

ANEXOS



INDICE

ANEXO I. CLASIFICACIÓN DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE OLLERO.....	1
ANEXO II. BENCHMARKING.....	3
ANEXO III. MARCO COMPETENCIAL AMPLIADO.....	54
ANEXO IV. ESTRATEGIA PILOTAJES COMPETENCIAS AVANZADAS DE ENFERMERÍA.....	175
ANEXO V. INDICADORES Y MÉTRICAS.....	252
ANEXO VI. TASA DE REINGRESOS Y ESTANCIAS.....	259
ANEXO VII. INFORME RESULTADOS ENCUESTA SATISFACCIÓN PACIENTES.....	263
ANEXO VIII. INFORME RESULTADOS ENCUESTA SATISFACCIÓN CUIDADORES Y FAMILIARES.....	276
ANEXO IX. INFORME RESULTADOS ENCUESTA SATISFACCIÓN PROFESIONALES.....	282
ANEXO X. INFORME RESULTADOS PERCEPCIÓN CALIDAD DE VIDA.....	330
ANEXO XI. RESULTADO DE LA ACTIVIDAD DE APOYO DE OSAREAN, PARA SEGUIMIENTO.....	368
ANEXO XII. INFORMACIÓN A PACIENTES SOBRE PROYECTO CONSENTIMIENTO.....	372
ANEXO XIII. CUESTIONARIOS EMPLEADOS.....	376

ANEXO I CLASIFICACIÓN DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE OLLERO

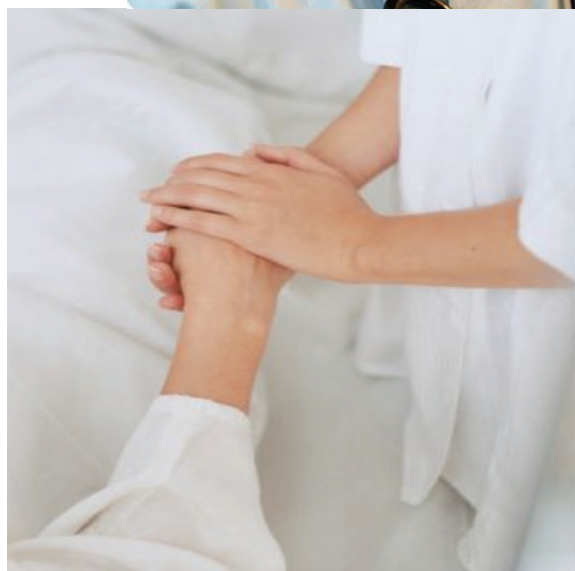
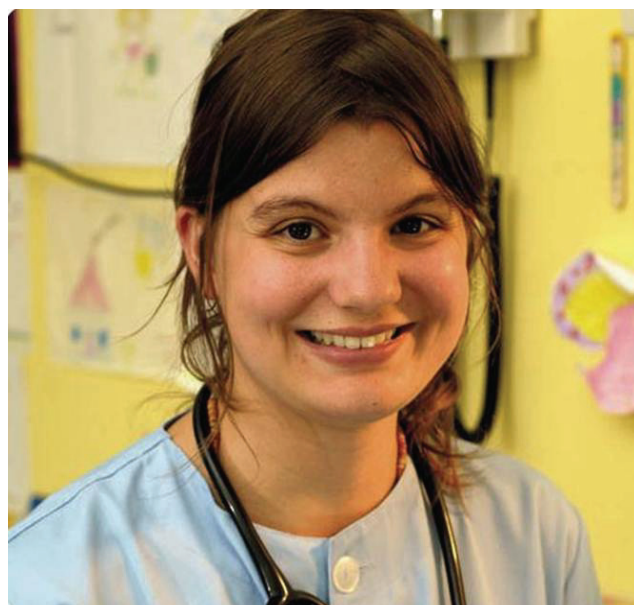
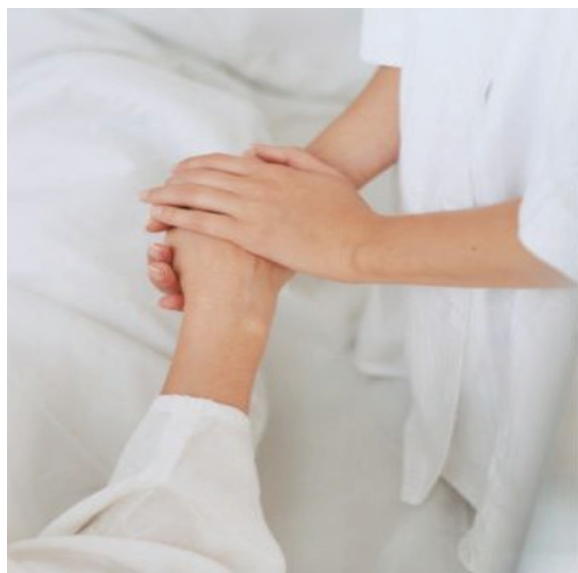
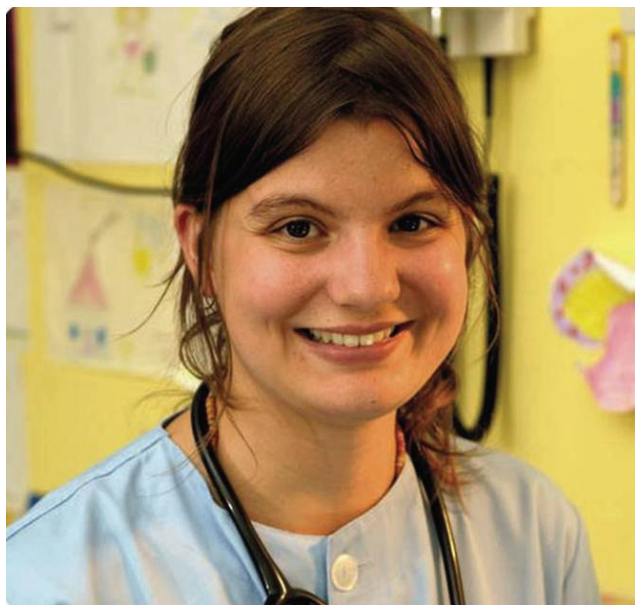


TABLA - I Clasificación del paciente pluripatológico de Ollero (pilotos OSI BIDASOA, 7 y 8 deben cumplir 2 de estas categorías patológicas)

<u>Categoría A:</u> – Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA (ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones). – Cardiopatía isquémica	<u>Categoría E:</u> – Ataque cerebro vascular. – Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60-Anexo 2) – Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer-Anexo 6- con 5 ó más errores).
<u>Categoría B:</u> – Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas. – Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en hombres o >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria (índice albúmina/creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria >3mg/dl en muestra de orina o albúmina>300 mg/día en orina de 24 horas), mantenidas durante 3 meses.	<u>Categoría F:</u> – Arteriopatía periférica sintomática. – Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática
<u>Categoría C:</u> – Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC (Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso), o FEV1<65%, o SaO2 ≤ 90%.	<u>Categoría G:</u> – Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses. – Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa
<u>Categoría D:</u> – Enfermedad inflamatoria crónica intestinal. – Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular (INR >1,7, albúmina <3,5 g/dl, bilirrubina >2 mg/dl) o hipertensión portal (Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos)	<u>Categoría H:</u> – Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).

ANEXO II

BENCHMARKING





Osakidetza

Fichas

Nueva Enfermería de casos/enlace

Modelos nacionales e internacionales de referencia



Introducción

- El presente documento detalla las características y los principales factores a tener en cuenta en diferentes experiencias, nacionales e internacionales, relacionadas con los roles de Enfermeras de Gestión de Casos.
- Los criterios de selección de dichas experiencias (y no otras) se basan en:
 1. La existencia de suficiente documentación y estudios basados en la evidencia de la experiencia en cada país o Región.
 2. El carácter pionero y duración prolongada en el tiempo de programas de Gestión de Caso de modo que puedan extraerse conclusiones de cada experiencia.
- La obtención de información para cada una de las experiencias se llevó a cabo a través de diferentes vías:
 1. Búsqueda bibliográfica de publicaciones y artículos en formato físico y electrónico.
 2. Entrevistas (personales y telefónicas) con agentes implicados en dichas experiencias.
 3. Asistencia a congresos y conferencias en las que se exponían casos de estudio acerca de este tema.

Modelo Andalucía

Modelo Andalucía Gestión de Casos

Las enfermeras **gestoras de casos** han de trabajar con el fin de encontrar el equilibrio entre las necesidades de los pacientes y las del sistema.

Con este propósito, las enfermeras ayudan al paciente y familia a recorrer el sistema de salud con eficiencia, minimizando elementos de fragmentación, discontinuidad y/o duplicidad en la asistencia.

La enfermera vela porque el paciente/familia alcancen los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica, identificando y movilizand los recursos necesarios, y facilitando la intervención de los diferentes profesionales y servicios, para el logro de los mejores resultados

La Enfermera Gestora de Casos ofrece un entorno centrado en la persona y no en la enfermedad, promueve la autonomía como pilar para la recuperación funcional y reincorporación a la comunidad, garantiza el máximo bienestar y minimiza el sufrimiento de pacientes y familiares, fomenta la toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes, y asegura la continuidad de la atención.

El modelo andaluz está orientado a dar servicios a pacientes en domicilio y a sus cuidadoras/es con carácter integrado y colaborativo entre los diferentes proveedores de servicios sanitarios, (AP, AE, servicios sociales).

Modelo Andalucía

Modelo Andalucía Enfermera gestora de Casos Comunitaria (EGCc)

La captación de pacientes se realiza o bien desde el Programa de Crónicos Domiciliarios Inmovilizados” o bien directamente a propuesta de su Equipo de AP (médico, enfermera, trabajador/a social), la Unidad de Atención al Usuario o por la EGCh, la Enfermera del Hospital o la de Emergencias.

Uno de los principales hitos de este modelo es conseguir un plan de asistencia consensuado (EGCc, Equipo AP, Paciente y Cuidadora) para el paciente y su cuidadora

La población diana son pacientes que precisan **Atención en su domicilio** por tener la condición de:

- Personas inmovilizadas o grandes discapacitados
- Pacientes en situación terminal con necesidad de cuidados paliativos
- Personas con alta hospitalaria necesitadas de cuidados a domicilio
- Personas cuidadas en instituciones
- Personas afectadas por “enfermedades raras”
- Cuidadoras/es principales de este tipo de pacientes.

Modelo Andalucía

Objetivos específicos (Enfermera gestora de Casos Comunitaria(EGCc))

1. Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de toda persona incapacitada y/o de riesgo atendida en su domicilio, que cumpla con los criterios de inclusión.
2. Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las cuidadoras principales de estos pacientes.
3. Facilitar la mejora de la Atención Domiciliaria al Equipo de Atención Primaria.
4. Mejorar la coordinación del equipo de Atención Primaria con la red social.
5. Mejorar la coordinación con otros niveles asistenciales como elemento de garantía de la continuidad de cuidados.
6. Garantizar el uso adecuado del material de ayudas técnicas para el Cuidado.

Competencias/Responsabilidades

Las Enfermeras Gestoras de Casos Comunitarias **se encargarán de:**

- Que los **pacientes y sus cuidadoras** cuenten con una **valoración integral** acorde con sus necesidades - realizada por ella y/o por otros profesionales del EBAP- que determine un **plan de actuación** enfocado fundamentalmente de paliar los problemas de salud existentes y prevenirlos.
- Realizará, junto con el resto del equipo, todas aquellas **actividades dirigidas a la información y formación de las cuidadoras**, prestando apoyo a la persona cuidadora de forma individual y grupal.
- Esta enfermera incorpora a su modelo de práctica clínica la coordinación como elemento fundamental y constituye un **eslabón entre la Atención Especializada y la Atención Primaria**, teniendo una participación activa en las Comisiones de Cuidados de Área, discusión de casos, sesiones de seguimiento de planes de cuidados conjunto y planificaciones al alta conjunta.

Modelo Andalucía

Modelo Andalucía Enfermera Gestora de Casos Hospitalar ia (EGCh)

La población diana son todas aquellas **personas ingresadas en el hospital** que, por la **complejidad de su estado de salud**, requieran la coordinación con diferentes profesionales/servicios y la movilización de los recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada a sus necesidades de cuidados y las de sus cuidadoras:

- Cuidados paliativos
- Atención al proceso Pluripatológicos
- Fractura de cadera en el anciano
- Demencias
- Ataque cerebrovascular
- VIH – SIDA
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- Insuficiencia Cardíaca
- Trastorno Mental grave
- Pacientes con múltiples y complejas necesidades de cuidados, no incluidos en los procesos anteriores como
- Pacientes que requieren para su tratamiento y cuidados de tecnología avanzada en el domicilio.
- Cuidadores familiares de los anteriores.

Modelo Andalucía

Objetivos específicos (Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria (EGCh))

1. Garantizar la captación de la población diana.
2. Potenciar la coordinación de la atención integral durante la estancia hospitalaria.
3. Mejorar la continuidad de cuidados durante la transición al domicilio tras el alta hospitalaria.
4. Mejorar la homogeneización de la práctica enfermera en la continuidad de cuidados interniveles.

Competencias/Responsabilidades

Las Enfermeras Gestoras de Casos hospitalarias **se encargarán de:**

- **La captación activa** de pacientes, según Población Diana, que cumplan los criterios de inclusión, por derivación de profesionales del Hospital, por derivación de profesionales de la Unidad de Atención al Usuario y por derivación de profesionales de Atención Primaria
- **Valoración Integral al paciente y cuidadora, elaboración de un plan** asistencial ajustado a las necesidades del paciente y cuidadora y proponiéndolo a los profesionales de referencia del paciente y / o cuidadora.
- **Coordinar actuaciones**, gestión de citas y servicios y planificación del alta o de ingreso con Médicos y Enfermeras responsables; así como realizar interconsultas con otros servicios profesionales (trabajadoras sociales, fisioterapeuta, psicólogo...)
- **Gestión de material de apoyo y Gestión de ayudas técnicas** y recursos provistos desde Atención Especializada para uso en Atención Primaria (AP): oxigenoterapia, ventiloterapia, nutrición enteral, quimioterapia, ayudas ortoprotésicas....
- **Participación en las Comisiones de Cuidados** de Área de su hospital
- **Plan de Continuidad Asistencial** mediante seguimiento telefónico por Salud Responde.

Modelo Andalucía

Lecciones aprendidas/ resultados obtenidos

- Entre las lecciones aprendidas, es interesante resaltar las siguientes:
- 1. Definición del Gestor de caso:**
 - Al definir el rol y el modelo competencial de la Enfermera Gestora de Casos dar cabida al máximo nº de escenarios posibles: **Específico** (Orientado desde y para la gestión de casos); **Coherente** (definido en relación a la cartera de clientes y servicios); **Reconocible y Reconocido** (considerado en los procesos de selección, acreditación y evaluación del desempeño profesional)
- 2. Resultados obtenidos:**
 - El nuevo modelo muestra una capacidad solvente para la detección de poblaciones vulnerables en los domicilios
 - Las cotas de coordinación y diversificación se han disparado y es un hecho común la participación multiprofesional en el domicilio y la concurrencia de recursos armonizados.
 - La presencia de las enfermeras de enlace favorece la intervención de más roles sanitarios, no necesariamente más personas.
 - La disposición de los servicios de Atención Domiciliaria tiene un claro efecto en la accesibilidad a servicios y recursos de personas que están en situación de inferioridad manifiesta, frente al resto de la ciudadanía.
 - El modelo ofrece un recurso adicional en la racionalización de la demanda y la frecuentación de las cuidadoras y los pacientes a los Centros.
 - Este sistema de provisión es capaz de influir en la sobrecarga de las cuidadoras.
 - La repercusión en la satisfacción de los destinatarios corrobora la pertinencia del modelo y aporta criterios de resultado en términos de la persona que recibe los servicios.
- 3. Adaptación del Servicio:**
 - El análisis de las necesidades de la población andaluza hace ampliar la Cartera de Clientes de la Gestión de Casos asumiendo la atención a las Personas con problemas crónicos de salud (Depresión, TMG, EPOC, IC, Diabetes)
 - Para realizar intervenciones adaptadas a la realidad se necesita de disponer de herramientas para la identificación de los casos: **Estratificación**

Modelo Andalucía

Referencias

- Más información acerca del modelo Andaluz en los siguientes Links:

Página Web oficial Servicio Andaluz de Salud /SAS

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion

Para conocer más:

Research article: "Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study."

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/193>

Modelo Aragón

Modelo Aragón Enfermera gestora de casos y Enfermera de Enlace de Sector

En el marco del **programa de Atención al Enfermo Crónico Dependiente** que pone en marcha el Gobierno de Aragón, surge la necesidad de crear la figura de la **enfermera de Valoración y gestión de Casos**. (EVGC)

Ésta, junto con la **Enfermera de Enlace de Sector (EES)**, se encargará de coordinar una adecuada transición de los **enfermos dependientes desde el hospital a su domicilio**.

Los objetivos de **EVGC**:

- Mejorar la atención y la calidad de vida de los Enfermos Crónico dependientes y sus cuidadores principales en el Sector Zaragoza III.
- Mejorar la continuidad de los cuidados durante la transición al domicilio tras el alta hospitalaria.
- Evitar ingresos hospitalarios derivados de la percepción de inseguridad en el domicilio.
- Colaborar en la normalización de la práctica enfermera para disminuir la variabilidad en la atención a los pacientes.

Los objetivos de **EES**:

- Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de toda persona que cumpla criterios de inclusión en el PAECD y vaya a ser atendida en su domicilio.
- Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores principales de estos pacientes.
- Facilitar la mejora de la atención domiciliaria al Equipo de Atención Primaria.
- Mejorar la coordinación del Equipo de Atención Primaria con la red social y sanitaria.
- Mejorar la coordinación con otros niveles asistenciales como elemento de garantía de la continuidad de cuidados.
- Garantizar el uso adecuado del material de ayuda técnicas para el cuidado de los pacientes.

Modelo Aragón

Modelo Aragón Enfermera gestora de casos y Enfermera de Enlace de Sector

- **Población diana:**
Toda persona que cumpla criterios de inclusión en el PAECD y vaya a ser atendida en su domicilio.
- **Captación activa**, junto con otros profesionales de los diferentes niveles asistenciales de todas las personas susceptibles de recibir atención domiciliaria
- **En Atención Primaria** se realizará a partir de la cartera de servicios de inmovilizados y terminales.
- **En Atención Especializada** se realizará a:
 - Pacientes con ACV > de 65 años, demencia o enfermedad de Parkinson.
 - Pacientes con fractura de fémur en > de 75 años.
 - Pacientes con enfermedades potencialmente invalidantes. Cuidados paliativos.

Modelo Aragón

Competencias/Responsabilidades: Enfermera de Valoración y Gestión de Casos. (EVGC)

- **Valoraciones:** Determinar nivel funcional y cognitivo previo del enfermo. Valorar estado anímico y físico del cuidador.
- **Seguimiento:** Cada 2/3 días seguimiento del caso. Determinar conocimientos sobre cuidados del cuidador, orientación sobre cuidados que tendrá que proporcionar a domicilio y asesoramiento sobre material ortoprotésico más adecuado para planificar el alta.
- **Coordinación con trabajo social** sobre el mejor recurso disponible para la atención del enfermo si es el caso.
- **Supervisar el alta:** Valorar el grado de comprensión de las indicaciones del informe médico al alta. Tramitar la cita de control si la situación del cuidador lo precisa (cuidador muy mayor, con problemas de movilidad...)
- **Reuniones de coordinación con responsables médicos y supervisoras** de las unidades en las que intervengo.
- **Colaborar y promover la elaboración del plan de cuidados** de la fractura de cadera.
- **Colaborar en la planificación de talleres para cuidadores:** Neurocirugía, Traumatología y Medicina Interna (esta última cuando empecemos a trabajar allí).
- **Colaborar en la planificación de talleres para cuidadores e implantación de un plan de atención al cuidador** en el Sector III.
- **Comunicación con las enfermeras de Primaria** cuando la Enfermera de Enlace no puede hacerlo (vacaciones, talleres que imparte en Primaria...).
- **Solucionar** problemas de coordinación entre Atención Primaria y Hospital derivados desde Primaria (Pacientes que no se han citado para la revisión, dificultad para obtener alguna medicación o material...)

Modelo Aragón

Competencias/Responsabilidades: Enfermera de Valoración y Gestión de Casos. (EVGC)

- **Mejorar la calidad de vida** relacionada con la salud **de toda persona que cumpla criterios de** inclusión en el PAECD y vaya a ser atendida en su domicilio
- **Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores** principales de estos pacientes
- **Facilitar la mejora de la atención domiciliaria** al Equipo de Atención Primaria
 - *Participar en actividades de formación conjunta con los profesionales de los EAP.*
 - *Consensuar modelos de actuación para la mejora de la atención domiciliaria.*
- **Mejorar la coordinación del Equipo de Atención Primaria con la red social y sanitaria.**
- **Mejorar la coordinación con otros niveles asistenciales** como elemento de garantía de la continuidad de cuidados.
 - *La EES será referente para las supervisoras y enfermeras de las unidades de hospitalización en relación a la continuidad de cuidados.*
 - *Planificación de altas hospitalarias con las supervisoras y enfermeras de las unidades de hospitalización de los pacientes que cumplan criterios de inclusión en el PACED*
 - *Coordinación con las enfermeras de los equipos de salud mental.*
- **Garantizar el uso adecuado del material de ayuda técnica** para el cuidado de los pacientes.
 - *La EES colaborará junto a los Trabajadores Sociales en la valoración y petición de este material-*
 - *La EES coordinará junto a las enfermeras del EAP y las Trabajadoras Sociales, la recuperación del material de ayuda*

Modelo Catalán Enfermera gestora de casos AE y AP

La misión de la gestión de casos:

Ofrecer servicios coordinados e integrados de atención socio - sanitaria orientados a las necesidades de la persona, la familia y el entorno promoviendo la independencia y el autocuidado, con un abordaje multidimensional, de forma efectiva, eficiente y sostenible.

Elementos fundamentales:

Los elementos fundamentales de este proceso son la valoración integral, la planificación, la colaboración, el asesoramiento y el enlace usuarios-servicios, siendo este último el más prevalente cuando se sistematiza la coordinación garantizando la continuidad asistencial .

Población diana:

La gestión de casos en salud es una práctica avanzada de enfermería que va dirigida a la población que **presenta o es susceptible de presentar complejidad** en su proceso o situación de salud que **requiere una continuidad de cuidados**.

La enfermera gestora de casos:

- Identifica de forma pro-activa personas en situación de complejidad y, a partir de una
- Valoración integral del paciente y del cuidador principal,
- Planifica los cuidados,
- Coordina y optimiza los recursos sanitarios adecuados,
- Monitorea y evalúa el caso.
- Trabaja conjuntamente con los profesionales de referencia de la persona atendida, proporcionando un valor añadido e integrando la aportación de todos los profesionales sin sustituirlos.

Objetivos

1. **Mejorar la calidad asistencial de los cuidados de la persona atendida y la del cuidador minimizando la fragmentación de la atención.**
2. **Garantizar la continuidad de los cuidados** y fomentar la coordinación y homogeneización de procesos entre los profesionales de la salud de los diferentes ámbitos asistenciales.
3. Planificar una transición adecuada de la persona atendida a través de los diferentes servicios y niveles asistenciales asegurando una respuesta adecuada a sus necesidades.
4. **Mejorar la percepción de seguridad y de calidad de vida** de la persona atendida y su familia.
5. **Mejorar la seguridad clínica** reduciendo las complicaciones evitables y las consecuencias.
6. **Facilitar la relación de los procesos de interconsulta** entre los diferentes recursos de la red asistencial.
7. **Optimizar y racionalizar el consumo de servicios** para obtener resultados de calidad asistencial y coste-efectivos con los recursos más adecuados

Estrategias de intervención de la Enfermera Gestora de Casos

1. **Identificación pro activa de personas en situación de complejidad** con necesidad de continuidad asistencial.
2. **Valoración integral e integrada** para detectar las necesidades de la persona atendida.
3. **Colaboración con todos los profesionales implicados en el caso y con los familiares y / o cuidadores** de referencia para comprender todos los aspectos de la situación física, mental, emocional y social de la persona atendida.
4. **Elaboración de un plan de atención personalizado** acordado con la persona atendida y consensuado con la enfermera, la trabajadora social, el médico de referencia y otros profesionales que participen en el proceso.
5. **Gestión de la continuidad asistencial** actuando como punto de referencia de la persona atendida y coordinando la contribución de los diferentes profesionales.
6. **Gestión de las alianzas entre los recursos y servicios** que actúan en el territorio.
7. Establecimiento de una **sistemática de reuniones periódicas** que permitan la evaluación continua y la mejora del proceso.

Perfil de la Enfermera Gestora de Casos

- Conocimientos en práctica clínica avanzada.
- Capacidad en las habilidades para el manejo de conflictos.
- Capacidad para el trabajo en equipo y para el establecimiento de alianzas.
- Habilidades comunicativas y motivacionales.
- Actitud pro activa para la mejora del proceso asistencial.
- Capacidad educativa para generar autonomía y corresponsabilidad en la persona atendida y el cuidador.
- Capacidad para asesorar a otros profesionales y darles apoyo en la toma de decisiones.
- Capacidad pedagógica para la formación de nuevos profesionales en la gestión de casos.
- Capacidad crítica con inquietud por la innovación y la investigación

Indicadores de evaluación

1. % de personas en situación de complejidad que son atendidas por la enfermera gestora de casos respecto a la población asignada.
2. Nº de personas para 1000 personas atendidas, que han sido valoradas dentro del plazo establecido.
3. Nº de personas atendidas por las que se ha elaborado un plan de atención personalizado.
4. Nº de reuniones de coordinación de las comisiones interdisciplinarias entre niveles asistenciales para la elaboración de guías prácticas asistenciales, procedimientos, etc.
5. Grado de satisfacción de las personas atendidas o los familiares.
6. Percepción de mejora de calidad de vida de la persona atendida.
7. Grado de satisfacción de los profesionales sanitarios implicados.

Modelo Cataluña

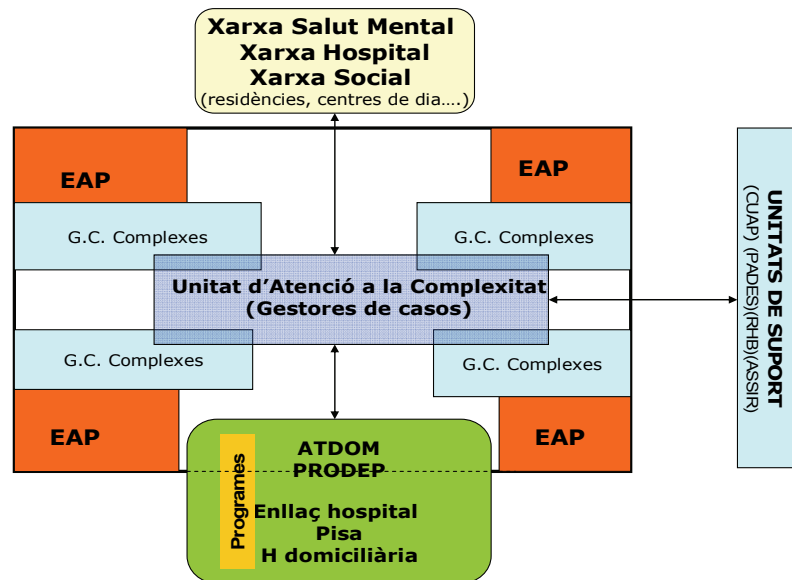
UNIDADES DE ATENCIÓN A LA COMPLEJIDAD CLÍNICA: Aplicación del modelo en AP

DEFINICIONES

Las unidades funcionales pretenden mejorar la atención a las personas en situación de salud compleja, ofrecer una atención individualizada con una coordinación entre los servicios de salud y servicios sociales y detectar sistemáticamente las situaciones de riesgo.

El modelo de gestión de casos hace un abordaje integral en las situaciones de complejidad, dependencia y fragilidad desarrollando prácticas avanzadas y dando respuesta a las necesidades crecientes de la población, así mismo, **la función de enlace** asegura la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles asistenciales.

Modelo Organizativo (gráfico)



La enfermera que desarrolla el modelo de gestión de casos es una **enfermera integrada EAP** (integrada en los equipos de trabajo) que vela por la continuidad de la atención, coordina y gestiona las necesidades de estos pacientes para garantizar el continuum asistencial

Objetivos en salud

1. **Identificar pacientes** con situación de complejidad o con riesgo y / o alta dependencia, llevando a cabo un seguimiento y / o vigilancia de su estado de salud.
2. **Disminuir las situaciones críticas** de las personas con procesos crónicos evolucionados que provocan reingresos.
3. **Mejorar los resultados en salud** en el grupo de pacientes complejos.
4. **Mejorar la seguridad** en la aplicación de los procesos terapéuticos y fomentar la aplicación de las guías y protocolos establecidos.
5. **Mejorar la calidad asistencial** de los cuidados de la persona atendida y la de la persona cuidadora minimizando la fragmentación de la atención.
6. **Garantizar la continuidad de los cuidados** y fomentar la coordinación y la homogeneización de procesos entre los profesionales de la salud de los diferentes ámbitos asistenciales.
7. **Planificar una transición adecuada** de la persona atendida a través de los diversos servicios y niveles asistenciales, asegurando una respuesta adecuada a sus necesidades.

Objetivos en calidad de vida y satisfacción

1. Mantener y mejorar la calidad de vida de los pacientes y las personas cuidadoras.
Fomentar la autonomía del paciente y el autocuidado
2. Aumentar la satisfacción en la atención en el grupo de pacientes complejos y las personas cuidadoras.
Facilitar el final de la vida en el lugar más adecuado, de acuerdo con la voluntad de la persona y / o personas cuidadoras

Objetivos en eficiencia en la utilización de recursos

1. Ofrecer a la persona del programa ya las personas cuidadoras una prestación de servicios integrados y planificados según sus necesidades.
2. Garantizar el continuum asistencial en un modelo de red de servicios sanitarios y sociales.
3. Optimizar y racionalizar el consumo de servicios y la utilización de recursos para prevenir los reingresos de las personas con patologías crónicas, para evitar los traslados innecesarios a los servicios de urgencias y hospitalizaciones.
4. Dar apoyo a los profesionales de referencia de las personas enfermas en relación con procesos asistenciales.
Colaborar en la valoración y la elaboración del plan de cuidados de las personas enfermas del programa.
5. Activar y movilizar nuevos recursos para esta población.
Introducir elementos de innovación en la manera de organizar y proveer determinadas líneas de servicios.
6. Elaborar y actualizar un directorio de servicios y recursos del territorio

Población Diana

- Pacientes con un patrón definido de comorbilidad o pluripatología, con múltiples ingresos hospitalarios no programados o múltiples visitas a urgencias.
- Pacientes con enfermedades o procesos de baja prevalencia pero que necesitan un abordaje específico y diferenciado, por ejemplo ELA, esclerosis múltiple, lesiones medulares, etc.
- Personas mayores en situación de alta fragilidad que necesitan acceder a diferentes dispositivos: interconsulta a unidades específicas de valoración geriátricas y/o psicogerítricas, ingreso o estancia temporal en centro socio-sanitario para control de síntomas.
- Atención en procesos de baja prevalencia llevando a cabo un papel capacitador. Por ejemplo cambios de traqueostomía, CPAP, port-a-cath, etc.
- Personas sin apoyo familiar y con poca capacidad de autocuidado.
- Personas con dificultad de abordaje y continuo que necesitan un gran número de coordinaciones e intervenciones interdisciplinarias.
- Las personas cuidadoras principales de los pacientes de alta complejidad

MECANISMOS DE CAPTACIÓN DE PACIENTES: El mecanismo de captación varía según la ubicación de la persona

- Detección de pacientes complejos **ingresados en el hospital** o centros socio sanitarios. La búsqueda de pacientes ingresados debe ser activa a cargo de la enfermera de enlace. El mecanismo de búsqueda activa se pacta con cada hospital y se pide el consentimiento informado al enfermo para poder traspasar la información a los profesionales de enfermería y medicina asignados a la persona enferma.
- **Buscar activa:** explotación (select) de pacientes atendidos en la atención primaria sobre la base de criterios. Por ejemplo, se pueden cribar pacientes con **cuatro de los siguientes criterios o más:**
 - > 65 años (se considera > 65 años aquellas personas que tienen más de 65 años y un día)
 - Cuatro patologías crónicas o más
 - Cinco fármacos o psicofármacos de forma continua o más
 - Proceso terminal
 - Índice de Barthel: 55 o menos
 - Demencia y deterioro cognitivo (test cognitivo de Pfeiffer: 5 errores o más)
 - Dos ingresos no planificados en el hospital por exacerbación en los últimos doce meses o más
 - Tres visitas a urgencias hospitalarias en los últimos doce meses o más
 - Vivir sola o con personas cuidadoras con capacidad limitada de soporte (las cuidadoras > 75 años, o aquellas con resultado del test de Lawton & Brody ≤ 5 puntos en mujeres, o de ≤ 3 puntos en hombres)
- **Derivaciones** realizadas por los profesionales del equipo.
 - **Trabajo activo con el EAP** para identificar conjuntamente casos de pacientes complejos.
 - **PRODEP:** a partir del reconocimiento de dependencia sistemáticamente (Grado II y III).
 - **Coordinación con servicios sociales** propios, del consejo comarcal y municipales.
 - Utilización de **modelos predictivos**

PERFIL DE COMPETENCIAS DE LAS ENFERMERAS GESTORAS DE CASO

Las funcionalidades más prevalentes en la gestión de casos

- La funcionalidad que desarrolla la **gestora de casos**, que vela por la continuidad de la atención, coordina y gestiona las necesidades de estos pacientes para garantizar el continuum asistencial.
- La funcionalidad que desarrollan las llamadas **enfermeras de enlace**, que enlazan la atención primaria y la atención hospitalaria

Las competencias

- Conocimientos en **práctica clínica avanzada**: valoración, seguimiento, monitoreo y evaluación de pacientes.
- Capacidad educativa para **generar autonomía y corresponsabilidad** en la persona atendida y la cuidadora: mejora de la adherencia tratamiento, seguimiento efectos secundarios, etc.
- Capacidad para **prevenir duplicación de servicios y pruebas** mediante comunicación intersectorial.
- Capacidad para facilitar y activar otros recursos para simplificar los procesos del paciente. **Actitud pro activa** para la mejora del proceso asistencial y la integración del trabajo interdisciplinario.
- Capacidad en las habilidades para el **manejo de conflictos**: empatía y contención emocional.
- **Habilidades comunicativas y motivacionales** para la comunicación con el paciente, la familia y comunidad: flexibilidad y asertividad.
- Capacidad para fomentar el **autocuidado**.
- Capacidad para el **trabajo en equipo** y para el establecimiento de alianzas con los profesionales de salud y otras disciplinas que puedan añadir valor al proceso asistencial.
- Capacidad para **asesorar** a otros profesionales y darles apoyo en la toma de decisiones.
- Capacidad pedagógica para la **formación de nuevos profesionales** en la gestión de casos.
- **Conocimiento y capacidad de aplicar las teorías de enfermería en la práctica** a partir de la valoración y emisión de juicios clínicos que permitan resolver problemas de salud y tomar decisiones planificadas (Planificar los cuidados) junto con el paciente, la persona cuidadora y la familia, y basadas en la evidencia y con la colaboración de otros profesionales sanitarios del EAP.
- Capacidad de **trabajar y reflexionar sobre los dilemas éticos** en el contexto de su práctica asistencial, teniendo en cuenta sus creencias y valores.
- Capacidad **crítica** con inquietud hacia la **innovación** y la **investigación**

Formación básica

- Antecedentes en otros países del modelo de gestión de casos.
- Conocimiento de la red sanitaria y social de Cataluña. Impacto de la nueva Ley estatal de atención a la dependencia.
- Conceptos básicos de gestión de casos. Factores críticos de éxito en el desarrollo del modelo. Estrategias y organización del servicio.
- Valoración integral y multidimensional. Planificación de la atención individualizada. Pacto terapéutico. Seguimiento y evaluación continua del caso. Cómo establecer la coordinación y continuum asistencial.
- Evaluación del programa: indicadores de evaluación del servicio. Evidencia científica en el modelo de gestión de casos. Acceso a fuentes bibliográficas.
- Relación y comunicación. Técnicas de comunicación interpersonal y negociación.
- Abordaje de situaciones y / o enfermedades crónicas más prevalentes de alto impacto en pacientes complejos: insuficiencia cardiaca, EPOC ...
- Atención a personas con demencia y trastornos mentales severos en el domicilio abordaje de los cuidadores informales de estas personas enfermas.
- Ayudas técnicas y adaptaciones en el hogar. Relación con SIRIUS como órgano asesor.
- Ética de cuidar: dilemas éticos en la práctica enfermera y la toma de decisiones.

Las sesiones deben incorporar contenidos teóricos y trabajo sobre casos

Formación seminarios de actualización

- Manejo del régimen terapéutico de pacientes en situación de complejidad.
- Conocimiento de los principales fármacos relacionados con los procesos más prevalentes
- Técnicas de mediación en el abordaje de pacientes complejos.
- Técnicas y habilidades de negociación.
- Desarrollo de competencias para el trabajo en equipo.
- Aspectos éticos y legales en la atención al paciente en situaciones de complejidad y / o dependencia.

Modelo Cataluña

Estructura y organización

- En la actualidad, las gestoras de casos y enfermeras de enlace dependen organizativamente de los EAP donde están adscritas. En un futuro próximo, estas enfermeras deberían formar parte de una unidad territorial y dar servicio a las personas de aquel territorio en situación de gran fragilidad.
- Estas unidades territoriales deberían ser multidisciplinarias con la finalidad colaborativa de promover y coordinar servicios. El eje vertebrador de la gestión clínica es la coordinación y el trabajo en red de la enfermera con los otros profesionales, servicios y recursos dirigidos a fomentar la autonomía en el autocuidado del paciente y de la familia.
- La complejidad clínica, muy a menudo, va ligada a la complejidad social y esto nos conduce a la colaboración con el trabajo social.

Composición básica de las Unidades territoriales

	RATIO POBLACIÓN ENFERMERA	RRMM necesarios
• Responsable funcional de la unidad. • Enfermeras de familia expertas en metodología de gestión de casos: cada enfermera opera en un territorio de referencia.	Aproximadamente 30.000 por enfermera (según el territorio)	1 teléfono móvil. 1 estructura portable con acceso a la H.C.
• Apoyo administrativo. • Consultoría de trabajo social y medicina	PACIENTES ACTIVOS POR ENFERMERA 30 – 40 pacientes	1 aparato de ECG y 1 pulsioxímetro (portátiles) Transporte institucional en los casos necesarios. Material fungible proporcionado por el EAP de referencia.

Modelo Cataluña

Indicadores de evaluación	
Cuantitativos	Cualitativos
1. Nº de pacientes atendidos. 2. Nº de contactos telefónicos. 3. Nº de visitas a domicilio. 4. Diagnósticos médicos principales más prevalentes. 5. Diagnósticos enfermeros más prevalentes. 6. % de pacientes con mejora de déficits de autocuidado. 7. % de pacientes con conocimiento: seguridad personal (grado de comprensión transmitido sobre la prevención de lesiones no intencionadas: (escala de 1 a 5) NOC 1809. 8. % de pacientes con afrontamiento de problemas: superación de problemas (Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos de la persona: (escala de 1 a 5) NOC 1302. 9. Nº de ingresos no programados o urgentes. 10. Nº de visitas a urgencias hospitalarias. 11. Total de días de hospitalización urgente / no programada por paciente. 12. Índice de mortalidad pacientes incluidos. 13. Proporción de ingresos de larga estancia de centros sociosanitarios en relación con otras poblaciones.	1. Valoración satisfacción pacientes y / o cuidadores mediante encuestas de satisfacción (por ejemplo: SATISFAD). 2. Valoración de la calidad de vida mediante cuestionarios validados (por ejemplo: SF-12). 3. % de personas en situación de complejidad que son atendidas por la enfermera gestora de casos respecto de la población asignada. 4. % de personas en situación de fragilidad que son atendidas por la enfermera gestora de casos respecto de la población asignada. 5. Nº de personas atendidas para las que se ha elaborado un plan de atención personalizado. 6. Grado de satisfacción de los profesionales sanitarios implicados.

Lecciones aprendidas/ resultados obtenidos

Establecer comunicación fluida y coordinación periódica entre los profesionales que trabajan en un mismo territorio en las vertientes sanitaria y social de los diferentes centros (centro hospitalario, sociosanitario y de atención primaria), de manera que se **garantice la cooperación para elaborar circuitos y mantener la mejora continua.**

Cada uno de los diferentes proveedores de servicios de salud debe incorporar los recursos adecuados en sus equipos y también debe **desarrollar herramientas informáticas y redes telemáticas** para garantizar la atención adecuada del paciente en situación de complejidad y a la vez la captación proactiva de aquellas personas en situaciones de riesgo.

La metodología de trabajo de la gestión de casos se basa en la **valoración y planificación individualizada de la atención y en el pacto terapéutico**, teniendo en cuenta el máximo potencial de salud de la persona atendida, aplicando las guías de práctica clínica basadas en la evidencia y los protocolos de intervención consensuados entre los diferentes profesionales / proveedores.

Referencias

“Unitats d’atenció a la complexitat clínica als equips de salut: Aplicació del model de gestió de casos al’atenció primària de Salut”

Grupo de trabajo: Institut Català de la Salut; Generalitat de Catalunya; Departament de Salut
www.gencat.cat/ics febrer 2010

“La gestió de casos en la pràctica infermera: versió revisada novembre de 2009”

Grupo de trabajo: Institut Català de la Salut; Generalitat de Catalunya; Departament de Salut

“Contribución de la enfermera comunitaria en nuevos modelos de atención para pacientes crónicos”

Institut Català de la Salut www.gencat.net/ics. Identificación pactes. complejos: criterios ó modelo predictivo.

“LA GESTIÓ DE CASOS: UN MODEL D’ATENCIÓ A LA COMPLEXITAT I LA DEPENDÈNCIA

© Associació d’Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC) aificc@aificc.cat

Modelo Madrid Gestión de Casos

EL GESTOR DE CASOS

Elemento aglutinador, que ante la dependencia de cuidados, gestiona los mismos de manera adecuada y eficiente.

El papel de "gestor de casos" está implícito en la actividad de enfermería de atención primaria

MODELO CONCEPTUAL

Es un sistema de atención al usuario, focalizado en la consecución de objetivos específicos, estructurado en un tiempo previamente establecido y que utiliza correctamente los recursos adecuados para conseguir dichos objetivos.

Este modelo se centra en el **paciente individualmente**. El gestor planifica y coordina la globalidad de los cuidados que precisa el enfermo, garantizando el nivel de calidad, disminuyendo los costes derivados del cuidado fragmentado.

POBLACION DIANA

Constituida por las **personas en situación de dependencia**, considerando como tales a:

- personas que, independientemente de la edad, presenten problemas de salud complejos (agudos o crónicos) e incapacidades funcionales relativas a las actividades de cuidado personal y a las actividades del mantenimiento del ambiente.
- Personas del apartado anterior cuyo entorno social de apoyo se encuentra en vías de agotamiento, no existe o es disfuncional.

Modelo Madrid

Competencias / Responsabilidades

- Aumentar el grado de satisfacción de la persona y de su familia.
- Mejorar la calidad asistencial de los cuidados y las prestaciones, contribuyendo a la mejora del estado de salud de la persona y de su familia.
- Asegurar la integralidad, integración y globalidad de los cuidados, minimizando la fragmentación de la atención.
- Asegurar la continuidad y coherencia de la labor de los distintos profesionales, organismos y establecimientos de la red comunitaria, hospitalaria e institucional.
- Agilizar las intervenciones del sector sanitario y social.
- Optimizar y racionalizar el consumo de servicios. Evitar duplicidades o carencias de servicios o prestaciones.

Optimizar la utilización de recursos.

Responsabilidades específicas

- Identificar a los elementos claves para el desarrollo de la red formal e informal de ayuda. Asignar el rol de cada componente del equipo.
- Identificar los recursos del entorno y las redes de apoyo formales e informales. Conocer bien los recursos de la propia institución.
- Mantener una estrecha relación con los profesionales e instituciones implicadas durante el periodo de seguimiento del caso.
- Agilizar las intervenciones del sector social y sanitario.
- Actuar de manera precoz y personalizada ante las demandas urgentes.

Lecciones aprendidas

- Se precisa de la **convergencia del sistema de protección de la salud y de los servicios sociales** principalmente, y su eficacia y eficiencia dependa de la coordinación de ambos, asignatura pendiente hasta el momento en nuestra Comunidad.
- Asimismo el usuario que precisa gestión de casos requiere un sistema de recursos con permeabilidad, flexibilidad, agilidad, bien conexas y con un sistema de financiación adecuada que considere la complejidad de la asistencia y consumo de recursos que conlleva.
- El **modelo** por tanto precisa ser **global, permeable, sectorizado y gradual**. Lo cual significa que las Instituciones deben garantizar previamente la disponibilidad real de medios de salud y sociales, y la capacidad de su gestión por parte de la enfermera de Atención Primaria.
- Metodología de Gestión de y por Procesos

Lecciones aprendidas / Condiciones imprescindibles

- **Reconocimiento institucional explícito** para que la enfermera gestora tenga la suficiente autoridad para desenvolverse en el propio EAP, ante cualquier otro nivel de la institución y/o en otras instituciones. Esto facilitaría la asunción del rol por parte de las propias enfermeras, de los profesionales del equipo de Atención Primaria y de los centros de Atención Especializada y la creación de una cultura sanitaria de la figura del gestor de casos.
- **Desarrollo de Normativa** que capacite a la enfermera para movilizar los recursos, tanto sociales como sanitarios que considere oportunos y necesarios para llevar a cabo su gestión.
- **Coordinación con otros niveles asistenciales e institucionales.** Se deberían elaborar protocolos de actuación y/o convenios de colaboración que comprometan a las instituciones implicadas en la factibilidad del modelo de gestión de casos.
- **Formación en la metodología de Gestión de Casos.** Esto favorecería la resistencia a la implantación de un modelo innovador, dando seguridad a los profesionales que van a llevarlo a cabo.
- **Definición de ratios adecuados para enfermería de EAP.** Esto permitiría compatibilizar la gestión de casos con la atención que enfermería dispensa al resto de usuarios.

Referencias

- **“Enfermería en Atención Primaria”:** *Instituto Madrileño de la Salud*
- **“La enfermera comunitaria de enlace”** *Gómez Pesquera, Carmen; Jano 7-13 de marzo de 2008. nº 1685*
- **“Papel de Enfermería en Atención Primaria”:** Plan de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 206-2009. www.madrid.org

Modelo Valencia

•Modelo Valencia •Enfermera de Gestión Domiciliaria

- Ubicar al paciente y a los cuidadores en el mejor lugar terapéutico, dependiendo, en cada caso, de su estabilidad física, social, familiar, económica, y teniendo en cuenta los recursos de los que se dispone en cada momento, lugar y situación
- Como parte del Plan de Mejora de la Atención Domiciliaria 2004/2007 de la Conselleria de Sanitat, nace la figura de la **Enfermera de Gestión Domiciliaria (EGD)**, como reflejo de Enfermera de Enlace o Enfermera Gestora de Casos de otras Comunidades.
- Se implanta, a partir de febrero de 2007, de manera experimental, en dos Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana (Castellón y Alicante-Hospital General).
- De manera simultánea se crea la figura de **Enfermera de Enlace Hospitalaria (EEH)** que actuará de enlace en todo el proceso de continuidad de cuidados.
- Se ve la importancia que pueden tener tanto a nivel domiciliario como ambulatorio y se modifica, no sólo el nombre, pasando a denominarse *Enfermeras de Gestión Comunitaria*, sino tb su ámbito de actuación y decisión

Modelo Valencia

Competencias/Responsabilidades EEH

- **Servir de enlace entre el Hospital y la Comunidad** para facilitar la Continuidad de Cuidados.
- Habitualmente **ubicadas en las Unidades de Hospitalización a Domicilio**, aunque tb. Enlazan a pacientes del Hospital.

Competencias/Responsabilidades EGD

- **Gestión de casos complejos.**
- Hacer correctamente las cosas que deben hacerse en el momento oportuno y en los pacientes indicados (concepto de efectividad clínica)
Obtener el máximo rendimiento de los recursos disponibles. El último fin es obtener más salud o mejor calidad de vida.
- Consultoría con el objeto de dar soporte a ls enfermeras comunitarias de los EAP y del Hospital y el de aumentar la capacidad de resolución técnica de enfermería en los domicilios.
Control de Gestión de prestaciones que permita garantizar el acceso y uso apropiado de las tecnologías domiciliarias, los consumos sujetos a inspección y el material ortoprotésico.
- Coordinación departamental con el objetivo de disponer de mecanismos de coordinación intersectorial en el ámbito de la atención domiciliaria en el Departamento de Salud.
- Mejora de circuitos asistenciales y administrativos.
- Manejo de sistemas de información con el fin de disponer de indicadores para la gestión de la atención domiciliaria y la continuidad de cuidados.

Modelo Canarias

Modelo Valencia Enfermera Comunitaria de Enlace

El modelo ECE tiene como función central la **Gestión Clínica** de los cuidados de forma coordinada con todos los profesionales de Atención Primaria.

Gestión Clínica: Producir información específica sobre las necesidades de cuidados de las personas con necesidad de atención domiciliaria y de sus cuidadoras, y coordinar con los profesionales y personas implicadas las intervenciones necesarias que mejoren la situación, acordando un plan integral de cuidados.

Competencias/Responsabilidades

- **Captación activa de pacientes y cuidadoras** a través de los profesionales de Atención Primaria, Profesionales de los servicios sociales y a través de las altas hospitalarias.
- **Valoración a pacientes y cuidadoras:** realización de Plan de Cuidados consensuado con en el EAP y sociales
- **Revaloración** del paciente y cuidador
- **Organización de talleres** de información/formación para cuidadoras
- **Gestión de materiales** de apoyo (colchones, camas, sillas de ruedas, etc...)
- **Continuidad de Cuidados** al ingreso en AE y al alta de AE

Modelo Canarias

Lecciones aprendidas / Condiciones imprescindibles

- Las lecciones aprendidas de la implantación de este modelo, tras evaluación del impacto:
 - 1.- **El modelo Comunitario de enlace mejora aspectos** de la resolución de problemas relacionados con las necesidades de cuidados y la calidad de vida relacionada con la salud y aumenta la satisfacción con la atención, la cobertura y la cantidad de visitas domiciliarias.
 - 2.- Parece **aconsejable la extensión de las pruebas** de este modelo en distintos contextos y servicios de salud regionales con la finalidad de confirmar los resultados frente a otros modelos de atención domiciliaria

Referencias

- Información recogida de: Duarte Climents, G; Izquierdo Mora, M.D; Pérez Díaz, G; Aguirre-Jaieme, A: (2008). **La enfermera comunitaria de enlace, una propuesta para la mejora de la atención domiciliaria: fundamento, modelo y evaluación del impacto**. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria, 1, 1, 3.
- Para saber más: **"Perfil de la enfermería comunitaria de enlace"**;
www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/.../Perfil_ECE.pdf

Modelo Prisma - Canadá

Modelo Prisma

El modelo Prisma de Canadá está orientado a un suministro de servicios de carácter integrado y colaborativo entre los diferentes proveedores de servicios sanitarios, (AP, AE, servicios sociales y enfermería).

En dicho modelo se define un único punto de entrada de pacientes (identificación y evaluación de los mismos) que permita diagnosticar y redireccionar debidamente a los mismos. Uno de los principales hitos de este modelo es conseguir un plan de actuación personalizado para el paciente.

El público objetivo de dicho modelo es la tercera edad. Por lo tanto los tipos de enfermedades con las que tratar son principalmente déficit de movilidad y enfermedades crónicas.

Competencias/Responsabilidades

- Las principales responsabilidades del gestor de caso (pudiendo ser una enfermera, trabajador social, u otro tipo de profesional sanitario) en el modelo PRISMA son los siguientes:
 1. Recepción y diagnóstico de los pacientes:
 - a. Evaluación de las necesidades de los ciudadanos identificados como potenciales pacientes.
 - b. Planificación de los servicios requeridos → Elaborar Plan de servicios individualizado para el paciente.
 2. Coordinación de servicios
 - a. Realización de trámites requeridos para poder suministrar al paciente los servicios planificados.
 - b. Organización y coordinación de soporte a los servicios a suministrar.
 - c. Coordinación multidisciplinar del personal sanitario responsable de suministrar los servicios planificados. (incluye reuniones periódicas para revisar el caso junto con los proveedores de servicios sanitarios implicados).
 3. Monitorización y seguimiento del paciente a lo largo de todo el proceso.

Modelo Prisma - Canadá

Lecciones aprendidas/ resultados obtenidos

- Entre las lecciones aprendidas de la implantación de la figura del Gestor de caso a través del modelo PRISMA, es interesante resaltar las siguientes:

1. Perfil laboral del Gestor de caso:

- Se ha demostrado una mayor en la gestión de casos cuándo el perfil de la persona desarrollar dicha labor es una enfermera o médico y esta involucrado en el suministro de los servicios sanitarios planificados. Puede darse la situación de que en caso de que el Gestor de casos sea enfermera, esta ejecute la labor de enfermera convencional en determinadas iniciativas.

2. Integración con otras figuras en el sistema sanitario y reconocimiento del rol del gestor de caso.

- El gestor de caso debe estar legitimado y reconocido para intervenir en todas las instituciones y servicios sanitarios involucrados en el plan de servicios personalizado creado para el paciente, coordinándose debidamente con los agentes de cada área en las que intervengan.
- La mayor interacción suele darse con el personal de atención primaria, al ser otro punto de referencia a la hora de derivar pacientes a atención especializada y/o re-evaluar el diagnóstico/tratamiento a llevar a cabo.
- Los gestores de caso liberan de carga de trabajo a la atención primaria, al facilitar la coordinación así como el acceso de los pacientes a otros servicios sociales/sanitarios.

3. Resultados obtenidos:

- La implantación inicial del modelo PRISMA, y de su enfoque colaborativo y multidisciplinar (ISD), demostró mejorar los indicadores sanitarios en el territorio de Victoriaville, lo que significó su posterior difusión a otros territorios de Québec.
- Demostró ser un modelo muy efectivo dado que los servicios sanitarios a suministrar (incluyendo los servicios sociales) están integrados dentro del sistema sanitario público.
- No obstante, y para mayor efectividad del modelo colaborativo y multidisciplinar, es necesario pasar del escenario actual donde los servicios sanitarios están orientados a la estructura del sistema sanitario en sí a otro en el que la sanidad está orientada al paciente.

Modelo Prisma - Canadá

Referencias

- Más información acerca del modelo Prisma en los siguientes Links:

Página Web oficial:

<http://www.prismaquebec.ca/cgi-cs/cs.waframe.index?lang=2>

Información detallada:

<http://www.prismaquebec.ca/cgi-cs/cs.waframe.content?topic=5808&lang=2>

Resumen de la metodología PRISMA.

<http://www.prismaquebec.ca/documents/document/Articleintegratedcare.pdf>

Community Matron – UK

Modelo Británico de Gestión de casos

El Servicio Sanitario Nacional Británico, NHS, lleva instauradas las figuras del Gestor de Caso y Enfermera comunitaria (entre otras figuras de enfermería) desde hace años, habiendo estructurado el sistema sanitario para darle cabida y potenciar su rol.

La función de dichas figuras es la creación de un plan de servicios personalizado para el paciente a través de un proceso de diagnóstico único (Single Assessment Process (SAP)), y posterior coordinación de los servicios sanitarios detallados en dicho plan.

El público objetivo de dichas figuras abarca principalmente a los pacientes con enfermedades complejas, pero también a aquellos que están sufriendo repetidos ingresos hospitalarios o tienen mayor riesgo de empezar a sufrir hospitalizaciones.

La diferencia entre Gestora de Caso y Enfermera comunitaria es la siguiente:

- **Gestora de caso:** Da servicio a pacientes que sufren de una única enfermedad compleja y que requiere coordinación de servicios sanitarios. Normalmente son especialistas en dicha enfermedad.
- **Enfermera comunitaria:** Da servicio a pacientes que sufren varias enfermedades complejas de larga duración, estando en alto riesgo de hospitalizaciones no planificadas. Requieren de coordinación de servicios sanitarios de todo tipo así como una atención continua y personalizada de una enfermera.

Competencias/Responsabilidades

- Las principales responsabilidades que comparten ambas figuras son:
 1. Recepción y diagnóstico de los pacientes:
 - a. Evaluación de las necesidades del paciente.
 - b. Elaborar un plan de servicios personalizado para el paciente basándose en sus necesidades y preferencias.
 - c. Prescribir tratamientos que, cubriendo sus necesidades, afecten en menor medida al paciente.
 - d. Identificar aquellos pacientes con mayores posibilidades de reingreso. Predecir posibles complicaciones y adelantarse a ellos con un tratamiento preventivo.

Community Matron – UK

Competencias/Responsabilidades

2. Coordinación de servicios:
 - a. Realización de trámites requeridos para poder suministrar al paciente los servicios planificados.
 - b. Coordinación multidisciplinar del personal sanitario responsable de suministrar los servicios planificados. (incluye reuniones periódicas para revisar el caso junto con los proveedores de servicios sanitarios implicados).
 3. Monitorización y seguimiento del paciente a lo largo de todo el proceso.
- Ambas figuras estarán asignadas a uno o más ámbitos de actuación en los que son formados y ejercen como expertos. Este es el caso del Marco de Competencias (Competency Framework). En el siguiente cuadro se detallan las diferentes competencias y qué figura puede desarrollarlas.

Competencia	Figura
1º- Practicas avanzadas de Enfermería	Enfermera comunitaria
2º- Coordinación de enfermedades complejas	Enfermera comunitaria / Gestora de caso
3º- Gestión proactiva de enfermedades de largo recorrido	Enfermera comunitaria / Gestora de caso
4º- Gestión de enfermedades mentales	Enfermera comunitaria / Gestora de caso
5º- Soporte y empoderización del paciente en el auto-cuidado	Enfermera comunitaria / Gestora de caso
6º- Liderazgo y práctica profesional	Enfermera comunitaria / Gestora de caso
7º- Identificación de pacientes de alto riesgo y toma de medidas preventivas	Enfermera comunitaria / Gestora de caso
8º- Gestión de episodios de final de vida	Enfermera comunitaria / Gestora de caso
9º- Gestión de trabajo multidisciplinar	Enfermera comunitaria / Gestora de caso

Competencias/Responsabilidades

- Además de las dos figuras detalladas anteriormente, existe un **amplio espectro de figuras relacionadas con la enfermería** con diversidad de funciones y áreas de actuación. (la lista completa se puede ver en la sección “Enlaces de interés”)
- A continuación se detallan algunas de las figuras más extendidas, con el fin de clarificar un poco más las competencias diferenciadas de cada una, dado que dicha multitud de figuras lleva muchos casos a confusión:
 1. **Ámbito de centro de salud (Centro de atención primaria o Hospital)**
 - **Enfermera de AP**: Enfermera de atención primaria, equivalente a la enfermera de AP de Euskadi
 - **Enfermera de AE**: Enfermera de atención especializada, equivalente a la enfermera de AE de Euskadi
 - **Enfermera especialista**: Enfermera especializada en una enfermedad en concreto (EPOC; Diabetes...)
 - **Enfermera Consultora**: Enfermeras especializadas con dilatada experiencia que dividen su trabajo en tres áreas:
 - 50% del tiempo dedicado a la asistencia clínica a pacientes
 - 25% del tiempo dedicado a investigación
 - 25% del tiempo dedicado al desarrollo del sistema sanitario (plan nacional enfermería etc)
 2. **Ámbito comunitario (a domicilio)**
 - **District Nurses**: Enfermera especialista en cuidados paliativos a domicilio. Una de las figuras que trabaja/se coordina habitualmente con el Gestor de casos/Enfermera comunitaria.
 - **Enfermera especialista**: Enfermera especialista en una enfermedad concreta. Idéntico que la enfermera especialista de hospital o del centro de salud, pero atendiendo a los pacientes en el domicilio. Funciones parecidas a las de las enfermeras comunitarias, dado su área de actuación. Suelen acordar entre ambas figuras qué pacientes atienden cada una, en función de la complejidad del paciente, necesidades de coordinación con otros agentes etc.
- Como puede apreciarse existe cierto solapamiento de funcionalidades y áreas de actuación, llevando a confusión no solo fuera, sino también dentro del sistema sanitario Británico respecto a qué figura utilizar en cada caso.
- Básicamente los casos más complejos y con mayor necesidad de coordinación e integración son asignados a los gestores de casos o enfermeras comunitarias, pero no hay un criterio claro marcado, la decisión va en función de cada caso.

Community Matron – UK

Lecciones aprendidas/ resultados obtenidos

- Las lecciones aprendidas de la implantación de este modelo, son similares a las del modelo PRISMA de Canadá pero además, se podrían destacar las siguientes:
 1. **Identificación de pacientes**
 - Es necesaria una estratificación de la población adecuada de modo que se pueda realizar eficazmente la identificación de pacientes y su asignación a la Enfermera comunitaria o a la gestora de caso.
 2. **Integración con otras figuras en el sistema sanitario y reconocimiento del rol del gestor de caso.**
 - Es necesaria la involucración del equipo directivo en la mentalización, fomento y apoyo de estos roles y metodología a lo largo del sistema sanitario de modo que la integración y coordinación con atención primaria y secundaria, así como con agentes sociales sea natural y aceptada.
 - La no correcta integración y aceptación de dichos roles en el sistema sanitario es una de las principales dificultades

Referencias

- Más información acerca del modelo de Gestores de Caso y Enfermeras de comunidad (incluidas las competencias) en los siguientes links:

Pagina Web Oficial

http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Longtermconditions/DH_4134132

Información detallada

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4118101

Información general acerca de los diferentes roles de enfermería:

<http://www.nhscareers.nhs.uk/details/Default.aspx?Id=78>

Modelo Guided Care – USA

Modelo Guided Care

Guided care es una iniciativa creada en la universidad Johns Hopkins de Baltimore (USA) entre 2002 y 2005 con el fin dar respuesta a las necesidades que surgen de los pacientes crónicos y complejos así como a las personas de edad avanzada a través de un modelo de cuidados integrados que fuese rápidamente exportable al resto del país.

Guided Care se basa en la creación de la figura de la Enfermera gestora de casos, que teniendo como base los centros de atención primaria, trabajará conjuntamente con los cuidadores (familia, agentes sociales...), proveedores de servicios sanitarios y el paciente en sí para mejorar su calidad de vida y ofrecer servicios sanitarios más eficientes.

Competencias/Responsabilidades

- Las funciones de la **enfermera gestora de caso de Guided Care** se resumen en 8 grandes áreas de actuación:
 1. Asesorar y gestionar el paciente a domicilio.
 2. Elaborar una guía de cuidados basada en la evidencia y personalizada por paciente, para lo cuál trabajará activamente con el medico de atención primaria asignado a cada paciente.
 3. Monitorizar proactivamente al paciente.
 4. Empoderizar al paciente, impulsar la autogestión de paciente.
 5. Coordinar el trabajo de los proveedores de servicios sanitarios a través de la guía de cuidados personalizada.
 6. Gestionar y facilitar la transición del paciente desde los centros sanitarios a otros centros o domicilio.
 7. Educar y dar soporte a los cuidadores
 8. Acceso y coordinación con los servicios sociales.
- Las funciones de los **médicos de atención primaria en el modelo Guided Care** se resumen a continuación (a tener en cuenta la diferencia existentes entre el funcionamiento y roles y responsabilidades de AP en USA y Europa):
 1. Crear la guía de servicios sanitarios junto con la enfermera de caso.
 2. Informar a la enfermera gestora de casos acerca del estatus de los pacientes que tiene asignados incluidos en la guía de servicios sanitarios personalizada, especialmente lo relacionado con hospitalizaciones, derivaciones a especialistas, manteniendo además reuniones periódicas para revisar la situación de los pacientes que tienen asignados en común.

Modelo Guided Care – USA

Lecciones aprendidas/ resultados obtenidos

- Podrían destacarse las siguientes lecciones aprendidas:
 1. **Importancia de tener un proceso detallado con requerimientos claramente definidos para la selección de las enfermeras que tomarán parte en el programa guided care.**
 2. **Importancia de una Formación detallada e intensiva**
 - Las enfermeras (las seleccionadas suelen ser enfermeras especializadas y con prolongada experiencia) Guided Care reciben formación que consta de 40 horas de contenido teórico y formación práctica a lo largo de otras 6 semanas. Se da acceso también a otra formación específica on line para los interesados una vez recibido la formación básica mencionada anteriormente (para más detalle ver sección final de “referencias”).
 3. **Importancia de un Lugar de trabajo propio:**
 - La enfermera gestora de casos trabaja desde la oficina de Guided Care, en el centro de atención primaria en el que trabaja. Por lo tanto sus pacientes potenciales son los pacientes asignados a dicho centro de atención primaria.
 - El trabajo desde la oficina de Guided Care favorece la comunicación y el trabajo en equipo con otros proveedores sanitarios. La gestora de casos no trabaja en el domicilio del paciente
 4. **El uso constante de las tecnologías de información**
 - Tanto en la elaboración como en el seguimiento de planes de salud, recordatorios a pacientes, personal sanitario así como herramientas de soporte a la toma de decisiones.
 5. **Importancia de la existencia de un proceso sistematizado de selección de pacientes para incluirlos en el programa de cuidados.**
 6. **Facilidad de adopción**
 - Al ser un modelo claramente procedimentado se estima que su implementación completa se puede llevar en un plazo entre 6 y 9 meses.

Modelo Guided Care – USA

Lecciones aprendidas/ resultados obtenidos

- 7. Beneficios extraídos de la aplicación del programa Guided Care** (fuente: “Early effects of Guided Care on the quality of Health care for multimorbid older persons: A cluster-randomized controlled trial”)
- a. Mejora de la calidad del cuidado del paciente.
 - Tras 6 meses desde la aplicación del programa se duplicó el número de pacientes que consideraban que la calidad de sus cuidados se había incrementado.
 - b. Reducción de uso y coste de servicios sanitarios
 - Tras 8 meses desde la aplicación del programa se experimentó una reducción del:
 - 24% de días de hospitalización
 - 37% de días/enfermera dedicadas a los pacientes
 - 15% en visitas a urgencias
 - 9% Visitas a especialistas
 - 29% visitas a domicilio
 - c. Reducción en el estrés provocado en cuidadores
 - Tras 6 meses desde la aplicación del programa se experimentó una reducción del estrés y episodios depresivos experimentados por cuidadores, sobre todo aquellos dedicados más de 14 semanales a los cuidados de los pacientes.
 - d. Incremento de la satisfacción del personal sanitario con los cuidados a pacientes crónicos
- 8. Reconocimientos recibidos.**
- 2008 Archstone Foundation Award for excellence in Program Innovation.
 - 2009 Medical economics Award for innovation in practice Improvement.
 - 2010 British Medical Journal groups getting research into practice Award.
 - 2010 Case in point platinum Award for case management provider program.

Modelo Guided Care – USA

Referencias

- Más información acerca del modelo de Gestores de Caso de Guided Care en los siguientes links:

Página Web Oficial

<http://www.guidedcare.org/>

Información detallada acerca de la gestora de caso

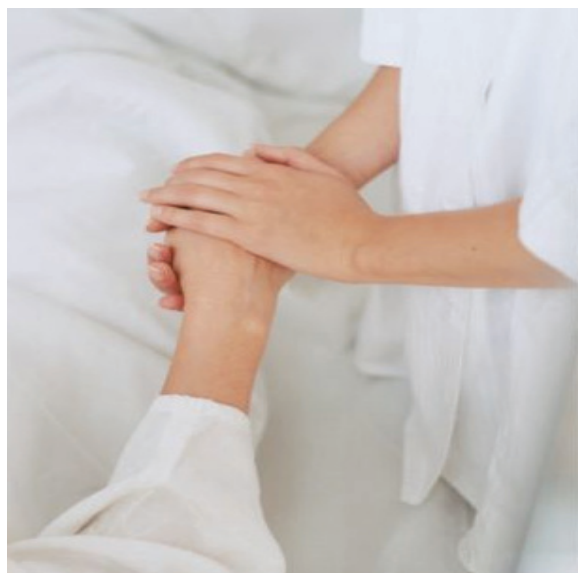
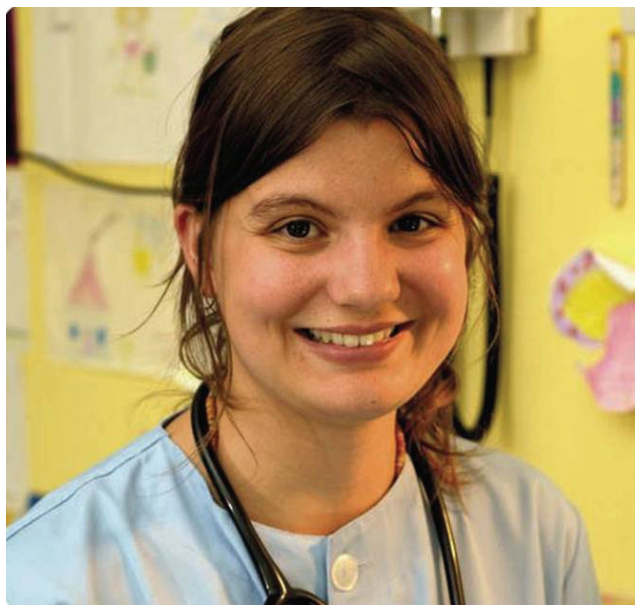
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4118101

Información detallada acerca del curso de formación para enfermeras guided care

http://www.ijhn.jhmi.edu/programDetail_Class.asp?id=1013

<http://www.ijhn.jhmi.edu/Images/Documents/GC.FastFacts.pdf>

ANEXO III
MARCO
COMPETENCIAL
AMPLIADO





PRESENTACIÓN

Definición e Implementación de competencias avanzadas de enfermería

Propuesta General y marco competencial ampliado

Introducción y Justificación del proyecto

BORRADOR

Antecedentes

- En el marco de la Estrategia de cronicidad (<http://cronicidad.euskadi.net/>) y con el **objeto de perfilar e implementar roles de enfermería mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos**, se ha puesto en marcha un grupo de trabajo multidisciplinar por parte del Departamento de Sanidad y Consumo. Este Grupo está compuesto por distintos profesionales de Osakidetza y liderado por la Asesora de Enfermería del ente, con el apoyo del Instituto Vasco de Innovación Sanitaria (O+berri).
- A lo largo de los **años 2010-2012** y en el marco de actuación de dicho grupo de trabajo, se pretende desarrollar y desplegar en la práctica nuevos roles de enfermería enfocados hacia la atención a la cronicidad.
- Dicho proyecto se configura como **el proyecto número 8 de la "Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi"**.



