promotora de salud, a través de la participación comunitaria. La promoción de la salud y el fomento del autocuidado tiene especial relevancia en la infancia y adolescencia, no sólo porque los niños y niñas son el eslabón más débil de la sociedad, sobre los que inciden de forma más acentuada cualquier desequilibrio del entorno, sino porque además hay evidencias cada vez más abrumadoras de que la intervención precoz en los primeros años conduce a un crecimiento exponencial del nivel de salud en la vida adulta, lo que además de proporcionar un bienestar incalculable, es una inversión en salud física y mental.



Tabla 6. Cartera de Servicio Atención Primaria. Año 2014. Fuente: Fuente: SI Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados en Salud.

<b>ACTIVIDADES PROMOCIÓN SALUD</b>	
<b>CONSEJO DIETÉTICO INTENSIVO (CDI)</b>	
	<b>TOTAL ANDALUCÍA</b>
Nº de total de personas que reciben consejo Dietético Intensivo	286.245
<b>POR UN MILLON DE PASOS</b>	
	<b>TOTAL ANDALUCÍA</b>
Municipios que participan del programa “Por un millón de pasos”	136
<b>PLAN INTEGRAL DE TABAQUISMO</b>	
Nº de intervenciones avanzadas individuales	31.589
Nº de intervenciones avanzadas grupales	7.295
Nº de personas que abandonan el consumo	29.093
<b>EXAMEN DE SALUD (ES) MAYORES DE 65 AÑOS</b>	
	<b>TOTAL ANDALUCÍA</b>
% de usuarios incluidos en el programa ES mayores de 65 años	64,13%
% de personas incluidas en el programa de salud ES a mayores de 65 años frágiles	24,86%
% de personas incluidas en el programa de salud ES a mayores de 65 años dependientes	18,39%
<b>PROGRAMA DE SALUD INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE</b>	
	<b>TOTAL ANDALUCIA</b>
% de niños/as que cumplen 4 años en el año a evaluar y han realizado 6 visitas o más para seguimiento del programa del niño sano	30,80%
% Centros inscritos en Forma Joven	46,70%
<b>VACUNAS</b>	
	<b>TOTAL ANDALUCÍA</b>
% de niños nacidos en el periodo anual dos años anteriores al que hay que evaluar que han recibido vacunación completa	96,36%
<b>ATENCION A PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD ESPECIFICOS</b>	
	<b>TOTAL ANDALUCÍA</b>
% de personas hipertensas en seguimiento sobre población general	12,03%
Nº de personas incluidas en el PAI de diabetes	622.273
Nº de personas incluidas en el PAI de EPOC	168.905
Nº de personas incluidas en el PAI de Insuficiencia Cardiaca	72.532
Nº de niños/as incluidos en el Proceso Asma en la Edad Pediátrica (menores de 14 años)	123.190
Nº de personas con tratamiento de anticoagulación oral en seguimiento	136.647
Nº de personas incluidas en Proceso de cuidados paliativos	24.289

### ACTIVIDADES PROMOCIÓN SALUD

ATENCIÓN EN DOMICILIO	TOTAL ANDALUCÍA
Cobertura de seguimiento de inmovilizados (Inmovilizados=15 % > 65 años)	80,98%
Nº de pacientes en seguimiento al alta hospitalaria	77.147
Nº de mayores residentes en instituciones en seguimiento protocolizado	59.381
Nº de hombres cuidadores	28.201
Nº de mujeres cuidadoras	119.995
Nº de hombres en Gestión de Casos	23.288
Nº de mujeres en Gestión de Casos	49.072

#### 4.2.2. Análisis de recursos profesionales

La consecución del nivel más alto posible de salud en la ciudadanía depende de diferentes determinantes entre los que encontramos, además de los factores individuales o personales (genéticos) y sociodemográficos, medioambientales y de estilos de vida, el desarrollo de los sistemas sanitarios, en términos de accesibilidad, calidad y cobertura.

Tabla 7. Nº de profesionales del SSPA que participan de la atención por grupo profesional. Año 2014. Fuente: Sistema de Información de recursos humanos del SAS.

Año 2014	Andalucía			Hospital			Primaria			Agencias
	Total	% Mujeres	% Hombres	Total	% Mujeres	% Hombres	Total	% Mujeres	% Hombres	Total
Auxiliares de enfermería	14.878	94,7%	5,3%	13.513	94,7%	5,3%	1.365	95,3%	4,7%	1.478
Enfermera/o	23.860	75,9%	24,1%	17.717	75,9%	24,1%	6.143	65,0%	35,0%	1.700
FEA	8.662	45,9%	54,1%	8.649	45,9%	54,1%	12	25,0%	80,8%	1.301
Fisioterapeuta	751	66,3%	33,7%	433	66,3%	33,7%	318	68,6%	31,5%	60
Matrona/o	900	82,6%	17,5%	695	82,6%	17,5%	204	88,4%	12,0%	71
Medico/a de familia	7.367	47,8%	52,2%	1.082	47,8%	52,2%	6.285	47,3%	52,7%	-
Pediatra	1.155	68,0%	32,1%		68,0%	32,1%	1.155	68,0%	32,1%	56
Personal en formación	4.622	67,7%	32,3%	3.421	67,7%	32,3%	1.201	73,0%	27,1%	-
Técnicos de salud	182	60,4%	39,8%	5	60,4%	39,8%	176	59,8%	40,5%	-
Técnico especialistas	4.062	84,4%	15,6%	3.829	84,4%	15,6%	232	77,5%	22,9%	449
Trabajador /a social	502	87,6%	12,5%	150	87,6%	12,5%	351	87,5%	12,6%	-

(\*)Se incluyen los Manuales de Competencias del/de la Enfermero/a de Hospitalización y cuidados especiales, de Cuidados infantiles, de Salud Mental, de Matrona/a, de Atención ambulatoria, de Bloque quirúrgico y de Recursos avanzados de cuidados paliativos. No se incluyen los manuales del/de la Enfermero/a gestor/a de casos, Enfermero/a de emergencias y urgencias extrahospitalarias, Enfermero/a del trabajo y P. Avanzadas de seguimiento protocolizado.

(\*\*)Se incluyen todos los Manuales de Competencias Profesionales, a excepción de los manuales para los ámbitos de actuación Enfermera, Fisioterapeutas y Terapeutas ocupacionales. Tampoco se incluyen los/las Médicos/as de Familia de A. Primaria, ya que el dato de estos profesionales está recogido en la 3ª fila de la tabla.

La disponibilidad de personal de salud en número suficiente, adecuadamente preparado y distribuido, y capaz de prestar servicios de calidad, coordinados y eficientes, dentro de un entorno favorable al ejercicio profesional: eficaz y seguro, van a ser factores que determinen la calidad de la atención e igualmente influirá en los resultados en salud de la ciudadanía.

Entre los modelos de gestión incorporados en el SSPA para fomentar la mejor calidad en los servicios se encuentra el modelo de gestión por competencias, que se potencia a través de la acreditación de competencias profesionales por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). El número de profesionales acreditados a 31 de diciembre de 2014 se presentan en las siguientes tablas.

Tabla 8. Profesionales del SSPA/Enfermeras del SSPA acreditados y/o en proceso de acreditación de competencias profesionales, por niveles de acreditación. Año 2014.

Manual	Total Profesionales Acreditados	Hombres		Mujeres		Nivel Avanzado	Hombres		Mujeres		Nivel Experto	Hombres		Mujeres		Nivel Excelente	Hombres		Mujeres	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres							
Todos los manuales	7.583	2.779	4.804	4.099	1.400	2.699	2.523	961	1.562	961	418	543								
Manual del/de la médico/a de Familia de A. Primaria	587	251	336	321	131	190	211	82	129	55	38	17								
Manual del/de la enfermero/a de Familia de A. Primaria	628	198	430	261	85	176	198	62	136	169	51	118								
Manual del/de la enfermero/a de Hospital (*)	2.777	608	2.169	1.689	350	1.339	790	183	607	298	75	223								
Manual del/de la enfermero/a gestor/a de casos	177	8	18	26	9	25	34	11	46	57	28	89								
Manual del/de la enfermero/a de Emergencias y Urgencias extrahospitalarias	149	32	49	81	23	34	57	6	5	11	61	88								
Manual del/de la enfermero/a del trabajo	3	1	0	1	0	2	2	0	0	0	1	2								
Resto de manuales (**)	3.147	1.578	1.569	1.627	764	863	1.165	582	583	355	232	123								

Fuente: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

Tabla 9. Enfermeras/os acreditadas y/o en proceso de acreditación de competencias profesionales por provincias.

PROVINCIAS	ACREDITADO/A COMO:			% ACREDITADOS EN RELACION A PROFESIONALES	% EN PROCESO DE ACREDITACIÓN EN RELACIÓN A PROFESIONALES
	AVANZADO	EXPERTO	EXCELENTE		
Granada	242	181	161	22%	55,9%
Málaga	430	274	195	26,6%	68,3%
Cádiz	255	93	36	14,8%	59,5
Huelva	48	19	14	5,19%	23,2%
Almería	204	122	35	24,14%	63,3%
Jaén	302	185	51	34%	71,4%
Sevilla	420	179	108	14,6%	46,4%
Córdoba	188	17	32	16,4%	43,7%
Total	2.089	1.170	632	19,3%	54,3%

Fuente: ACSA. Año 2014.

Tabla 10. Enfermeras acreditadas en Competencias Específicas para la práctica Avanzada. Año 2014.

PRÁCTICA AVANZADA	FIN ACREDITACIÓN	TOTAL EN TODO EL PROCESO
Diabetes	57	172
Sedación	10	87
Riesgo Cardiovascular	29	105
Anticoagulación Oral	77	203
Coordinación de Trasplantes	0	2
Total	<b>173</b>	<b>569</b>

Fuente: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

#### 4.2.2.1. Análisis de recursos profesionales específicos para garantizar el cuidado

Es un reto de avance para nuestro sistema sanitario procurar la “excelencia” en el cuidado de la ciudadanía, centrada en elementos críticos como son: la personalización de los cuidados identificando profesionales de referencia, la accesibilidad del/de la ciudadano/a a los servicios de salud, la seguridad clínica en los cuidados, la continuidad asistencial, la mejor práctica de cuidados basada en la evidencia y en la satisfacción de la ciudadanía, considerando como valores esenciales la participación de la ciudadanía en su cuidado, su autonomía para la toma de decisiones, la diversidad y la corresponsabilidad.<sup>2</sup>

La influencia de las organizaciones en los modelos de práctica clínica de las enfermeras es un elemento básico para que se puedan ejercer las competencias adquiridas en los procesos formativos y la implementación de los resultados de investigación, por los efectos que ello produce en los resultados en salud. Asimismo, los modelos organizativos y de prácticas que impulsen los cuidados enfermeros dentro de los sistemas sanitarios lograrán una mayor repercusión en resultados clínicos y de salud, como la disminución de las complicaciones durante el ingreso (p. ej.: reducciones de infecciones urinarias, hemorragias digestivas, paro cardíaco...), la reducción de estancia media y la disminución de la mortalidad. Entre las características organizativas y profesionales que influyen en los resultados se encuentran: el número de profesionales, la importancia del rol de enfermería en la organización, la autonomía de la enfermera sobre su práctica y las competencias para tomar decisiones, así como mecanismos que faciliten la comunicación con otros profesionales.<sup>34.35.36.37,38</sup>

En el documento de referencia: “*Safe Staffing for nursing in adult inpatient wards in acute Hospitals*” publicado por la NICE en 2014, se establece cuáles son los “eventos centinelas” de alerta que indican que se debe actuar para asegurar la adecuación en la dotación de enfermeras en una unidad de hospitalización<sup>39</sup>:

- Signos vitales de los pacientes no evaluados o no registrados según el plan de cuidados.
- Omisión o retraso en el suministro de medicamentos para los pacientes.
- Omisión o retraso de un control regular de los pacientes para garantizar que sus necesidades de atención fundamentales se cumplen, en los siguientes aspectos: control del dolor (retraso de más de 30 minutos en el alivio del dolor), apoyo a la satisfacción de necesidades básicas (comunicación, hidratación, eliminación, etc.) acompañamiento, comodidad y seguridad (errores en la administración de medicación, riesgo de úlceras y de caídas).

### 4.2.3. Desarrollo profesional, excelencia y avance en el cuidado

#### 4.2.3.1. Necesidad de desarrollo de nuevos perfiles y roles enfermeros

El cuidado que las enfermeras pueden ofrecer para la generación de salud en la ciudadanía, se ve favorecido por su posición en el contexto sanitario, que necesita de sistemas organizativos flexibles cuya estructura articule adecuadamente nuevos servicios de una manera ágil y eficaz<sup>11</sup>. Hay que añadir además, el aumento de la complejidad de las Organizaciones Sanitarias y la búsqueda permanente de modelos de gestión y desarrollo profesional, que hacen necesaria hallar respuestas costo-eficientes y efectivas ante estos nuevos desafíos<sup>1</sup> y orientan a que las organizaciones sanitarias desarrollen diferentes modelos de ordenación de los cuidados, que incorporen nuevos perfiles y roles enfermeros.

En nuestro país, para dar respuesta a estos nuevos retos sanitarios desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), se han ido desarrollando diferentes estrategias para la atención a pacientes con procesos o situaciones de salud (procesos oncológicos, cuidados paliativos, EPOC, salud mental, crónicos) que coinciden en la necesidad de incorporar perfiles enfermeros que hayan desarrollado competencias específicas y competencias avanzadas:<sup>13,14,15,16,17</sup>

- Plan Estratégico de Oncología: Recomienda que las unidades de oncohematología pediátrica tengan al menos un 25-30% del personal de enfermería entrenado.<sup>40</sup>
- Plan Estratégico de Cuidados Paliativos, la Asociación Española de Cuidados Paliativos (AECPAL) como sociedad federada a la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y la Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería (UESCE), propone la formación postgrado de Enfermería en Cuidados Paliativos.<sup>41</sup>
- El Plan Estratégico de EPOC propone entre otras estrategias:<sup>42</sup>
  - La participación de la enfermera comunitaria como profesional que proporciona los cuidados y mejor conoce al paciente y su entorno y la participación de la enfermera experta en respiratorio como soporte a los equipos de Atención Primaria y en el seguimiento y cuidado de los pacientes complejos.
  - La puesta en marcha de la figura del enfermero de enlace/gestor de casos para captación y seguimiento de las altas hospitalarias, que permitan una atención integral de la persona.
- El documento de Nuevos Objetivos de la Estrategia de Salud Mental del SNS, aprobado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, recomienda que las Comunidades Autónomas incluyan la titulación de especialista en Enfermería en Salud Mental como requisito para la incorporación de estos profesionales a los dispositivos y recursos de Salud Mental.<sup>43</sup>

- En la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud:<sup>44</sup>

“Garantizar la atención a las personas en el sistema y ámbito más adecuado y por los profesionales que mejor puedan dar respuesta a sus necesidades, fomentando el trabajo en equipos interdisciplinarios y definiendo, de forma flexible y polivalente, las competencias y responsabilidades de todos los profesionales implicados en el abordaje de la cronicidad” (objetivo 8)

Y entre sus Recomendaciones proponen:

“Potenciar las actuaciones de los profesionales de enfermería en la atención a los procesos crónicos, orientando su responsabilidad en especial en el rol de educadores/entrenadores en autocuidados, en el rol de gestores de casos en pacientes con condiciones de especial complejidad y en el rol de profesionales de enlace para mejorar la transición entre ámbitos y unidades de atención.”

Igualmente, en nuestra comunidad en el marco de los planes integrales de Salud y de Procesos Asistenciales Integrados, se incorpora la necesidad de desarrollar competencias enfermeras y perfiles específicos para la prestación de cuidados de alta calidad, proporcionando un ambiente seguro y que facilite la prevención y promoción de la salud, la recuperación del paciente y por ende la mejora de su calidad de vida<sup>18,19,20,21,22,23</sup>

A modo de ejemplo:

- El Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 (II PISMA),<sup>45</sup> plantea acciones con el fin de garantizar la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales y la atención de las personas que padecen problemas de salud mental y sus familias, que requieren de una prestación de cuidados especializados.
- El Proceso Asistencial Diabetes (2ª Edición),<sup>46</sup> especifica dentro de las características de calidad del proceso: El paciente con diabetes que no cumple criterios de diabetes mellitus (DM) tipo 2 debe ser atendido en el ámbito de la atención hospitalaria (hospital de día o consulta externa de endocrino- internista/pediatra) por personal sanitario con entrenamiento en el manejo de complicaciones de la diabetes.
- Plan Integral de Cuidados Paliativos, la línea 1 “Atención Sanitaria” establece entre sus acciones la necesidad de desarrollar recursos avanzados médico-enfermeros en cuidados paliativos que den respuesta a la complejidad de los paciente en las Unidades de Cuidados Paliativos y Equipos de Soporte.<sup>47</sup>
- Plan Integral del Dolor, identifica como principales barreras en los profesionales:<sup>48</sup>
  - Deficiencias de formación tanto en referencia a conocimientos sobre evaluación como a un tratamiento adecuado del dolor, o en la búsqueda y acceso al conocimiento existente.
  - Deficiencias de habilidades en el manejo de escalas de evaluación y en la administración de determinados tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

- Lagunas de conocimiento sobre efectividad de algunas intervenciones y sobre cuál es el mejor abordaje en pacientes individuales o en problemas específicos.
- Plan de Atención Integral a pacientes con enfermedades crónicas,<sup>22</sup> en su proyecto 1: “Asegurar el liderazgo de la atención primaria en la atención de los pacientes con enfermedades crónicas reforzando el protagonismo del equipo médico-enfermero de atención familiar y comunitaria”, propone el avance en “el desarrollo del Equipo de Atención Primaria, incluyendo nuevos roles para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, seguimiento y cumplimiento terapéutico, así como la adaptación y el entrenamiento para el autocuidado y en potenciar la gestión de casos en la atención a pacientes crónicos con necesidades complejas”.
- Plan Integral de Oncología:<sup>49</sup> Entre los proyectos promovidos por este plan para el desarrollo de nuevos modelos de atención a los procesos oncológicos, se propone la incorporación de un sistema integrado de atención, que tenga en cuenta el curso completo del proceso y apueste por el avance hacia la integración de los dispositivos asistenciales, promoviendo un uso eficiente de los recursos y una mayor satisfacción del usuario, a través de un modelo y metodología enfermera de Gestión de Casos y con un enfoque holístico sustentado en el uso avanzado del conocimiento en base a evidencia, que requiere de un liderazgo institucional.

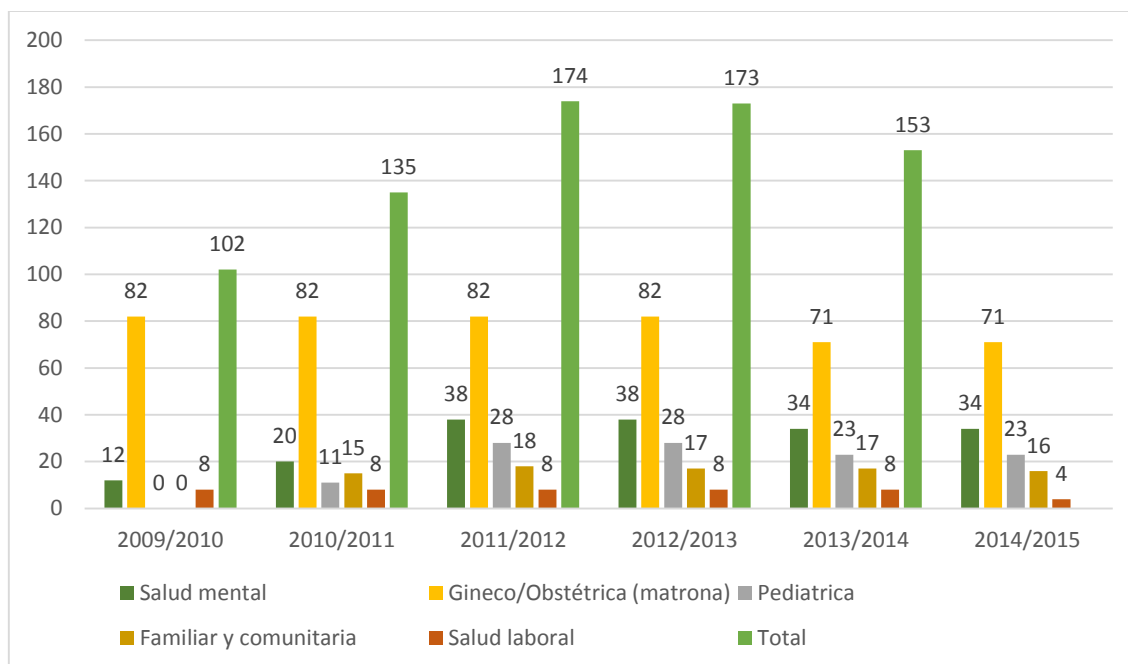
#### *4.2.3.2. Formación para el avance en nuevas competencias, perfiles y roles enfermeros*

Esta nueva demanda, va a requerir una nueva organización de los cuidados, que se fundamentará en el actual desarrollo de la profesión enfermera, relacionado por un lado con los diferentes avances en el ámbito académico: Titulación de grado, Titulaciones Posgrado (Máster y Doctorado), la puesta en marcha de la formación especializada y su integración en diversas Comunidades Autónomas del territorio nacional<sup>24</sup>, además del desarrollo internacional y nacional de la práctica avanzada enfermera, avalada por el actual marco normativo sobre desarrollo competencial y por la evidencia científica.

Desde el año 2009, las especialidades enfermeras se integran en la formación especializada desarrolla en las Unidades Docentes Multiprofesionales del SSPA.



Gráfico 12. Evolución del número de plazas ofertadas en el SSPA para la formación especialistas en enfermería. 2009-2015.



Fuente: Servicio de Formación de la Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación.