PROYECTO ESTRATÉGICO 8. Definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería

Al objeto de perfilar e implementar roles de enfermería mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos, se ha puesto en marcha un grupo de trabajo multidisciplinar por parte del Departamento de Sanidad y Consumo y el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza).



Introducción y Justificación del proyecto



Cuadro 21: Proyecto Estratégico de competencias avanzadas de enfermería

8 Competencias Avanzadas de Enfermería

Objetivo emblemático

Definir y desarrollar competencias avanzadas de enfermería en Osakidetza de cara a la gestión de crónicos, en particular crónicos complejos. Apalancamiento en casos de éxito en otros sistemas sanitarios (nacionales e internacionales)

Impacto Esperado

Formar a **300 enfermeras** en Euskadi en los nuevos roles hasta 2013, procurando una atención integral a las necesidades de los pacientes complejos

Calendario - Hitos Principales

May. – Jun. 2010	Jun. – Oct. 2010	Oct. 2010 – 2011	2012 en adelante
Benchmarking y selección de roles para analizar	Definición del modelo y propuesta de escenarios	Formación y pilotaje (centros por definir)	Extensión a todos los centros

Metodología basada en grupos de trabajo con agentes implicados

Introducción y Justificación del proyecto

BORRADOR

... Necesidad de abarcar la prevención, cuidado y rehabilitación de las enfermedades crónicas desde una nueva perspectiva ...

Necesidades

- Reducir reingresos evitables y complicaciones
- Favorecer los cuidados en el continuo de la enfermedad
- Trasladar los cuidados al domicilio
- involucrar al pacientes y cuidadores en la enfermedad
- Cuidar y Formar pacientes activos

Retos Estratégicos

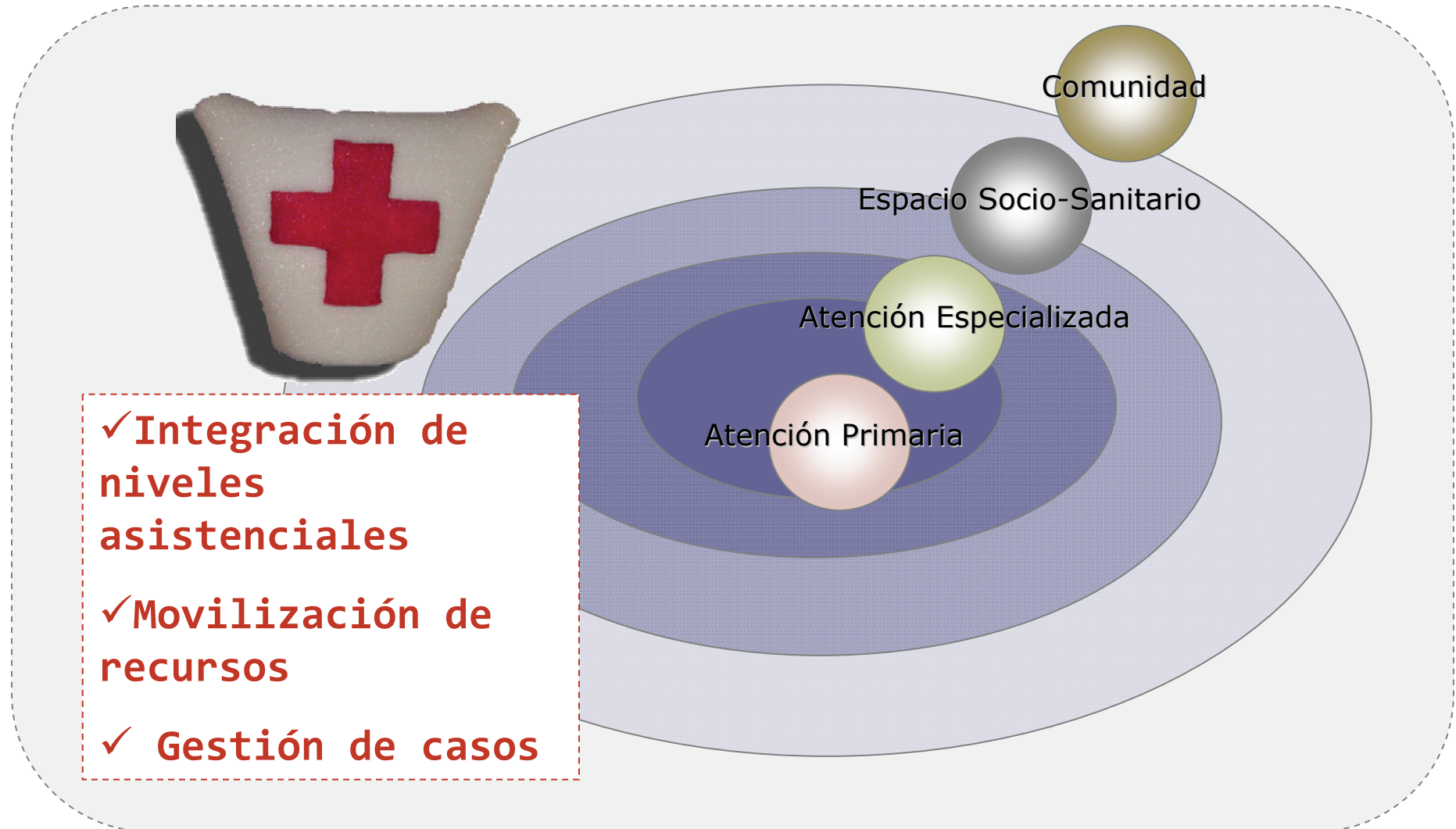
- Diseñar nuevos marcos competenciales de enfermería para el conjunto del SSV que de respuesta a las necesidades actuales
- Identificar sinergias y coordinar a los distintos agentes involucrados en la atención y cuidados de los pacientes crónicos

Introducción y Justificación del proyecto

Visión del papel a jugar por la nueva enfermería

BORRADOR

Planteamiento funcional: engarce intra y extra sistema sanitario



Objetivos del proyecto

BORRADOR

Objetivos a dos niveles: principal y parciales

objetivo principal

El principal objetivo de este proyecto es perfilar e implementar roles de enfermería mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos

- Para alcanzar este objetivo principal, es necesario completar los siguientes

objetivos parciales:

- **Realización de una propuesta de nuevos perfiles competenciales enfermeros**
 - Identificar Modelos de referencia a nivel nacional e internacional, buscando mejores prácticas.
 - Contar con el conocimiento experto de la base
- **Pilotar los perfiles propuestos**
- **Llevar a cabo una reflexión estratégica sobre la experiencia del pilotaje**
- **Despliegue e implementación de nuevos roles de enfermería en el SSV**

Alcance

BORRADOR

Alcance geográfico y temporal

▪ Alcance Geográfico

- El estudio de mejores prácticas (benchmarking) se llevará a cabo tanto a nivel nacional como internacional
- El pilotaje e implementación de la propuesta estratégica definitiva se prevé a nivel del SSV

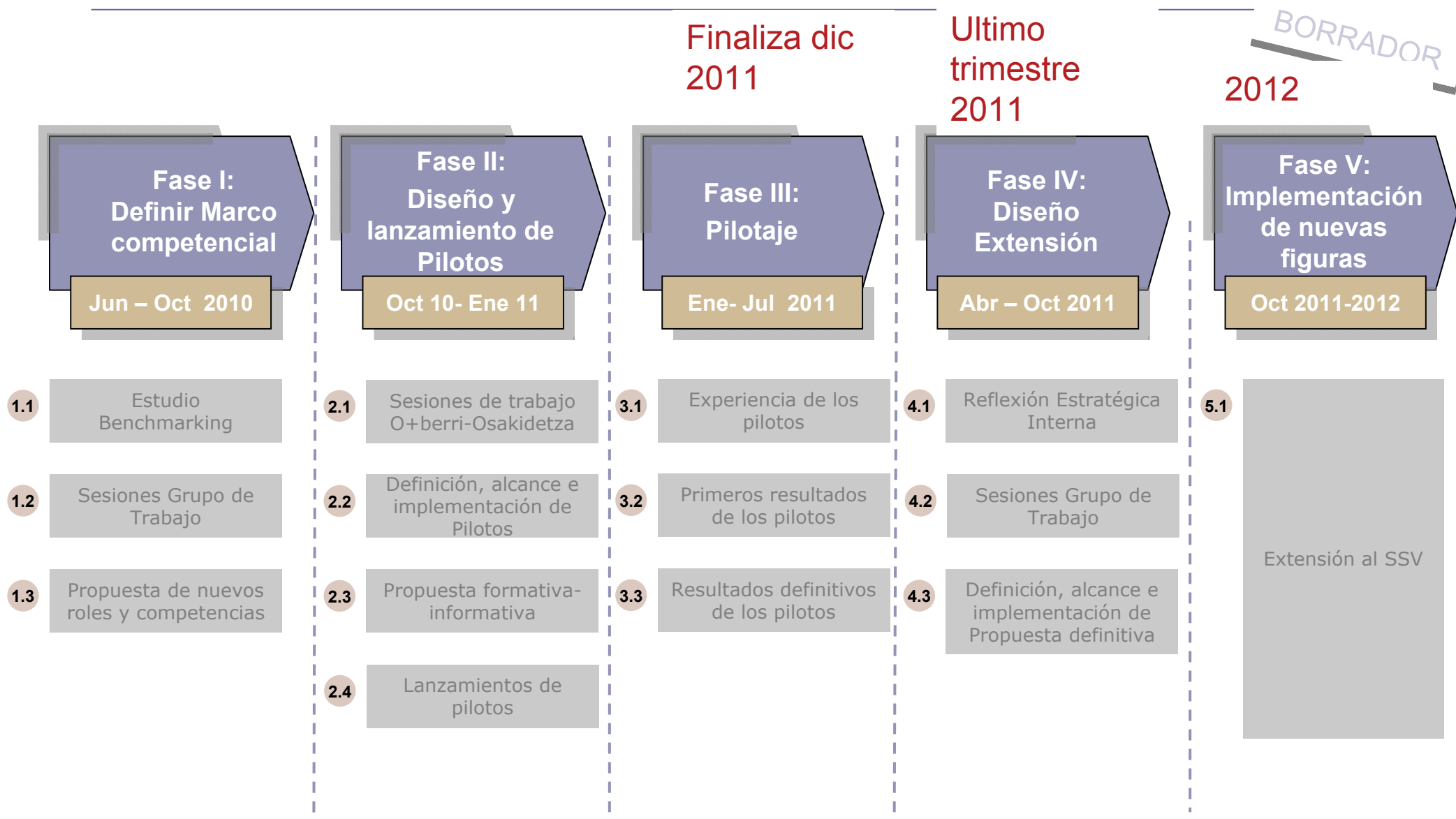
▪ Alcance Temporal

- La duración del proyecto se prevé hasta finales de 2012

▪ Fuentes de Información a manejar

- Recursos de la Asesora de enfermería de Osakidetza
- Recursos de la Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza
- Recursos de O+berri (Instituto Vasco de Innovación Sanitaria)
- Entrevistas con expertos
- Bases de datos especializadas
- Otros...

Metodología de trabajo



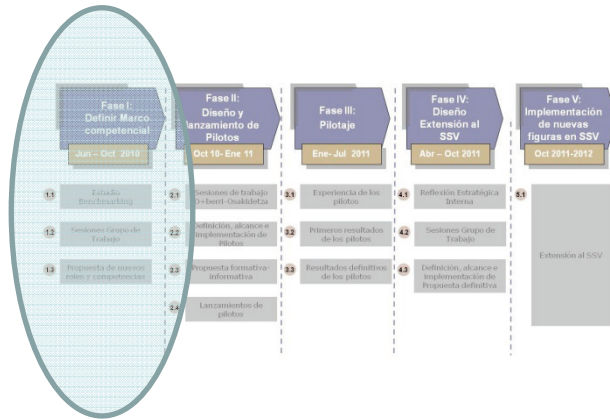
BORRADOR



Planificación 2010-2012

BORRADOR

Fase I. Marco Competencial

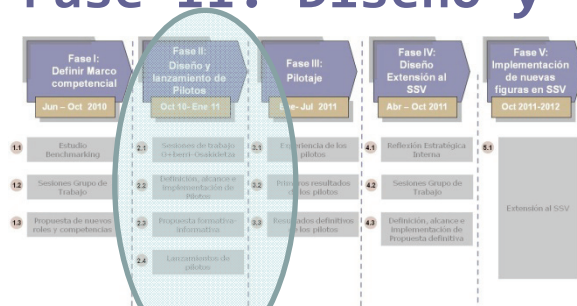


		Junio /10	Julio /10	Sept. /10	Octubre /10
20%	Fase I. Marco competencial				
	Input				
	1.1 Estudio Benchmarking				
	1.2 Sesiones/contacto con el Grupo de trabajo				
	1.2.1 sesión inicial de propuesta de alternativas		21-22/07/2010		
	1.2.3 validación de un marco básico por el grupo de trabajo (GT)			13-27/09/2010	
	Output				
	1.3 Propuesta de nuevos roles y competencias				
	1.3.1 Propuesta de Marco básico		25/07/2010		
	1.3.2 Propuesta ampliada de Marco básico				19/10/2010
	1.3.3 sesión final de planteamiento propuesto				21/10/2010
	1.3.4 Socialización del documento 1.3.2 ¹				22/10/2010

Planificación 2010-2012

BORRADOR

Fase II. Diseño y Lanzamiento de Pilotaje

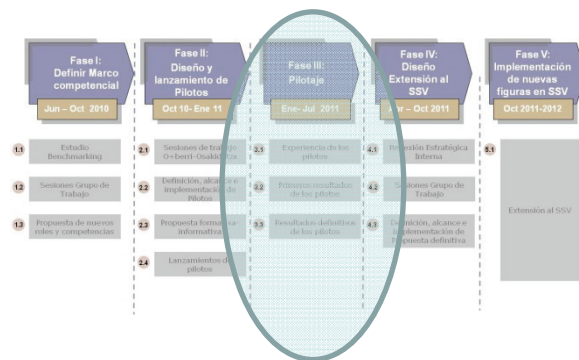


		Octubre /10	Nov /10	Dic/10	Ene/11
30%	Fase II: Diseño y lanzamiento Pilotajes				
	Input				
	2.1 Sesiones de trabajo Osakidetza-O+berri				
	2.1.1 GT interno formación				
	2.1.2 GT interno guías, procesos e indicadores				
	2.1.3 GT interno lógica del proyecto				
	2.1.4 contacto y reuniones de trabajo con Organizaciones candidatas al pilotaje				
	2.1.5 reuniones con el consejero				
	2.1.6 Lobby con gerencias				
	Output				
	2.2 Definición, Alcance e Implementación de Pilotos				
	2.2.1 Propuestas de pilotaje		29/11/2010		
	2.2.2 Mapa de procesos e indicadores		29/11/2010		
	2.2.3 Guía de apoyo para el pilotaje		29/11/2010		
	2.2.4 Sesión de comunicación a los participantes del pilotaje		30/11/2010		
	2.3 Propuesta formativa - informativa				
	2.3.1 Propuesta formativa para el pilotaje		29/11/2010		
	2.3.2 Sesión formativa/informativa a los participantes de los pilotos			16/12/2010	
	2.4 Lanzamiento				
	2.4.1 Presentación avance proyecto y lanzamientos de pilotos			14/12/2010	
	2.4.1 lanzamiento de pilotos				10/01/2011

Planificación 2010-2012

BORRADOR

Fase III. Pilotaje

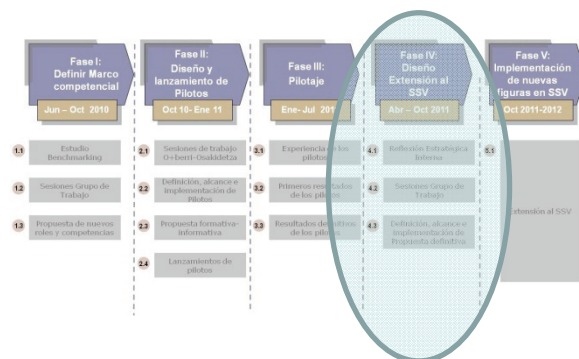


		Ene/11	Feb/11	Mar/11	Abr/11	May/11	Jun/11	Jul/11
30%	Fase III: Pilotaje							
	Input							
	3.1 Experiencia de los pilotos							
	3.1.1 Sesiones internas de avance de cada piloto							
	3.1.2 Sesiones conjuntas de todos los pilotos para puesta en común							
	3.1.3 Apoyo metodológico a los equipos de los pilotos							
	Output							
	3.2 Primeros Resultados del pilotaje							
	3.2.1 Documento de avance de cada piloto				15/04/2011			
	3.2.2 Mapa de procesos e indicadores de cada piloto				15/04/2011			
	3.2.3 Sesión de comunicación de los participantes del pilotaje				15/04/2011			
	3.3 Resultados finales del pilotaje							
	3.3.1 Documento final de cada piloto							15/07/2011
	3.3.2 Mapa de procesos e indicadores definitivo de cada piloto							15/07/2011
	3.3.3 Sesión de comunicación de los participantes del pilotaje							15/07/2011

Planificación 2010-2012

BORRADOR

Fase IV. Diseño Extensión al SSV

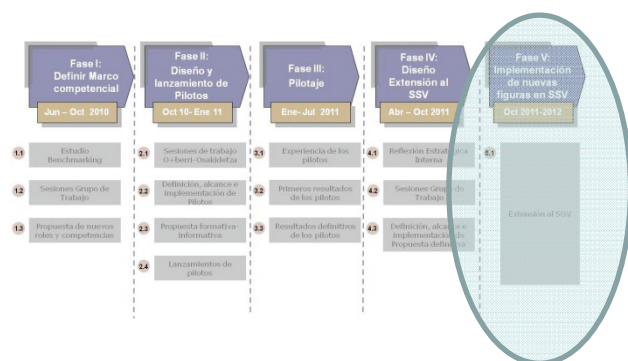


		Abr/11	May/11	Jun/11	Jul/11	Sep/11	Oct/11
20%	Fase IV: Diseño Extensión al SSV						
	Input						
	4.1 Reflexión estratégica Interna						
	4.1.1 Sesiones internas reflexión sobre alcance y extensión al SSV						
	4.1.2 Sesiones conjuntas de todos los pilotos para discusión de alcance y extensión al SSV						
	4.1.3 Sesión con el consejero						
	4.2 Sesiones/contacto con el Grupo de trabajo						
	4.2.1 sesión inicial de propuesta de alternativas						
	4.2.3 validación de un marco básico por el grupo de trabajo (GT)						
	Output						
	4.3 Definición, Alcance e Implementación de Propuestas definitivas						
	4.3.1 Documento de alcance e implementación de la nueva enfermería						15/10/2011
	4.3.2 Sesión de comunicación del proyecto						25/10/2011
	4.3.3 Plan de formación definitivo						25/10/2011

Planificación 2010-2012

BORRADOR

Fase V. Implementación de nuevas figuras en SSV



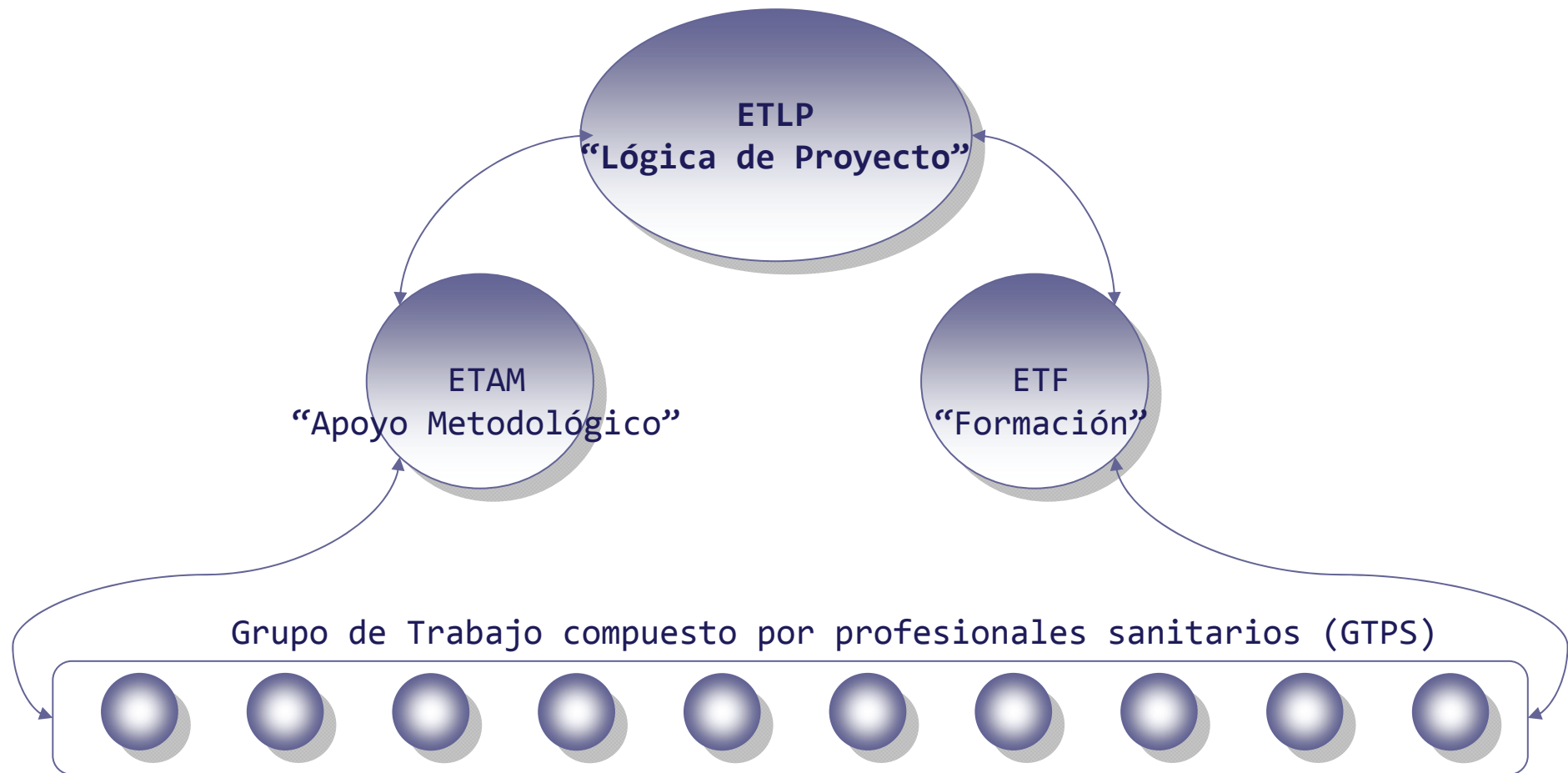
	Oct/11	2012
Fase V: Extensión al SSV		
Output		
4.3 Extensión al SSV		2012

Equipo-Organigrama

BORRADOR

Organigrama

Se forman tres Equipos de Trabajo y un Grupo de Trabajo:



Equipo-Organigrama

BORRADOR

Equipo Lógica del Proyecto



Funciones:

- Elaboración de propuesta de trabajo y enfoque metodológico
- Liderazgo y gestión del proyecto global
- Coordinación y supervisión del trabajo del resto de equipos de trabajo
- Elaboración de entregables (ver detalle en Pág. 23 relativo a entregables)

Equipo-Organigrama

BORRADOR

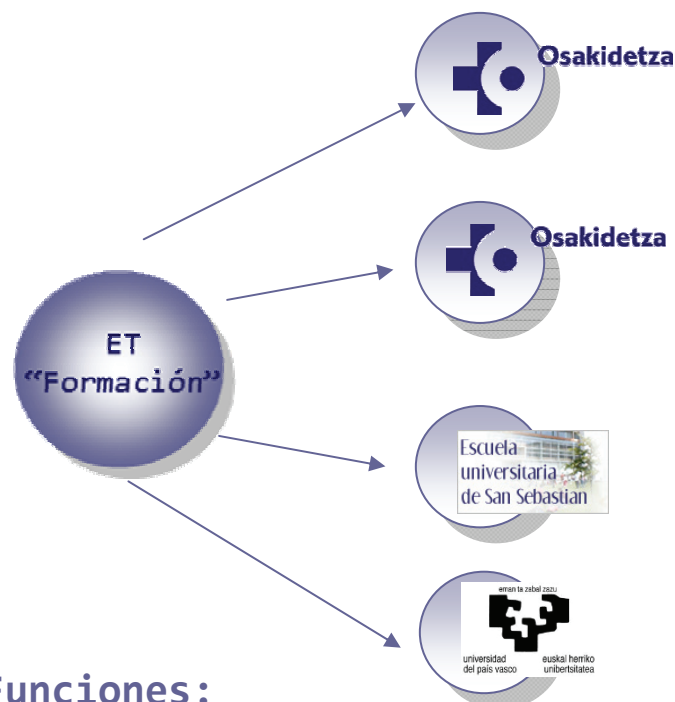
Equipo Apoyo Metodológico



Equipo-Organigrama

BORRADOR

Equipo de Formación



María Ángeles Cidoncha Moreno
Responsable de Docencia e Investigación

Salomé Basurto Hoyuelos
Escuela de enfermería de Osakidetza

Maite Barandiaran Lasa
Escuela de enfermería de SS

Elena Rodriguez Alvarez
Profesora UPV

Funciones:

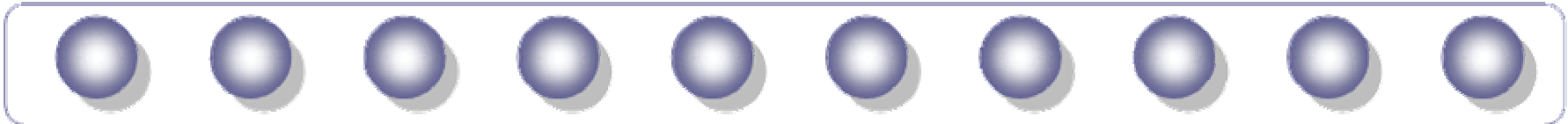
- Apoyo, coordinación y supervisión de la formación ex y post proyecto
- Elaboración de entregables (ver detalle en Pág. 23 relativo a entregables)

Equipo-Organigrama

BORRADOR

Grupo de trabajo de Profesionales Sanitarios

Grupo de Trabajo compuesto por profesionales sanitarios



Perfiles de los participantes:

- Enfermeras de Atención Primaria y Atención Especializada
- Dirección de Asistencia Sanitaria Osakidetza
- Gerencias del Atención Primaria y Atención Especializada
- Directivos asistenciales médicos y de enfermería
- Mandos intermedios de enfermería
- Responsables de docencia e investigación
- Representante de Colegios de enfermería
- Representante de EFEKEZE
- EUE Osakidetza
- EUE Donosti
- Profesionales de O+berri

Funciones:

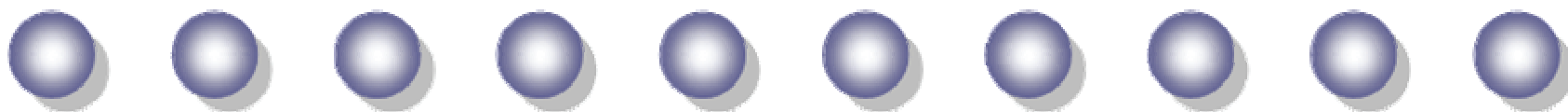
- Participación en la elaboración de los documentos base de trabajo
- Validación y aportación de comentarios en la socialización de documentos de trabajo

Equipo-Organigrama

Grupo de trabajo de Profesionales Sanitarios

BORRADOR

Grupo de Trabajo compuesto por profesionales sanitarios



Listado de participantes:

- M^a JESÚS RUIZ DE OCENDA GARCÍA
- NAIARA ARTAZA ARISTONDO
- GALDER ABOS MENDIZABAL
- KOLDO PIÑERA ELORRIAGA
- BEGOÑA BILBAO MARKAIDA
- SANTIAGO RABANAL RETOLAZA
- CARLOS PEREIRA RODRIGUEZ
- CRISTINA DOMINGO RICO
- CARMEN RODRIGUEZ RAMIREZ
- OLVIDO MARTINEZ FERNÁNDEZ
- INMACULADA SÁNCHEZ MARTÍN
- M^a LUZ MARQUÉS GONZÁLEZ
- LOURDES GALARRAGA MAESO
- JOSE ANTONIO AGOTE BERGANZO
- CRISTINA QUESADA RAMOS
- M^a EUGENIA BARRENA GUIJARRO
- MARIAN CIDONCHA MORENO
- ROSA MARTINEZ RODRIGUEZ
- AMAIA SAEZ DE ORMIJANA HERNANDEZ
- HOSANNA PARRA VINÓS
- CARMEN YARRITU FERNÁNDEZ
- MAITE BARANDIARÁN LASA
- ISIDRO MEDINA SANCHEZ
- ANDONI ARCELAY SALAZAR
- MARIA EUGENIA BARRENA GUIJARRO

Documentos entregables

BORRADOR

Fase I. Marco competencial	Tipo	Fecha Fin	Asignado a
Propuesta proyecto global de competencias avanzadas de enfermería		17/09/2010	ETLP
Propuesta de Marco básico	Informe	25/07/2010	GTPS
Estudio Benchmarking	Informe	17/09/2010	ETLP
Propuesta ampliada de Marco básico	Informe	14/10/2010	ETLP
Presentación propuesta ampliada de Marco básico	presentación	21/10/2010	ETLP

Fase II: Diseño y lanzamiento Pilotajes	Tipo	Fecha Fin	Asignado a
Propuestas de pilotajes	Informe	29/11/2010	ETLP
Mapa general de procesos e indicadores	Informe	29/11/2010	ETAM
Guía de apoyo para el pilotaje	Informe	29/11/2010	ETAM
Propuesta formativa para el pilotaje	Informe	29/11/2010	ETF
Presentación de sesión de comunicación a los participantes del pilotaje	presentación	30/11/2010	ETLP/ETAM/ETF
Presentación sesión formativa/informativa a los participantes de los p	presentación	16/12/2010	ETLP/ETAM/ETF
Presentación avance proyecto y lanzamientos de pilotos	presentación	14/12/2010	ETLP/ETAM/ETF

Fase III: Pilotaje	Tipo	Fecha Fin	Asignado a
Documento de avance de cada piloto	Informe	15/04/2011	ETAM
Mapa de procesos e indicadores de cada piloto	Informe	15/04/2011	ETAM
Presentación sesión de comunicación de los participantes del pilotaje	presentación	15/04/2011	ETLP/ETAM/ETF
Documento final de cada piloto	Informe	15/07/2011	ETAM
Mapa de procesos e indicadores definitivo de cada piloto	Informe	15/07/2011	ETAM
Presentación sesión de comunicación de los participantes del pilotaje	presentación	15/07/2011	ETLP/ETAM/ETF

Fase IV: Extensión al SSV	Tipo	Fecha Fin	Asignado a
Documento de alcance e implementación de la nueva enfermería del S	Informe	15/10/2011	ETLP
Presentación sesión de comunicación del proyecto	presentación	25/10/2011	ETLP/ETAM/ETF
Plan formativo definitivo	Informe	30/10/2011	ETF

Listado de Acrónimos

Equipo de trabajo lógica del proyecto: ETLP

Equipo de trabajo apoyo metodológico: ETAM

Equipo de trabajo formación: ETF

Grupo de trabajo Profesionales sanitarios: GTPS

Documentos entregables (a día hoy)

BORRADOR

Fase I. Marco competencial

Propuesta proyecto global de competencias avanzadas de enfermería

Propuesta de Marco básico

Estudio Benchmarking

Propuesta ampliada de Marco básico

Presentación propuesta ampliada de Marco básico

Tipo

Deadline

Asigando a

Informe

25/07/2010

GTPS

Informe

17/09/2010

ETLP

Informe

14/10/2010

ETLP

presentación

19/10/2010

ETLP

Osakidetza

o+berri
Instituto vasco de innovación sanitaria

RESULTADOS JORNADAS
ATENCIÓN AL PACIENTE
CRÓNICO COMPLEJO EN EUSKADI
JULIO 2010

Autor/es:	Javier Terol Sorana del Río	Fecha:	24/07/2010
Revisado:		Fecha:	
Aprobado:		Fecha:	
Versión:	002	Fecha:	25/07/2010
Archivo físico:	Informe Resultado Jornadas Cronico_jul_10	Nº de páginas:	26

Osakidetza

o+berri
Instituto vasco de innovación sanitaria

BENCHMARKING

Definición e Implementación de
competencias avanzadas de enfermería

Modelos nacionales e internacionales de referencia

Septiembre de 2010

Osakidetza

o+berri
Instituto vasco de innovación sanitaria

MARCO COMPETENCIAL AMPLIADO

Definición e Implementación de
competencias avanzadas de enfermería

Marco competencial ampliado

20 de Octubre de 2010

Documentos entregables

Marco competencial ampliado

Presentación 21 de julio

Planteamiento para Euskadi

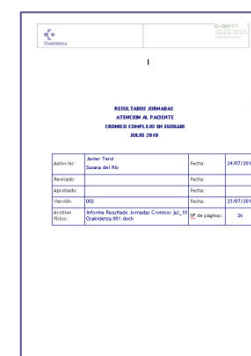
Marco conceptual: Estrategia Vasca de Crónico

Referencias Internacionales=inspiración/guía

Necesidad de establecer un modelo propio, una definición de roles, un marco competencial y planteamiento de capacitación que lo haga posible.



BORRADOR



Documentos entregables

BORRADOR

Propuesta de Marco básico

			
I			
RESULTADOS JORNADAS ATENCION AL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EUSKADI JULIO 2010			
Autor/es:	Javier Terol Susana del Río	Fecha:	24/07/2010
Revisado:		Fecha:	
Aprobado:		Fecha:	
Versión:	002	Fecha:	25/07/2010
Archivo físico:	Informe Resultado Jornadas Cronicos jul_10 Osakidetza 001.docx	Nº de páginas:	26

- Se han tenido en cuenta los comentarios en la reunión de julio (21-22 de julio), así como los recibidos a lo largo del mes de septiembre relativos al documento base.

- Se ha recibido comentarios de:

- 1º) LOURDES GALARRAGA MAESO
- 2º) CRISTINA QUESADA RAMOS
- 3º) CARLOS JOSE PEREIRA RODRIGUEZ
- 4º) CRISTINA DOMINGO RICO
- 5º) MARIA EUGENIA BARRENA GUIJARRO
- 6º) INMACULADA SANCHEZ MARTIN
- 7º) Mº LUZ MARQUES GONZÁLEZ
- 8º) CARMEN YARRITU FERNÁNDEZ
- 9º) CARMEN RODRIGUEZ RAMIREZ

Documentos entregables

BORRADOR

Estudio Benchmarking



- Actualmente en revisión
- Mejores Prácticas **internacionales**
 - Canadá
 - EE.UU.
 - Reino Unido
 - Países escandinavos
- Mejores prácticas **nacionales**
 - Andalucía
 - Aragón
 - Cataluña
 - Canarias
 - Madrid
 - Valencia

Documentos entregables

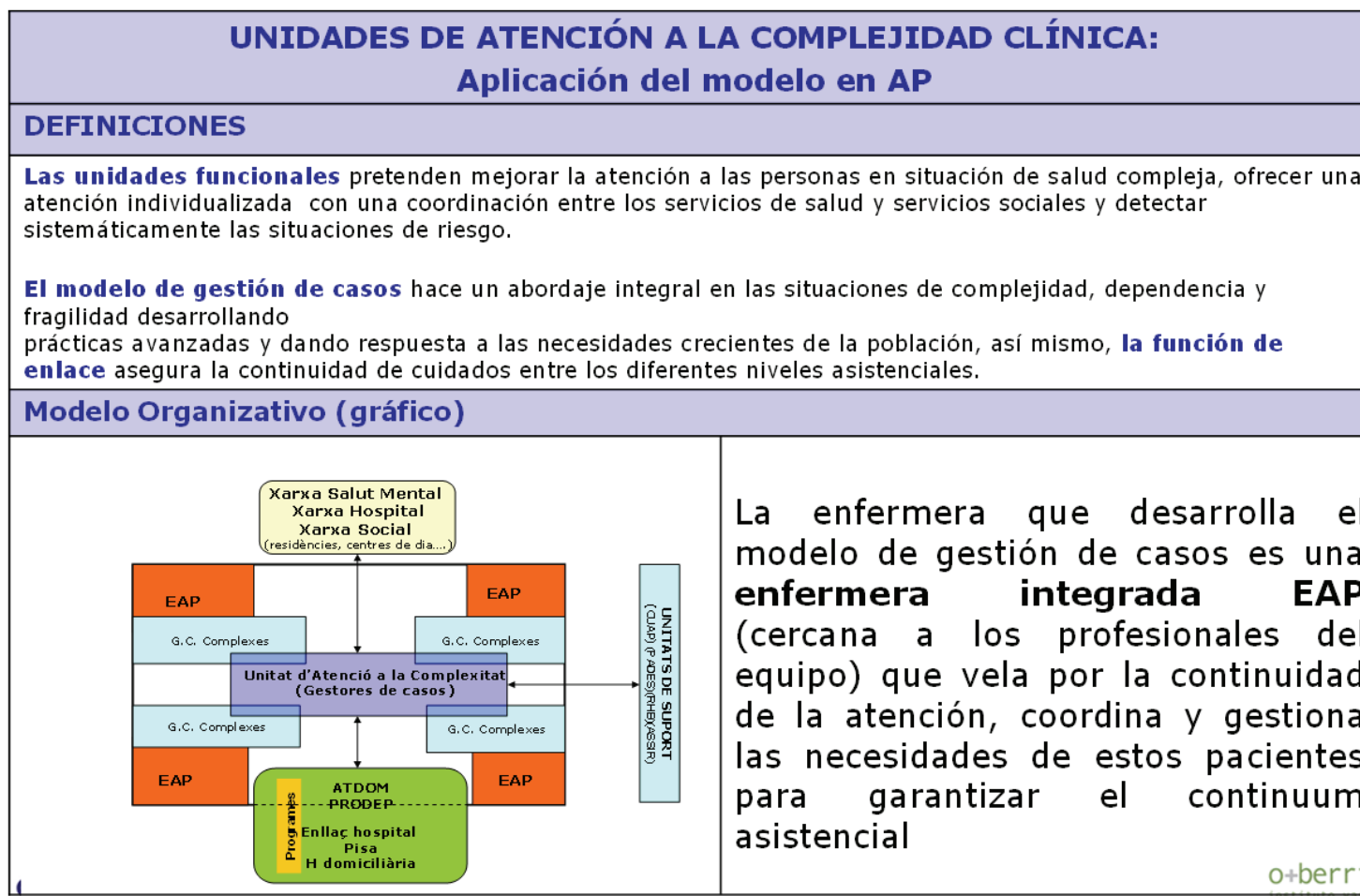
Estudio Benchmarking

BORRADOR

Ejemplo

Modelo Cataluña

20



o+berri
Instituto Vasco de

Documentos entregables

BORRADOR

Marco competencial ampliado



1. Algunas definiciones
 1. Marco competencial
 2. Gestión de casos
2. Propuesta de 3 figuras a pilotar
 1. Visión
 2. Objetivos
 3. Población diana
 4. Diseño Organizativo
 5. Marco competencial
3. Las 3 figuras en detalle

Marco competencial ampliado

BORRADOR

Definición Marco Competencial

A efectos de este estudio se entiende por **marco competencial** el conjunto de conocimientos, habilidades y destrezas necesarios para el desempeño profesional.

Las **competencias** son las características subyacentes de cada persona, que están relacionadas con una correcta actuación en su puesto de trabajo y que pueden basarse en la motivación, en los rasgos de carácter, en el concepto de sí mismo, en actitudes o valores, en una variedad de conocimientos, y en capacidades o conductas entre otros factores.

Se trata de cualquier característica individual que se pueda medir de modo fiable y cuya relación con la actuación en el puesto de trabajo sea demostrable.

Todas las personas tienen un conjunto de atributos y conocimientos, que pueden ser tanto adquiridos como innatos, y que definen sus competencias para una determinada actividad.

Sin embargo, no es el objetivo de las competencias estudiar de manera exhaustiva el perfil físico, psicológico y emocional, más bien trata de identificar aquellas características que puedan resultar eficaces para el buen desempeño dentro de una organización.

En este sentido, y a efectos de este estudio se definirán las **competencias clave** para el Sistema Sanitario Vasco en lo que a los nuevos roles de enfermería respecta. Éstas tendrán una influencia decisiva en el desarrollo de los puesto de trabajo que se definan y por ende, en el funcionamiento de toda la organización. Para ellos es fundamental que se produzca un ajuste óptimo entre la competencias de la persona y las requeridas por su puesto de trabajo.

Marco competencial ampliado

BORRADOR

Definición Marco Competencial (continuación)

Clasificación de competencias:

las competencias se dividen en dos grandes bloques:

- **Conocimientos específicos:** de carácter técnico, precisos para la correcta realización de las actividades
- **Habilidades:** capacidades adquiridas en base a la experiencia
- **Destrezas:** cualidades específicas personales que garanticen el éxito en el puesto

Tipos de competencias

Conocimientos

- de grado
- de especialización
- de postgrado

Habilidades

- de gestión
- relacionales
- de comunicación
- visión de la Organización

Destrezas

- Liderazgo
- Empatía
- Carisma
- Iniciativa
- Integridad

Marco competencial ampliado

BORRADOR

Definición Marco Competencial (continuación)

Como se ha comentado anteriormente, lo que se pretende mediante este enfoque de competencias es lograr que la gestión de la organización se ajuste al activo humano, utilizando las características clave que tiene cada persona y aquellas que hacen que un determinado puesto de trabajo se desarrolle lo mas eficazmente posible.

La consecuencia de todo esto será la integración de un equipo de trabajo que conseguirá alcanzar unos objetivos a corto, medio y largo plazo de una manera efectiva.

Para que todo esto se pueda llevar a cabo, en apartados posteriores de este informe se desarrollarán distintos perfiles enfermeros desde la perspectiva de las competencias.

Dichos perfiles incluirán los siguientes apartados:

- Relación y definición competencial necesaria para el buen desempeño de los nuevos roles
- Tareas y actividades principales de las mismas
- Formación básica y experiencia requerida para su desempeño

Definición gestión de casos

La **gestión de casos** da respuesta a la necesidad de actuar de forma proactiva y coordinada al identificar a personas más vulnerables, con situaciones y patologías complejas (normalmente de larga duración), e implica un esfuerzo de coordinación y gestión de sus cuidados en estrecha colaboración con el interesado y sus cuidadores.

La gestión de casos se basa en los siguientes **principios básicos**:

- Identificar a personas en riesgo de ingresar de forma no planificada
- Centrar las energías en las personas con la carga patológica más alta
- Proporcionar el cuidado menos invasivo
- Contar con un plan personalizado de cuidados basado en las necesidades y preferencias de cada paciente
- Establecer alianzas con los profesionales sanitarios de atención Primaria, así como con los clínicos de la atención especializada y los agentes de los servicios sociales
- Integrar y coordinar servicios sanitarios y sociales.

Fuente: Case Management competences framework for the care of people with Long term conditions

Propuesta de 3 figuras a pilotar

BORRADOR

Definición Preliminar del grupo de trabajo

Enfermera familiar y comunitaria (competencias BOE)
Enfermera con competencias avanzadas (crónicos complejos)
Enfermera gestora de casos de continuo (AP-AE)
Enfermera de enlace hospitalaria

Fuente: informe de Resultado Jornadas del Grupo de Trabajo de enfermería, julio 2010.

Denominación Propuesta de las 3 figuras a pilotar

1. Enfermera gestora de competencias avanzadas (EGCA)
2. Enfermera gestora de continuidad (EGC)
3. Enfermera gestora de enlace hospitalaria (EGEH)

Propuesta de 3 figuras a pilotar

BORRADOR

Visión

EGCA

La enfermera de competencias avanzadas para la gestión de casos complejos, es una enfermera que proactivamente prevé, coordina, gestiona y unifica servicios de enfermería así como cuidados clínicos avanzados y personalizados en pacientes vulnerables (en su domicilio).

Éstos casos serán los relativos a un grupo de usuarios (unos 50) con necesidades de intensidad muy alta e identificados a partir de una búsqueda activa (mediante herramientas de estratificación poblacional, entre otras).

Toda persona que presente necesidades clínicas muy complejas e intensivas (especialmente aquella que precise de una intervención urgente) necesitará el apoyo de una enfermera titulada que sea capaz de proporcionar cuidados clínicos avanzados, así como de gestionar su caso.

EGC

La función de la enfermera gestora de continuidad es la de definir, planificar y coordinar los cuidados de los pacientes crónicos o con situaciones complejas que requieran una atención coordinada a lo largo del Sistema Sanitario Vasco, siendo la Atención Primaria su principal área de actuación.

Por ello, será el punto de referencia tanto para el paciente como para los diferentes agentes sanitarios involucrados en el plan de cuidados personalizado de sus pacientes, velando por la continuidad, seguimiento y eficacia de dicho plan.

EGEH

La enfermera de enlace hospitalaria se sustenta en la coordinación de cuidados orientada a conseguir la máxima independencia y autonomía posible de los pacientes y sus familias en el domicilio, realizando las gestiones necesarias para alcanzarla.

Planificará con la enfermera gestora de continuidad la adecuada transición al domicilio. todo ello a través del proceso de atención y utilizando los sistemas estandarizados para la práctica enfermera.

Su población diana son todas aquellas personas ingresadas en el hospital que, por la complejidad de su estado de salud, requieran la coordinación con diferentes profesionales/servicios y la movilización de los recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada a sus necesidades de cuidados y las de sus cuidadoras.

Propuesta de 3 figuras a pilotar

BORRADOR

Objetivos generales

- La gestión de casos intensiva, continua y personalizada persigue **mejorar resultados en salud y la calidad de vida** en personas que han de soportar patologías complejas de larga duración.
- Mejorar la **calidad de la sanidad y la coordinación con asistencia social**.
- Centrar los servicios sanitarios en la persona
- **Mejorar la satisfacción** de la atención en el grupo de pacientes complejos y personas cuidadoras

Propuesta de 3 figuras a pilotar

BORRADOR

Objetivos específicos de cada figura

EGCA

- Reducir el número de ingresos evitables de pacientes con patología crónica
- Evitar la aparición de complicaciones
- Fomentar la autonomía y el autocuidado
- Facilitar el acceso a los recursos sanitarios y sociales
- Apoyar al paciente y cuidadores desde una perspectiva psicosocial
- Captar activamente mediante herramientas de estratificación del riesgo

EGC

- Supervisar, garantizar y potenciar la coordinación de la atención integral a lo largo de todo los agentes sanitarios (AP, AE, Servicios Sociales...) implicados.
- Garantizar la continuidad de los cuidados y fomentar la coordinación y homogeneización de procesos entre los profesionales de la salud de los diferentes ámbitos asistenciales.
- Asegurar un plan de cuidados personalizado incluyendo los servicios sanitarios de diferente índole necesarios para llevarlo a cabo.
- Captar y garantizar el seguimiento de la población diana.

EGEH

- Mejorar la continuidad de cuidados durante la transición al domicilio tras el alta hospitalaria.
- Potenciar la coordinación de la atención integral durante la estancia hospitalaria.
- Mejorar la homogeneización de la práctica enfermera en la continuidad de cuidados interniveles.
- Captar y garantizar el seguimiento de la población diana.

Propuesta de 3 figuras a pilotar

BORRADOR

Población diana

EGCA

- Pacientes con:
 - múltiples patologías de larga duración asociadas (comorbilidad)
 - un alto riesgo de tener que ser hospitalizada de forma no programada,
 - múltiples necesidades:
 - farmacéuticas
 - sociales
 - médicas y de
 - cuidados enfermería
- La mayoría de los ingresos no programados son los protagonizados por patologías respiratorias, cardíacas, oncológicas y mentales.

EGC

- Pacientes con una o varias enfermedades crónicas, que requieren coordinación y continuidad de cuidados.
- Como por ejemplo: Diabetes mellitus, Enfermedades cardiovasculares, Enfermedades respiratorias, osteoarticulares, neurológicas, mentales, digestivas, renales crónicas...
- Y que sufren de algún tipo de dependencia.
- Y pueden necesitar para su tratamiento y cuidados de tecnología avanzada en el domicilio.

EGEH

- Pacientes ingresados en hospital que, por la complejidad de su estado de salud, requieran la coordinación con diferentes profesionales/servicios y la movilización de los recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada a sus necesidades de cuidados y las de sus cuidadoras:
- Como por ejemplo: Cuidados paliativos, Atención al proceso Pluripatológicos, Fractura de cadera en el anciano, Demencias, Ataque cerebrovascular, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Insuficiencia Cardíaca, Trastorno Mental grave
- Cuidadores familiares de los anteriores.

Propuesta de 3 figuras a pilotar

Diseño Organizativo: EGCA

BORRADOR

	Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas
Dependencia Funcional (quien es su jefe) Orgánica (la organización a la que se pertenece)	Equipo de Dirección de su Comarca de Atención Primaria El que corresponda
Ubicación Física	La Comarca de AP se plantea como centro de operaciones de la enfermera. Sin perjuicio de que ésta deba desplazarse continuamente al domicilio de sus pacientes o al hospital en su caso.
Ámbito de actuación	Los pacientes asignados a la enfermera de competencias avanzadas en todo caso han de demarcarse dentro del área de influencia de la Comarca sanitaria de la que ésta depende.

Propuesta de 3 figuras a pilotar

BORRADOR

Diseño Organizativo: EGC

	Enfermera Gestora de continuidad
Dependencia Funcional (quien es su jefe) Orgánica (la organización a la que se pertenece)	Equipo de Dirección de su Comarca de Atención Primaria El que corresponda
Ubicación Física	La Comarca de AP se plantea como centro de operaciones de la enfermera. Sin perjuicio de que ésta deba desplazarse continuamente al domicilio de sus pacientes o al hospital en su caso.
Ámbito de actuación	Los pacientes asignados a la enfermera gestora de continuidad en todo caso han de demarcarse dentro del área de influencia de la Comarca sanitaria de la que ésta depende.

Propuesta de 3 figuras a pilotar

BORRADOR

Diseño Organizativo: EGEH

	Enfermera Gestora de enlace hospitalario
Dependencia Funcional (quien es su jefe) Orgánica (la organización a la que se pertenece)	Equipo de Dirección de Hospital El que corresponda
Ubicación Física Ámbito de actuación	El hospital se plantea como centro de operaciones de esta enfermera. Los pacientes asignados a la enfermera de enlace hospitalario en todo caso han de demarcarse dentro del área de influencia del hospital del que depende.

Propuesta de 3 figuras a pilotar

BORRADOR

Marco Competencial

A continuación se detallan las principales competencias necesarias para el buen desempeño:

1. Competencias clínicas avanzadas para pacientes crónicos complejos
2. Apoyo el auto-cuidado y facilitar la independencia
3. Promoción la salud y prevención de la mala salud y las complicaciones secundarias
4. Liderazgo en la coordinación de cuidados complejos
5. Identificación de personas de alto riesgo
6. Gestión proactiva de patologías complejas
7. Alianzas con participes
8. Mejora continua

Propuesta de 3 figuras a pilotar

Marco Competencial: requisitos de desempeño EGCA

BORRADOR

LEYENDA	
	Peso relativo bajo
	Peso relativo medio
	Peso relativo alto

COMPETENCIAS AVANZADAS		1. Competencias Clínicas avanzadas	2. Apoyo el auto-cuidado y la independencia	3. Promoción la salud y estilo de vida saludable	4. Liderazgo de la coordinación de cuidados	5. Identificación población diana	6. Gestión proactiva de patologías complejas	7. Alianzas con grupos de interés	8. Mejora continua
Conocimientos	Grado								
	Especialización								
	Post Grado								
Habilidades	Gestión								
	Relacionales								
	Comunicación								
	Visión Organizacional								
Destrezas	Liderazgo								
	Empatía								
	Carisma								
	Iniciativa								
	Integridad								

Propuesta de 3 figuras a pilotar

Marco Competencial: requisitos de desempeño EGC

BORRADOR

LEYENDA	
	Peso relativo bajo
	Peso relativo medio
	Peso relativo alto

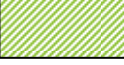
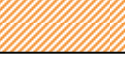
		1. Competencias Clínicas avanzadas	2. Apoyo el auto-cuidado y la independencia	3. Promoción la salud y estilo de vida saludable	4. Liderazgo de la coordinación de cuidados	5. Identificación población diana	6. Gestión proactiva de patologías complejas	7. Alianzas con grupos de interés	8. Mejora continua
Conocimientos	Grado								
	Especialización								
	Post Grado								
Habilidades	Gestión								
	Relacionales								
	Comunicación								
	Visión Organizacional								
Destrezas	Liderazgo								
	Empatía								
	Carisma								
	Iniciativa								
	Integridad								

Propuesta de 3 figuras a pilotar

Marco Competencial: requisitos de desempeño EGEH

BORRADOR

LEYENDA	
	Peso relativo bajo
	Peso relativo medio
	Peso relativo alto

		1. Competencias Clínicas avanzadas	2. Apoyo el auto-cuidado y la independencia	3. Promoción la salud y estilo de vida saludable	4. Liderazgo de la coordinación de cuidados	5. Identificación población diana	6. Gestión proactiva de patologías complejas	7. Alianzas con grupos de interés	8. Mejora continua
Conocimientos	Grado								
	Especialización								
	Post Grado								
Habilidades	Gestión								
	Relacionales								
	Comunicación								
	Visión Organizacional								
Destrezas	Liderazgo								
	Empatía								
	Carisma								
	Iniciativa								
	Integridad								



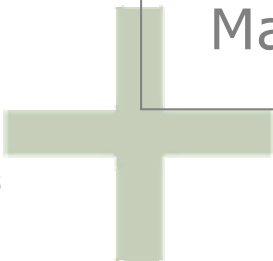
Osakidetza

o+berri
instituto vasco de
innovación sanitaria

Enfermera con COMPETENCIAS AVANZADAS para la gestión de casos complejos

**Definición e Implementación de
competencias avanzadas de enfermería**

Marco competencial ampliado



Enfermera gestora de competencias avanzadas

BORRADOR

Introducción

Definición Preliminar del el grupo de trabajo

Enfermera con competencias avanzadas, aquella con:

Conocimiento del entorno, recursos y alianzas para mejorar la atención

Conocimiento de GPC, protocolos y procesos integrados de atención

Habilidades de trabajo en equipo, comunicación y gestión de conflictos

Capacidad de decisión, ejecución y movilización de los recursos necesarios

Capacidad de educar en autocuidados a pacientes y familia

Consciencia de gestión de recursos y uso eficiente

Capacidad de evaluación de eficiencia

Competencias clínicas avanzadas para pacientes crónicos complejos

Conocimiento en la existencia y manejo de recursos telemáticos

Gran capacidad de liderazgo y gestión del cambio

Capacidad de coordinar equipos y servicios sociales

Experiencia demostrada en diferentes ámbitos del sistema sanitario

Consultora de otros profesionales

Capacidad de promoción de práctica clínica basada en la evidencia

Capacidad de valoración integrada

Fuente: informe de Resultado Jornadas del Grupo de Trabajo de enfermería, julio 2010.

Nota: aquellas en negrita son las de especial preponderancia en su función.

Enfermera gestora de competencias avanzadas

BORRADOR

Introducción

Visión: enfermera de competencias avanzadas para la gestión de casos complejos

La **enfermera de competencias avanzadas para la gestión de casos complejos**, es una enfermera que proactivamente prevé, coordina, gestiona y unifica servicios de enfermería así como cuidados clínicos avanzados y personalizados en pacientes vulnerables (en su domicilio).

Éstos casos serán los relativos a un grupo de usuarios (unos 50) con necesidades de intensidad muy alta e identificados a partir de una búsqueda activa (mediante herramientas de estratificación poblacional, entre otras).

Toda persona que presente necesidades clínicas muy complejas e intensivas (especialmente aquella que precise de una intervención urgente) necesitará el apoyo de una enfermera titulada que sea capaz de proporcionar cuidados clínicos avanzados, así como de gestionar su caso.



Enfermera gestora de competencias avanzadas

BORRADOR

Objetivos

Generales

- La gestión de casos intensiva, continua y personalizada persigue **mejorar resultados en salud y la calidad de vida** en personas que han de soportar patologías complejas de larga duración.
- Mejorar la **calidad de la sanidad y la coordinación con la asistencia social** para un grupo de personas privados de los mismos.
- Centrar los servicios sanitarios más en la persona

Específicos de la función de esta figura

- Reducir el número de ingresos evitables de pacientes con patología crónica
- Evitar la aparición de complicaciones
- Fomentar la autonomía y el autocuidado
- Facilitar el acceso a los recursos sanitarios y sociales
- Apoyar al paciente y cuidadores desde una perspectiva psicosocial

Enfermera gestora de competencias avanzadas

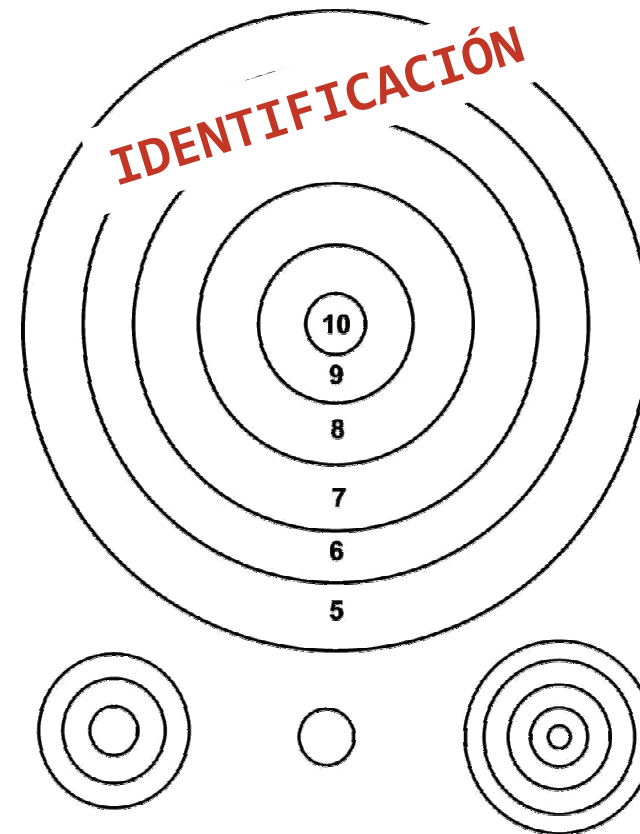
BORRADOR

Población diana

Identificación

Se trata de personas que:

- Presentan múltiples patologías de larga duración asociadas (**comorbilidad**)
- Con un **alto riesgo** de tener que ser **hospitalizada** de forma no programada,
- Además de **múltiples necesidades**:
 - farmacéuticas
 - sociales
 - médicas y de
 - cuidados enfermería
- La mayoría de los ingresos no programados son los protagonizados por patologías respiratorias, cardíacas, oncológicas y mentales.



Enfermera gestora de competencias avanzadas

BORRADOR

Población diana: identificación y vías de captación

La captación de pacientes se llevará a cabo tanto proactiva como reactivamente para identificar pacientes de intensidad muy alta y con mayor riesgo de ser ingresadas de forma no planificada, evitando así estancias innecesariamente largas y una mala gestión de la medicación.

Vías de identificación de pacientes:

1. Identificación activa a través de las herramientas existentes en el Sistema Sanitario Vasco.

- Herramientas de estratificación del riesgo de población (actualmente en desarrollo, PROYECTO ESTRATÉGICO 1).
- E-Osabide
- Sistemas de información hospitalaria
- ...otras.

2. Por derivación desde otros profesionales

- Médico especialista,
- médico de atención primaria
- Enfermería garante del continuo asistencial

Enfermera gestora de competencias avanzadas

Población diana: identificación y vías de captación

BORRADOR

Identificación activa a través de las herramientas existentes en el SSV

La utilización de este tipo de herramientas permitirá gestionar la punta superior de la Pirámide de Kaiser que corresponde a personas con necesidades de intensidad muy alta, pacientes que además de presentar múltiples necesidades, su salud general requiere cuidados de enfermería.



Fuente: Kaiser Permanente

Enfermera gestora de competencias avanzadas

BORRADOR

Marco Competencial

A continuación se detallan las principales competencias necesarias para el buen desempeño de la Enfermera de competencias avanzadas:

1. Competencias clínicas avanzadas para pacientes crónicos complejos
2. Apoyo el auto-cuidado y facilitar la independencia
3. Promoción la salud y prevención de la mala salud y las complicaciones secundarias
4. Liderazgo en la coordinación de cuidados complejos
5. Identificación de personas de alto riesgo
6. Gestión proactiva de patologías complejas
7. Alianzas con participantes
8. Mejora continua

Enfermera gestora de competencias avanzadas

BORRADOR

Marco Competencial (enunciado y definición)

1. Competencias clínicas avanzadas para pacientes crónicos complejos

- Esta competencia es relativa al rol de la enfermera que proporciona cuidados de enfermería a domicilio, generalmente relacionados con pacientes agudos.
- Este tipo de cuidados a domicilio exige trabajar de forma autónoma y ser capaz de evaluar, diagnosticar y realizar tratamientos teniendo en cuenta los riesgos asociados a trabajar en un domicilio.
- Deberá ser capaz de tratar exacerbaciones agudas fruto de patologías crónicas y minimizar el impacto de diferentes comorbilidades en pos de una mejora en la calidad de vida del paciente.
- La competencia de clínica avanzada contempla también, la capacidad de la enfermera en el manejo de trastornos cognitivos así como del bienestar mental y psicosocial del paciente y sus cuidadores. En este sentido, ha de estar capacitada para realizar una valoración sobre salud la mental, identificando y valorando el deterioro de la función cognitiva y reconociendo en su caso, el deterioro mental.
- La enfermera de competencias avanzadas ha de estar preparada para trabajar con personas con patologías de larga duración y sus familiares a la hora de planificar su futuro y elegir los cuidados para el fin de la vida.

Enfermera gestora de competencias avanzadas

BORRADOR

Marco Competencial

2. Apoyo el auto cuidado, el auto manejo y facilitar la independencia

Esta competencia persigue garantizar que la enfermera sea competente en el cuidado de personas vulnerables con múltiples patologías de larga duración dentro de la filosofía global de facilitar y fomentar la independencia, la dignidad y aumentar la autonomía al máximo nivel.

3. Promoción de la salud y prevención de la mala salud y complicaciones secundarias

La enfermera deberá encargarse de promover conductas que mejoren la salud y prevenir el deterioro en los niveles de salud de sus pacientes, así como prevenir la aparición de complicaciones evitables.

4. Liderazgo en la coordinación de cuidados complejos

El objetivo de esta competencia es asegurar que la enfermera esté preparada para coordinar y organizar proactivamente los cuidados complejos en base a planes personalizados de cuidados elaborados por ellas mismas.

Enfermera gestora de competencias avanzadas

BORRADOR

Marco Competencial

4.Liderazgo en la coordinación de cuidados complejos (continuación)

Éstos planes serán elaborados con el apoyo y colaboración de distintos profesionales sanitarios y demás agentes involucrados en la asistencia y cuidado del paciente crónico, todo ello bajo los principios de eficiencia, eficacia y calidad. Debiendo ser ella la responsable última de la monitorización de los cuidados que proporcionen a personas con patologías crónicas en mayor riesgo de deteriorarse y con alta probabilidad de ingreso o reingreso.

5.Identificación de personas con alto riesgo

El objetivo de esta competencia consiste en garantizar que la enfermera sea competente en la identificación proactiva de su público objetivo, así como en la cuantificación de la carga de trabajo que suponga su cartera de pacientes.

6.Gestión proactiva de patologías complejas

- El objetivo de esta competencia consiste en garantizar que la enfermera sea capaz de ayudar a sus pacientes a elegir su propio plan de cuidados de manera informada. La enfermera podrá identificar y gestionar los riesgos asociados al cuidado de personas con problemas complejos en sus propios domicilios.
- Está competencia se desarrollará sobre la base de una relación que reconozca que las personas, al margen de su vulnerabilidad, deben participar en la toma de decisiones, conocerse a sí mismas, así como el efecto que la patología puede tener sobre sus vidas.

Enfermera gestora de competencias avanzadas

BORRADOR

Marco Competencial

7. Alianzas estratégicas con partícipes

Es importante que la enfermera sea capaz de liderar y trabajar en diferentes áreas organizativas y profesionales para que los cuidados y recursos óptimos y necesarios puedan llegar a sus pacientes. La enfermera habrá de trabajar tanto dentro como fuera de las fronteras de su organización y construir alianzas y redes para conseguir cambios. La competencia de liderazgo necesaria para trabajar en este entorno no solamente incluyen la influencia estratégica efectiva, negociación y altos niveles de habilidad relacional sino también la capacidad de trabajar en colaboración y construir vínculos con aquellos agentes partícipes en la atención y cuidados de los pacientes.

8. Mejora continua

Esta competencia pretende que sea la propia enfermera la encargada en responsabilizarse de su aprendizaje para garantizar así una práctica profesional competente y continua a un nivel avanzado. También incluye la capacidad de liderar y facilitar mejoras de atención para personas con patologías de larga duración. El liderazgo efectivo forma parte del papel clínico. Exige a la persona dirigir a otras desde la óptica de la credibilidad clínica para modelar y desarrollar mejores prácticas y fomentar la colaboración entre los diferentes agentes implicados.

Enfermera gestora de competencias avanzadas

BORRADOR

Marco Competencial (actividades)

Se considera una enfermera de competencias avanzadas aquella cuyo conocimientos, capacidades y destrezas le permiten llevar a cabo las **siguientes actividades**:

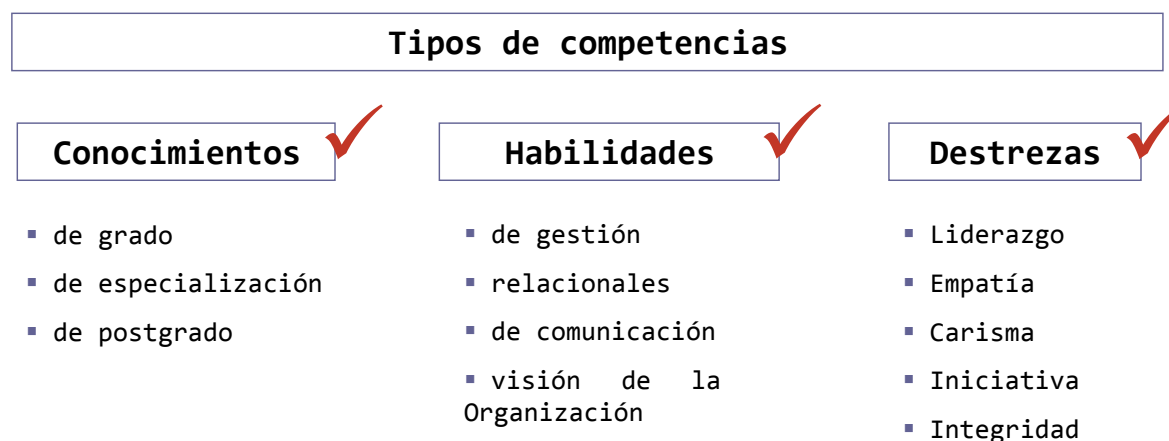
1. Elaborar la historia clínica del paciente
2. Llevar a cabo chequeos físicos
3. Reconocer potenciales exarcebaciones agudas del proceso crónico en base a sus conocimientos expertos y opinión clínica
4. Derivar a pacientes a pruebas diagnosticas o a consulta de especialista
5. Recurrir a su amplia experiencia para planificar y proporcionar cuidados capaces de satisfacer las necesidades sanitarias y sociales de los pacientes, involucrando a otros miembros del equipo de profesionales sanitarios
6. Garantizar la continuidad de los cuidados, incluidas las visitas de seguimiento
7. Valorar y evaluar, junto con el paciente, la efectividad del tratamiento y de los cuidados proporcionados y hacer los cambios que sean necesarios
8. Trabajar de forma independiente, aunque a menudo también como integrante de un equipo de atención sanitaria
9. Llevar a cabo programas de rehabilitación en el domicilio
10. Asegurarse de que el tratamiento y el cuidado de cada paciente se basen en buenas prácticas
11. Prevenir la aparición de complicaciones secundarias mediante un buen control y seguimiento del caso (mediante medios telemáticos en su caso)

Enfermera gestora de competencias avanzadas

BORRADOR

Requisitos de desempeño

- En el apartado introductorio relativo a la definición del marco competencial se comenta que todas las personas tienen un conjunto de atributos y conocimientos, que pueden ser tanto adquiridos como innatos, y que definen sus competencias para una determinada actividad. Dichos atributos y conocimientos se han clasificado en los tres que se muestran en el gráfico que sigue:



- A continuación, y de acuerdo a dicha clasificación, se definen diferentes requisitos de desempeño relativos a cada una de los perfiles enfermeros propuestos en este informe

Enfermera gestora de competencias avanzadas

Requisitos de desempeño

BORRADOR

LEYENDA	
	Peso relativo bajo
	Peso relativo medio
	Peso relativo alto

COMPETENCIAS AVANZADAS		1. Competencias Clínicas avanzadas	2. Apoyo el auto-cuidado y la independencia	3. Promoción la salud y estilo de vida saludable	4. Liderazgo de la coordinación de cuidados	5. Identificación población diana	6. Gestión proactiva de patologías complejas	7. Alianzas con grupos de interés	8. Mejora continua
Conocimientos	Grado								
	Especialización								
	Post Grado								
Habilidades	Gestión								
	Relacionales								
	Comunicación								
	Visión Organizacional								
Destrezas	Liderazgo								
	Empatía								
	Carisma								
	Iniciativa								
	Integridad								

Enfermera gestora de competencias avanzadas

BORRADOR

Diseño Organizativo

Definición Preliminar del el grupo de trabajo

Enfermera de práctica avanzada	
Espacio / Estructura propuesta para su desempeño:	- Dependencia Estratégica de la DAS - Dependencia Operativa de las organizaciones de servicios - Las personas ubicadas en los centros de salud. - Unidad funcional dependiente de la comarca y ubicada en los centros de salud. - Liderazgo estratégico - Liderazgo en la operativización y despliegue

Fuente: informe de Resultado Jornadas del Grupo de Trabajo de enfermería, julio 2010.