La definición de nuevos roles competenciales enfermeros para el desarrollo de perfiles específicos que se han venido incorporando en diferentes entornos tanto internacionales como nacionales y que están avalados por el actual marco normativo sobre desarrollo competencial y por la evidencia científica. Entre otros contextos de promoción y desarrollo de diferentes roles específicos dentro de la disciplina enfermeras, en países como Estados Unidos, Reino Unido, Australia o Canadá se ha visto favorecida tanto por factores de la demanda: envejecimiento, cronicidad, cambio de paradigma del modelo de la biomedicina al paradigma del cuidado; como de la oferta: más profesionales con altos niveles de preparación, limitaciones a la capacidad resolutoria tanto en el nivel primario como en el hospitalario, cambios en las dinámicas y expectativas profesionales, oportunidades de las Tecnología de la Información y Comunicación (TIC) etc.<sup>51</sup>

Surgidos para dar respuesta a las necesidades de la población, estos roles vienen a ampliar las demarcaciones tradicionales de la profesión enfermera, extendiéndose posteriormente los límites propios de las competencias enfermeras. Esta evolución competencial de la enfermera se conoce hoy día con el nombre de enfermería de práctica avanzada (EPA).<sup>52</sup>

Las enfermeras de práctica avanzada deben ser reconocidas como proveedoras de salud altamente cualificados y con una experiencia específica que aportan un “valor extra” al Sistema Sanitario donde estén desarrollando sus competencias.<sup>72</sup>

Lo que caracteriza esencialmente a las EPA no son las tareas o técnicas realizadas, por mucho que requieran una avanzada experiencia sino el conocimiento experto, la autonomía para la

toma de decisiones complejas, las habilidades clínicas necesarias para hacerse cargo de una cartera de pacientes propia, tales como: utilización de sistemas de valoración avanzada, juicios diagnósticos, o prescripción de fármacos y las competencias en docencia, investigación y/o gestión de los cuidados.<sup>73</sup>

Se han desarrollado modelos de EPA en muchos campos, que van desde la atención a pacientes hospitalizados agudos,<sup>74</sup> a la atención a la demanda aguda en Atención Primaria<sup>75,76</sup> o en Urgencias Hospitalarias,<sup>76</sup> con resultados en general notables en términos de efectividad.

La evidencia que justifica la costo-eficiencia de estos roles ha sido avalada por multitud de estudios científicos, a modo de ejemplo, señalar la revisión sistemática realizada por Miranda Laurant, et al., que estudia la efectividad del papel de la enfermera/o de práctica avanzada en diferentes países como Reino Unido, EEUU, Canadá y Holanda, y demuestra que las enfermeras/os con estos roles son capaces de mejorar la utilización de recursos (número de consultas, hospitalizaciones, duración de la estancia hospitalaria) los resultados clínicos (morbilidad, mortalidad, funcionalidad, calidad de vida), la valoración de los pacientes sobre la atención (satisfacción, adherencia al tratamiento) y la costo-efectividad (calidad ajustada a los años de vida, costes sanitarios directos, ahorro de costes)<sup>77</sup>. Las enfermeras/os de práctica avanzada, integradas en los equipos interdisciplinarios de salud, mejoran la salud y el bienestar, reducen los costes y mejoran la calidad de vida<sup>78</sup>. El seguimiento proactivo y las llamadas telefónicas estructuradas por este tipo de enfermeras/os consiguen la participación activa y disminución de reingresos en programas de rehabilitación cardíaca,<sup>79,80</sup> incluso si ésta se realiza en el domicilio,<sup>81</sup> así como en insuficiencia cardíaca.<sup>82,83</sup> Igualmente, la EPA ha mostrado efectos positivos en la salud mental de ancianos en la comunidad,<sup>84</sup> incluso aquellos que tienen demencias severas<sup>85</sup> o, más difícil aún, en la utilización de servicios de salud para problemas agudos y la calidad de vida de ancianos con bajo nivel de ingresos.<sup>86</sup>

En el caso de los estudios realizados en Andalucía para estos perfiles de atención enfermeros, destacamos el realizado por Morales Asensio et al. "Estudio ENMAD", sobre la Enfermera de Práctica Avanzada puesta en marcha en nuestra comunidad: Gestión de Casos, como agente de sostenibilidad, donde se demuestra que las enfermeras/os con estos roles, son capaces de desarrollar resultados en relación a diferentes variables.<sup>87</sup>

Resultados/Efectos del desarrollo de la implantación de un modelo de gestión de casos para la atención domiciliar de personas en situación de fragilidad-vulnerabilidad con alta complejidad de respuesta, liderados por Enfermeras en el SSPA.



#### 4.2.3.3. Nuevos modelos de gestión y liderazgo de los cuidados

Con el fin de garantizar una oferta de cuidados de calidad centrados en las personas que atendemos e incorporar con éxito nuevos modelos organizativos y nuevas estrategias para el avance del cuidado en el SSPA, constituirá un **elemento esencial** en el diseño de esta Estrategia **analizar y reorientar los perfiles de gestión de cuidados** y el conjunto de competencias necesarias para la planificación, gestión y organización de los cuidados a desarrollar por los responsables o referentes para el cuidado de cada Unidad de Gestión Clínica.

Conseguir la excelencia en el cuidado e integrar con éxito en la práctica clínica una práctica avanzada de cuidados, dependerá de que las organizaciones otorguen responsabilidad a los profesionales que tengan el perfil para poder liderar y desarrollar esta práctica y de que los referentes en cuidados puedan brindar el soporte necesario para una adecuada planificación, gestión, organización y desarrollo de los cuidados.

Tabla 11. Número de Enfermeras Directivos y Cargos Intermedios en el Servicio Andaluz de Salud.

Cargos Directivos y Mandos Intermedios	MUJERES	HOMBRES	Total general
Dirección de Enfermería G.1	9	6	15
Dirección de Enfermería G.2	6	4	10
Subdirección de Enfermería G.1	19	11	30
Subdirección de Enfermería G.2	3	2	5
Dirección de Cuidados	7	4	11
Jefatura de bloque Enfermería	75	40	115
Coord. Cuidados Enfermería U.G.C.	139	94	233
Supervisión Enfermería	438	209	647
<b>Total general</b>	<b>696</b>	<b>370</b>	<b>1066</b>

Fuente: Sistema de Información de recursos humanos del SAS.

Estos nuevos desarrollos van a dar igualmente respuesta al Objetivo 1, descrito en el escenario relacionado con los profesionales dentro del Plan de Calidad del SSPA: <sup>2</sup> “Reforzar el compromiso, la autonomía y participación del profesional en su desarrollo competencial y la gestión de su conocimiento”, concretamente a su línea de acción 1.6: Desarrollar las competencias de los directivos acordes con la nueva organización transversal sustentada en la gestión clínica, los valores de la ciudadanía y el nuevo modelo de salud pública.

Para el desarrollo competencial de los responsables o referentes de cuidados de las UGC hacia la gestión avanzada de cuidados, se hace necesario reorientar sus competencias y desarrollar su liderazgo hacia un modelo de liderazgo transformacional. “El liderazgo transformacional es aquel que genera cambio en el nivel de motivación de los seguidores para alcanzar desempeños sobresalientes”.<sup>53</sup>

Las cinco prácticas de liderazgos más destacadas que producen cambios en la práctica clínica hacia la excelencia en los cuidados.<sup>54</sup>

- Fomento de las relaciones de confianza y respeto dentro del equipo.
- Enfoque proactivo y participativo para producir cambios en la mejora de la práctica clínica y organizativa.
- Creación de un ambiente de trabajo de empoderamiento que facilite el acceso a la información, a los recursos y a las oportunidades para aprender y crecer en un entorno de autonomía profesional.
- Creación de un entorno que apoye el desarrollo del conocimiento y la integración de la investigación para obtener resultados en salud.
- Mantenimiento del equilibrio entre los valores éticos y las prioridades y demandas de pacientes, profesionales y las diferentes direcciones que asegure la alta calidad de los cuidados.

Este tipo de liderazgo contribuye a mejorar la satisfacción y la motivación profesional, la percepción de autonomía y responsabilidad, establece compromiso con la institución, asegura la permanencia de los profesionales y mejora la eficacia y los resultados en salud de los pacientes.

Para analizar y reflexionar sobre estos aspectos se incluyen en este análisis los resultados del DAFO realizado con unos 75 cargos intermedios que actualmente gestionan los cuidados en los hospitales andaluces para identificar las necesidades que llevarían a hacer efectivo el liderazgo transformacional:

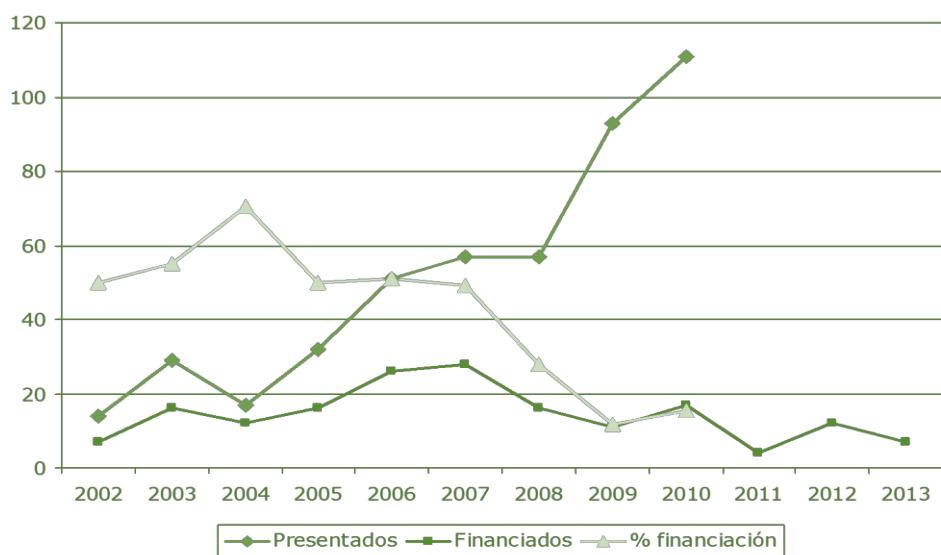
- Apoyo institucional efectivo al liderazgo y a la gobernanza en las Unidades de Gestión Clínica.
- Fomentar las relaciones igualitarias entre miembros del equipo.
- Definir el marco competencial de las/os gestoras/es de cuidados.
- Garantizar que los profesionales que acceden a los puestos de gestión de cuidados son las que presentan las mejores competencias para su desarrollo e implementación.
- Establecer planes de desarrollo profesional para adquirir las competencias necesarias.
- Monitorizar y evaluar la práctica enfermera para establecer mejoras que contribuyan positivamente en la calidad de los cuidados y en la seguridad de pacientes.
- Modelos de asignación y dotación de profesionales que faciliten la personalización de los cuidados.
- Mejorar los canales de comunicación con el equipo.

#### 4.2.3.4. *El Avance de la Investigación en Cuidados*

Investigar dentro de la disciplina de los cuidados significa avanzar en el conocimiento de la misma y aportar el valor añadido que esto supone para la práctica asistencial y la respuesta que desde la perspectiva de los cuidados se está dando a la ciudadanía.

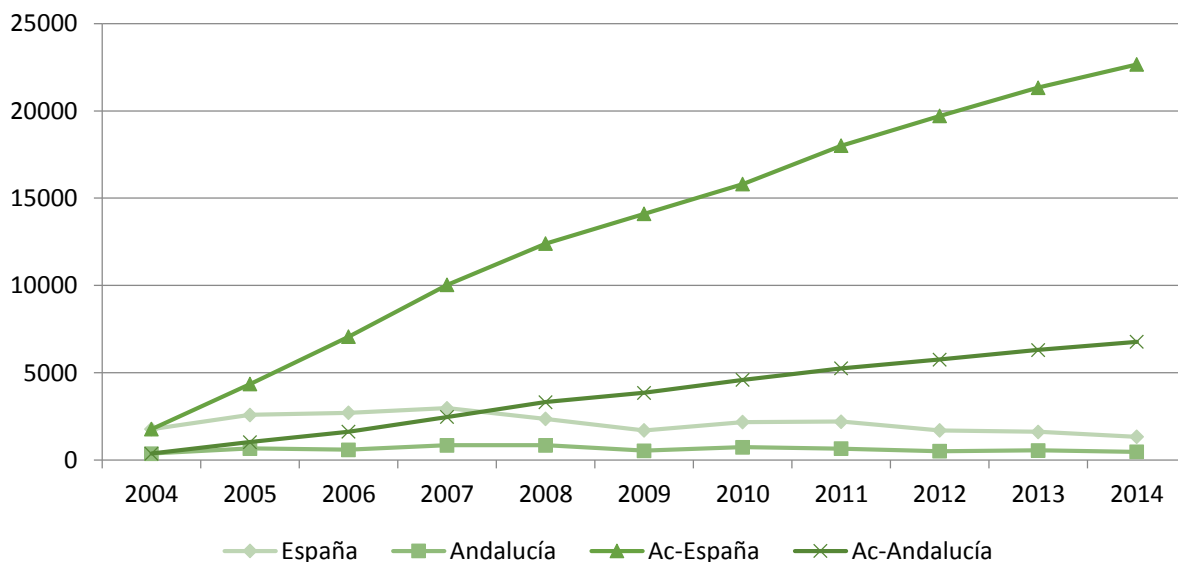
En el Sistema Sanitario Público de Andalucía, existe una amplia trayectoria en el impulso de la Investigación en Cuidados, desde el desarrollo de programas específicos de formación en Metodología de la Investigación (Programas QUID-INNOVA 2005-2010) para motivar y capacitar a los profesionales en generar la producción científica que les permita presentar los resultados de su práctica, hasta la financiación, desde la Convocatoria Anual de la Consejería de Salud, de proyectos de investigación en cuidados con investigadores enfermeros/as como investigador/a principal.

Gráfico 13. Proyectos de investigación de Enfermería: presentados y financiados, así como el porcentaje de financiación respecto al total, en las Convocatorias anuales de investigación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2002-2014).



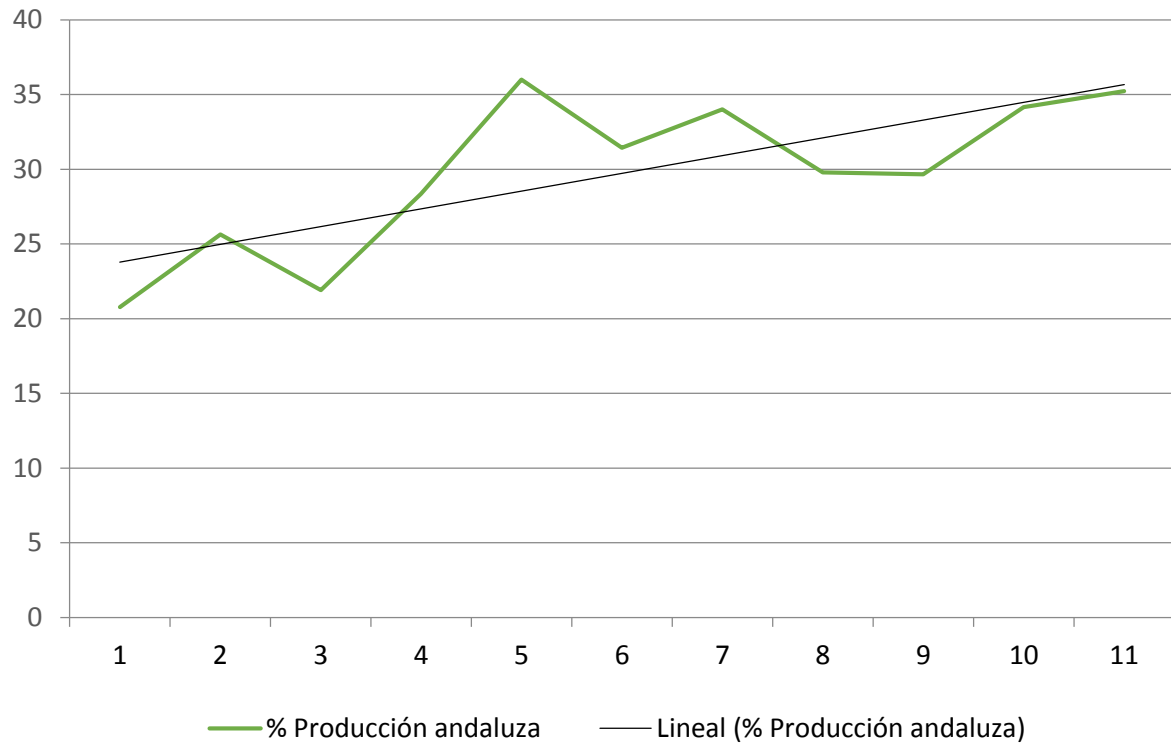
Fuente: Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud

Gráfico 14. Comparativa de la producción científica Enfermera (anual y acumulada) en Andalucía respecto de España (2004-2014).



Fuente: CUIDEN. Fundación Índice de Enfermería.

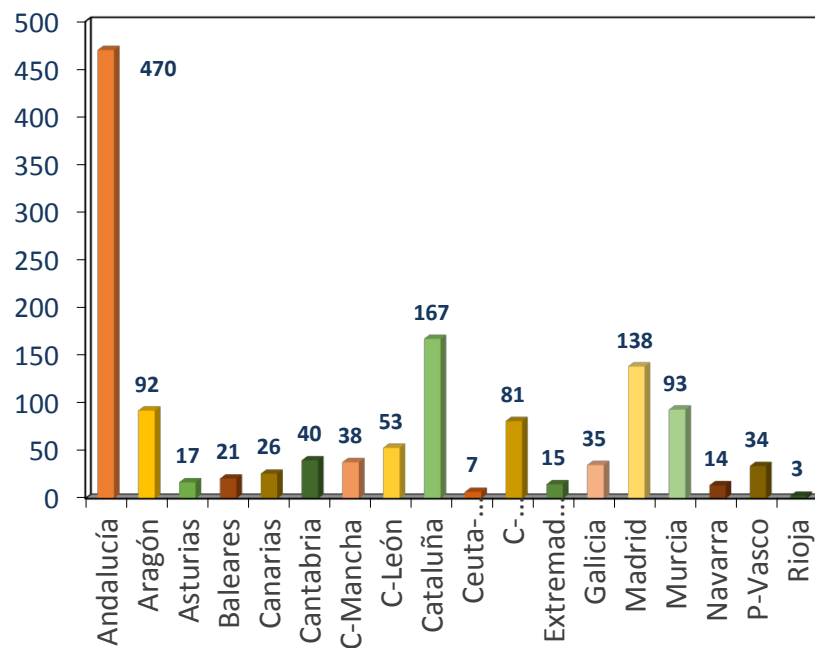
Gráfico 15. Porcentaje de la producción científica de Enfermería en Andalucía respecto de España (2004-2014).



Fuente: CUIDEN. Fundación Index.

La producción andaluza supone el 31,7 % de la producción nacional.

Gráfico 16. Producción científica de Enfermería en España por Comunidades Autónomas (2014).



Los resultados de la investigación en cuidados han de orientarse en los sistemas sanitarios hacia la generación de las evidencias científicas necesarias para poder avanzar en una forma renovada de entender la asistencia sanitaria y los cuidados en particular. Esos resultados deben constituir el fundamento para la toma de decisiones en la práctica, de manera que estén basadas en evidencias sólidas procedentes de la mejor investigación disponible.

El informe “*Nursing Practice*” elaborado por el comité de expertos de la OMS en 1996 indica que “[...] toda enfermera/o debe ser capaz de utilizar los hallazgos de las investigaciones y modificar la práctica a la luz de los nuevos hallazgos”. Para que los cuidados que han mostrado ser efectivos se apliquen en la práctica clínica es necesario que los resultados de la investigación se difundan de modo sencillo y asequible para aquellos profesionales sanitarios que han de ponerlos en práctica. Y para ello, desde el año 2006, la Consejería de Salud participa con el Instituto Carlos III y la Fundación Joanna Briggs en un Convenio de Colaboración Internacional de renovación anual que tiene por objeto “Promover la práctica de cuidados basados en la evidencia”, ofreciendo a nuestros sistemas sanitarios los siguientes recursos:

- Revisiones sistemáticas sobre cuidados: Acreditaciones de revisiones sistemáticas, Cursos de acreditación para liderar revisiones sistemáticas, Talleres de revisiones sistemáticas. Interpretación de la evidencia disponible. Valoración y síntesis de la evidencia mediante revisiones sistemáticas y análisis de literatura científica. En 2014, cuatro profesionales de Andalucía participaron en los equipos de Revisiones sistemáticas.
- Traducción y revisión de traducciones: Durante 2014 se han traducido los siguientes documentos en los que han colaborado profesionales de nuestra Comunidad Autónoma.
  - 17 Best Practice Information Sheets (BPIS). Son publicaciones de resúmenes basados en revisiones sistemáticas. Cada BPIS ofrece recomendaciones para la práctica clínica.
  - 40 Hojas informativas para pacientes.
  - 82 Procedimientos recomendados basados en la evidencia.
  - 466 Resúmenes de evidencia.
- Utilización de la evidencia. Implantación efectiva de la evidencia disponible y evaluación de su impacto en la práctica de los cuidados de salud y en los resultados en salud.
  - Proyecto de Implantación de Guías de Buenas Prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados. Implantación en los centros de las evidencias generadas en las Guías de Práctica Clínica de la RNAO para obtener su sello de calidad. En 2014 fueron seleccionados dos Hospitales Andaluces como candidatos a Centros Comprometidos con la Excelencia. El Hospital Universitario Puerto Real en Cádiz y el Hospital Universitario Virgen de las Nieves en Granada.
  - Área Cochrane de Cuidados de enfermería para apoyar la realización, difusión y utilización de revisiones sistemáticas en el ámbito de los cuidados enfermeros.



### 4.3. Análisis de los Cuidados desde la perspectiva de la sostenibilidad del Sistema Sanitario

#### 4.3.1. La sostenibilidad de los sistemas sanitarios

La sostenibilidad del sistema sanitario como consecuencia de la gran inversión que supone con respecto al presupuesto de una comunidad/país, siempre ha estado presente en los escenarios de debate de la política sanitaria intensificándose su presencia en el discurso desde la crisis financiera de los últimos años<sup>55</sup>. Por tanto, en el momento actual el debate sobre la importancia de las medidas de sostenibilidad no es algo nuevo ni ajeno tanto para planificadores como para el resto de profesionales implicados en la salud pública y en la atención sanitaria. En paralelo los últimos 25 años, el desarrollo de los sistemas de salud en Europa ha permitido mejorar las condiciones de accesibilidad, equidad y universalidad.

El carácter público de la provisión de servicios no cuestiona la sostenibilidad del sistema, sin embargo en el contexto actual es necesario continuar explorando e implementando fórmulas de gestión que permitan seguir respondiendo de una manera eficiente a los problemas de salud de nuestra población<sup>56</sup>. Pueden existir márgenes de eficiencia, basados sobre todo en el desarrollo de la gestión clínica y en el uso de la mejor evidencia disponible, en los diferentes ámbitos clínicos y de gestión<sup>55</sup>.

#### 4.3.2. Participación de los cuidados en la sostenibilidad del sistema

La definición del contexto socio-sanitario, marcada a grandes rasgos por un envejecimiento progresivo de la población<sup>57</sup>, una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, incremento en las conductas no saludables, y unos avances incesantes de tecnologías sanitarias y de farmacología, se completa con una sociedad cada vez más demandante de servicios<sup>62</sup> y un uso inapropiado de recursos, donde en la toma de decisiones clínicas no se da importancia a aspectos como la relación coste/oportunidad o el principio de precaución para prevenir la iatrogénica. Es un hecho que **la realidad epidemiológica** camina hacia un entorno con unas **necesidades asistenciales** para las cuales, el mero crecimiento del modelo tradicional centrado en el episodio, la especialización y lo biomédico no va a aportar las soluciones necesarias. Aspectos como **la fragilidad y la vulnerabilidad y una perspectiva integral** deben ser muy tenidos en cuenta en el diseño de sistemas de salud que den respuesta a las nuevas realidades de las personas<sup>55</sup>.

A este escenario se ha añadido el difícil momento económico actual, que obliga a cambiar la tendencia incrementalista del gasto sanitario público para incorporar nuevas estrategias que implican una mejor eficiencia de los servicios, además de un mayor control del gasto y un uso adecuado de los recursos sanitarios.<sup>58</sup>

En este contexto, el desarrollo de los cuidados podrá aportar y contribuir al avance de un sistema sanitario público realmente sostenible, teniendo en cuenta que los procesos de atención han de ser procesos compartidos, centrados en la persona y con la flexibilidad oportuna para ubicar las responsabilidades de la atención en el proveedor de salud que mejor responda a cada necesidad específica.<sup>55</sup> A través de diferentes medidas de mejora de la eficiencia, se propone priorizar en el sistema sanitario la mejor accesibilidad, la concentración (acto) de la oferta de servicios, la reducción de intervenciones de escaso valor, o la reducción de las complicaciones y efectos adversos, dispensando de forma estandarizada cuidados transversales, seguros y adecuados proporcionados entre distintas plataformas, medios y profesionales de forma colaborativa.<sup>59</sup>

En el caso de los cuidados enfermeros, según se deriva de las tendencias internacionales, la atención sanitaria ágil, eficiente y centrada en la mejora de los resultados clínicos y en salud, pasa por reorientar la rígida estructura organizativa existente y establecer los mecanismos adecuados para satisfacer las necesidades de la población a través de una redefinición de las competencias profesionales de las enfermeras dentro de los sistemas sanitarios.<sup>60</sup> La Gestión de la demanda compartida. La coordinación de cuidados y la información y la participación de la ciudadanía, con el objetivo de reducir la utilización intensiva de algunos servicios y acercar al paciente y sus necesidades al proveedor de salud más adecuado en cada momento, médico o enfermera, cobrarán especial importancia en estos desarrollos.

A nivel internacional, se pueden aportar a este análisis un amplio número de revisiones de iniciativas donde un perfil avanzado en la práctica enfermera va a constituirse en una base de mejora para la sostenibilidad del sistema: las “nurse-led”, enfermeras liderando escenarios asistenciales con eficiencia<sup>45</sup>, visitas prequirúrgica,<sup>52</sup> seguimiento de pacientes con cáncer<sup>53</sup> (mejor abordaje de los aspectos emocionales y sociales),<sup>62</sup> seguimiento dirigido por enfermeras en pacientes con asma<sup>63</sup>, EPOC<sup>64</sup> y muchas más. Entre estas revisiones destacamos la revisión sistemática realizada por Morales Asensio 2006, donde se proponen “Modelos Alternativos de Atención a Pacientes con Insuficiencia Cardíaca”.<sup>65</sup> Entre sus resultados se pone de manifiesto las ventajas en cuanto a reingresos, estancias y calidad de vida cuando se ponen en marcha iniciativas basadas en la continuidad y el autocuidado lideradas por enfermeras, cuestiones todas ellas corroboradas 6 años después por Lambrinou en otro meta-análisis sobre el mismo tema<sup>66</sup>. En esta línea de problemas de salud de alto impacto en el gasto sanitario debemos incluir la diabetes, y en este caso también existen meta-análisis con resultados favorables relativos al impacto de intervenciones enfermeras en el control metabólico.<sup>67</sup>

En la misma tesitura de conseguir los mismos resultados con menos recursos debemos identificar aquellas intervenciones, circuitos, modelos asistenciales, y roles profesionales concretos en situaciones clínicas concretas que no están aportando valor clínico a pacientes: “Dejar de hacer”.<sup>55,68,69</sup> En este marco, se activa el debate sobre los cuidados adecuados, bajo el concepto de rightcare, con ejemplos como la lista de prácticas clínicas que no deberían hacerse debido a su nula o escasa evidencia científica del NICE<sup>70</sup> en Reino Unido, “Do not do

*recommendations*”, que alcanzan casi 1000 actos. O de forma similar en Estados Unidos existe la lista *choosingwisely*<sup>71</sup> con 250 recomendaciones de cuidados adecuados en el momento adecuado, elaborada por 50 sociedades científicas del país.

### 4.3.3. Repercusiones de la implicación de los cuidados en la sostenibilidad del SSPA

El análisis previo, revela como el SSPA apuesta por caminar hacia un modelo de excelencia de cuidados basado en resultados, en la evidencia, en la innovación, en el trabajo en red y centrado en dar respuesta a las necesidades de la ciudadanía. Estos cuidados se encaminan al desarrollo de estrategias que potencien la promoción de la salud y la prevención, el abordaje integral de la cronicidad, el autocuidado por parte del paciente, la atención en el domicilio de personas con alta complejidad, la participación de la comunidad y el uso de las nuevas tecnologías desde un trabajo multidisciplinar, en el que además se puedan incorporar nuevos roles profesionales, para mejorar la calidad y sostenibilidad del sistema

El objetivo es reorientar y adecuar el modelo de cuidados e incorporar nuevas competencias y perfiles de práctica avanzada para dar respuesta en las nuevas metas organizacionales, a los retos del contexto y las potencialidades de los profesionales sanitarios.

En este sentido, se ha avanzado en Andalucía en el desarrollo de nuevos modelos de atención basados en el desarrollo de la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA).

En Andalucía, se ha rediseñado el modelo de gestión de casos, reorientando su cartera de servicios y sus competencias hacia la atención, seguimiento y control de pacientes crónicos complejos. Las enfermeras/os gestoras/es de casos, implicadas en el cuidado de pacientes crónicos complejos, han demostrado actuaciones costo-efectivas y resolutivas para un sistema de salud que necesita eficiencia y sostenibilidad<sup>88</sup> mejorando los resultados en la detección de poblaciones vulnerables (sobre todo en los casos que permanecían “ocultos” a los Servicios de Salud o que emergían en otros niveles de atención inadecuados para su problema), así como en la coordinación, diversificación y la participación multiprofesional en el domicilio y la concurrencia de recursos armonizados. La actuación de Enfermeras/os Gestoras/es de Casos (EGC) favorece la intervención de otros profesionales en los procesos de atención que así lo requieren. El modelo ofrece un recurso adicional en la racionalización de la demanda y la frecuentación a los centros de salud, en tanto que disminuye la frecuentación de las personas que cuidan y de los pacientes a los centros<sup>87</sup>. En la actualidad hay 368 enfermeras gestoras de casos en el SSPA.

En Andalucía se han puesto en marcha otras figuras profesionales que tienen un perfil de competencias avanzado, para dar respuesta a las nuevas demandas de atención sanitaria:

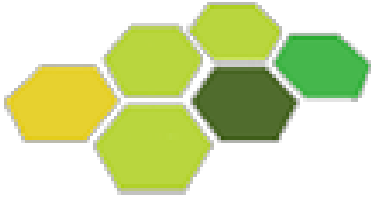
- Enfermera Avanzada de Cuidados Paliativos (ECP), para la atención a personas con necesidad de cuidados a final de la vida
- Enfermera referente para la atención ambulatoria del paciente con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), para la atención y apoyo a la toma de decisiones a pacientes con enfermedad renal crónica avanzada
- Enfermera en cuidados avanzados en urgencias (ECA), para la mejora de la accesibilidad y la capacidad de respuesta finalista por parte de la enfermera a la demanda en la Atención en Urgencias. En este caso, con 2 nuevos roles de Enfermería de Práctica Avanzada: la Enfermera de Cuidados Avanzados en Equipos móviles para la Atención Urgente y la Enfermera de Cuidados Avanzados en Salas de Coordinación para la Atención Urgente
- Enfermera de Práctica Avanzada en el abordaje de Heridas Crónicas Complejas, para asegurar que se preste una atención basada en la mejor evidencia, garantizando la eficiencia de los recursos disponibles, ejerciendo como consultor a profesionales, pacientes y/o familia, con una importante labor docente, educación para la salud, consejo sanitario y las medidas de prevención.
- Enfermera de Práctica Avanzada en Cuidados Oncológicos, basada en un modelo y metodología enfermera de Gestión de Casos, con un enfoque holístico esta práctica avanzada se orientada a la atención personalizada y a la detección de necesidades específicas de pacientes y familia, a lo largo del itinerario asistencial en las distintas fases de los Procesos Oncológicos. sustentado en el uso avanzado del conocimiento en base a evidencia y que requiere de un liderazgo institucional.

Junto al desarrollo de nuevos perfiles de prácticas enfermeras, en el contexto de necesaria sostenibilidad del sistema sanitario, se han incorporado igualmente en el SSPA estrategias de intervención, nuevas competencias y competencias avanzadas de práctica, que tienen como diana la eficiencia del sistema:

- a. Gestión compartida de la demanda, en procesos urgentes (triaje, derivación a un catálogo consensuado de pruebas, activación de circuitos de atención urgente, de consultas para atender personas que acuden a urgencias con nivel de gravedad 5) y/o crónicos (programas de gestión compartida de la demanda médico-enfermera en Atención Primaria) mejorando así la función de filtro y accesibilidad, adherencia al tratamiento y disminución del exceso de medicalización, promoción de la salud y fomento de los autocuidados, la autogestión y el empoderamiento de los pacientes y familia.
- b. Promoción de salud, dando pasos hacia un modelo de activos en salud, que trate de aplicar en la práctica estrategias e intervenciones que enfatizen el desarrollo de las capacidades, habilidades y recursos de las personas y de las comunidades para desarrollarse saludablemente, lo que supone una menor dependencia de los servicios de salud.
- c. El abordaje conjunto de los determinantes de la salud para evitar la aparición de las enfermedades crónicas y la discapacidad (alimentación saludable, actividad física, consumo de alcohol, consumo de tabaco, bienestar emocional

y seguridad), producen un efecto superior a la suma del efecto individual de cada uno de ellos y una actuación coherente, con mayor impacto, requiere de su abordaje conjunto.

- d. Educación Terapéutica, incorporando actuaciones novedosas para promover una educación efectiva en el autocuidado, autocontrol y automanejo de las indicaciones terapéuticas en pacientes crónicos y su familia.
- e. Prescripción enfermera de productos sanitarios y la indicación de fármacos y seguimiento protocolizado de determinados tratamientos farmacológico individualizados (SPTFI) en Diabetes, RCV, Sedación Paliativa y Anticoagulación Oral.



## 5. Metodología

Para el diseño y elaboración de la Estrategia de Cuidados de Andalucía<sup>57</sup> se ha utilizado una metodología que ha permitido identificar las necesidades y expectativas manifestadas por la ciudadanía, profesionales y las propias instituciones responsables y que han constituido la base para formular las Áreas de Mejora y los Objetivos Generales de este plan. Además, mediante las técnicas utilizadas se han diseñado los 6 Proyectos Estratégicos, que componen el PICUIDA, a partir de una clara visión de utilidad para la salud de las personas, el desarrollo y mejora de la calidad y excelencia en la atención de los profesionales, junto a una visión de aplicabilidad y viabilidad desde la sostenibilidad del propio sistema sanitario para obtener los resultados esperados con éxito.

### 5.1. Metodología de diseño para el Análisis

Se ha realizado un Análisis de Situación que nos ha permitido tener una referencia global y específica en relación a los cuidados en Andalucía.

Los Cuidados, no se circunscriben a un problema de salud específico, como es el caso del resto de planes integrales del SSPA, por lo que para la elaboración de este análisis hemos desarrollado una estructura alternativa, acorde con el marco estratégico al que se refiere el IV Plan de Salud y el Plan de Calidad de la Consejería ISPS:

- Análisis de los Cuidados desde la perspectiva de la ciudadanía
- Análisis de los Cuidados desde la perspectiva de profesionales
- Análisis de los cuidados desde la perspectiva del Sistema Sanitario y la Sostenibilidad

Desde un punto de vista metodológico, se ha utilizado la siguiente estructura para realizar el análisis de situación la Estrategia de Cuidados de Andalucía en esos 3 ámbitos de análisis:

- Datos cuantitativos de relevancia (sociodemográficos, epidemiológicos, de recursos-servicios)
- Estudios y documentos de referencia/ Revisión de experiencias previas
- Metodología cualitativa para la generación de información y consenso: Se han utilizado diferentes técnica/s (encuesta, entrevistas abiertas, grupos cruzados, grupos triangulares y

grupos generalizados) para identificar entre la ciudadanía y los profesionales (práctica asistencial y gestores del SSPA) expectativas, necesidades, puntos críticos y áreas de mejora que se recogen en este análisis (Anexos 2). Se completa este estudio con el análisis en estudios anteriores (Procesos Asistenciales Integrados de la CISPS que puedan generar situaciones que necesiten cuidados continuados de larga duración y otros estudios financiados también por la Unión Europea y el FIS) de las expectativas de pacientes y familiares, así como profesionales, en relación al cuidado en situaciones de gran dependencia o alta complejidad que necesitan del apoyo para el cuidado (Anexo 1).

En el desarrollo del Análisis de situación se ha tenido en cuenta la aportación de puntos de vista complementarios: personas en diferentes situaciones de salud y personas que cuidan, referentes de asociaciones de afectados, profesionales de diferentes ámbitos relacionados con el cuidado (medicina, enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia, trabajo social) y tomadores de decisión o profesionales del ámbito de la gestión en el SSPA (Direcciones de Enfermería, Direcciones de Cuidados y Direcciones Gerentes de Hospitales, Distritos y/o Áreas de gestión Sanitaria). En total: 50 participantes, que con una perspectiva participativa e integradora han permitido incorporar en el PICUIDA diferentes sensibilidades desde ámbitos y procedencias diversas.

El equipo de redacción del Análisis de situación lo han conformado 5 profesionales y 2 coordinadoras de contenidos, en las distintas partes que componen el análisis. Además de la participación de profesionales de referencia del Servicio de Atención Socio-Sanitaria (Estrategia Al Lado) y de la Subdirección de Participación y Promoción de la Salud, de la Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública Consejería de Salud.

El análisis de situación sobre los cuidados en el SSPA que se realiza en este plan, ha permitido la identificación de conclusiones generales, es decir, de las áreas de mejora o puntos críticos, que han servido de partida para el posterior desarrollo de los proyectos estratégicos incluidos en el PICUIDA.

## *5.2. Metodología para el diseño de los proyectos estratégicos*

Para el diseño y elaboración de los Proyectos Estratégicos contenidos en el PICUIDA se creó un “Grupo Motor” formado por profesionales que reunían las siguientes características: Anexo 4)

Profesionales de referencia del ámbito de los cuidados (asistencial, docente, investigación y gestión):

1. Expertez profesional para dar respuesta a alguna de las áreas de mejora de los cuidados detectadas en el análisis
2. Diversidad Geográfica con representación de todas las provincias andaluzas

### 3. Paridad de género.

Las tareas de consenso dentro del grupo se han llevado a cabo en tres etapas: 1) Etapa presencial 1: Discusión de Grupo Focal (DGF I) para debatir ideas iniciales a partir del análisis de situación. 2) Etapa de Delphi por la que se diseñaron los proyectos (objetivos-acciones-indicadores para la evaluación) mediante correo electrónico o encuestas en soporte digital y 3) Etapa presencial 2: Discusión de Grupo Focal (DGF II) para debatir las propuestas incorporadas a los diferentes proyectos. (Anexo 4)

De los integrantes del grupo motor se seleccionaron 8 coordinadores y redactores de proyectos y el resto hasta 16 participaron de la metodología empleada para el desarrollo de los Proyectos Estratégicos incluidos en el PICUIDA. Para la realización de la Técnica Delphi han participado 85 profesionales del SSPA, seleccionados con criterios similares a los que se han tenido en cuenta para la conformación del grupo motor. Se realiza además una Técnica Delphi modificada de una única ronda, por parte de 19 Directores del resto de Planes y Planes Integrales del SSPA, que proponen desde las perspectivas del cuidados dentro de los Planes que representan los objetivos y acciones que han considerado oportunas y necesarias en cada uno de los proyectos estratégicos priorizados.

#### CRITERIOS GUÍA PARA LA FORMULACIÓN DE LAS PROPUESTAS

Búsqueda de la Equidad

Perspectiva de Género

Transversalidad

Participación Social

Acción Intersectorial

Viabilidad Financiera

Calidad Técnica

Evaluabilidad





## 6. Áreas de mejora identificadas. Meta y Objetivos

### 6.1. Áreas de mejora

En conclusión al análisis de situación presentado en este plan, se identifican las siguientes áreas de mejora relacionadas con el avance de los cuidados en el SSPA, que serán la base para la definición y diseño de los proyectos estratégicos.

- Identificar las necesidades de la ciudadanía, especialmente de los colectivos más vulnerables y frágiles.
- Interceder y acompañar a las personas que necesitan atención dentro del sistema, defendiendo sus intereses y derechos.
- Personalizar e individualizar la atención centrándonos en la persona, sus necesidades y en su entorno, desde la esencia de lo humano, teniendo en cuenta la vulnerabilidad asociada en muchas ocasiones a las situaciones de pérdida de salud o a las propias situaciones de vida (desigualdades).
- Trabajar en base a resultados a través de la evidencia mejorando la eficiencia de los cuidados.
- Promover la toma de decisiones compartida con las personas atendidas y con el resto del equipo asistencial y orientar hacia el autocuidado de la salud.
- Potenciar la continuidad de los cuidados en los distintos procesos asistenciales y la gestión de casos en situaciones de alta complejidad y necesidad de cuidados
- Orientar los resultados de las intervenciones y las innovaciones en cuidados a la mejora de la salud y el bienestar de los ciudadanos y ciudadanas andaluces.

### 6.2. Meta y objetivos

En consonancia con el análisis realizado y en línea con las estrategias marcadas en el Plan de Salud y el Plan de Calidad de la CISPS, la clave fundamental y meta del PICUIDA será: Impulsar el desarrollo e innovación de los cuidados en el SSPA dentro de un marco de cooperación y coordinación interprofesional e interniveles, orientando la mejora de los cuidados a la mejora de la salud y siempre basándonos en unos principios éticos, en consonancia con las expectativas

y valores de cada persona. Se definen para ello los siguientes compromisos del SSPA y objetivos del PICUIDA:

1. Participar de los resultados en salud de la ciudadanía a través de los cuidados
2. Garantizar a la ciudadanía cuidados de excelencia con liderazgo enfermero
3. Adaptar el cuidado a las necesidades de salud específicas de la ciudadanía, de cada persona y su entorno
4. Asegurar la participación efectiva de la ciudadanía en su propio cuidado
5. Garantizar la seguridad de las personas en el proceso asistencial
6. Gestionar y generar el conocimiento en cuidados en pro de la excelencia, la búsqueda de resultados y la sostenibilidad del sistema
7. Incorporar la tecnología como un instrumento de apoyo para el avance de los cuidados



## 7. Proyectos Estratégicos: Objetivos y Acciones

### 7.1. Proyecto 1. Participación ciudadana y responsabilidad compartida

La ciudadanía y las organizaciones de la sociedad civil tienen cada vez mayor presencia; quieren tener información, formulan propuestas y se esfuerzan por incidir en las decisiones, ya que esas decisiones influyen sobre su vida y la de sus conciudadanos.

La relación profesional-paciente, está obligada a transformarse y los profesionales de la Salud pueden y deben ser mediadores en la construcción del incremento del poder individual y comunitario en lo cotidiano de los servicios y en el desarrollo de los autocuidados.

En la participación está implícita la cesión de poder, pero también la asunción de responsabilidades. Por tanto es necesario establecer alianzas que faciliten esta nueva distribución de roles, y se perciban positivamente tanto por la ciudadanía como por los profesionales.

### Objetivos y Acciones

#### 1. Fomentar la participación ciudadana en la planificación, gestión y provisión de cuidados

- a. Sensibilizar a la población de la necesidad de asumir un papel más proactivo y responsable sobre su participación y uso del sistema sanitario.
- b. Establecer espacios de participación activa de la ciudadanía en la gestión, organización y provisión de los cuidados para la toma de las decisiones compartida.
- c. Desarrollar nuevos canales de participación efectiva que faciliten la comunicación con la ciudadanía (presenciales, telemáticos, telefónico...).
- d. Implementar procesos, procedimientos, instrumentos que hagan efectiva la consideración de que las personas son agentes autónomos, con capacidad para tomar decisiones sobre su salud.

- e. Crear un banco de participantes: personas u organizaciones que voluntariamente quieran participar en la gestión de los servicios sanitarios.
- f. Realizar estudios sobre el impacto de las intervenciones de participación ciudadana en relación con los cuidados para generar un banco de buenas prácticas que favorezca su implantación en los centros.

## *2. Favorecer la equidad y disminuir las desigualdades en salud desde la promoción de salud y la prevención de la enfermedad.*

- a. Diseñar de forma participada y adaptada a la diversidad los programas de promoción de la salud.
- b. Establecer acuerdos con otros sectores y con distintas organizaciones sociales para el desarrollo de la promoción de la salud y prevención de enfermedad y el apoyo al cuidado en población en situación o riesgo de desigualdad.
- c. Identificar necesidades de formación en salud en colaboración con las organizaciones que trabajan con población en situación o riesgo de desigualdad.
- d. Realizar actividades de capacitación (alfabetización en salud) a personas en situación de desventaja social.
- e. Establecer espacios para el desarrollo de eventos periódicos sobre promoción de salud y prevención de enfermedad.
- f. Formar foros de cuidados a nivel local integrados en los planes locales de salud y en el que participen todos los recursos y actores sociales.
- g. Establecer conjuntamente con los centros educativos y las familias programas de promoción de salud en la infancia.

## *3. Potenciar la participación activa de la ciudadanía en la mejora de su salud y en el ejercicio de sus Derechos*

- a. Evaluar la Calidad de Vida relacionada con la salud, las necesidades y expectativas de una población concreta para poder adaptar las intervenciones en salud.
- b. Asegurar el apoyo para la toma de decisiones compartidas: información, incorporación de valores y preferencias de la persona en las decisiones, formación para la toma de decisiones.

- c. Elaborar planes de cuidados personalizados y compartidos, en los que las personas adquieran compromisos relacionados con su propio cuidado.
- d. Desarrollar estrategias multicanal (telefónica, virtual, presencial) para la toma de decisiones compartidas, que incluyan información adecuada a las personas que necesitan cuidados y las personas que cuidan, con el fin de favorecer la capacidad de autocuidado/cuidado.
- e. Instaurar de forma sistemática actividades educativas con las personas atendidas en hospitales y/o en atención primaria para el manejo del plan terapéutico, la ayuda al afrontamiento para los cambios en su proyecto vital, incorporando la participación de pacientes activos.
- f. Realizar actividades de difusión y soporte a nivel individual y comunitario sobre los derechos relacionados con la autonomía de las personas, especialmente en la etapa final de la vida.