Diseño Organizativo

Propuesta desarrollada

- A partir de la amalgama de posibilidades definidas por el grupo de trabajo (en el apartado anterior), a modo de propuesta se plantea a continuación el siguiente planteamiento en relación al diseño organizativo.
- Éste contempla los siguientes subapartados:
 - Dependencia
 - Funcional
 - Orgánica
 - Ubicación física
 - Ámbito de actuación
- Para cada una de las figuras propuestas en este informe se detalla en las diapositivas que siguen la especificación relativa a cada uno de estos subapartados.

Enfermera gestora de competencias avanzadas

BORRADOR

Diseño Organizativo

Propuesta desarrollada

	Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas
Dependencia Funcional (quien es su jefe) Orgánica (la organización a la que se pertenece)	Equipo de Dirección de su Comarca de Atención Primaria El que corresponda
Ubicación Física	La Comarca de AP se plantea como centro de operaciones de la enfermera. Sin perjuicio de que ésta deba desplazarse continuamente al domicilio de sus pacientes o al hospital en su caso.
Ámbito de actuación	Los pacientes asignados a la enfermera de competencias avanzadas en todo caso han de demarcarse dentro del área de influencia de la Comarca sanitaria de la que ésta depende.

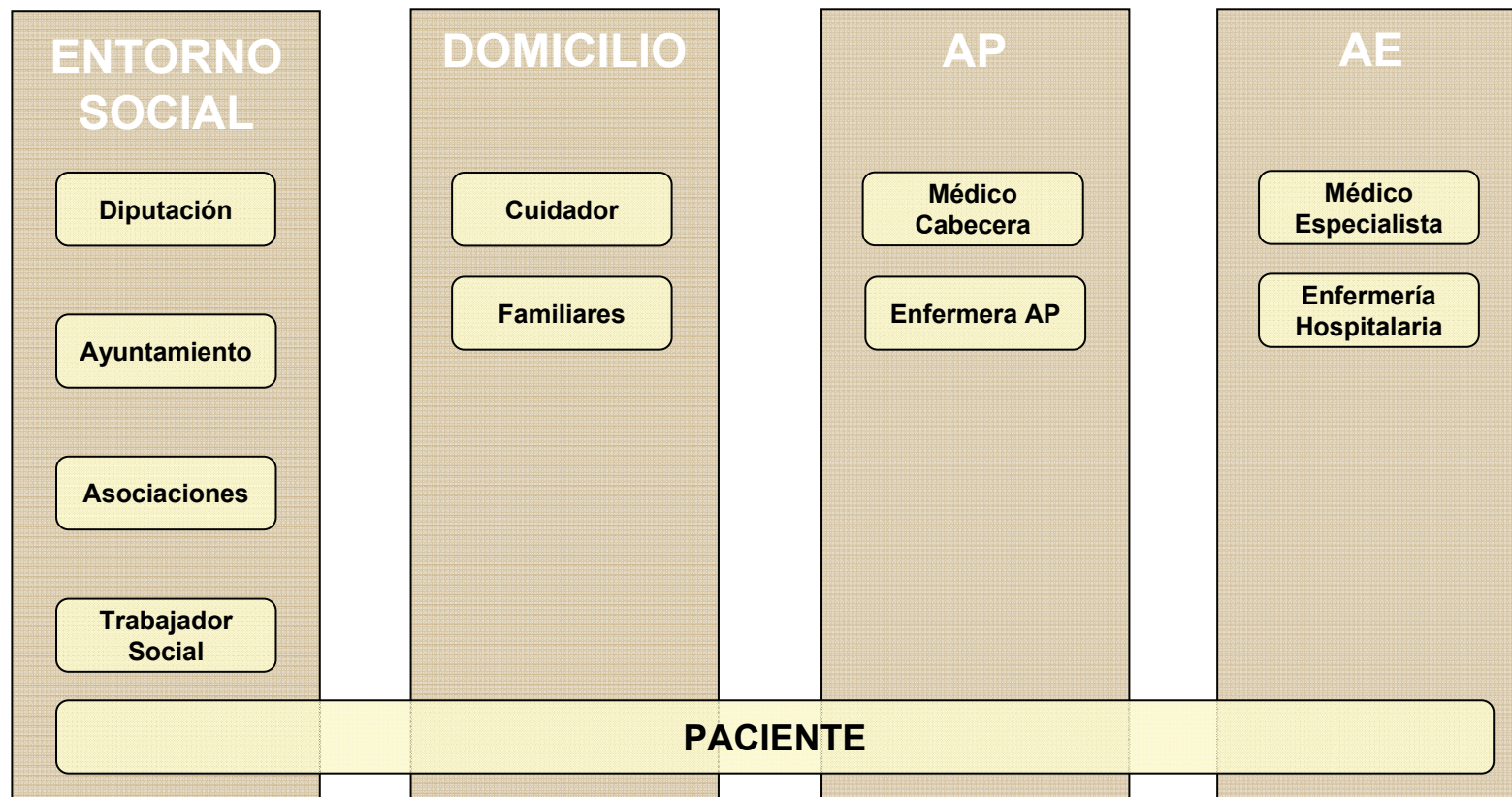
Enfermera gestora de competencias avanzadas

BORRADOR

Mapa relacional

Agentes

La enfermera de competencias avanzadas se relacionará con los siguientes agentes:



Enfermera gestora de competencias avanzadas

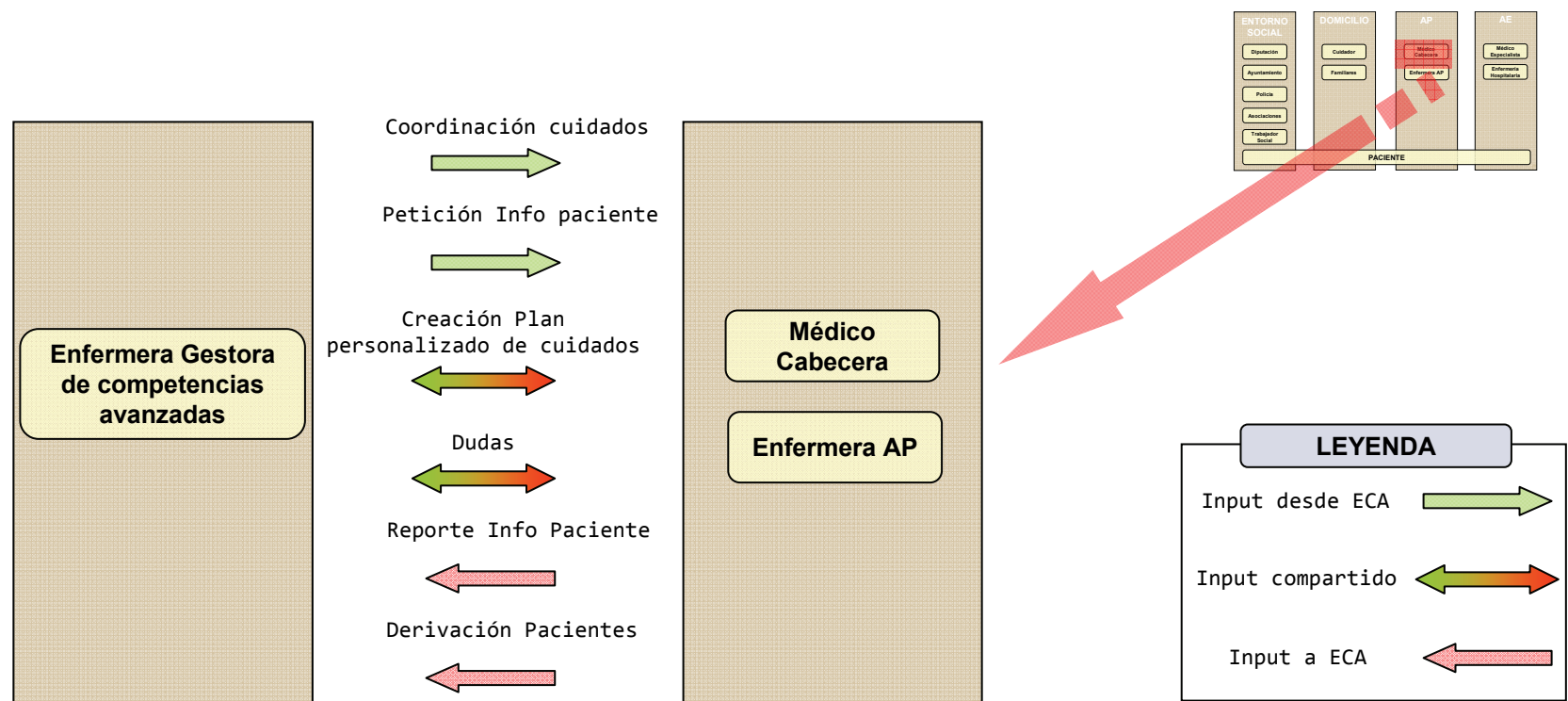
BORRADOR

Mapa relacional

Relaciones

A continuación se detalla de manera gráfica la relación de la enfermera de competencias avanzadas con cada una de las figuras mencionadas anteriormente:

Atención primaria



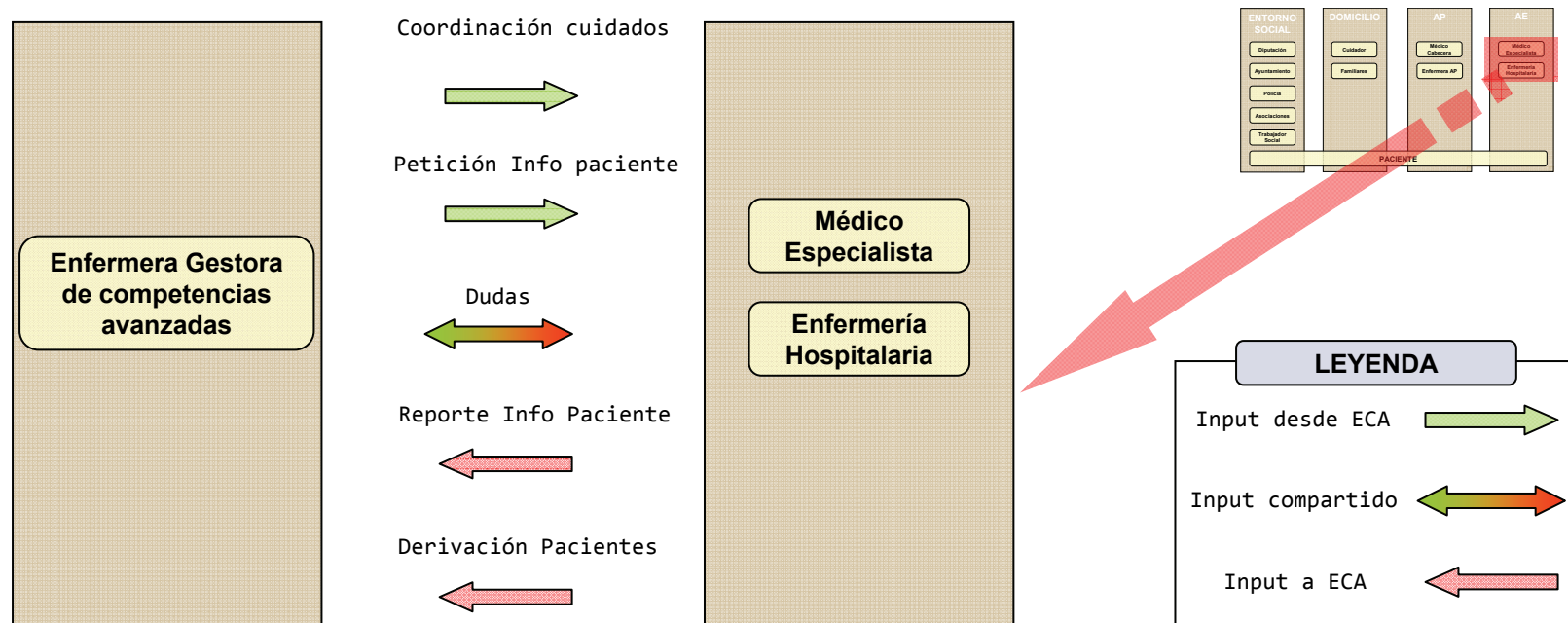
Enfermera gestora de competencias avanzadas

BORRADOR

Mapa relacional

Relaciones

Atención Especializada



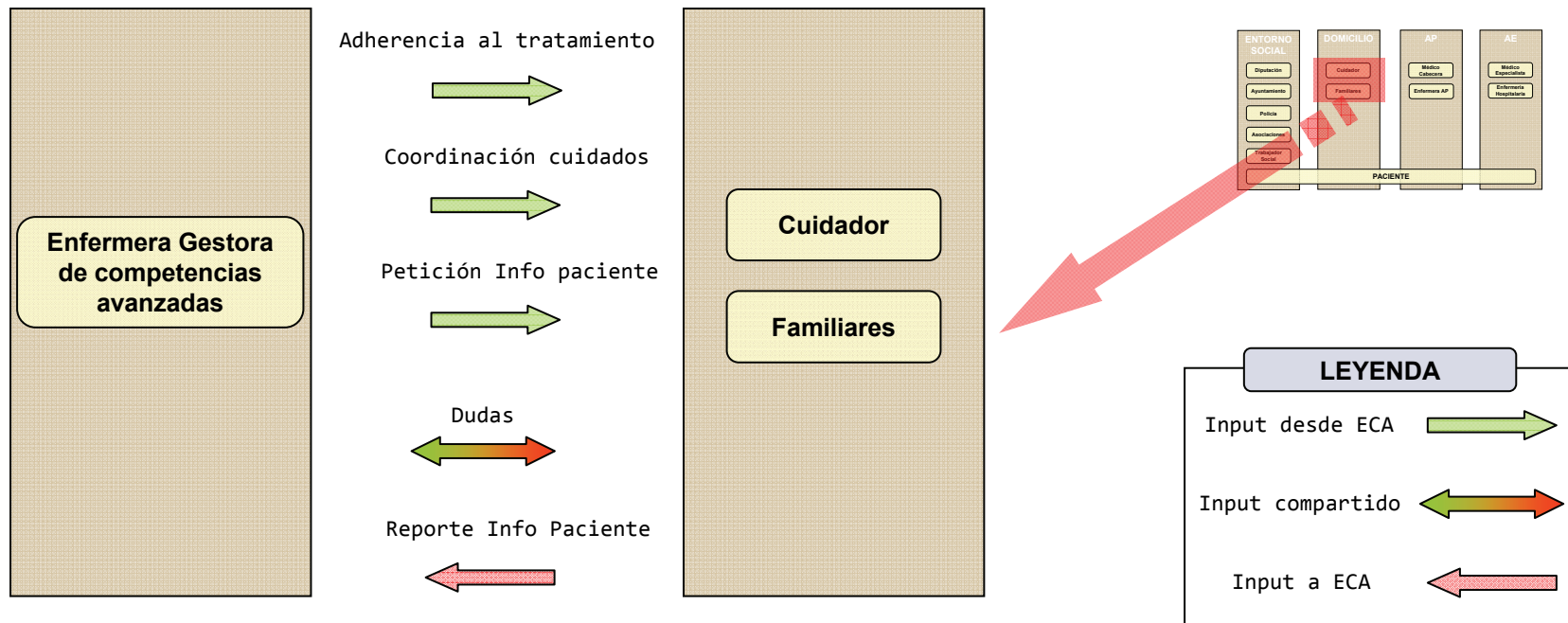
Enfermera gestora de competencias avanzadas

BORRADOR

Mapa relacional

Relaciones

Domicilio



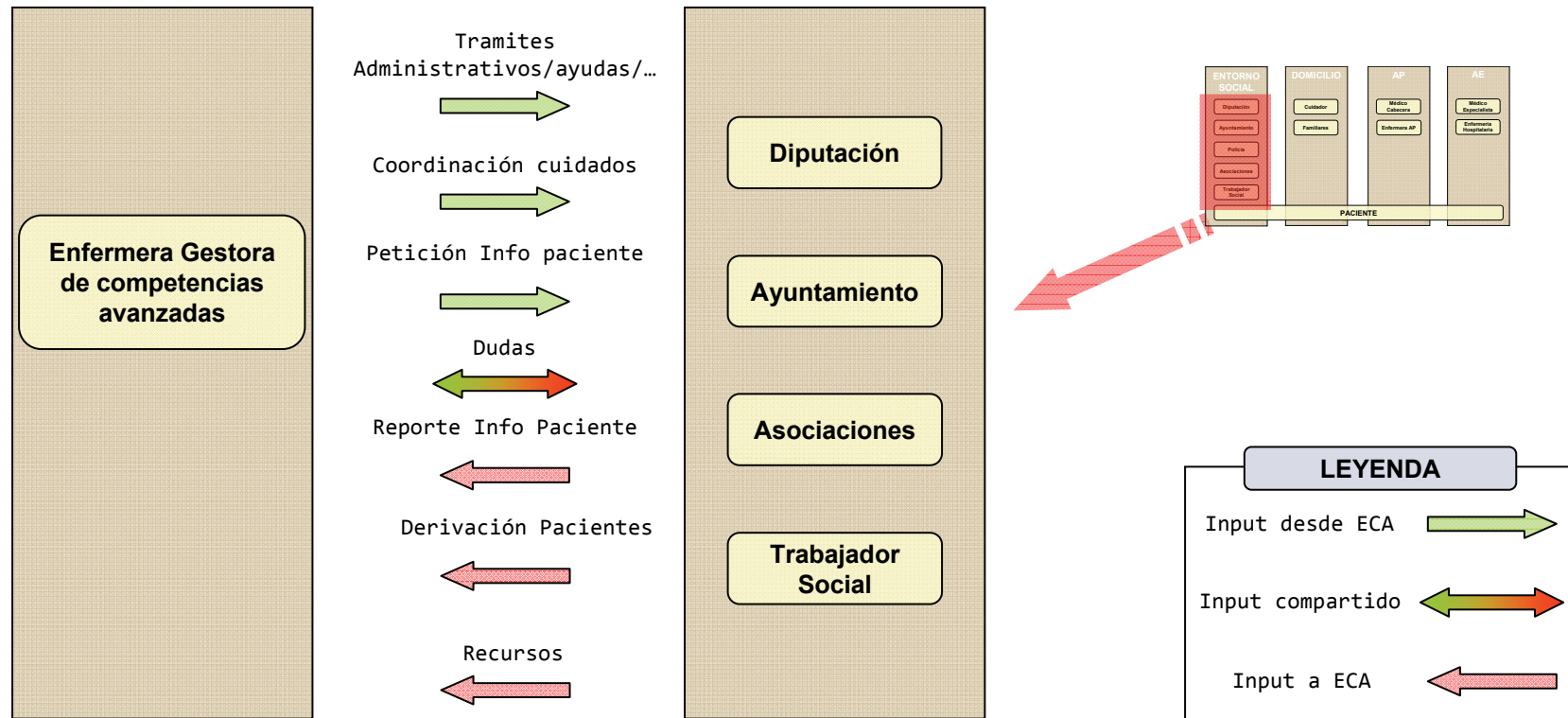
Enfermera gestora de competencias avanzadas

BORRADOR

Mapa relacional

Relaciones

Entorno Social

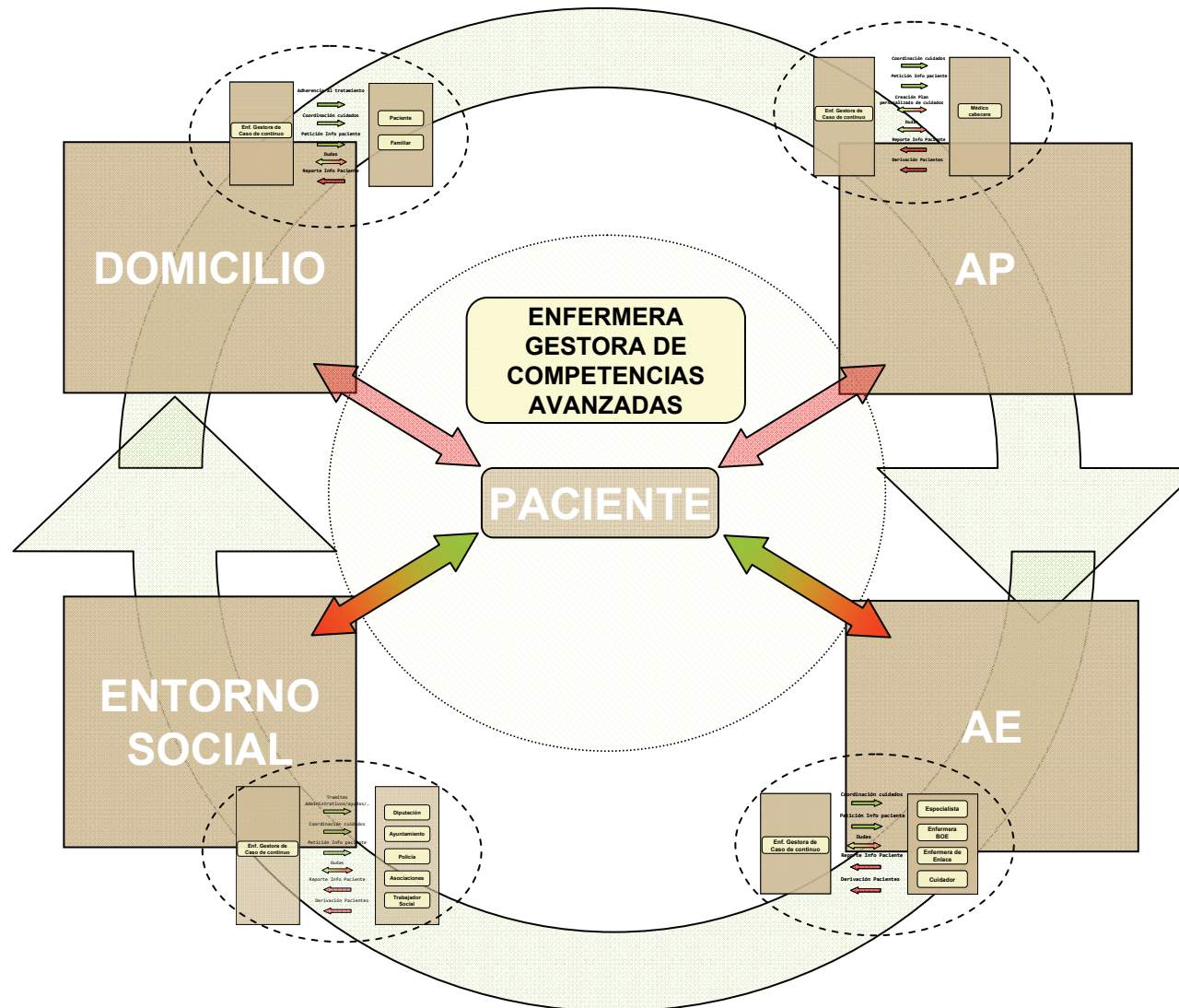


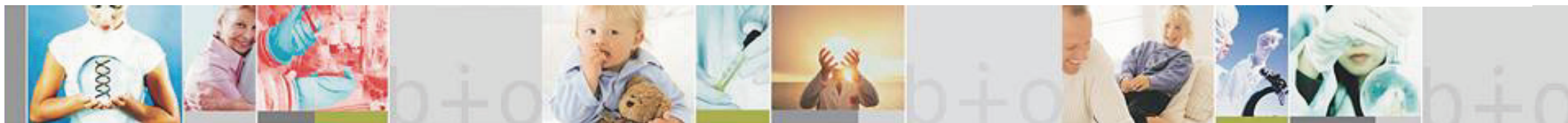
Enfermera gestora de competencias avanzadas

BORRADOR

Mapa relacional

Pictograma





Enfermera GESTORA DE CONTINUIDAD

**Definición e Implementación de
competencias avanzadas de enfermería**

Marco competencial ampliado

Enfermera gestora de continuidad

BORRADOR

Introducción

Definición Preliminar del el grupo de trabajo

Enfermera gestora de continuidad, aquella con:

Capacidad hacer valoración integrada (paciente, familia, entorno....)

Adaptación a la situación de salud

Capacidad de coordinación con diferentes agentes

Habilidades de trabajo con equipos multidisciplinares

Conocimiento y capacidad de gestión de los recursos/circuitos para la atención de crónicos en la comunidad

Habilidades de comunicación, empatía y asertividad

Capacidad de negociación

Capacidad de análisis y resolución de conflictos

Promotora de resultados de calidad, coste-efectividad

Actitud proactiva

Experiencia clínica y gestión

Educadora

Investigadora

Provedora de cuidados personal, familiar y comunitarios

Uso y conocimientos de TICs

Promotora de práctica clínica basadas en la evidencia

Conocimiento de los protocolos y guías de atención comunitaria

Fuente: informe de Resultado Jornadas del Grupo de Trabajo de enfermería, julio 2010.

Nota: aquellas en negrita son las de especial preponderancia en su función.

Enfermera gestora de continuidad

BORRADOR

Introducción

Visión: enfermera de competencias avanzadas para la gestión de casos complejos

La función de la **enfermera gestora de continuidad** es la de definir, planificar y coordinar los cuidados de los pacientes crónicos o con situaciones complejas que requieran una atención coordinada a lo largo del Sistema Sanitario Vasco, siendo la Atención Primaria su principal área de actuación.

Por ello, será el punto de referencia tanto para el paciente como para los diferentes agentes sanitarios involucrados en el plan de cuidados personalizado de sus pacientes, velando por la continuidad, seguimiento y eficacia de dicho plan.



Enfermera gestora de competencias avanzadas

BORRADOR

Objetivos

Generales

- La gestión de casos intensiva, continua y personalizada persigue **mejorar resultados en salud y la calidad de vida** en personas que han de soportar patologías complejas de larga duración.
- Mejorar la **calidad de la sanidad y la coordinación con la asistencia social** para un grupo de personas privados de los mismos
- Centrar los servicios sanitarios más en la persona

Específicos de la función de esta figura

- Supervisar, garantizar y potenciar la coordinación de la atención integral a lo largo de todo los agentes sanitarios (AP, AE, Servicios Sociales...) implicados.
- Garantizar la continuidad de los cuidados y fomentar la coordinación y homogeneización de procesos entre los profesionales de la salud de los diferentes ámbitos asistenciales.
- Asegurar un plan de cuidados personalizado incluyendo los servicios sanitarios de diferente índole necesarios para llevarlo a cabo.
- Captar y garantizar el seguimiento de la población diana.

Enfermera gestora de continuidad

BORRADOR

Población diana: Identificación y vías de captación

Identificación

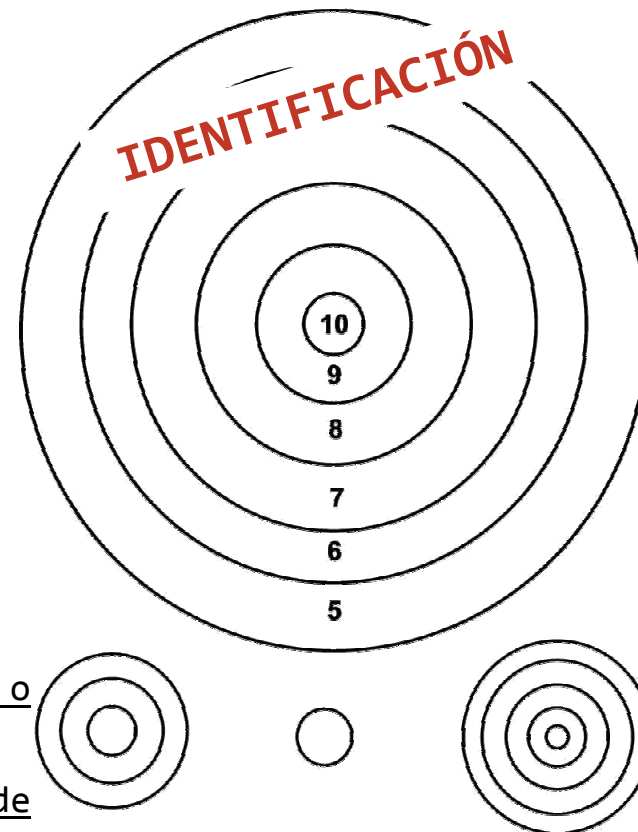
Se trata de personas que:

1. Sufren de una o varias enfermedades crónicas:

- Diabetes mellitus
- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedades respiratorias
- Enfermedades osteoarticulares
- Enfermedades neurológicas
- Enfermedades mentales
- VIH/SIDA
- Enfermedades digestivas
- Enfermedades renales crónicas...

2. Sufren de algún tipo de dependencia o discapacidad (Paciente frágil).

3. Requieren para su tratamiento y cuidados de tecnología avanzada en el domicilio.



Enfermera gestora de continuidad

BORRADOR

Población diana: Identificación y vías de captación

Vías de captación de pacientes

1. Identificación activa a través de las herramientas existentes en el Sistema Sanitario Vasco.

- Herramientas de estratificación del riesgo de población (actualmente en desarrollo, PROYECTO ESTRATÉGICO 1).
- E-Osabide
- Sistemas de información hospitalaria
- ...otras.

2. Por derivación desde otros profesionales

- Medico especialista
- Medico de atención primaria
- Trabajadores sociales encargados del paciente

Enfermera gestora de continuidad

BORRADOR

Marco Competencial

A continuación se detalla el mapa competencial incluyendo las principales competencias a desempeñar por parte de la Enfermera gestora de continuidad.

1. Competencias clínicas avanzadas para pacientes crónicos
2. Apoyo el auto-cuidado y facilitar la independencia
3. Promoción la salud y prevención de la mala salud
4. Liderazgo de la coordinación de cuidados
5. Identificación a personas con enfermedades crónicas o situaciones de complejidad
6. Gestión proactiva de patologías crónicas y complejas
7. Alianzas con grupos de interés
8. Mejora continua

Enfermera gestora de continuidad

BORRADOR

Marco Competencial (enunciado y definición)

1. Competencias clínicas avanzadas para pacientes crónicos

- Dada la naturaleza de su rol, por norma general, la enfermera gestora de continuidad no suministrará cuidados sanitarios.
- Por lo tanto, el uso de competencias clínicas avanzadas en esta figura se limita a su conocimiento con el fin de poder evaluar de manera más eficaz las necesidades de cada paciente y reflejar las acciones más oportunas a la hora de elaborar cada plan de cuidados personalizado.

Enfermera gestora de continuidad

BORRADOR

Marco Competencial (enunciado y definición)

2. Apoyo el auto cuidado, el auto manejo y facilitar la independencia

- El rol de la Enfermera gestora de continuidad contiene una fuerte componente de educación del paciente y de su entorno (familiares y/o cuidadores).
- Por lo tanto, parte fundamental de la actividad de la enfermera gestora de continuidad será la de educar, concienciar y tutelar, tanto al paciente como a su entorno, acerca del auto-cuidado e independencia en la convivencia con su enfermedad.
- Dicha actividad tendrá lugar a lo largo del periodo en el que el paciente este asignado a la enfermera gestora de continuidad. Su intensidad variará en función de la independencia y autonomía que demuestren tanto el paciente como su entorno.
- Es por ello importante que la enfermera gestora de continuidad mantenga un contacto regular y constante con el paciente y su entorno con el fin de asegurar su adherencia a las pautas e indicaciones marcadas.

Enfermera gestora de continuidad

BORRADOR

Marco Competencial (enunciado y definición)

3. Promoción la salud y estilo de vida saludable

- Esta competencia es complementaria y totalmente asociada a la anteriormente definida acerca del fomento del auto-cuidado y de la independencia del paciente y su entorno.
- La enfermera gestora de continuidad dedicará gran parte de su tiempo en educar al paciente acerca de las pautas que debe seguir en su vida con el fin de mejorar o al menos no empeorar su estado de salud.
- El ejercicio de dicha competencia será más intensa al principio de la asignación del paciente, variando la dedicación a esta labor a lo largo del resto de la asignación en función de la adherencia que demuestren tanto el paciente como su entorno.
- Es por ello importante que la enfermera gestora de continuidad mantenga un contacto regular y constante con el paciente y su entorno con el fin de asegurar su adherencia a las pautas e indicaciones marcadas.

Enfermera gestora de continuidad

BORRADOR

Marco Competencial (enunciado y definición)

4.Liderazgo de la coordinación de cuidados

- La enfermera gestora de continuidad es la responsable de la planificación y seguimiento de la ejecución del plan de cuidados personalizado del paciente por lo que deberá estar en contacto continuo con los diferentes agentes involucrados en dicho plan para asegurar su seguimiento.
- Los agentes con los que tendrá que coordinarse incluyen al personal de AP, AE, Servicios Sociales, otros agentes públicos, el paciente y su familia o cuidadores.
- Será a su vez el punto de contacto y referencia para todos los agentes involucrados en el plan de cuidados. Por lo que toda decisión o cuestión relacionada con el paciente implicará ponerse en contacto con la enfermera gestora de continuidad.

Enfermera gestora de continuidad

BORRADOR

Marco Competencial (enunciado y definición)

5. Identificación a personas con enfermedades crónicas o situaciones de complejidad

- Una de las funciones más importantes para la enfermera gestora de continuidad será la de tener en el radar a las personas con enfermedades crónicas o situaciones complejas dentro de su ámbito de actuación.
- Esta identificación podrá llevarse a cabo de manera activa (búsqueda activa por parte de la enfermera gestora de casos) o por derivación por parte de otros profesionales sanitarios o sociales.
- La enfermera gestora de continuidad deberá invertir parte de su tiempo a la actividad de asegurar que todos los pacientes de su ámbito de actuación que cumplen con el perfil del público diana estén identificados.

Enfermera gestora de continuidad

BORRADOR

Marco Competencial (enunciado y definición)

6.Gestión proactiva de patologías crónicas y complejas

- Como responsable de garantizar el éxito de desarrollar el plan de cuidados personalizado, además de liderar su ejecución diaria y coordinar a los diferentes agentes involucrados, deberá garantizar que el plan se adecúe a la evolución de la enfermedad y a las necesidades cambiantes que puedan surgir

- Para ello deberá realizar un seguimiento exhaustivo de cada paso descrito en el plan, incluyendo las actuaciones regulares (como pueden ser el asegurar la adherencia del tratamiento, rehabilitación diaria etc...) como actuación puntuales (visitas programadas a AP, AE...).

Es importante que mantenga un contacto continuo con el paciente y/o sus cuidadores para estar informado de su evolución y estado real en todo momento.

- Tendrá la potestad de alterar dicho plan para adecuarlo a la evolución de la enfermedad del paciente.

Enfermera gestora de continuidad

BORRADOR

Marco Competencial (enunciado y definición)

7. Alianzas con grupos de interés

- La enfermera gestora de continuidad no solo debe mantener un contacto constante con los agentes descritos en el plan de cuidados de cada paciente sino que a su vez debe cultivar una relación de confianza y credibilidad con todos ellos con el fin de garantizar una coordinación y provisión de cuidados más eficiente posible.

Enfermera gestora de continuidad

BORRADOR

Marco Competencial (enunciado y definición)

8. Mejora continua

- La coordinación y seguimiento de las actuaciones descritas en el plan de cuidados deberá incluir una evaluación y medición de los cuidados prestados con el fin extraer las principales lecciones aprendidas y subsanar posibles fallos a la hora de llevar a cabo su ejecución.
- Esto implicará el desarrollar unos indicadores concretos para cada actuación así como el evaluar y registrar si cada actuación ha sido llevada a cabo en el tiempo, modo y con los resultados esperados en el plan de cuidados.
- Esto permitirá detectar los puntos de mejora dentro del sistema sanitario garantizando una actuación más eficiente en el futuro.

Enfermera gestora de continuidad

BORRADOR

Marco Competencial (actividades)

A continuación se detallan las actividades mediante las cuáles la enfermera gestora de continuidad desarrollará las competencias mencionadas anteriormente.

1. Elaborar un plan de cuidados personalizado junto con el médico de cabecera del paciente. (teniendo no solo en cuenta a los pacientes sino que también a los cuidadores y demás personal sanitario involucrado).
2. Gestionar el alta y baja de pacientes complejos en los programas de gestión de casos junto con el médico de cabecera del paciente.
3. Liderar y ejecutar la coordinación de los agentes sanitarios (AP, AE, Servicios Sociales, Cuidadores...), familiares y paciente en sí con el fin de llevar a cabo el plan de cuidados personalizado.
4. Seguir, monitorizar y evaluar la ejecución de las actuaciones del plan de cuidados personalizado. Para ello deberá no solo mantener un contacto exhaustivo con los agentes implicados en la ejecución sino que también deberá medir la eficiencia de los cuidados mediante los indicadores pertinentes.
5. Ser el punto de referencia tanto para el paciente, familia y/o cuidadores así como para los agentes sanitarios involucrados en el plan de cuidados.
6. Educar activamente al paciente y su entorno (cuidadores/familiares) en:
 - Conocimiento de su enfermedad y pautas de autocuidado.
 - Promoción de la salud y estilo de vida saludable

Enfermera gestora de continuidad

BORRADOR

Marco Competencial (actividades)

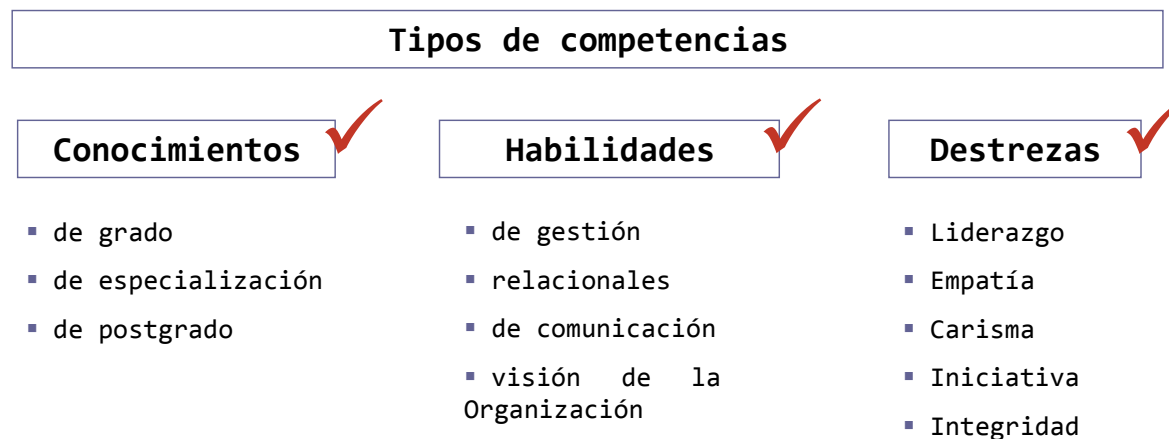
7. Realizar los tramites administrativos necesarios (incluyendo la comunicación, documentación y generación de informes necesarios, convocatoria de ayudas ante una dolencia concreta...) para garantizar la transición del paciente a lo largo de los diferentes agentes del sistema sanitario que tenga que pasar.
8. Realizar activamente un seguimiento y evaluación continuo del estado del paciente, incluyendo aseguramiento de la adherencia del tratamiento a través de visitas/contactos programados, cuestionarios...
9. Adecuar el plan de cuidados y las actuaciones a la evolución de la enfermedad del paciente. Dicha adecuación será consensuada con el médico de cabecera del paciente y conllevará una notificación de los cambios tanto al personal sanitario/social afectado como al paciente y su entorno.
10. Fomentar mejoras en el sistema sanitario en función de las áreas de mejora detectadas en la monitorización y evaluación de las actuaciones del plan de cuidados

Enfermera gestora de continuidad

BORRADOR

Requisitos de desempeño

• En el apartado introductorio relativo a la definición del marco competencial se comenta que todas las personas tienen un conjunto de atributos y conocimientos, que pueden ser tanto adquiridos como innatos, y que definen sus competencias para una determinada actividad. Dichos atributos y conocimientos se han clasificado en los tres que se muestran en el gráfico que sigue:



• A continuación, y de acuerdo a dicha clasificación, se definen diferentes requisitos de desempeño relativos a cada una de los perfiles enfermeros propuestos en este informe.

Enfermera gestora de continuidad

Requisitos de desempeño

BORRADOR

LEYENDA

	Peso relativo bajo
	Peso relativo medio
	Peso relativo alto

		1. Competencias Clínicas avanzadas	2. Apoyo el auto-cuidado y la independencia	3. Promoción la salud y estilo de vida saludable	4. Liderazgo de la coordinación de cuidados	5. Identificación de la población diana	6. Gestión proactiva de patologías complejas	7. Alianzas con grupos de interés	8. Mejora continua
Conocimientos	Grado								
	Especialización								
	Post Grado								
Habilidades	Gestión								
	Relacionales								
	Comunicación								
	Visión Organizacional								
Destrezas	Liderazgo								
	Empatía								
	Carisma								
	Iniciativa								
	Integridad								

Enfermera gestora de continuidad

BORRADOR

Diseño Organizativo

Definición Preliminar del grupo de trabajo

Enfermera gestora de continuidad	
Espacio / Estructura propuesta para su desempeño:	• Dependencia Estratégica de la DAS • Dependencia Operativa de las organizaciones de servicios • Oficina ubicada fuera del hospital y del Centro. • Necesitaría soporte administrativo

Fuente: informe de Resultado Jornadas del Grupo de Trabajo de enfermería, julio 2010.

Diseño Organizativo

Propuesta desarrollada

- A partir de la amalgama de posibilidades definidas por el grupo de trabajo y que han sido recogidas en el apartado anterior, se plantea a continuación y a modo de propuesta el siguiente planteamiento en relación al diseño organizativo.
- Éste contempla los siguientes subapartados:
 - Dependencia
 - Funcional
 - Orgánica
 - Ubicación física
 - Ámbito de actuación
- Para cada una de las figuras propuestas en este informe se detalla en las diapositivas que siguen la especificación relativa a cada uno de estos subapartados.

Enfermera gestora de continuidad

Diseño Organizativo

BORRADOR

Propuesta desarrollada

	Enfermera Gestora de continuidad
Dependencia Funcional (quien es su jefe) Orgánica (la organización a la que se pertenece)	Equipo de Dirección de su Comarca de Atención Primaria El que corresponda
Ubicación Física	La Comarca de AP se plantea como centro de operaciones de la enfermera. Sin perjuicio de que ésta deba desplazarse continuamente al domicilio de sus pacientes o al hospital en su caso.
Ámbito de actuación	Los pacientes asignados a la enfermera de competencias avanzadas en todo caso han de demarcarse dentro del área de influencia de la Comarca sanitaria de la que ésta depende.

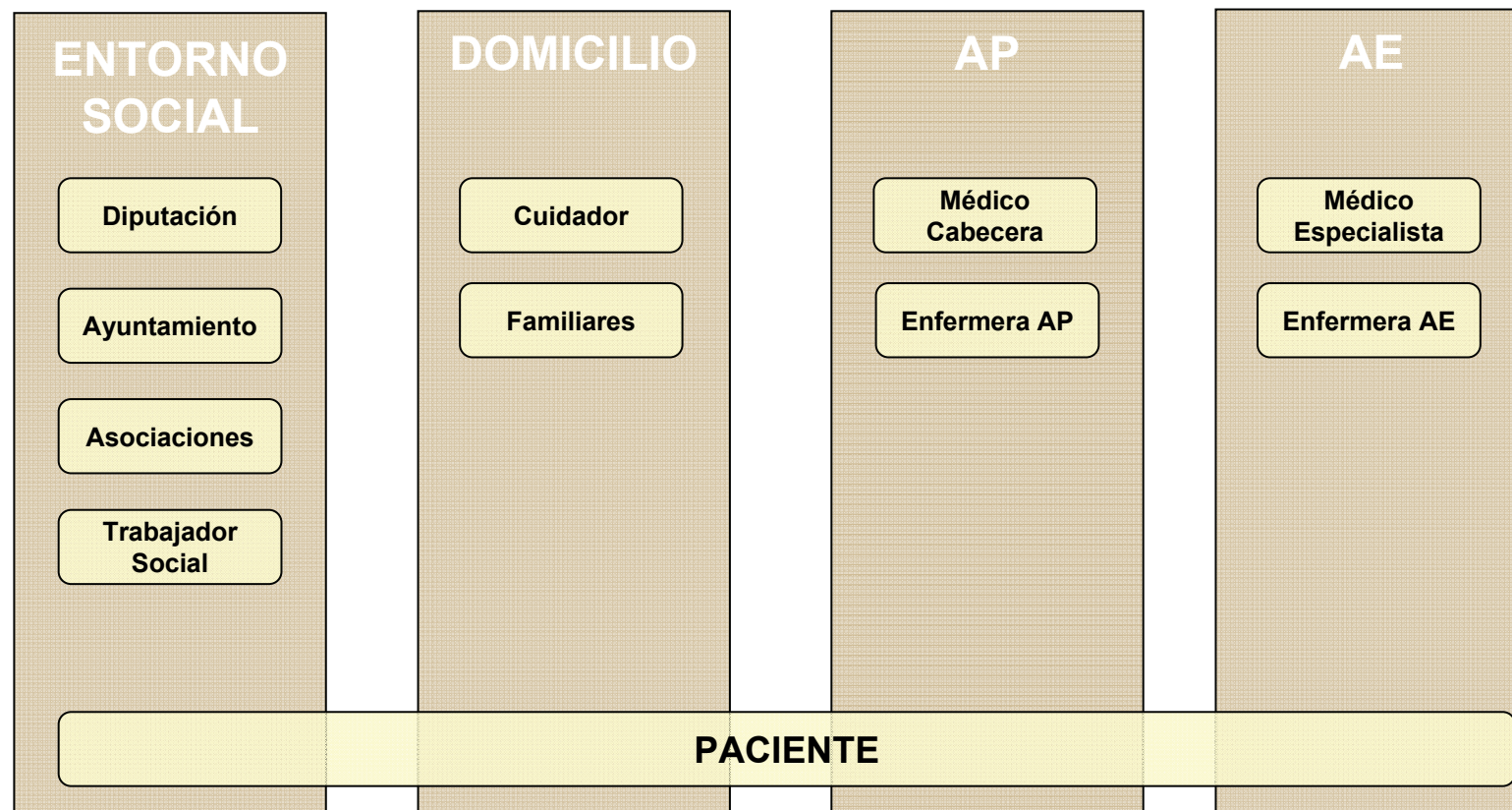
Enfermera gestora de continuidad

BORRADOR

Mapa relacional

Agentes

La enfermera gestora de continuidad se relacionará con los siguientes agentes sanitarios y sociales a la hora de ejecutar el plan de cuidados personalizado:



Enfermera gestora de continuidad

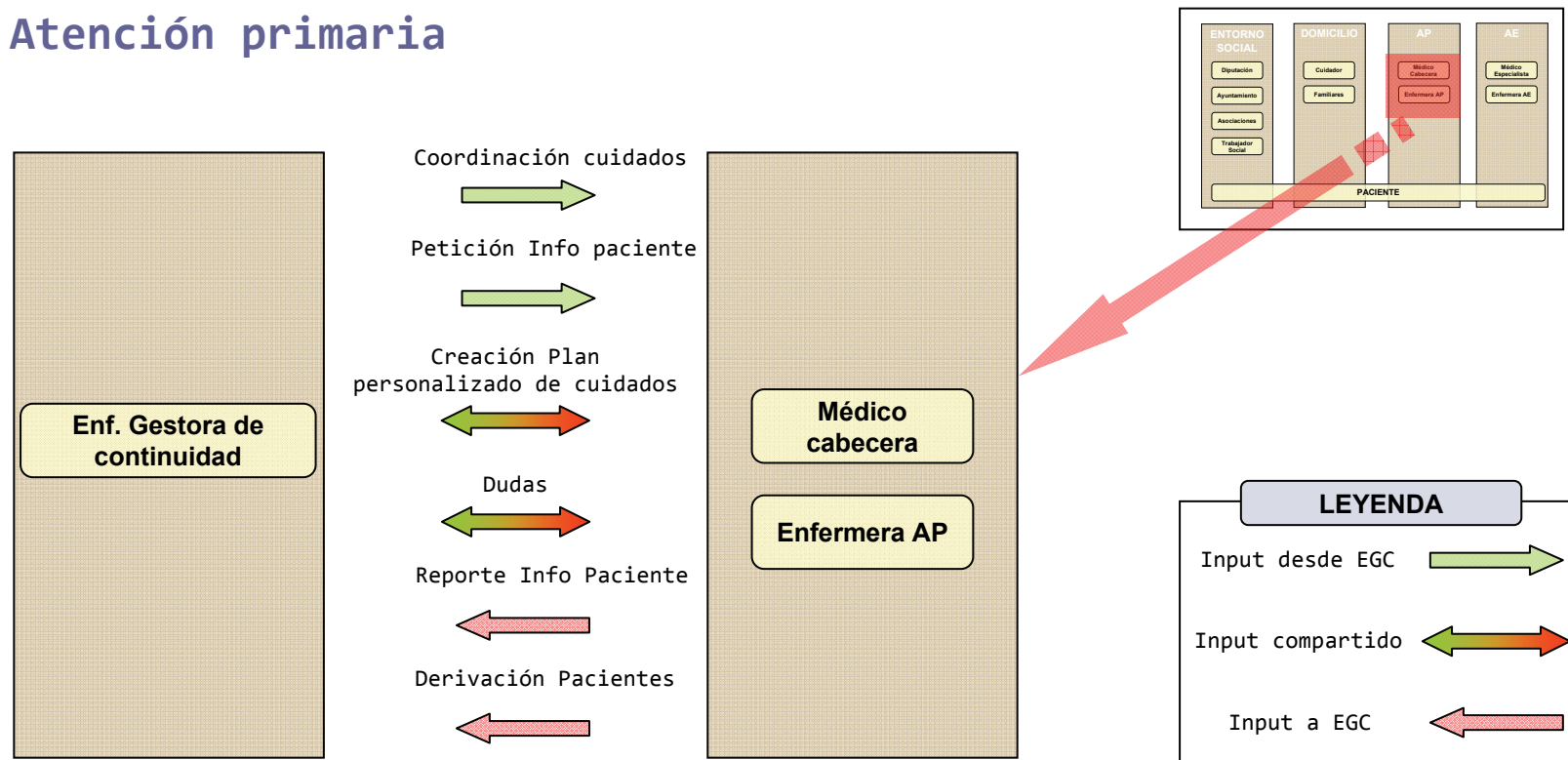
BORRADOR

Mapa relacional

Relaciones

A continuación se detalla de manera gráfica la relación de la enfermera gestora de continuidad con cada una de las figuras mencionadas anteriormente:

Atención primaria



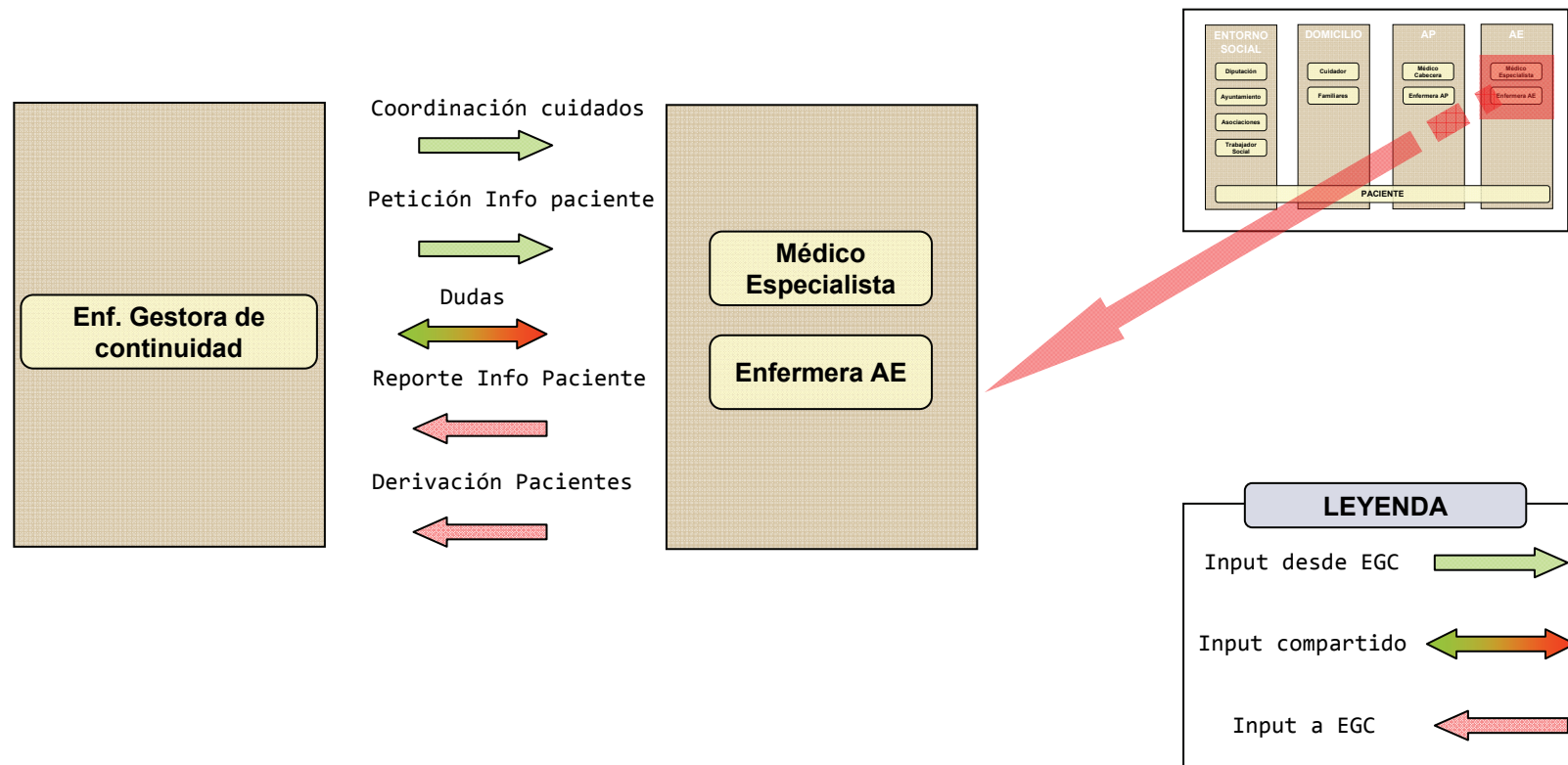
Enfermera gestora de continuidad

BORRADOR

Mapa relacional

Relaciones

Atención especializada



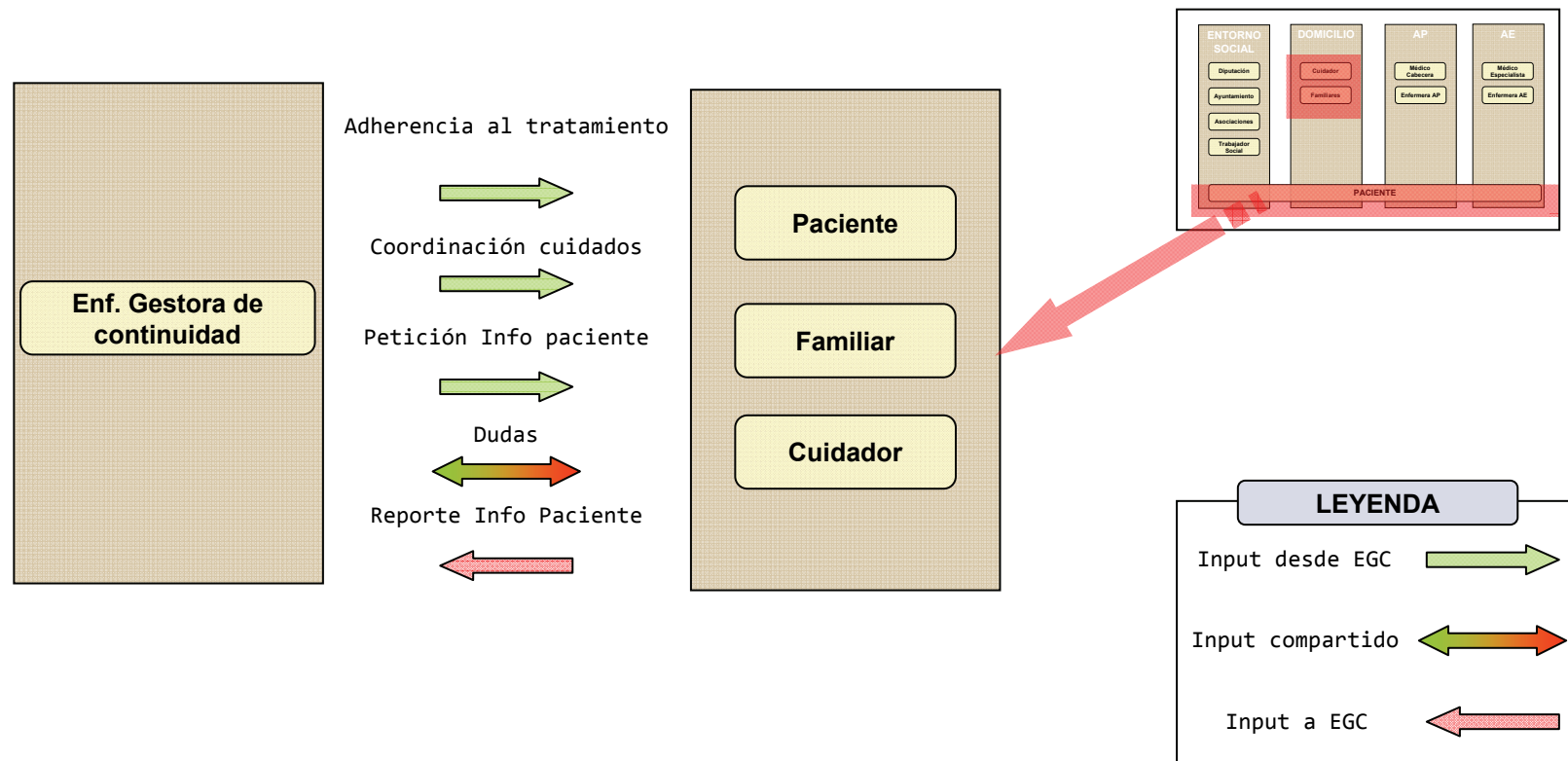
Enfermera gestora de continuidad

BORRADOR

Mapa relacional

Relaciones

Domicilio



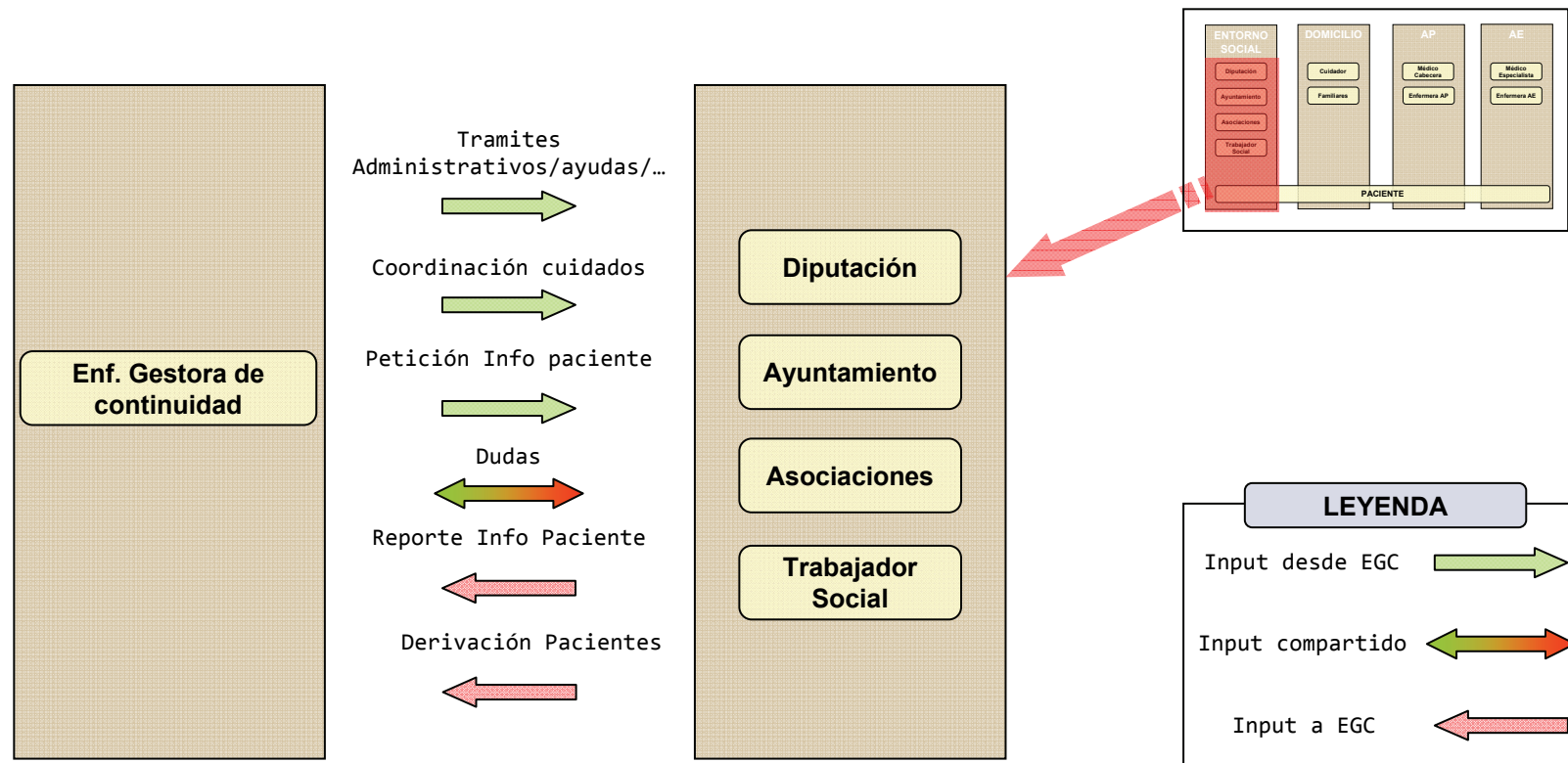
Enfermera gestora de continuidad

BORRADOR

Mapa relacional

Relaciones

Entorno social

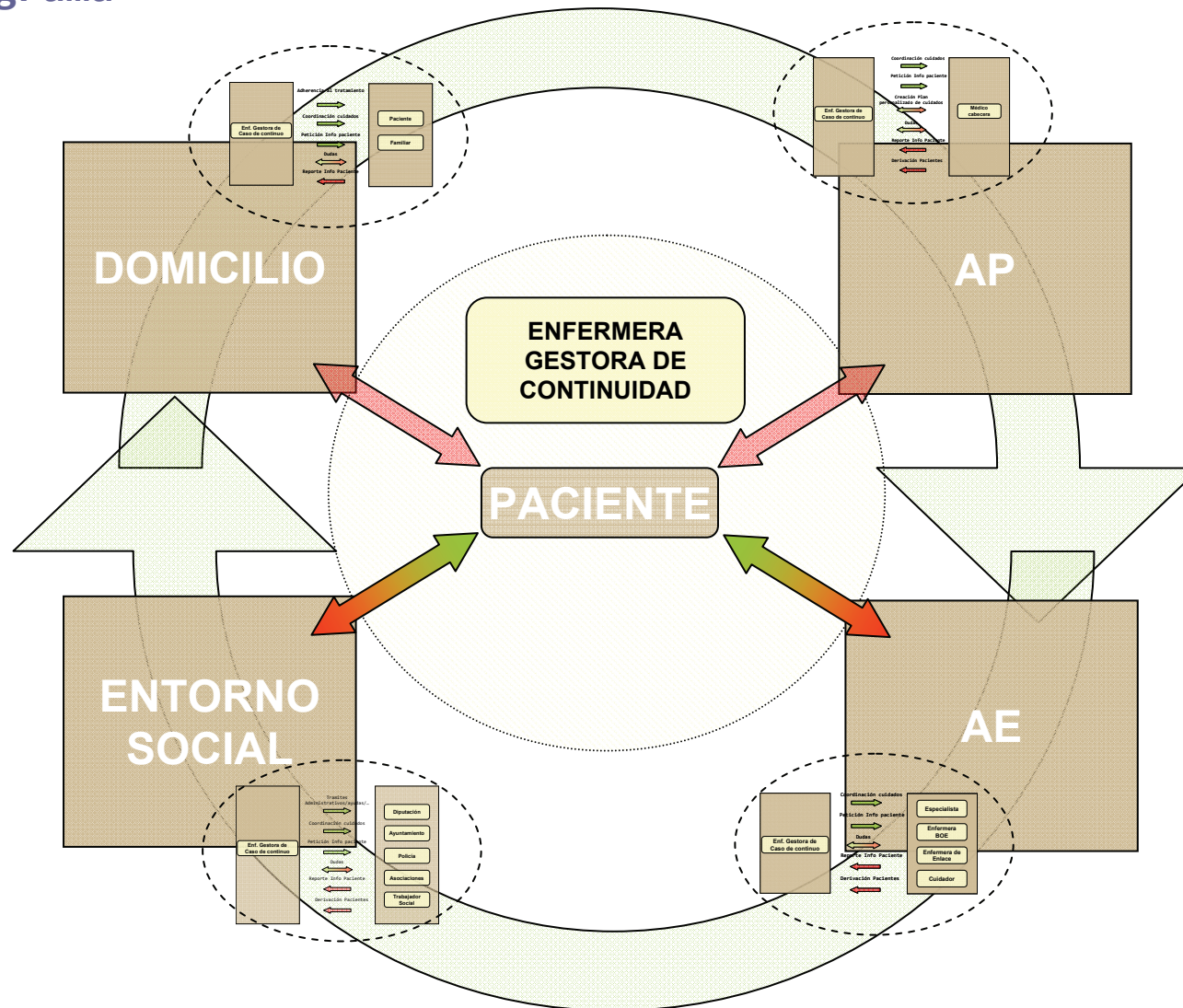


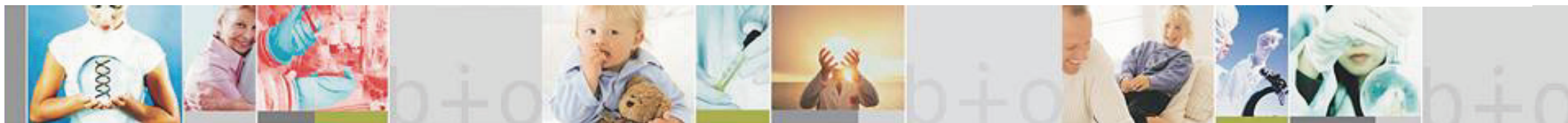
Enfermera gestora de continuidad

Mapa relacional

Pictograma

BORRADOR





Enfermera GESTORA DE ENLACE HOSPITALARIA

**Definición e Implementación de
competencias avanzadas de enfermería**

Marco competencial ampliado

Enfermera gestora de competencias avanzadas

BORRADOR

Introducción

Definición Preliminar del grupo de trabajo

Enfermera de enlace hospitalaria, aquella con:

Capacidad hacer valoración integrada (paciente, familia, entorno....)
Adaptación a la situación de salud
Capacidad de coordinación con diferentes agentes
Habilidades de trabajo con equipos multidisciplinares
Conocimiento y capacidad de gestión de los recursos/circuitos para la atención de crónicos en la comunidad
Habilidades de comunicación, empatía y asertividad
Capacidad de negociación
Capacidad de análisis y resolución de conflictos
Promotora de resultados de calidad, coste-efectividad
Actitud proactiva
Experiencia clínica amplia general
Educadora
Investigadora
Proveedora de cuidados personal, familiar y comunitarios
Uso y conocimientos de TICs
Promotora de práctica clínica basadas en la evidencia

Conocimiento de los protocolos y guías de atención hospitalarias

Fuente: informe de Resultado Jornadas del Grupo de Trabajo de enfermería, julio 2010.

Nota: aquellas en negrita son las de especial preponderancia en su función.