#### *4. Mejorar las Competencias profesionales para la atención participada y compartida*

- a. Programar acciones formativas en competencias y habilidades de comunicación, intervenciones eficaces de participación ciudadana y empoderamiento de la ciudadanía.
- b. Desarrollar acciones informativas a los profesionales sobre la red de recursos comunitarios en salud y activos en salud de sus áreas de trabajo.
- c. Realizar acciones formativas sobre derechos y deberes de la ciudadanía, especialmente sobre autonomía, intimidad, confidencialidad y dignidad en el proceso de muerte.

#### *7.2. Proyecto 2. Accesibilidad, personalización y continuidad de los cuidados*

La accesibilidad y los cuidados personalizados son una demanda creciente de la ciudadanía, que quieren contar con profesionales cualificados.

Los cuidados personalizados son aquellos que se adaptan a las características particulares de la persona, sus valores, sus preferencias, sus capacidades y sus necesidades, haciéndose necesario disponer de una enfermera/o de referencia durante todo el proceso asistencial, con quien pueda establecer un vínculo estable, que permita una relación terapéutica y favorezca la continuidad de cuidados intra- e interniveles.

La continuidad de cuidados constituye un potente instrumento de mejora en la atención a la ciudadanía que transita de un ámbito a otro de la asistencia, con especial atención a las personas frágiles y las personas que cuidan.

## Objetivos y Acciones

*1. Orientar la atención a las necesidades, preferencias, valores y expectativas de la ciudadanía garantizando un cuidado personalizado, que favorezca una relación terapéutica humanizada y de confianza*

- a. Implantar la personalización de cuidados como modelo organizativo.
- b. Adaptar la organización funcional de los centros sanitarios según la complejidad y necesidad de cuidados.
- c. Reforzar el liderazgo de los cuidados en la gestión clínica
- d. Asignar a cada persona un/a enfermera/o como profesional de referencia para los cuidados en el proceso asistencial.
- e. Garantizar la accesibilidad de la ciudadanía a su enfermera/o referente.
- f. Desarrollar un plan de mejora continuo en las Unidades de Gestión Clínica incorporando las necesidades, preferencias y expectativas que presenta la ciudadanía con respecto a los cuidados.
- g. Asegurar el cuidado personalizado en grupos de especial vulnerabilidad.

*2. Adaptar las competencias y perfiles profesionales para responder a las necesidades de la ciudadanía*

- a. Definir nuevas competencias y perfiles de cuidados adecuándolas a las necesidades de la ciudadanía.
- b. Establecer mecanismos de asignación de población a cada enfermera en base a perfiles competenciales.
- c. Diseñar estrategias de gestión compartida de la demanda para derivar al ciudadano/a al profesional más adecuado según sus necesidades.

- d. Estratificar la población según niveles de complejidad de cuidados en base a criterios definidos utilizando herramientas validadas.
- e. Analizar las coberturas poblacionales por enfermera siguiendo criterios de seguridad, cartera de servicios, necesidades de cuidados y complejidad de la población.
- f. Diseñar estrategias formativas en competencias técnicas, relacionales y comunicativas que faciliten la personalización.

### 3. *Garantizar la continuidad de cuidados durante el proceso asistencial*

- a. Contribuir al desarrollo de la Historia Única Digital (DIRAYA).
- b. Avanzar en el desarrollo de comisiones de cuidados de área para garantizar una continuidad de cuidados interniveles efectiva.
- c. Garantizar la planificación anticipada del alta hospitalaria y del ingreso programado.
- d. Integrar a la persona y a las personas que cuidan como elemento esencial en la planificación y la continuidad de los cuidados.
- e. Articular desde la planificación del alta hospitalaria la oferta de cuidados transicionales para aquellas personas que por la complejidad de sus cuidados requieran un periodo previo de adaptación a la nueva situación antes del traslado a su entorno.
- f. Establecer y fomentar instrumentos de comunicación no presencial en los cuidados transicionales.
- g. Asegurar el acceso a las Enfermeras Gestoras del Caso de las personas de alta complejidad de cuidados que necesitan continuidad.
- h. Potenciar la continuidad de cuidados a través de la implantación de vías clínicas.
- i. Establecer vías de cooperación activa entre los servicios de salud, servicios sociales, y otras instituciones u organismos para la continuidad asistencial.

### 7.3. *Proyecto 3. Nuevas competencias y resultados en salud*

A través de este Plan, el Sistema Sanitario Público de Andalucía, se compromete a proporcionar cuidados excelentes a la ciudadanía andaluza, para ello, tendrán un doble reto: generar conocimiento e incorporar la evidencia científica a la práctica clínica.

La actual configuración de los planes de estudio de enfermería (sujeta al Plan Bolonia desde 2010), la Ley de ordenación de profesiones sanitarias (LOPS) y el Real Decreto de Especialidades de Enfermería, establecen un marco que permitirá al sistema extraer todo el potencial de la

profesión enfermera, contribuyendo a la sostenibilidad del SSPA. La incorporación de las especialidades enfermeras y la definición en el SSPA de un modelo de Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) plantean una opción viable que desarrolla la capacidad de las enfermeras para responder a las necesidades de la ciudadanía en entornos concretos, adaptándose a las nuevas demandas y necesidades marcadas por el contexto social, sanitario y global que puedan garantizar unos cuidados de calidad centrados en las personas y no solo en la enfermedad.

## Objetivos y Acciones

### 1. *Orientar la práctica clínica hacia la implementación de intervenciones efectivas y la obtención de resultados en salud.*

- a. Desarrollar el marco estratégico y organizativo que garantice la orientación de la práctica de cuidados basada en evidencia y orientada a resultados en el SSPA.
- b. Potenciar la transferencia de resultados de la investigación en cuidados y la incorporación de prácticas innovadoras a la práctica clínica.
- c. Incorporar indicadores que evalúen el impacto y la efectividad de las intervenciones.
- d. Asegurar el retorno de la información sobre la calidad de los cuidados y la mejora de los resultados en salud a los profesionales y fomentar la transparencia de resultados a la ciudadanía.
- e. Desarrollar un proceso de desinversión de actividades que no generan resultados clínicos y en salud.
- f. Desarrollar procesos formativos para implantar la práctica basada en la evidencia generada por la investigación en cuidados.
- g. Motivar la acreditación de centros de excelencia en cuidados que implementen Guías de Práctica Clínica e intervenciones basadas en evidencia que generen resultados positivos en salud.
- h. Diseñar Guías de práctica clínica y de buenas prácticas en cuidados basadas en evidencia.
- i. Establecer convenios de colaboración con instituciones nacionales e internacionales, Universidades y Sociedades Científicas que promuevan el uso de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia.



## *2. Mejorar las competencias de los profesionales para alcanzar la excelencia y avanzar en el desarrollo de los cuidados*

- a. Promover el diseño de un modelo de organización asistencial en el SSPA que redefina las competencias profesionales: generación de competencias compartidas y trasvase competencial entre los profesionales del equipo, para mejorar la sostenibilidad del sistema.
- b. Desarrollar un modelo de cuidados que integre las nuevas competencias, competencia avanzada y perfiles avanzados de práctica en cuidados (especialidades de enfermería y enfermería de práctica avanzada).
- c. Incorporar intervenciones avanzadas de enfermería identificadas como efectivas a los Procesos Asistenciales Integrados.
- d. Promover el desarrollo de perfiles competenciales de los gestores/as de cuidados orientados a facilitar la implantación del cuidado excelente y la incorporación de la práctica avanzada en cuidados.
- e. Definir el marco de desarrollo de los perfiles avanzados de práctica en cuidados para su reconocimiento legal y social, así como las condiciones de acceso al puesto y su desarrollo profesional tales como: Enfermera de practica avanzada (EPA) en Gestión de casos, EPA para la atención de personas en cuidados paliativos, EPA para la atención de personas con procesos oncológicos, EPA para el abordaje de personas con heridas crónicas complejas, EPA en el abordaje de personas con ostomía, EPA en la resolución finalista de urgencias de baja complejidad, EPA en el abordaje de personas con tratamientos complejos para la diabetes, EPA para el abordaje de personas con Enfermedad Renal Crónica, etc. Así como aquellas EPA que surjan como consecuencia de la respuesta a las necesidades de la ciudadanía.
- f. Potenciar el desarrollo de estrategias formativas en el SSPA que permitan la adquisición de nuevas competencias, competencias avanzadas y perfiles avanzados de práctica en cuidados.
- g. Establecer el desarrollo convenios o acuerdos con las Universidades y otros proveedores de formación para el diseño de propuestas formativas integradas que den soporte al desarrollo de nuevas competencias, competencias y perfiles de práctica avanzados en cuidados que den respuesta a las necesidades de la ciudadanía.

## *3. Impulsar la cultura de la investigación e innovación en cuidados*

- a. Analizar y potenciar las líneas de investigación e innovación en cuidados necesarias para mejorar la respuesta a las necesidades de la ciudadanía y potenciar la sostenibilidad del sistema sanitario.

- b. Definir un mapa de localización de líneas de investigación e innovación en cuidados y potenciar grupos de investigación e investigadoras/es emergentes que se estén desarrollando en Andalucía.
- c. Promover sinergias entre sistema sanitario, sociedades científicas, universidades y otros sectores y organismos que puedan implicarse en la investigación e innovación en cuidados.
- d. Facilitar la difusión de convocatorias de financiación de proyectos para potenciar la investigación y la innovación en cuidados.
- e. Desarrollar programas formación en metodología de investigación que aumente la capacidad de generar y comunicar conocimiento sobre cuidados.
- f. Evaluar la producción científica de cuidados en el SSPA, midiendo tanto el impacto de las publicaciones en el ámbito científico, como el impacto asistencial y social generado.
- g. Promover la divulgación de resultados de la investigación e innovación en cuidados, difundiéndolos a la población general y a la comunidad científica a nivel nacional e internacional.

#### 7.4. Proyecto 4. *Cronicidad y necesidad de cuidados avanzados*

Durante las últimas dos décadas se han desarrollado diferentes “Modelos de Gestión de Enfermedades Crónicas”, para diseñar nuevas estrategias frente a la cronicidad. El elemento clave de estos modelos, es considerar que los mejores resultados en salud se obtienen cuando un paciente activo e informado interacciona con un equipo profesional práctico, preparado y proactivo.

En el SSPA el modelo de cuidados está encaminado a un abordaje integral de la cronicidad, que conducen al desarrollo de estrategias que potencien la promoción de la salud desde una perspectiva salutogénica, la prevención (primaria, secundaria y terciaria), el autocuidado por parte del paciente y la familia con intervenciones de participación comunitaria y fuerte apoyo en las TICs, la atención en domicilio de personas con alta complejidad, desde una perspectiva de la recuperación de la persona afectada de un proceso crónico para que pueda redefinir su proyecto vital integrando la situación de cronicidad. Todo ello, debe pivotar sobre un trabajo multidisciplinar que permita incorporar nuevos roles profesionales.

## Objetivos y Acciones

1. *Potenciar modelos efectivos de promoción de la salud en el SSPA. Potenciar estrategias de promoción de la salud centradas en el desarrollo de los activos más efectivos como son la actividad física, la alimentación saludable, el bienestar emocional y el abandono del hábito tabáquico.*
  - a. Priorizar el desarrollo de las estrategias de promoción de la salud orientadas a los grupos de población vulnerables: mujeres, infancia, adolescencia, mayores.
  - b. Ofrecer itinerarios formativos para que los profesionales adquieran nuevas competencias para obtener resultados eficaces en la promoción de estilos de vida saludables y fomento de la autonomía personal, con especial atención en la población con más dificultades sociales.
  - c. Reforzar el desarrollo de intervenciones con metodología grupal en educación para la salud haciendo protagonistas a los agentes activos de la comunidad.
  - d. Promover el desarrollo de perfiles de práctica avanzada enfermero en promoción de la salud por UGC que actúe como referente para garantizar la prevención de la cronicidad y fomentar el autocuidado/ gestión eficaz de la propia salud.
  
2. *Desarrollar vías de cooperación activa desde una perspectiva salutogénica.*
  - a. Elaborar y difundir entre profesionales y ciudadanía los mapas de activos locales con identificación de los recursos comunitarios e incorporarlos a planes locales de salud.
  - b. Desarrollar estrategias de colaboración con los recursos comunitarios locales: sociales, educativos, organismos e instituciones específicas que potencien la realización de intervenciones que promuevan cambios en los estilos de vida.
  - c. Desarrollar estrategias de colaboración con las Universidades para detectar necesidades locales que requieran intervenciones de promoción en salud.
  - d. Activar agentes en salud y pacientes activos fomentando su participación para la promoción de estilos de vida saludables y prevención de la enfermedad crónica.

- e. Desarrollar procesos de formación orientados a los agentes de salud y pacientes activos y que promuevan y fomenten la captación activa y el desarrollo de intervenciones grupales en promoción de salud.

### 3. *Diseñar estrategias que mejoren la capacidad resolutive de las enfermeras en el seguimiento de los problemas crónicos.*

- a. Desarrollar un modelo de Gestión compartida que mejore la eficiencia y los resultados en salud en la atención a personas en situación de cronicidad.
- b. Introducir los cambios necesarios para la asignación de población a una enfermera de referencia que favorezca la accesibilidad y la evaluación de resultados en salud en las personas en situación de cronicidad.
- c. Potenciar la figura de la enfermera comunitaria como referente para el seguimiento en las personas en situación de cronicidad estable incorporando el desarrollo de perfiles expertos.
- d. Impulsar el aumento de la capacidad de resolución de las enfermeras en los protocolos, guías y procesos asistenciales consensuados en los equipos multiprofesionales para incrementar la efectividad y la eficiencia en la atención a personas en situación de cronicidad
- e. Reorganizar la atención en cuidados hacia estrategias de empoderamiento y autogestión de las personas en situación de cronicidad.
- f. Promover el impulso de la educación terapéutica como competencia esencial para la mejora la gestión eficaz de la propia salud.
- g. Fomentar el seguimiento protocolizado de tratamientos farmacológico individualizados de personas en situación de cronicidad y su incorporación a procesos asistenciales.
- h. Diseñar procesos formativos necesarios para mejorar la capacitación resolutive de las enfermeras en el seguimiento estructurado de la población con problemas crónicos de salud
- i. Potenciar la visibilidad social del rol enfermero en el seguimiento estructurado de la población con problemas crónicos de salud.
- j. Incorporar el movimiento asociativo y el voluntariado en la comunidad para el cuidado a personas en situación de cronicidad tanto en domicilio como en hospitales, favoreciendo el acompañamiento, paliando la soledad y facilitando el respiro familiar.

#### *4. Impulsar el modelo de Gestión de Casos de Andalucía como referente de los cuidados en situaciones de cronicidad compleja.*

- a. Ampliar las competencias de las enfermeras gestoras de casos para la atención y el seguimiento de procesos crónicos complejos.
- b. Identificar la población con alta complejidad para la gestión adecuada de la continuidad y calidad de los cuidados.
- c. Desarrollar planes de cuidados y paquetes integrados de servicios para las situaciones de cronicidad compleja.
- d. Elaborar vías clínicas para la gestión de casos de pacientes crónicos complejos en los procesos crónicos de mayor prevalencia y/o impacto.
- e. Promover sesiones clínicas conjuntas de todos los profesionales implicados en el seguimiento de personas en situaciones de cronicidad compleja
- f. Garantizar la accesibilidad a la atención para dar respuestas a las necesidades de las personas que cuidan
- g. Fomentar la implicación familiar y la corresponsabilidad en el cuidado de la familia en situaciones de cronicidad compleja.

#### *7.5. Proyecto 5. Cuidados Seguros*

La puesta en marcha de la Estrategia para la Seguridad del Paciente, como uno de los proyectos prioritarios del Plan de Calidad del SSPA, ha tenido un amplio impacto en la organización sanitaria pública, al generar importantes cambios culturales en seguridad de pacientes entre profesionales y poniendo especial énfasis en potenciar la participación activa de pacientes y familia en su seguridad. Al incorporar la participación activa y corresponsable de pacientes y familias en las estrategias de seguridad favoreciendo un espacio compartido entre profesionales y ciudadanía, surge un nuevo paradigma que sitúa la seguridad del paciente en una posición de prioridad hacia la prestación de cuidados seguros.

Ante la creciente complejidad de nuestro Sistema Sanitario, la seguridad del paciente es una prioridad y una máxima, por ello, se han de continuar desarrollando estrategias que la garanticen, generando una cultura de seguridad, mejorando las competencias profesionales y potenciando la investigación para el desarrollo de prácticas seguras.

## Objetivos y Acciones

### 1. Promover el Liderazgo para la Seguridad dentro del ámbito de los cuidados.

- a. Fomentar que en las funciones del/la responsable de cuidados de cada unidad se encuentre el cumplimiento de las prácticas seguras basadas en evidencia relacionadas con el cuidado en el entorno asistencial. Desarrollar mecanismos de difusión e implantación de las prácticas seguras basadas en evidencia que los profesionales han de implantar en cada UGC
- b. Favorecer que los profesionales adquieran las competencias específicas en Seguridad como elemento clave para la práctica asistencial.
- c. Asegurar la implementación de guías de práctica segura sobre: Prevención de y abordaje de Ulceras por presión, Prevención de caídas, Manejo seguro de dispositivos venosos, Administración segura de fármacos, Prevención de infecciones asociados a la asistencia sanitaria, Prevención de Broncoaspiración, transferencia segura de información entre servicios y niveles asistenciales.
- d. Permitir el acceso a sistemas de apoyo a través TIC para la difusión directa de prácticas seguras basadas en evidencia.
- e. Apoyo a la implantación de herramientas como los Procesos Asistenciales entre las unidades y entre distintos niveles asistenciales.
- f. Utilizar elementos de ayuda automatizados para el cumplimiento de las prácticas seguras en la historia de salud digital.

### 2. Definir el Mapa de Competencias Específicas en Seguridad de Pacientes y Plan de Formación Asociado

- a. Incorporar la seguridad del paciente en el desarrollo competencial relacionado con los cuidados, especialmente en las nuevas competencias enfermeras de prácticas avanzadas.
- b. Diseñar los procesos formativos para la capacitación en competencias en Seguridad de Paciente, priorizando a profesionales de nueva incorporación.
- c. Asegurar la capacitación en las competencias que se han de desarrollar para la realización de procedimientos de alto riesgo.
- d. Fomentar la incorporación de competencias en prácticas seguras en los planes de estudio de las profesiones del ámbito sanitario.

### *3. Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales en la transferencia de pacientes*

- a. Realizar transferencia estructurada de pacientes mediante técnicas y procedimientos validados.
- b. Definir y normalizar la información clave requerida para garantizar una transferencia segura.
- c. Implementar el uso de soportes móviles que garanticen la disponibilidad de información para una transición segura del paciente
- d. Definir y normalizar las situaciones y sistemas posibles para la transmisión de información verbal.

### *4. Fomentar la Comunicación y gestión de los Eventos Adversos*

- a. Reforzar la estandarización en todos los centros del SSPA de sistemas de notificación eventos adversos centralizados.
- b. Fomentar la comunicación de eventos adversos de manera voluntaria y anónima por parte de profesionales, pacientes y familiares.
- c. Analizar eventos adversos de forma sistemática, destacando puntos críticos y diseñando e implantando medidas de mejora.
- d. Diseñar los circuitos para favorecer la notificación y el intercambio de soluciones ante incidentes de seguridad del paciente
- e. Elaborar un procedimiento de actuación ante un evento adverso, incluyendo la información al paciente y su familia.

### *5. Potenciar el empoderamiento del paciente y su familia para garantizar su propia seguridad*

- a. Analizar la percepción de pacientes sobre su propia seguridad, identificando las áreas de mejora para el desarrollo de estrategias específicas
- b. Diseñar herramientas educativas en seguridad, haciendo especial énfasis en los procedimientos de alto riesgo, con la participación de la ciudadanía.
- c. Impulsar la comunicación efectiva con pacientes sobre el tratamiento y los cuidados a seguir.
- d. Promover la participación de la ciudadanía en el cumplimiento de las prácticas seguras.

## 7.6. *Proyecto 6. Cuidados y Tecnologías de la Información y la Comunicación* (TICs)

La contribución de las Tecnologías de la Información y la Comunicación a un nuevo modelo de sociedad resulta patente. Además del uso clínico que podemos dar a las TICs, tenemos que tener en cuenta la influencia en la realidad social de los medios y redes sociales, que se han erigido en muy poco tiempo en un entorno único y sin precedentes en la historia de las sociedades humanas para escuchar a la ciudadanía, sus opiniones y sus vivencias. La sociedad cada vez está más conectada, y por consiguiente más abierta, más transparente y se ofrecen más posibilidades de participación.

Por otro lado, los entornos de interacción digitales representan una oportunidad, una nueva manera de entender el telecuidado como realidad propia de nuestro tiempo, una nueva forma de conseguir poner en contacto a profesionales salvando las barreras que representaban la turnicidad, la dispersión y la asincronía: y por último, una nueva manera de acceder al mejor conocimiento disponible, posibilitando la homogeneización de la práctica, y, una vía hacia nuevos escenarios de protagonismo clínico que pueden aportar valor tanto al equipo multidisciplinar como a la ciudadanía.

### *Objetivos y Acciones*

#### *1. Potenciar su avance y desarrollo de los cuidados a través de las TIC*

- a. Desarrollar la presencia digital de los cuidados en Andalucía que potencie la interacción entre el sistema sanitario, profesionales y ciudadanía, mediante la creación de una Red de Cuidados: espacio de opinión, banco de prácticas innovadoras en cuidados, información científica e intercambio de conocimientos, que incluya comunidades de práctica, y recursos formativos.
- b. Potenciar el uso de TICs para el desarrollo de programas de telecuidado que favorezca la accesibilidad, la continuidad de cuidados y la información sobre salud a la ciudadanía.
- c. Potenciar el desarrollo de proyectos sobre uso de TICs en relación a los cuidados, para mejorar los resultados en salud, a través de las convocatorias públicas de Investigación.

#### *2. Mejorar las competencias digitales de las enfermeras de Andalucía*

- a. Fomentar la difusión y uso adecuado de las aplicaciones corporativas que existen y las de nueva incorporación.



- b. Diseñar los procesos formativos para la capacitación en competencias digitales y uso de TICs.
- c. Incorporar las competencias digitales y uso de TICs en los procesos de acreditación profesional.

### *3. Desarrollar estrategias que mejoren la visibilidad de los cuidados.*

- a. Promover la difusión y visibilidad de los cuidados en entornos digitales a través de acuerdos de colaboración con instituciones u organismos para su desarrollo: sociedades científicas, universidad, organizaciones colegiales.
- b. Potenciar estrategias de comunicación y difusión de los cuidados facilitados por profesionales del SSPA en los medios de comunicación.
- c. Desarrollar planes de formación que incluyan la adquisición de competencias en comunicación en salud.
- d. Fomentar la difusión de prácticas innovadoras en cuidados por profesionales del SSPA, con la creación de un banco de prácticas innovadoras dentro de la Red de Cuidados.

### *4. Promocionar entornos de relación bidireccional con la ciudadanía a través de las*

#### *TICs*

- a. Diseñar canales de comunicación efectiva para la detección de necesidades y expectativas de la ciudadanía en relación a los cuidados.
- b. Promover el diseño y puesta en marcha de aplicativos que den respuesta a las necesidades y expectativas de la ciudadanía con información fiable y de calidad.
- c. Participar activamente en los canales de comunicación con la ciudadanía, facilitando repositorios a profesionales que permitan la recomendación a la ciudadanía de recursos sobre salud fiables y de calidad
- d. Definir indicadores de proceso y resultados para la evaluación de los canales de comunicación con el ciudadano/a.
- e. Potenciar el autocuidado de la ciudadanía mediante la aplicación de las TICs en Salud, facilitando a profesionales del SSPA repositorios de información fiable y de calidad sobre salud, incluidos en la Red de Cuidados.



## 8. Evaluación y seguimiento

El seguimiento y la evaluación de la consecución de los objetivos planteados en cada Línea estratégica, es una parte esencial de la Estrategia de Cuidados de Andalucía, se hará mediante indicadores, cuantitativos y cualitativos, que midan los resultados y que serán definidos e incluidos en contrato programa y acuerdos de gestión de forma anual.

En el proceso de evaluación de la Estrategia de Cuidados de Andalucía participarán de forma activa la ciudadanía andaluza, así como profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales, docentes, investigadores y de gestión.

### 1. Consejo de Coordinación para el Desarrollo, Seguimiento y Evaluación del

#### PICUIDA

Estará formado por la Dirección del PICUIDA y la coordinación de desarrollo de cada uno de los proyectos que componen la Estrategia. Esta Comisión. Se reunirá para:

- a. Planificar la coordinación para la puesta en marcha de las acciones contenidas en el PICUIDA, con el fin de alcanzar los objetivos previstos en cada proyecto.
- b. Definir, de manera previa a la implantación de los diferentes proyectos, una batería de indicadores vinculados a las acciones a desarrollar
- c. Informar a la Dirección del PICUIDA del grado de implantación de cada proyecto, así como del análisis de necesidades para su mejora.
- d. Asesorar sobre las líneas prioritarias en materia de cuidados relacionados con el proyecto que coordina y la difusión de estos contenidos entre los profesionales.

### 2. Comisión permanente de Desarrollo y Seguimiento del PICUIDA

Estará Formada por la Dirección del PICUIDA y las Direcciones de Enfermería y de Cuidados de los Centros del SSPA y tendrá por objeto el desarrollo y seguimiento de las actividades previstas para la implantación de cada uno de los proyectos del PICUIDA.

La evaluación se realizará en base a la batería de indicadores definidos para las acciones de cada proyecto y/o a través de indicadores recogidos de forma explícita en los Acuerdos de Gestión y

Contratos Programas que se relaciones con los proyectos, objetivos y acciones que define el PICUIDA.

Se analizarán los resultados obtenidos en cada Distrito, Hospital o Área de Gestión Sanitarias, y se establecerán puntos críticos y áreas de mejora en cada una de ellas.

### 3. Informe Anual de Seguimiento

Se realizará por la Dirección del PICUIDA y recogerá los avances relacionados con el grado de implantación de cada uno de los proyectos que componen la Estrategia y sus objetivos y acciones vinculadas. La estructura de contenidos será:

- Resultados de proceso de implantación de cada proyecto
- Resultados de salud
- Análisis de barreras y facilitadores para la implantación
- Áreas de mejora y necesidades previstas para su consecución

Este informe se remitirá a la Consejería de Salud y a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud.

En segundo término, serán presentados los contenidos del informe a las Direcciones de los Centros e igualmente se publicarán los resultados en la Red de Cuidados para su difusión entre los profesionales y en redes abiertas a la ciudadanía para que sus contenidos puedan ser transparentes y accesibles.

### 4. Comité de mejora para el desarrollo del PICUIDA

Estará formado por representantes de los siguientes colectivos:

- Dirección del PICUIDA
- Coordinación de proyectos.
- Asociaciones-Sociedades científicas (ASANEC, ASENHOA, SAECC y aquellas que de manera específica se vinculen al desarrollo de un proyecto, sus objetivos o acciones).
- Otras entidades implicadas de manera concreta en la evaluación de un proyecto, sus objetivos o acciones: grupos de representación profesional, Universidades, profesionales procedentes de otros sectores de atención, asociaciones de pacientes... con los que conformar alianzas para la mejora y el avance del cuidado.

Las propuestas de mejoras definidas por este Comité se volcarán al Informe anual de Seguimiento.



## Bibliografía

1. Consejería de Salud. Cuidarte. Una Estrategia para los cuidados en la Andalucía del Siglo XXI. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 2007.
2. Consejería de Salud. Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014. Un Espacio Compartido. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 2010.
3. Hernández Conesa JM, Moral de Calatrava P, Esteban-Albert M. Fundamentos de la Enfermería: teoría y método. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 2002.
4. Kerouac S, et al. El pensamiento enfermero. Barcelona Masson España; 1996
5. IMSERSO. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005. Disponible en: <http://www.seg-social.es/imserso/dependencia/libroblanco.pdf>
6. Eurostat. The life of women and men in Europe. A statistical portrait 1980-2000. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2002.
7. Health Canada. National profile of family caregivers in Canada-.2002: Final Report. 2002. Disponible en: [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/home-domicile/2002-caregiv\\_interven/index\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/home-domicile/2002-caregiv_interven/index_e.html)
8. Lavangh S, (1993). Modelo de Orem. Aplicación práctica. Barcelona: Masson - Salvat Enfermería
9. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gaceta Sanitaria. 2004; 18 Supl 1:132-9.
10. Consejería de Salud. Documento de trabajo: Programa de Apoyo Integral al Cuidado en Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud Junta de Andalucía; 2012.
11. Mariscal MI. La Enfermería sin límites y los límites de la Enfermería. Enfermería Clínica. 2012; 22(3): 115-117.
12. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. IV Plan Andaluz de Salud. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía; 2013
13. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health promotion International 1996; 11:11-18.
14. Morgan, A., Ziglio, E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promotion & Education, 2, 17-22.
15. Bengoa R, Nuño Solinís R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía practica para avanzar. Barcelona: Elsevier; 2008.
16. Valle C. El envejecimiento demográfico en Andalucía y las características sociodemográficas de la población mayor de 64 años. Centre d'Estudis demografics. Barcelona, 2005
17. IMSERSO. Indicadores demográficos, de salud, sociales, económicos y de servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Madrid, 2011
18. Instituto de estadística y Cartografía de Andalucía. Indicadores de protección y bienestar social de Andalucía. Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo. Junta de Andalucía. [consulta: 31/01/2015] Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/28Febrero/indiceTablas.htm>
19. Hernan M, Morgan A, Mena AL. Formación en Salutogénesis y activos para la salud. Consejería de Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) 2010
20. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 (ENSE 2011/12). Madrid 2013 (Consulta 25/02/2015) Disponible en:

- <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
21. Consejería de Salud. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 2012.
  22. Consejería de Economía, Innovación y Ciencia. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA). Estudio “Discapacidad y dependencia en Andalucía” (DDA) 2012. (Consulta 13/03/2015). Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/estudios/discapacidad/discapacidad.pdf>
  23. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). 2008.
  24. Del Río Lozano M. Desigualdades de género en el cuidado informal y su impacto en la salud. Tesis Doctoral. Universidad de Granada 2014.
  25. Consejería de Justicia e Interior. Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones. Informe anual Andalucía e Inmigración 2011. Consejería de Justicia e Interior. Junta de Andalucía. Sevilla, 2012
  26. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003. Forjemos el futuro. Francia 2003 (Consulta 20/02/2015). Disponible en: [http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf)
  27. Instituto Nacional de Estadística. Anuario estadístico de España. 2014. (Consulta 20/02/2015). Disponible en: [http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario14/anu14\\_03educa.pdf](http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario14/anu14_03educa.pdf)
  28. III Plan Integral para la Inmigración en Andalucía. Horizonte 2016. Junta de Andalucía. Consejería de Justicia e Interior.
  29. Defensor del pueblo. Las Urgencias hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud: Derechos y Garantías de los pacientes. Estudio conjunto de los Defensores del pueblo. Madrid. 2015. (Consultado 25/03/2015). Disponible en: [https://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/monografico/Documentacion/SUH\\_Estudio.pdf](https://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/monografico/Documentacion/SUH_Estudio.pdf)
  30. Moreno E. ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud? Emergencias 2008; 20: 276-284
  31. Generalitat de Catalunya. Plan de Salud de Cataluña 2011-2015. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Barcelona 2012.
  32. Fernández M, Gavira L, Pérez M, Serrano R, Trujillo M. La sanidad desde el otro lado. Valoración social del sistema sanitario público en Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. 2001
  33. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Información Básica 2013. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Sevilla 2014
  34. Needleman, Jack; Buerhaus, Peter; Mattke, Soeren; Stewart, Maureen; Zelevinsky, Katya. Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals N Engl J Med Volume 346(22), 30 May 2002, pp 1715-1722
  35. Needleman, Jack; Buerhaus, Peter; Mattke, Soeren; Stewart, Maureen; Zelevinsky, Katya. Nurse Staffing and Patient Outcomes In Hospitals Boston: Harvard School of Public Health, 2001.
  36. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber, JH. Effects of Hospital Nurse Staffing on Mortality and Nurse Burnout and Job Dissatisfaction JAMA 2002 288: 1987-1993
  37. Aiken LH, Smith H & y Lke, ET. Lower Medicare Mortality Among a Set hospitals Known for Good Nursing Care. Medical Care, 1994; 32(8):771-787.

38. Jackson M, Chiarello LA, Gaynes RP, Geberding JL. Nurse staffing and Healthcare-associated infections: proceedings from a working group meeting. *J Nurs Adm.* 2002 Jun; 32 (6):314-22 / Jackson M, Chiarello LA, Gaynes RP, Geberding JL. Nurse staffing and Healthcare-associated infections: proceedings from a working group meeting. *Am J Infect Control* 2002 Jun; 30 (4): 199-206
39. NHS. "Safe Staffing for nursing in adult inpatient wards in acute Hospitals" NICE Guidelines. NHS. Department of Health 2.014.
40. Estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2006
41. Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2007
42. Estrategia en EPOC del Sistema nacional de Salud Aprobada por el Consejo Interterritorial de Salud el 3 de Julio de 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social
43. Estrategia de Salud Mental en el Sistema nacional de Salud Documento revisado, Propuesta de nuevos objetivos octubre 2009
44. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2012
45. Consejería de Salud. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 (II PISMA). Consejería de Salud. Junta de Andalucía 2008
46. Proceso Asistencial Integrado Diabetes Junta de Andalucía. Consejería de Salud 2ª Edición 2010
47. Consejería de Salud. Plan Integral de Cuidados Paliativos de Andalucía 2008-2012. Consejería de Salud. Junta de Andalucía 2007
48. Consejería de Salud. Plan Integral del Dolor. 2010-2013. Consejería de Salud. Junta de Andalucía 2010
49. Consejería de Salud. Plan Integral de Oncología. 2007-2012. Consejería de Salud. Junta de Andalucía 2007
50. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Boletín Oficial de Estado, núm. 45, de 21 de Febrero de 2008.
51. Taller para el desarrollo de Prácticas Enfermeras Avanzadas (PEA) en Andalucía Antequera 30 de Noviembre de 2009 INFORME PROVISIONAL DE RESULTADOS Consejería de Salud: Dirección de Estrategias en Cuidados en Andalucía. EASP: Área de Gestión de la Práctica Asistencial. Documento inédito
52. Ramírez García P, et al. Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. *ENFERMERÍA CLÍNICA* 2002; 12(6):286-9 disponible en <http://www.elsevierinsituciones.com> consultado el 19/11/2009.
53. Bass B.M, Riggio R.E. transformational leadership. Psychology Press. 2006
54. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en enfermería. 2006. Disponible en: [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Desarrollo\\_y\\_mantenimiento\\_del\\_liderazgo\\_en\\_enfermeria.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Desarrollo_y_mantenimiento_del_liderazgo_en_enfermeria.pdf)
55. Gutiérrez-Sequera JL, Serrano-Ortega N. Los Cuidados y la sostenibilidad del sistema sanitario público. *Rev. Enferm Clin.* Nov- Dic 2014; 24(6):311-314. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.10.003>
56. Repullo, J.R. y Freire, J.M. Relaciones contractuales de los profesionales médicos en los sistemas públicos de salud en países europeos seleccionados. Documento elaborado para la Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla la Mancha, mayo 2009. Patrocinado por el ISCIII, la Fcsaip, y la FISCAM.
57. Piqué JM. ¿Dónde está y hacia dónde va nuestro sistema sanitario? *Med.Clín.* (2013); 140(11): 514-519.

58. Desarrollo sustentable. VeoVerde. Consultado el 4 octubre 2014. Disponible en: <http://www.veoverde.com/2009/01/desarrollo-sustentable/>
59. Peiró S, Artells JJ, Meneu R. Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria* (2011); 25(2): 95-105. doi:10.1016/j.gaceta.2010.12.005
60. Christine Appleby, Rafaela Camacho-Bejarano. Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. *Enfermería Clínica* [ISSN 1130-8621]. Enero- Febrero 2014; 24 (1): 90-98. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.008>.
61. Nicholson A, Coldwell CH, Lewis SR, Smith AF. Nurse-led versus doctor-led preoperative assessment for elective surgical patients requiring regional or general anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010160.pub2>.
62. De Leeuw J, Larsson M. Nurse-led follow-up care for cancer patients: What is known and what is needed. *Support Care Cancer*. 2013; 21:2643---9, <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-013-0618-2>.
63. Kuethe MC, Vaessen-Verberne AA, Elbers RG, van Aalderen WM. Nurse versus physician-led care for the management of asthma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;28:2, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD96.pub20092>.
64. Taylor SJ, Candy B, Bryar RM, Ramsay J, Vrijhoef HJ, Esmond G, et al. Effectiveness of innovations in nurse led chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary disease: Systematic review of evidence. *BMJ*. 2005; 3:485
65. Morales Asencio JM, Sarría Santamera A. Modelos alternativos de atención a pacientes con insuficiencia cardiaca: revisión sistemática. *Rev Calid Asist*. 2006; 21:51---9.
66. Lambrinou E, Kalogirou F, Lamnisis D, Sourtzi P. Effectiveness of heart failure management programmes with nurse-led discharge planning in reducing readmissions: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2012;49:610---24, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.002.26>.
67. Tshiananga JK, Kocher S, Weber C, Erny-Albrecht K, Berndt K, Neeser K. The effect of nurse-led diabetes self-management education on glycosylated hemoglobin and cardiovascular risk factors: A meta-analysis. *Diabetes Educ*. 2012;38:108---23, <http://dx.doi.org/10.1177/0145721711423978>.
68. Casajuana J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. *FMC*. 2005; 12:579---81.
69. Repullo JR. Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. *Rev Calid Asist*. 2012; 27:130---8 [consultado 8 Oct 2014] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2012.02.010>.
70. National Institute for Health and Care Excellence [www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/DonotdorecommendationsNICE](http://www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/DonotdorecommendationsNICE) <https://www.nice.org.uk/guidance/cg137/resources/search-the-nice-do-not-dorecommendations-database> Choosing Wisely. [www.choosingwisely.org/](http://www.choosingwisely.org/)
71. J Goulet C, et al. Enfermería de práctica avanzada: un tesoro oculto. *Enfermería Clínica* 2003;13(1):48-52
72. Taller para el desarrollo de Prácticas Enfermeras Avanzadas (PEA) en Andalucía Antequera 30 de Noviembre de 2009 INFORME PROVISIONAL DE RESULTADOS Consejería de Salud: Dirección de Estrategias en Cuidados en Andalucía. EASP: Área de Gestión de la Práctica Asistencial. Documento inédito
73. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002 Apr 6; 324(7341):819---23.



74. Carter AJE, Chochinov AH. A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency
75. Boulton C, Boulton LB, Morishita L, Dowd B, Kane RL, Urdangarin CF. A randomized clinical trial of outpatient geriatric evaluation and management. *J Am Geriatr Soc.* 2001 Apr; 49(4):351–9.
76. Carroll DL, Rankin SH, Cooper BA. The effects of a collaborative peer advisor/advanced practice nurse intervention: cardiac rehabilitation participation and rehospitalization in older adults after a cardiac event. *J Cardiovasc Nurs.* 2007 Jul; 22(4):313–9.
77. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev Online.* 2005;(2):CD001271.
78. Carroll DL, Rankin SH. Comparing interventions in older unpartnered adults after myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs J Work Group Cardiovasc Nurs Eur Soc Cardiol.* 2006 Mar; 5(1):83–9.
79. Jolly K, Taylor R, Lip GY, Greenfield S, Raftery J, Mant J, et al. The Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation Study (BRUM). Home-based compared with hospital-based cardiac rehabilitation in a multi-ethnic population: cost-effectiveness and patient adherence. *Health Technol Assess Winch Engl.* 2007 Sep; 11(35):1–118.
80. McCauley KM, Bixby MB, Naylor MD. Advanced practice nurse strategies to improve outcomes and reduce cost in elders with heart failure. *DisManag DM.* 2006 Oct; 9(5):302–10.
81. Morales-Asencio JM, Sarria-Santamera A. Modelos alternativos de atención para pacientes con insuficiencia cardiaca: revisión sistemática. *Rev Cal Asist.* 2006; 21(1):51–9.
82. Thompson P, Lang L, Annells M. A systematic review of the effectiveness of in-home community nurse led interventions for the mental health of older persons. [Internet]. *Journal of Clinical Nursing.* 2008. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc6&NEWS=N&AN=2008-06290-004>
83. Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW, Austrom MG, Damush TM, Perkins AJ, et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA J Am Med Assoc.* 2006 May 10; 295(18):2148–57.
84. Counsell SR, Callahan CM, Clark DO, Tu W, Buttar AB, Stump TE, et al. Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. *JAMA J Am Med Assoc.* 2007 Dec 12; 298(22):2623–33.
85. Miranda Laurant, Mirjam Harmsen, Marjan Faber, Hub Wollersheim, Bonnie Sibbald and Richard Grol Radboud University Nijmegen Revision of professional roles and quality improvement February 2010
86. Morales Asencio JM, Morilla Herrera JC, Gonzalo Jiménez E, del Río Urenda S, Martín Santos FJ, Terol Fernández FJ. La larga y penosa travesía de los cambios en los hospitales: enfermería de práctica avanzada en atención especializada en el entorno anglosajón. Evaluación de una revisión cualitativa. *Evidentia* 2006 ene-feb; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/185articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 18 de Enero de 2015.
87. Morales-Asencio JM.,Gonzalo-Jimenez E., Martin-Santos FJ., Morilla-Herrera JC., Celdraan-Mañas M.,Millan-Carrasco A., Effectiveness of a nurse-led case Management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Service Research* 2008, 8:193. Disponible en <http://biomedcentral.com/1472-6963/8/193>



88. Segura Benedicto A, Giner Ruiz V. El consumo sanitario inapropiado y la trivialización de la medicina. *Atención Primaria* (2013); 45(5):274-277. doi:10.1016/j.aprim.2012.10.007



## ANEXOS

### *Anexo 1. Análisis previos para la detección de necesidades y expectativas de las personas y familiares con alta necesidad o complejidad de cuidados / expectativas de los profesionales*

Para llegar a conocer las expectativas, en todo lo relacionado con el proceso asistencial y las necesidades de salud (no sólo de personas con necesidades de cuidados, también de las personas que cuidan y profesionales), se ha desarrollado un trabajo en dos vertientes.

Se han revisado las investigaciones sobre expectativas relacionadas con situaciones de mayor necesidad de cuidados como son: el estudio del Proceso Asistencial para Trastorno Mental Grave, el Plan Integral de Accidentabilidad y estudios sobre personas mayores con demencia, cáncer en fase de cuidados paliativos, personas en situación de exclusión social, financiados por la Consejería de Salud, la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social, la Unión Europea y el FIS.

Por otro lado, se han realizado nuevas investigaciones sobre las expectativas en colectivos de los que no se disponían datos suficientes, estos son: personas mayores con necesidad de cuidados y personas con enfermedades evolutivas a la cronicidad y con una gran dependencia funcional.

Las investigaciones que manejamos son de carácter cualitativo (grupos focales y entrevista en profundidad a informantes clave), al ser la mejor manera para el estudio de las expectativas ya que se trata de identificar necesidades y conocer qué tipo de atención desean recibir las personas atendidas en el SSPA con mayor necesidad de cuidados. Se realiza esta revisión de las investigaciones realizadas en el año 2006. No hemos encontrado estudios posteriores que recopilen esta misma información.

En la Tabla 10. se presentan las expectativas más reiteradas para cada uno de los grupos y se identifica además, si corresponde, a ideas expresadas por pacientes, familiares y/o profesionales. Se incluye también en este programa una descripción de las expectativas específicas identificadas para cada uno de los grupos.

Símbolos y abreviaturas utilizados en las tablas siguientes.

nº	Perfiles	Nomenclatura
1	Personas Mayores	PM
2	Trastorno menta	TM
3	Gran discapacidad	GD
4	Cuidados paliativos	PAL
5	Problemas de Salud evolutivos a la cronicidad y con gran dependencia funcional	PC
6	Personas en situación de precariedad social con problemas de salud	PSS

Expectativas	Símbolo
Expectativas de las personas que necesitan cuidados	
Expectativas de personas que cuidan	
Expectativas de profesionales	

Tabla 10. Expectativas más reiteradas por cada uno de los grupos.