Enfermera gestora de enlace hospitalaria

BORRADOR

Introducción

Visión: Enfermera gestora de enlace hospitalaria

La enfermera de enlace hospitalaria se sustenta en la **coordinación de cuidados** encaminados a la independencia y autonomía de los pacientes y sus familias, bien desarrollando las intervenciones necesarias para alcanzarla o bien supliendo los déficits de autonomía.

Planificará con la enfermera gestora de continuidad la adecuada transición al domicilio. todo ello a través del proceso de atención y utilizando los sistemas estandarizados para la práctica enfermera.

Su **población diana** son todas aquellas **personas ingresadas en el hospital** que, por la **complejidad de su estado de salud**, requieran la coordinación con diferentes profesionales/servicios y la movilización de los recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada a sus necesidades de cuidados y las de sus cuidadoras.



Enfermera gestora de enlace hospitalaria

BORRADOR

Objetivos

Generales

- La gestión de casos intensiva, continua y personalizada persigue **mejorar resultados en salud y la calidad de vida** en personas que han de soportar patologías complejas de larga duración.
- Mejorar la **calidad de la sanidad y la coordinación con asistencia social**.
- Centrar los servicios sanitarios en la persona
- **Mejorar la satisfacción** de la atención en el grupo de pacientes complejos y personas cuidadoras

Específicos de la función de esta figura

- Mejorar la continuidad de cuidados durante la transición al domicilio tras el alta hospitalaria.
- Potenciar la coordinación de la atención integral durante la estancia hospitalaria.
- Mejorar la homogeneización de la práctica enfermera en la continuidad de cuidados interniveles.
- Captar y garantizar el seguimiento de la población diana.

Enfermera gestora de enlace hospitalaria

BORRADOR

Población diana: Identificación y vías de captación

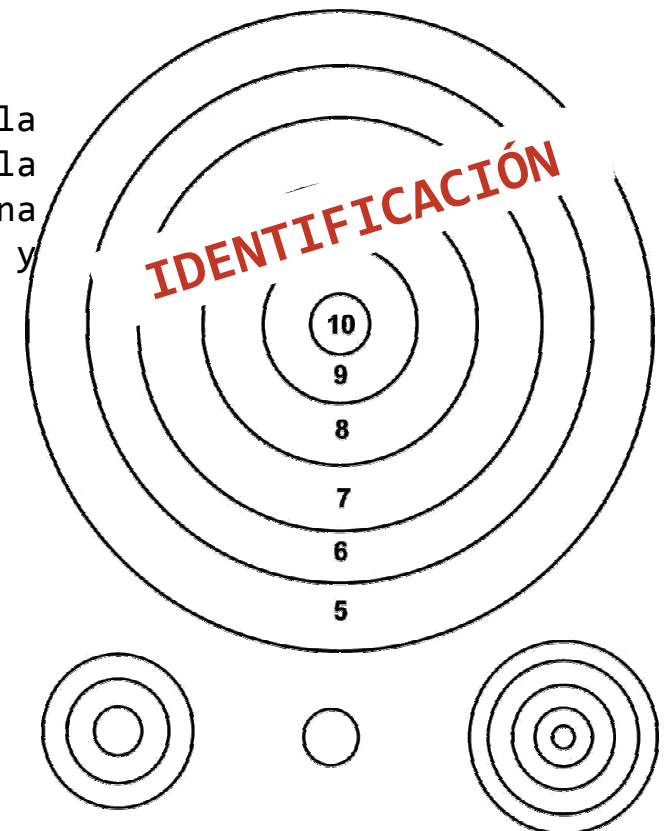
Identificación

Se trata de personas ingresadas en el hospital que:

▪ Por la **complejidad de su estado de salud**, requieran la coordinación con diferentes profesionales/servicios y la movilización de los recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada a sus necesidades de cuidados y las de sus cuidadoras.

▪ Por ejemplo, personas con:

- Cuidados paliativos
- Atención al proceso Pluripatológicos
- Fractura de cadera en el anciano
- Demencias
- Ataque cerebrovascular
- VIH - SIDA
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- Insuficiencia Cardíaca
- Trastorno Mental grave
- Pacientes con múltiples y complejas necesidades de cuidados, no incluidos en los procesos anteriores
- Pacientes que requieren para su tratamiento y cuidados de tecnología avanzada en el domicilio.
- Cuidadores familiares de los anteriores.



Enfermera gestora de continuidad

BORRADOR

Población diana: Identificación y vías de captación

Vías de captación de pacientes

1. **Identificación activa a través de las herramientas existentes en el Sistema Sanitario Vasco.**
 - Herramientas de estratificación del riesgo de población (actualmente en desarrollo, PROYECTO ESTRATÉGICO 1).
 - E-Osabide
 - Sistemas de información hospitalaria
 - ...otras.
2. **Identificación activa mediante revisiones diarias por las unidades susceptibles de tener pacientes vulnerables ingresados, comprobando los ingresos, estancias prolongadas y reingresos, entre otros datos. A su vez, se acordará con la UGS la información diaria necesaria para la detección de potenciales casos.**
3. **Por derivación desde otros profesionales**
 - Medico especialista
 - Medico de atención primaria
 - Trabajadores sociales encargados del paciente
 - Enfermeras AP y AE (Incluidas EGCA y EGC)

Enfermera gestora de enlace hospitalaria

BORRADOR

Marco Competencial

A continuación se detallan las principales competencias necesarias para el buen desempeño de la Enfermera de enlace hospitalaria:

1. Competencias clínicas avanzadas para pacientes crónicos
2. Apoyo el auto-cuidado y facilitar la independencia
3. Promoción la salud y prevención de la mala salud y las complicaciones secundarias
4. Liderazgo en la coordinación de cuidados complejos
5. Identificación de personas de alto riesgo
6. Gestión proactiva de patologías complejas
7. Alianzas con participantes
8. Mejora continua

Enfermera gestora de enlace hospitalaria

BORRADOR

Marco Competencial (enunciado y definición)

1. Competencias clínicas avanzadas para pacientes crónicos

- Dada la naturaleza de su rol, la enfermera gestora de enlace hospitalaria no suministrará cuidados sanitarios.
- Por lo tanto, el uso de competencias clínicas avanzadas en esta figura se limita a su conocimiento con el fin de identificar a su población objeto y de valorar al paciente y su cuidador/a ajustando la propuesta del plan de cuidados a sus necesidades individuales de manera más eficaz.

Enfermera gestora de enlace hospitalaria

BORRADOR

Marco Competencial (enunciado y definición)

2. Apoyo el auto cuidado, el auto manejo y facilitar la independencia y

3. Promoción de la salud y prevención de la mala salud y complicaciones secundarias

- Estas competencia persiguen garantizar que la enfermera sea competente en la planificación del cuidado de personas (pacientes y cuidadores/as) vulnerables con múltiples patologías de larga duración dentro de la filosofía global de facilitar y fomentar la independencia, la dignidad y aumentar la autonomía al máximo nivel.
- En el desempeño de su rol, la enfermera gestora de enlace hospitalaria intervendrá, en los contactos con el paciente y sus cuidadores, fomentando el autocuidado para generar autonomía y corresponsabilidad.

Enfermera gestora de enlace hospitalaria

BORRADOR

Marco Competencial (enunciado y definición)

4. Liderazgo en la coordinación de cuidados complejos

- La enfermera gestora de enlace hospitalaria será la referente para la continuidad de la atención del paciente desde su detección/inclusión como población diana hasta el momento del alta.
- Mantendrá comunicación/coordinación estrecha con Atención Primaria (Médico de cabecera, enfermera de continuidad, enfermera de referencia o enfermera de competencia avanzadas) u otros (Instituciones locales) para garantizar su seguimiento.
- Actuará de forma activa en la prevención de duplicidades de servicios y pruebas mediante la comunicación multisectorial y multidisciplinar

Enfermera gestora de enlace hospitalaria

BORRADOR

Marco Competencial (enunciado y definición)

5. Identificación de personas con alto riesgo

- El objetivo de esta competencia consiste en garantizar que la enfermera sea competente en la identificación proactiva de su población diana.
- Una de las funciones esenciales de la enfermera gestora de enlace hospitalaria será la de captar a las personas ingresadas que cumplan con los criterios establecidos para su población diana.
- Esta identificación y captación se llevará a cabo de manera activa o por derivación por parte de otros profesionales sanitarios o sociales.

6. Gestión proactiva de patologías complejas

- El objetivo de esta competencia consiste en garantizar que la enfermera sea capaz de ayudar a sus pacientes a elegir su propio plan de cuidados de manera informada. La enfermera podrá identificar y gestionar los riesgos asociados al cuidado de personas con problemas complejos.
- Esta competencia se desarrollará sobre la base de una relación que reconozca que las personas, al margen de su vulnerabilidad, deben participar en la toma de decisiones, conocerse a sí mismas, así como el efecto que la patología puede tener sobre sus vidas.

Enfermera gestora de enlace hospitalaria

BORRADOR

Marco Competencial (enunciado y definición)

7. Alianzas estratégicas con partícipes

- Es importante que la enfermera sea capaz de liderar y trabajar en diferentes áreas organizativas y profesionales para que los cuidados y recursos óptimos y necesarios puedan llegar a sus pacientes. La enfermera habrá de trabajar tanto dentro como fuera de las fronteras de su organización y construir alianzas y redes para conseguir cambios. La competencia de liderazgo necesaria para trabajar en este entorno no solamente incluyen la influencia estratégica efectivas, negociación y altos niveles de habilidad relacional, sino también la capacidad de trabajar en colaboración y construir vínculos con aquellos agentes partícipes en la atención y cuidados de los pacientes.

Enfermera gestora de enlace hospitalaria

BORRADOR

Marco Competencial (enunciado y definición)

8. Mejora continua

- Esta competencia pretende que sea la propia enfermera la encargada en responsabilizarse de su aprendizaje para garantizar así una práctica profesional competente y continua a un nivel avanzado.
- También incluye la capacidad de liderar y facilitar mejoras de atención para personas con patologías de larga duración.
- Así mismo la capacidad para activar recursos y simplificar los procesos del paciente y sus cuidadores, y la actitud proactiva para la mejora del proceso asistencial y la integración del trabajo interdisciplinario
- Sin olvidar la capacidad pedagógica para la formación de nuevos profesionales en la gestión de enlace y continuidad

Enfermera gestora de enlace hospitalaria

BORRADOR

Marco Competencial (actividades)

Se considera una enfermera gestora de enlace hospitalaria aquella cuyo conocimientos, capacidades y destrezas le permiten llevar a cabo las **siguientes actividades**:

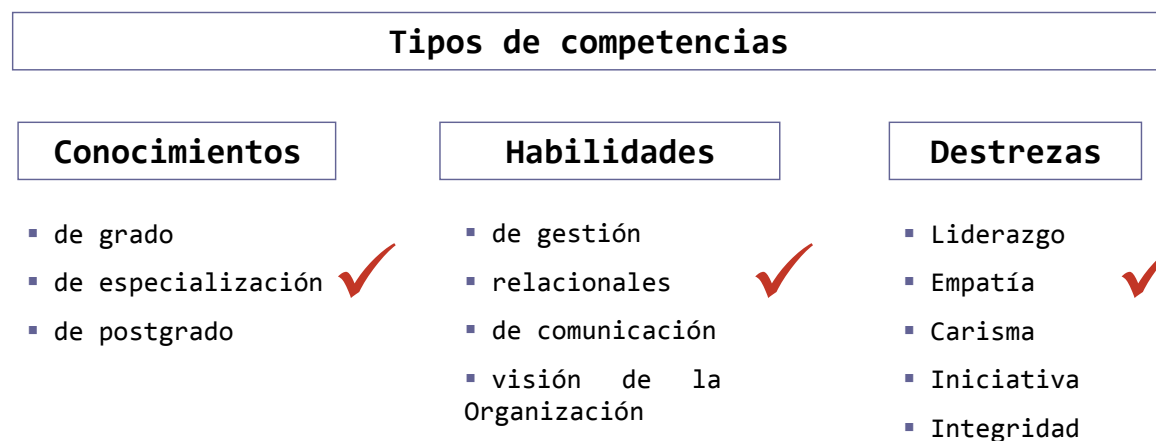
1. **La captación activa** de pacientes, según Población Diana, que cumplan los criterios de inclusión, por derivación de profesionales del Hospital, por derivación de profesionales de Atención Primaria y por derivación de profesionales de la Unidad/ Servicio de Atención al Paciente/Usuario
2. **Valoración Integral al paciente y cuidadora, elaboración de un plan** asistencial ajustado a las necesidades del paciente y cuidadora y proponiéndolo a los profesionales de referencia del paciente y / o cuidadora.
3. **Coordinar actuaciones**, gestión de citas y servicios y planificación del alta o de ingreso con Médicos y Enfermeras responsables; así como realizar interconsultas con otros servicios profesionales (trabajadoras sociales, fisioterapeuta, psicólogo...)
4. **Gestión de material de apoyo y Gestión de ayudas técnicas y recursos** provistos desde Atención Especializada para uso en Atención Primaria (AP): oxigenoterapia, ventiloterapia, nutrición enteral, quimioterapia, ayudas ortoprotésicas.
5. **Participación en planes específicos de mejora de la continuidad** como por ejemplo Comisiones de Coordinación/Continuidad con AP,etc..
6. **Participación en actividades de formación conjunta con AP.**

Enfermera gestora de enlace hospitalaria

BORRADOR

Requisitos de desempeño

- En el apartado introductorio relativo a la definición del marco competencial se comenta que todas las personas tienen un conjunto de atributos y conocimientos, que pueden ser tanto adquiridos como innatos, y que definen sus competencias para una determinada actividad. Dichos atributos y conocimientos se han clasificado en los tres que se muestran en el gráfico que sigue:



- A continuación, y de acuerdo a dicha clasificación, se definen diferentes requisitos de desempeño relativos a cada una de los perfiles enfermeros propuestos en este informe

Enfermera gestora de enlace hospitalaria

Requisitos de desempeño

BORRADOR

LEYENDA

	Peso relativo bajo
	Peso relativo medio
	Peso relativo alto

		1. Competencias Clínicas avanzadas	2. Apoyo el auto-cuidado y la independencia	3. Promoción la salud y estilo de vida saludable	4. Liderazgo de la coordinación de cuidados	5. Identificación población diana	6. Gestión proactiva de patologías complejas	7. Alianzas con grupos de interés	8. Mejora continua
Conocimientos	Grado								
	Especialización								
	Post Grado								
Habilidades	Gestión								
	Relacionales								
	Comunicación								
	Visión Organizacional								
Destrezas	Liderazgo								
	Empatía								
	Carisma								
	Iniciativa								
	Integridad								

Enfermera gestora de enlace hospitalaria

BORRADOR

Estructura Organizativa

Definición Preliminar del grupo de trabajo

Enfermera Gestora de enlace hospitalaria	
Espacio / Estructura propuesta para su desempeño:	- Dependencia Estratégica de la DAS - Dependencia Operativa de los organizaciones de servicios - Oficina ubicada fuera del hospital y del Centro. - Necesitaría soporte administrativo
Otras áreas relacionadas con las que coordinarse:	- Diputación - Ayuntamientos - Asociaciones de pacientes, vecinos... - Policía Municipal y Ertzaina

Fuente: informe de Resultado Jornadas del Grupo de Trabajo de enfermería, julio 2010.

Diseño Organizativo

Propuesta desarrollada

- A partir de la amalgama de posibilidades definidas por el grupo de trabajo (en el apartado anterior), a modo de propuesta se plantea a continuación el siguiente planteamiento en relación al diseño organizativo.
- Éste contempla los siguientes subapartados:
 - Dependencia
 - Funcional
 - Orgánica
 - Ubicación física
 - Ámbito de actuación
- Para cada una de las figuras propuestas en este informe se detalla en las diapositivas que siguen la especificación relativa a cada uno de estos subapartados.

Enfermera gestora de enlace hospitalaria

BORRADOR

Diseño Organizativo

Propuesta desarrollada

	Enfermera Gestora de enlace hospitalario
Dependencia Funcional (quien es su jefe) Orgánica (la organización a la que se pertenece)	Dirección de Enfermería de la OOSS Dirección de la organización de servicios hospitalaria correspondiente
Ubicación Física Ámbito de actuación	El hospital se plantea como centro de operaciones de esta enfermera. Los pacientes asignados a la enfermera de enlace hospitalario en todo caso han de demarcarse dentro del área de influencia del hospital del que depende.

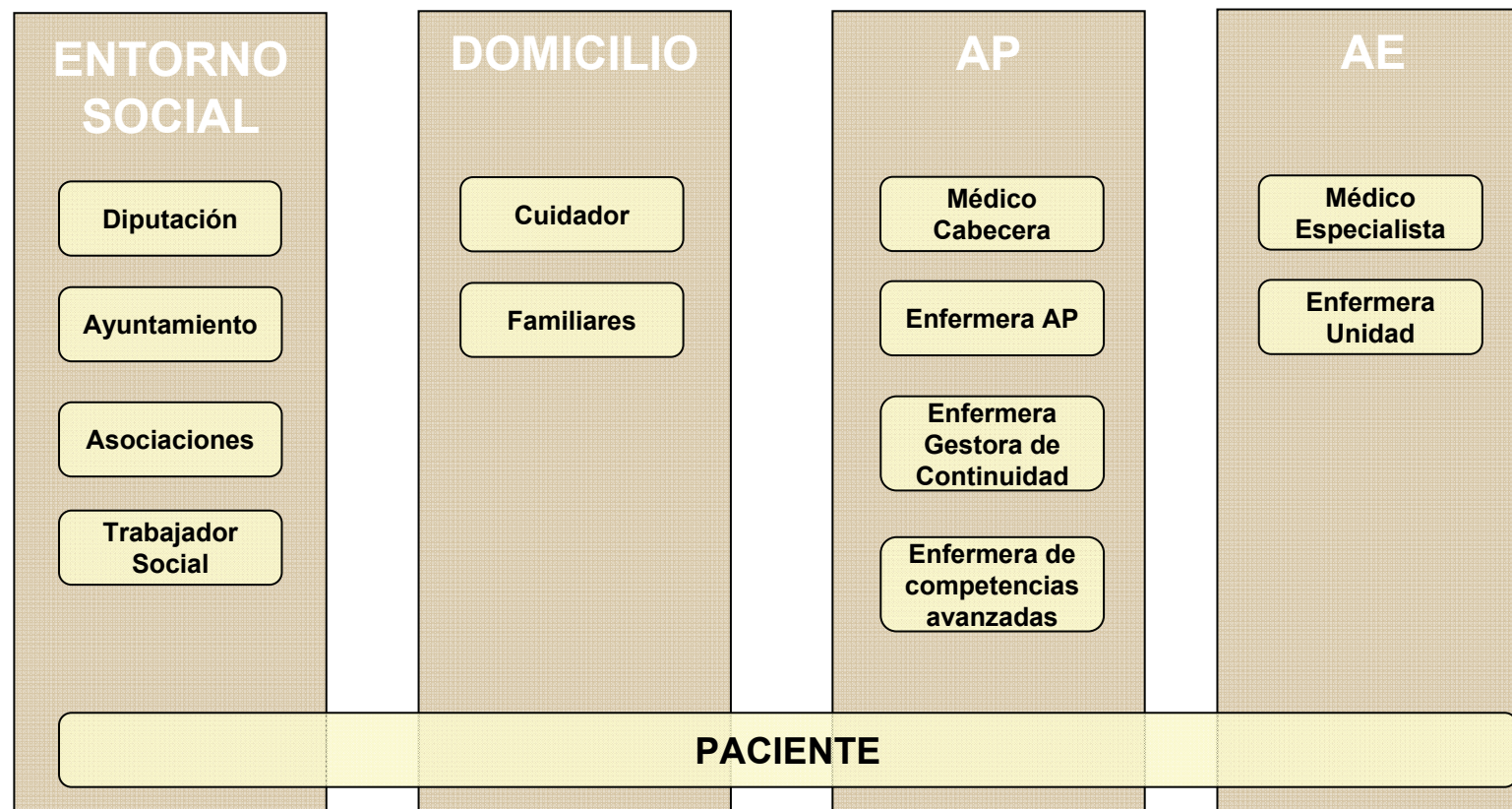
Enfermera gestora de enlace hospitalaria

BORRADOR

Mapa relacional

Agentes

La enfermera gestora de enlace hospitalaria se relacionará con los siguientes agentes sanitarios y sociales a la hora de garantizar la continuidad de cuidados en el domicilio:



Enfermera gestora de enlace hospitalaria

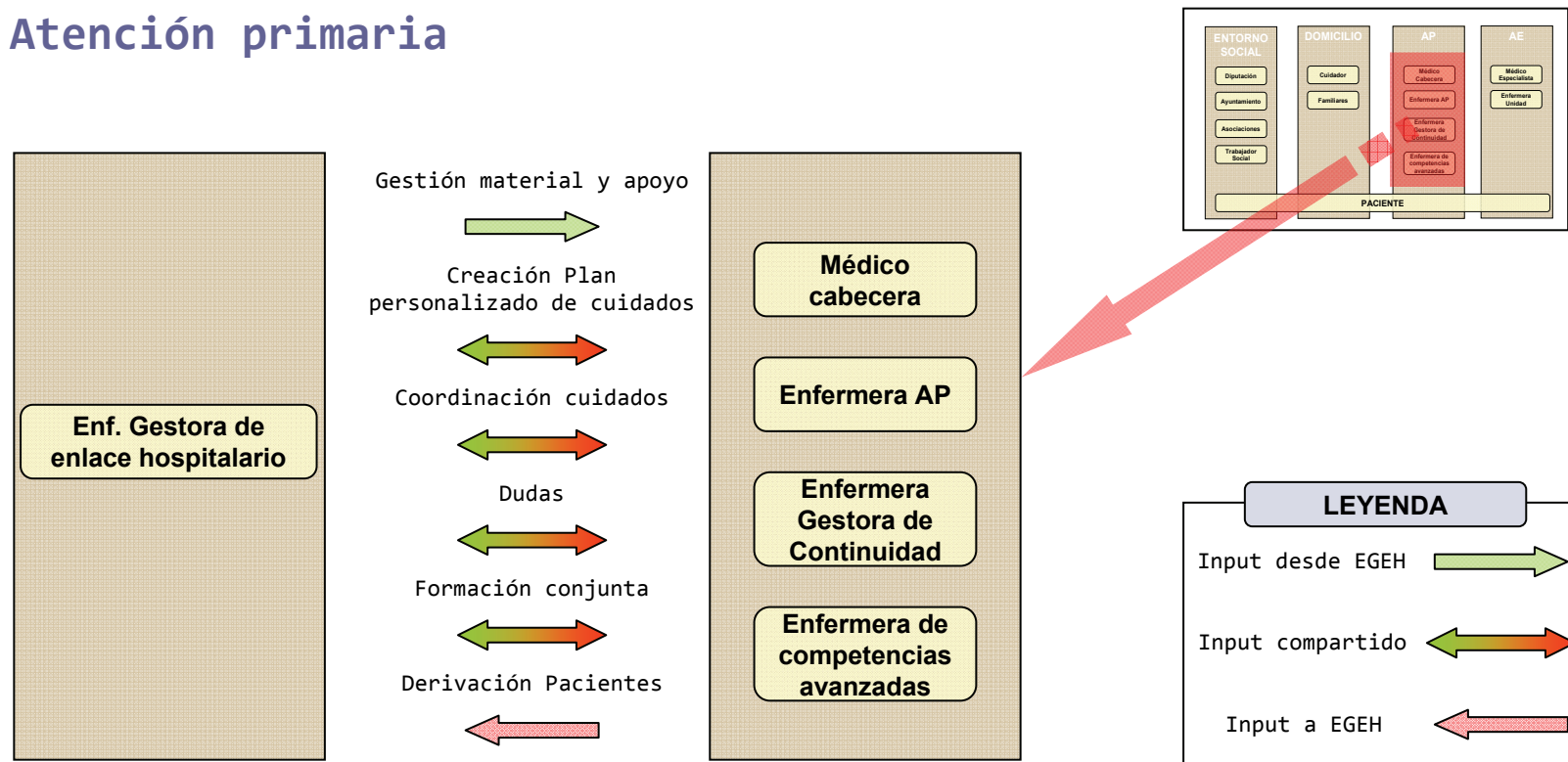
BORRADOR

Mapa relacional

Relaciones

A continuación se detalla de manera gráfica la relación de la enfermera gestora de continuidad con cada una de las figuras mencionadas anteriormente:

Atención primaria



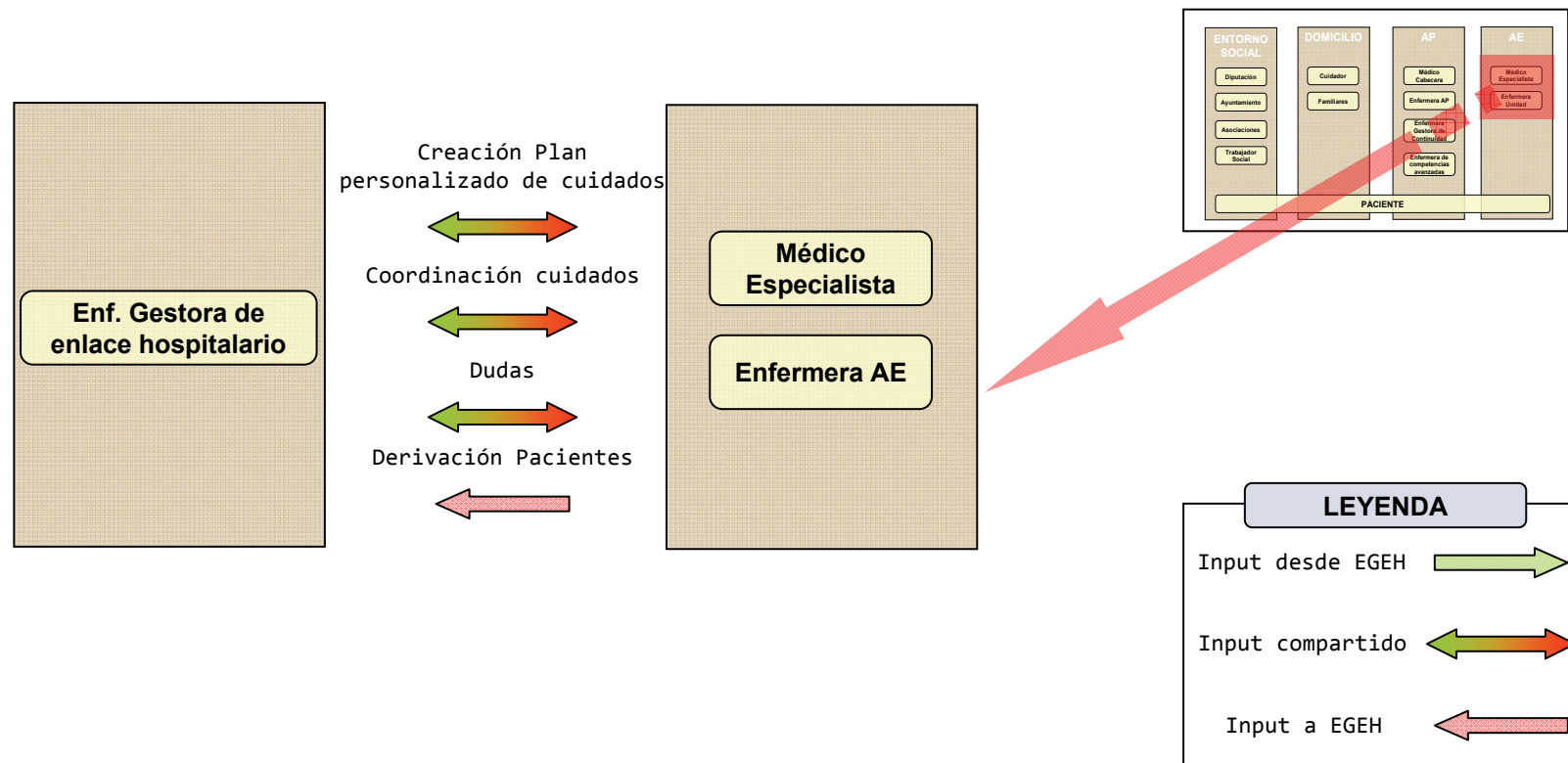
Enfermera gestora de enlace hospitalaria

BORRADOR

Mapa relacional

Relaciones

Atención especializada



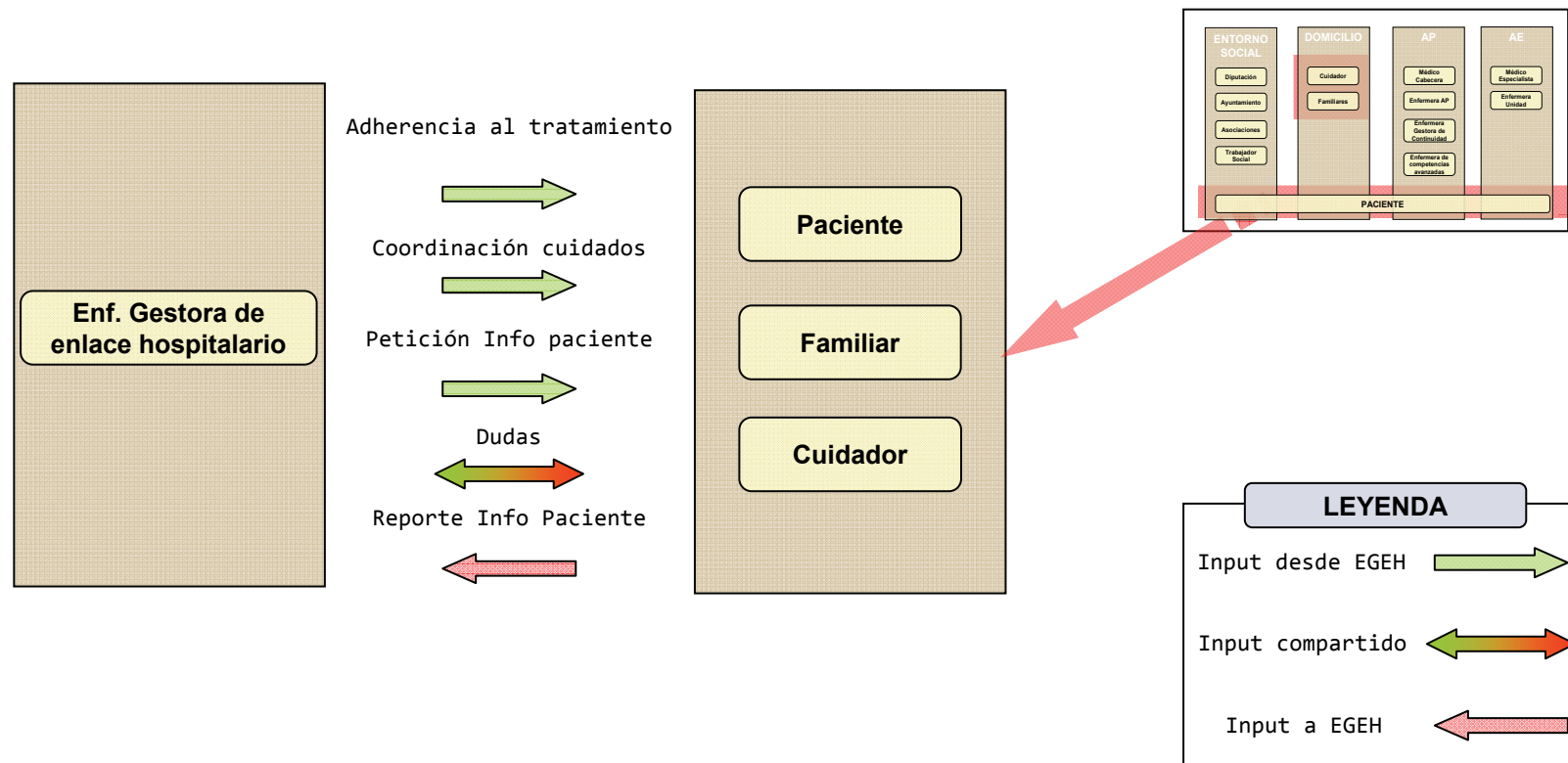
Enfermera gestora de enlace hospitalaria

BORRADOR

Mapa relacional

Relaciones

Domicilio



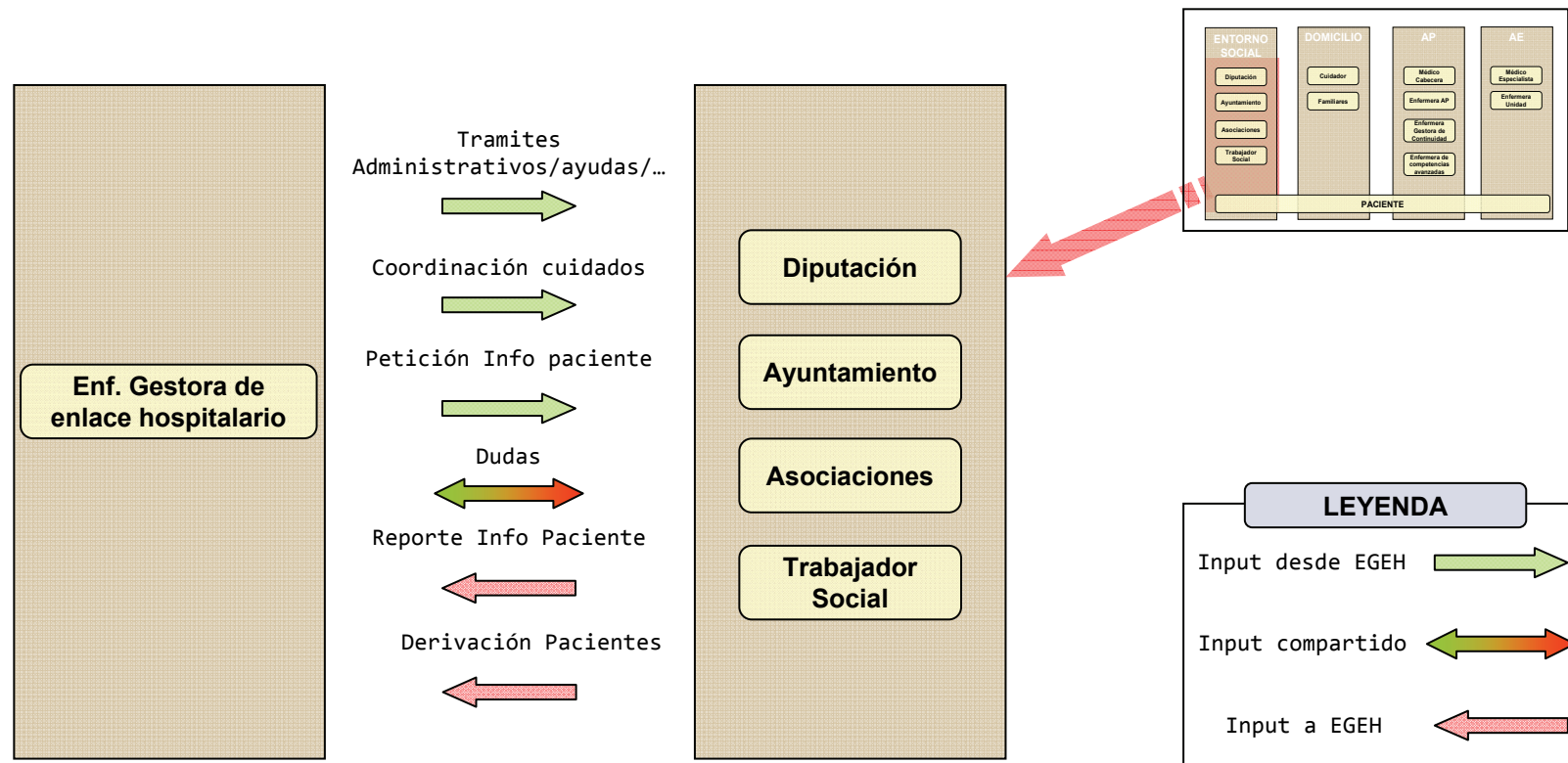
Enfermera gestora de enlace hospitalaria

BORRADOR

Mapa relacional

Relaciones

Entorno social

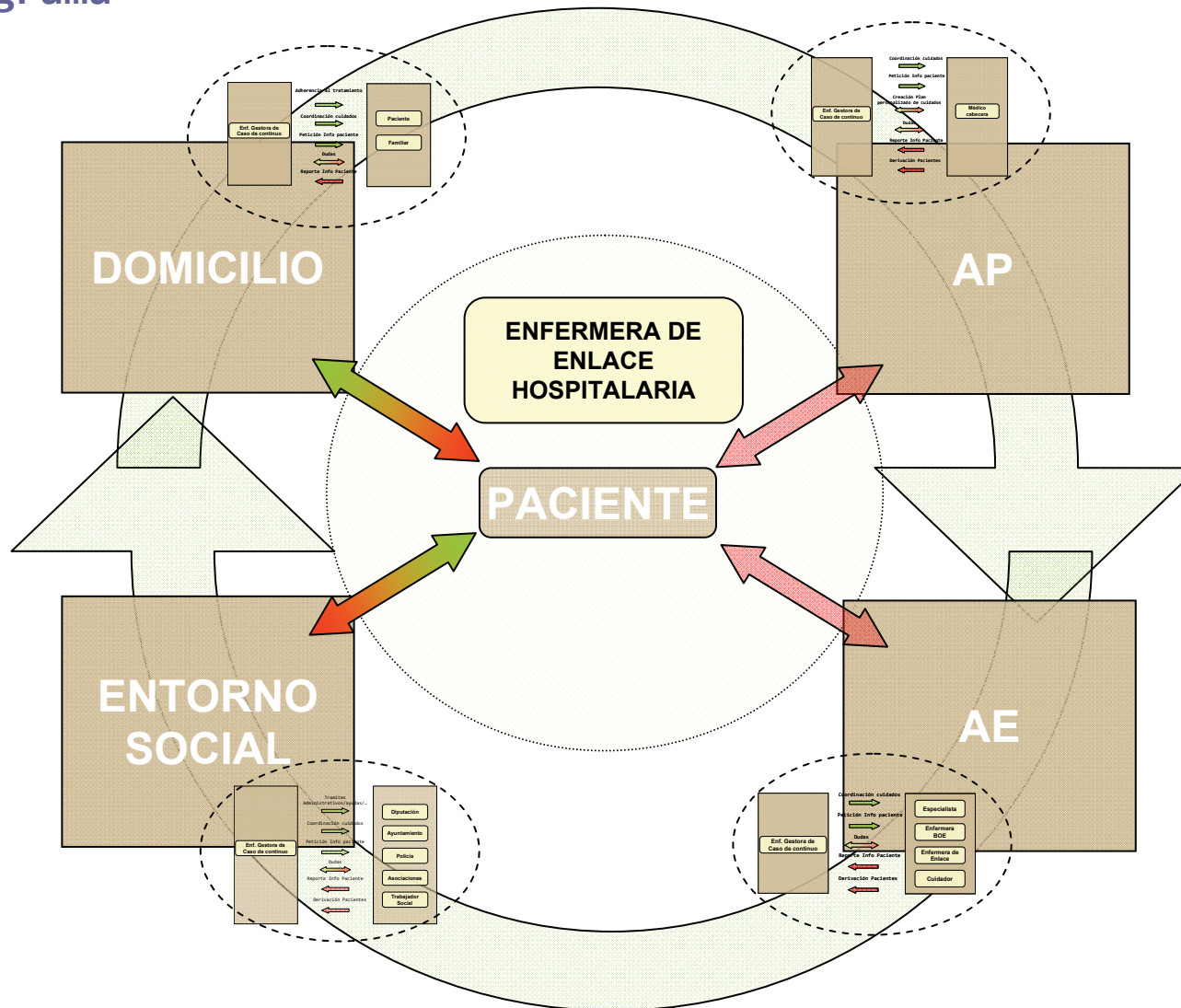


Enfermera gestora de enlace hospitalaria

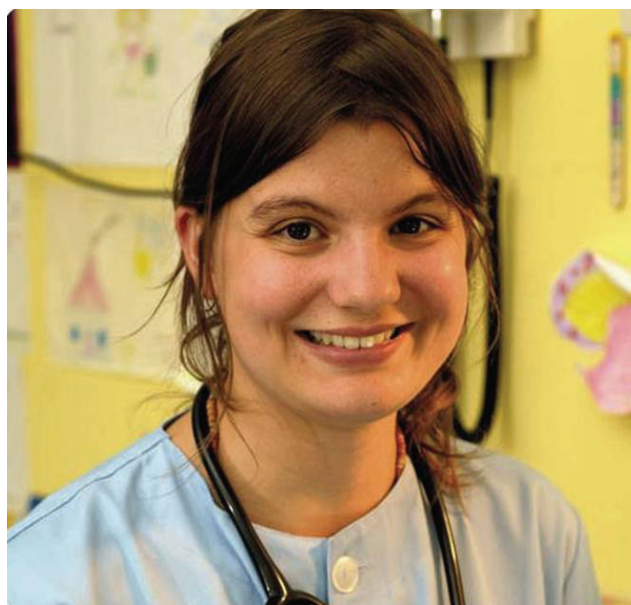
BORRADOR

Mapa relacional

Pictograma



ANEXO IV
ESTRATEGIA
PILOTAJES
COMPETENCIAS
AVANZADAS DE
ENFERMERÍA



En el marco de la Estrategia de la cronicidad, se ha puesto en marcha el Proyecto Estratégico número 8: “*Definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería*” el cual, pretende **desarrollar y desplegar en la práctica, nuevos roles de enfermería enfocados hacia la atención a la cronicidad**.

Para ello, ha requerido de la definición de una estrategia y metodología para su puesta en marcha. La metodología de trabajo definida, contempla cinco fases:

- ✓ **FASE I:** Definición Marco Conceptual
- ✓ **FASE II:** Diseño y lanzamiento de Pilotos
- ✓ **FASE III:** Pilotaje
- ✓ **FASE IV:** Diseño Extensión
- ✓ **FASE V:** Implantación nuevas figuras

Una vez finalizada la **FASE I**, se ha comenzado a trabajar en la **FASE II: Diseño y lanzamiento de Pilotos**, utilizándose para ello, metodología **PDCA**:

- **To Plan:** Planificación
- **To Do:** Despliegue
- **To Check:** Evaluación y Seguimiento
- **To Adjust:** Ajuste

OBJETIVOS

OBJETIVO DEL DOCUMENTO

Este documento pretende recoger la metodología a utilizar, para la puesta en marcha de los Pilotos.

En él se definen:

1. Marco competencial (actividades) y de actuación de nuevos roles.
2. Definición y estructura de los pilotajes
3. Mapas de las relaciones a establecer con otros agentes en la atención integral a los pacientes crónicos.
4. Metodología para su implantación
5. Estrategia de seguimiento de los pilotos.
6. Metodología para evaluar el avance de los pilotos y su eficacia, así como para conocer la eficacia y efectividad del objetivo planteado en el proyecto

OBJETIVO GENERAL (Fase de Pilotaje)

Conocer la eficacia de cada rol pilotado, medido a través de:

- a) tasa de reingresos de cada paciente antes y después de la intervención
- b) satisfacción de los pacientes con los cuidados prestados,
- c) satisfacción de sus cuidadores y/o familiares
- d) satisfacción de los profesionales intervinientes en el proceso
- e) variación en la calidad de vida de los pacientes antes y después de la intervención

DEFINICIONES

Para su comprensión, se definen aquellos acrónimos y conceptos utilizados de manera habitual en este documento.

ACTIVACION: Un paciente está activo en la cartera de pacientes de la figura EGCA (**ALTA**) cuando reúne los criterios clínicos necesarios para la actuación de dicha figura.

AGENTES/AMBITOS: Personas que tienen relación con el **PACIENTE** en cualquier momento de su vida en el ámbito de la salud y bienestar.

Se han diferenciado:

1. Entorno Social
 - a. Asociaciones
 - b. Ayuntamiento
 - c. Diputación
 - d. Trabajador Social
2. Domicilio
 - a. Paciente
 - b. Cuidadores
 - c. Familia
3. Equipo Atención Primaria
 - a. Médico de AP referente
 - b. Enfermera de AP referente
4. Equipo Atención Especializada
 - a. Médico especialista referente
 - b. Enfermera referente

COMPETENCIA: Principales funciones a desempeñar por cada figura.

CONOCIMIENTO: Atributo adquirido debido a la formación, bien sea por:

- Titulación
- Especialidad
- Postgrado

EGC: Enfermera Gestora de la Continuidad

EGCA: Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas

EGEH: Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario.

ENTREGABLE: Documentación a intercambiar entre los diseñadores del proyecto y los actores del mismo

ETAM: Equipo de trabajo de Apoyo Metodológico

ETLP: Equipo de trabajo para la Lógica del Proyecto

ETF: Equipo de trabajo para la Formación

DESACTIVACIÓN: Un paciente esta desactivo en la cartera de pacientes de la figura EGCA (**BAJA**) cuando reúne los criterios clínicos necesarios para ser atendido por el equipo de Atención Primaria.

DESTREZA: Atributo adquirido debido a la experiencia o a la formación, referidas fundamentalmente a:

- Liderazgo
- Empatía
- Carisma
- Iniciativa
- Integridad

HABILIDAD: Atributo adquirido debido a la experiencia o a la formación, referidas fundamentalmente a los ámbitos de:

- Gestión
- Relaciones
- Comunicación
- Visión de la organización

GTPS: Grupo de trabajo de Profesionales Sanitarios

MAPA RELACIONAL: Descripción de las relaciones y sus características entre los diferentes AGENTES.

MARCO COMPETENCIAL: Detalle de las principales competencias necesarias para el adecuado desempeño de cada una de las nuevas figuras de enfermería.

REQUISITOS DE DESEMPEÑO: Requerimientos de conocimientos, habilidades y destrezas necesarias en cada una de las figuras para llevar a cabo cada una de las funciones/competencias asignadas.

SISTEMÁTICA RELACIONAL: Descripción de las relaciones entre las diferentes figuras detalladas en el documento, incluyendo flujos, tareas y entregables

DEFINICIÓN Y ESTRUCTURA DE PILOTAJES

El equipo de lógica del proyecto ha definido de manera estratégica y adaptándose a las características de los entornos, los pilotajes.

Previo a esta definición, se han mantenido reuniones con los equipos directivos de cada organización sanitaria, con el objeto de informarles sobre el proyecto y llegar a acuerdos para

configurar los diferentes pilotajes.

En la tabla siguiente, se muestra las Organizaciones Sanitarias participante en los diferentes pilotajes, así como el rol a pilotar, la población diana y el número de pacientes a intervenir, y el método de evaluación

CENTROS		ROL	POBLACIÓN DIANA	N	MTDO. EVALUACIÓN
OSI BIDASOA	H. BIDASOA	EGC (TODOS LOS CENTROS)	CRITERIOS DE INCLUSIÓN - 2 o más ingresos en el último año - Paciente pluripatológico. Cumple 2 de las categorías de patología definidas. (Ver TABLA I pagina 11) Índice de Barthel <20 ó entre 20-35 ó entre 40-55 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN - Pacientes en diálisis - Pacientes institucionalizados en residencias asistidas - Pacientes menores de 14 años - Pacientes que no acepten participar en el piloto	200	Indicadores definidos Mensual Final del pilotaje
	C. HONDARRIBIA				
	C. IRUN CENTRO				
	C. IRUN DUNBOA				
H. DONOSTIA		(EGEH propia)	CRITERIOS DE INCLUSIÓN - 1 o más ingresos con ICC y/o EPOC y/o Hepatopatía - Barthel MODERADO y que vive sólo - Barthel MODERADO y con barreras arquitectónicas en domicilio - Barthel SEVERO O TOTAL - Estadio final de la vida asociado a Demencia - Estadio final de la vida asociado a ICC y/o EPOC y/o Hepatopatía CRITERIOS DE EXCLUSIÓN - Pacientes en diálisis - Pacientes menores de 14 años - Pacientes institucionalizados en residencias asistidas	200	Indicadores definidos Mensual Final del pilotaje
C_EKIALDE C.BERAUN		EGC			

CENTROS	ROL	POBLACIÓN DIANA	N	MTDO. EVALUACIÓN
H. ZUMARRAGA	EGEH	CRITERIOS DE INCLUSIÓN - 1 o más ingresos en el último año - Paciente pluripatológico. Cumple 2 de las categorías de patología definidas. (Ver TABLA I pagina 11) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN - Pacientes en diálisis - Pacientes institucionalizados en residencias asistidas	70	Indicadores definidos Mensual Final del pilotaje
C_GUIPUZKOA Oeste UAPs Ordizia, Lazkao y Beasain	EGCA			
Clínica LA ASUNCIÓN	EGC	CRITERIOS DE INCLUSIÓN - 1 o más ingresos en el último año - Paciente pluripatológico. Cumple 2 de las categorías de patología definidas. (Ver TABLA I pagina 11) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN - Pacientes en diálisis - Pacientes institucionalizados en residencias asistidas	200	Indicadores definidos Mensual Final del pilotaje
C_GUIPUZKOA O C. MENDEBALDE				

CENTROS	ROL	POBLACIÓN DIANA	N	MTDO. EVALUACIÓN
H.CRUCES	EGEH	CRITERIOS DE INCLUSIÓN - Personas menores o mayores de 65 años - Con ingreso hospitalario - Con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca Congestiva o EPOC CRITERIOS DE EXCLUSIÓN - Pacientes institucionalizados en residencias asistidas - Pacientes en diálisis - Pacientes oncológicos	61	Segmentar por niveles de estratificación : pacientes tipo 1, 2 3 y 4
H.GORLIZ				
C_URIBE KOSTA 3	EGCA			
H.U. BASURTO		CRITERIOS DE INCLUSIÓN - Personas menores o mayores de 65 años - Con o sin ingreso - Con diagnóstico o recetas de fármacos que impliquen Insuficiencia Cardíaca Congestiva o EPOC - Con índice de riesgo de ingreso en el próximo año de > 0.6 en personas > de 65 años - Con índice de riesgo de ingreso en el próximo año de > 0.8 en personas < de 65 años CRITERIOS DE EXCLUSIÓN - Pacientes institucionalizados en residencias asistidas - Pacientes en diálisis - Pacientes oncológicos	76	Segmentar por niveles de estratificación : pacientes tipo 1, 2 3 y 4 Segmentar por pacientes con y sin telemonitorización
H.SANTAMARINA	EGEH			
C_BILBAO 4 C. Begoña C. Karmelo C. Otxarkoaga C. Txurdinaga C. Zurbaran	EGCA			
H.SAN ELOY 5	EGEH (Supervisoras unidad)	CRITERIOS DE INCLUSIÓN - Con 1 ó más ingresos en el último año - Crónico con diagnóstico de EPOC y/o ICC y/o ACV y/o Hepatopatía - Que al alta hospitalaria tenga 5 o más fármacos CRITERIOS DE EXCLUSIÓN - Pacientes institucionalizados en residencias asistidas - Pacientes en diálisis - Pacientes oncológicos	160	Segmentar por niveles de complejidad
C_EZKERRALDEA C. Urban C. Zaballa Consultorio Zaballa C. San Vicente C. Lutzana C. La Paz C. Zuazo	EGC			

CENTROS	ROL	POBLACIÓN DIANA	N	MTDO. EVALUACIÓN
H. TXAGORRITXU	EGEH	CRITERIOS DE INCLUSIÓN - Personas mayores o igual a 65 años - Con 2 o más ingresos en último año - Con 2 o más diagnósticos de cronicidad de de lo servicios de: MEDICINA. INTERNA, NEUMOLOGÍA, CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA, DIGESTIVO, CIRUGIA GENERAL, CIRUGIA VASCULAR Y TRAUMATOLOGÍA CRITERIOS DE EXCLUSIÓN - Pacientes con perfil PROMIC de los centros de: OLAGIBEL, MONTAÑA, LAKUABIZKARRA, HABANA, ARANBIZKARRA 1, ARANBIZKARRA 2 y SAN MARTIN - Pacientes en tratamiento de diálisis - Altas del Servicio de Oncología - Pacientes institucionalizados en residencias asistidas	200	Indicadores definidos Mensual Final del pilotaje
H.SANTIAGO	EGEH			
C_ARABA 6	EGC			

TABLA I Clasificación del paciente pluripatológico de Ollero (pilotos OSI BIDASOA, 7 y 8 deben cumplir 2 de estas categorías patológicas)

Categoría A:

- Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA (ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones).
- Cardiopatía isquémica

Categoría B:

- Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas.
- Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina ($>1,4$ mg/dl en hombres o $>1,3$ mg/dl en mujeres) o proteinuria (índice albúmina/creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria >3 mg/dl en muestra de orina o albúmina >300 mg/día en orina de 24 horas), mantenidas durante 3 meses.

Categoría C:

- Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC (Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso), o $FEV1 < 65\%$, o $SaO_2 \leq 90\%$.

Categoría D:

- Enfermedad inflamatoria crónica intestinal.
- Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular (INR $>1,7$, albúmina $<3,5$ g/dl, bilirrubina >2 mg/dl) o hipertensión portal (Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos)

Categoría E:

- Ataque cerebro vascular.
- Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60-Anexo 2) Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer-Anexo 6- con 5 ó más errores).

Categoría F:

- Arteriopatía periférica sintomática.
- Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática

Categoría G:

- Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10 mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses.
- Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa

Categoría H:

- Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).

ESTRATEGIA

A.-MAPA RELACIONAL

OBJETIVO

Establecer y definir las relaciones de los diferentes roles con los agentes definidos, así como describir cuales son las características de dicha relación.

EGCA		
ENTRADA (INPUT) a la EGCA	DE DONDE	CARACTERISTICAS
PACIENTE	ATENCIÓN ESPECIALIZADA ATENCIÓN PRIMARIA	La EGCA tendrá una cartera de posibles pacientes con los criterios de inclusión establecidos sobre los que se va actuar Los pacientes que cumplan los criterios de inclusión definidos en cada piloto, tendrán que estar informados sobre el proyecto y su significado. Una vez informado, el paciente aceptara y/ o rechazara su inclusión en el proyecto Así mismo podrá aquellos pacientes tanto de Atención Especializada como de Primaria que en un momento determinado cumplan los criterios de inclusión establecidos, pasaran a ser objeto de la actuación de la EGCA Una vez definidos por parte de los facultativos, tanto de Atención Primaria como de Especializada, los criterios clínicos para el mantenimiento del paciente en el domicilio, es decir criterios para la actuación de la EGCA en el domicilio, activara en su cartera de pacientes a aquellos que cumplan dichos criterios
Informes intervención social	ENTORNO SOCIAL	Trabajador Social El/ la trabajadora social proporcionará a la EGCA, toda la información social de los pacientes incluidos en su cartera. Este informe constara de: - Valoración de necesidad de intervención social. - Necesidades sociales detectadas - Acciones puestas en marcha (derivaciones, recursos) - Actuaciones pendientes (dificultades) Desde los diferentes centros sanitarios de su área de actuación, y en el caso de que exista la figura del /a trabajador/a social, tendrá acceso al <u>listado de dichos profesionales y los modos de contacto</u>, para resolver y/o aclarar dudas y/o formas de actuación
Informes	ENTORNO SOCIAL	Asociaciones Las asociaciones de pacientes crónicos proporcionaran la información requerida por la EGCA, sobre las necesidades de los pacientes incluidos en su cartera de pacientes de I Cada Asociación establecerá <u>persona y modo de contacto</u> para resolver y/o aclarar dudas y/o formas de actuación
Mapa de recursos	ENTORNO SOCIAL	Ayuntamientos y Diputaciones Proporcionaran a la EGCA los mapas de los recursos existentes en las áreas de actuación de la EGCA. Cada Institución Social establecerá <u>persona y modo de contacto</u> para resolver y/o aclarar dudas y/o formas de actuación

Información Clínica	EQUIPO ASISTENCIAL ESPECIALIZADA	Médico especialista Aportará a la EGCA la información clínica del paciente, necesaria para la actuación de la EGCA en el domicilio del paciente: - Diagnóstico - Tratamiento - Pautas de actuación ▪ Criterios clínicos de ingreso ▪ Criterios clínicos para el mantenimiento del paciente en domicilio habitual Enfermera referente / Enfermera gestora enlace hospitalario EGEH Aportará a la EGCA toda la información del paciente para la continuidad de los cuidados en su domicilio a través del Informe de Continuidad de Cuidados desde ZAINERI/ Global Clinic: - Destino al Alta: Domicilio, Residencia, Hospital Subagudos, Hospitalización a Domicilio - Valoración de necesidades (físicos y sociales). Utilizará la Escala de Barthel - Plan de cuidados personalizado (físicos y sociales) - Intervenciones sociales planificadas, realizadas y/o pendientes - Necesidad de materiales/recursos para la realización de los cuidados en el domicilio Así mismo, ambos deberán aportar nombre de las persona/s de <u>contacto y modo</u>, para aclarar dudas y/o coordinar cuidados
Información Clínica	EQUIPO ASISTENCIAL PRIMARIA	Médico de AP referente Aportará a la EGCA toda información clínica del paciente: - Diagnóstico - Tratamiento - Pautas de actuación ▪ Criterios clínicos de ingreso ▪ Criterios clínicos para el mantenimiento del paciente en domicilio habitual Enfermera de AP referente Aportará a la EGCA toda la información del paciente para la realización de los cuidados en el domicilio: - Valoración de necesidades (físicos y sociales) Utilizará la Escala de Barthel - Plan de cuidados personalizado (físicos y sociales) - Intervenciones sociales planificadas, realizadas y/o pendientes - Necesidad de materiales/recursos para la realización de los cuidados en el domicilio Así mismo, ambos deberán aportar persona/s de <u>contacto y modo</u>, para aclarar dudas y/o coordinar cuidados
Información	DOMICILIO Cuidador y Familia	Los cuidadores y /o la familia, aportaran a la EGCA en el momento de la atención domiciliaria la información referente a: - Toma de medicación (adherencia al tratamiento) - Constantes (temperatura) - Aportación: alimentaria e hídrica - Aseo - Eliminación - Deambulación - Vigilia-sueño - Ocio - Incidencias Los cuidadores y/o familia comunicaran a la EGCA, el /la <u>persona de referencia y el modo de contacto</u>, para aclarar dudas y/o coordinar cuidados

SALIDA (OUTPUT) desde la EGCA	DE DONDE	CARACTERISTICAS
PACIENTE		La EGCA establecerá por cada paciente activo de su Cartera de pacientes la Programación de vistas al domicilio, estableciendo los criterios de priorización en ellas. Así mismo será la responsable de la guarda y custodia de la documentación generada en la atención Una vez que el paciente se haya estabilizado, la EGCA pasará toda la información a los profesionales de Atención Primaria: médico referente y enfermera referente para que estos se hagan cargo de la continuidad de la atención e inactivara al paciente en su cartera de pacientes.
Trámites administrativos	ENTORNO SOCIAL	La EGCA tramitará con las Residencias, Trabajador/a social, Ayuntamientos y Diputaciones todos aquellos requerimientos necesarios para poder realizar la atención social necesaria.
Coordinación de cuidados	ENTORNO SOCIAL DOMICILIO	La EGCA se pondrá en contacto con cuidadores y/o familia para: - Resolver dudas - Establecer pautas de actuación de manera coordinada con ellos
Coordinación de cuidados	ATENCIÓN ESPECIALIZADA	La EGCA se pondrá en contacto con los profesionales de Atención Especializada para: - Resolver dudas - Establecer pautas de actuación de manera coordinada con ellos, para el mantenimiento del paciente en el domicilio
Coordinación de cuidados	ATENCIÓN PRIMARIA	La EGCA se pondrá en contacto con los profesionales de Atención Primaria en el caso de que el paciente cumpla con los criterios clínicos establecidos para el mantenimiento del paciente en su domicilio (esté estable) y deje de necesitar la atención de la EGCA, estableciendo de manera coordinada con ellos, la continuidad en la atención.
Coordinación de cuidados	DOMICILIO Cuidador y Familia	La EGCA establecerá la cadencia del tratamiento farmacológico y pautará los cuidados a realizar por el cuidador y/o familiares. Así mismo, comprobará que el paciente y su cuidador principal conocen cuales son los cambios en la situación clínica del paciente (signos y/o síntomas) que sirvan de alerta a los cuidadores y familia para establecer contacto con la EGCA o con el equipo de Atención Primaria referente
Solicitud de información	AGENTES (Entorno Social, Atención Especializada, Atención Primaria, Domicilio)	La EGCA solicitara la información necesaria para realizar la atención, mediante los cauces establecidos con los diferentes agentes

EGC		
ENTRADA (INPUT) a la EGC	DE DONDE	CARACTERISTICAS
PACIENTE	ATENCION ESPECIALIZADA ATENCION PRIMARIA	Los pacientes participantes en este proyecto, previa información del proyecto, darán su consentimiento a la inclusión en el mismo, Estos pacientes de manera continuada serán atendidos en su domicilio por el médico y enfermera de Atención Primaria que les corresponda. La EGC tendrá información tanto de Atención Especializada como de Atención Primaria de los pacientes sobre los que va actuar, especificando: - Nombre - Apellidos - CIC - Zona de Atención Primaria referente - Equipo referente, tanto en AP como en AE - Diagnóstico - Plan de cuidados - Necesidades sociales Los avisos sobre la necesidad de actuación de la EGC se realizaran vía telefónica o a través de correo electrónico encriptado o a través de citación en la agenda creada para el proyecto
Informes intervención social	ENTORNO SOCIAL	Trabajador Social El/ la trabajadora social proporcionará a la EGC, toda la información social de los pacientes sobre los que va a realizar la coordinación de los cuidados Este informe constará de: - Valoración de necesidad de intervención social - Necesidades sociales detectadas - Acciones puestas en marcha (derivaciones, recursos) - Actuaciones pendientes (dificultades) Desde los diferentes centros sanitarios de su área de actuación, y en el caso de que exista la figura del /a trabajador/a social, tendrá acceso al <u>listado de dichos profesionales y los modos de contacto</u>, para resolver y/o aclarar dudas y/o formas de actuación
Informes	ENTORNO SOCIAL	Asociaciones Las asociaciones de pacientes crónicos proporcionaran la información requerida por la EGC, sobre las necesidades de los pacientes Cada Asociación establecerá <u>persona y modo de contacto</u> para resolver y/o aclarar dudas y/o formas de actuación
Mapa de recursos	ENTORNO SOCIAL	Ayuntamientos y Diputaciones Proporcionarán a la EGC los mapas de los recursos existentes en sus áreas de actuación. Cada Institución Social establecerá <u>persona y modo de contacto</u> para resolver y/o aclarar dudas y/o formas de actuación

Información Clínica	EQUIPO ASISTENCIAL ESPECIALIZADA	Médico especialista Aportará a la EGC toda información clínica del paciente: - Diagnóstico - Tratamiento - Pautas de actuación ▪ Criterios clínicos de ingreso ▪ Criterios clínicos para el mantenimiento del paciente en domicilio habitual Enfermera referente / Enfermera gestora enlace hospitalario EGEH Aportará a la EGC toda la información del paciente para la continuidad de los cuidados en su domicilio: - Destino al Alta: Domicilio, Residencia, Hospital Subagudos, Hospitalización a Domicilio - Valoración de necesidades (físicos y sociales). Utilizará la Escala de Barthel - Plan de cuidados personalizado (físicos y sociales) - Intervenciones sociales planificadas, realizadas y/o pendientes - Necesidad de materiales/recursos para la realización de los cuidados en el domicilio Así mismo, ambos deberán aportar <u>persona/s de contacto y modo</u>, para aclarar dudas y/o coordinar cuidados
Información Clínica	EQUIPO ASISTENCIAL PRIMARIA	Médico y enfermera, referentes Aportarán a la EGC toda la información del paciente (clínica, social, etc.) para definir, planificar y coordinar los cuidados del paciente, junto con el equipo de AP referente Así mismo, deberán aportar <u>persona/s de contacto y modo</u>, para aclarar dudas y/o coordinar cuidados
Información	DOMICILIO Cuidador y Familia	Los cuidadores y /o la familia, aportaran a la EGC la información requeridas. Los cuidadores y/o familia comunicaran a la EGC, <u>el /la persona de referencia y el modo de contacto</u>, para poder aclarar dudas y/o coordinar cuidados

SALIDA (OUTPUT) desde la EGC	DE DONDE	CARACTERISTICAS
PACIENTE		La EGC coordinara todas las necesidades de atención de aquellos pacientes que por sus condiciones clínicas necesiten de ingreso hospitalario, facilitando la información al equipo de atención especializada de las condiciones y necesidades del ingreso. Esta información, así como la de las actuaciones realizadas para la coordinación del ingreso, se trasladará al equipo de Atención Primaria: médico referente y enfermera referente Así mismo, será la responsable de la guarda y custodia de la documentación generada en la atención.
Trámites administrativos	ENTORNO SOCIAL	La EGC tramitará con las Residencias, Trabajador/a social, Ayuntamientos y Diputaciones todos aquellos requerimientos necesarios para poder realizar la atención social necesaria.
Coordinación de necesidades	ENTORNO SOCIAL DOMICILIO	La EGC se pondrá en contacto con cuidadores y/o familia para: - Resolver dudas - Establecer pautas de actuación de manera coordinada con ellos
Coordinación de necesidades	ATENCIÓN ESPECIALIZADA	La EGC se pondrá en contacto con los profesionales de Atención Especializada para: - Resolver dudas en cuanto a las necesidades del paciente: físicas y sociales - Coordinar el Alta del paciente a su domicilio - Coordinar el ingreso del paciente, si su estado clínico así lo requiere

Coordinación de necesidades	ATENCIÓN PRIMARIA	La EGC se pondrá en contacto con los profesionales de Atención Primaria para - Resolver dudas en cuanto a necesidades, fundamentalmente, en el área social - Coordinar el ingreso del paciente, si su estado clínico así lo requiere
Coordinación de necesidades	DOMICILIO Cuidador y Familia	La EGC contactará con la familia y/o cuidadores para conocer necesidades sociales, tanto al Alta del paciente como en el Ingreso, si lo hubiere

EGEH		
ENTRADA (INPUT) a la EGEH	DE DONDE	CARACTERISTICAS
PACIENTE		Para ser incluido en la cartera de pacientes de la EGEH, el paciente deberá cumplir los criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión, establecidos en cada tipo de pilotaje, y habrá dado su aceptación para participar en el proyecto
Informes intervención social	ENTORNO SOCIAL	Trabajador Social El/ la trabajadora social del centro, si lo hubiera o el de referencia, proporcionará a la EGEH, toda la información social de los pacientes incluidos en su cartera. Este informe constará de: - Valoración de necesidad de intervención social - Necesidades sociales detectadas - Acciones puestas en marcha (derivaciones, recursos) - Actuaciones pendientes (dificultades) Conocerá a él/la/los profesionales del centro sanitario al que pertenezca, y en el caso de que no exista dicha figura, tendrá acceso al listado de otros profesionales con los cuales pueda mantener <u>contacto</u> , así como el <u>modo</u> , para resolver y/o aclarar dudas y/o formas de actuación
Informes	ENTORNO SOCIAL	Asociaciones Las asociaciones de pacientes crónicas proporcionarán la información sobre las necesidades de los pacientes incluidos en la cartera de pacientes de la EGEH Cada Asociación establecerá <u>persona y modo de contacto</u> para resolver y/o aclarar dudas y/o formas de actuación
Mapa de recursos	ENTORNO SOCIAL	Ayuntamientos y Diputaciones Proporcionarán a la EGEH los mapas de los recursos existentes en su área de actuación. Cada Institución Social establecerá <u>persona y modo de contacto</u> para resolver y/o aclarar dudas y/o formas de actuación

Información Clínica	EQUIPO ASISTENCIAL ESPECIALIZADA	Médico especialista Aportará a la EGEH toda información clínica del paciente: - Diagnóstico - Tratamiento - Pautas de actuación ▪ Criterios clínicos de ingreso ▪ Criterios clínicos para el mantenimiento del paciente en domicilio habitual Enfermera referente Aportará a la EGEH toda la información del paciente para la continuidad de los cuidados en su domicilio: - Destino al Alta: Domicilio, Residencia, Hospital Subagudos, Hospitalización a Domicilio - Valoración de necesidades (físicos y sociales) - Plan de cuidados personalizado (físicos y sociales) - Intervenciones sociales planificadas, realizadas y/o pendientes - Necesidad de materiales/recursos para la realización de los cuidados en el domicilio Toda esta información será utilizada por la EGEH para la gestión, coordinación y apoyo del Alta y su trasvase a Atención Primaria Así mismo, ambos deberán aportar persona/s de <u>contacto y modo</u>, para aclarar dudas y/o coordinar cuidados
Información Clínica	EQUIPO ASISTENCIAL PRIMARIA	Médico AP referente <u>INGRESO</u> Aportará a la EGEH toda la información sobre las necesidades clínicas del paciente. Enfermera AP referente <u>ALTA</u> Aportará a la EGEH toda la información previa del paciente para la realización conjunta de la planificación de los cuidados a establecer en el domicilio del paciente <u>INGRESO</u> En el caso de necesidad de ingreso, aportara datos clínicos de su situación y necesidad de cuidados Enfermera Gestora de la Continuidad <u>INGRESO</u> Aportará a la EGEH toda la información sobre la situación del paciente y los cuidados realizados Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas <u>ALTA</u> Aportará a la EGEH toda la información sobre la situación previa del paciente en su domicilio <u>INGRESO</u> Aportará a la EGEH toda la información sobre la situación del paciente y los cuidados realizados Así mismo, desde los centros de Atención Primaria aportaran el nombre de las persona/s de <u>contacto y modo</u>, para aclarar dudas y/o coordinar cuidados
Información	DOMICILIO Cuidador y Familia	Los cuidadores y /o la familia, aportaran a la EGEH en el momento del ALTA del paciente, las necesidades para su atención y prestación de cuidados en su domicilio. Los cuidadores y/o familia comunicaran a la EGCA, el /la persona de referencia y el modo de contacto, para aclarar dudas y/o coordinar cuidados

SALIDA (OUTPUT) desde la EGEH	DE DONDE	CARACTERISTICAS
PACIENTE		Al <u>ALTA</u> de un paciente, la EGEH habrá gestionado y coordinado las diferentes actuaciones necesarias para su traslado al domicilio y comunicado y establecido la planificación de cuidados con el equipo de Atención Primaria: médico y enfermera referente, EGCA y/o EGC
Trámites administrativos	ENTORNO SOCIAL	La EGEH tramitará con las Residencias, Trabajador/a social, Ayuntamientos y Diputaciones todos aquellos requerimientos necesarios para poder realizar la atención social necesaria en el domicilio al ALTA del mismo.
Coordinación de cuidados	ENTORNO SOCIAL DOMICILIO	La EGEH se pondrá en contacto al <u>ALTA</u> del paciente con cuidadores y/o familia para: - Clarificar dudas - Establecer pautas de actuación de manera coordinada con ellos
Coordinación de cuidados	ATENCIÓN ESPECIALIZADA	La EGEH se pondrá en contacto con los profesionales de Atención Especializada referentes del paciente para: <u>ALTA</u> - Establecer pautas de actuación clínica, incluidas las condiciones clínicas en que el paciente debería volver a ingresar, para transmitirlo al equipo de Atención Primaria - Identificar necesidades sociales y gestionarlas <u>INGRESO</u> - Información clínica y social, previas al ingreso, sobre la situación del paciente en su domicilio, facilitada por el equipo de Atención Primaria o a través del Global Clinic
Coordinación de cuidados	ATENCIÓN PRIMARIA	<u>ALTA</u> La EGEH se pondrá en contacto con los profesionales de Atención Primaria: médico y enfermera referente, EGC y/o EGCA, antes de que el paciente llegue a su domicilio, estableciendo de manera coordinada con ellos, la continuidad en la atención. <u>INGRESO</u> Cuando las condiciones clínicas del paciente requieran su ingreso, el equipo de Atención Primaria dará a conocer a la EGEH, toda la información existente sobre las condiciones clínicas y sociales del paciente en su domicilio, previas al ingreso.
Coordinación de cuidados	DOMICILIO Cuidador y Familia	La EGEH contactará con la familia y/o cuidadores para conocer necesidades sociales, tanto al Alta del paciente como en el Ingreso, si lo hubiere
Solicitud de información	AGENTES (Entorno Social, Atención Especializada, Atención Primaria, Domicilio)	La EGEH solicitará la información necesaria para coordinar las necesidades tanto físicas como sociales del paciente, mediante los cauces establecidos con los diferentes agentes.

B.-SISTEMA RELACIONAL Y SECUENCIA DE ACTIVIDADES

I) Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario con Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas (EGEH-EGCA)

DIAGRAMA DE FLUJO (I)

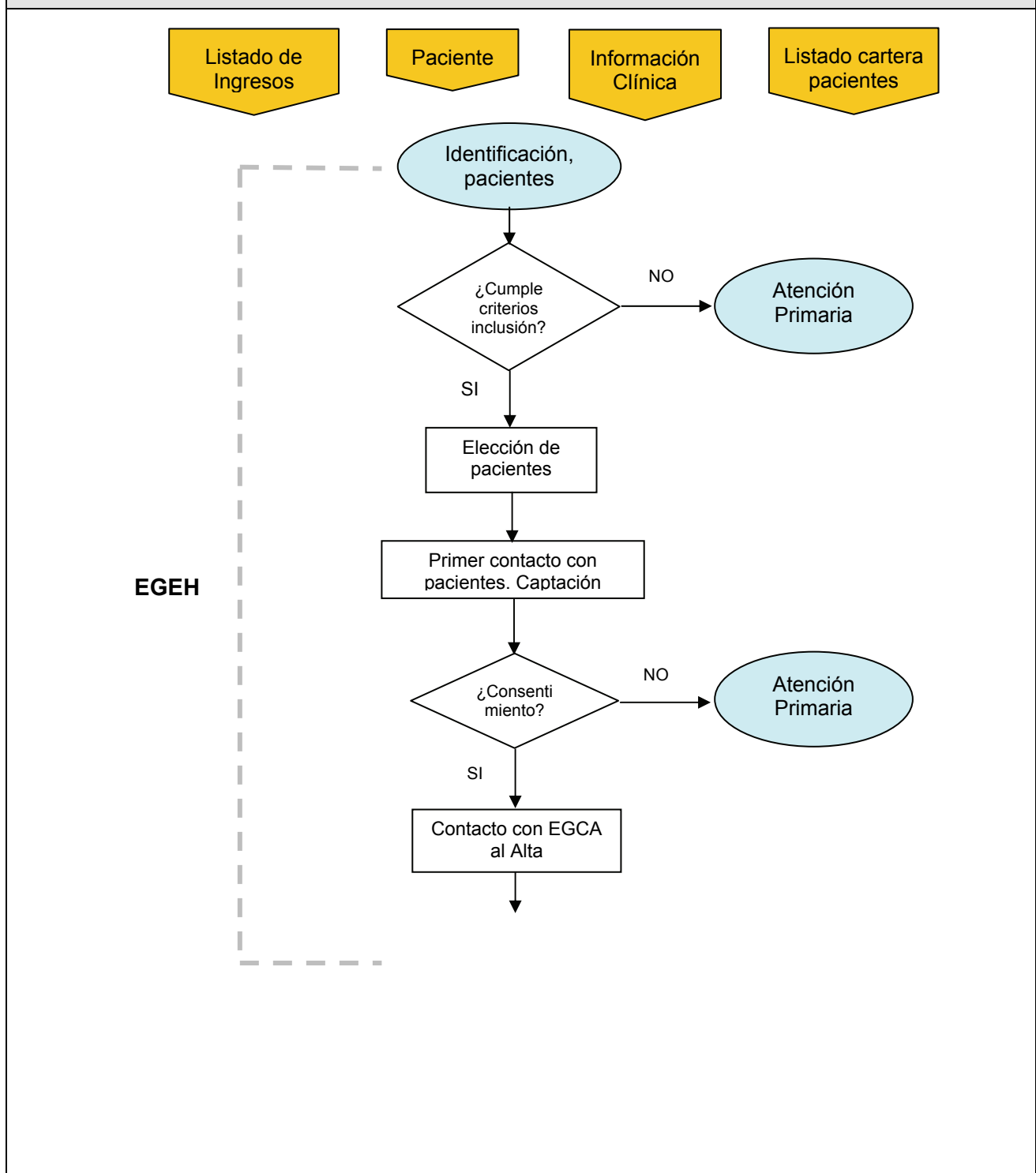
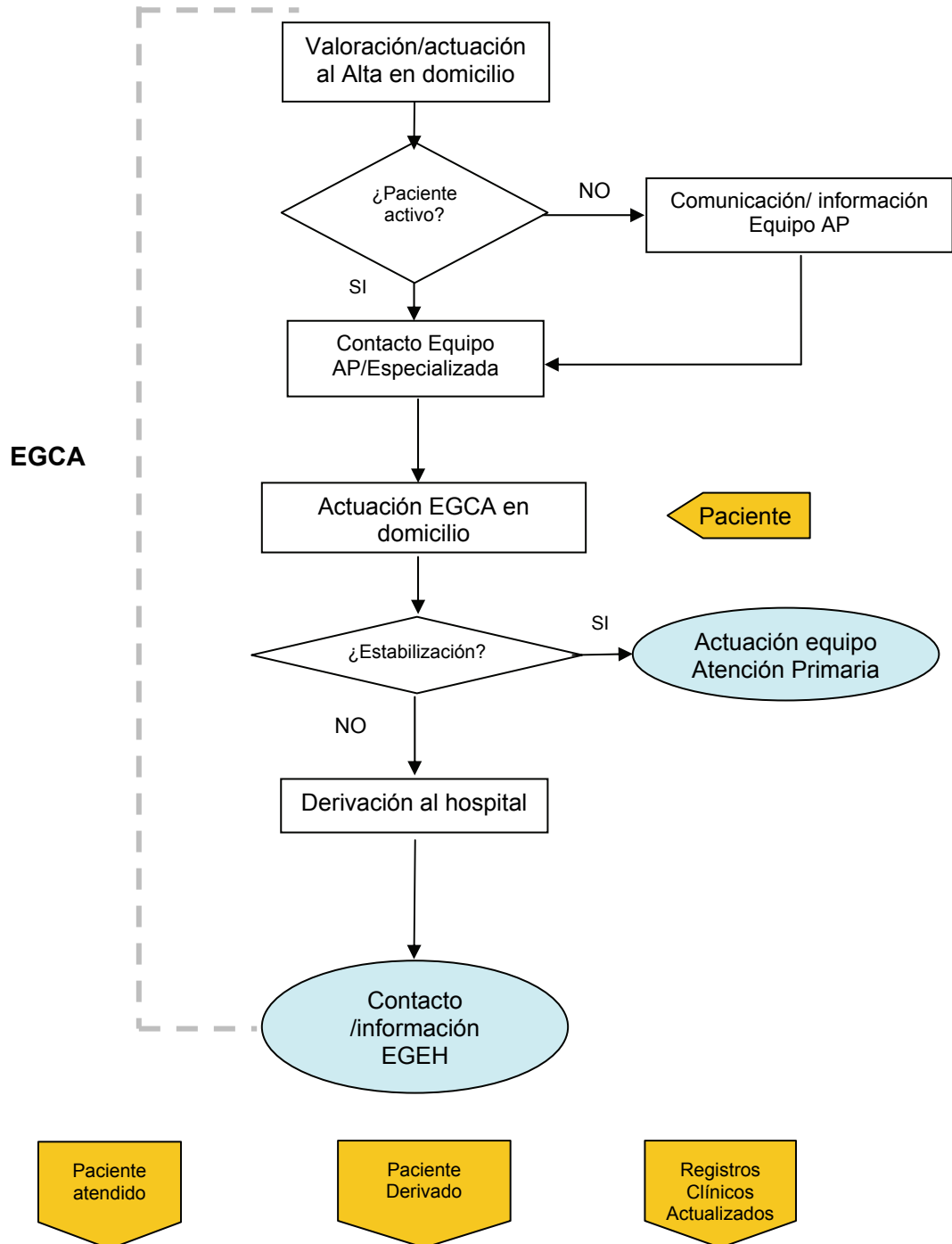


DIAGRAMA DE FLUJO (II)



DESCRIPCION DE ACTIVIDADES Y SUS REGISTROS		
ACTIVIDAD	DESCRIPCION	REGISTROS
Identificación de pacientes	La Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario (EGEH) podrá identificar y detectar a los pacientes susceptibles de ser incluidos en el proyecto, de diferentes formas: - Contacto diario con la UGS/Admisión o unidad correspondiente y Urgencias para que este le suministre un listado de los pacientes ingresados provenientes de la comarca de referencia. Para prevenir la perdida de pacientes que acudan a la Urgencia y no ingresen, otra fuente de identificación será la propia Urgencia (Área Observación Urgencias) - Conocimiento de la cartera de pacientes de la Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas (EGCA) referente - Recabar información sobre los pacientes ingresados de la comarca de referencia utilizando el check list, si lo hubiera, creado para la identificación de dichos pacientes Responsable: UGS/Admisión, EGEH y EGCA	e Osabide (Sistema de Alerta) Listado ingresos Cartera pacientes de EGCA Check list para identificación pacientes
Elección de pacientes	Comprobará y seleccionará para el programa de intervención, aquellos pacientes que cumplan los criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión definidos en cada pilotaje. Responsable: EGEH	e Osabide Listado ingresos Historia Clínica Check list para Identificación pacientes
Primer contacto con pacientes. Captación	La enfermera de enlace hospitalario (EGEH) se pondrá en contacto con los pacientes susceptibles de entrar en el programa de intervención. Les informará en este momento de, los objetivos y la sistemática de funcionamiento del programa y pedirá su aceptación o consentimiento a ser integrado en este programa. Se registrará en el evolutivo de enfermería la información facilitada y la aceptación o no por parte del paciente de su inclusión en él. Responsable: EGEH	E-Osabide Evolutivo de Enfermería Hoja Información pacientes
Contacto con EGCA al Alta del paciente	La enfermera gestora de enlace hospitalario (EGEH), se pondrá en contacto con la Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas (EGCA) al Alta del paciente. En este caso, previamente, la EGCA habrá hecho llegar a la EGHE el listado de su cartera de pacientes, especificando aquellos pacientes que son objeto de su cometido (pacientes activos) y de aquellos que aun siendo objeto de su cometido en ese momento están bajo el seguimiento de su médico y enfermera referentes de Atención Primaria (Inactivos) Responsable: EGEH y EGCA	Evolutivo Enfermería Informe Continuidad de Cuidados Cartera pacientes
Valoración/actuación al Alta en domicilio	La enfermera gestora de competencias avanzadas (EGCA) realizará la primera valoración del paciente cuando este esté en su domicilio. Comprobará los criterios clínicos que cumple para clasificarlo como paciente activo o inactivo en su cartera de pacientes. Un paciente estará activo en la cartera de pacientes de la EGCA cuando cumpla los criterios clínicos consensuados entre los facultativos especialistas y de atención primaria Si el paciente ya no cumpla los criterios clínicos de seguimiento en este programa de intervención, pasará al estado inactivo, es decir, su seguimiento será realizado por el equipo de Atención Primaria referente	Cartera de pacientes. Check list

	Responsable: EGCA	
Comunicación/ información Equipo AP	Si el paciente no tiene las condiciones clínicas para ser un paciente activo y/o el paciente, llega a una estabilización clínica, en la cual no se requiera la actuación de la EGCA, pasará a la cartera de dicha enfermera como paciente inactivo A partir de este momento el equipo de AP referente será el responsable de la atención del paciente y realizará la actividad asistencial de manera continuada La EGCA remitirá a dicho equipo toda la información referente a la realización de actuaciones clínicas y sociales realizadas en el cuidado de dicho paciente. En el caso de que dicho equipo detectase que el paciente cumple los criterios clínicos para la actuación de la EGCA, se pondrán en contacto con dicha figura y establecerán conjuntamente pautas de actuación para conseguir la estabilización clínica y el mantenimiento del paciente en su domicilio Responsable: Equipo AP y EGCA	Hª Clínica Informe de alta Recomendaciones al Alta Continuidad de cuidados Episodio AP
Contacto Equipo AP/Especializada	La enfermera de competencias avanzadas se pondrá en contacto con el equipo de especializada y/o Primaria para establecer los cuidados y tratamientos necesarios en el domicilio del paciente, así como para aclarar dudas existentes Responsable: Equipos: AP, Especializada y EGCA	Hª Clínica Informe Continuidad de Cuidados. Episodio AP
Actuación en domicilio	La EGCA dará de Alta en su cartera de pacientes a los pacientes sobre los que va actuar Una vez el paciente este en situación de activación, la enfermera de competencias avanzadas (EGCA), establecerá los cuidados a realizar dependiendo de los protocolos/guías/vías establecidos para las diferentes patologías y programará las vistas domiciliarias. Responsable: EGCA	Episodio AP
Derivación al hospital	En los casos en los cuales no se consiga una estabilización clínica en el domicilio, la enfermera de competencias avanzadas (EGCA), y siguiendo los criterios clínicos definidos como desestabilización clínica, se pondrá en contacto con el equipo de AP y /o el de especializada para decidir el ingreso hospitalario. Una vez decidido el ingreso del paciente por cumplir las condiciones clínicas para ello, la enfermera de competencias avanzadas (EGCA), coordinará el mismo. Responsable: EGCA	Historia Clínica Episodio AP
Contacto con EGEH	La EGCA responsable del paciente, se pondrá en contacto con la enfermera gestora de enlace hospitalario (EGEH) para aportar toda la información clínica y social del paciente, necesaria para su atención en el hospital. Responsable: EGCA y EGEH	Historia Clínica

II) Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario con Enfermera Gestora de Continuidad (EGEH-EGC)

DIAGRAMA DE FLUJO (I)

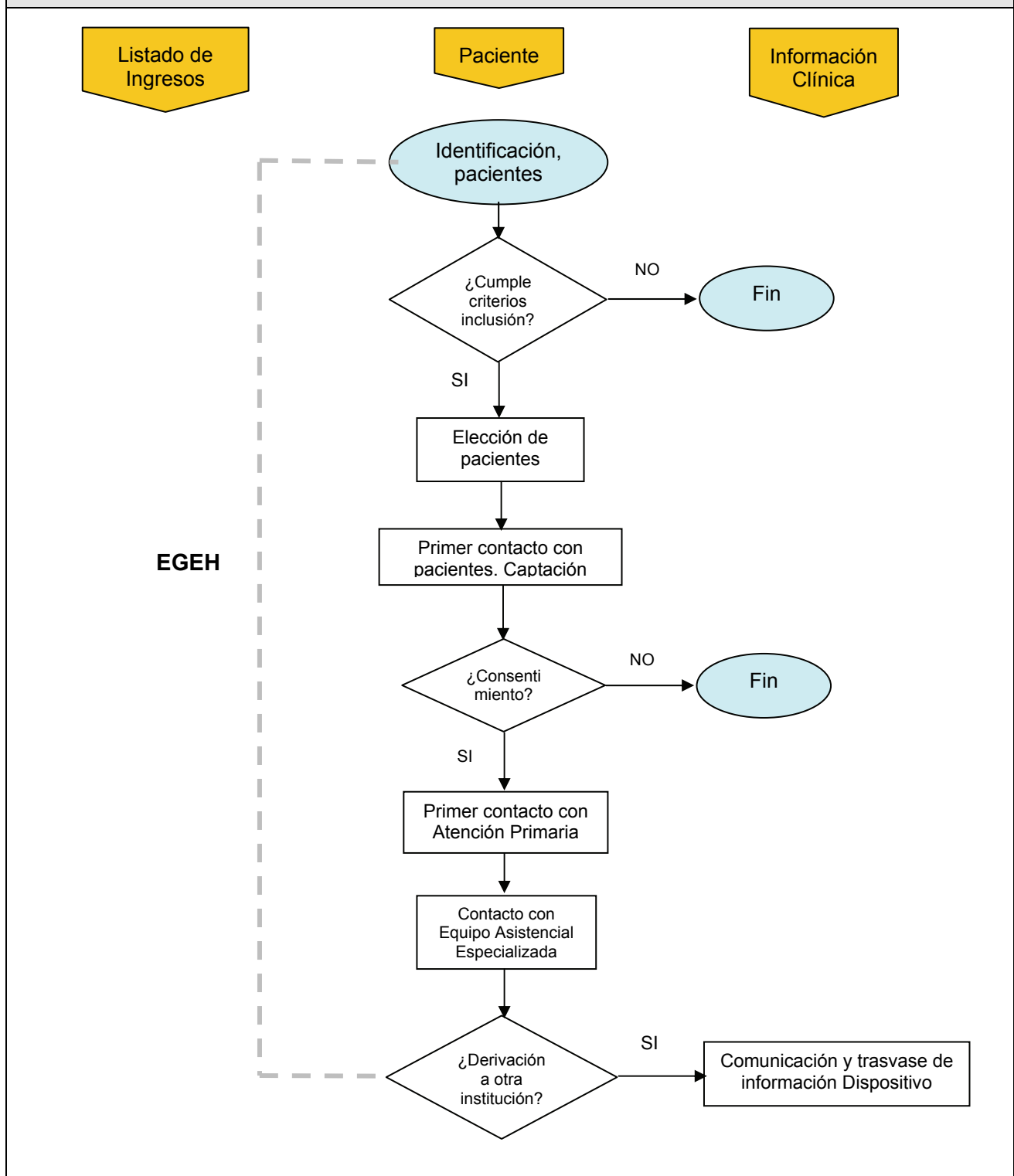
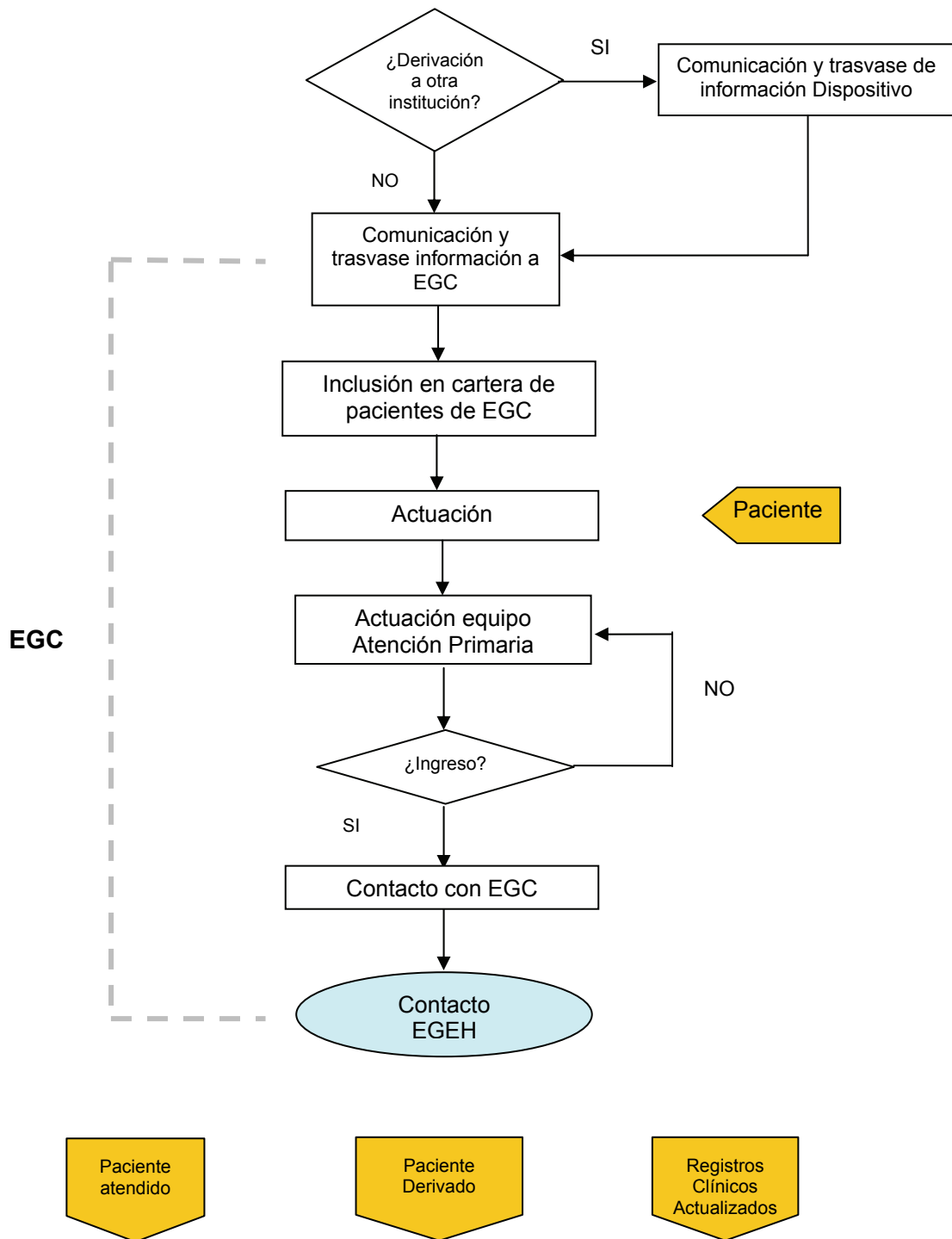


DIAGRAMA DE FLUJO (II)



DESCRIPCION DE ACTIVIDADES Y SUS REGISTROS		
ACTIVIDAD	DESCRIPCION	REGISTROS
Identificación, pacientes	La Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario (EGEH) podrá identificar y detectar a los pacientes susceptibles de ser incluidos en el proyecto, de diferentes formas: - Contacto diario con la UGS/Admisión o unidad correspondiente y Urgencias para que este le suministre un listado de los pacientes ingresados provenientes de la comarca de referencia. Para prevenir la perdida de pacientes que acudan a la Urgencia y no ingresen, otra fuente de identificación será la propia Urgencia (Área Observación Urgencias) - Conocimiento de la cartera de pacientes de la Enfermera Gestora de Continuidad (EGC) referente (Listado) - Recabar información sobre los pacientes ingresados de la comarca de referencia utilizando el check list, si lo hubiera, creado para la identificación de dichos pacientes Responsable: UGS/Admisión, EGEH	e Osabide (Sistema de Alerta) Listado ingresos Check list para Identificación pacientes
Elección de pacientes	Comprobará y seleccionará para el programa de intervención, aquellos pacientes que cumplan los criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión, definidos en cada pilotaje Responsable: EGEH	e Osabide Listado ingresos Historia Clínica Check list para Identificación pacientes
Primer contacto con pacientes. Captación	La enfermera de enlace hospitalario (EGEH) se pondrá en contacto con los pacientes susceptibles de entrar en el programa de intervención. Les informará en este momento de, los objetivos y la sistemática de funcionamiento del programa y pedirá su aceptación o consentimiento a ser integrado en este programa. Se registrará en el evolutivo de enfermería la información facilitada y la aceptación o no por parte del paciente de su inclusión en él. Responsable: EGEH	E-Osabide Evolutivo de Enfermería
Primer contacto con Atención Primaria	La enfermera gestora de enlace hospitalario (EGEH), se pondrá en contacto con el centro de Atención Primaria al que pertenezca el paciente. Averiguará, si el paciente en cuestión está siendo seguido por el equipo referente de Atención Primaria (facultativo y enfermera) o está en la cartera de pacientes de la Enfermera Gestora de Continuidad (EGC). En este caso, previamente, la EGC habrá hecho llegar a la EGEH el listado de su cartera de pacientes. Responsable: EGEH y EGC	Evolutivo Enfermería Cartera Pacientes

Contacto con Equipo Asistencial de Especializada	La enfermera de enlace hospitalario (EGEH) se pondrá en contacto con el facultativo y enfermera responsable del paciente para recabar la siguiente información: - Fecha de alta aproximada o cierta - Destino al Alta: Hospitalización a Domicilio, Residencia asistida, no asistida, Hospitalización de Subagudos o Domicilio Habitual (incluida Institución Social) - Informe de Alta - Evolución de la patología por la cual ingresó y/o incidencia de está en la evolución de sus patologías previas - Informe de últimas pruebas complementarias - Plan de tratamiento farmacológico - Plan de seguimiento (citas, realización de pruebas, etc.) - Valoración del paciente, incluida información sobre funcionalidad en actividad diaria (Escala Barthel) y planificación de cuidados - Valoración del paciente: cuidados clínicos y sociales. - Plan de continuidad de cuidados. Este será realizado de manera conjunta por la enfermera referente y por la EGEH - Informe social y necesidades Responsable: Facultativo - enfermera referente y EGEH	Hª Clínica Informe de alta Recomendaciones al Alta Continuidad de cuidados
Comunicación y trasvase de información a Dispositivo	En los casos de derivación a otros dispositivos asistenciales como, Hospitalización a Domicilio, Hospital de subagudos o a una institución social no asistida, es decir, el paciente está físicamente en otro dispositivo de atención, la EGEH será la responsable de ponerse en contacto con estos dispositivos, facilitando la información sobre los pacientes y canales de contacto con los referentes de dichos dispositivos para que la EGC esté en todo momento al corriente de la situación de los pacientes tanto sanitaria como social. Responsable: EGHE y EGC	Hoja de registro "ad hoc"
Comunicación y trasvase de información a EGC	En los casos de derivación a del paciente a su domicilio habitual (ALTA) (se considera domicilio habitual a un paciente residente en institución social no asistida), la EGEH será la responsable de ponerse en contacto con la EGC y facilitarle toda la información recabada sobre situación clínica y social del paciente para poder atender y coordinar sus necesidades. Responsable: EGHE y EGC	Hoja de registro "ad hoc"
Activación en cartera de pacientes EGC	En ambos casos la EGC dará de Alta en su cartera de pacientes a ambos tipos de pacientes para su coordinación y seguimiento. Responsable: EGC	Hoja de registro "ad hoc"
Actuación	Una vez activado, establecerá todos los contactos necesarios para coordinar y dar respuesta a las necesidades clínicas y sanitarias que se presenten tanto al alta hospitalaria como cuando el paciente necesite un Ingreso. Si el caso lo requiere, podrá acudir al hospital para ponerse en contacto con el equipo de atención especializada referente para resolver dudas y/o coordinar necesidades y/o actividades Así mismo, el equipo de atención primaria puede detectar necesidades de coordinación en pacientes no detectados en un principio como sujetos del proyecto. En este caso, dicho equipo se pondrá en contacto con la EGC, para que está realice y coordine aquellas actividades necesarias para la adecuada atención del paciente. Responsable: EGC	Historia Clínica

Actuación Equipo Atención Primaria	Una vez realizadas las actuaciones de su competencia, la EGC , facilitara toda la información y actividades realizadas al equipo de Atención Primaria referente para que este realice su actividad asistencial de manera continuada Responsable: EGC y Equipo referente de AP	Historia Clínica
Contacto con EGC	En el marco de las actividades de atención continuada al paciente, si este, llega a una desestabilización clínica, en la cual requiera ingreso hospitalario y cumpliendo los criterios clínicos establecidos para ello, el equipo referente de Atención Primaria se pondrá en contacto con la EGC del paciente para que esta realice las actividades necesarias para coordinar y facilitar su ingreso hospitalario Responsable: Equipo referente de AP y EGC	Historia Clínica
Contacto con EGEH	La EGC responsable del paciente, se pondrá en contacto con la enfermera gestora de enlace hospitalario (EGEH) para aportar toda la información clínica y social del paciente necesario para su atención en el hospital. Responsable: EGC y EGEH	Historia Clínica

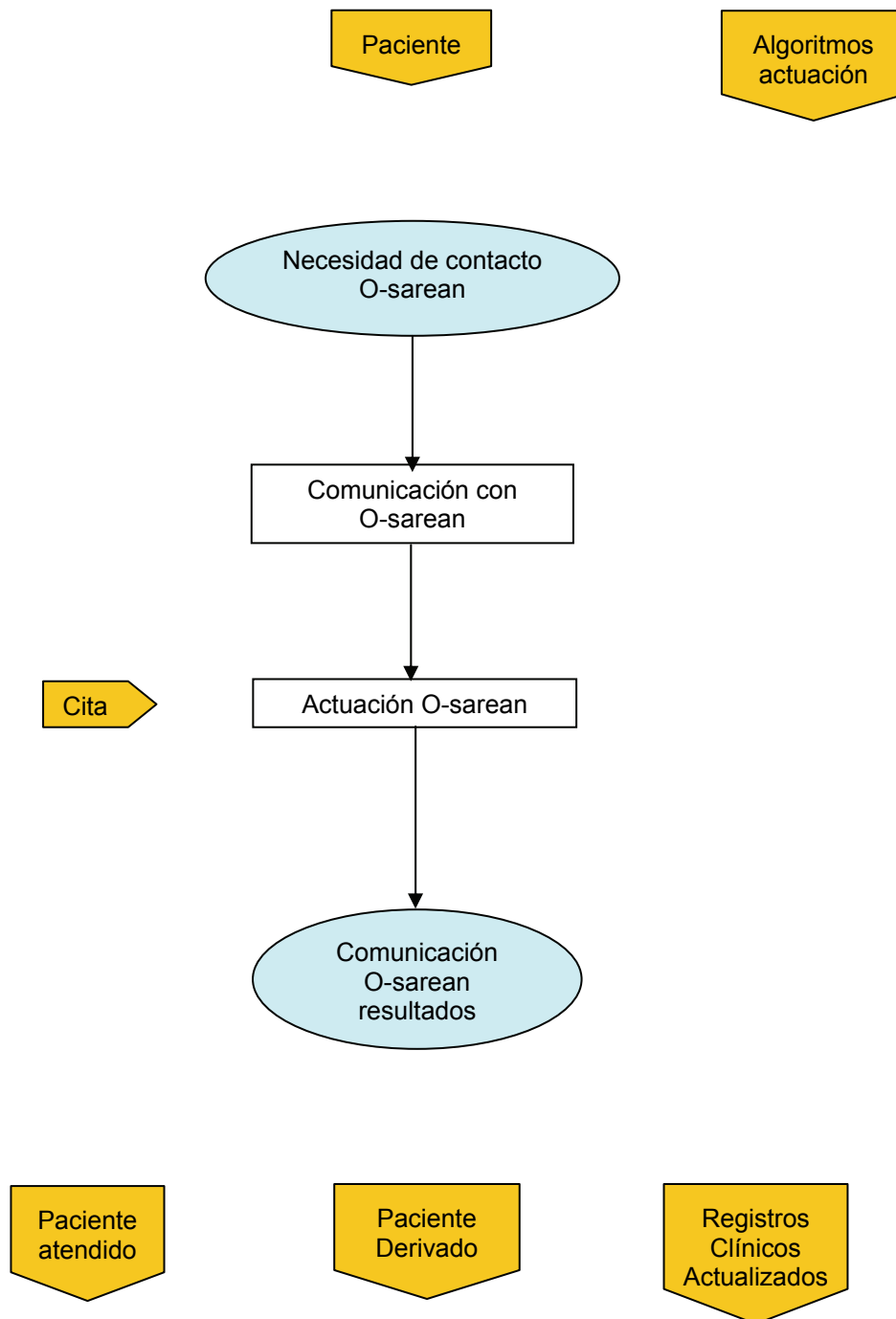
III) Otros Proyectos Estratégicos

A.- Relación Pilotos con OSAREAN

Se han establecido como servicios a realizar por parte de OSAREAN **cuatro actos**:

- 1.- **Llamadas de confort.** Se realizaran a todos los pacientes dados de Alta. Viernes a partir de las 15:00 y fines de semana. No necesita un formulario específico
- 2.- **Llamadas de seguimiento.** Se realizarán a todos aquellos pacientes con necesidad de seguimiento continuado en el tiempo y por razones de horario de actuación, no puede ser realizado por la figura correspondiente.
- 3.- **Llamadas de adherencia tratamiento.** Se realizaran a todos aquellos pacientes con necesidad de seguimiento o refuerzo para cumplimiento del tratamiento, y por razones de horario de actuación, no puede ser realizado por la figura correspondiente
- 4.- **Llamadas de seguimiento + adherencia tratamiento.** Se realizaran a todos aquellos pacientes con necesidad de seguimiento continuado en el tiempo y refuerzo para cumplimiento del tratamiento, y por razones de horario de actuación, no puede ser realizado por la figura correspondiente

DIAGRAMA DE FLUJO (I)



DESCRIPCION DE ACTIVIDADES Y SUS REGISTROS		
ACTIVIDAD	DESCRIPCION	REGISTROS
Necesidad contacto con O-sarean	Una vez detectada la necesidad de contacto con OSAREAN, este puede ser realizado por: a) Preferentemente será la Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas (EGCA) o Enfermera Gestora de Continuidad (EGC) o Enfermera Gestora de Enlace Hospitalaria (EGEH) b) En el caso de ausencia de alguna figura se establece en el circuito de comunicación la persona responsable de contactar con O-sarean Responsable: EGCA o EGC o EGEH o personal de Enfermería	
Comunicación con O-sarean	La comunicación de las necesidades de actuación a OSAREAN se realizarán: 1) Lunes Viernes horario 8:00a 15:00: Una vez establecido cual es el tipo de necesidad, será la figura de la EGCA o EGC la responsable de comunicar a O-sarean mediante la citación en la agenda de O-sarean, el acto a realizar: CONFORT, SEGUIMIENTO Y/O ADHERENCIA. En las ocasiones en las cuales dichas figuras <u>no estén operativas</u> podrá ser la EGEH la que establezca la llamada de activación del servicio a OSAREAN. En todos los casos se especificará la frecuencia propuesta de llamada en texto libre en el apartado OSAREAN del episodio de “Enfermeras Gestoras” En los casos en los que la EGCA o EGC lo considere necesario contactará con Consejo Sanitario de OSAREAN/EMERGENCIAS: 688.80.93.19 2) Viernes a partir de 15:00, fin de semana y festivos (ocasiones de no disponibilidad operativa de las figuras): Si el paciente incluido en el pilotaje esta hospitalizado y recibe el alta a partir del viernes a la 15 horas, fin de semana o festivos, el aviso lo tendrá que realizar la/s persona/s designadas por la Dirección de Enfermería de cada Organización de Servicios (OS), mediante llamada telefónica al móvil de Enfermería del Consejo Sanitario de O-sarean: 688.80.93.19 aportando a) Datos del paciente (nombre, dos apellidos y fecha de nacimiento del paciente) y acto a realizar: CONFORT, SEGUIMIENTO Y/O ADHERENCIA y especificaciones si fuera necesario De la misma forma actuará la EGEH cuando la situación lo requiera En el Anexo I se encuentran los diferentes protocolos de activación definidos por las OS Responsable: EGCA o EGC o persona designada	Agenda O-sarean (Osabide AP)

Actuación O-sarean	Las enfermeras del Consejo Sanitario (ECS) de O-sarean / EMERGENCIAS verán en su agenda al paciente citado y el acto a realizar. En todos los casos, la ECS consultará en el episodio "Enfermera Gestora" en el apartado OSAREAN en formato texto libre, la frecuencia de realización de la llamada propuesta por estas por las Enfermeras Gestoras Las ECS citarán a los pacientes las llamadas sucesivas, al menos con la frecuencia propuesta por las EGCA y EGC o citando más frecuencia si tras la llamada, la ECS lo considera oportuno. En los casos de llamadas de SEGUIMIENTO y/o ADHERENCIA, la recogida de información, la realizará en el formulario "ad hoc" para cada actuación, cumplimentándose. En el caso de existir incidencias o información no contemplada en los formularios, las ECS lo registraran en el dbp "observaciones al protocolo" del formulario. NOTA: Las incidencias detectadas por las enfermeras gestoras se comunicaran por medio de la Wiki. En el apartado O-sarean existe una subcarpeta denominada "Incidencias". En ella se ha creado un formato "ad hoc" para notificarlas. Dichas incidencias serán contestadas por Osarean en el mismo lugar. Responsable: Enfermeras Consejo Sanitario (ECS) O-sarean	Osabide AP
Comunicación de O-sarean resultados	Las ECS citarán en la agenda de la EGCA /EGC, el primer día laborable, a todos los pacientes atendidos utilizando el Acto "Gestión Osarean", configurado como múltiple. Las figuras EGCA y/o EGC buscaran la información de la actuación realizada en los formularios "ad hoc", en el apartado de Consultas Externas, y traspasaran la información recogida al episodio "Enfermeras Gestoras" Responsable: Enfermeras Consejo Sanitario O-sarean, EGCA, EGC	Osabide AP

B.- CIRCUITOS ACTIVACIÓN SERVICIOS OSAREAN

Responsables de activación de los circuitos en el ámbito hospitalario, los viernes tarde, sábados, domingos y festivos.

		VIERNES después de las 15:00	SABADOS, DOMINGOS y FESTIVOS
P1	OSI BIDASOA	Enfermera responsable del paciente	Enfermera responsable del paciente
P2	H. DONOSTIA	Supervisora General	Supervisora General
P3	H. CRUCES	Enfermera responsable del paciente	Enfermera responsable del paciente
P4	H. SANTA MARINA	EGEH (lo realiza antes de las 15:00)	Supervisora Guardia
P6	H. TXAGORRITXU	Supervisora Guardia	Supervisora Guardia
	H. SANTIAGO	EGEH (lo realiza antes de las 15:00)	Supervisora Guardia

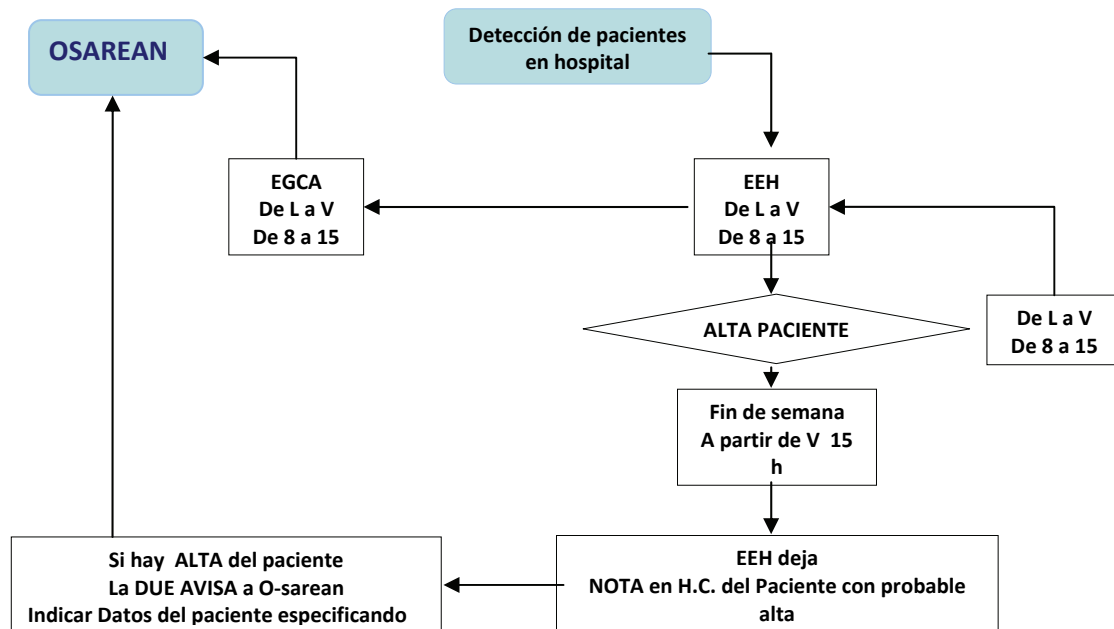
Piloto 1 OSI-BIDASOA

Lunes a Viernes de 8:00 -15:00	EGEH-EGC
Viernes tarde y vísperas fiesta	En este hospital no hay supervisora de guardia por las tardes ni festivos, así que a partir de las 15:00 horas es la enfermera de planta la encargada de llamar a O-sarean al teléfono 688.80.93.19
Fines de semana y festivos	

Piloto 2 H. Donosita- C.S. Beraun

Lunes a Viernes de 8:00 -15:00	EGC. (En su ausencia EGEH)
Viernes tarde y vísperas fiesta	La enfermera de la unidad contacta con la SUPERVISORA GENERAL DE GUARDIA que es la persona que se pone en contacto con OSAREAN.
Fines de semana y festivos	

Piloto 3 H. Cruces- C. Uribe



Lunes a Viernes de 8:00 -15:00	EGCA. (En su ausencia EGEH)
Viernes tarde y vísperas fiesta	La EGEH dejara una NOTA en la HC del paciente con probable alta para que la DUE responsable del paciente , avise a OSAREAN, indicando lo siguiente: • Datos del paciente

Fines de semana y festivos	Llamada de activación CONFORT/SEGUIMIENTO
----------------------------	---

Piloto 4: H. Santa Marina- C. Bilbao

Lunes a Viernes de 8:00 -15:00	EGCA. (En su ausencia EGEH)
Viernes tarde y vísperas fiesta	La EGEH conoce de antemano los pacientes que se van de alta el viernes por la tarde, activándolos ella La responsable de activar la llamada es la SUPERVISORA DE GUARDIA. Lo activa el sábado por la mañana que es cuando está de presencia física en el hospital.
Fines de semana y festivos	

Piloto 6: H. Txagorritxu- H. Santiago- C. Araba

Lunes a Viernes de 8:00 -15:00	EGC. (En su ausencia EGEH)
Viernes tarde y vísperas fiesta	La EGEH conoce de antemano los pacientes que se van de alta el viernes por la tarde, activándolos ella. Así mismo, pasa el listado de los pacientes incluidos en el programa susceptibles de ser dado de alta en esos días. La responsable de activar la llamada los fines de semana es la SUPERVISORA DE GUARDIA
Fines de semana y festivos	

C.- Plan de Comunicación / Difusión

Mensaje	Destinatarios	Objetivo	Herramienta	Tipo Comunicación	Responsable	Plazo
1º ciclo de comunicación - Resultados de la planificación						
Proyecto: Nuevos roles de Enfermería	Equipos Directivos diferentes dispositivos	Explicar el proyecto, justificación, marco, alcance y diseño del proyecto	Reunión Equipos Directivos	Presentación ppoint + impresión de la misma	ETLP y ETAM	31-dic-10
	Mandos		Reunión Mandos (Consejo Dirección, Sesiones Clínicas, etc.)	Presentación ppoint + impresión de la misma		
2º ciclo de comunicación - Estrategia pilotajes						
Consenso para el diseño de pilotajes y tipología pacientes	Equipos Directivos	Facilitar la información sobre la propuesta de pilotajes	Reunión Equipos Directivos	Reunión informativa y de consenso	ETLP y ETAM	17-ene-11
		Establecer áreas a pilotar así como pacientes a intervenir				

a intervenir	Responsables otros Proyectos	Dar información sobre el proyecto y las líneas de trabajo a los responsables de otros proyectos para posible/s colaboración/participación	Reunión responsables	Entregable: Estrategia de pilotajes para nuevos roles enfermería	ETLP y ETAM	31-dic-10
	Líderes y personas implicadas	Realizar un único documento en el cual se integre: la planificación, implantación evaluación y seguimiento, y ajustes de los diferentes pilotajes	e-mail	Entregable: Estrategia de pilotajes para nuevos roles enfermería	ETAM	17-ene-11

Mensaje	Destinatarios	Objetivo	Herramienta	Tipo Comunicación	Responsable	Plazo
3º ciclo de comunicación - Implantación y seguimiento de los pilotajes						
Nuevos procedimientos/ cambios	Líderes y personas implicadas incluidos AGENTES SOCIALES	Difusión de protocolos/procedimientos/guías/vías	e-mail	Reunión informativa	Mando responsable	ene-11
		Centralización de los protocolos y accesibilidad a todo el personal que lo requiera	Espacio específico WIKI Competencias Avanzadas de Enfermería	Ubicación en un espacio accesible	Sistemas Información	ene-11
		Facilitar la información a aquellos que no pudieran asistir a la sesión.	e-mail	Hoja que sintetice e indicar dónde está localizable la información que requieran	Mando responsable	ene-11
		Coordinación del cambio	Reuniones específicas con las personas implicadas	Reunión informativa	ETLP y ETAM	ene-11
		Justificación y explicación de las funciones, así como de la periodicidad de las reuniones de seguimiento	Sesiones específicas con las figuras de nuevos roles	Presentación ppoint + impresión de la misma	ETLP y ETAM	ene-11
Avances del proyecto	Líderes	Centralizar la comunicación de los avances	Espacio específico WIKI Competencias Avanzadas de Enfermería	Resultado de seguimiento/evaluación y ajustes implantados	ETP y ETAM	abr y jul-11
	Personas: implicadas o no	Informar a todo el personal interviniente en los diferentes pilotos de los avances significativos del proyecto	Reuniones específicas con las personas implicadas			

C.- Plan de Formación

Este plan de formación es un apoyo a los profesionales, para que puedan responder de forma excelente a las necesidades de atención a la salud de la ciudadanía, la sociedad y el sistema sanitario.

Estará basado en:

- Gestión de competencias
- Modelo flexible, dinámico, continuo
- Modelo de aprendizaje colaborativo basado en el que aprende
- Individualizado

Objetivos:

- Dotar a los profesionales de las competencias necesarias para el adecuado desempeño del puesto
- Facilitar a los profesionales la adaptación a los nuevos roles a desempeñar
- Potenciar la capacitación de los profesionales para la gestión y coordinación de los recursos
- Fomentar el liderazgo y la coordinación en los equipos
- Facilitar la integración, implicación y compromiso de estos profesionales en el sistema

Plan formativo

El plan formativo de este proyecto parte de la identificación de las necesidades específicas de formación (según las competencias a alcanzar de cada modelo de Competencias Avanzadas Enfermeras a pilotar).

Este plan está realizado para este pilotaje. En un futuro, si se implantan estas figuras será necesario profundizar en estos temas, además de recoger las necesidades de formación que a lo largo del proceso de seguimiento del pilotaje se vayan detectando. Se ve posible hacer la realización de “sesiones de casos” a lo largo del proceso que ayuden a los profesionales a profundizar en su proceso formativo.

Se enviarán materiales de apoyo que ayuden a los participantes de esta formación a poder tener documentación para profundizar y leer previamente a las sesiones.

Líneas de formación

- Desarrollo de toma de decisiones. Liderazgo y coordinación
- Comunicación. Educación para la salud. Gestión del cambio. Práctica holística
- Desarrollo del rol de defensa del paciente
- Ética y valores profesionales.
- Investigación. Práctica de la enfermería basada en la evidencia. Toma de decisiones argumentada. Docencia y avance del conocimiento

PROGRAMA Formación

Fechas:

10,11 y 12 de Enero de 2011

10 de Enero de 2011

- **9.00 h: Presentación del proyecto:** M^a Jesús Ruíz de Ocenda
- **9.15 h: Estrategia de cronicidad:** Andoni Arcelay
- **10.00 h: Proyecto de nuevos roles de enfermería** (presentación de las figuras): M^a Jesús Ruíz de Ocenda
- **10.45 h: Flujos, metodología, indicadores de este nuevo proyecto:** Ana Chueca
- **11. 30 h: Café**
- **12.00 h: LIDERAZGO / COORDINACIÓN**
 - Qué implica ser líder. Qué papel adoptar
 - Importancia de ser proactivo
 - Coordinación, interacción interniveles, interdisciplinaridad
 - Conocer y conectar con agentes y servicios (niveles primario, secundario y terciario)
- **15.00 h: Fin de la sesión** (se puede hacer un descanso de 15 minutos en medio de esta sesión)

11 de Enero de 2011

Horario de 9 a 15 h Docente: Salomé Basurto

- **Comunicación**
Partiendo de ideas generales de comunicación, manejo de situaciones difíciles, necesidad de empatía y asertividad:
 - **Información:**
 - Para captar usuarios
 - Para informar sobre el rol
 - **Formación para el autocuidado** ↔ **Educación para la salud** (promoción y prevención para: paciente/usuario y familia y/o cuidador)
 - **Abordaje familiar** (estructura de roles, comunicación...)
- **Gestión del cambio y de la pérdida** (pérdidas, autonomía, gestión del stress)

12 de Enero de 2011

- **9.00 h: Ética, valores profesionales y documentos legales** (visión valoración psicosocial). Maite Barandiarán
- **11.30 h: Café**
- **12.00 h: Sensibilización a porqué trabajar con evidencia**
- **Recursos de apoyo al proceso**
 - **13.00 h: Telemática:** Recursos para comunicarnos y/o formar al paciente
 - **13.45 h: Recursos socio-sanitarios:** tele-alarma, como solicitar los recursos (documentos) para solicitud de materiales, ayudas.....
- **15.00 h: Fin de la sesión** (se puede hacer un descanso de 15 minutos en medio de esta sesión)

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

A.- SEGUIMIENTO

SEGUIMIENTO	RESPONSABLES	2011											
PILOTO		E	F	M	A	M	J	JL	A	S	O	N	D
Registro indicadores	Enfermera nuevo rol										(1)	(1)	(1)
Registro incidencias	Enfermera nuevo rol										(1)	(1)	(1)
Reuniones seguimiento con cada piloto	ETLP/ETAM		Semanal	Semanal	Semanal								
Reuniones coordinación	ETAM/Enfermera nuevo rol/Agentes/										(1)	(1)	(1)
Evaluación indicadores	ETLP/ETAM												
Análisis resultados	ETLP/ETAM												

NOTA: en el primer mes de implantación de los pilotos, las reuniones de seguimiento se realizarán semanalmente (Establecer Cronograma seguimiento para cada piloto)

(1) El piloto siete comenzó la captación en abril, por ello acabó tres meses de tarde

SEGUIMIENTO	OS	FIGURA	RESPONSABLE
PILOTO			
PILOTO 1	OSI BIDASOA	EGC	TXUS RUIZ DE OCENDA Mª LUZ PEÑA
PILOTO 2	H. DONOSTIA	EGEH	TXUS RUIZ DE OCENDA Mª LUZ PEÑA
	Centro BERAUN (C.EKIALDE)	EGC	
PILOTO 3	H. CRUCES	EGEH	TXUS RUIZ DE OCENDA ANA CHUECA
	Comarca URIBE	EGCA	
PILOTO 4	H. SANTA MARINA	EGEH	TXUS RUIZ DE OCENDA ANA CHUECA
	Comarca BILBAO	EGCA	
PILOTO 5	H. SAN ELOY	EGEH (Supervisoras)	ANA CHUECA ROSA GONZALEZ
	Comarca EZKERRALDEA	EGC	
PILOTO 6	H. TXAGORRITXU	EGEH	ANA CHUECA MARIAN CIDONCHA
	H. SANTIAGO	EGEH	
	Comarca ARABA	EGC	

PILOTO 7	H. ZUMARRAGA	EGEH	TXUS RUIZ DE OCENDA ANA CHUECA
	UASP de MENDEBALDEA (C.GUIPUZKOA OESTE)	EGCA	
PILOTO 8	Clínica La ASUNCIÓN	EGC	TXUS RUIZ DE OCENDA ANA CHUECA
	UASP de MENDEBALDEA (C.GUIPUZKOA OESTE)		

B.- EVALUACIÓN

Indicadores de RESULTADOS relacionados con la ACTIVIDAD

Indicadores de PROCESO relacionados con los OBJETIVOS

INDICADORES				
INDICADOR	ALGORITMO	FUENTE DE INFORMACION	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
Rendimiento (Cuantitativos)				
Nº total de pacientes atendidos (segmentado por pilotos y roles)	Σ Pacientes incluidos en el proyecto según los criterios de inclusión	Hoja de seguimiento	Mensual/Trimestral	Obtención: Sistemas de información Evaluación ETLP/ETAM
Número total de días en la cartera de EGCA (pacientes activos)	Nº de días en cartera de pacientes de la EGCA	Hoja de seguimiento	Mensual/Trimestral	Obtención: Sistemas de información Evaluación ETLP/ETAM
Media de pacientes atendidos por día (segmentado por pilotos y roles)	Nº pacientes / nº días	Hoja de seguimiento	Mensual/Trimestral	Obtención: Sistemas de información Evaluación ETLP/ETAM
Variación en la escala dependencia (segmentado por roles)	Índice de Barthel al inicio vs índice de Barthel al final del piloto	Escala Barthel(Registro papel y Osabide AP)	Fin Proyecto	Obtención: Sistemas de información Evaluación ETLP/ETAM
Nº total de ingresos programados (segmentado por patologías)	Sumatorio de pacientes ingresados de manera programada	Registro de enfermería (a posteriori CMBD)	Trimestral	Obtención: Sistemas de información Evaluación ETLP/ETAM
Nº total de ingresos urgentes (segmentado por patologías)	Sumatorio de pacientes ingresados de manera urgente	Registro de enfermería (a posteriori CMBD)	Trimestral	Obtención: Sistemas de información Evaluación ETLP/ETAM

Nº total de visitas a urgencias hospitalarias o PAC (<i>segmentado por roles</i>)	Σ visitas a urgencias hospitalarias y PAC	Registro de enfermería (a posteriori consultas en Osabide)	Trimestral	Obtención: Sistemas de información Evaluación: ETLP/ETAM
Nº total de llamadas del paciente (<i>segmentado por roles</i>)	Nº de llamadas del paciente	Hoja de seguimiento	Trimestral	Obtención: Sistemas de información Evaluación: ETLP/ETAM

Nº total de contactos mantenidos con paciente de manera presencial	Nº de llamadas del paciente y acudiendo a domicilio	Hoja de seguimiento	Mensual/Trimestral	Obtención: Sistemas de información Evaluación: ETLP/ETAM
Nº total de contactos mantenidos con paciente de manera NO presencial	Nº de llamadas de paciente sin acudir a domicilio	Hoja de seguimiento	Mensual/Trimestral	Obtención: Sistemas de información Evaluación: ETLP/ETAM
Nº total de contactos mantenidos con familia/cuidador de manera presencial	Nº de llamadas de familia/cuidador acudiendo a domicilio	Hoja de seguimiento	Mensual/Trimestral	Obtención: Sistemas de información Evaluación: ETLP/ETAM
Nº total de contactos mantenidos con familia/cuidador de manera NO presencial	Nº de llamadas de familia/cuidador sin acudir a domicilio	Hoja de seguimiento	Mensual/Trimestral	Obtención: Sistemas de información Evaluación: ETLP/ETAM
Nº total de contactos mantenidos con agentes sociales de manera presencial	Nº de llamadas de agentes sociales con contacto personal	Hoja de seguimiento	Mensual/Trimestral	Obtención: Sistemas de información Evaluación: ETLP/ETAM
Nº total de contactos mantenidos con agentes sociales de manera NO presencial	Nº de llamadas de agentes sociales	Hoja de seguimiento	Mensual/Trimestral	Obtención: Sistemas de información Evaluación: ETLP/ETAM
Total de días de hospitalización urgente/no programada por paciente (<i>segmentado por roles</i>)	Sumatoria de días de hospitalización	CMBD	Trimestral	Obtención: Sistemas de información Evaluación: ETLP/ETAM
Índice de mortalidad de pacientes incluidos en programa	Nº total de muertes en el periodo de estudio	CMBD y registro enfermería	Trimestral	Obtención: Sistemas de información Evaluación: ETLP/ETAM
Total de reingresos (<i>segmentado por patologías</i>)	Nº total de reingresos	Registro de enfermería	Trimestral	Obtención: Sistemas de información Evaluación: ETLP/ETAM

INDICADORES				
INDICADOR	ALGORITMO	FUENTE DE INFORMACION	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
Rendimiento (Cuantitativos)				
Variación en días de hospitalización	Nº total de días de hospitalización antes de la intervención - Nº total de días de hospitalización después de la intervención (Comparativa antes y después)	CMBD	Fin Proyecto	Obtención Sistemas de información
				Evaluación: ETLP/ETAM
Costes estimados por GRDs	(Suma de GRDs de pacientes/Nº total de pacientes)* valor GRD Osakidetza	CMBD	Fin Proyecto	Obtención Sistemas de información
				Evaluación: ETLP/ETAM
% de aceptación de los pacientes al proyecto	(Nº pacientes que han rechazado el proyecto/Nº total pacientes a los que se le ha propuesto el proyecto) * 100	Libro seguimiento	Trimestral	Obtención Sistemas de información
				Evaluación: ETLP/ETAM
% pacientes atendidos	Nº pacientes incluidos en el proyecto / Nº total de población total que cumple criterios de inclusión	Libro seguimiento	Trimestral	Obtención Sistemas de información
				Evaluación: ETLP/ETAM
Perfil de pacientes intervenidos en el proyecto estratificado por índice de riesgo		Estratificación	Fin proyecto	Obtención Sistemas de información
				Evaluación: ETLP/ETAM
Satisfacción (Cualitativos)				
Valoración satisfacción pacientes y/o cuidadores	% de valoración positiva/excelente	Encuesta satisfacción (tipo SATISFAD	Fin Proyecto	Obtención Sistemas de información
				Evaluación: ETLP/ETAM
Variación calidad de vida	Diferencia entre el índice calidad de vida al inicio del proyecto y al final del mismo	Cuestionario SF-12 simplificado	Fin Proyecto	Obtención Sistemas de información
				Evaluación: ETLP/ETAM
Grado de satisfacción de los profesionales implicados	% de valoración positiva/excelente	Encuesta “ad hoc”	Fin Proyecto	Obtención Sistemas de información
				Evaluación: ETLP/ETAM

AJUSTES

El desarrollo e implantación de los diferentes pilotajes ha supuesto la realización de ajustes tanto en la planificación como en su ejecución.

A) PLANIFICACIÓN:

	ANTES	DESPUES
Experiencias (Pilotos)	Se establecieron 6 experiencias pilotos con organizaciones sanitarias de ambos niveles (Atención Primaria y Especializada)	Se han realizado 8 experiencias pilotos en las cuales se ha incluido a una organización sanitaria privada, aunque esta tiene establecida una relación contractual con Osakidetza
Descripción secuencial de actividades del rol de Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas	Se describieron de manera teórica, dos sistemas relacionales y la secuencia de actividades: ▪ EGEH-EGC ▪ EGEH-EGCA	Se ha modificado el sistema relacional de EGEH-EGCA. <i>“Valoración del paciente en el domicilio”</i> , modificando la practica habitual e incrementado la vigilancia inmediata en el domicilio después del Alta hospitalaria.
Libros de seguimiento	El libro de seguimiento incluía tres registros Check list captción 1. Hoja seguimiento 2. Indicadores	Estos libros de seguimiento se han ido modificando a medida que se han ido implantando los diferentes pilotos. Se han incluido ítems para la obtención de datos y no supresión
Reuniones Seguimiento	Se establecieron reuniones de seguimiento semanalmente durante el primer mes , estableciendo cronograma para su realización	Se han realizado reuniones de seguimiento semanalmente, durante dos meses , y posteriormente quincenalmente en el tiempo de duración del proyecto
Indicadores	Se establecieron como punto de partida indicadores utilizados en la experiencia de Cataluña	Se han realizado tres revisiones de los indicadores planteados, para ajustarlos a los sistemas de información disponibles y los objetivos planteados

B) IMPLANTACIÓN:

OPERATIVO

Cuando comenzamos la implantación de las diferentes experiencias se presentó la oportunidad de colaborar con otros proyectos estratégicos derivados de la Estrategia de Crónicos de Euskadi. Aprovechando las diferentes sinergias, nos planteamos colaborar con:

A) Proyecto estratégico nº 1: “Estratificación y targeting de la población”

Hemos utilizado este instrumento para la búsqueda de la población, en función de sus necesidades de salud, a incluir en el proyecto.

B) Proyecto estratégico nº 11: “OSAREAN: Centro de Servicios de Salud Multicanal”

La colaboración con dicho proyecto ha sido a nivel operativo. El objetivo de esta relación ha sido y es, el seguimiento a distancia de los pacientes crónicos en horarios de atención continuada (8 a 22h de Lunes a Domingo incluidos Festivos) en las que las figuras a estudio no están disponibles. Con ello, se pretende dar una continuidad en la asistencia y mantener la vigilancia/control de la salud/signos/síntomas de los pacientes crónicos definidos como participantes en este proyecto.

Se han seleccionado cinco de los ocho pilotos para esta colaboración, atendiendo a las características de los mismos

OSAREAN estableció una cartera de servicios para colaborar con el proyecto. De los servicios ofertados se seleccionaron y priorizaron aquellos considerados como necesarios (Ver Pág. 34 ACTUACIÓN CON OSAREAN)

SEGUIMIENTO- REGISTRO DE ACTIVIDADES

Para realizar el seguimiento de los pilotos se desarrolló, una plataforma en una comunidad online o wiki que permite trabajar de forma colaborativa “en la nube”, lo que posibilita disponer, en todo momento, de información actualizada sobre la marcha del proyecto.