EXPECTATIVAS	GRUPOS						
	EG	EM	GMI	EST	EEV	PS	
<p>Agilidad en la evaluación y diagnóstico de la enfermedad, así como mayor frecuencia en las citas de seguimiento.</p> <p><i>También se propone flexibilidad en función del estado del/la paciente y que las citas sean concertadas automáticamente.</i></p>							
<p>Disminuir las listas de espera en el acceso a los recursos, especialmente para rehabilitación. Igualmente reducir los tiempos de espera en consultas, principalmente de especialidad y urgencias.</p> <p><i>Se apunta la necesidad de la dotación de más recursos materiales y personales</i></p>							
<p>Mejorar el acceso al “Servicio de Atención al Usuario” y a profesionales, ya sea vía telefónica o en persona.</p> <p><i>Esta carencia provoca que muchas veces se recurra al servicio de Urgencias.</i></p>							
<p>Adaptación horaria de los Servicios Sanitarios en función de las necesidades de las personas atendidas y las personas que cuidan.</p>							
<p>Acceso al personal sanitario de referencia en situaciones críticas e imprevistos.</p> <p><i>Esta posibilidad aumenta la sensación de seguridad de las personas atendidas y se manifiesta más en personas que viven en ámbitos rurales.</i></p>							

EXPECTATIVAS	GRUPOS						
	EG	EM	GM	EST	EEV	PS	
Más personal y mayor número de visitas a domicilio, periódicas y programadas (centradas en tareas puntuales) del personal sanitario. <i>Se valora que acudan puntualmente y no solo por obligación también por iniciativa propia.</i>	Orange	White	White	White	White	White	Blue
Dar continuidad al proceso asistencial: Necesitan conocer cómo es la continuidad del proceso terapéutico y los cuidados en distintos niveles del proceso y quién es su profesional de referencia.	Orange	Orange	Green	White	White	White	Blue
<b>Relación profesional-paciente</b>	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue
Competencia profesional	White	White	White	White	White	White	White
Recibir atención de profesionales con conocimientos específicos y actualizados y con suficiente experiencia.	Blue	Blue	Green	White	White	White	Blue
Que se tenga en cuenta a pacientes y familiares en la toma de decisiones.	White	White	White	White	White	White	White
Coordinación entre profesionales del mismo servicio o Centro, entre niveles asistenciales y entre el sistema sanitario y social.	Blue	Blue	Green	White	White	White	Blue
<b>Trato</b>	White	White	White	White	White	White	White
Atención protocolarizada.	White	Blue	Blue	White	White	White	Blue
Que los/as profesionales dispongan del tiempo suficiente para atenderles correctamente.	White	Orange	Green	White	White	White	Blue
Que los/as profesionales escuchen y muestren atención e interés.	Blue	Orange	White	White	White	White	Blue
Se busca una relación personalizada con los profesionales: un trato humano, agradable, empático con paciencia y cariño.	Blue	Orange	White	White	White	White	Blue

EXPECTATIVAS	GRUPOS						
	EG	EM	GM	EST	EEV	PS	
Que los/as profesionales muestren consideración y traten dignamente a los/as pacientes no mostrando actitudes de rechazo ni discriminación.	Blue	Orange	Blue	Orange	Blue	Blue	Blue
<b>Información/comunicación</b>							
Que se cuide el momento de la comunicación del diagnóstico. <i>Afirmar que sería conveniente desdramatizar, tranquilizar y dar soluciones</i>			Green				
Lenguaje comprensible y sin tecnicismos.							
Que se informe sobre: qué es la enfermedad, en qué consiste, cómo cursa, posibles tratamientos y evolución y si es el caso, cómo será el momento final.	Blue	Orange	Blue	Orange	Blue	Blue	Blue
Información sobre el circuito de asistencia y recursos, cuándo y cómo utilizarlos.			Green				
<b>Relación profesional – persona cuidadora</b>							
Que se reconozca el trabajo de las personas que cuidan.	Blue	Orange	Blue	Orange	Blue	Blue	Blue
Información y formación sobre los cuidados. Información de tratamientos prescritos (medicamentos), cómo administrarlos, efectos secundarios, precauciones... Y actividades formativas en técnicas específicas sobre alimentación, higiene, promoción de la salud...			Green				
Evitar que las personas que cuidan hagan técnicas complejas que generen estrés y ansiedad y que las supervise el personal sanitario.							
Atención emocional y psicológica a familiares y personas que cuidan.	Blue	Orange	Blue	Orange	Blue	Blue	Blue

EXPECTATIVAS	GRUPOS						
	EG	EM	G.M	E.S.T	EEV	PS	
<b>Infraestructura</b>							
Que los/las profesionales cuenten con espacios adecuados.							
Eliminar las barreras arquitectónicas de los Centros para mejorar el acceso.							
Facilitar la obtención de recetas y la posibilidad de que las recojan familiares							
Acceso a terapias, de forma continuada, que mejoren la calidad de vida como fisioterapia o podología.							
Ayuda en los desplazamientos con transporte adecuado y gratuito. <i>No siempre las ambulancias son lo más conveniente ni están disponibles.</i>							
Facilitar desde los primeros momentos de la atención el conocimiento y acceso a profesionales del Trabajo Social.							
Más personal y centros para poder realizar un abordaje integral.							
Más ayudas de los Servicios Públicos para aspectos domésticos, económicos, de material sanitario y recetas.							

Fuente: EASP, 2004

## Anexo 2. Análisis cualitativo

### Metodología grupos cruzados y reuniones de grupos

Para el desarrollo del Análisis Cualitativo hemos desarrollado 2 tipos de metodologías:

1. Metodología compartida de Consenso : Grupos Cruzados (Estrategia AL LADO)
2. Metodología para la identificación de necesidades y expectativas y generación de propuestas por pacientes y profesionales del equipo de salud: Reuniones de Grupos (Grupos Triangulares y Grupos Generalizados)

#### 1. Grupos cruzados (Metodología Al Lado)

Entre las utilidades de la estrategia Al Lado, está la de aportar su metodología en la aplicación a procesos de planificación y desarrollo, como el de los Planes Integrales. En el caso del PICUIDA, Al Lado se convierte así en una estrategia de mejora de la calidad de la atención, que se basa esencialmente en la cooperación entre las **personas afectadas por una adversidad en salud y su entorno cuidador próximo, junto con los servicios implicados en su atención**. Ello determina su realización en un escenario donde es esencial contar con todos los actores (grupos cruzados):

- Profesionales, planificadores, facilitadores y organizadores de los servicios públicos sanitarios, sociales y de otros sectores como el educativo.
- Directivos, profesionales y activos (voluntarios, enfermos empoderados) del movimiento asociativo y afectados y familiares por parte de la ciudadanía

#### Realización del Taller

Se realiza un Taller para la aplicación de la metodología al lado para el análisis de situación del PICUIDA: Grupo Cruzado, basado en el debate de los asistentes sobre las necesidades de las personas afectadas y su entorno durante las diferentes fases del proceso de atención, siguiendo el “Itinerario de atención compartida” (ver figura adjunta) construido por la estrategia Al Lado, que contempla las siguientes fases diferenciadas: 1 Prevención y promoción, 2 Alrededor de la noticia, 3 Evolución y 4 Fase terminal.



Fig. 3. Itinerario de Atención Compartida.



Fuente: Estrategia Al Lado CISPS 2015.

En la dinámica del debate se van obteniendo, a través de las sucesivas intervenciones una serie de propuestas de mejora respecto a cada fase de la atención. Posteriormente, cada una de estas propuestas son valoradas en orden a su facilidad de aplicación (factibilidad), con un sistema de votación mediante aplicación móvil, que permanece activa hasta 24 horas después de la finalización de la actividad presencial del taller.

De la valoración posterior, que este informe realiza, evaluando la dinámica del taller (las intervenciones registradas; el planteamiento de las propuestas y su evaluación de factibilidad) se extraen una serie de recomendaciones para ser tenidas en cuenta en el proceso de planificación del PICUIDA.

### *Participantes del taller*

Treinta y siete participantes que reflejan la diversidad de los actores, desde los servicios públicos: profesionales de la enfermería, medicina y trabajo social y se incluyen directivos de UGC y gestores. Igualmente, desde las asociaciones asisten directivos, profesionales, cuidadores y enfermos empoderados.

Se plantea la exploración de las expectativas de los asistentes, en ningún caso es estadísticamente representativa, aunque si refleja una primera aproximación de las ideas y actitudes de los participantes. Se realiza al principio una serie de preguntas exploratorias introductorias mediante el sistema de votación ya citado y se concluye que:

- Que para casi todos los asistentes la situación de los cuidados en el sistema sanitario es mejorable, quedando mucho trabajo por realizar para poder integrar su importancia en un nuevo modelo de atención (62 %).

- Actualmente se considera que los cuidados que se realizan en el sistema son primordialmente físicos (78 %) y habría que insistir en la gestión emocional e integral de los cuidados (17), teniendo también en cuenta el horizonte de la recuperación del proyecto de vida de las personas afectadas por problemas de salud (5%).
- La mayoría de los asistentes considera que cuidar es una atribución exclusivamente de afectados y profesionales (41%), algunos tienen también en cuenta al entorno cuidador próximo (56%) y muy pocos tienen en cuenta compartirlo con las asociaciones de afectados (3%).

### *Ideas fuerza de la Estrategia Al Lado*

Ideas fuerza de la estrategia al lado: 1) La hipótesis de partida: “La diana”, 2) La visión global: Patográfica y biográfica, 3) Modelos de atención, 4) El grupo director/motor: Reflejo de los sectores implicados, 5) La red de apoyo social: Valor pronóstico, 6) El itinerario de Atención compartida: Avances que propicia , 7) Reducir el sufrimiento, 8) La recuperación como denominador común, 9) Todos comparten y ganan, 10) El valor del proyecto Al Lado.

### *Concreción de las propuestas de mejora*

A través de las intervenciones de los participantes, se llega a extraer las distintas propuestas de mejora en cada fase del itinerario, resultando la relación de propuestas finales Posteriormente se pasa a ponderar la factibilidad de cada una. Cada propuesta ponderada lleva a la idea o recomendación para su puesta en marcha. Se obtienen así, las recomendaciones por cada una de las fases del itinerario.

Fases del itinerario de atención	Intervenciones realizadas	Cuestiones propuestas	Obtención de recomendaciones
Promoción, prevención, sensibilización	16	10	4 Recomendaciones
Diagnóstico alrededor de la noticia	23	14	5 Recomendaciones
Tratamiento y evolución	12	7	4 Recomendaciones
Fase terminal, últimos días, duelo y recuperación	9	10	4 Recomendaciones
<b>Totales</b>	<b>60**</b>	<b>41</b>	<b>17 Recomendaciones</b>

\* No se contabilizan como intervenciones, ya que son votos emitidos a las 4 preguntas de exploración de expectativas.

\*\* Las intervenciones que se contabilizan son las que aportan algo nuevo respecto a las anteriores. Puede estimarse que las intervenciones reales sobrepasan el centenar.

El taller concluye con 60 intervenciones de los participantes, que se concretaron en 41 propuestas respecto a las distintas fases del itinerario y que, tras la votación de su factibilidad (con una media de votantes de 24, en un intervalo entre 18 y 37), se plasmaron en 18 recomendaciones para su posible incorporación en de la Estrategia de Cuidados.

## *Reuniones de grupo (identificación de necesidades y expectativas y generación de propuestas)*

Los métodos cualitativos de investigación permiten un estudio abierto y próximo de las realidades vividas por los actores sociales en sus propios términos (Alonso, 1998: 46). Se selecciona dentro de esta metodología dos métodos de investigación cualitativa: la entrevista abierta y las reuniones de grupo, en las variantes conocidas como "grupo triangular" y "grupo generalizado". Con la entrevista abierta hemos recogido vivencias individuales, o, mejor dicho, domésticas: hemos procurado que estuviera presente una persona del hogar, para que los pacientes se refirieran lo más posible a su entorno cotidiano y no al sanitario.

Las reuniones de grupo triangulares constituyen una variación del Grupo de Discusión clásico (Ibáñez, 1979) utilizada por Fernando Conde (Conde, 2008). Se distingue de aquellos porque son reuniones más pequeñas en las que participan personas de posiciones más marcadamente diferentes. Como resultado de estas diferencias se producen intervenciones individuales más largas, donde resultan más visibles las prácticas cotidianas y se acude menos al lugar común de las representaciones sociales. Frente a los grupos de discusión, donde se recogen discursos más consolidados, en los grupos triangulares se representa mejor la creación de lo cotidiano, y por tanto de las prácticas tal y como aquí las entendemos.

### **Muestreo**

Se realizaron tres grupos triangulares, un grupo de discusión y dos entrevistas biográficas. La representatividad de la base empírica de una investigación cualitativa siempre puede ser cuestionable, máxime cuando, como sucede en esta, se ha dispuesto de un tiempo corto y por lo tanto de una muestra limitada.

A este respecto, queremos subrayar la diferencia sustancial que existe entre la investigación cualitativa y la cuantitativa. Nosotros aquí recogemos proposiciones que expresan relaciones de significado, y por lo tanto forman parte de un campo social, el de los cuidados. Ahora bien, un campo semántico ¿puede considerarse como una población como la define la estadística? Evidentemente no. Si acaso los campos semánticos presentan mayores afinidades con las estructuras lógicas, en las que unos juicios se sitúan frente a otros juicios. El análisis cualitativo se aplica a hechos, pero estos hechos son ideas. (Bunge, 1971).

No obstante, es preciso adoptar estrategias que nos permitan recoger diversas perspectivas, para evitar los principales sesgos que se pueden identificar a priori. Se busca representar la

estructura de las variaciones previsibles respecto a la intervención del SSPA. Por tanto, se realizaron tres reuniones grupales triangulares, estructuradas en tres ámbitos: atención hospitalaria, atención primaria y atención domiciliaria. Por el lado de la población, hemos perdido los matices que aportaría un recorrido completo por la gran heterogeneidad que introducen las enfermedades, pues ha sido obligado limitar el campo. Hemos accedido a dos perfiles muy genéricos: crónicos, al que hemos accedido a través de las entrevistas biográficas a dos enfermos de diabetes, y dependientes, con un grupo de discusión clásico en el que participaron profesionales y representantes de entidades acerca de niños en situación de dependencia.

### Ficha de entrevistas y reuniones grupales

- Entrevista a persona con problema crónico de salud 1: 2 Adultos de mediana edad, personas afectadas de diabetes y su esposa, medio periurbano, nivel social medio.
- Entrevista a persona con problema crónico de salud 2: Adulto mayor afectado de diabetes y persona que cuida (sobrina, joven), medio urbano, entorno popular.
- Reunión de grupo clásica: 12 miembros de entidades y profesionales sanitarios acerca de niños en situación de dependencia.
- Reunión triangular de profesionales de atención primaria.
- Reunión triangular de profesionales de atención primaria, sobre atención domiciliaria.
- Reunión triangular de profesionales de atención hospitalaria.

### Principales resultados

#### *Pacientes*

Los pacientes perciben la enfermedad como un trabajo, que atraviesa una serie de fases. Se identifica una fase de rebelión y otra en la que se asume la enfermedad y se toma una actitud pragmática.

¿Cómo se pasa de una fase a la otra? Puede tener lugar como consecuencia de la autoridad al profesional sanitario, pero esto no siempre funciona. También la responsabilidad personal puede jugar un papel: nos cuidamos para no fallar a los demás (“a nuestra familia, a los demás ciudadanos que contribuyen con sus impuestos a curarnos...”).

¿Cómo se puede promover el autocuidado? Tratando al paciente como un individuo, conviene estar sensibilizado a la diversidad. Habría que modular las instrucciones para los autocuidados, de manera que se integren lo mejor posible con la vida cotidiana de los pacientes y sean bien comprendidas. En parte por esto, la recomendación de hábitos conviene realizarla en el marco de una consulta, no sólo a través de material de promoción, en especial cuando existan posibles

dificultades de comunicación y habrá que utilizar herramientas metodológicas para una educación terapéutica efectiva. También se resalta la utilidad y el refuerzo del trabajo en grupo.

A la hora de mejorar la respuesta sanitaria con la población dependiente, cambia el eje de análisis. ¿Cómo instrumentar las respuestas "naturales", fundamentalmente de la familia? Un rasgo corriente del entorno de una persona altamente afectada es que se encuentra en un estado de choque. Puede proceder una intervención psicosocial, e incluso herramientas intensivas de intervención, como la planificación centrada en la familia.

### *Profesionales*

Los Profesionales resaltan como los Cuidados en los sistemas de información se materializan de forma poco usables. Esto lleva a que registren las actividades conforme a lo requerido por los sistemas, y no tanto según la realidad. Las dificultades para informar correctamente vienen también de la organización del trabajo: el tiempo para hacer informes correctos no está garantizado, la información de otros profesionales no siempre llega en el momento necesario. Los sistemas de información restan tiempo para la ejecución de cuidados. Además, la mala información dificulta la continuidad, y puede incluso dar lugar a errores clínicos.

En la atención a domicilio los pacientes pueden tener, además de su condición, dificultades para organizar su vida cotidiana que son mayores cuando sus medios son limitados. Donde coinciden ambas circunstancias los profesionales plantean revisar casos entre el equipo de atención a domicilio. Sin embargo, este trabajo de equipo se posterga debido a la limitación de los recursos humanos, del tiempo disponible por los profesionales. Habrá entonces que priorizar, establecer los perfiles a los que se debe someter a un abordaje colectivo.

Se reclama unidad de criterios en este asunto: ¿qué cuidados debe el paciente proporcionarse a sí mismo, y cuáles no? Es frecuente que se produzcan contradicciones en la asignación de tareas: algunos profesionales sanitarios remiten a otros para tareas que podrían asumir los propios ciudadanos.

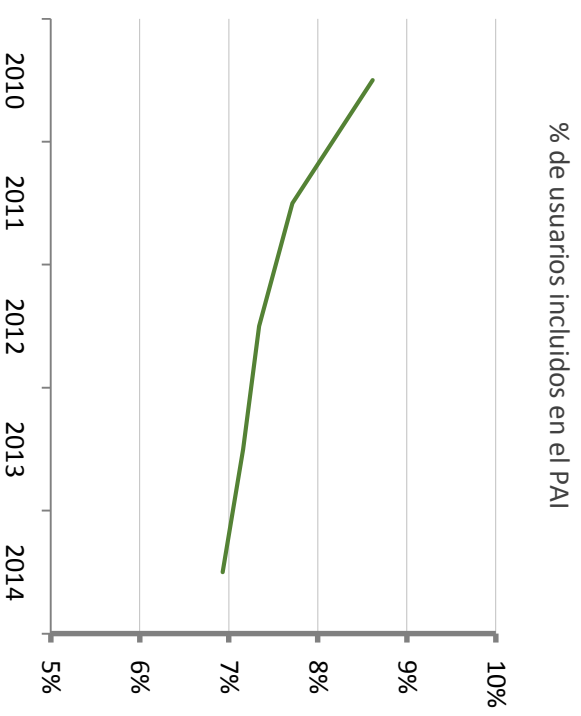
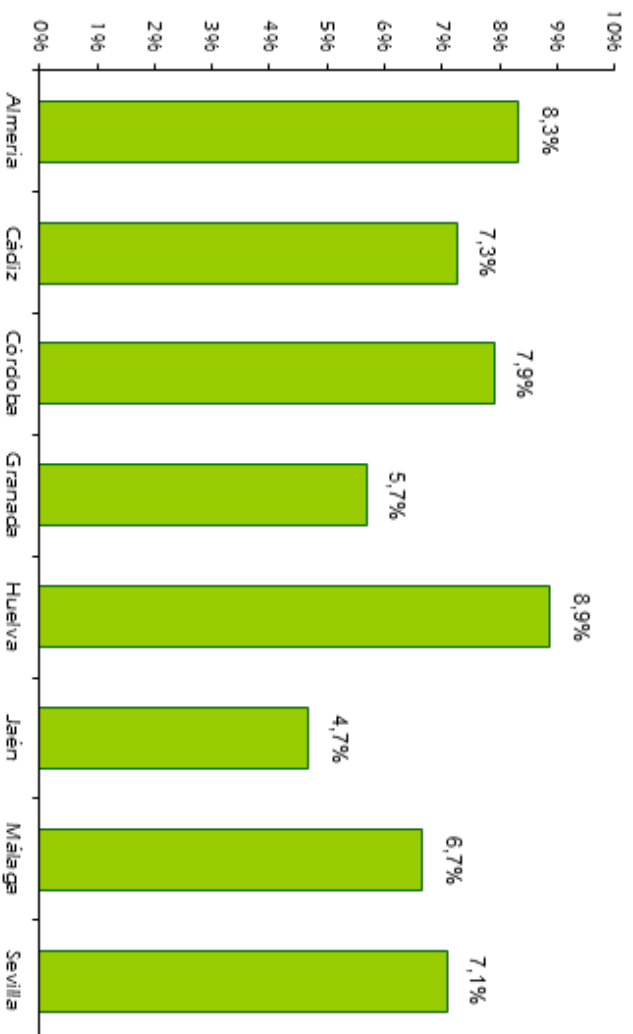
## Áreas de mejora y propuestas

Áreas de mejora	Propuestas
Sistemas de información en que se plasman los cuidados	Realizar una consultoría de usabilidad como última fase de configuración de los sistemas informáticos, considerando: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La organización efectiva del trabajo de cuidados en cada centro.</li> <li>- Su papel como elemento de información para uso autónomo por los pacientes.</li> </ul>
Optimizar la adherencia a través de la educación terapéutica	Cuando tengan lugar actividades grupales, realizar un cribado basado en características sociales para posterior refuerzo individual. Las variables a considerar son, sobre todo, las que pueden afectar a la comunicación. Principalmente: discapacidad, formación e idioma.
Cooperación	Sería útil orquestar una serie de medidas capaces de promover actitudes cooperativas. Establecer perfiles sociales para el cribado de casos en que sea útil un abordaje colectivo
Asignación de tareas de cuidado.	Unificar criterios para cada proceso, establecer qué es responsabilidad de cada ciudadano y qué de cada profesional, y darle difusión entre los ciudadanos y profesionales de todos los niveles
Integralidad	Adaptar los protocolos de comunicación con otras instancias administrativas a nivel local. Salud en todas las políticas.

### Anexo 3. Actividad Asistencial

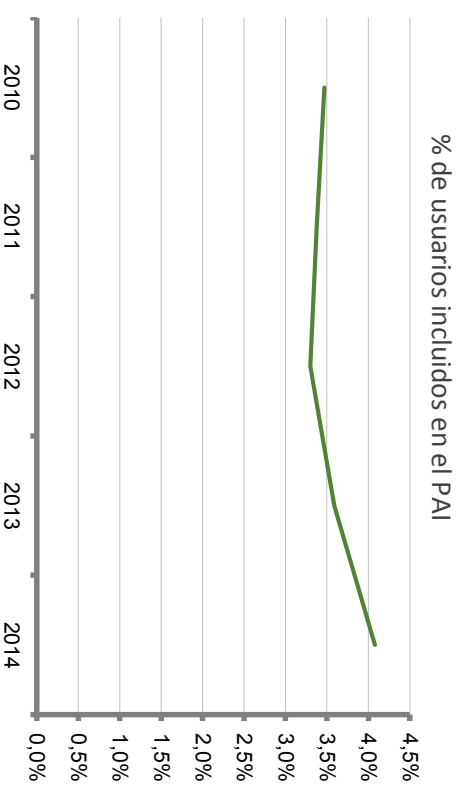
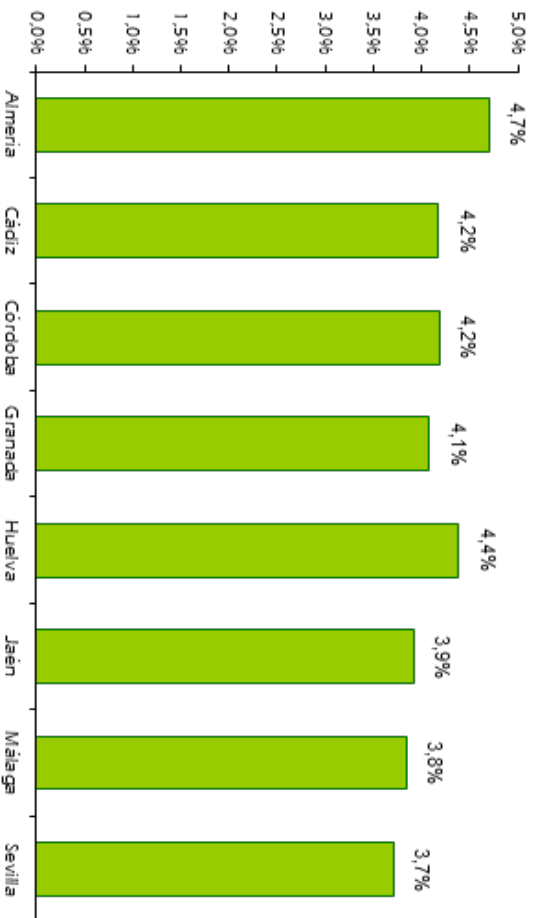
#### Actividad relacionada con procesos asistenciales integrados PAI relacionados con la cronicidad

Proceso asistencial integrado de pluriopatológicos



Gráficos 1 y 2. Porcentaje de pacientes incluidos en el Proceso Asistencial "Atención al Paciente Pluriopatológico". Evolutivo 2010-2014. Diábaco 2013. Servicio de producto sanitario. Servicio Andaluz de Salud.