En esta plataforma, se dispuso de una hoja Excel, por cada piloto y figura, para el registro de las actividades realizadas. Esta hoja denominada “**Libro de seguimiento**” consta de tres hojas:

1. CHECK LIST captación
2. Hoja seguimiento
3. Indicadores

Ver ANEXO III: FORMATOS PARA SEGUIMIENTO

ANEXO I: FICHA PILOTOS

PILOTO 1				
Roles a pilotar	EGC			
OS	OSI BIDASOA			
Centros	HOSPITAL BIDASOA	Responsable UAP HONDARRIBIA	Responsable UAP IRUN CENTRO	Responsable UAP DUMBOA
Nombre	CONCEPCIÓN		MILAGROS	
1 Apellido	ARRANZ		ARAMBURU	
2 Apellido	LÁZARO		BELTRAN	
Nº móvil	682271825		943005704	
e-mail	MARIACONCEPCION.ARRANZLAZARO@osakidetza.net		MILAGROS.ARAMBURUBELTRAN@osakidetza.net	
Tutelada por	MIREN LASA GOÑI (Directora ENFERMERÍA)	MIREN LASA GOÑI (Directora ENFERMERÍA)	MIREN LASA GOÑI (Directora ENFERMERÍA)	MIREN LASA GOÑI (Directora ENFERMERÍA)
e-mail	MIRENBITTORI.LASAGONI@osakidetza.net	MIRENBITTORI.LASAGONI@osakidetza.net	MIRENBITTORI.LASAGONI@osakidetza.net	MIRENBITTORI.LASAGONI@osakidetza.net
Tfno:	667158311	667158311	667158311	667158311
Población Diana: Criterios de INCLUSIÓN	2 o más ingresos en el último año	2 o más ingresos en el último año	2 o más ingresos en el último año	2 o más ingresos en el último año
	Paciente pluripatológico. Cumple 2 de las categorías de patología definidas. (Ver ANEXO A -pagina 7)	Paciente pluripatológico. Cumple 2 de las categorías de patología definidas. (Ver ANEXO A -pagina 7)	Paciente pluripatológico. Cumple 2 de las categorías de patología definidas. (Ver ANEXO A -pagina 7)	Paciente pluripatológico. Cumple 2 de las categorías de patología definidas. (Ver ANEXO A -pagina 7)
	Índice de Barthel <20 ó entre 20-35 ó entre 40-55	Índice de Barthel <20 ó entre 20-35 ó entre 40-55	Índice de Barthel <20 ó entre 20-35 ó entre 40-55	Índice de Barthel <20 ó entre 20-35 ó entre 40-55
Población Diana: Criterios de EXCLUSIÓN	Pacientes en diálisis	Pacientes en diálisis	Pacientes en diálisis	Pacientes en diálisis
	Pacientes institucionalizados en residencias asistidas	Pacientes institucionalizados en residencias asistidas	Pacientes institucionalizados en residencias asistidas	Pacientes institucionalizados en residencias asistidas
	Pacientes menores de 14 años	Pacientes menores de 14 años	Pacientes menores de 14 años	Pacientes menores de 14 años
	Pacientes que no acepten participar en el piloto	Pacientes que no acepten participar en el piloto	Pacientes que no acepten participar en el piloto	Pacientes que no acepten participar en el piloto

PILOTO 2		
Roles a pilotar	EGEH	EGC
OS	H. DONOSTIA	Centro BERAUN (C. EKIALDE)
Nombre	Mª JOSE	IZASKUN
1 Apellido	ALBERDI	MAKAZAGA
2 Apellido	OYARZABAL	GARBIZU
Nº móvil	610201424	688809338
e-mail	MARIAJOSE.ALBERDIOYARZABAL@osakidetza.net	MIRENIZASKUN.MAKAZAGAGARBIZU@osakidetza.net
Tutelada por	ANA BELASTEGUI (Subdirectora ENFERMERÍA)	INMACULADA SANCHEZ (JUAP Centro BERAUN)
e-mail	ANAMARIA.BELASTEGUIDURANONA@osakidetza.net	M.CARMENINMACULADA.SANCHEZMARTIN@osakidetza.net
Tfno:		607 752337
Población Diana: Criterios de INCLUSIÓN	1 o más ingresos con ICC y/o EPOC y/o Hepatopatía	1 o más ingresos con ICC y/o EPOC y/o Hepatopatía
	Barthel MODERADO y que vive sólo	Barthel MODERADO y que vive sólo
	Barthel MODERADO y con barreras arquitectónicas en domicilio	Barthel MODERADO y con barreras arquitectónicas en domicilio
	Barthel SEVERO O TOTAL	Barthel SEVERO O TOTAL
	Estadio final de la vida asociado a Demencia	Estadio final de la vida asociado a Demencia
Población Diana: Criterios de EXCLUSIÓN	Estadio final de la vida asociado a ICC y/o EPOC y/o Hepatopatía	Estadio final de la vida asociado a ICC y/o EPOC y/o Hepatopatía
	Pacientes en diálisis	Pacientes en diálisis
	Pacientes menores de 14 años	Pacientes menores de 14 años
	Pacientes institucionalizados en residencias asistidas	Pacientes institucionalizados en residencias asistidas

PILOTO 3		
Roles a pilotar	EGEH	EGCA
OS	H. CRUCES	Comarca URIBE
Nombre	OLGA	ROSARIO
1 Apellido	TELLECHEA	GONZALEZ
2 Apellido	RODRIGUEZ	MACHO
Nº móvil	655690025	682226332
e-mail	MAOLGA.TELLECHEARODRIGUEZ@osakidetza.net	ROSARIO.GONZALEZMACHO@osakidetza.net
Tutelada por	CARLOS CANO SNTACOLOMA (Supervisor CARDIOLOGÍA)	ANTÓN ELORRIAGA AXPE (Director ENFERMERIA)
e-mail	CARLOSFELIX.CANOSANTACOLO@osakidetza.net	ANTONIOEDUARDO.ELORRIAGAAXPE@osakidetza.net
Tfno:		
Población Diana: Criterios de INCLUSIÓN	Persona > o < de 65 años	Persona > o < de 65 años
	Con ingreso hospitalario	Con o sin ingreso hospitalario
	Con diagnóstico Insuficiencia Cardíaca Congestiva o EPOC	Con diagnóstico o recetas de fármacos que impliquen Insuficiencia Cardíaca Congestiva o

		EPOC
		Con índice de riesgo en > de 65 años > a 0.6
		Con índice de riesgo en < de 65 años > a 0.8
Población Diana: Criterios de EXCLUSIÓN	Pacientes en Diálisis	Pacientes en Diálisis
	Pacientes oncológicos	Pacientes oncológicos
	Pacientes institucionalizados en residencias asistidas	Pacientes institucionalizados en residencias asistidas

PILOTO 3		
Roles a pilotar	EGEH	EGCA
OS	H. CRUCES	Comarca URIBE
Nombre	OLGA	ROSARIO
1 Apellido	TELLECHEA	GONZALEZ
2 Apellido	RODRIGUEZ	MACHO
Nº móvil	655690025	682226332
e-mail	MAOLGA.TELLECHEARODRIGUEZ@osakidetza.net	ROSARIO.GONZALEZMACHO@osakidetza.net
Tutelada por	CARLOS CANO SNTACOLOMA (Supervisor CARDIOLOGÍA)	ANTÓN ELORRIAGA AXPE (Director ENFERMERIA)
e-mail	CARLOSFELIX.CANOSANTACOLO@osakidetza.net	ANTONIOEDUARDO.ELORRIAGAAXPE@osakidetza.net
Tfno:		
Población Diana: Criterios de INCLUSIÓN	Persona > o < de 65 años	Persona > o < de 65 años
	Con ingreso hospitalario	Con o sin ingreso hospitalario
	Con diagnóstico Insuficiencia Cardíaca Congestiva o EPOC	Con diagnóstico o recetas de fármacos que impliquen Insuficiencia Cardíaca Congestiva o EPOC
		Con índice de riesgo en > de 65 años > a 0.6
		Con índice de riesgo en < de 65 años > a 0.8
Población Diana: Criterios de EXCLUSIÓN	Pacientes en Diálisis	Pacientes en Diálisis
	Pacientes oncológicos	Pacientes oncológicos
	Pacientes institucionalizados en residencias asistidas	Pacientes institucionalizados en residencias asistidas

PILOTO 4		
Roles a pilotar	EGEH	EGCA
OS	H. SANTA MARINA	Comarca BILBAO
Nombre	IRAIDE	SILVIA

1 Apellido	SARDUY	ALFAMBRA
2 Apellido	AZCOAGA	VICENTE
Nº móvil	696308167 y 946251859	688809377
e-mail	IRAIDE.SARDUYAZCOAGA@OSAKIDETZA.NET	SILVIA.ALFAMBRVICENTE@osakidetza.net
Tutelada por	CARMEN ESPARZA (Directora Enfermería)	BEGOÑA BILBAO (Directora ENFERMERIA)/ROBERTO ABAD (Adjunto)
e-mail	M.CARMEN.ESPARZALIBERAL@osakidetza.net	BEGONA.BILBAOMARKAIDA@osakidetza.net ROBERTO.ABADGARCIA@osakidetza.net
Tfno:		884666
Población Diana: Criterios de INCLUSIÓN	<i>Persona > o < de 65 años</i>	<i>Persona > o < de 65 años</i>
	<i>Con o sin ingreso hospitalario</i>	<i>Con o sin ingreso hospitalario</i>
	<i>Con diagnóstico o recetas de fármacos que impliquen Insuficiencia Cardíaca Congestiva o EPOC</i>	<i>Con diagnóstico o recetas de fármacos que impliquen Insuficiencia Cardíaca Congestiva o EPOC</i>
	<i>Con índice de riesgo en > de 65 años > a 0.6</i>	<i>Con índice de riesgo en > de 65 años > a 0.6</i>
	<i>Con índice de riesgo en < de 65 años > a 0.8</i>	<i>Con índice de riesgo en < de 65 años > a 0.8</i>
	<i>Persona > o < de 65 años</i>	<i>Persona > o < de 65 años</i>
Población Diana: Criterios de EXCLUSIÓN	<i>Pacientes en diálisis</i>	<i>Pacientes en diálisis</i>
	<i>Pacientes oncológicos</i>	<i>Pacientes oncológicos</i>
	<i>Pacientes institucionalizados en residencias asistidas</i>	<i>Pacientes institucionalizados en residencias asistidas</i>

PILOTO 5		
Roles a pilotar	EGEH por SUPERVISORAS	EGC
OS	H. SAN ELOY	Comarca EZKERRALDEA
Nombre	ELENA	MARIA TERESA
1 Apellido	ALVAREZ	SOPEÑA
2 Apellido	DE LA FUENTE	TUBILLA
Nº móvil	884704	(610494711) 88.47.11/865480 (Despacho)
e-mail	ELENA.ALVAREZDELAFUENTE@osakidetza.net	MARIATERESA.SOPENATUBILLA@osakidetza.net
Tutelada por	ANE SALINAS (Directora ENFERMERÍA)	LUIS ANGEL GALLO (Director ENFERMERIA) JUAN CARLOS USTARROZ
e-mail	ANAMARIA.SALINASSAEZ@osakidetza.net	LUISANGEL.GALLOESTRADA@osakidetza.net JUANCARLOS.USTARROZUGALDE@osakidetza.net
Tfno:		
Nombre	MARIA TERESA	
1 Apellido	LATORRE	
2 Apellido	CABADA	
Nº móvil	884705	
e-mail	MARIATERESA.LATORRECABADA@osakidetza.net	

Tutelada por	ANE SALINAS (Directora ENFERMERÍA)	
--------------	------------------------------------	--

PILOTO 5		
Roles a pilotar	EGEH por SUPERVISORAS	EGC
OS	H. SAN ELOY	Comarca EZKERRALDEA (Centros de Salud: Urban, San Vicente, Zaballa, Zuazo, Lutzana y La Paz, y Consultorio Zaballa)
Nombre	EDURNE	
1 Apellido	AGUIRRE	
2 Apellido	ERRO	
Nº móvil	884657	
e-mail	MARIANIEVES.AGUIRREERRO@osakidetza.net	
Tutelada por	ANE SALINAS (Directora ENFERMERÍA)	
e-mail	ANAMARIA.SALINASSAEZ@osakidetza.net	
Tfno:		
Población Diana: Criterios de INCLUSIÓN	Crónico con diagnóstico de EPOC y/o ICC y/o ACV y/o Hepatopatía	Crónico con diagnóstico de EPOC y/o ICC y/o ACV y/o Hepatopatía
	Con 1 ó más ingresos en el último año	Con 1 ó más ingresos en el último año
	Que al alta hospitalaria tenga 5 o más fármacos	Que al alta hospitalaria tenga 5 o más fármacos
Población Diana: Criterios de EXCLUSIÓN	Pacientes en diálisis	Pacientes en diálisis
	Pacientes oncológicos	Pacientes oncológicos
	Pacientes institucionalizados en residencias asistidas	Pacientes institucionalizados en residencias asistidas

PILOTO 6		
Roles a pilotar	EGEH	EGC
OS	H. TXAGORRITXU	Comarca ARABA
Nombre	AMAIA	ADORACIÓN
1 Apellido	DIEZ	SAEZ
2 Apellido	ANDRÉS	GANUZA
Nº móvil	696790769	610494659 Fijo: 945415345
e-mail	MARIAAMAYA.DIEZANDRES@osakidetza.net	ADORACION.SAENZGANUZA@osakidetza.net
Tutelada por	BELÉN JIMENEZ VALERO (Adjunta ENFERMERÍA)	ANA PORTA FERNÁNDEZ (Directora ENFERMERÍA)
e-mail	M.BELEN.JIMENEZVALERO@osakidetza.net	ANAMARIA.PORTAFERNENDEZ@osakidetza.net
Población Diana: Criterios de INCLUSIÓN	> o igual a 65 años	> o igual a 65 años
	2 o + ingresos en último año	2 o + ingresos en último año
	2 o + diagnósticos de Cronicidad de los servicios de Neumología, Medicina Interna, Cardiología, Neurología, Digestivo, Cirugía	2 o + diagnósticos de Cronicidad de los servicios de Neumología, Medicina Interna, Cardiología, Neurología, Digestivo, Cirugía General, Cirugía

	<i>General, Cirugía Vascular y Traumatología</i>	<i>Vascular y Traumatología</i>
Población Diana: Criterios de EXCLUSIÓN	<i>Paciente en diálisis</i>	<i>Paciente en diálisis</i>
	<i>Pacientes perfil PROMIC de los centros de HABANA, MONTAÑA, LAKUABIZKARRA, y SAN MARTIN</i>	<i>Pacientes perfil PROMIC de los centros de OLAGIBEL, MONTAÑA. LAKUABIZKARRA, ARANBIZKARRA1, ARANBIZKARRA 2 y SAN MARTIN</i>
	<i>Paciente con alta de Oncología</i>	<i>Paciente con alta de Oncología</i>
	<i>Pacientes institucionalizados en residencias asistidas</i>	<i>Pacientes institucionalizados en residencias asistidas</i>

PILOTO 6		
Roles a pilotar	EGEH	EGC
OS	H. SANTIAGO	Comarca ARABA
Nombre	MARIA ISABEL / MARIA SOLEDAD	
1 Apellido	RAMOS /ARROYO	
2 Apellido	RODRIGUEZ /FONTANEDA	
Nº móvil	680593461	
e-mail	MARIAISABEL.RAMOSRODRIGUEZ@osakidetza.net MARIASOLEDAD.ARROYOFONTANEDA@osakidetza.net	
Tutelada por	CRISTINA LOPEZ (Adjunta HOSPITALIZACIÓN)	
e-mail	CRISTINA.LOPEZBARRUSO@osakidetza.net	
Tfno:		
Población Diana: Criterios de INCLUSIÓN	<i>> o igual a 65 años</i>	<i>> o igual a 65 años</i>
	<i>2 o + ingresos en último año</i>	<i>2 o + ingresos en último año</i>
	<i>2 o + diagnósticos de Cronicidad de los servicios de Neumología, Medicina Interna, Cardiología, Neurología, Digestivo, Cirugía General, Cirugía Vascular y Traumatología</i>	<i>2 o + diagnósticos de Cronicidad de los servicios de Neumología, Medicina Interna, Cardiología, Neurología, Digestivo, Cirugía General, Cirugía Vascular y Traumatología</i>
Población Diana: Criterios de EXCLUSIÓN	<i>Paciente en diálisis</i>	<i>Paciente en diálisis</i>
	<i>Pacientes perfil PROMIC de los centros de OLAGIBEL, ARANBIZKARRA1 y ARANBIZKARRA 2</i>	<i>Pacientes perfil PROMIC de los centros de OLAGIBEL, MONTAÑA. LAKUABIZKARRA, ARANBIZKARRA1, ARANBIZKARRA 2 y SAN MARTIN</i>
	<i>Paciente con alta de Oncología</i>	<i>Paciente con alta de Oncología</i>
	<i>Pacientes institucionalizados en residencias asistidas</i>	<i>Pacientes institucionalizados en residencias asistidas</i>

PILOTO 7		
Roles a pilotar	EGEH	EGCA
OS	H. ZUMARRAGA	Centro MENDEBALDEA (C.GUIPUZKOA O)
Nombre	Mª ISABEL	PILAR
1 Apellido	BEGUIRISTAIN	MORENO
2 Apellido	IGOA	HERRERO
Nº móvil	943-035000, extensión 5936	616083981
e-mail	MARIAISABEL.BEGUIRISTAINIGOA@osakidetza.net	MARIAPILAR.MORENOHERRERO@osakidetza.net
Tutelada por	PAQUITA JAUREGUI (Directora de ENFERMERÍA)	AMAIA HERNANDO (Directora ENFERMERIA)
e-mail	FRANCISCA.JIMENEZCELAYA@osakidetza.net	AMAIA.HERNANDOUZKUDUN@osakidetza.net
Tfno:		
Población Diana: Criterios de INCLUSIÓN	1 o más ingresos en el último año Clasificación paciente pluripatológico (Ollero) Paciente que cumple 2 de las categorías de patología definidas. (Ver TABLA I pagina 8)	1 o más ingresos en el último año Clasificación paciente pluripatológico (Ollero) Paciente que cumple 2 de las categorías de patología definidas. (Ver TABLA I pagina 8)
Población Diana: Criterios de EXCLUSIÓN	Pacientes en diálisis Pacientes institucionalizados en residencias asistidas	Pacientes en diálisis Pacientes institucionalizados en residencias asistidas

PILOTO 7		
Roles a pilotar	EGEH	EGCA
OS	H. ZUMARRAGA	Centro MENDEBALDEA (C.GUIPUZKOA O)
Nombre	Mª ISABEL	PILAR
1 Apellido	BEGUIRISTAIN	MORENO
2 Apellido	IGOA	HERRERO
Nº móvil	943-035000, extensión 5936	616083981
e-mail	MARIAISABEL.BEGUIRISTAINIGOA@osakidetza.net	MARIAPILAR.MORENOHERRERO@osakidetza.net
Tutelada por	PAQUITA JAUREGUI (Directora de ENFERMERÍA)	AMAIA HERNANDO (Directora ENFERMERIA)
e-mail	FRANCISCA.JIMENEZCELAYA@osakidetza.net	AMAIA.HERNANDOUZKUDUN@osakidetza.net
Tfno:		
Población Diana: Criterios de INCLUSIÓN	1 o más ingresos en el último año Clasificación paciente pluripatológico (Ollero) Paciente que cumple 2 de las categorías de patología definidas. (Ver TABLA I pagina 8)	1 o más ingresos en el último año Clasificación paciente pluripatológico (Ollero) Paciente que cumple 2 de las categorías de patología definidas. (Ver TABLA I pagina 8)
Población Diana: Criterios de EXCLUSIÓN	Pacientes en diálisis Pacientes institucionalizados en residencias asistidas	Pacientes en diálisis Pacientes institucionalizados en residencias asistidas

PILOTO 8		
Roles a pilotar	EGH	EGC
OS	Clínica LA ASUNCIÓN	C_MENDEBALDEA
Nombre	IDOIA	ARANTXA
1 Apellido	ARANA	URRUZOLA
2 Apellido	JAUREGUI	LIZARRIBAR
Nº móvil		610494670
e-mail	idoiarana@gmail.com	MARIAARANZAZU.URRUZOLALIZARRIBAR@osakidetza.net
Tutelada por	JOSE AGUSTIN AGIRRE	AMAIA HERNANDO (Directora ENFERMERIA)
e-mail		AMAIA.HERNANDOUZKUDUN@osakidetza.net
Tfno:		
Población Diana: Criterios de INCLUSIÓN	1 o más ingresos en el último año Clasificación paciente pluripatológico (Ollero) Paciente que cumple 2 de las categorías de patología definidas. (Ver TABLA I pagina 8)	1 o más ingresos en el último año Clasificación paciente pluripatológico (Ollero) Paciente que cumple 2 de las categorías de patología definidas. (Ver TABLA I pagina 8)
	Pacientes en diálisis Pacientes institucionalizados en residencias asistidas	Pacientes en diálisis Pacientes institucionalizados en residencias asistidas
Población Diana: Criterios de EXCLUSIÓN		

ANEXO II: FICHA INDICADORES (CM)

INDICADORES	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	GLOBAL	FIG's EGC	FIG's EGCA
Nº TOTAL DE PACIENTES CAPTADOS E INTERVENIDOS EN EL PERIODO MEDIDO											
Nº TOTAL DE INTERVENCIONES (CASOS)											
NUMERO TOTAL DE DIAS EN LA CARTERA DE EGCA (PACIENTES ACTIVOS)											
ESTANCIA MEDIA (EGCA)											
VISITAS REALIZADAS (CONTACTOS TELEFONICOS Y VSITAS)											
PROMEDIO DE VISITAS POR PACIENTE ACTIVO Y DÍA (EGCA)											
PROMEDIO DE VISITAS POR PACIENTE ACTIVO/SEMANA (EGCA)											
VARIACIÓN EN LA ESCALA DE DEPENDENCIA (VALOR MEDIO)											
% PACIENTES INDEPENDIENTES A LA CAPTACIÓN											
% PACIENTES INDEPENDIENTES AL ALTA											
% PACIENTES CON DEPENDENCIA LEVE A LA CAPTACIÓN											
% PACIENTES CON DEPENDENCIA LEVE AL ALTA											
% PACIENTES CON DEPENDENCIA MODERADA A LA CAPTACIÓN											
% PACIENTES CON DEPENDENCIA MODERADA AL ALTA											
% PACIENTES CON DEPENDENCIA GRAVE A LA CAPTACIÓN											
% PACIENTES CON DEPENDENCIA GRAVE AL ALTA											

NDICADORES	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	GLOBAL	FIG's EGC	FIG's EGCA
% PACIENTES CON DEPENDENCIA MUY GRAVE A LA CAPTACIÓN											
% PACIENTES CON DEPENDENCIA MUY GRAVE ALTA											
Nº PACIENTES INDEPENDIENTES A LA CAPTACIÓN											
Nº PACIENTES INDEPENDIENTES AL ALTA											
Nº PACIENTES CON DEPENDENCIA LEVE A LA CAPTACIÓN											
Nº PACIENTES CON DEPENDENCIA LEVE AL ALTA											
Nº PACIENTES CON DEPENDENCIA MODERADA A LA CAPTACIÓN											
Nº PACIENTES CON DEPENDENCIA MODERADA AL ALTA											
Nº PACIENTES CON DEPENDENCIA GRAVE A LA CAPTACIÓN											
Nº PACIENTES CON DEPENDENCIA GRAVE AL ALTA											
Nº PACIENTES CON DEPENDENCIA TOTAL A LA CAPTACIÓN											
Nº PACIENTES CON DEPENDENCIA TOTAL AL ALTA											
Nº TOTAL DE INGRESOS PROGRAMADOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
PROMEDIO DE INGRESOS PROGRAMADOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											

INDICADORES	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	GLOBAL	FIG's EGC	FIG's EGCA
Nº TOTAL DE INGRESOS URGENTES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
PROMEDIO DE INGRESOS URGENTES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
Nº TOTAL DE ASISTENCIAS A URGENCIAS HOSPITALARIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
PROMEDIO DE ASISTENCIAS A URGENCIAS HOSPITALARIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
Nº TOTAL DE ASISTENCIAS AL PAC EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
PROMEDIO DE ASISTENCIAS AL PAC EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
Nº DE VISITAS A DOMICILIO POR EL MEDICO DE FAMILIA A DOMICILIO EN EL ÚLTIMO AÑO (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
PROMEDIO DE VISITAS A DOMICILIO POR EL MEDICO DE FAMILIA A DOMICILIO EN EL ÚLTIMO AÑO (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
Nº DE VISITAS A DOMICILIO POR LA ENFERMERA DE AP A DOMICILIO EN EL ÚLTIMO AÑO (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
PROMEDIO DE VISITAS A DOMICILIO POR LA ENFERMERA DE AP A DOMICILIO EN EL ÚLTIMO AÑO (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											

INDICADORES	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	GLOBAL	FIG's EGC	FIG's EGCA
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS CON CUIDADOR/A (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS CON CUIDADOR/A (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS CON FAMILIARES DE MANERA PRESENCIAL (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
PROMEDIO CONTACTOS MANTENIDOS CON FAMILIARES DE MANERA PRESENCIAL (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS CON FAMILIARES DE MANERA NO PRESENCIAL (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS CON FAMILIARES DE MANERA NO PRESENCIAL (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS CON PACIENTE DE MANERA PRESENCIAL (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS CON PACIENTE DE MANERA PRESENCIAL (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS CON PACIENTE DE MANERA NO PRESENCIAL (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											

INDICADORES	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	GLOBAL	FIG's EGC	FIG's EGCA
Nº DE CONSULTAS EN CENTRO PROGRAMADAS REALIZADAS POR MEDICO DE FAMILIA EN EL ÚLTIMO AÑO (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
PROMEDIO DE CONSULTAS EN CENTRO PROGRAMADAS REALIZADAS POR MEDICO DE FAMILIA EN EL ÚLTIMO AÑO (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
Nº DE CONSULTAS EN CENTRO URGENTES REALIZADAS POR MEDICO DE FAMILIA EN EL ÚLTIMO AÑO (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
PROMEDIO DE CONSULTAS EN CENTRO URGENTES REALIZADAS POR MEDICO DE FAMILIA EN EL ÚLTIMO AÑO (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
Nº DE CONSULTAS EN CENTRO PROGRAMADAS REALIZADAS POR ENFERMERA DE AP EN EL ÚLTIMO AÑO (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
PROMEDIO DE CONSULTAS EN CENTRO PROGRAMADAS REALIZADAS POR ENFERMERA DE AP EN EL ÚLTIMO AÑO (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
PROMEDIO DE CONSULTAS EN CENTRO URGENTES REALIZADAS POR ENFERMERA DE AP EN EL ÚLTIMO AÑO (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											

INDICADORES	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	GLOBAL	FIG's EGC	FIG's EGCA
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS CON PACIENTE DE MANERA NO PRESENCIAL (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS CON TRABAJADORA SOCIAL DE AP (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS CON TRABAJADORA SOCIAL DE AP (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS CON TRABAJADORA SOCIAL DE AE (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS CON TRABAJADORA SOCIAL DE AE (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS: ENFERMERA REFERENTE ESPECIALIZADA (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS: ENFERMERA REFERENTE ESPECIALIZADA (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS: FACULTATIVO REFERENTE ESPECIALIZADA (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS: FACULTATIVO REFERENTE ESPECIALIZADA (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											

INDICADORES	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	GLOBAL	FIG's EGC	FIG's EGCA
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS: ENFERMERA REFERENTE DE AP (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS: ENFERMERA REFERENTE DE AP (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS: FACULTATIVO REFERENTE DE AP (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS: FACULTATIVO REFERENTE DE AP (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS: EGEH											
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS EGC											
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS EGCA											
Nº TOTAL CONTACTOS MANTENIDOS: INSPECCIÓN MÉDICA											
TOTAL DE DIAS DE HOSPITALIZACIÓN URGENTE/ NO PROGRAMADA POR PACIENTE											
Nº DE PACIENTES QUE CONOCE EL NOMBRE DE SU ENFERMERA DE FAMILIA (Del grupo de pacientes captados)											
Nº TOTAL DE PACIENTES FALLECIDOS (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
INDICE DE MORTALIDAD DE PACIENTES INCLUIDOS EN PROGRAMA											
Nº TOTAL DE REINGRESOS (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
VARIACIÓN EN DIAS DE HOSPITALIZACIÓN (MEDIANA) (PILOTO)											

INDICADORES	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	GLOBAL	FIG's EGC	FIG's EGCA
COSTES ESTIMADOS POR GRDs											
Nº TOTAL DE PACIENTES QUE NO HAN ACEPTADO ENTRAR EN EL PROYECTO (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
PECIENTES TOTALES CONSULTADOS PARA SER CAPTADOS											
% ACEPTACIÓN DE PACIENTES AL PROYECTO											
Nº TOTAL DE PACIENTES EXCLUIDOS DEL PROYECTO TRAS CUMPLIR CRITERIOS DE INCLUSIÓN (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)											
% PACIENTES INCLUIDOS PROYECTO FRENTE A POBLACIÓN POTENCIALMENTE DIANA											
Nº PACIENTES CON SEGUIMIENTO AP											
% PACIENTES CON SEGUIMIENTO EN AP											
Nº LLAMADAS CONFORT REALIZ. POR OSAREAN											
Nº LLAM. SEGUIMIENTO REALIZ. POR OSAREAN											
Nº LLAM. ADHERENCIA REALIZ. POR OSAREAN											
Nº LLAM. SEGUIM + ADHER. REALIZ. POR OSAREAN											
Nº LLAMADAS REALIZADAS POR PAC. A OSAREAN											
GRADO SATISFACCIÓN PACIENTES											
GRADO SATISFACCIÓN CUIDADORES											
VARIACIÓN CALIDAD DE VIDA											
GRADO DE SATISFACCIÓN PROFESIONALES			227								

ANEXO III: FORMATOS SEGUIMIENTO

CHECK LIST captación (Cada piloto poseía su check list con los criterios de inclusión y exclusión definidos)

	P3 0001	P3 0002	P3 0003	P3 0004	P3 0005	P3 0006	P3 0007	P3 0008	P3 0009
ID PACIENTE									
FECHA CAPTACIÓN									
MES DE CAPTACIÓN									
ACEPTACIÓN DE INCLUSIÓN (SI / NO)									
PACIENTE CRONICO CON DIAGNOSTICO DE EPOC (SI / NO)									
PACIENTE CRONICO CON DIAGNOSTICO DE ICC (SI / NO)									
PACIENTE CRONICO CON DIAGNOSTICO DE EPOC E ICC (SI / NO)									
2 Ó MÁS INGRESOS EN EL ÚLTIMO AÑO (SI / NO)									
2 ó MAS VISITAS A URGENCIAS EN EL ÚLTIMO AÑO (SI / NO)									
VALORACIÓN PACIENTE (ACTIVO / NO ACTIVO)									
CAPTADA POR OTRO HOSPITAL (SI / NO)									
Especificar cual									
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:									
1 - PACIENTE ESTÁ INSTITUCIONALIZADO EN RESIDENCIA ASISTIDA (SI / NO)									
2 - PACIENTE EN TRATAMIENTO DE DIÁLISIS (SI / NO)									
3 - PACIENTE CON ALTA DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA (SI / NO)									
4- PACIENTE EN EN SITUACIÓN CLINICA CRITICA (SI / NO)									
5- PACIENTE NO ACEPTA INCLUSION PROYECTO (SI)									
6- PACIENTE INCLUIDO PROYECTO CRUCES (SI)									

Hoja Seguimiento (Cada piloto posee su hoja de seguimiento, unos ítems son comunes a cada piloto y otros específicos, debido a diferentes motivos)

	P3 0001	P3 0002	P3 0003	P3 0004	P3 0005	P3 0006	P3 0007	P3 0008
"ID PACIENTE"								
FECHA ASISTENCIA PACIENTE A URGENCIAS								
DÍA INGRESO (en programa, valoración inicial)								
MES DE INGRESO EN PROGRAMA								
ES UN REINGRESO (SI/NO)								
EXITUS (SI/NO)								
DÍA ALTA (a domicilio)								
VIA DE CAPTACIÓN: URGENCIAS (SI / NO)								
VIA DE CAPTACIÓN: HOSPITALIZACIÓN (SI / NO)								
VIA DE CAPTACIÓN: AP (SI / NO)								

VIA DE CAPTACIÓN: LISTA POBLACIÓN DIANA (SI / NO)								
Nº DE INGRESOS PROGRAMADOS EN EL ÚLTIMO AÑO								
Nº DE INGRESOS URGENTES EN EL ÚLTIMO AÑO								
Nº DE ASISTENCIAS A URGENCIA HOSPITALARIAS EN EL ÚLTIMO AÑO								
Nº DE ASISTENCIAS A PAC EN EL ÚLTIMO AÑO								
Nº DE CONSULTAS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA RELACIONADAS CON LA PATOLOGÍA CRÓNICA								
Nº TAC REALIZADOS EN EL ÚLTIMO AÑO								
Nº DE ECO REALIZADAS EN EL ÚLTIMO AÑO								
Nº DE VISITAS A DOMICILIO POR MED FAMILIA EN EL ÚLTIMO AÑO								
Nº DE VISITAS A DOMICILIO POR ENF FAMILIA EN EL ÚLTIMO AÑO								

	P3 0001	P3 0002	P3 0003	P3 0004	P3 0005	P3 0006	P3 0007	P3 0008
Nº DE CONSULTAS EN CENTRO REALIZADAS POR MED FAMILIA EN EL ÚLTIMO AÑO								
Nº DE CONSULTAS EN CENTRO REALIZADAS POR ENF FAMILIA EN EL ÚLTIMO AÑO								
AYUDA SOCIAL (SINO)								
si ayuda social ESPECIFICAR								
VALOR DE ESCALA DE BARTHEL AL ALTA								
SITUACION ACTUAL: DOMICILIO (SI / NO)								
SITUACION ACTUAL: INGRESADO (SI / NO)								
SITUACION ACTUAL: HOSP. DOMICILIO (SI / NO)								
SITUACION ACTUAL: INSTITUCIONALIZADO (SI / NO)								
SITUACION ACTUAL: EXITUS (SI / NO)								
FECHA DE DERIVACIÓN AP (Fecha desactivación en cartera)								
HERRAMIENTAS UTILIZADAS PARA BÚSQUEDA DE PACIENTES								
HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN UTILIZADAS (BARTHEL, COGNITIVAS, SOCIALES...)								
CONTACTOS MANTENIDOS: ENFERMERA REFERENTE ESPECIALIZADA (SI / NO)								
si contactos especificar cuantos								
CONTACTOS MANTENIDOS: FACULTATIVO REFERENTE ESPECIALIZADA (SI / NO)								
si contactos especificar cuantos								
CONTACTOS MANTENIDOS: ENFERMERA REFERENTE AP (SI / NO)								
si contactos especificar cuantos								

	P3 0001	P3 0002	P3 0003	P3 0004	P3 0005	P3 0006	P3 0007	P3 0008
CONTACTOS MANTENIDOS: FACULTATIVO REFERENTE AP (SI / NO)								
si contactos especificar cuantos								
CONTACTOS MANTENIDOS: EGEH (SI / NO)								
si contactos especificar cuantos								
CONTACTOS MANTENIDOS CON AP PARA PRUEBAS FUNCIONALES (SI / NO)								
si contactos especificar cuantos								
CONTACTOS MANTENIDOS: TRABAJADOR/A SOCIAL A.P. (SI / NO)								
si contactos especificar cuantos								
CONTACTOS MANTENIDOS: TRABAJADOR/A SOCIAL A.E. (SI / NO)								
si contactos especificar cuantos								
CONTACTOS MANTENIDOS: INSPECCIÓN MÉDICA (SI / NO)								
si contactos especificar cuantos								
CONTACTOS MANTENIDOS: CUIDADOR/A (SI / NO)								
si contactos especificar cuantos								
CONTACTOS MANTENIDOS: FAMILIA PRESENCIAL (SI / NO)								
si contactos especificar cuantos								
CONTACTOS MANTENIDOS: FAMILIA NO PRESENCIAL (SI / NO)								
si contactos especificar cuantos								
CONTACTOS MANTENIDOS: PACIENTE PRESENCIAL (SI / NO)								
si contactos especificar cuantos								

	P3 0001	P3 0002	P3 0003	P3 0004	P3 0005	P3 0006	P3 0007	P3 0008
CONTACTOS MANTENIDOS: PACIENTE NO PRESENCIAL (SI / NO)								
si contactos especificar cuantos								
CONTACTOS MANTENIDOS: OSAREAN								
si contactos especificar cuantos								
INFORME CONTINUIDAD DE CUIDADOS. Aporta los datos necesarios (SI / NO)								
DATOS DEL CUIDADOR PRINCIPAL: Nombre de pila								
DATOS DEL CUIDADOR PRINCIPAL: Escala Zarit								
DATOS DEL CUIDADOR PRINCIPAL: Otros datos								
CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA REALIZADO (SI/NO)								
si NO, especificar MOTIVOS (del paciente)								
PROBLEMAS / INCIDENCIAS								
¿QUÉ ECHA EN FALTA?								
¿DONDE REGISTRA LO QUE HACE?								
¿REGISTROS, QUÉ CAMBIARIAS?								
PRÓXIMAS CITAS EN A.E.								
PRÓXIMAS CITAS EN A.P.								
Nº DE URGENCIAS DERIVADOS POR EGCA								

Indicadores (Se automatizaron, mediante formulas)

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Nº TOTAL DE PACIENTES CAPTADOS EN EL PERIODO MEDIDO						
Nº TOTAL DE CASOS						
Nº PACIENTES INDEPENDIENTES A LA CAPTACIÓN						
Nº PACIENTES INDEPENDIENTES AL ALTA						
Nº PACIENTES CON DEPENDENCIA LEVE A LA CAPTACIÓN						
Nº PACIENTES CON DEPENDENCIA LEVE AL ALTA						
Nº PACIENTES CON DEPENDENCIA MODERADA A LA CAPTACIÓN						
Nº PACIENTES CON DEPENDENCIA MODERADA AL ALTA						
Nº PACIENTES CON DEPENDENCIA GRAVE A LA CAPTACIÓN						

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Nº PACIENTES CON DEPENDENCIA GRAVE AL ALTA						
Nº PACIENTES CON DEPENDENCIA TOTAL A LA CAPTACIÓN						
Nº PACIENTES CON DEPENDENCIA TOTAL AL ALTA						
Nº TOTAL DE INGRESOS PROGRAMADOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE INGRESOS PROGRAMADOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE INGRESOS URGENTES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (Del grupo de pacientes captados)						

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
PROMEDIO DE INGRESOS URGENTES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE ASISTENCIAS A URGENCIAS HOSPITALARIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE ASISTENCIAS A URGENCIAS HOSPITALARIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE ASISTENCIAS A URGENCIAS CLÍNICA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE ASISTENCIAS A URGENCIAS CLÍNICA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Nº TOTAL DE ASISTENCIAS AL PAC EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE ASISTENCIAS AL PAC EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						
Nº DE CONSULTAS EN ATENCIÓN HOSPITALARIA RELACIONADA CON LA PATOLOGÍA CRÓNICA (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE CONSULTAS EN ATENCIÓN HOSPITALARIA RELACIONADA CON LA PATOLOGÍA CRÓNICA POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE TAC REALIZADOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (Del grupo de pacientes captados)						

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
PROMEDIO DE TAC REALIZADOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE ECO REALIZADAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE ECO REALIZADAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						
Nº DE VISITAS A DOMICILIO POR EL MEDICO DE FAMILIA A DOMICILIO EN EL ÚLTIMO AÑO (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE VISITAS A DOMICILIO POR EL MEDICO DE FAMILIA A DOMICILIO EN EL ÚLTIMO AÑO POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Nº DE VISITAS A DOMICILIO POR LA ENFERMERA DE AP A DOMICILIO EN EL ÚLTIMO AÑO (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE VISITAS A DOMICILIO POR LA ENFERMERA DE AP A DOMICILIO EN EL ÚLTIMO AÑO POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE VISITAS A DOMICILIO POR EL MÉDICO DE FAMILIA URGENTES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE VISITAS A DOMICILIO POR EL MÉDICO DE FAMILIA URGENTES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Nº TOTAL DE VISITAS A DOMICILIO POR LA ENFERMERA DE FAMILIA URGENTES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE VISITAS A DOMICILIO POR LA ENFERMERA DE FAMILIA URGENTES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE VISITAS A DOMICILIO PARA PRUEBAS/TÉCNICAS/CURAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE VISITAS A DOMICILIO PARA PRUEBAS/TÉCNICAS/CURAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Nº DE CONSULTAS EN CENTRO PROGRAMADAS REALIZADAS POR MEDICO DE FAMILIA EN EL ÚLTIMO AÑO (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE CONSULTAS EN CENTRO PROGRAMADAS REALIZADAS POR MEDICO DE FAMILIA EN EL ÚLTIMO AÑO POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						
Nº DE CONSULTAS EN CENTRO URGENTES REALIZADAS POR MEDICO DE FAMILIA EN EL ÚLTIMO AÑO (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE CONSULTAS EN CENTRO URGENTES REALIZADAS POR MEDICO DE FAMILIA EN EL ÚLTIMO AÑO POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Nº TOTAL DE CONSULTAS EN CENTRO PROGRAMADAS POR LA ENFERMERA DE FAMILIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE CONSULTAS EN CENTRO PROGRAMADAS POR LA ENFERMERA DE FAMILIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE CONSULTAS EN CENTRO URGENTES POR LA ENFERMERA DE FAMILIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE CONSULTAS EN CENTRO URGENTES POR LA ENFERMERA DE FAMILIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Nº DE PACIENTES QUE CONOCE EL NOMBRE DE SU ENFERMERA DE FAMILIA (Del grupo de pacientes captados)						
PORCENTAJE DE PACIENTES QUE CONOCE EL NOMBRE DE SU ENFERMERA DE FAMILIA (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS: ENFERMERA REFERENTE ESPECIALIZADA (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS POR PACIENTE: ENFERMERA REFERENTE ESPECIALIZADA (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS: FACULTATIVO REFERENTE ESPECIALIZADA (Del grupo de pacientes captados)						

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS POR PACIENTE: FACULTATIVO REFERENTE ESPECIALIZADA (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS: ENFERMERA RESPONSABLE CENTRO AP (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS POR PACIENTE: ENFERMERA RESPONSABLE CENTRO AP (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS: ENFERMERA REFERENTE DE AP (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS POR PACIENTE: ENFERMERA REFERENTE DE AP (Del grupo de pacientes captados)						

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS: FACULTATIVO REFERENTE DE AP (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS POR PACIENTE: FACULTATIVO REFERENTE DE AP (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS: EGEH / EGC / EGCA (según corresponda)						
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS POR PACIENTE: EGEH / EGC / EGCA (según corresponda)						
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS CON AP PARA PRUEBAS FUNCIONALES (Del grupo de pacientes captados)						

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS CON TRABAJADORA SOCIAL DE AP (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS POR PACIENTE CON TRABAJADORA SOCIAL DE AP (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS CON TRABAJADORA SOCIAL DE AE (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS POR PACIENTE CON TRABAJADORA SOCIAL DE AE (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL CONTACTOS MANTENIDOS: INSPECCIÓN MÉDICA						

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
PROMEDIO CONTACTOS MANTENIDOS POR PACIENTE: INSPECCIÓN MÉDICA						
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS CON CUIDADOR/A (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS POR PACIENTE CON CUIDADOR/A (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS CON FAMILIARES DE MANERA PRESENCIAL (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS POR PACIENTE CON FAMILIARES DE MANERA PRESENCIAL (Del grupo de pacientes captados)						

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS CON FAMILIARES DE MANERA NO PRESENCIAL (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS POR PACIENTE CON FAMILIARES DE MANERA NO PRESENCIAL (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS CON PACIENTE DE MANERA PRESENCIAL (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS CON PACIENTE DE MANERA PRESENCIAL POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS CON PACIENTE DE MANERA NO PRESENCIAL (Del grupo de pacientes captados)						

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS CON PACIENTE DE MANERA NO PRESENCIAL PRESENCIAL (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS CON OSAREAN (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS CON OSAREAN POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE INGRESOS PROGRAMADOS EN EL ÚLTIMO AÑO: 2011 (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE INGRESOS PROGRAMADOS EN EL ÚLTIMO AÑO: 2011 POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Nº TOTAL DE INGRESOS URGENTES EN EL ÚLTIMO AÑO: 2011 (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE INGRESOS URGENTES EN EL ÚLTIMO AÑO: 2011 POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE ASISTENCIAS A URGENCIAS EN EL ÚLTIMO AÑO: 2011 (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE ASISTENCIAS A URGENCIAS EN EL ÚLTIMO AÑO: 2011 POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE ASISTENCIAS A PAC EN EL ÚLTIMO AÑO: 2011 (Del grupo de pacientes captados)						

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
PROMEDIO DE ASISTENCIAS A PAC EN EL ÚLTIMO AÑO: 2011 POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE CONSULTAS EN AE RELACIONADAS CON LA PATOLOGÍA CRÓNICA EN EL ÚLTIMO AÑO: 2011 (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE CONSULTAS EN AE RELACIONADAS CON LA PATOLOGÍA CRÓNICA EN EL ÚLTIMO AÑO: 2011 POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE TAC REALIZADOS EN EL ÚLTIMO AÑO: 2011 (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE TAC REALIZADOS EN EL ÚLTIMO AÑO: 2011 POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Nº TOTAL DE ECOGRAFÍAS REALIZADAS EN EL ÚLTIMO AÑO: 2011 (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE ECOGRAFÍAS REALIZADAS EN EL ÚLTIMO AÑO: 2011 POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE INGRESOS DERIVADOS POR EGCA (Del grupo de pacientes captados)						
PROMEDIO DE INGRESOS DERIVADOS POR EGCA POR PACIENTE (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE PACIENTES FALLECIDOS (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE REINGRESOS (Del grupo de pacientes captados)						

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Nº TOTAL DE PACIENTES QUE NO HAN ACEPTADO ENTRAR EN EL PROYECTO (Del grupo de pacientes captados)						
Nº TOTAL DE PACIENTES EXCLUIDOS DEL PROYECTO TRAS CUMPLIR CRITERIOS DE INCLUSIÓN (Del grupo de pacientes captados)						

ANEXO IV: ENCUESTA SATISFACCIÓN PROFESIONALES

ENCUESTA PROFESIONALES. Se ha realizado on-line en entorno GOOGLE DOCS

PROYECTO	Alguno de tus pacientes ha estado incluido en este proyecto	SI NO Lo desconoce Facultativo-Enfermero/a Trabajador/a Social
Datos demográficos	Sexo Edad Categoría profesional ¿Cuántos años llevas trabajando en el puesto actual? Centro de Salud y Comarca u Hospital donde trabajas	

DIMENSION	ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	NC	NP
-----------	-------	---	---	---	---	---	---	---	----	----

Difusión e información	He recibido información sobre los objetivos del proyecto He recibido información sobre las funciones/actividades de las diferentes figuras de enfermera a pilotar La información que he recibido me ha ayudado a colaborar con el proyecto piloto Conozco el tipo de pacientes sobre lo cuales se va a realizar la intervención Conozco cuál es la figura de enfermera que se está pilotando en mi organización Conozco el nombre de la enfermera que desarrolla esta figura en mi organización Conozco como contactar con esta figura en mi organización Conozco cuál es Centro/Comarca/Hospital con la que se coordina esta enfermera Conozco cual es la otra figura de enfermera con la que se coordina la enfermera de mi Centro/Comarca/Hospital
------------------------	---

Comunicación	Dispongo de información de manera ágil sobre la situación clínica del paciente La disponibilidad de esta información ha hecho modificar mi manera de trabajar Estas figuras de enfermera facilitan la comunicación entre los profesionales de los diferentes niveles de atención Estas figuras de enfermera facilitan el intercambio de la información clínica de los pacientes
--------------	--

DIMENSION	ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	NC	NP
-----------	-------	---	---	---	---	---	---	---	----	----

[illegible]

	Este proyecto disminuye o puede disminuir las estancias hospitalarias en este tipo de pacientes Este proyecto reduce o puede reducir la duplicidad de pruebas complementarias, consultas, etc., en este tipo de pacientes Los pacientes incluidos en este proyecto utilizan eficientemente los dispositivos asistenciales (consultas en el centro, consultas telefónicas, asistencia a urgencias, etc.)
Accesibilidad	He podido contactar con facilidad con la figura de enfermera que se está pilotando en mi Centro/Comarca/Hospital, cuando lo he necesitado La figura de enfermera que se está pilotando, me ha facilitado el contacto con los profesionales (médicos/enfermería) del otro nivel asistencial, cuando lo he necesitado Las figuras de enfermera me han facilitado el contacto con el/la trabajador/a social
Valoración Global	Valoración global de la FIGURA de mi Centro/Comarca/Hospital Valoración del IMPACTO que este proyecto puede tener en la atención sanitaria Valoración global sobre la COORDINACIÓN que la implantación de este proyecto puede proporcionar a los profesionales de los diferentes niveles

Ideas / Sugerencias para mejorar el proyecto	¿Las figuras podrían hacer alguna actividad más que no se ha hecho en beneficio del paciente crónico? Si es así ¿Cuál? ¿Tienes alguna idea/sugerencia para mejorar el proyecto?
--	---

ANEXO V: ENCUESTA SATISFACCIÓN PACIENTES Y CUIDADORES

ENCUESTA SATISFACCIÓN PACIENTES/CUIDADORES

Este cuestionario intenta conocer si usted está satisfecho/a con la atención que recibe o ha recibido en su domicilio por parte de las enfermeras gestoras de este proyecto.

Sus respuestas nos ayudaran a mejorar la atención que se le presta.

Por favor, lea cada pregunta, y marque su respuesta con una equis (una única respuesta para cada pregunta). Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor anote la respuesta que le parezca más cierta

Por favor, conteste a las preguntas que se le hacen, del siguiente modo:

- Si **nunca ocurre** lo que dice en la pregunta, marque con una equis (x) en la casilla del 1.
- Si **ocurre muy pocas veces**, marque con una equis (x) la casilla del 2.
- Si **ocurre algunas veces**, marque con una equis (x) la casilla del 3.
- Si **ocurre siempre**, marque con una equis (x) la casilla del 4.

–

	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Siempre
1.- Me siento escuchado/a y comprendido/a por mi er cuando le explico mis problemas de salud y las dificultades que me causa	1	2	3	4
2.-Entiendo a mi enfermera cuando me explica las cosas	1	2	3	4
3.- Las enfermeras se preocupan por contactar conmigo si no pueden acudir o se van a retrasar	1	2	3	4
4.- Las enfermeras me enseñan a cuidarme por mí mismo/a	1	2	3	4
5.- Mi enfermera me atiende con la suficiente intimidad manera reservada	1	2	3	4
6.- Es fácil programar las visitas en los días y horas que quiero o me vienen mejor	1	2	3	4
7.- Las enfermeras se preocupan de mi comodidad mientras me están tratando o cuidando	1	2	3	4
8. En general, la enfermera gestora hace un buen trabajo organizando la atención que necesito (sólo si usted ha recibido atención por enfermeras de enlace)	1	2	3	4
9.- Mi familiar y yo (cuidador/a) hemos podido participar y decidir en como organizar los cuidados en el domicilio	1	2	3	4
10.- Los servicios que recibo me ayudan a hacer mejor mi función de cuidador/a	1	2	3	4

Gracias por contestar y así ayudarnos a mejorar la atención que prestamos

ANEXO V:

CUESTIONARIOS “CALIDAD DE VIDA PACIENTES”

Se ha utilizado el Cuestionario **SF-12** para todos los pilotos a excepción del **Piloto 7**, para el cual se ha aplicado de manera específica el **EUROQOL EQ-5D**, ambos validados

CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA PACIENTES (SF-12)

Las preguntas que siguen se refieren a lo que el paciente piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra y hasta qué punto es capaz de realizar las actividades habituales.

Lea al paciente cada pregunta, y marque su respuesta con una cruz (**una única respuesta para cada pregunta**). Si el paciente no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor anote la respuesta que al paciente le parezca más cierto.

1- En general, Vd. diría que su salud es:

- Excelente ☐
- Muy Buena ☐
- Buena ☐
- Regular ☐
- Mala ☐

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

ACTIVIDADES	SI, ME LIMITA MUCHO	SI, ME LIMITA UN POCO	NO, NO ME LIMITA NADA
2) Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	☐	☐	☐
3) Subir varios pisos por la escalera	☐	☐	☐

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	SI	NO
4) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	☐	☐
5) ¿Tuvo dificultad para hacer sus trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	☐	☐

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido/a o nervioso/a)?

	SI	NO
6) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	☐	☐
7) ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	☐	☐

8- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- Nada ☐
- Un poco ☐
- Regular ☐
- Bastante ☐
- Mucho ☐

-Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo...

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	SOLO ALGUNA VEZ	NUNCA
9) ¿Se sintió calmado/a y tranquilo/a?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10) ¿Se sintió lleno/a de vitalidad?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11) ¿Se sintió desanimado/a y triste?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

12- Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- Siempre ☐
- Casi siempre ☐
- Algunas veces ☐
- Solo alguna vez ☐
- Nunca ☐

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA: EUROQOL (EQ-5D)

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de **HOY**.

No marque más de una casilla en cada grupo

Movilidad

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| No tengo problemas para caminar | ☐ |
| Tengo algunos problemas para caminar | ☐ |
| Tengo que estar en la cama | ☐ |

Cuidado Personal

- | | |
|---|--------------------------|
| No tengo problemas con el cuidado personal | ☐ |
| Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme | ☐ |
| Soy incapaz de lavarme o vestirme | ☐ |

Actividades Cotidianas (*Ej: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre*)

- | | |
|--|--------------------------|
| No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas | ☐ |
| Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas | ☐ |
| Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas | ☐ |

Dolor / Malestar

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| No tengo dolor ni malestar | ☐ |
| Tengo moderado dolor o malestar | ☐ |
| Tengo mucho dolor o malestar | ☐ |

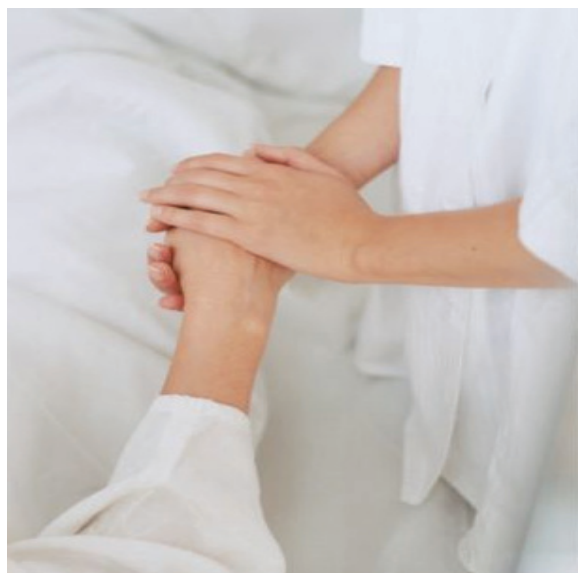
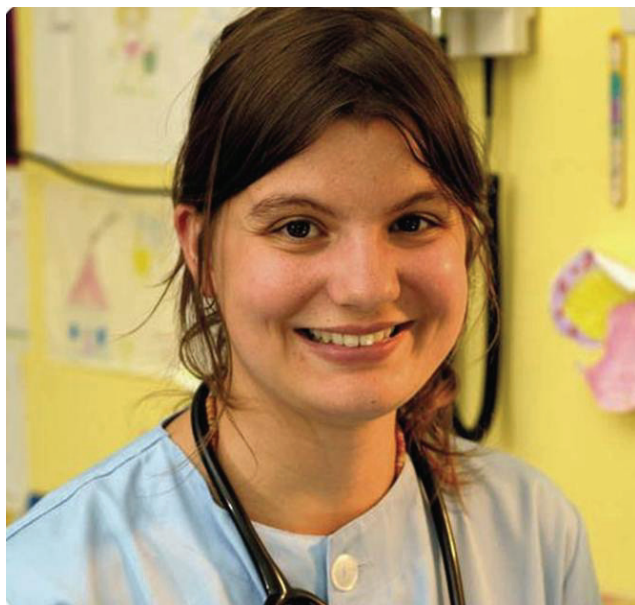
Ansiedad / Depresión

- | | |
|---|--------------------------|
| No estoy ansioso ni deprimido | ☐ |
| Estoy moderadamente ansioso o deprimido | ☐ |
| Estoy muy ansioso o deprimido | ☐ |

Comparando con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es: (POR FAVOR PONGA UNA CRUZ EN EL CUADRO)

- | | |
|-------|--------------------------|
| Mejor | ☐ |
| Igual | ☐ |
| Peor | ☐ |

INDICADORES Y MÉTRICAS



	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	GLOBAL	FIG'sEGC	FIG'sEGCA
Nº TOTAL DE PACIENTES CAPTADOS E INTERVENIDOS EN EL PERIODO MEDIDO	119	63	50	59	179	209	71	63	813	633	180
Nº TOTAL DE INTERVENCIONES (CASOS)	327	212	152	167	471	713	260	199	2501	1922	579
NUMERO TOTAL DE DIAS EN LA CARTERA DE EGCA (PACIENTES ACTIVOS)			1851	2617			1188		5.656		5.656
ESTANCIA MEDIA (EGCA)			37,02	44,36			16,73		32,70		32,70
VISITAS REALIZADAS (CONTACTOS TELEFONICOS Y VSITAS)			521	3942			744		5.207		5.207
PROMEDIO DE VISITAS POR PACIENTE ACTIVO Y DÍA (EGCA)			0,28	1,51			0,63		0,80		0,80
PROMEDIO DE VISITAS POR PACIENTE ACTIVO/SEMANA (EGCA)			1,97	10,54			4,38		5,63		5,63
VARIACIÓN EN LA ESCALA DE DEPENDENCIA (VALOR MEDIO)											
% PACIENTES INDEPENDIENTES A LA CAPTACIÓN	27,4	48,5	44,3	46,1	33,1	22,9	30,4	37,1	34,2	33,8	40,27
% PACIENTES INDEPENDIENTES AL ALTA	25,00	22,8	39,3	44,4	29,9	22,8	21,6	36,4	28,1	27,38	35,10
% PACIENTES CON DEPENDENCIA LEVE A LA CAPTACIÓN	36,9	27,3	24,7	26,1	39,4	42,4	49	31,5	37,4	35,5	33,27
% PACIENTES CON DEPENDENCIA LEVE AL ALTA	39,5	35,4	25,8	22,2	39,8	45,7	52	28	39,1	37,68	33,33
% PACIENTES CON DEPENDENCIA MODERADA A LA CAPTACIÓN	17,8	14,4	11,3	13,9	17,9	15,6	9,9	15,3	14,6	16,2	11,70
% PACIENTES CON DEPENDENCIA MODERADA AL ALTA	19,1	23,6	19,1	18,5	20,7	16,2	12,2	16,1	17,9	19,14	16,60
% PACIENTES CON DEPENDENCIA GRAVE A LA CAPTACIÓN	6,4	4,5	15,5	5,2	7,6	10,7	5,7	1,6	7,1	6,16	8,80
% PACIENTES CON DEPENDENCIA GRAVE AL ALTA	5,3	5,5	13,5	4,6	5	9,1	6,1	1,7	6,6	5,32	8,07
% PACIENTES CON DEPENDENCIA MUY GRAVE A LA CAPTACIÓN	11,5	5,3	4,1	8,7	2	8,3	4,9	14,5	6,8	8,32	5,90
% PACIENTES CON DEPENDENCIA MUY GRAVE ALTA	11,2	12,6	2,2	10,2	4,6	6,1	8,1	17,8	8,3	10,46	6,83
Nº PACIENTES INDEPENDIENTES A LA CAPTACIÓN	43	64	43	53	83	47	80	46	459	283	176
Nº PACIENTES INDEPENDIENTES AL ALTA	38	29	35	48	72	90	32	43	387	272	115
Nº PACIENTES CON DEPENDENCIA LEVE A LA CAPTACIÓN	58	36	24	30	99	87	129	39	502	319	183

ANEXO V. INDICADORES Y METRICAS

Nº PACIENTES CON DEPENDENCIA LEVE AL ALTA	60	45	23	24	96	180	77	33	538	414	124
Nº PACIENTES CON DEPENDENCIA MODERADA A LA CAPTACIÓN	28	19	11	16	45	32	26	19	196	143	53
Nº PACIENTES CON DEPENDENCIA MODERADA AL ALTA	29	30	17	20	50	64	18	19	247	192	55
Nº PACIENTES CON DEPENDENCIA GRAVE A LA CAPTACIÓN	10	6	15	6	19	22	15	2	95	59	36
Nº PACIENTES CON DEPENDENCIA GRAVE AL ALTA	8	7	12	5	12	36	9	2	91	65	26
Nº PACIENTES CON DEPENDENCIA TOTAL A LA CAPTACIÓN	18	7	4	10	5	17	13	18	92	65	27
Nº PACIENTES CON DEPENDENCIA TOTAL AL ALTA	17	16	2	11	23	16	12	21	118	93	25
Nº TOTAL DE INGRESOS PROGRAMADOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	7	28	2	0	7	73	44	71	232	186	46
PROMEDIO DE INGRESOS PROGRAMADOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	0,06	0,44	0,04	0,00	0,04	0,35	0,62	1,13	0,29	0,40	0,22
Nº TOTAL DE INGRESOS URGENTES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	330	169	285	334	450	1130	341	364	3403	2443	960
PROMEDIO DE INGRESOS URGENTES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	2,77	2,68	5,70	5,66	2,51	5,41	4,80	5,78	4,19	3,83	5,39
Nº TOTAL DE ASISTENCIAS A URGENCIAS HOSPITALARIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	466	211	167	172	934	1577	540	19	4086	3207	879
PROMEDIO DE ASISTENCIAS A URGENCIAS HOSPITALARIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	3,92	3,35	3,34	2,92	5,22	7,55	7,61	0,30	5,03	4,07	4,62
Nº TOTAL DE ASISTENCIAS AL PAC EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	76	15	8	34	102	54	59	19	367	266	101
PROMEDIO DE ASISTENCIAS AL PAC EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	0,64	0,24	0,16	0,58	0,57	0,26	0,83	0,30	0,45	0,40	0,52

ANEXO V. INDICADORES Y METRICAS

Nº DE VISITAS A DOMICILIO POR EL MEDICO DE FAMILIA A DOMICILIO EN EL ÚLTIMO AÑO (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	378	70	135	170	183	332	213	156	1637	1119	518
PROMEDIO DE VISITAS A DOMICILIO POR EL MEDICO DE FAMILIA A DOMICILIO EN EL ÚLTIMO AÑO (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	3,18	1,11	2,70	2,88	1,02	1,59	3,00	2,48	2,01	1,87	2,86
Nº DE VISITAS A DOMICILIO POR LA ENFERMERA DE AP A DOMICILIO EN EL ÚLTIMO AÑO (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	1133	232	457	713	430	874	509	282	4630	2951	1679
PROMEDIO DE VISITAS A DOMICILIO POR LA ENFERMERA DE AP A DOMICILIO EN EL ÚLTIMO AÑO (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	9,52	3,68	9,14	12,08	2,40	4,18	7,17	4,48	5,69	4,85	9,46
Nº DE CONSULTAS EN CENTRO PROGRAMADAS REALIZADAS POR MEDICO DE FAMILIA EN EL ÚLTIMO AÑO (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	1848	565	902	642	1782	2753	1388	1315	11195	8263	2932
PROMEDIO DE CONSULTAS EN CENTRO PROGRAMADAS REALIZADAS POR MEDICO DE FAMILIA EN EL ÚLTIMO AÑO (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	15,53	8,97	18,04	10,88	9,96	13,17	19,55	20,87	13,77	13,70	16,16
Nº DE CONSULTAS EN CENTRO URGENTES REALIZADAS POR MEDICO DE FAMILIA EN EL ÚLTIMO AÑO (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	1209	321	423	608	2205	2862	1336	1049	10013	7646	2367
PROMEDIO DE CONSULTAS EN CENTRO URGENTES REALIZADAS POR MEDICO DE FAMILIA EN EL ÚLTIMO AÑO (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	10,16	5,10	8,46	10,31	12,32	13,69	18,82	16,65	12,32	11,58	12,53
Nº DE CONSULTAS EN CENTRO PROGRAMADAS REALIZADAS POR ENFERMERA DE AP EN EL ÚLTIMO AÑO (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	0	0	0	0	0	0	636	0	636	0	636
PROMEDIO DE CONSULTAS EN CENTRO PROGRAMADAS REALIZADAS POR ENFERMERA DE AP EN EL ÚLTIMO AÑO (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,96	0,00	0,78	0,00	2,99

Nº DE CONSULTAS EN CENTRO URGENTES REALIZADAS POR ENFERMERA DE AP EN EL ÚLTIMO AÑO (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	0	0	0	0	0	0	9	0	9	0	9
PROMEDIO DE CONSULTAS EN CENTRO URGENTES REALIZADAS POR ENFERMERA DE AP EN EL ÚLTIMO AÑO (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,13	0,00	0,01	0,00	0,04
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS CON CUIDADOR/A (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	502	390	278	1	378	557	676	326	3108	2153	955
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS CON CUIDADOR/A (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	4,22	6,19	5,56	0,02	2,11	2,67	9,52	5,17	3,82	4,07	5,03
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS CON FAMILIARES DE MANERA PRESENCIAL (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	473	417	356	56	278	1130	785	269	3764	2567	1197
PROMEDIO CONTACTOS MANTENIDOS CON FAMILIARES DE MANERA PRESENCIAL (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	3,97	6,62	7,12	0,95	1,55	5,41	11,06	4,27	4,63	4,36	6,38
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS CON FAMILIARES DE MANERA NO PRESENCIAL (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	55	97	123	677	255	208	160	79	1654	694	960
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS CON FAMILIARES DE MANERA NO PRESENCIAL (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	0,46	1,54	2,46	11,47	1,42	1,00	2,25	1,25	2,03	1,14	5,40
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS CON PACIENTE DE MANERA PRESENCIAL (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	824	545	491	308	351	1882	921	535	5857	4137	1720
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS CON PACIENTE DE MANERA PRESENCIAL (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	6,92	8,65	9,82	5,22	1,96	9,00	12,97	8,49	7,20	7,01	9,34
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS CON PACIENTE DE MANERA NO PRESENCIAL (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	30	22	102	810	181	141	49	72	1407	446	961
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS CON PACIENTE DE MANERA NO PRESENCIAL (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	0,25	0,35	2,04	13,73	1,01	0,67	0,69	1,14	1,73	0,69	5,49

ANEXO V. INDICADORES Y METRICAS

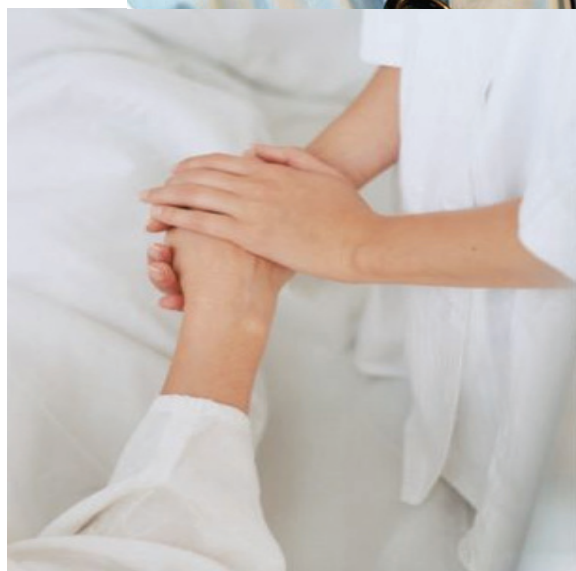
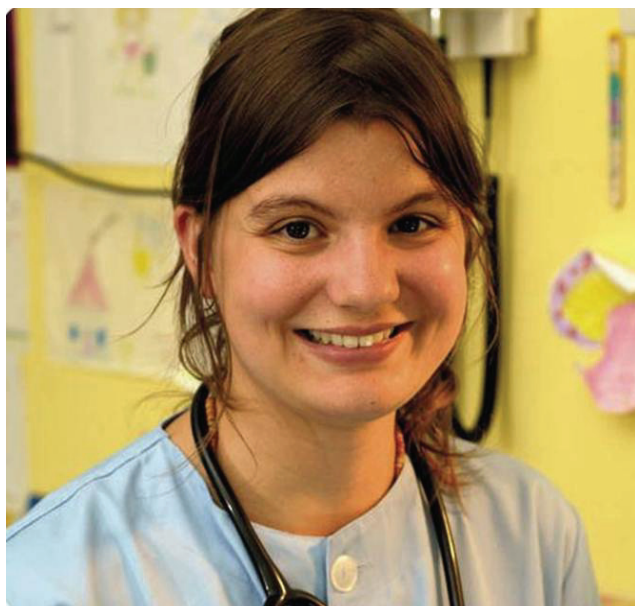
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS CON TRABAJADORA SOCIAL DE AP (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	19	88	8	50	46	5	64	7	287	165	122
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS CON TRABAJADORA SOCIAL DE AP (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	0,16	1,40	0,16	0,85	0,26	0,02	0,90	0,11	0,35	0,39	0,64
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS CON TRABAJADORA SOCIAL DE AE (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	56	131	0	53	0	85	50	3	378	275	103
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS CON TRABAJADORA SOCIAL DE AE (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	0,47	2,08	0,00	0,90	0,00	0,41	0,70	0,05	0,46	0,60	0,53
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS: ENFERMERA REFERENTE ESPECIALIZADA (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	654	423	229	245	194	1938	577	419	4679	3628	1051
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS: ENFERMERA REFERENTE ESPECIALIZADA (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	5,50	6,71	4,58	4,15	1,08	9,27	8,13	6,65	5,76	5,84	5,62
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS: FACULTATIVO REFERENTE ESPECIALIZADA (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	642	337	249	275	82	272	551	332	2740	1665	1075
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS: FACULTATIVO REFERENTE ESPECIALIZADA (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	5,39	5,35	4,98	4,66	0,46	1,30	7,76	5,27	3,37	3,55	5,80
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS: ENFERMERA REFERENTE DE AP (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	994	121	107	199	467	514	259	261	2922	2357	565
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS: ENFERMERA REFERENTE DE AP (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	8,35	1,92	2,14	3,37	2,61	2,46	3,65	4,14	3,59	3,90	3,05
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS: FACULTATIVO REFERENTE DE AP (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	982	93	246	359	447	760	251	37	3175	2319	856
PROMEDIO DE CONTACTOS MANTENIDOS: FACULTATIVO REFERENTE DE AP (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	8,25	1,48	4,92	6,08	2,50	3,64	3,54	0,59	3,91	3,29	4,85
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS: EGEH	13	342	232	215	366	776	549	303	2796	1800	996
Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS EGC	-	770			246	755		334	2105	2105	

ANEXO V. INDICADORES Y METRICAS

Nº TOTAL DE CONTACTOS MANTENIDOS EGCA			246	194			518			958		958
Nº TOTAL CONTACTOS MANTENIDOS: INSPECCIÓN MÉDICA	2	2	3	33	613	4	3	1	661	622	39	
Nº DE PACIENTES QUE CONOCE EL NOMBRE DE SU ENFERMERA DE FAMILIA (Del grupo de pacientes captados)	84	44	35	0	92	226	39	155	675	601	74	
Nº TOTAL DE PACIENTES FALLECIDOS (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	16	7	8	10	12	21	11	9	94	65	29	
INDICE DE MORTALIDAD DE PACIENTES INCLUIDOS EN PROGRAMA	13,45%	11,11%	16,00%	16,95%	6,70%	10,05%	15,49%	14,29%	11,56%	10,27%	16,11%	
Nº TOTAL DE REINGRESOS (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	48	22	16	20	73	85	31	31	326			67
VARIACIÓN EN DIAS DE HOSPITALIZACIÓN (MEDIANA) (PILOTO)	-2	-1,5	0	-1	0	0	3	1				
Nº TOTAL DE PACIENTES QUE NO HAN ACEPTADO ENTRAR EN EL PROYECTO (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	4	1	71	6	13	16	0	59	170	93	77	
PECIENTES TOTALES CONSULTADOS PARA SER CAPTADOS	136	74	168	87	206	249	96	130	1146	795	351	
% ACEPTACIÓN DE PACIENTES AL PROYECTO	97,06	98,65	57,74	93,10	93,69	93,57	100,00	54,62	85,17	88,30	78,06	
Nº TOTAL DE PACIENTES EXCLUIDOS DEL PROYECTO TRAS CUMPLIR CRITERIOS DE INCLUSIÓN (DEL GRUPO DE PACIENTES CAPTADOS)	13	10	47	22	14	24	25	8	163	69	94	
Nº PACIENTES CON SEGUIMIENTO AP	103	57	49	59	139	196	53	60	716	555	161	
% PACIENTES CON SEGUIMIENTO EN AP	86,55%	90,48%	98,00%	100,00%	77,65%	93,78%	74,65%	95,24%	88,07%	87,68%	89,44%	
Nº LLAMADAS CONFORT REALIZ. POR OSAREAN	21	24	23	34	0	50	1	0	153	95	58	
Nº LLAM. SEGUIMIENTO REALIZ. POR OSAREAN	25	4	21	155	1	40	1	0	247	70	177	
Nº LLAM. ADHERENCIA REALIZ. POR OSAREAN	2	0	0	1	0	0	0	0	3	2	1	
Nº LLAM. SEGUIM + ADHER. REALIZ. POR OSAREAN	3	1	12	26	0	2	0	0	44	6	38	
Nº LLAMADAS REALIZADAS POR PAC. A OSAREAN	1	0	4	22	0	0	0	0	27	1	26	

ANEXO V. INDICADORES Y METRICAS

ANEXO VI TASA DE REINGRESOS Y ESTANCIAS



1. Presentación.

El presente documento recoge el análisis de datos de reingresos del grupo de pacientes incluidos en el proyecto antes y después de la intervención en función de los datos extraídos de las bases de datos oficiales de Osakidetza.

Se considera importante tener en cuenta las siguientes premisas a la hora de analizar los datos:

1º- Se considera que el periodo de intervención y de análisis de datos es corto como para considerarlos totalmente concluyentes. El equipo de trabajo considera que sería necesario un periodo de intervención de análisis más extenso para poder extraer conclusiones con mayor soporte.

2º- Se han utilizado tasas al considerarse el planteamiento más adecuado cuando se pretende comparar un número determinado de eventos ocurridos en un periodo de seguimiento. El número en el numerador y el periodo de seguimiento en el denominador se han multiplicado por 1000 para que sea más fácil de interpretar: número de eventos cada 1000 días*pc de seguimiento.

3º- El análisis realizado se basa en un planteamiento comparativo Antes-Después de la intervención.

4º- Los pacientes, cuánto más edad a priori ingresan más, por lo que la edad es determinante a la hora de calcular las tasas de reingresos independientemente de la intervención efectuada.

2. Resultados.

tasa ingresos totales *1000pc*día					
	tasa tras intervención	tasa preintervención	diferencia de tasas	ic95%	p
Todos los pilotos	6,3	6,7	-0,4	(-0,9 a 0,1)	0,15
pilotos EGCA	6,4	6,9	-0,5	(-1,0 a 0,1)	0,11
pilotos EGC	6	6,2	-0,12	(-1,2 a 0,9)	0,82
piloto 1	7,2	8,4	-1,3	(-2,7 a 0,2)	0,9
piloto 2	6,9	6,1	0,83	(-0,9 a 2,6)	0,35
piloto 3	7	7,1	-0,1	(-2,1 a 1,9)	0,92
piloto 4	6,7	7,4	-0,7	(-2,7 a 1,2)	0,47
piloto 5	5,2	5,3	-0,1	(-1,1 a 0,9)	0,85
piloto 6	8	9,8	-1,8	(-2,9 a -0,7)	0,003
piloto 7	4,2	4,8	-0,5	(-2,1 a 1)	0,51
piloto 8	1,5	0,3	1,2	(0,4 a 2)	0,0001

Para la Interpretación de los datos se pone como ejemplo el piloto 6, dado que es el piloto que mejores resultados ha mostrado en este aspecto.

Antes de la intervención se producían 9,8 ingresos cada 1000 pacientes día, sin embargo tras la intervención las tasas de ingresos se han reducido hasta ser de 8 ingresos cada 1000 pacientes día. Esto indica que con la intervención se ha logrado evitar 1,8 ingresos cada 1000 pacientes día (diferencia de tasas). Con un intervalo de confianza del 95% diremos que la intervención puede reducir entre 0,7 y 2,9 el número de ingresos cada 1000 pacientes día.

La interpretación sería la misma con tasas de ingresos urgentes y lo mismo también con las tasas de estancias:

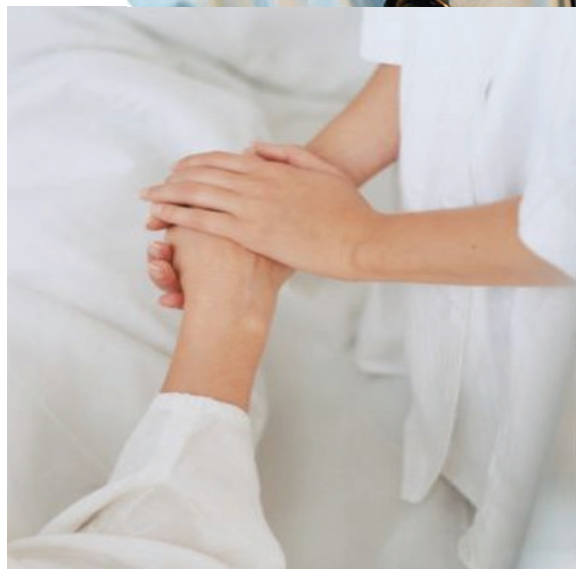
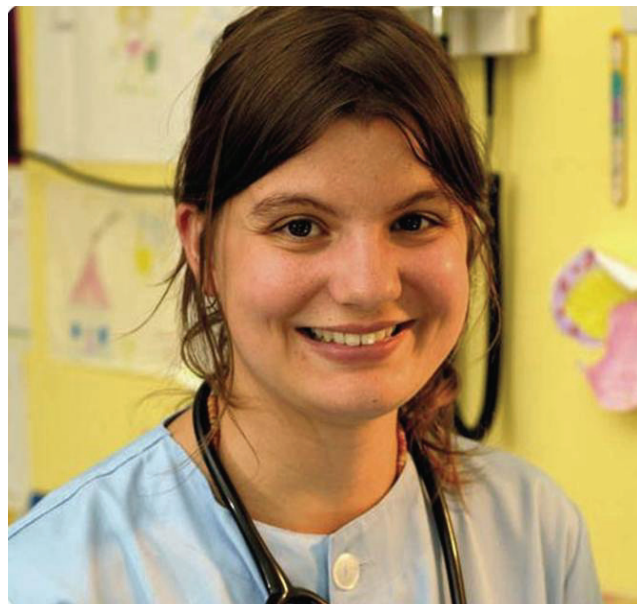
Por ejemplo, tasas de estancias:

tasa días de estancia hospitalaria*1000pc*día					
	tasa tras intervención	tasa preintervención	diferencia de tasas	ic95%	p
Todos los pilotos	49,5	52,2	-2,7	(-4 a -1,3)	0,00014
pilotos EGCA	49,3	52,3	-3,1	(-4,6 a -1,6)	0,00008
pilotos EGC	50,9	52	-1,1	(-4,1 a 1,9)	0,45
piloto 1	56,1	67,5	-11,8	(-15,5 a -8)	0,000001
piloto 2	51,4	48,6	2,9	(-1,9 a 7,6)	0,24
piloto 3	62,7	57,1	5,6	(-0,2 a 11,4)	0,06
piloto 4	53,1	70,6	-17,5	(-23 a -12)	0,0000001
piloto 5	45,2	39,3	5,9	(3,2 a 8,6)	0,00001
piloto 6	58,2	73,7	-15,5	(-18,5 a -12,5)	0,0000001
piloto 7	34,4	35,5	-1,2	(-5,5 a 3,1)	0,59
piloto 8	16,5	3,2	13,4	(10,9 a 15,9)	0,00000001

Tomando nuevamente el ejemplo del piloto 6:

Antes de la intervención se producían 73,7 estancias por cada 1000 pacientes día. Tras la intervención la tasa ha descendido hasta 58,2 estancias, es decir, con la intervención se evitan 15,5 estancias cada 1000 pacientes día (IC95: entre 8 y 15,5 estancias menos).

ANEXO VII INFORME RESULTADOS ENCUESTA SATISFACCIÓN PACIENTES



1. Presentación.

El presente documento recoge los Indicadores Cualitativos que analizan la Satisfacción con el desarrollo de los Proyectos Pilotos correspondientes al Proyecto Estratégico 8 “Competencias Avanzadas de Enfermería” por parte de los/as Pacientes, es decir, la Valoración sobre su desarrollo y su incidencia sobre ellos/as mismos/as, aunque en algunas ocasiones el cuestionario haya sido respondido por las personas cuidadoras.

2. Proceso Metodológico.

- ✓ El **objetivo básico** es aportar información sobre la Valoración de la Satisfacción de los/as Pacientes con el proyecto.
- ✓ La **fente de información** es la Encuesta de Satisfacción (tipo SATISFAD).
- ✓ El **análisis de los datos** se ha realizado a través del programa estadístico SPSS (versión 14.0) y se ha llevado a cabo teniendo en cuenta la agrupación de los pilotos en función de las Figuras de las Profesionales (Enfermeras) que han intervenido en los mismos:
 - a. EGEH y EGC: pilotos 1, 2, 5, 6, y 8.
 - b. EGEH y EGCA: pilotos 3, 4, y 7.

3. Resultados.

Previamente a la exposición de los resultados principales en las ocho cuestiones dirigidas expresamente hacia los/as pacientes, hay que significar que ha habido 813 personas participantes en los proyectos pilotos, es decir, población diana que ha participado en el proyecto o ha sido captada para su participación, aunque con posterioridad haya quedado excluida por diversas razones.

De dichas 813 personas “participantes”, se ha realizado la encuesta al o a la paciente en 530 casos, el 65,2% del total. Sin embargo, de esas 530 personas finalmente no han respondido al cuestionario 330, ya que existían 200 casos que afirmaban que no han utilizado el servicio ofertado en los pilotos.

Así mismo, en cuanto a la representación gráfica de las respuestas de las personas que, finalmente, cumplieron los cuestionarios, hay que especificar que en las tablas sí se recogen aquellas que no han aportado información en cada uno de los ítems por no haber respondido a las cuestiones planteadas (no sabe / no contesta). Sin embargo, en los histogramas se ha considerado oportuno excluir las mismas para

posibilitar la comparativa y que no quede desvirtuada por los posibles diferentes volúmenes de no respuestas (no sabe/no contesta) de cada cuestión.

Por último, especificar que hemos presentado los resultados de las diversas cuestiones en tres áreas, en función del ámbito sobre el que interrogan: organización de la atención en los domicilios, atención directa de carácter más verbal, y atención directa propiamente dicha.

3.1. Valoración de la Organización de la Atención.

Comenzando por los resultados recogidos en los tres ítems del cuestionario que hemos agrupado en el capítulo referido a la organización de la atención a los/as pacientes, la primera de ellas interrogaba sobre la *preocupación de las enfermeras en contactar con el/la paciente en caso de no poder acudir a la cita concertada o si se va a producir un retraso en la asistencia*, **tabla 3.1 y gráfico 3.1**. El principal resultado reseñable es que cerca del 95% de los/as pacientes, 93,5% exactamente, afirman que las enfermeras *siempre han contactando con ellos/as*. Por el contrario, resaltar que únicamente el 3,2% (n=10) señalan que *nunca* se les ha llamado en el caso de problemas o retrasos para acudir a la cita concertada.

Si observamos los resultados basados en las agrupaciones de los 8 pilotos según los perfiles/roles de enfermeras que interactúan en los mismos, se observa alguna pequeña diferencia en términos porcentuales, ya que en el grupo en el que interactúan los roles de EGEH y EGCA es prácticamente pleno el número de pacientes, 97,6%, que afirman que, en el caso de producirse un retraso en la presencia a la hora de la cita o que ha sido necesario su aplazamiento, las enfermeras han contactado *siempre* con ellos/as, mientras que en el otro grupo este porcentaje se sitúa en el 92,1%, aunque las distancias se reducen al agrupar las dos categorías positivas.

Por su parte, en cuanto a la *facilidad para programar las visitas en función de las preferencias de los/as propios/as pacientes*, aunque los resultados muestran una situación también positiva, la consideración sobre la disposición de las enfermeras es algo inferior. En la **tabla 3.2 y en el gráfico 3.2** se observa como el 87,7% de los/as pacientes afirman que es *siempre fácil programar las visitas* de las enfermeras en los momentos preferidos o más adecuados a sus necesidades, mientras que un 9,6% consideran que esta posibilidad se produce *algunas veces*.

Por el contrario, prácticamente la totalidad del resto de las respuestas, 2,0%, apuntan el hecho de que la disposición de las enfermeras a programar las visitas en los días u horas preferidas o acordes a las necesidades de los/as pacientes no se ha producido *nunca*.

Al igual que en la cuestión valorada con anterioridad, al presentar la información diferenciada según los perfiles/roles de enfermería implementados en cada una de las dos agrupaciones de pilotos, observamos nuevamente que en el grupo en el que interactúan los roles de EGEH y EGCA es superior el porcentaje de pacientes que consideran que existe una *disposición plena* por parte de las enfermeras a programar las visitas en función de las necesidades y/o deseos de los/as pacientes, 91,5%, frente al 86,4% recogido entre los/as pacientes atendidos/as por el grupo de enfermeras EGEH-EGC. En cualquier caso, si en ambos grupos agrupamos los porcentajes de las dos categorías más positivas, *siempre y algunas veces*, tal y como queda representado gráficamente, este porcentaje supera ligeramente el 97% en ambos casos.

Tabla 3.1. Las enfermeras se preocupan por contactar conmigo si no pueden acudir o se van a retrasar. Totales y Porcentajes, 2.011.

Preocupación de las Enfermeras por Contactar	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
Siempre	209	92,1	81	97,6	290	93,5
Algunas veces	9	4,0	1	1,2	10	3,2
Casi nunca						
Nunca	9	4,0	1	1,2	10	3,2
Ns/Nc	16		4		20	
Total	243	100	87	100	330	100

Fuente: Encuesta Satisfacción Pacientes/Cuidadores, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.1. Las enfermeras se preocupan por contactar conmigo si no pueden acudir o se van a retrasar. Porcentajes, 2.011.

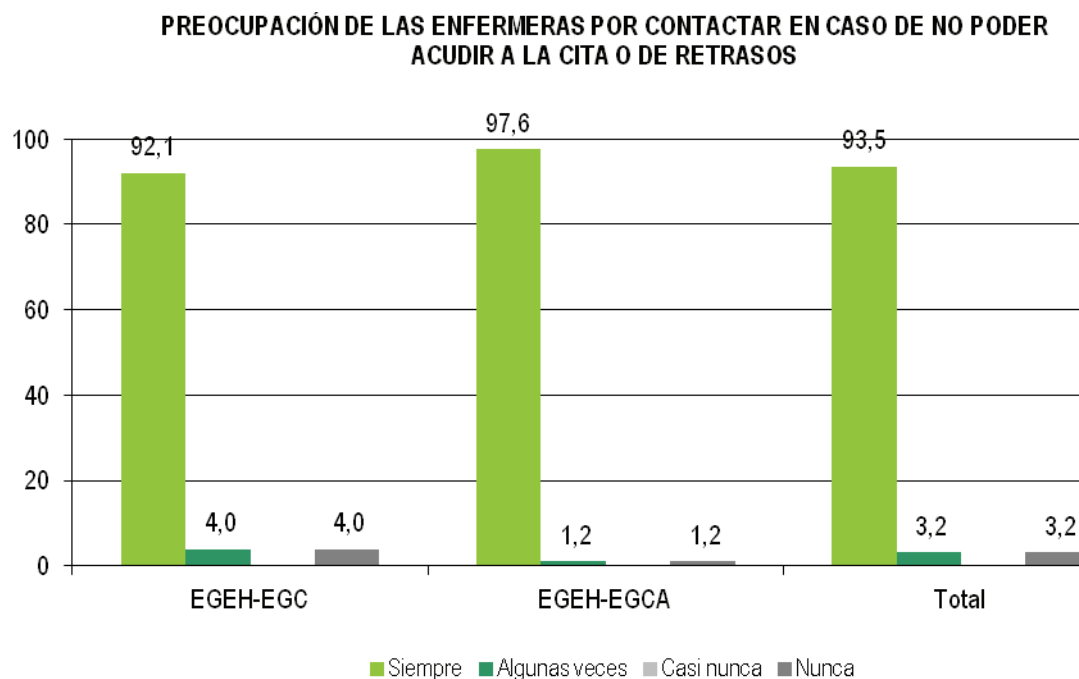
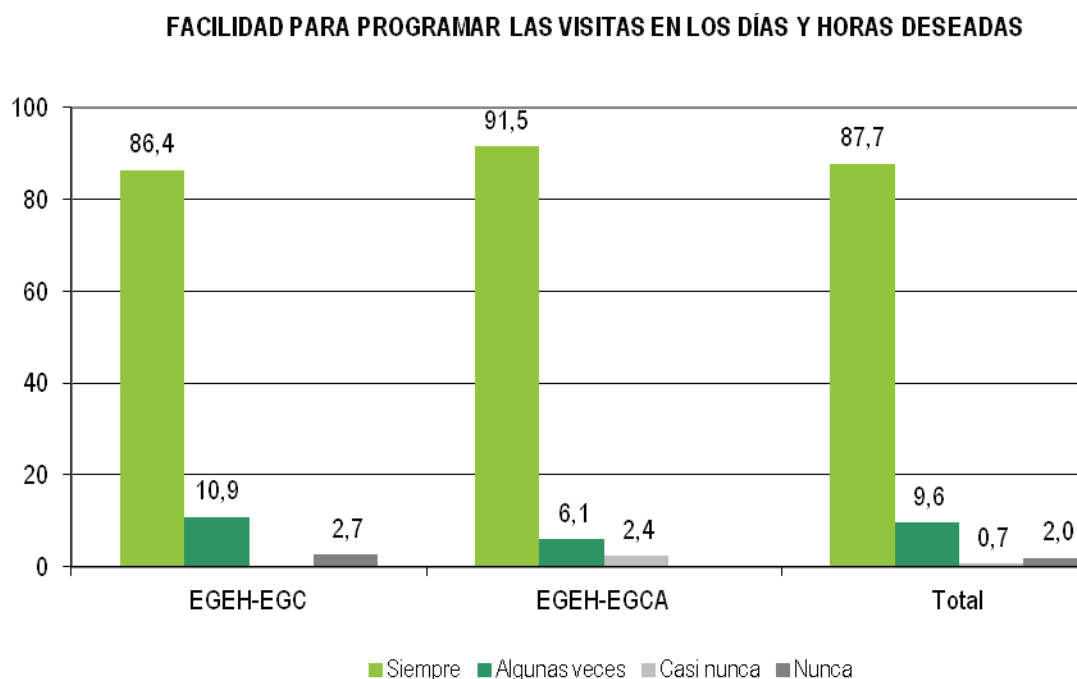


Tabla 3.2. Es fácil programar las visitas en los días y horas que quiero o me vienen mejor. Totales y Porcentajes, 2.011.

Facilidad para Programar las Visitas	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
Siempre	190	86,4	75	91,5	265	87,7
Algunas veces	24	10,9	5	6,1	29	9,6
Casi nunca			2	2,4	2	0,7
Nunca	6	2,7			6	2,0
Ns/Nc	23		5		28	
Total	243	100	87	100	330	100

Fuente: Encuesta Satisfacción Pacientes/Cuidadores, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.2. Es fácil programar las visitas en los días y horas que quiero o me vienen mejor. Porcentajes, 2011.



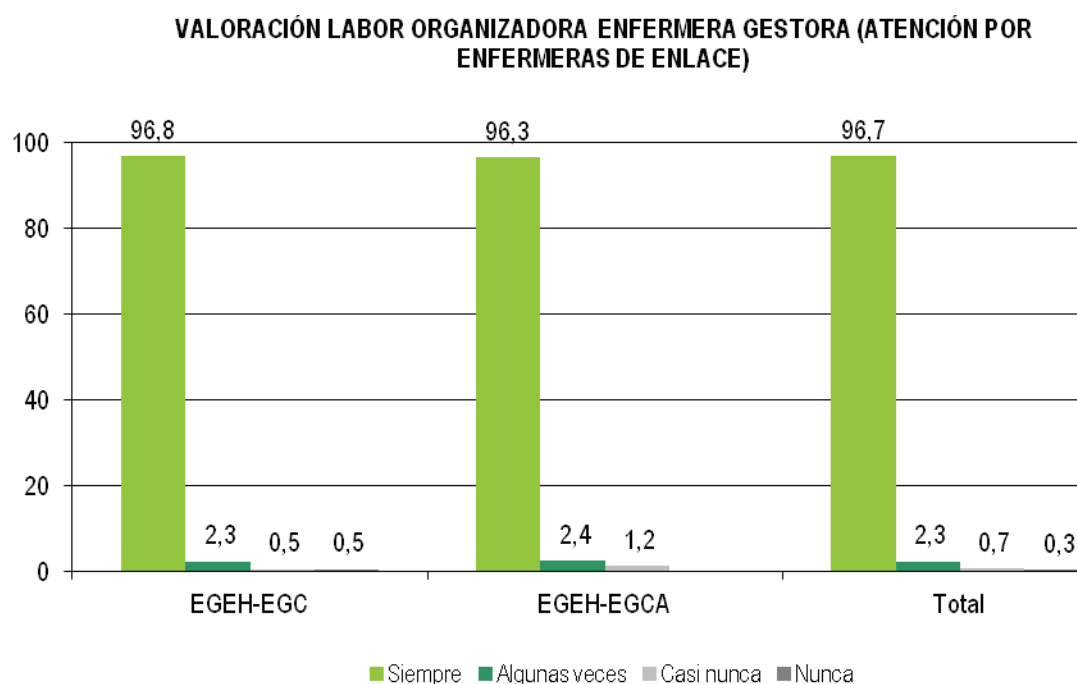
Finalmente, al analizar la última cuestión encuadrada en este apartado valorativo de la organización de la atención, concretamente la *valoración global del trabajo organizativo de la enfermera gestora*, **tabla 3.3 y gráfico 3.3**, los resultados no muestran diferencias entre los grupos definidos en base al tipo de enfermeras que interactúan en los diferentes pilotos, existiendo una consideración casi plena entre los/as pacientes de que dicho trabajo es adecuado; a saber: más del 96% de los/as pacientes en ambos grupos y, por ende, en el total, afirman que la *enfermera gestora hace un buen trabajo organizando la atención que necesita cada paciente en todas las ocasiones*, porcentajes que se acercan al 100% al agrupar las dos categorías más positivas.

Tabla 3.3. En general, la enfermera gestora hace un buen trabajo organizando la atención que necesito (sólo si usted ha recibido atención por enfermeras de enlace). Totales y Porcentajes, 2.011.

Valoración Organización Enfermera Gestora	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
Siempre	215	96,8	79	96,3	294	96,7
Algunas veces	5	2,3	2	2,4	7	2,3
Casi nunca	1	0,5	1	1,2	2	0,7
Nunca	1	0,5			1	0,3
Ns/Nc/No Procede	21		5		26	
Total	243	100	87	100	330	100

Fuente: Encuesta Satisfacción Pacientes/Cuidadores, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.3. En general, la enfermera gestora hace un buen trabajo organizando la atención que necesito (sólo si usted ha recibido atención por enfermeras de enlace). Porcentajes, 2.011.



3.2. Valoración de la Atención Directa de Carácter Verbal.

La segunda agrupación que hemos realizado de las cuestiones planteadas en el cuestionario recoge aquellas que valoran la atención directa a los/as pacientes de carácter más verbal, es decir, las explicaciones

recibidas de las enfermeras vinculadas con la atención realizada, con mejoras en los autocuidados y la escucha y comprensión, la empatía, mostrada por las propias enfermeras.

Los resultados de este último aspecto, cuyos resultados se recogen en la **tabla 3.4 y gráfico 3.4**, siguen la línea expuesta en la cuestión que cerraba el apartado anterior, con un elevado nivel de satisfacción por parte de los/as pacientes y sin diferencias entre las dos agrupaciones planteadas en función de los tipos o roles de enfermeras planteados.

Así, más del 93% de los/as pacientes que han respondido a la cuestión consideran que *siempre* se han sentido escuchados/as y comprendidos/as por su enfermera cuando le han explicado sus problemas de salud y las dificultades que le causan, porcentaje que asciende a casi un 99% al agrupar las dos respuestas más positivas.

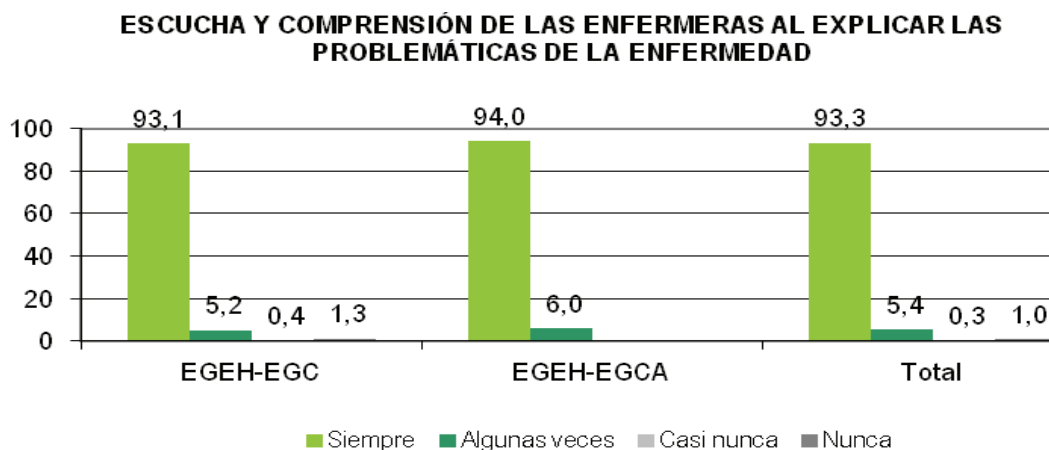
Por el contrario, únicamente el 1,3% (n=4) de los/as mismos/as afirman que *casi nunca o nunca* se han sentido escuchados/as y comprendidos/as, respuestas todas ellas aportadas en aquellos pilotos donde los roles de enfermeras eran EGEH-EGC.

Tabla 3.4. Me siento escuchado/a y comprendido/a por mi enfermera cuando le explico mis problemas de salud y las dificultades que me causa. Totales y Porcentajes, 2.011.

Escucha y Comprensión de las Enfermeras	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
Siempre	215	93,1	78	94,0	293	93,3
Algunas veces	12	5,2	5	6,0	17	5,4
Casi nunca	1	0,4			1	0,3
Nunca	3	1,3			3	1,0
Ns/Nc	12		4		16	
Total	243	100	87	100	330	100

Fuente: Encuesta Satisfacción Pacientes/Cuidadores, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.4. Me siento escuchado/a y comprendido/a por mi enfermera cuando le explico mis problemas de salud y las dificultades que me causa. Porcentajes, 2.011.



La segunda cuestión valorada, **tabla 3.5 y gráfico 3.5**, podríamos decir que intercambia los papeles y pone en cuestión la *comprensión que alcanzan de las explicaciones realizadas por parte de las enfermeras*. En esta ocasión, los porcentajes de la categoría más positiva sufren una reducción superior a los 10 puntos hasta situarse ligeramente por encima del 80%, tanto en ambos grupos como en el caso del global, aunque si agrupamos las dos categorías más positivas dichos porcentajes se sitúan claramente por encima del 90%.

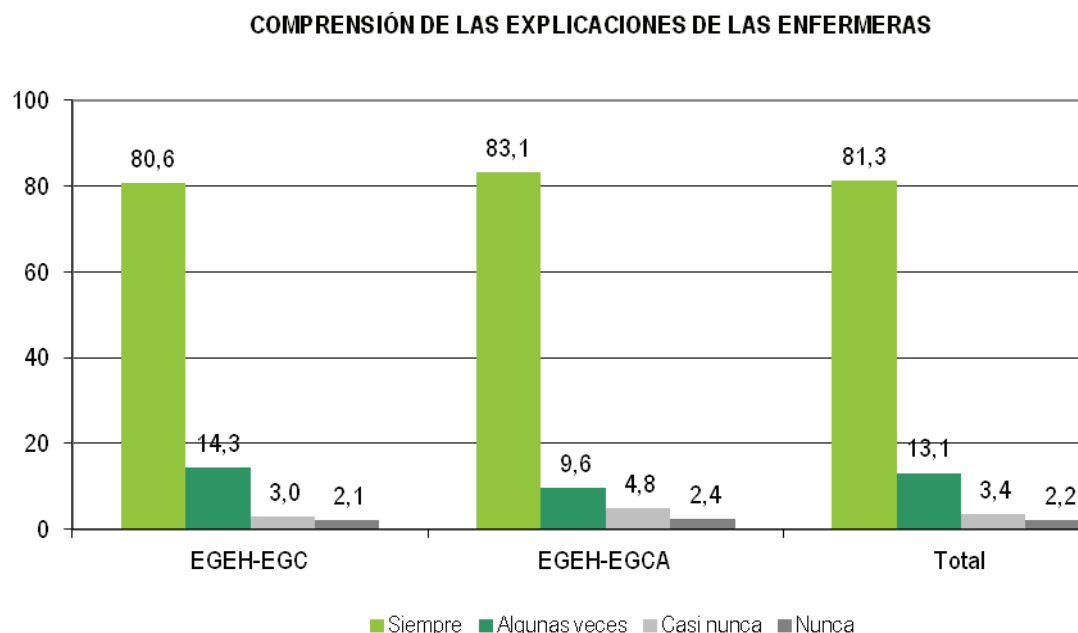
En el extremo opuesto, algo más del 5% de los/as pacientes que han respondido a esta cuestión señalan que *nunca o casi nunca* entienden a su enfermera cuando les explica las diferentes cosas, es decir realizan una valoración negativa de esta cuestión. En este punto, aunque las diferencias en los resultados entre las agrupaciones de los pilotos realizadas en función de los roles de enfermeras no son especialmente reseñables, se observa por primera vez unos resultados ligeramente menos positivos en la combinación de los roles EGEH-EGCA, en la medida que las categorías *nunca* y *casi nunca* suman un 7,2% de las respuestas, frente al 5,1% de la agrupación de pilotos donde los roles de enfermeras que interactúan son las EGEH-EGC.

Tabla 3.5. Entiendo a mi enfermera cuando me explica las cosas. Totales y Porcentajes, 2.011.

Comprensión Explicaciones Enfermeras	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
Siempre	191	80,6	69	83,1	260	81,3
Algunas veces	34	14,3	8	9,6	42	13,1
Casi nunca	7	3,0	4	4,8	11	3,4
Nunca	5	2,1	2	2,4	7	2,2
Ns/Nc	6		4		10	
Total	243	100	87	100	330	100

Fuente: Encuesta Satisfacción Pacientes/Cuidadores, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.5. Entiendo a mi enfermera cuando me explica las cosas. Porcentajes, 2.011.



Por último, los resultados valorativos de las enseñanzas que las enfermeras aportan para el autocuidado de los/as pacientes, **tabla 3.6 y gráfico 3.6**, muestran una situación intermedia entre las observadas en las dos cuestiones previas incluidas en este apartado. Así, en términos globales, el 87,5% de los/as pacientes afirman que les han enseñado a cuidarse por si mismos/as *en todas las ocasiones*, porcentaje que se incrementa hasta el 92,2% al agrupar las respuestas *positivas*. Mientras, por el contrario, hasta un 7,8% (n=23) señalan que dichas explicaciones no se han producido *nunca o casi nunca*.

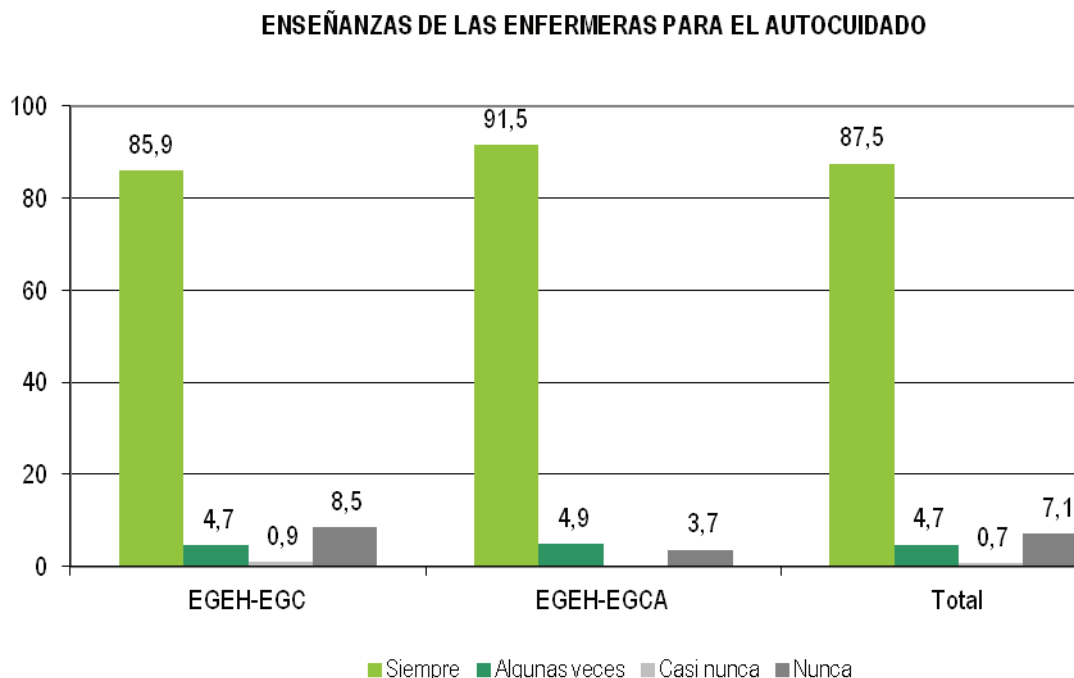
En la diferenciación de las agrupaciones basadas en los roles de enfermería intervinientes se retorna a la situación habitual en la cual los resultados son ligeramente más positivos entre los/as pacientes atendidos por las enfermeras EGEH-EGCA. Por apuntar uno de los datos, mientras en dicho grupo las categorías más negativas, *nunca o casi nunca*, recogen un porcentaje del 3,7% (n=3) de las respuestas, en la agrupación en que interactúan los roles EGEH-EGC dicho volumen alcanza el 9,4% (n=20).

Tabla 3.6. Las enfermeras me enseñan a cuidarme por mi mismo/a. Totales y Porcentajes, 2.011.

Enseñanzas para el Cuidado	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
Siempre	183	85,9	75	91,5	258	87,5
Algunas veces	10	4,7	4	4,9	14	4,7
Casi nunca	2	0,9			2	0,7
Nunca	18	8,5	3	3,7	21	7,1
Ns/Nc	30		5		35	
Total	243	100	87	100	330	100

Fuente: Encuesta Satisfacción Pacientes/Cuidadores, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.6. Las enfermeras me enseñan a cuidarme por mi mismo/a. Porcentajes, 2.011.



3.3.

Valoración de la Atención Directa Propiamente Dicha.

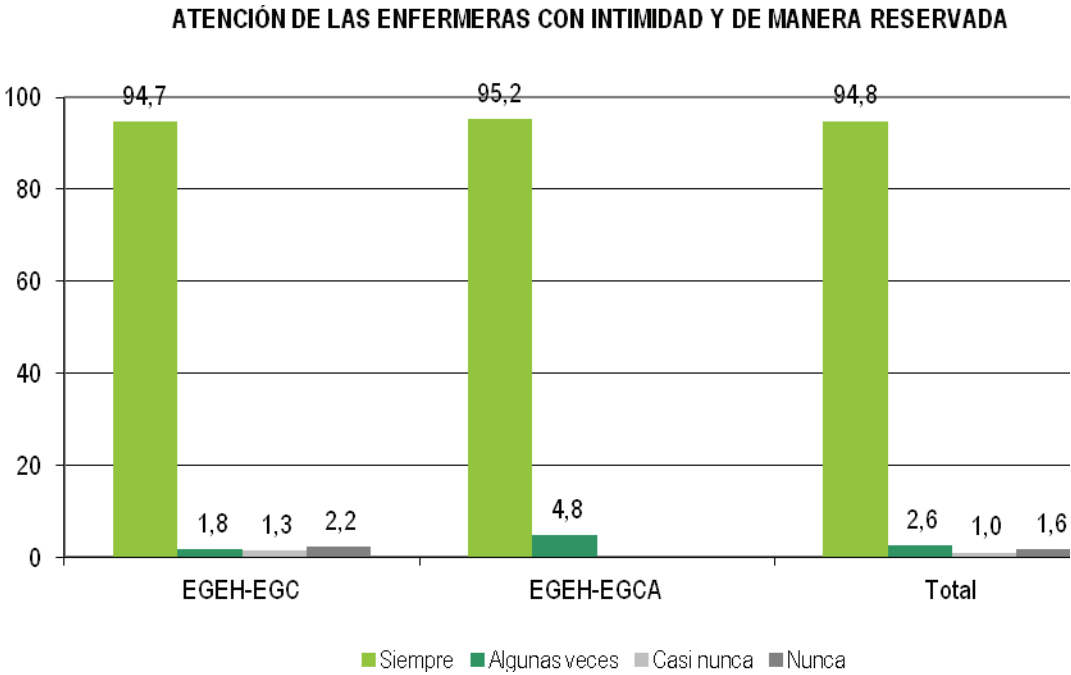
Las dos últimas cuestiones planteadas en el cuestionario, y que hemos agrupado en el epígrafe vinculado a la atención directa sobre los/as pacientes con el objetivo de mitigar los efectos de sus enfermedades y mejorar su calidad de vida, muestran unos resultados excelentes. Así, tal y como se observa en las **tablas 3.7 y 3.8 y en los gráficos 3.7 y 3.8**, porcentajes entorno al 95% e, incluso, sustancialmente superiores han respondido de manera plenamente positiva a las cuestiones planteadas, no observándose prácticamente diferencias en los resultados dependiendo de los roles de enfermeras que interactúan en cada uno de los dos grupos analizados.

Tabla 3.7. Mi enfermera me atiende con la suficiente intimidad y de manera reservada. Totales y Porcentajes, 2.011.

Atención con Intimidad	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
Siempre	214	94,7	80	95,2	294	94,8
Algunas veces	4	1,8	4	4,8	8	2,6
Casi nunca	3	1,3			3	1,0
Nunca	5	2,2			5	1,6
Ns/Nc	17		3		20	
Total	243	100	87	100	330	100

Fuente: Encuesta Satisfacción Pacientes/Cuidadores, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.7. Mi enfermera me atiende con la suficiente intimidad y e manera reservada. Porcentajes, 2.011.



Tabl

a

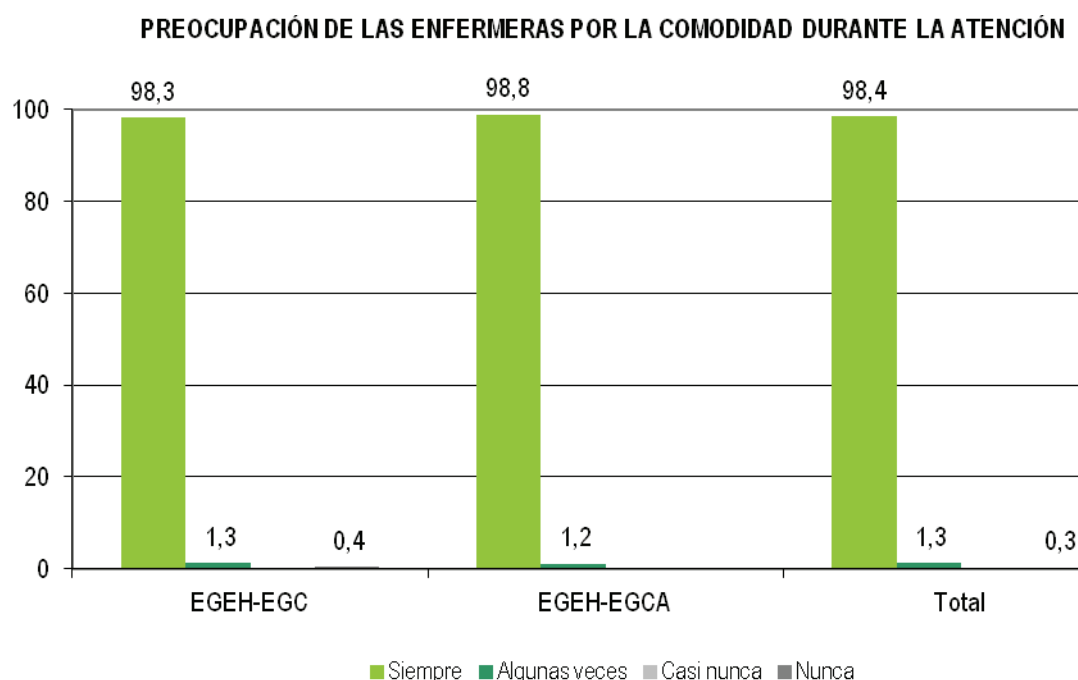
3.8.

Las enfermeras se preocupan de mi comodidad mientras me están tratando o cuidando. Totales y Porcentajes, 2.011.

Preocupación por la Comodidad	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
Siempre	225	98,3	85	98,8	310	98,4
Algunas veces	3	1,3	1	1,2	4	1,3
Casi nunca						
Nunca	1	0,4			1	0,3
Ns/Nc	14		1		15	
Total	243	100	87	100	330	100

Fuente: Encuesta Satisfacción Pacientes/Cuidadores, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.8. Las enfermeras se preocupan de mi comodidad mientras me están tratando o cuidando. Porcentajes, 2.011.

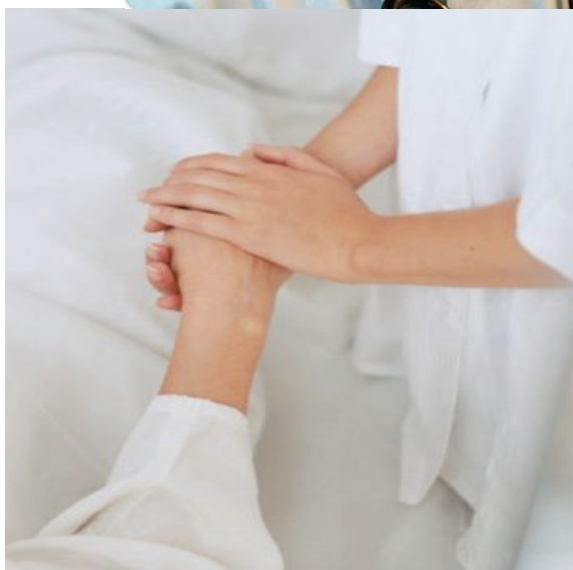
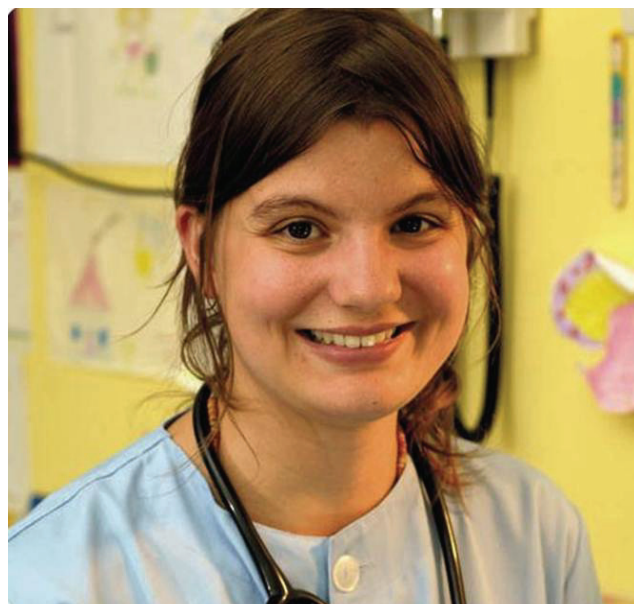


Así, en la primera de las cuestiones, el 94,8% de los/as pacientes consideran que la *atención de la enfermera se realiza siempre con la suficiente intimidad y de manera reservada*. Aunque como hemos apuntado los resultados son prácticamente idénticos en ambos grupos, es en aquel en el cual interactúan los roles de enfermeras EGEH y EGC dónde se observan las únicas respuestas en las categorías menos positivas: *casi nunca* y *nunca*.

En la segunda de las cuestiones planteadas, en la cual se interrogaba sobre la *preocupación de las enfermeras respecto a la comodidad de los/as pacientes durante el tratamiento o cuidado*, los resultados son aún más abrumadores en la medida que, prácticamente el 100% de las respuestas, ponen el énfasis en que dicha preocupación por la comodidad existe *siempre o algunas veces*.

Por ende, las referencias que se incluyen en las categorías menos positivas son, podríamos decir, inexistentes, un/a único/a paciente afirma que *nunca* se han preocupado por su comodidad mientras ha sido atendido/a.

ANEXO VIII INFORME RESULTADOS ENCUESTA SATISFACCIÓN CUIDADORES Y FAMILIARES



1. Presentación.

El presente documento recoge los Indicadores Cualitativos que analizan la Satisfacción con el desarrollo de los Proyectos Pilotos correspondientes al Proyecto Estratégico 8 “Competencias Avanzadas de Enfermería” por parte de los/as Cuidadores/as, es decir, la Valoración sobre su desarrollo y su incidencia tanto sobre ellos/as mismos/as como sobre los/as pacientes que cuidan.

2. Proceso Metodológico.

- ✓ El **objetivo básico** es aportar información sobre la Valoración de la Satisfacción de los/as Cuidadores/as con el proyecto.
- ✓ La **f fuente de información** es la Encuesta de Satisfacción (tipo SATISFAD).
- ✓ El **análisis de los datos** se ha realizado a través del programa estadístico SPSS (versión 14.0) y se ha llevado a cabo teniendo en cuenta la agrupación de los pilotos en función de las Figuras de las Profesionales (Enfermeras) que han intervenido en los mismos:
 - a. EGEH y EGC: pilotos 1, 2, 5, 6, y 8.
 - b. EGEH y EGCA: pilotos 3, 4, y 7.

3. Resultados.

Previamente a la exposición de los resultados principales en las tres cuestiones dirigidas expresamente hacia los/as cuidadores/as, hay que significar que ha habido 813 personas participantes en los proyectos pilotos, es decir, población diana que ha participado en el proyecto o ha sido captada para su participación, aunque con posterioridad haya quedado excluida por diversas razones.

De dichas 813 personas “participantes”, se ha realizado la encuesta al o a la cuidador/a en 486 casos, el 59,8% del total. Sin embargo, de esas 486 personas finalmente han respondido al cuestionario 406 ya que existían 80 casos que afirmaban que no han utilizado el servicio ofertado en los proyectos pilotos.

Así mismo, en cuanto a la representación gráfica de las respuestas de las personas que, finalmente, cumplieron los cuestionarios, hay que especificar que en las tablas sí se recogen aquellas que no han aportado información en cada uno de los ítems por no haber respondido a las cuestiones planteadas (no sabe / no contesta). Sin embargo, en los histogramas se ha considerado oportuno excluir las mismas para

posibilitar la comparativa y que no quede desvirtuada por los posibles diferentes volúmenes de no respuestas (no sabe/no contesta).

Por último, antes de recoger los resultados obtenidos de las dos cuestiones más específicamente dirigidas a los/as cuidadores/as, en la **tabla 3.1** se aporta la información sobre la relación que existe entre las personas cuidadoras y los/as pacientes atendidos/as. La principal característica, en las diversas agregaciones realizadas, muestra que el cuidado de los/as pacientes en niveles, al menos, del 92% es asumido por alguna persona de la familia.

Tabla 3.1. Relación de las personas cuidadoras con los/as pacientes. Totales y porcentajes, 2.011.

Relación con el Paciente	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
Familiar	266	94,7	115	92,0	381	93,8
Persona Externa	15	5,3	10	8,0	25	6,2
Total	281	100	125	100	406	100

Fuente: Encuesta Satisfacción Pacientes/Cuidadores, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Centrándonos en los resultados recogidos en las dos cuestiones que el cuestionario dirigía expresamente a los/as cuidadores/as, la primera de ellas interrogaba sobre las *posibilidades de decisión y participación que han tenido los/as pacientes y cuidadores/as a la hora de organizar los cuidados en el domicilio*, **tabla 3.2 y gráfico 3.1**. El principal resultado reseñable es que casi el 80% de los/as cuidadores/as, 78,9% exactamente, consideran que su participación y decisión se ha producido *siempre*, porcentaje que asciende por encima del 90% se consideramos las dos categorías positivas, *siempre y algunas veces*. Mientras, por el contrario, casi el 10% afirma que dicha situación no se ha producido *nunca o casi nunca*.

Por otro lado, si observamos los resultados basados en las agrupaciones de los 8 pilotos según los perfiles/roles de enfermeras que interactúan en los mismos, no se observan diferencias significativas ni en términos estadísticos ni en los porcentajes recogidos en la tabla y el gráfico. En ambos casos, entorno al 80% de los/as cuidadores/as siguen considerando que *siempre* han podido participar y decidir la organización de los cuidados en el domicilio.

Igualmente, en el extremo opuesto, algo más del 7% de las respuestas considera que *nunca* han podido participar y decidir la organización de dichos cuidados domiciliarios.

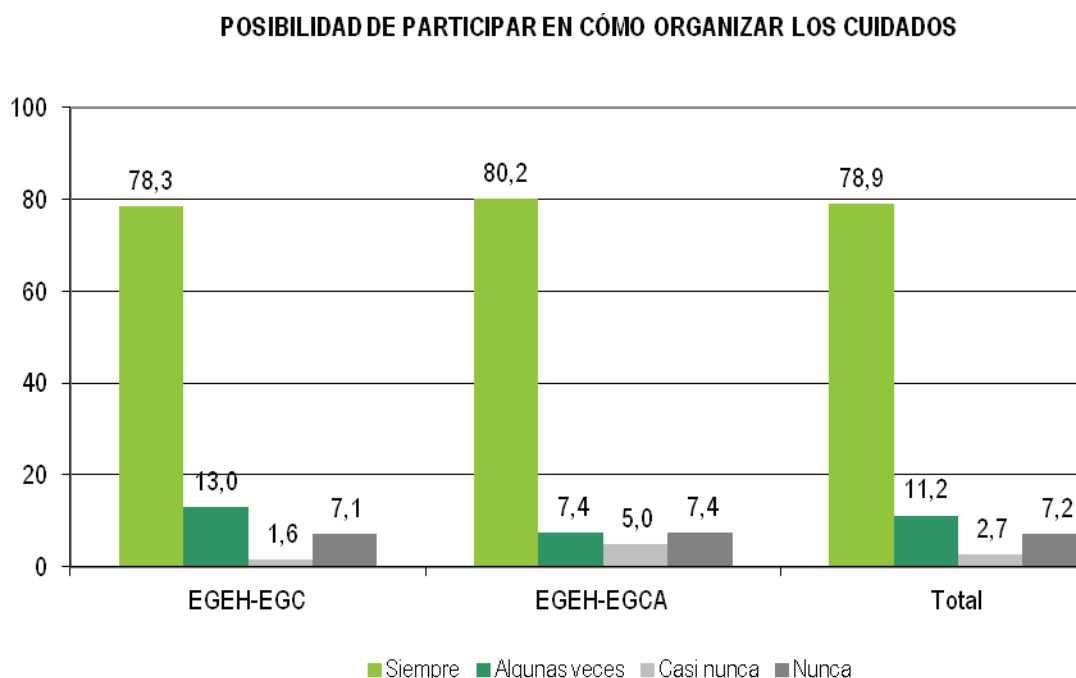
Tabla 3.2. Mi familiar y yo (cuidador/a) hemos podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio. Totales y porcentajes, 2.011.

Posibilidad participar en cómo organizar cuidados	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
Siempre	199	78,3	97	80,2	296	78,9
Algunas veces	33	13,0	9	7,4	42	11,2
Casi nunca	4	1,6	6	5,0	10	2,7
Nunca	18	7,1	9	7,4	27	7,2
Ns/Nc	27		4		31	
Total	281	100	125	100	406	100

Fuente: Encuesta Satisfacción Pacientes/Cuidadores, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

En cualquier caso, si sumamos los resultados de las dos categorías menos positivas, se observa que los resultados son ligeramente más negativos en el caso de aquellos pilotos en que los roles de enfermería que interactúan son EGEH y EGCA, 12,4%, frente al 8,7% que suman dichas categorías en la agrupación de pilotos con los roles de enfermería EGEH-EGC.

Gráfico 3.1. Mi familiar y yo (cuidador/a) hemos podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio. Porcentajes, 2.011.



En cuanto al siguiente ítem del cuestionario, la *incidencia que han tenido los servicios recibidos en mejorar la función de los/as cuidadores/as*, en la **tabla 3.3 y en el gráfico 3.2** se observa que el 84,5% de los/as cuidadores/as consideran que los servicios obtenidos a través de los proyectos pilotos les ha posibilitado mejorar su función como cuidadores/as *siempre*, porcentaje que se incrementa hasta el 91,7% si incluimos el 7,2% que suponen aquellos/as que consideran que la mejora se ha producido en *algunas ocasiones*.

Por el contrario, prácticamente la totalidad del resto de las respuestas, 7,7%, apuntan el hecho de que los servicios recibidos no les han ayudado *nunca* a mejorar su función como cuidadores/as.

Por otro lado, si desagregamos la información en base a los perfiles/roles de enfermería implementados en cada una de las dos agrupaciones de pilotos, observamos que aquel grupo en el que interactúa los roles de EGEH y EGCA es superior el porcentaje de cuidadores/as que consideran que los servicios recibidos les han ayudado a mejorar su función de cuidadores *siempre*, 89,3%, mientras que en el grupo de pilotos con la implementación de los roles de enfermería EGEH y EGC esta categoría recoge un porcentaje ligeramente más reducido, el 82,2% de las respuestas. En cualquier caso, si agrupamos las dos categorías más positivas la diferencia se reduce más de 3 puntos, 94,2% versus 90,5%.

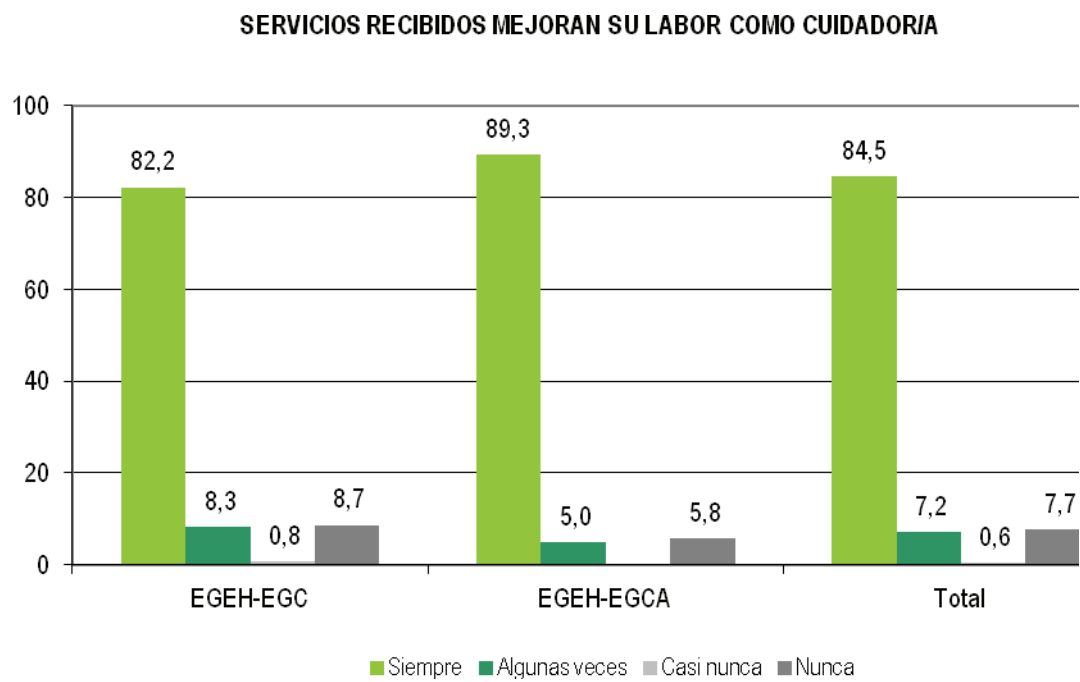
Por contraposición, en gran medida, esta diferencia se intercambia al analizar la categoría más negativa, es decir, aquella que considera que *nunca* estos servicios han ayudado a mejorar las tareas de cuidadores/as. Así, en los pilotos donde los roles implementados han sido EGEH y EGCA este porcentaje se sitúa en el 5,8% mientras que en aquellos donde se implementan los roles EGEH y EGC el mismo se incrementa hasta el 8,7%.

Tabla 3.3. Los servicios que recibo me ayudan a hacer mejor mi función de cuidador/a. Totales y porcentajes, 2.011.

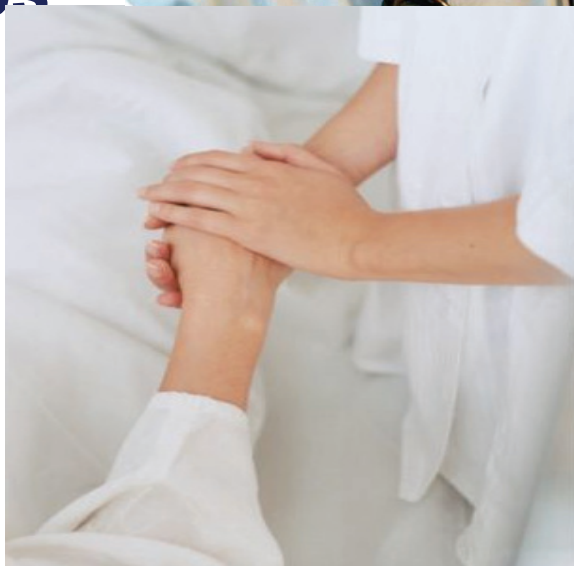
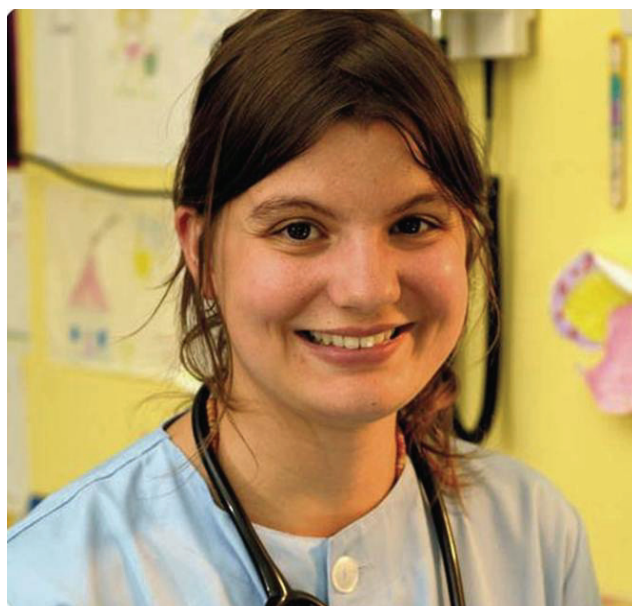
Servicios recibidos mejoran su labor	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
Siempre	198	82,2	108	89,3	306	84,5
Algunas veces	20	8,3	6	5,0	26	7,2
Casi nunca	2	0,8			2	0,6
Nunca	21	8,7	7	5,8	28	7,7
Ns/Nc	40		4		44	
Total	281	100	125	100	406	100

Fuente: Encuesta Satisfacción Pacientes/Cuidadores, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.2. Los servicios que recibo me ayudan a hacer mejor mi función de cuidador/a. Porcentajes, 2.011.



ANEXO IX INFORME RESULTADOS ENCUESTA SATISFACCIÓN PROFESIONALES



1. Presentación.

El presente documento recoge los Indicadores Cualitativos que analizan la Satisfacción con el desarrollo de los Proyectos Pilotos correspondientes al Proyecto Estratégico 8 “Competencias Avanzadas de Enfermería” por parte de los/as Profesionales que han tenido contacto con los mismos, es decir, la Valoración sobre su desarrollo y sobre los diversos aspectos sobre los que inciden, así como la percepción sobre su incidencia actual e, incluso, futura en diferentes ámbitos de la organización sanitaria.

2. Proceso Metodológico.

- ✓ El **objetivo básico** es aportar información sobre la Valoración de la Satisfacción de los/as Profesionales que han tenido contacto con el proyecto sobre el mismo.
- ✓ La **f fuente de información** es la Encuesta de Satisfacción de Profesionales que se ha creado “ad hoc” para la valoración del proyecto.
- ✓ El **análisis de los datos** se ha realizado a través del programa estadístico SPSS (versión 14.0) y se ha llevado a cabo teniendo en cuenta la agrupación de los pilotos en función de las Figuras de las Profesionales (Enfermeras) que han intervenido en los mismos:
 - a. EGEH y EGC: pilotos 1, 2, 5, 6, y 8.
 - b. EGEH y EGCA: pilotos 3, 4, y 7.

3. Resultados.

Previamente a la exposición de los resultados principales en las treinta y seis cuestiones dirigidas expresamente hacia los/as profesionales, hay que significar que han respondido al cuestionario 419 profesionales que han tenido relación con los proyectos pilotos y/o con las enfermeras pilotadas, aunque en algunas cuestiones haya profesionales que no han respondido a las cuestiones planteadas por desconocer la respuesta o por no querer definirse.

Teniendo en cuenta dicha consideración, en cuanto a la representación gráfica de las respuestas de los/as profesionales que han respondido a los cuestionarios, hay que especificar que en las tablas sí se recogen aquellas que no han aportado información en cada uno de los ítems por no haber respondido a las cuestiones planteadas (no sabe / no contesta). Sin embargo, en los histogramas se ha considerado oportuno excluir las

mismas para posibilitar la comparativa y que no quede desvirtuada por los diferentes volúmenes de no respuestas (no sabe/no contesta) de cada cuestión.

En esta línea, también hay que apuntar que, mientras en las tablas se ha optado por recoger los resultados en función de las diversas categorías de respuesta disponibles en el propio cuestionario, en el caso de los gráficos (histogramas) dichas categorías se han agrupado, en este caso, en tres, en función de si las mismas reflejan una valoración de carácter básicamente positiva, negativa o neutra. Así, teniendo en cuenta que la escala Likert recogía siete potenciales respuestas desde el 1 (totalmente en desacuerdo) hasta el 7 (totalmente de acuerdo), se ha optado porque las agrupaciones de las dos categorías más extremas sean incluidas en las categorizaciones positiva y negativa, respectivamente; mientras tanto las tres categorías de respuesta intermedias se han valorado como neutras sin considerar que la valoración de cada uno de los ítems tiende hacia lo positivo o lo negativo. El objetivo es poder establecer adecuadamente los volúmenes de respuestas que se definen claramente en términos de acuerdo (considerablemente satisfechos/as) o de desacuerdo (considerablemente insatisfechos/as).

Igualmente, en las tablas se ha reflejado el cálculo de otro indicador: las medias, resultados que se obtienen considerando la escala definida donde el 7 puntuaría aquellas respuestas totalmente de acuerdo respecto a la afirmación planteada en cada ítem y con un 1 aquellas totalmente en desacuerdo. En cualquier caso hay que apuntar que, si fuéramos metodológicamente estrictos, las características de la pregunta, específicamente de las variables o categorías establecidas para recoger las respuestas (escala ordinal), no presentan una escala numérica que son aquellas empleadas para calcular medias. Sin embargo, la virtualidad de los resultados a la hora de recopilar de manera esquemática y resumida el conjunto de los resultados de las siete categorías nos ha llevado a considerar apropiado presentar los resultados a través de esta forma de medida.

Por último, especificar que hemos presentado los resultados de las diversas cuestiones en siete áreas, en función del ámbito sobre el que interrogan:

1. Valoración de la información recibida en relación con el proyecto.
2. Valoración sobre el conocimiento de aspectos relacionados con las enfermeras pilotando y los/as pacientes participando en el proyecto.
3. Valoración sobre el conocimiento de la estructura organizacional del proyecto.
4. Valoración sobre la incidencia del proyecto en la organización del trabajo.
5. Valoración sobre la incidencia del proyecto en los/as pacientes y cuidadores/as.
6. Valoración sobre la/s figura/s de la/s enfermera/s que se están pilotando.
7. Valoración sobre la incidencia actual o potencial incidencia futura en la organización sanitaria (Osakidetza) en términos globales o generales.

3.1. Valoración de la Información Recibida en Relación con el Proyecto.

Comenzando por los resultados recogidos en los tres ítems del cuestionario que hemos agrupado en el capítulo referido a la información recibida en relación con el proyecto por parte de los/as profesionales, la primera de ellas interrogaba sobre la *recepción de información sobre los objetivos del proyecto*, **tabla 3.1 y gráfico 3.1**. El principal resultado reseñable es que casi el 40% de los/as profesionales realizan una valoración positiva sobre la información recibida respecto a los objetivos del proyecto, mientras algo menos del 20% de los/as mismos/as señalan que no están satisfechos/as con la información recibida sobre los objetivos del mismo. Estos resultados porcentuales, recogidos de manera gráfica en el histograma, suponen que la media alcanzada por las valoraciones de esta afirmación sea de 4,6 sobre 7.

Si observamos los resultados basados en las agrupaciones de los 8 pilotos según los perfiles/roles de enfermeras que interactúan en los mismos, se observa diferencias sustanciales tanto en las medias alcanzadas como en los porcentajes. Así, la media valorativa de los/as profesionales enmarcados/as en los pilotos donde han interactuado las enfermeras EGEH y EGCA es de 5,3 frente al 4,0 de aquella en la que los roles pilotados han sido los correspondientes a las enfermeras EGHE y EGC.

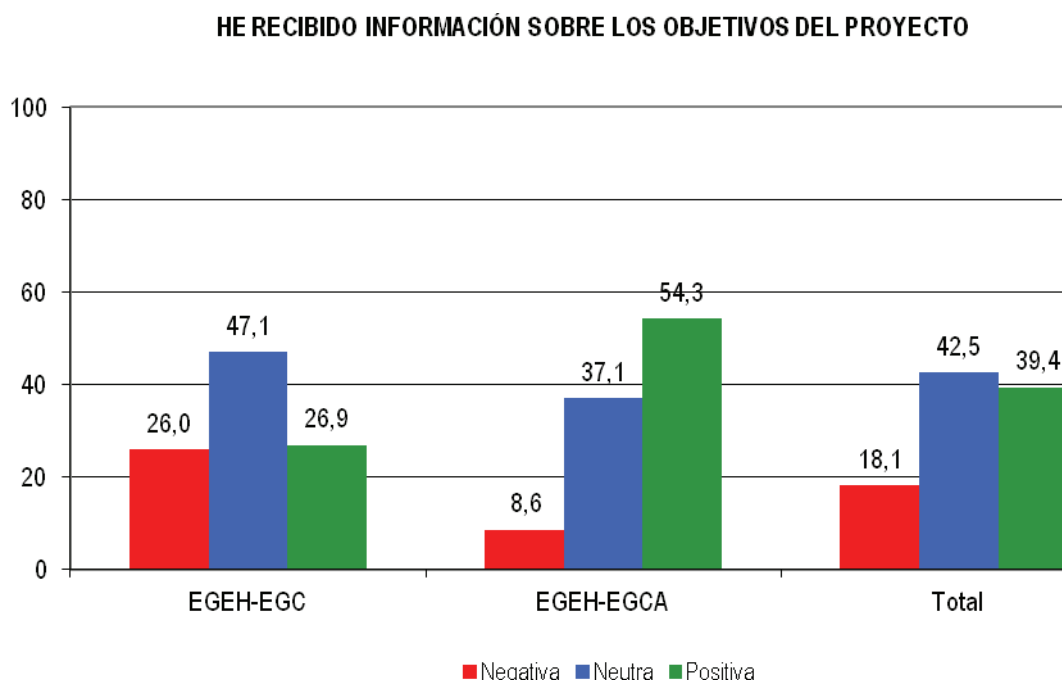
En términos porcentuales, las diferencias más reseñables se encuentran en que, mientras entre los/as profesionales vinculados/as a los proyectos pilotados donde participan los roles de enfermeras EGHE y EGCA las valoraciones positivas respecto a la información recibida sobre los objetivos del proyecto alcanzan el 54,3% de las respuestas, en la otra agrupación de pilotos (donde interactúan las EGEH y las EGC) este porcentaje se reduce al 26,9%. En el otro extremo, el porcentaje de valoraciones negativas se sitúa prácticamente en el mismo porcentaje, 26,0%, mientras en la agrupación de pilotos con interacción de las enfermeras EGEH y EGCA este porcentaje de valoraciones negativas se sitúa, claramente, por debajo del 10%, 8,6% exactamente.

Tabla 3.1. He recibido información sobre los objetivos del proyecto. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Información sobre Objetivos Proyecto	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	35	15,7	8	4,3	43	10,5
2	23	10,3	8	4,3	31	7,6
3	38	17,0	15	8,1	53	13,0
4	23	10,3	18	9,7	41	10,0
5	44	19,7	36	19,4	80	19,6
6	37	16,6	47	25,3	84	20,5
7	23	10,3	54	29,0	77	18,8
Ns/Nc	6		4		10	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	4,0		5,3		4,6	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.1. He recibido información sobre los objetivos del proyecto. Porcentajes, 2.011.



Aunque con “puntuaciones” ligeramente menos positivas, la valoración que hacen los/as profesionales de la *información recibida sobre las funciones/actividades de las diferentes figuras de enfermeras a pilotar* muestran una situación prácticamente idéntica a la presentada sobre la afirmación previa. Así, partiendo de una valoración media de 4,4 en términos globales, la distancia entre la valoración obtenida por cada uno de los grupos de pilotos se sitúa, al igual que en la afirmación previa, en 1,3 puntos; a saber: 5,1 en los pilotos donde han interactuado los roles de enfermeras EGEH y EGCA y 3,8 en aquellos donde han participado los roles EGEH y EGC, **tabla 3.2**.

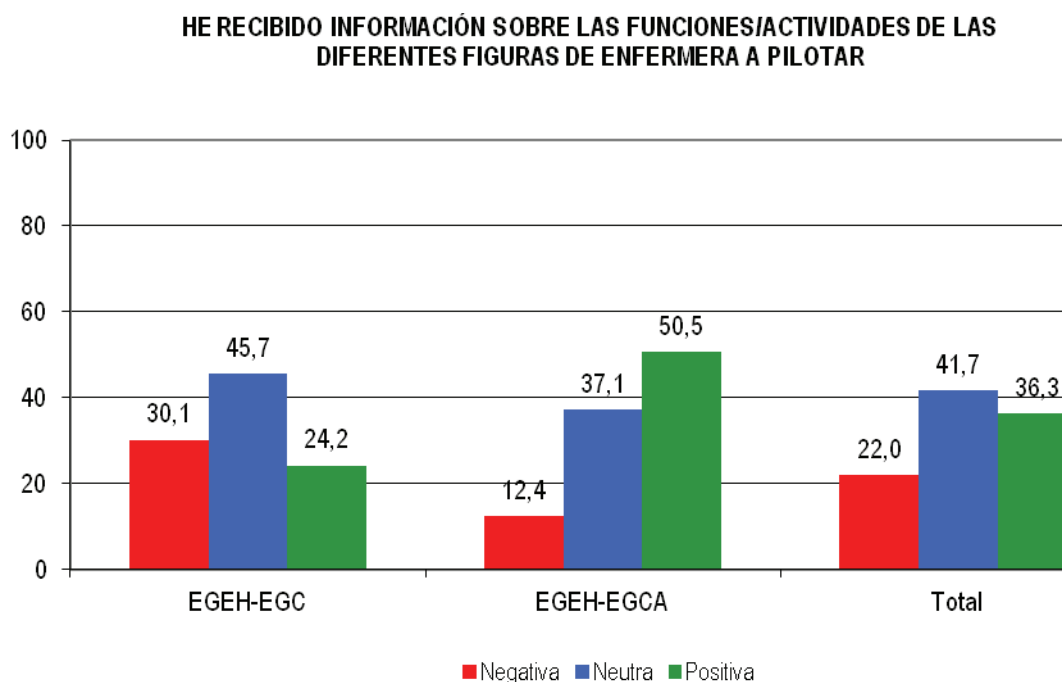
Tabla 3.2. He recibido información sobre las funciones/actividades de las diferentes figuras de enfermera a pilotar. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Información sobre Funciones Enfermeras	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	36	16,4	13	7,0	49	12,1
2	30	13,7	10	5,4	40	9,9
3	31	14,2	11	5,9	42	10,4
4	34	15,5	20	10,8	54	13,3
5	35	16,0	38	20,4	73	18,0
6	36	16,4	42	22,6	78	19,3
7	17	7,8	52	28,0	69	17,0
Ns/Nc	10		4		14	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	3,8		5,1		4,4	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

En lo referente a las diferencias porcentuales de las agrupaciones de las diferentes categorías de respuesta, **gráfico 3.2**, la suma de las valoraciones positivas en el conjunto de los pilotos es de un 36,3%, porcentaje que supera el 50% entre los pilotos en los que han interactuado los roles EGEH y EGCA, mientras que se sitúa 25 puntos por debajo, 24,2%, entre los/as profesionales en los que los roles de enfermeras que han interactuado han sido los de EGEH y EGC.

Gráfico 3.2. He recibido información sobre las funciones/actividades de las diferentes figuras de enfermera a pilotar. Porcentajes, 2.011.