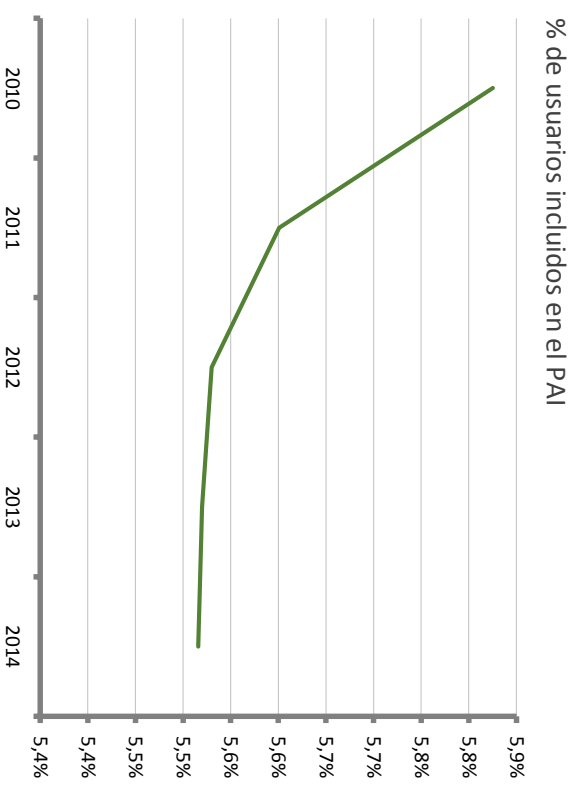
Proceso asistencial integrado de EPOC



Gráficos 3 y 4. Porcentaje de pacientes incluidos en el Proceso Asistencial “EPOC”. Evolutivo 2010-2014. Diábaco 2013.Servicio de Producto sanitario. Servicio Andaluz de Salud.

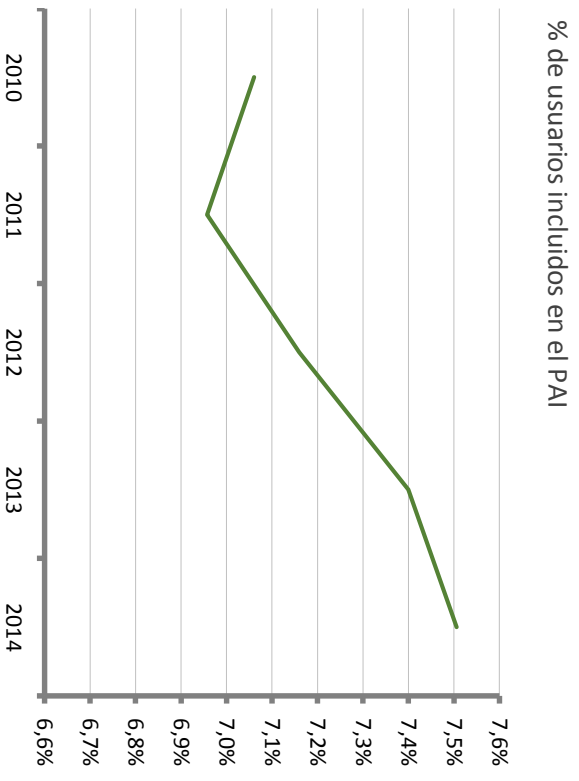
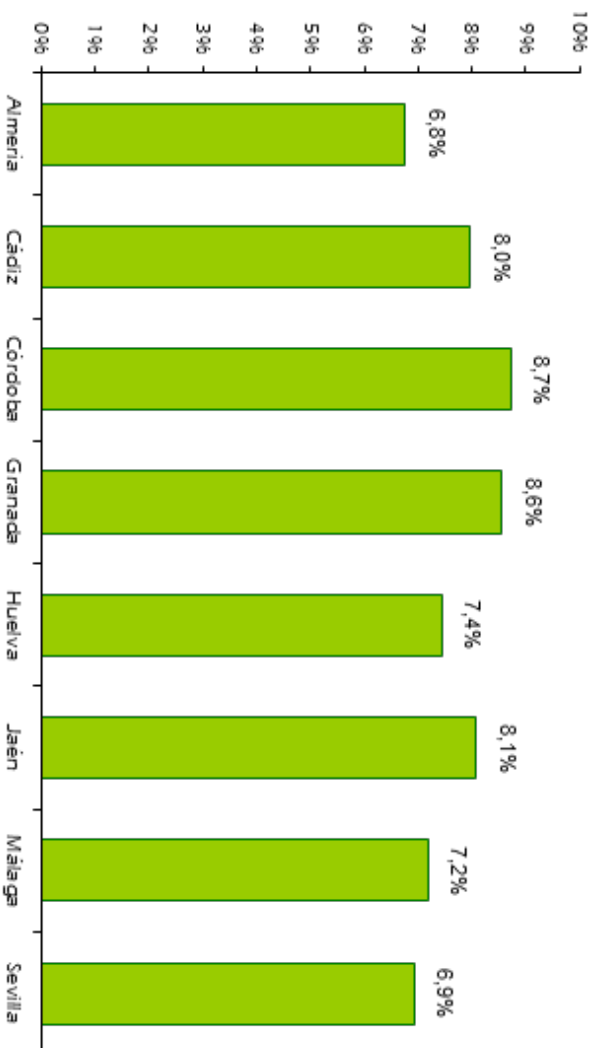


Proceso asistencial Integrado de Insuficiencia Cardíaca



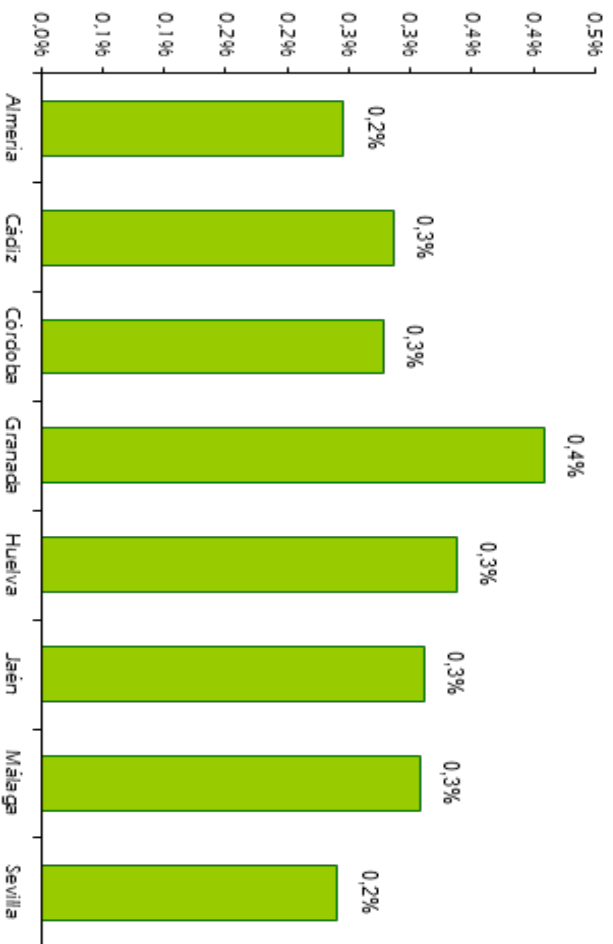
Gráficos 5 y 6 Porcentaje de pacientes incluidos en el Proceso Asistencial "Insuficiencia Cardíaca". CMBDA 2013. Evolutivo 2010-2014. Servicio de producto sanitario. Servicio Andaluz de Salud.

Proceso asistencial integrado de Diabetes

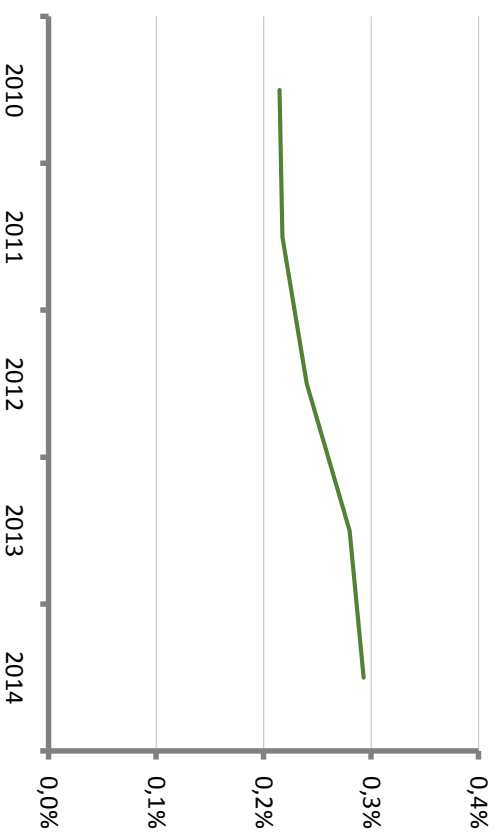


Gráficos 7 y 8. Porcentaje de pacientes incluidos en el Proceso Asistencial “Diabetes”. Evolutivo 2010-2014. Diábaco 2013. Servicio de Producto sanitario. Servicio Andaluz de Salud.

Proceso asistencial integrado de Cuidados paliativos



% de usuarios incluidos en el PAI



Gráficos 9. y 10 Porcentaje de pacientes incluidos en el Proceso Asistencial "Atención a pacientes con cuidados paliativos". Evolutivo 2010-2014. Diábaco 2013. Servicio de Producto Sanitario. Servicio Andaluz de Salud.

## Actividades realizadas desde Atención Primaria

Tabla 1. Actividades de Promoción de Salud vinculadas a Estrategias, Planes y Proyectos. Año 2014.

<b>ACTIVIDADES PROMOCIÓN SALUD</b>	
<b>CONSEJO DIETÉTICO INTENSIVO (CDI)</b>	<b>Total Andalucía</b>
Nº de mujeres que reciben cdi individual	144.065
Nº de hombres que reciben cdi individual	97.664
Nº de mujeres que reciben cdi grupal	41.707
Nº de hombre que reciben cdi grupal	17.111
Nº de total de personas que reciben consejo intensivo	286.245
<b>Comedores saludables</b>	<b>Total Andalucía</b>
Nº de visitas a web de comedores saludables	438.931
Nº de asesorías emitidas. Comedores saludables	725
<b>Por un millón de pasos</b>	<b>Total Andalucía</b>
Municipios que participan del programa “por un millón de pasos”	136
Nº de mujeres participantes	14.125
Nº de hombres participantes	9.411
<b>Rutas de vida sana</b>	<b>Total Andalucía</b>
Nº de rutas de vida sana implantadas	218

Fuente: Servicio de Promoción de Salud y Participación Social. Secretaría General de Salud Pública y Consumo.

Tabla 1. Actividades de Promoción de Salud vinculadas a Estrategias, Planes y Proyectos. Año 2014. (continuación)

<b>Grupos socioeducativos (GRUSE)</b>	<b>Total Andalucía</b>
Nº de mujeres en Andalucía que ha finalizado un grupo GRUSE	3.253
Nº de grupos realizados	413
Nº de UGC implicadas	301
<b>Plan integral de tabaquismo</b>	<b>Total Andalucía</b>
Nº de personas con hábito tabáquico registradas	1.134.711
Nº de intervenciones avanzadas individuales	31.589
Centros que realizan intervenciones avanzadas individuales	419
Nº de intervenciones avanzadas grupales	7.295
Centros que realizan intervenciones avanzadas grupales	305
Nº de personas que abandonan el consumo	29.093
<b>Forma Joven</b>	<b>Total Andalucía</b>
Nº de asesorías realizadas	8.965
Nº de actividades grupales	9.574
Nº de mujeres jóvenes atendidas	13.252
Nº de hombres jóvenes atendidos	9.753
<b>Programa de promoción de la salud en lugares de trabajo</b>	<b>Total Andalucía</b>
Nº de centros de trabajo incluidos en el programa	53
Nº de actividades realizadas	126
Nº de mujeres asistentes	851
Nº de hombres asistentes	457
<b>Foro de pacientes con cáncer</b>	<b>Total Andalucía</b>
Nº total de usuarios del foro que realizan consulta entre 2010-2014	24.046
<b>Asociaciones en salud</b>	<b>Total Andalucía</b>
	725

Fuente: Servicio de Promoción de Salud y Participación Social. Secretaría General de Salud Pública y Consumo.

Tabla 2. Cartera de Servicio Atención Primaria. Año 2014.

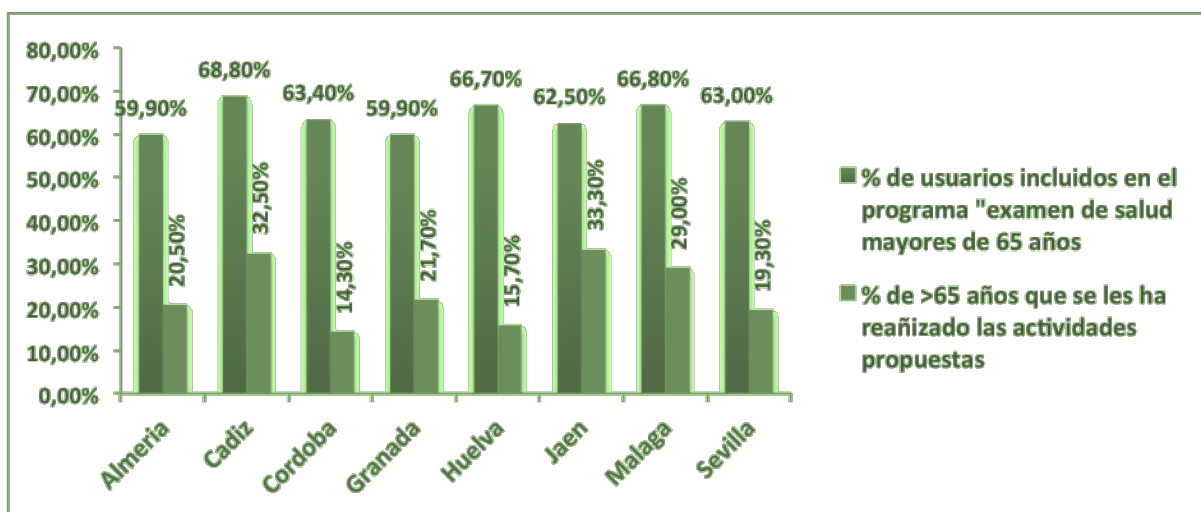
<b>Vacunas</b>	<b>Total Andalucía</b>
% de niños nacidos en el periodo anual dos años anteriores al que hay que evaluar que han recibido vacunación completa	96,36%
% de niños/as de 6 años vacunados de DTPA	87,63%
% de niños/as de 14 años vacunados de DT	71,08%
% personas vacunadas de gripe menores de 15 años	2,57%
% personas entre 15 y 64 años vacunados de la gripe	5,28%
%total de vacunados contra la gripe > 64 años	50,02%
% de pacientes residentes en instituciones vacunados de gripe	50,20%
Cobertura de vacunación HB completa sobre los que inician la vacunación	60,89%
<b>Programa de salud infantil y del adolescente</b>	<b>Total Andalucía</b>
% de niños/as que cumplen 4 años en el año a evaluar y han realizado 6 visitas o más para seguimiento del programa del niño sano	30,80%
% Centros inscritos en Forma Joven	46,70%
Nº de jóvenes (hombre) atendidos en Forma Joven	9.753
Nº de jóvenes (mujer) atendidos en Forma Joven	13.252
Nº total de actividades grupales en Forma Joven	9.580

Tabla 2. Cartera de Servicio Atención Primaria. Año 2014. (continuación).

<b>Atención a problemas específicos</b>	<b>Total Andalucía</b>
% de personas hipertensas en seguimiento sobre población general	12,03%
Nº de niños/as incluidos en el Proceso Asma en la Edad Pediátrica (menores de 14 años)	123.190
Nº de personas con tratamiento de anticoagulación oral en seguimiento	136.647
Nº de personas fumadoras en seguimiento por deshabituación	1.345.300
% de personas que abandonan el hábito tabáquico	3,30%
<b>Examen de salud (es) mayores de 65 años</b>	<b>Total Andalucía</b>
Nº de personas incluidas en el programa ES mayores de 65 años	843.317
% de usuarios incluidos en el programa ES mayores de 65 años	64,13%
% de personas incluidas en el programa de salud ES a mayores de 65 años frágiles	24,86%
% de personas incluidas en el programa de salud ES a mayores de 65 años dependientes	18,39%

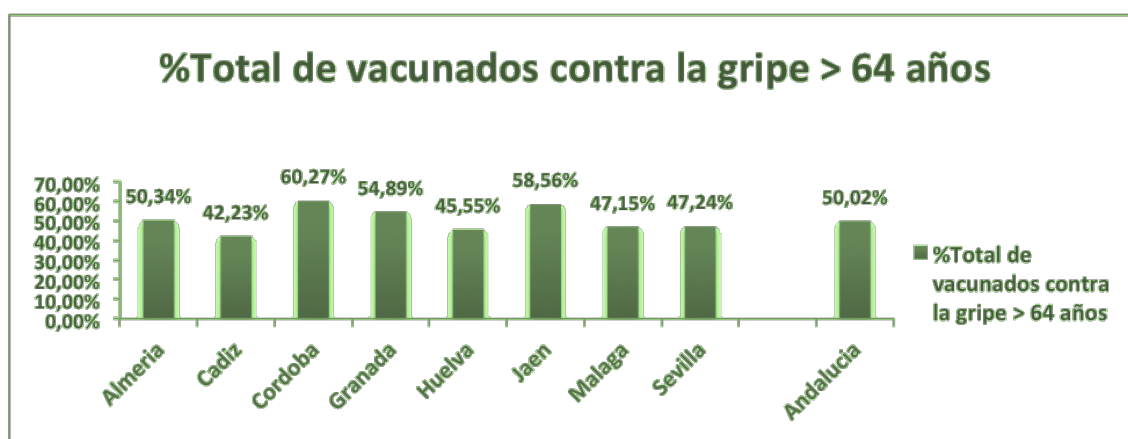
Fuente: SI Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados en Salud

Gráfico 11. Programa Examen de Salud mayores de 65. Año 2014.



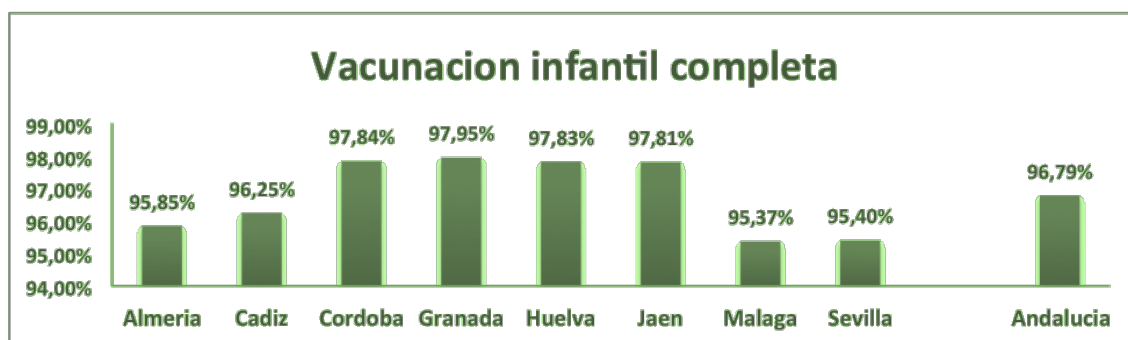
Fuente: SI Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados en Salud.

Graf. 12. Vacunación Antigripal > 64. Año 2014.



Fuente: SI Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados en Salud.

Graf. 13. Vacunación Infantil completa. Año 2014



Fuente: SI Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados en Salud.



Tabla 3. Servicios de Apoyo al Cuidado. Atención Primaria. Año 2014.

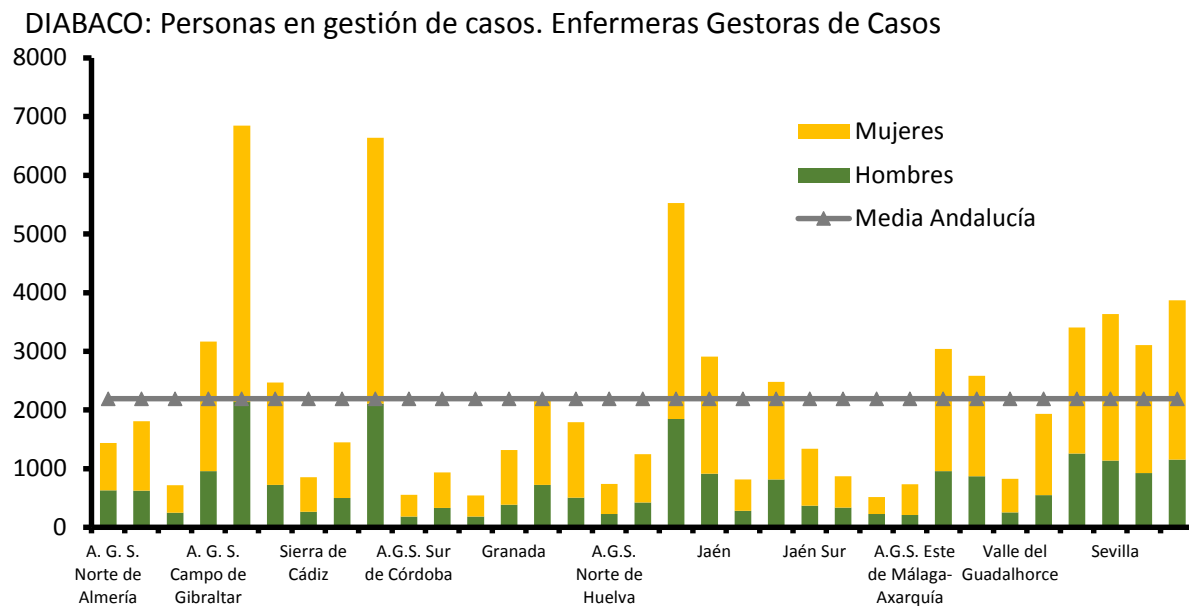
<b>ATENCIÓN EN DOMICILIO</b>		<b>TOTAL ANDALUCÍA</b>
Cobertura de seguimiento de inmovilizados (Inmovilizados=15 % > 65 años)		80,98%
Nº de pacientes en seguimiento al alta hospitalaria		77.147
Nº de mayores residentes en instituciones en seguimiento protocolizado por el Distrito		59.381
Nº de hombres cuidadores		28.201
Nº de mujeres cuidadoras		119.995
Nº de hombres en Atención Domiciliaria		204.030
Nº de mujeres en Atención Domiciliaria		333.151
Nº de hombres en Gestión de Casos		23.288
Nº de mujeres en Gestión de Casos		49.072
<b>LEY DE DEPENDENCIA</b>		<b>TOTAL ANDALUCÍA</b>
Total de informes de condiciones de salud realizados en 2014		51.666
<b>ATENCIÓN A PERSONAS EN RIESGO SOCIAL</b>		<b>TOTAL ANDALUCÍA</b>
Total de personas en riesgo social atendidas		31.799
Total de mayores de 65 años en riesgo social atendidos		14.960

Tabla 3. Servicios de Apoyo al Cuidado. Atención Primaria. Año 2014. (Continuación)

PERSONAS QUE CUIDAN	TOTAL ANDALUCÍA
Total de mujeres que cuidan identificadas en Atención Domiciliaria	119.995
Total de hombres que cuidan identificadas en Atención Domiciliaria	28.201
Total de mujeres beneficiarias de la tarjeta + cuidado	71.853
Total de hombres beneficiarios de la tarjeta + cuidado	12.964
Total de personas beneficiarias de la tarjeta + cuidado (demencias)	41.932
Talleres impartidos a personas que cuidan	4.725
Nº de Personas que Cuidan asistentes a los distintos talleres	68.079
MATERIAL DE APOYO AL CUIDADO	TOTAL ANDALUCÍA
Personas con material de apoyo al cuidado en su domicilio: Camas, colchones para la prevención de las úlceras por presión, grúas o barandillas.	19.584
PLAN DE ALTAS TEMPERATURAS	TOTAL ANDALUCÍA
Pacientes incluidos en el programa	8.965
Llamadas realizadas	5.015
% de personas incluidas en el programa que viven solas	40%

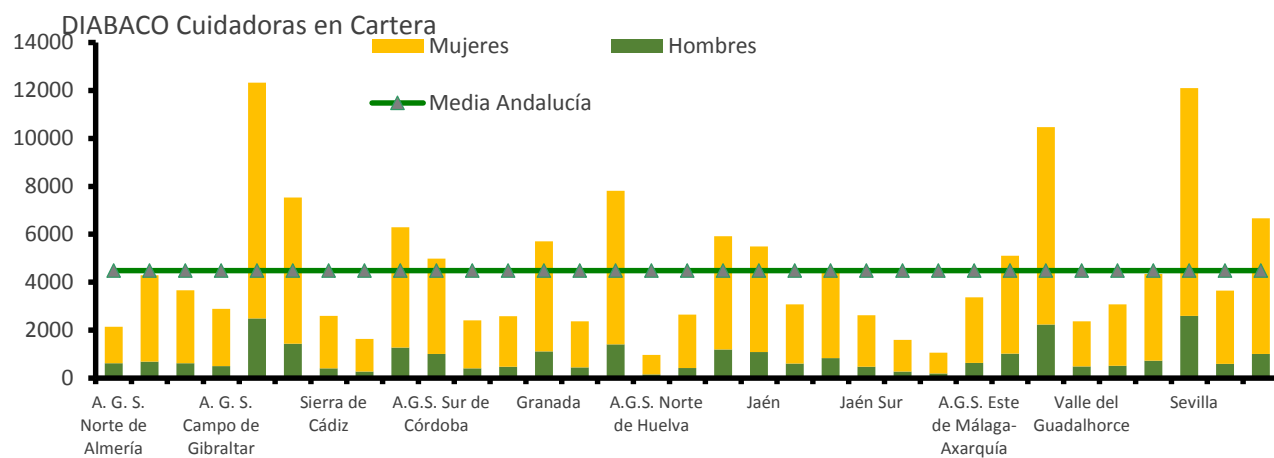
Fuente: SI Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados en Salud.

Gráfico 14. Personas en Gestión de Casos. Año 2014.



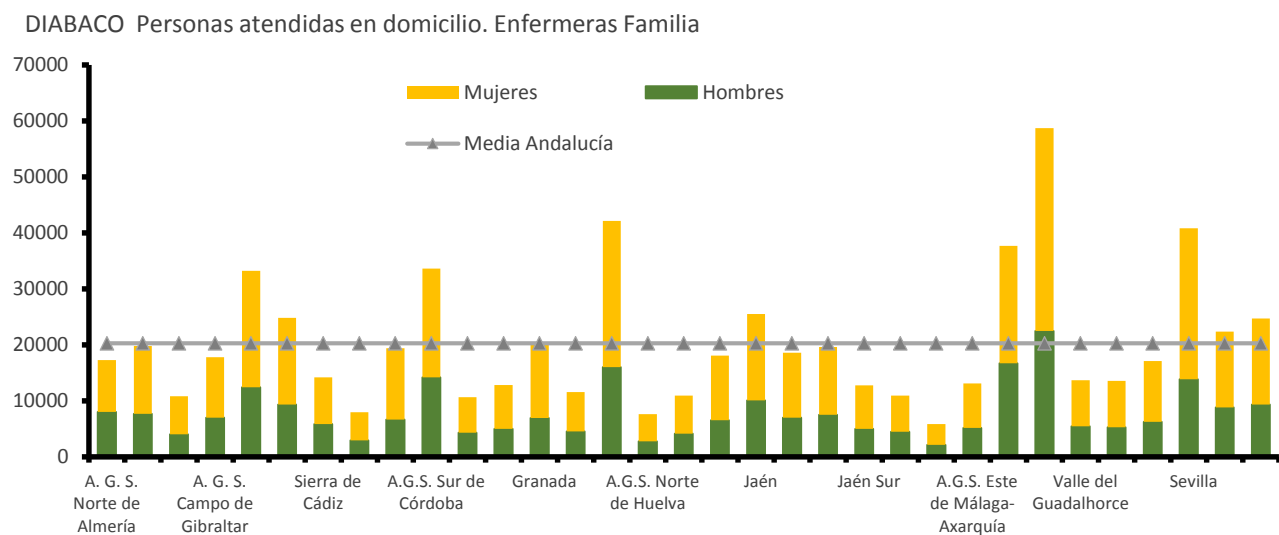
Fuente: SI Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados en Salud.

Graf. 15. Cuidadoras en Cartera. Año 2014.



Fuente: SI Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados en Salud.

Graf. 16. Personas Atendidas en el Domicilio. Año 2014.



Fuente: SI Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados en Salud.

## Anexo 4. Profesionales que integran el grupo motor para el diseño y elaboración del PICUIDA

### Integrantes del grupo motor

Análisis	Coordinador/Es	Equipo Apoyo
Análisis desde la Perspectiva de la Ciudadanía	Susana Rodríguez Gómez	Nieves Lafuente Robles María Isabel Casado Mora Marian Ayuso Fernandez Rafaela Camacho Bejarano
Análisis desde la Perspectiva del Cuidado Profesional		
Análisis desde la Perspectiva del Sistema Sanitario	Yolanda Morcillo Muñoz Susana Rodríguez Gómez	Cipriano Viñas Vera M Mar Torres Navarro
Proyectos	Coordinador/Es	Equipo Apoyo
Accesibilidad, Personalización de la Atención, Continuidad de los Cuidados	Inmaculada Perteguer Huertas Charo García Juárez Gador Ramos Bosquet	Mónica Rodríguez Bouza Juan Gómez Salgado Ana Varella Safont Francisco Peregrina Palomares
Nuevas Competencias y Orientación a Resultados	Francisco Pedro García Fernandez	Antonio González Delgado
Cronicidad y Necesidad de Cuidados Avanzados	Juan Carlos Morillas Herrera	Eugenio Contreras Francisco J Martin Santos
Cuidados Seguros	J Carlos Canca Sánchez	Mónica Rodríguez Bouza
Participación Ciudadana Y Responsabilidad Compartida	M <sup>a</sup> Pilar Baraza Cano	
Tecnologías De La Comunicación Y La Información	José Luis Gutiérrez Sequera	

## Integrantes del grupo DELPHI

PROYECTOS	PARTICIPANTES DELPHI	CENTRO DE PROCEDENCIA
Proyecto 1  PARTICIPACION CIUDADANA Y RESPONSABILIDAD COMPARTIDA	M <sup>a</sup> Pilar Baraza Cano	DS PONIENTE
	Sagrario Esteban López	CIDPS (ESTRATEGIA DE BIOETICA)
	Ana M <sup>a</sup> Afan De Rivera	DS. GRANADA/ METROPOLITANO
	Teresa Granados Serrano	DS PONIENTE
	Antonio Nuñez Bocanegra	AGS NORTE DE MALAGA
	Mauricio Dueñas Diaz	ASOCIACIÓN DE PERSONAS CON DIABETES DE HUELVA
	Manuela Lacida Baro	D.S. CÁDIZ BAHÍA-LA JANDA
	Rafael Muriel	CISPS (SERVICIO DE PARTICIPACIÓN)
	Camila Méndez Martínez	CISPS (DG CALIDAD)
	Maria Teresa Iriarte De Los Santos	DS PONIENTE
	Pablo Cazorla López	DS PONIENTE
	M <sup>a</sup> Eugenia Gómez Martínez	EASP
	Ainhoa Ruiz Azarola	EASP
	Teresa González Galiana	ONG MÉDICOS DEL MUNDO
Proyecto 2  ACCESIBILIDAD, PERSONALIZACIÓN Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS	Juan Gómez Salgado	DS CONDADO CAMPIÑA HUELVA
	Yolanda Morcillo Muñoz	DS GRANADA METROPOLITANO
	Cipriano Viñas Vera	HOSPITAL REGIONAL CARLOS HAYA
	Inmaculada Perteguer Huertas	HOSPITAL PUERTA DEL MAR
	Mónica Rodríguez Bouza	EPES
	Luis Torres Perez	H VIRGEN DE LA VICTORIA
	Juan Francisco Jiménez García	SERVICIOS DE APOYO DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD DS PONIENTE
	Juan Sergio Fernández Ruiz	DS GRANADA METROPOLITANO
	Antonio Velazquez Salas	DS SEVILLA
	Rosario Garcia Juárez	HOSPITAL PUERTO REAL
	M <sup>a</sup> Ángeles López Valverde	DS PONIENTE
	Ana Varella Safont	DS GRANADA METROPOLITANO
	Francisco Peregrina Palomares	DS GRANADA/METROPOLITANO
	Miguel Ángel Castro Turrión	DS GRANADA/METROPOLITANO
	Eduardo López Ramírez	SUBDIRECTOR DE CUIDADOS H. VALME
	Jesus Delgado De Mendoza Núñez	DS. BAHIA DE CADIZ LA JANDA
	Rosa M <sup>a</sup> Pérez Hernández	CS JUNCAL Y CERRO DEL AGUILA. DS SEVILLA
	Berta Gorlat Sánchez	DIRECTORA DE CUIDADOS AGS GRANADA
	Guadalupe Cubillo	EGC HOSPITAL REINA SOFIA CORDOBA
	Angel Rodriguez Hurtado	AGS SUR DE SEVILLA
Isabel Toral Lopez	DS. GRANADA	
Rafaela Cruz Arandiga	AGS. NORTE DE JAEN	
Felipe Cañadas Nuñez	CH. TORRECÁRDENAS	
Fco. Javier Fornieles Cáceres	CH. TORRECÁRDENAS	

PROYECTOS	PARTICIPANTES DELPHI	CENTRO DE PROCEDENCIA
	M. Angel Mingorance Aguado	HOSPITAL TORRECÁRDENAS
	Ana Moreno Verdugo	DS SEVILLA ESTE
	Antonio J Zurita Muñoz	H. VIRGEN DE LAS NIEVES
	Ramón Casares Cervilla	AGS SUR DE GRANADA
	Alfonso J. Parra Estrada	AGS NORTE DE CÁDIZ
	Rafael Gómez Solís	AGS SUR DE SEVILLA
	Francisco Pedro García Fernández	COMPLEJO HOSPITALARIO JAEN
Proyecto 3 ORIENTACIÓN A RESULTADOS	Antonio González Delgado	DS CÓRDOBA
	Pilar Brea Ribero	ACSA (DESARROLLO PROFESIONAL)
	Cesar Hueso Montoro	UNIVERSIDAD DE GRANADA
	Aurora Quero Rufián	UNIVERSIDAD DE GRANADA
	Manuel López Morales	UNIVERSIDAD DE GRANADA
	Pedro Pancorbo Hidalgo	UNIVERSIDAD DE JAEN
	Jose Manuel Martínez Nieto	UNIVERSIDAD DE CADIZ
	Jorge Caro Bautista	DS. MALAGA
	Sergio R. Lopez Alonso	DS. MALAGA
	Luis Lopez Rodríguez	H.U VIRGEN DEL ROCÍO Y MACARENA
	Berta Gorlat López	AGS. SUR DE GRANADA
	Juan Manuel Laguna Parras	COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN
	Alfonso J. Cruz Lendínez	UNIVERSIDAD DE JAÉN
	Juan Carlos Morillas Herrera	UNIDAD DE RESIDENCIAS DS MÁLAGA
Proyecto 4 CUIDADOS INTEGRALES EN LA CRONICIDAD	Lucía Túnez Rodríguez.	DS. ALMERIA
	Eduardo Mayoral Sánchez.	PLAN INTEGRAL DE DIABETES
	M <sup>a</sup> ángeles Prieto	ESCUELA DE PACIENTES EASP
	Carmen Lineros González	EASP
	Eugenio Contreras	INVESTIGACIÓN DS COSTA DEL SOL
	Francisco J Martín Santos	DISTRITO SANITARIO MÁLAGA
	Juan Pedro Batres	AGS JAEN NORTE
	Marisa Amaya Baro	HOSPITAL PUNTA EUROPA ALGECIRAS
	M. Teresa Hernández López	AGS CAMPO DE GIBRALTAR
	Concepción Cruzado Álvarez	HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA
	Cristina Santa Cruz Bellet	DS MÁLAGA
	Magdalena Cuevas Fernández Gallego	DS MÁLAGA
	Fernando González Posada	AGS NORTER DE CADIZ
	Jorge Caro Bautista	DS MÁLAGA
Juan Carlos Canca Sánchez	HOSPITAL COSTA DEL SOL	
Proyecto 6 CUIDADOS SEGUROS	M <sup>a</sup> Angeles García Lirola	DS GRANADA METROPOLITANO
	Concepción Barrera Becerra	ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
	Vicente Santana	ACSA (OBSERVATORIO DE SEGURIDAD)
	Francisca Dominguez Guerrero	HTAL PUERTA DEL MAR
	Jose Luis Gutierrez Sequera	AGS NORTE DE MALAGA

PROYECTOS	PARTICIPANTES DELPHI	CENTRO DE PROCEDENCIA
Proyecto 7  TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN	Alejandro Granados Alba	DS GRANADA METROPOLITANO
	Javier Yagüe	HOSPITAL PUERTA DEL MAR
	Eva Martín	S TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN SAS
	Serafín Fernández Salazar	AS ALTO GUADALQUIVIR
	Antonio J. Ramos Morcillo	UNIVERSIDAD DE MURCIA
	Rosa M. Nieto Poyato	HOSPITALES DE GRANADA
	Virginia Salinas	HOSPITAL REGIONAL UNIV. DE MALAGA
	Carmen Gómez Valenzuela	AGS NORTE DE MALAGA
	Andoni Carrión Jiménez	AGS SANITARIA CAMPO DE GIBRALTAR
	Carlos Núñez Ortiz	AGS CAMPO DE GIBRALTAR
	Maite Martínez Lao	DS ALMERIA
	Rogelio J García Cisneros	AGS NORTE DE MALAGA
	Joaquín Toro Santiago	HOSPITAL UNIV REINA SOFIA
	Antonio Alcalde Pérez	DS CONDADO CAMPIÑA HUELVA COSTA
	Jose Luis Gutiérrez Sequera	AGS NORTE DE MALAGA
	Juana Olvera	DS BAHIA DE CADIZ
	Carlos Fernández Oropesa	AGS GRANADA NORTE
	Antonia María Fernández Luque	AGS AXARQUIA
Araceli Morales Rueda	DS COSTA DEL SOL	
<b>TOTAL 85 PROFESIONALES</b>		



*Directores de planes y planes integrales: DELPHI modificado.*

Nombre	Director/a de Planes Integrales
Manuel Aguilar Diosdado	Plan Integral de Diabetes
Eloisa Bayo Lozano	Plan Integral de Oncología
Maru García Cubillo	Plan Integral de Formación del SSPA
Rafael Camino León	Plan Andaluz de Atención a Pacientes con EE. RR.
Rafael Cía Ramos	Plan Andaluz de Cuidados Paliativos
José Carmona Calvo	Plan Andaluz de Salud Mental
Carmen Echevarría Ruiz Vargas	Plan Andaluz de Accidentabilidad
Juan M.Espinosa Almendro	Plan Andaluz de Alzheimer
Fernando Lozano de León Naranjo	Plan Andaluz frente al VIH/SIDA y otras ITS
Begoña Gil Barcenilla	Plan de Obesidad Infantil
Tomás Gómez Cía	Estrategia de Investigación, Desarrollo e Innovación
Rafael Jesús Hidalgo Urbano	Plan Integral de Cardiopatías
M <sup>a</sup> Dolores Jiménez Hernández	Plan Andaluz de Ictus
Daniel Jesús López Vega	Plan Andaluz de Tabaquismo
Jesús Muñoz Bellerín	Plan de Actividad Física y Alimentación Equilibrada
Francisco Murillo Cabeza	Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias
Manuel Ollero Baturone	Plan Integral de Crónicos
Pablo Simón Lorda	Director de la Estrategia de Bioética
Nieves Romero Rodriguez	Director de la Estrategia de Seguridad del Paciente

## Anexo 5. Fases de desarrollo metodológico de las técnicas de consenso para el diseño de los proyectos estratégicos

### Primera etapa: Discusión de grupo focal (DGF 1)

Se realiza una discusión o debate con el grupo Motor, para recopilar información del análisis y sobre los posibles proyectos prioritarios que a priori podrían componer el PICUIDA. Reunión celebrada en el Hospital Comarcal de Antequera.

Desarrollo de la DGF. Se determinaron los siguientes Proyectos:

1) Accesibilidad y la sostenibilidad del sistema, 2) Personalización de la atención, 3) Continuidad de cuidados, 4) Orientación a resultados, 5) Cuidados Integrales en la Cronicidad, 6) Cuidados seguros, 7) Participación ciudadana y responsabilidad compartida, 8) Tecnologías de la comunicación y la información.

Para cada proyecto se definió un coordinador/a del referente para el desarrollo de técnicas de recogida de información y redacción –propuesta del proyecto final.

### Segunda etapa: Técnica DELPHI

Contacto y envío de la documentación de partida a cada integrante (panelista) del grupo para realizar el cuestionario Delphi Se cumplimentó un CUESTIONARIO de primera ronda donde se le solicitaba proponer objetivos específicos para el proyecto particular y sus correspondientes acciones. Se solicitó al panelista que aportara aquella documentación usada para fundamentar sus opiniones cuando fuera diferente a los documentos proporcionados. Recibidas las aportaciones de los panelistas de cada proyecto el Referente del grupo devuelve la información cegada mediante código numérico a todos los panelistas de modo que puedan reducir sus desacuerdos (segunda ronda). Recibidas las aportaciones de la segunda ronda cada Referente de proyecto organiza toda la información eliminando duplicidades y procurando encontrar entidades que puedan aglutinar objetivos y por ende acciones para terminar generando un documento conclusivo. El documento integral es remitido en formato Excel o encuesta digital según preferencias del referente de Proyecto a los panelistas, que puntúan entre 1 y 10 su acuerdo para cada objetivo y para cada acción, de modo que 1 representa un acuerdo mínimo y el 10 un acuerdo máximo.

Tras la recepción de las votaciones, se calculó el nivel de acuerdo mediante percentiles (Acuerdo (>p75), acuerdo parcial (p25-p75) y Desacuerdo (<p25)) y la dispersión a través del rango intercuartílico (RIC) de las respuestas del siguiente modo: RIC<2: Respuestas poco dispersas, homogeneidad entre los expertos; RIC=3: Cierta grado de divergencia entre las respuestas; RIC>3: disparidad de respuestas amplia. Aquellos objetivos y acciones que no han logrado percentil de acuerdo  $\geq p75$  y RIC<2 serán revisadas en una tercera ronda cuando ha sido necesario.

Se calculó el GAP (pertinencia – factibilidad) y se ordenaron objetivos y actividades en tablas de manera que los criterios de orden fueron. Pertinencia de mayor a menor, GAP de menor a mayor. Los resultados se representaron en gráficas para que los asistentes a la siguiente etapa pudieran visualizar aquellos ítems de mayor interés para la Estrategia.

Se añade en esta fase la realización de una Técnica Delphi modificada de una sola ronda, por la que se invita a los Directores del resto de Planes y Planes Integrales del SSPA a proponer desde las perspectivas de Cuidados dentro de los Planes que representan los objetivos y acciones que considerasen oportunas y necesarias en cada uno de los proyectos estratégicos priorizados. Sus respuestas son incorporadas dentro de cada proyecto, después de concluir la tercera fase que a continuación se expone.

### *Tercera etapa: Discusión de grupo focal (DGF II)*

Seminario presencial: Tomando como base las propuestas del Documento Conclusivo, el grupo motor las discutió mediante metodología de Grupo Focal. Los Referentes de Proyecto encargados de la coordinación de esta técnica en cada grupo redactaron las conclusiones sobre las propuestas y las remitieron en tiempo y forma a la Dirección de la Estrategia de Cuidados.

De la confluencia del trabajo de todos los grupos se configuró un primer borrador de propuestas para el plan, a partir del cual el Comité Editor se ha encargado de elaborar la propuesta definitiva para su validación interna y externa.