F

inalmente, al analizar la última cuestión encuadrada en este apartado valorativo sobre la información recibida en relación con los aspectos más generales del proyecto, en concreto la *valoración sobre la utilidad de la información recibida para facilitar la colaboración con el proyecto piloto*, **tabla 3.3 y gráfico 3.3**, los resultados muestran la valoración menos positiva de la observada en los tres aspectos incluidos en el apartado, 4,0 de “puntuación media” media y 30,8% de respuestas agrupadas en la categoría positiva, porcentaje que se sitúa al mismo nivel del que suman las valoraciones negativas, 30,0%.

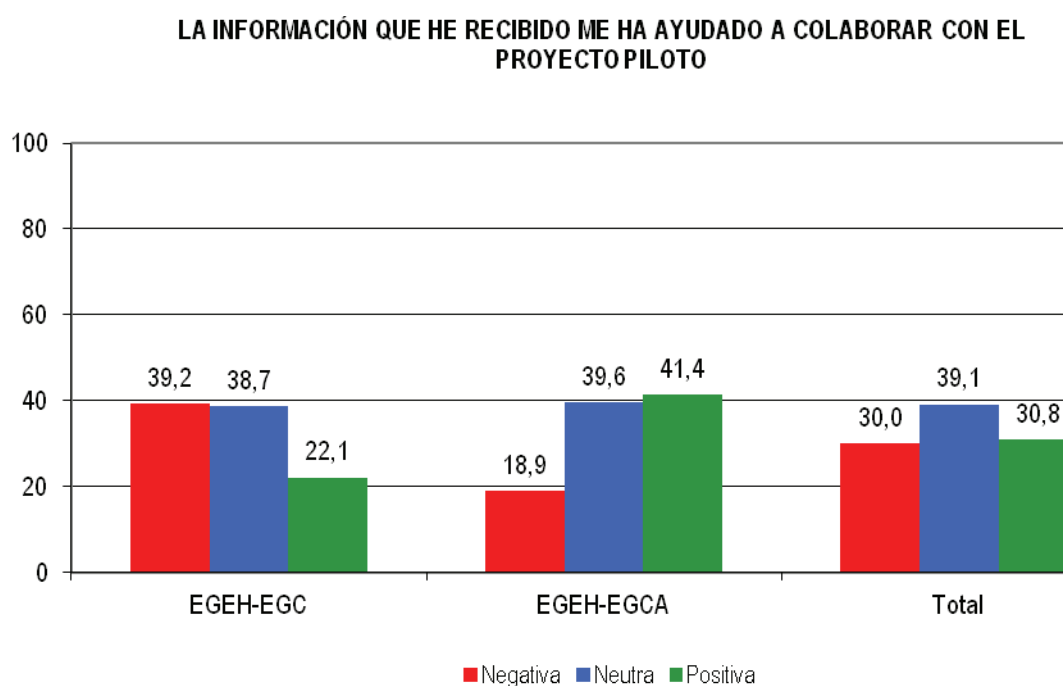
Por otro lado, las diferencias entre los grupos definidos en base al tipo de enfermeras que interactúan en los diferentes pilotos, aunque mantienen la lógica expuesta hasta el momento (y que observaremos a lo largo de todo el informe con niveles de satisfacción más elevados entre los/as profesionales relacionados con los pilotos en los cuales han interactuado los roles de EGEH y EGCA), también se han visto reducidas. Así, las valoraciones positivas en la agrupación de estos pilotos suman un 41,4%, mientras que las respuestas positivas vinculadas a esta afirmación en el caso de los pilotos que han contado con la participación del conjunto de enfermeras EGEH-EGC ha sido, únicamente, del 22,1%, siendo el porcentaje que alcanzan las valoraciones negativas el más elevado, 39,2%, de las tres categorías definidas.

Tabla 3.3. La información que he recibido me ha ayudado a colaborar con el proyecto piloto. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Información Ayuda para Colaboración	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	44	21,6	21	12,4	65	17,4
2	36	17,6	11	6,5	47	12,6
3	24	11,8	11	6,5	35	9,4
4	24	11,8	25	14,8	49	13,1
5	31	15,2	31	18,3	62	16,6
6	28	13,7	38	22,5	66	17,7
7	17	8,3	32	18,9	49	13,1
Ns/Nc	25		21		46	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	3,6		4,6		4,0	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.3. La información que he recibido me ha ayudado a colaborar con el proyecto piloto. Porcentajes, 2.011.



3.2. Valoración sobre el Conocimiento de las Enfermeras y Pacientes participantes en el Proyecto.

La segunda agrupación que hemos realizado de las cuestiones planteadas en el cuestionario recoge aquellas que valoran, de manera más específica, la información recibida o el conocimiento que han dispuesto sobre las figuras de enfermeras que se han pilotado y los/as pacientes participantes en el proyecto.

La valoración del primero de los aspectos, cuyos resultados se recogen en la **tabla 3.4 y gráfico 3.4**, hacen referencia al *conocimiento sobre el tipo de pacientes sobre los que se iba o se ha realizado la intervención*.

Así, en términos globales, destaca que el 54,0% de los/as profesionales consideran que han tenido un conocimiento adecuado sobre dichos/as pacientes. Como está siendo, y va a ser, habitual en los resultados expuestos hasta el momento, las consideraciones más positivas se observan entre los/as profesionales donde los roles de enfermeras pilotados han sido los de EGEH y EGCA, agrupación donde el porcentaje de respuestas positivas se acerca al 70% mientras las negativas no suman más que un 7,1%. Por el contrario, en la otra agrupación, pilotos donde interactúan las enfermeras EGEH y EGC dicho porcentaje se reduce al 42,3%, aunque sigue siendo el más elevado de las tres categorías incluidas.

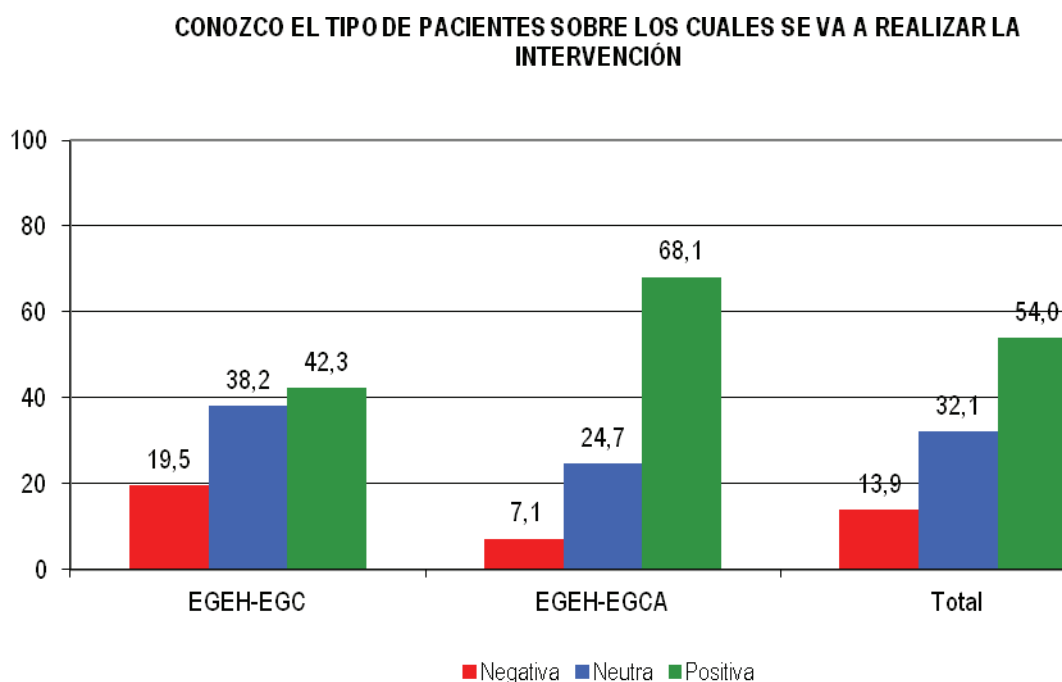
En cuanto a las “puntuaciones” medias alcanzadas por la información en relación con el tipo de pacientes, la diferencia entre ambas agrupaciones de pilotos se sitúa en 1 punto, 5,6 en el caso de aquellos pilotos donde los roles de enfermeras eran EGEH-EGCA y 4,6 en aquellos donde los roles que han interactuado han sido los de EGEH y EGC.

Tabla 3.4. Conozco el tipo de pacientes sobre los cuales se va a realizar la intervención. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Conocimiento Tipo Pacientes	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	33	15,0	9	4,9	42	10,4
2	10	4,5	4	2,2	14	3,5
3	22	10,0	9	4,9	31	7,7
4	22	10,0	14	7,7	36	9,0
5	40	18,2	22	12,1	62	15,4
6	48	21,8	55	30,2	103	25,6
7	45	20,5	69	37,9	114	28,4
Ns/Nc	9		8		17	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	4,6		5,6		5,1	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.4. Conozco el tipo de pacientes sobre los cuales se va a realizar la intervención. Porcentajes, 2.011.



La segunda cuestión valorada, **tabla 3.5 y gráfico 3.5**, relacionada en este caso con el *conocimiento sobre la figura de enfermera que se ha pilotado en su organización*, muestra unos resultados muy similares, aunque ligerísimamente más positivos. Así, las valoraciones positivas emitidas por los/as profesionales en términos globales alcanza el 56,3% de las respuestas, porcentaje que asciende hasta el 68,7% en el caso de los pilotos con interactuación de los roles EGEH y EGCA, reduciéndose al 46,2% en el otro grupo.

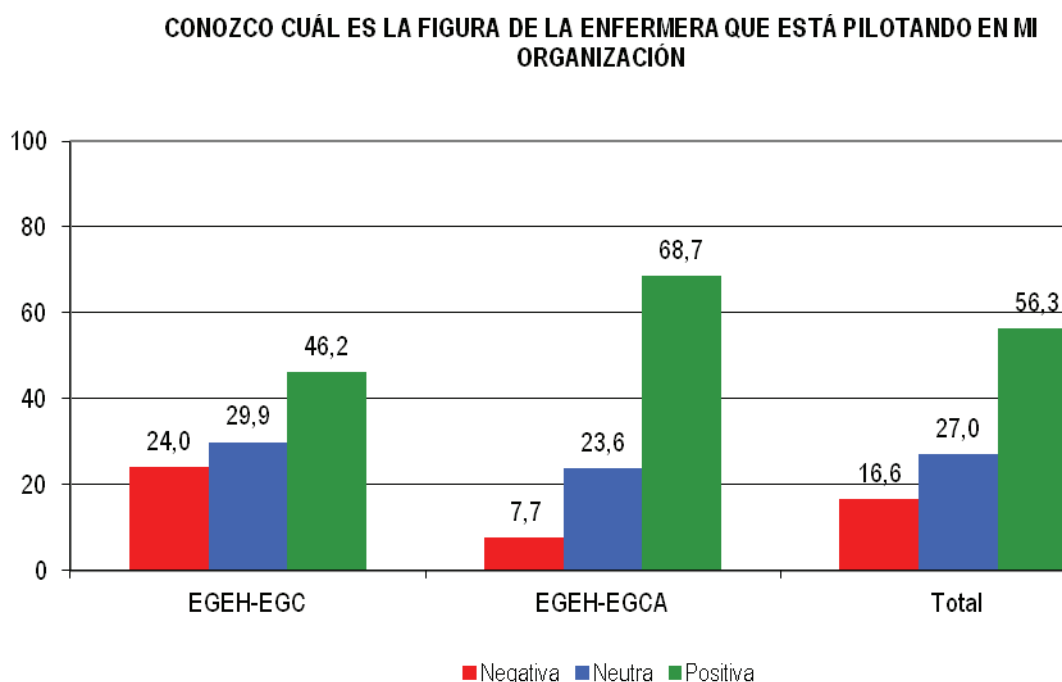
En cuanto a las “puntuaciones” medias, la diferencia entre los grupos se sitúa en 1,1 puntos, debido a que la media de valoración de los pilotos donde participan los roles EGEH-EGCA se ha incrementado 1 décima, hasta el 5,7.

Tabla 3.5. Conozco cuál es la figura de enfermera que se está pilotando en mi organización. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Conocimiento Figura Enfermera Pilotando	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	39	17,6	9	4,9	48	11,9
2	14	6,3	5	2,7	19	4,7
3	22	10,0	12	6,6	34	8,4
4	16	7,2	11	6,0	27	6,7
5	28	12,7	20	11,0	48	11,9
6	34	15,4	40	22,0	74	18,4
7	68	30,8	85	46,7	153	38,0
Ns/Nc	8		8		16	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	4,6		5,7		5,1	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.5. Conozco cuál es la figura de enfermera que se está pilotando en mi organización. Porcentajes, 2.011.



Por último, en los datos recogidos sobre el *conocimiento del nombre de la enfermera que desarrolla la figura que se está valorando en su organización*, **tabla 3.6 y gráfico 3.6**, se observan los mejores resultados obtenidos hasta el momento, posiblemente por tratarse de una información muy concreta, muy específica. Así, en términos globales, el 72,6% de los/as profesionales afirman que conocen el nombre de la enfermera que se está pilotando en su organización, mientras menos de un 20% se sitúan en las categorías que implicaría que no conocen ni siquiera el nombre de dicha enfermera.

Tabla 3.6. Conozco el nombre de la enfermera que desarrolla esta figura en mi organización. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Conocimiento Nombre Enfermera Pilotando	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	45	21,2	16	8,8	61	15,5
2	6	2,8	2	1,1	8	2,0
3	6	2,8	5	2,7	11	2,8
4	5	2,4	4	2,2	9	2,3
5	9	4,2	10	5,5	19	4,8
6	18	8,5	18	9,9	36	9,1
7	123	58,0	127	69,8	250	63,5
Ns/Nc	17		8		25	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	5,2		6,0		5,6	

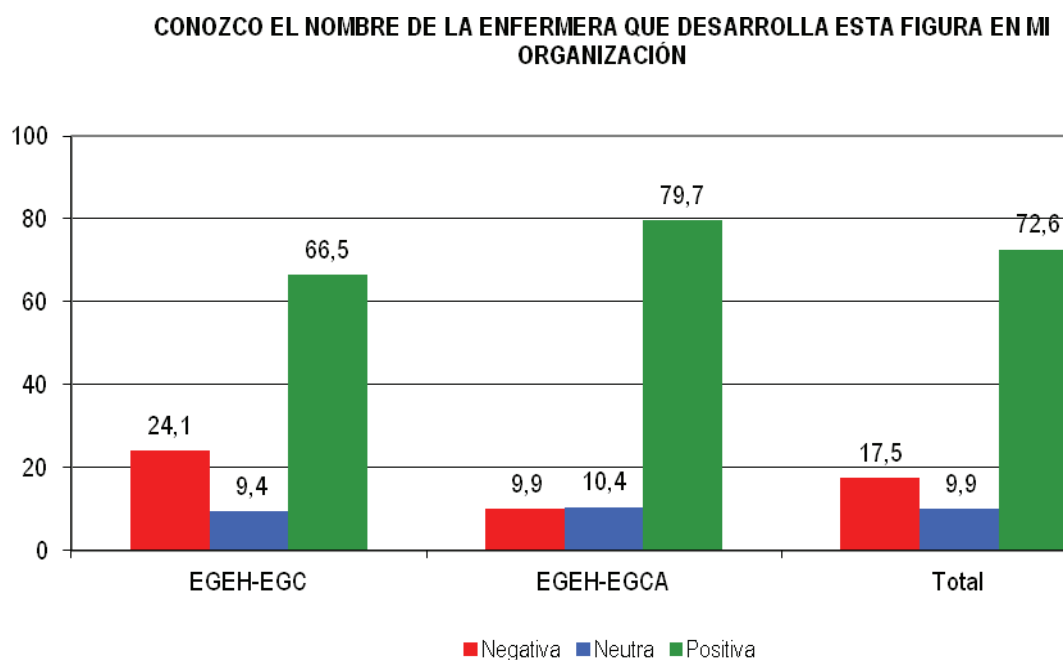
Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

En la diferenciación de las agrupaciones basadas en los roles de enfermería intervinientes, a pesar de que el conocimiento es elevado entre los/as profesionales relacionados con ambas agrupaciones de pilotos, sigue siendo sustancialmente más elevado en el caso de aquellos donde los roles de enfermeras son EGEH-EGCA, 79,7%, frente al 66,5% de aquellos donde el tipo de enfermeras son EGEH-EGC.

Evidentemente, estos porcentajes tienen incidencia sobre las “puntuaciones” medias resultantes de la valoración sobre el conocimiento del nombre de la enfermera que se está pilotando en su organización: 5,6 en el caso de los datos globales, que asciende al 6,0 en el caso de los pilotos con los roles EGEH-EGCA interactuando, reduciéndose al 5,2 en la otra agrupación de pilotos.

Apuntar, por último, que la especificidad o concreción de la cuestión planteada provoca que nos encontremos con el porcentaje más reducido de respuestas neutras.

Gráfico 3.6. Conozco el nombre de la enfermera que desarrolla esta figura en mi organización. Porcentajes, 2.011.



3.3. Valoración sobre el Conocimiento de la Estructura Organizacional del Proyecto.

La tercera agrupación que hemos realizado de los ítems o afirmaciones planteados en el cuestionario recoge aquellos que valoran el conocimiento respecto a la estructura organizacional del proyecto. Así, la primera de las cuestiones interroga sobre el *conocimiento con el que cuentan los/as profesionales en relación con la formula o el mecanismo adecuado para contactar con la enfermera pilotándose en su organización.*

Los resultados de este aspecto, cuyos resultados se recogen en la **tabla 3.7 y gráfico 3.7**, siguen la línea expuesta en la cuestión que cerraba el apartado anterior, con un elevado nivel de satisfacción por parte de los/as profesionales de los pilotos donde los roles de enfermería son el EGEH y EGCA, de forma que la agrupación de las categorías más positivas recoge casi el 80% de las respuestas. Sin embargo, en el caso de los pilotos donde las figuras de enfermeras que han interactuado han sido EGEH y EGC, dicho porcentaje se reduce hasta el 55,7% de respuestas positivas.

Así, la distancia en las “puntuaciones” medias de valoración alcanzadas por cada uno de los dos grupos de pilotos vuelve a situarse en 1 punto, 6,0 vs. 5,0, tras la reducción observada en las cuestiones que cerraban el apartado previo.

Tabla 3.7. Conozco cómo contactar con la figura de enfermera que está pilotando en mi organización. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Conocimiento Forma Contacto Enfermera	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	39	18,4	13	7,1	52	13,2
2	10	4,7	3	1,6	13	3,3
3	12	5,7	2	1,1	14	3,5
4	13	6,1	12	6,6	25	6,3
5	20	9,4	10	5,5	30	7,6
6	22	10,4	20	10,9	42	10,6
7	96	45,3	123	67,2	219	55,4
Ns/Nc	17		7		24	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	5,0		6,0		5,5	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

En cuanto al *conocimiento sobre cuál es el Centro/Comarca/Hospital con el que se coordina esta enfermera*, **tabla 3.8 y gráfico 3.8**, podríamos realizar las mismas consideraciones que hemos apuntado al valorar el ítem previo, con unas mínimas diferencias. Así, el porcentaje de valoraciones más positivas entre los pilotos con roles de enfermeras EGEH-EGCA supera levemente el 80%, mientras en el otro grupo de roles pilotados dicho porcentaje se acerca al 60%.

En lógica consecuencia, las “puntuaciones” medias son similares a las observadas en el punto previo, aunque la diferencia se ha incrementado hasta los 1,2 puntos: 6,1 vs. 4,9, manteniéndose la media de los datos globales en el 5,5.

La siguiente cuestión, o afirmación, valorada hacía referencia *al conocimiento de que disponían los/as profesionales sobre la otra figura de enfermera con la que se coordinaba la enfermera referente para ellos/as en su Centro/Comarca/Hospital*. Las respuestas, recogidas en la **tabla 3.9 y el gráfico 3.9**, muestran una situación significativamente menos positiva a las observadas en las dos cuestiones previas incluidas en este apartado. Así, en términos globales, únicamente el 38,8% de los/as profesionales han respondido de manera

positiva a esta cuestión, porcentaje prácticamente idéntico al 37,4% que responden de manera opuesta o contraria.

Gráfico 3.7. Conozco cómo contactar con la figura de enfermera que está pilotando en mi organización.

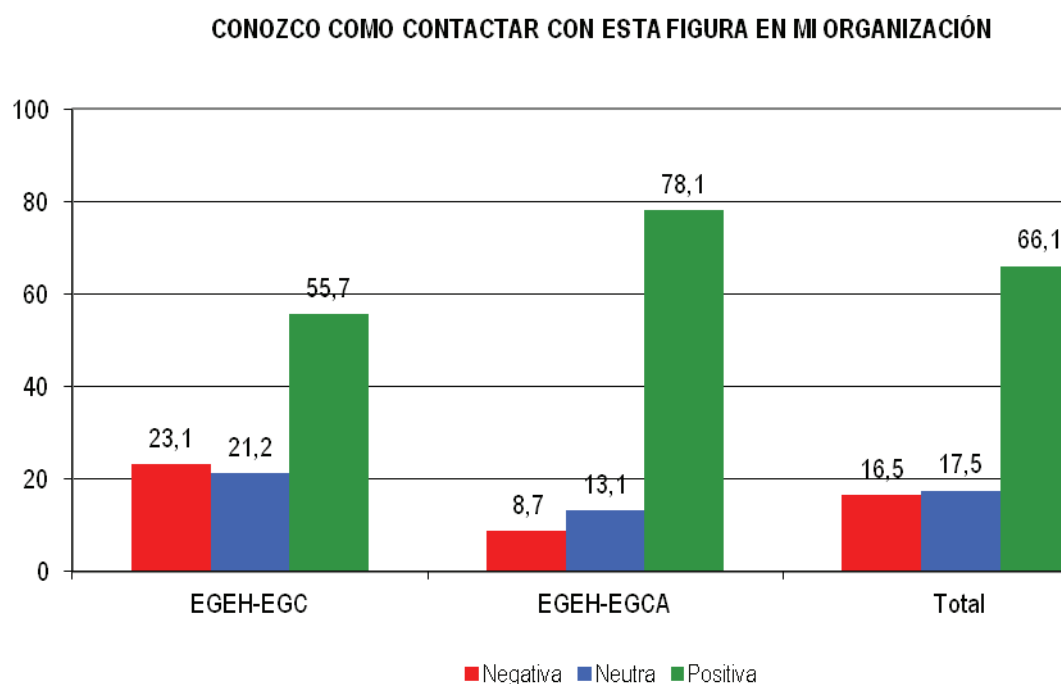


Tabla 3.8. Conozco cuál es el Centro/Comarca/Hospital con el que se coordina esta enfermera. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Conocimiento Centro de Coordinación	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	44	20,7	10	5,5	54	13,7
2	12	5,6	4	2,2	16	4,1
3	7	3,3	2	1,1	9	2,3
4	8	3,8	7	3,8	15	3,8
5	18	8,5	12	6,6	30	7,6
6	25	11,7	28	15,4	53	13,4
7	99	46,5	119	65,4	218	55,2
Ns/Nc	16		8		24	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	4,9		6,1		5,5	

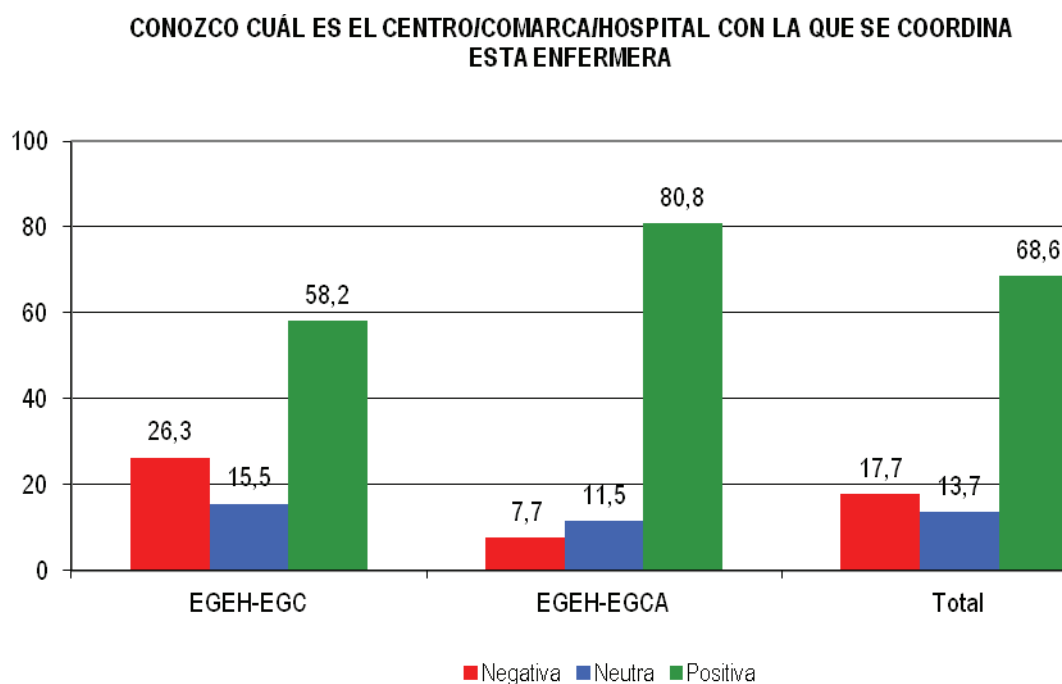
Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

En la diferenciación de las agrupaciones basadas en los roles de enfermería intervinientes se mantiene la situación habitual en la cual los resultados son sustancialmente más positivos entre los/as profesionales de los pilotos donde interactúan los roles EGEH-EGCA. Por apuntar uno de los datos, mientras en dicho grupo las categorías más negativas recogen un porcentaje del 22,0% de las respuestas, en la agrupación en que interactúan los roles EGEH-EGC dicho volumen supera el 50%, duplicando a prácticamente todos los resultados más negativos de dichos pilotos presentados hasta el momento.

Estos resultados porcentuales provocan que las “puntuaciones” medias de ambos grupos de pilotos presenten una diferencia de hasta 1,6 puntos, 4,9 en el caso de aquellos con los roles EGEH-EGCA frente al 3,3 de los correspondientes a la interacción de los roles EGEH-EGC.

Gráfico 3.8. Conozco cuál es el Centro/Comarca/Hospital con la que se coordina esta enfermera. Porcentajes, 2.011.

Tabla 3.9. Conozco cuál es la otra figura de enfermera con la que se coordina la enfermera de mi

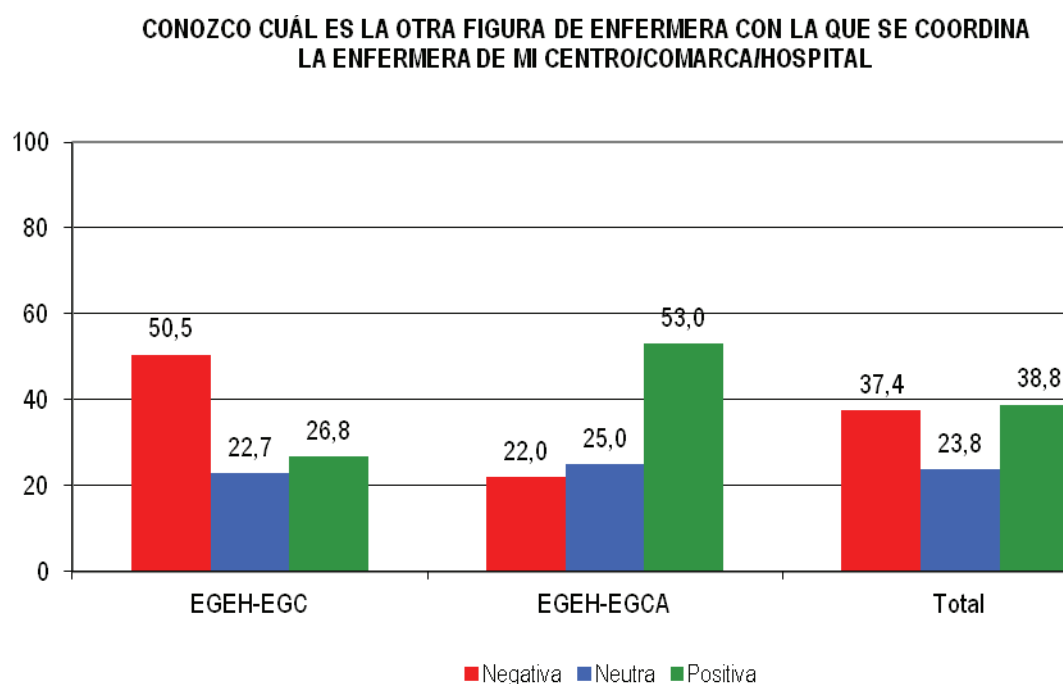


Centro/Comarca/Hospital. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Conocimiento Otra Figura de Enfermera	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	80	40,4	34	20,2	114	31,1
2	20	10,1	3	1,8	23	6,3
3	17	8,6	7	4,2	24	6,6
4	11	5,6	18	10,7	29	7,9
5	17	8,6	17	10,1	34	9,3
6	13	6,6	23	13,7	36	9,8
7	40	20,2	66	39,3	106	29,0
Ns/Nc	31		22		53	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	3,3		4,9		4,0	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.9. Conozco cuál es la otra figura de enfermera con la que se coordina la enfermera de mi Centro/Comarca/Hospital. Porcentajes, 2.011.



Por último, para finalizar este tercer apartado correspondiente a la presentación de resultados, los datos presentados en la **tabla 3.10 y el gráfico 3.10** denotan el escaso *conocimiento con el que cuentan los/as profesionales en relación con los servicios que O-Sarean (Osakidetza en red) ofrece a los pacientes*. Así, más del 50% de los/as mismos/as apuntan a ello con sus respuestas encuadradas en las categorías más negativas, lo que provoca que la “puntuación” media se sitúe en el 3,1, lo que podríamos definir como el primer “suspense” de las valoraciones.

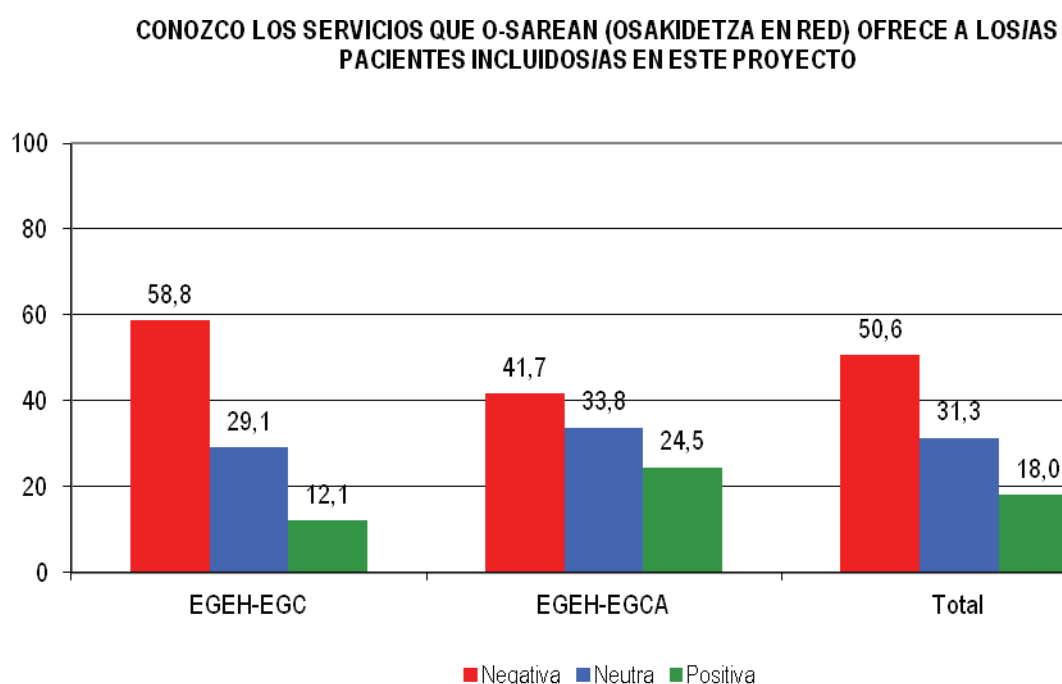
Tabla 3.10 Conozco los servicios que O-Sarean (Osakidetza en red) ofrece a los/as pacientes incluidos/as en este proyecto. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Conocimiento Servicios OSAREAN Pacientes	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	73	44,2	40	26,5	113	35,8
2	24	14,5	23	15,2	47	14,9
3	18	10,9	11	7,3	29	9,2
4	21	12,7	15	9,9	36	11,4
5	9	5,5	25	16,6	34	10,8
6	12	7,3	17	11,3	29	9,2
7	8	4,8	20	13,2	28	8,9
Ns/Nc	64		39		103	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	2,6		3,6		3,1	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Por otro lado, señalar que, aunque los resultados siguen siendo mejores en aquellos proyectos donde los roles de enfermera pilotados son los de EGEH y EGCA, las valoraciones negativas también son las más numerosas de las tres categorías, ascendiendo a un porcentaje superior al 40%. Mientras tanto, en la otra agrupación (EGEH y EGC), estas valoraciones se acercan al 60%, derivando en una “puntuación” media que alcanza un escaso 2,6.

Gráfico 3.10. Conozco los servicios que O-Sarean (Osakidetza en red) ofrece a los/as pacientes incluidos/as en este proyecto. Porcentajes, 2.011.



3.4. Valoración sobre la Incidencia en la Organización del Trabajo.

El cuarto de los apartados recogidos en el informe se centra en aspectos que tienen una mayor incidencia, de forma directa, en los/as profesionales; a saber: la influencia que este proyecto tiene en la organización del trabajo de dichos/as profesionales, así como en la interrelación y coordinación con otros ámbitos y otros/as profesionales.

La primera de las cuestiones, aún muy vinculada a aspectos relacionados con la recepción de información presentados en los apartados previos, interrogaba sobre *la disposición de información, de una forma ágil, respecto a la situación clínica del/de la paciente incluido/a en el proyecto*. Así, tal y como se observa en la **tabla 3.11 y en el, gráfico 3.11**, no se puede considerar que la incidencia del proyecto en este ámbito haya

sido generalizada en la medida que, únicamente, el 34,0% de los/as profesionales consideran que el desarrollo de los proyectos pilotos les ha posibilitado disponer de la información con mayor prontitud.

Como sigue siendo habitual, son los/as profesionales donde la interacción de los roles de enfermería son EGEH y EGCA los que aportan unos resultados más positivos, aunque la agrupación de tales categorías no alcanza el 45% de las respuestas emitidas. La otra agrupación, en la cual son los roles EGEH y EGC los que se están pilotando, las respuestas de carácter positivo se sitúan en un reducido 25,7%, siendo las respuestas neutras (las que denotarían una consideración de no existencia de cambios en esta cuestión) las que sumarían el porcentaje de respuestas más elevadas en este caso, 41,1%.

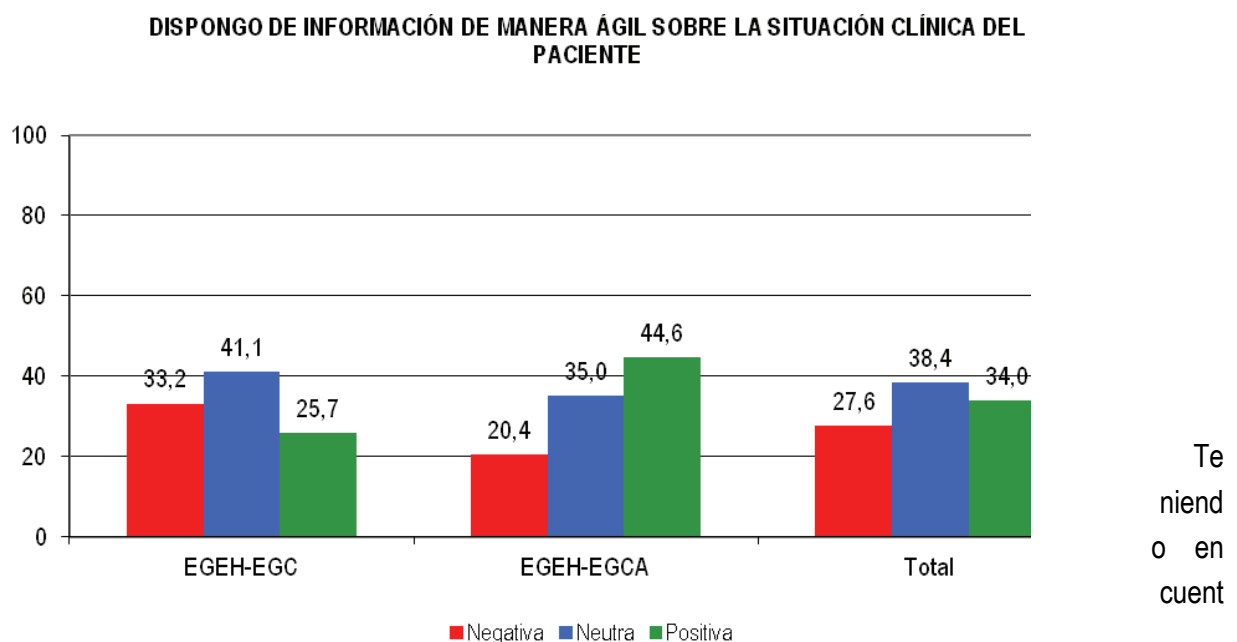
En cuanto a la diferencia en las “puntuaciones” medias, se sigue manteniendo un salto entre ambos grupos entorno al punto, 4,7 vs. 3,8.

Tabla 3.11. Dispongo de información de manera ágil sobre la situación clínica del paciente. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Información Ágil Situación Paciente	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	43	21,3	19	12,1	62	17,3
2	24	11,9	13	8,3	37	10,3
3	23	11,4	6	3,8	29	8,1
4	25	12,4	22	14,0	47	13,1
5	35	17,3	27	17,2	62	17,3
6	29	14,4	36	22,9	65	18,1
7	23	11,4	34	21,7	57	15,9
Ns/Nc	27		33		60	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	3,8		4,7		4,2	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.11. Dispongo de información de manera ágil sobre la situación clínica del paciente. Porcentajes, 2.011.



a la no muy elevada incidencia que parece haber tenido el proyecto a la hora de agilizar la disposición de información clínica sobre el paciente mostrada en la cuestión previa, el siguiente interrogante pretendía valorar *si la disposición de tal información ha modificado la forma de trabajar de los/as profesionales*.

Así, los datos recogidos en la **tabla 3.12 y el gráfico 3.12** nos muestran que este sería el ámbito de los presentados hasta el momento donde la incidencia de los proyectos pilotos ha sido inferior (a excepción del conocimiento de los servicios que O-Sarean ofrece a los/as pacientes incluidos en el proyecto), lo cual no tiene porque indicar básicamente que dichos proyectos o, más específicamente, las modificaciones que acarreen, no tenga su validez, sino que quizás existan ciertas reticencias a los cambios, tanto en las organizaciones como en los/as profesionales, sobre las que haya que intervenir.

Centrándonos en los datos, únicamente el 17,4% de los/as profesionales, en términos globales, habría seleccionado una de las respuestas agrupadas en la categoría positiva mientras casi el 45% habría optado por alguna respuesta de carácter negativo. Este hecho implica que nos encontremos ante el segundo “suspense”, del conjunto de afirmaciones cuyos resultados hemos presentado hasta el momento, al considerar la “puntuación” media obtenida por dicha afirmación, 3,3.

Aunque los resultados son, como es habitual, ligeramente más positivos en los pilotos en los que interactúan los roles de enfermeras EGEH-EGCA, 23,4% de respuestas positivas y una “puntuación” media de 3,7, también nos encontramos con la menor diferencia observada en los resultados de ambas agrupaciones en función del tipo de pilotos.

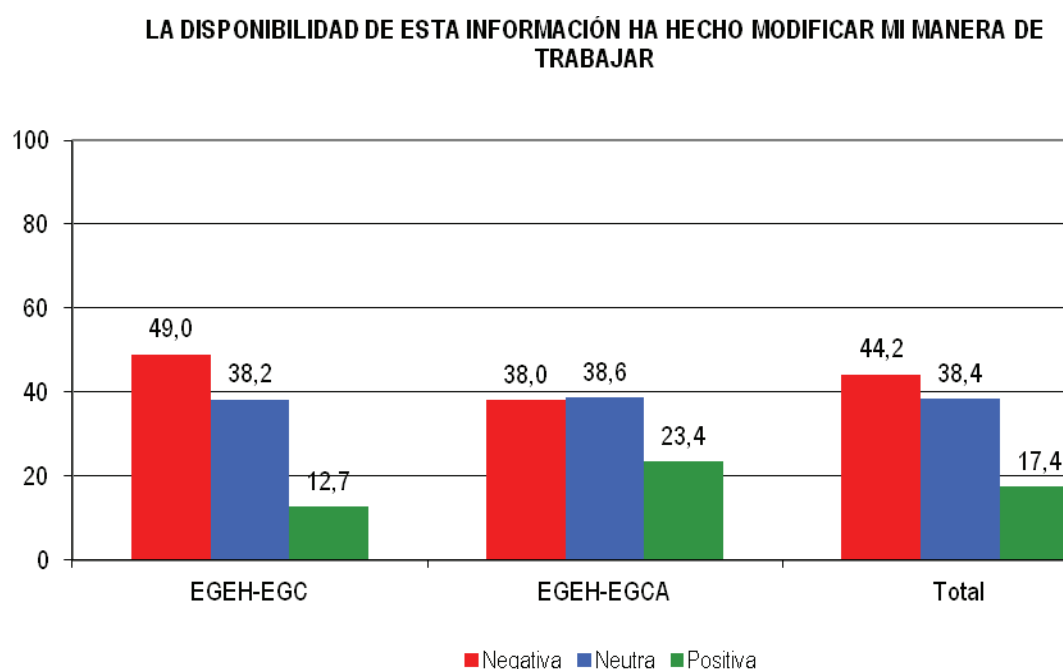
Y en la misma línea, incluso con resultados ligeramente menos positivos, *la implantación de estas figuras tampoco ha facilitado el desarrollo del trabajo de los/as profesionales interrogados*, **tabla 3.13 y gráfico 3.13**. En términos globales, escasamente el 15% de los/as mismos/as valora positivamente la incidencia que dichas figuras de enfermeras han tenido a la hora de facilitar el desarrollo de su trabajo, frente al casi 50% que se encuentran en un significativo desacuerdo con la afirmación planteada.

Tabla 3.12. La disponibilidad de dicha información ha hecho modificar mi manera de trabajar. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Modificación Manera de Trabajar	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	69	33,8	38	24,1	107	29,6
2	31	15,2	22	13,9	53	14,6
3	27	13,2	11	7,0	38	10,5
4	28	13,7	25	15,8	53	14,6
5	23	11,3	25	15,8	48	13,3
6	15	7,4	22	13,9	37	10,2
7	11	5,4	15	9,5	26	7,2
Ns/Nc	25		32		57	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	3,0		3,7		3,3	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.12. La disponibilidad de dicha información ha hecho modificar mi manera de trabajar. Porcentajes, 2.011.



Lo que no cambia las tendencias mostradas hasta el momento es al tener en cuenta la desagregación de los resultados valorativos en función de los roles de enfermeras que interactúan en los diversos pilotos. Así aquellos con participación de las roles EGEH-EGCA obtienen una valoración que alcanza una “puntuación” media que aprueba ligeramente, 3,6, con un porcentaje de respuestas positivas que supera el 20%.

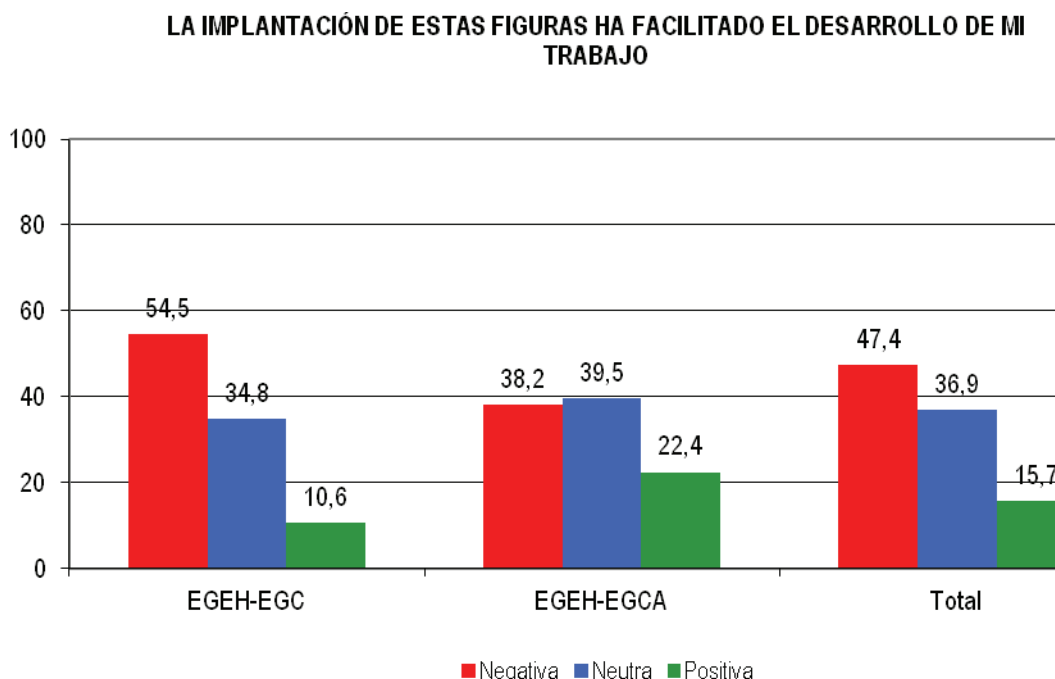
Por el contrario, los proyectos donde se pilotan los roles EGEH y EGC alcanzan una media de 2,7 derivada de un porcentaje de respuestas positivas mínimamente por encima del 10% y un porcentaje de respuestas negativas que superan, claramente, el 50%.

Tabla 3.13. La implantación de estas figuras ha facilitado el desarrollo de mi trabajo. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Facilitación Desarrollo Trabajo Profesional	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	72	36,4	36	23,7	108	30,9
2	36	18,2	22	14,5	58	16,6
3	24	12,1	12	7,9	36	10,3
4	29	14,6	27	17,8	56	16,0
5	16	8,1	21	13,8	37	10,6
6	16	8,1	22	14,5	38	10,9
7	5	2,5	12	7,9	17	4,9
Ns/Nc	31		38		69	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	2,7		3,6		3,1	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.13. La implantación de estas figuras ha facilitado el desarrollo de mi trabajo. Porcentajes, 2011.



Dentro de este apartado en el que hemos agrupado las cuestiones vinculadas con la organización del trabajo, las siguientes afirmaciones planteadas a los/as profesionales pretendían conocer la incidencia de los pilotos sobre la comunicación entre diferentes niveles y la mejora de su coordinación en la transmisión de información de los/as pacientes. Así, en las dos primeras cuestiones, si *estas figuras de enfermera facilitan la comunicación entre los/as profesionales de los diferentes niveles de atención (tabla 3.14 y gráfico 3.14)* y si *estas mismas figuras facilitan el intercambio de la información clínica de los/as pacientes (tabla 3.15 y gráfico 3.15)*, podríamos afirmar que los resultados son, prácticamente, calcados.

Por apuntar los resultados más significativos, en términos globales, algo menos de 35% de las respuestas a ambas cuestiones se agruparían en la categoría positiva, mientras entorno al 25% de las mismas lo harían en el extremo contrario, de tal forma que las “puntuaciones” medias de ambas cuestiones serían del 4,2 y el 4,3, respectivamente.

En cuanto a los resultados diferenciados en base a la agrupación de los pilotos según los roles de enfermeras interactuando, las respuestas de carácter más positivo sumarían algo más del 40% de las mismas en el caso de los pilotos donde las enfermeras pilotando son EGEH y EGCA. Por el contrario, en aquellos

donde dichas enfermeras pilotadas son EGEH y EGC, la suma de las dos categorías de respuestas más positivas que se planteaban en el cuestionario únicamente sumaría porcentajes por debajo del 30%.

Por ende, tanto las puntuaciones medias como la diferencia entre las mismas en ambos grupos se sitúan, prácticamente, en los mismos números: 0,7 y 0,8 puntos de diferencia, respectivamente, como consecuencia de medias de 3,9 y 3,9 en cada cuestión frente a 4,6 y 4,7.

Sin embargo, a pesar de que los resultados previos no pueden considerarse como especialmente positivos, lo que parece más preocupante es que son ciertamente peores los obtenidos por la siguiente de las cuestiones planteadas, la cual ponía en valoración *la coordinación interna entre los médicos y las enfermeras responsables de cada paciente específico*, **tabla 3.16 y gráfico 3.16**. Únicamente el 20,8% de las respuestas, en términos globales, considerarían que estas figuras han mejorado dicha coordinación, aunque los porcentajes más elevados serían los que suman las respuestas neutras, es decir, aquellas que apuntan, entendemos, a una nula o escasa modificación de los mecanismos de coordinación.

Tabla 3.14. Estas figuras de enfermera facilitan la comunicación entre los/as profesionales de los diferentes niveles de atención. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Mejora Comunicación Profesionales	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	38	19,7	22	13,3	60	16,7
2	22	11,4	11	6,6	33	9,2
3	22	11,4	11	6,6	33	9,2
4	28	14,5	30	18,1	58	16,2
5	27	14,0	24	14,5	51	14,2
6	30	15,5	34	20,5	64	17,8
7	26	13,5	34	20,5	60	16,7
Ns/Nc	36		24		60	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	3,9		4,6		4,2	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.14. Estas figuras de enfermera facilitan la comunicación entre los/as profesionales de los diferentes niveles de atención. Porcentajes, 2.011.

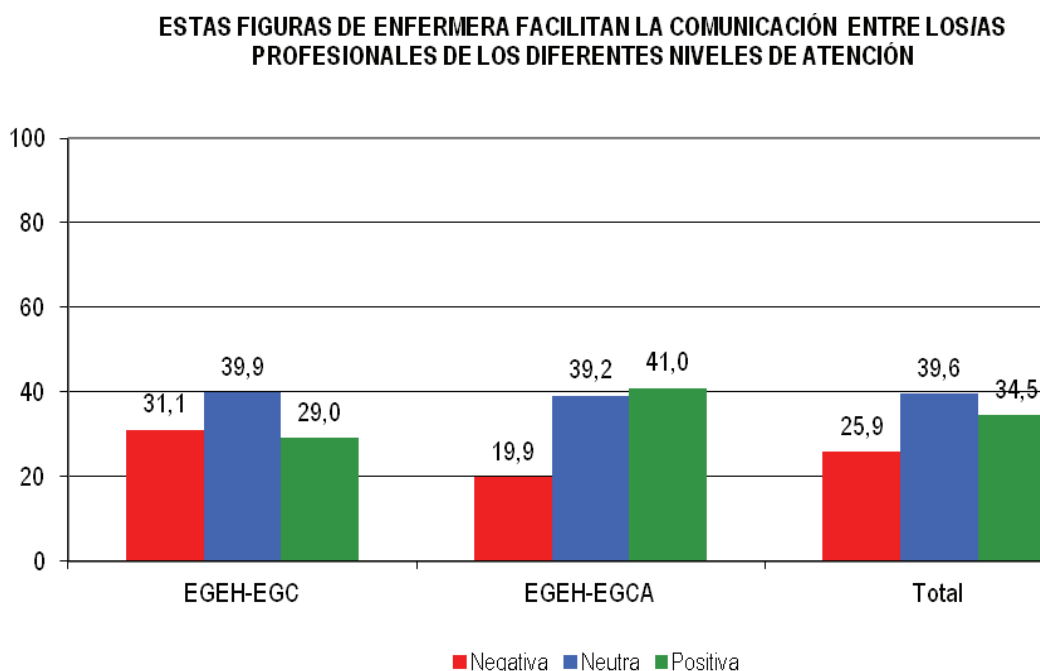
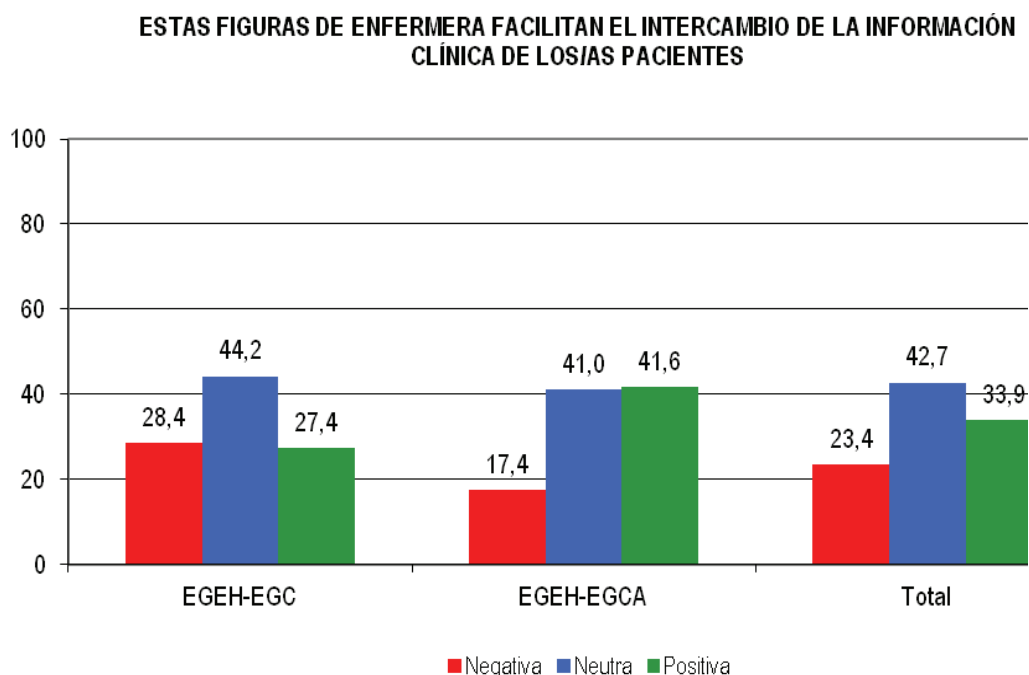


Tabla 3.15. Estas figuras de enfermera facilitan el intercambio de la información clínica de los/as pacientes. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Mejora Intercambio Información	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	38	20,0	18	11,2	56	16,0
2	16	8,4	10	6,2	26	7,4
3	26	13,7	11	6,8	37	10,5
4	36	18,9	22	13,7	58	16,5
5	22	11,6	33	20,5	55	15,7
6	24	12,6	29	18,0	53	15,1
7	28	14,7	38	23,6	66	18,8
Ns/Nc	39		29		68	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	3,9		4,7		4,3	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.15. Estas figuras de enfermera facilitan el intercambio de la información clínica de los/as pacientes. Porcentajes, 2.011.



En ambos grupos de pilotos, diferenciados en función de los roles de enfermeras pilotados, esta categoría que agrupa las respuestas neutras presenta los porcentajes más elevados, siempre por encima del 40%. Sin embargo, como hemos observado en todas las afirmaciones evaluadas hasta el momento, los resultados son mas positivos en el grupo de pilotos con interacción de los roles de enfermeras EGEH-EGCA, 30,1% de respuestas en la categoría que agrupa aquellas valoraciones positivas frente al 13,0% del otro grupo.

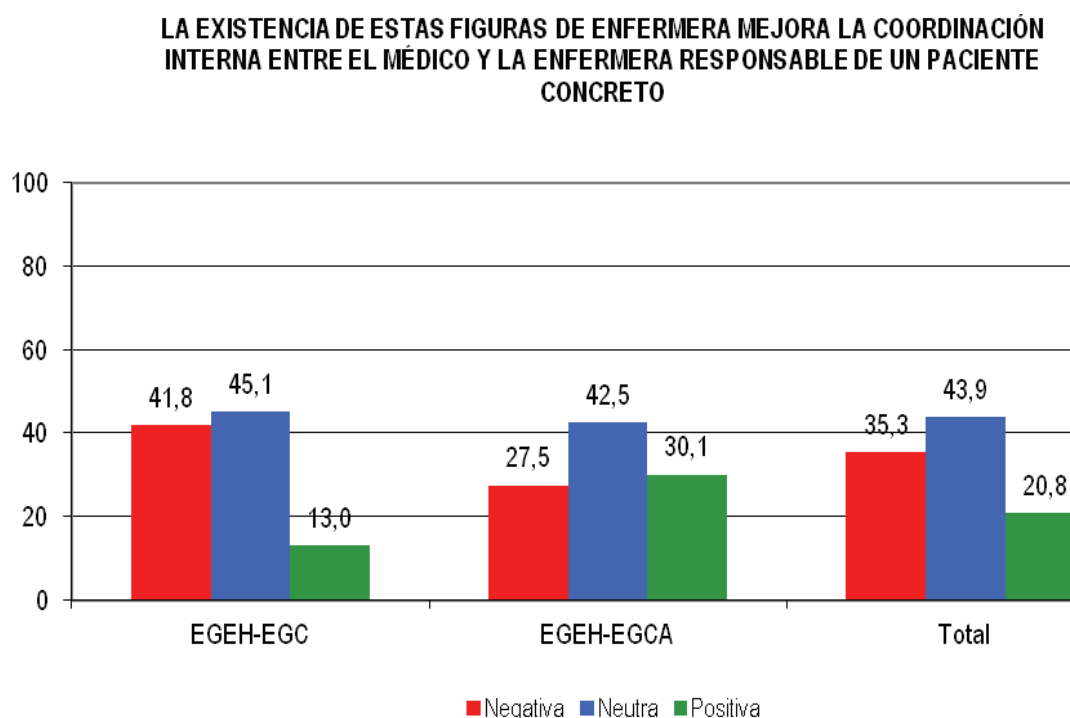
Evidentemente, estos resultados tienen incidencia en las “puntuaciones” medias resultantes: 3,6 en el conjunto de los/as profesionales, 3,2 en los proyectos en los cuales los roles de enfermera pilotados han sido EGEH y EGC, y 4,0 en aquellos en los cuales las enfermeras pilotadas han sido EGEH y EGCA.

Tabla 3.16. La existencia de estas figuras de enfermera mejora la coordinación interna entre el médico y la enfermera responsables de un/a paciente concreto/a. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Mejora Coordinación Médico-Enfermera	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	47	25,5	30	19,6	77	22,8
2	30	16,3	12	7,8	42	12,5
3	26	14,1	17	11,1	43	12,8
4	30	16,3	23	15,0	53	15,7
5	27	14,7	25	16,3	52	15,4
6	14	7,6	25	16,3	39	11,6
7	10	5,4	21	13,7	31	9,2
Ns/Nc	45		37		82	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	3,2		4,0		3,6	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.16. La existencia de estas figuras de enfermera mejora la coordinación interna entre el médico y la enfermera responsables de un/a paciente concreto/a. Porcentajes, 2.011.



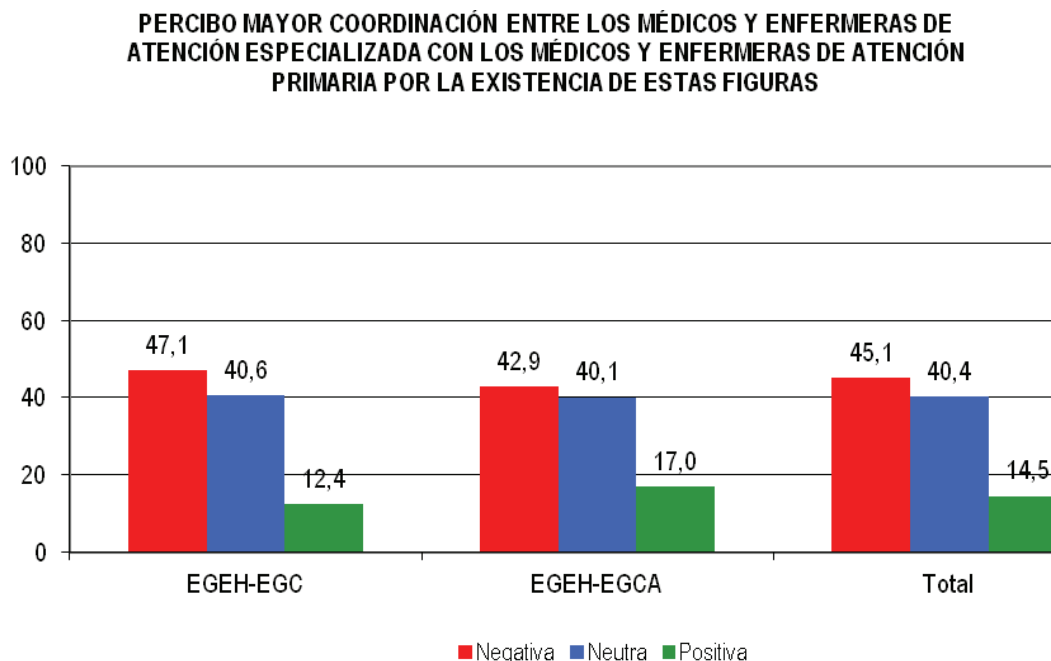
Para finalizar con la valoración vinculada a los aspectos de coordinación entre diversos/as profesionales/as y diferentes niveles asistenciales, los peores resultados los observamos al analizar los resultados de las afirmaciones vinculadas con *la coordinación entre los niveles asistenciales de atención primaria y atención especializada* (tabla 3.17 y gráfico 3.17), así como al analizar la misma entre los equipos asistenciales y los equipos de atención social, trabajadores/as sociales, (tabla 3.18 y gráfico 3.18).

Tabla 3.17. Percibo mayor coordinación entre los médicos y enfermeras de Atención Especializada con los médicos y enfermeras de Atención Primaria por la existencia de estas figuras. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Mejora Coordinación At.Especializada-Primaria	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	51	30,0	43	29,3	94	29,7
2	29	17,1	20	13,6	49	15,5
3	25	14,7	13	8,8	38	12,0
4	23	13,5	18	12,2	41	12,9
5	21	12,4	28	19,0	49	15,5
6	12	7,1	18	12,2	30	9,5
7	9	5,3	7	4,8	16	5,0
Ns/Nc	59		43		102	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	3,0		3,3		3,2	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.17. Percibo mayor coordinación entre los médicos y enfermeras de Atención Especializada con los médicos y enfermeras de Atención Primaria por la existencia de estas figuras. Porcentajes, 2.011.



La valoración de ambas coordinaciones recoge, en términos generales, únicamente porcentajes de respuestas positivas que no superan el 20%, mientras que, por el contrario, las valoraciones negativas superan el 40%. Estas consideraciones se pueden reproducir a la hora de analizar los resultados diferenciados según la agrupación en función de los roles de enfermería pilotados en cada proyecto piloto.

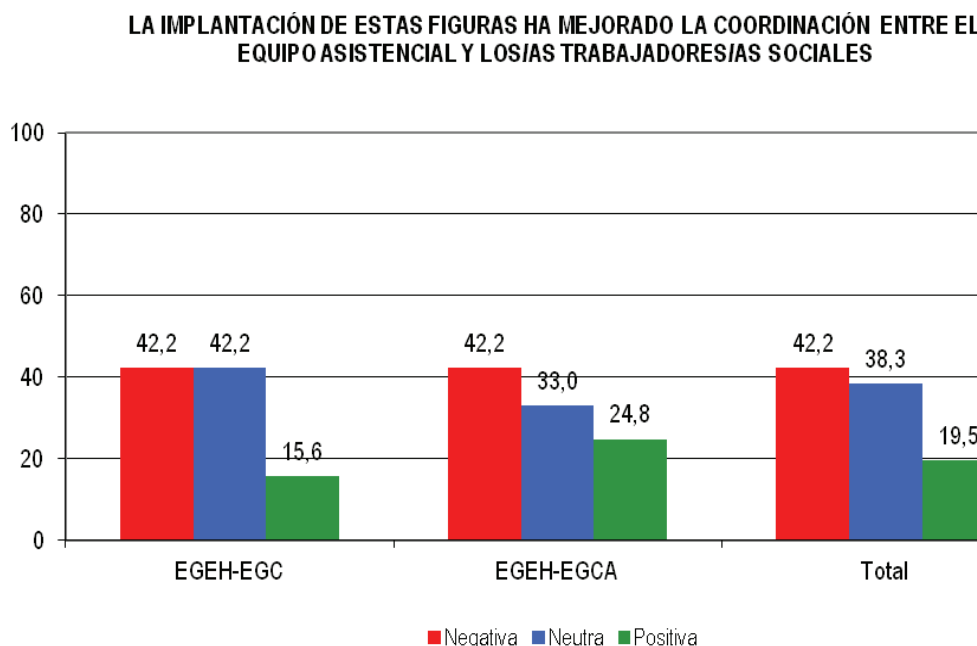
En cualquier caso, el hecho más reseñable al analizar los resultados de ambas afirmaciones es que no existen diferencias significativas en la valoración de las cuestiones ya provengan de los/as profesionales relacionados con la interacción EGEH-EGC y EGEH-EGCA. Como elemento numérico, apuntar que la diferencia entre las medias de ambos grupos es de, únicamente, 0,3 puntos.

Tabla 3.18. La implantación de estas figuras ha mejorado la coordinación entre el equipo asistencial y los/as trabajadores/as sociales. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Mejora Coordinación Equipo Asist.-Trab.Soc.	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	38	25,9	29	26,6	67	26,2
2	24	16,3	17	15,6	41	16,0
3	19	12,9	10	9,2	29	11,3
4	29	19,7	15	13,8	44	17,2
5	14	9,5	11	10,1	25	9,8
6	17	11,6	14	12,8	31	12,1
7	6	4,1	13	11,9	19	7,4
Ns/Nc	82		81		163	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	3,2		3,5		3,3	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.18. La implantación de estas figuras ha mejorado la coordinación entre el equipo asistencial y los/as trabajadores/as sociales. Porcentajes, 2.011.



3.5. Valoración sobre la Incidencia del Proyecto en los/as Pacientes y Cuidadores/as.

El quinto apartado de esta presentación de resultados que recorre las valoraciones sobre la satisfacción de los/as profesionales con diversos aspectos de los proyectos pilotos de competencias avanzadas en enfermería está compuesto de aquellos ítems o afirmaciones del cuestionario que indagaban sobre la incidencia que su aplicación ha tenido en los/as pacientes y en sus cuidadores/as.

La primera de las cuestiones planteadas en relación con este bloque valoraba la opinión sobre si *la implantación de estas figuras ayudaba a mejorar el seguimiento de las condiciones clínicas del paciente en su domicilio*. Así, en la tabla 3.19 y el gráfico 3.19 se observa como, en términos generales, el 44,1% de los/as profesionales valora de manera positiva la incidencia de estas figuras de enfermera sobre el seguimiento de las condiciones clínicas del paciente, mientras que, por el contrario, sólo un 17,5% se agrupa en las categorías valorativas más negativas.

Sin embargo, los resultados muestran consideraciones diferenciales a la hora de estructurar la opinión de aquellos/as profesionales que tuvieron contacto con cada uno de los dos tipos de enfermeras pilotados. Así, mientras las valoraciones más satisfactorias suman casi un 60% de las respuestas en el caso de los pilotos

con interacción de los roles EGEH y EGCA, en el caso de la combinación de roles EGEH y EGC dicho porcentaje se reduce a poco más del 30%.

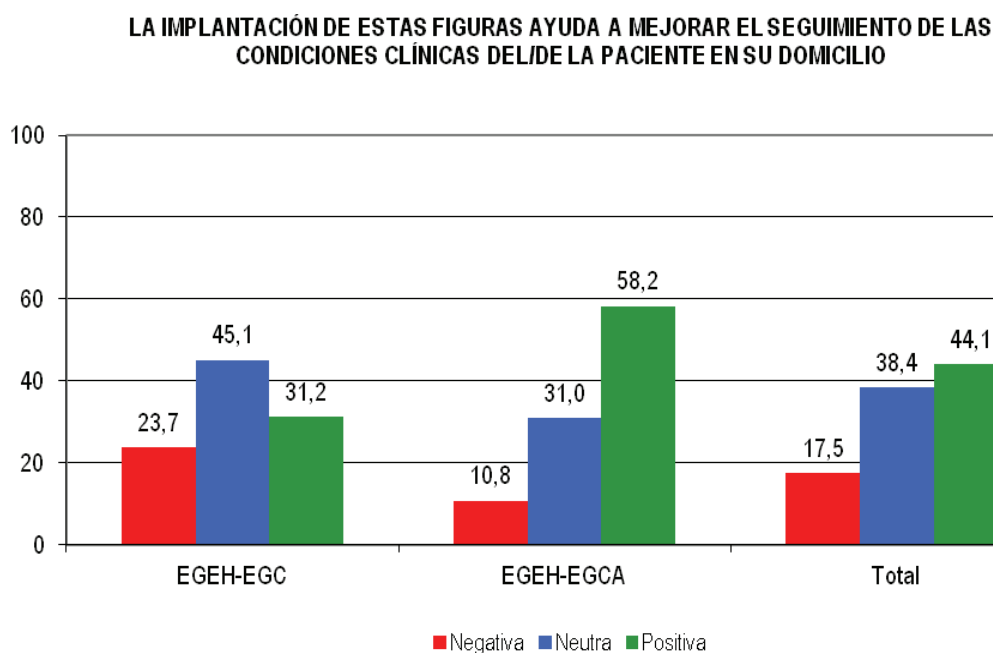
La combinación de los diversos porcentajes tiene como consecuencia que la diferencia en las “puntuaciones” medias de cada uno de los grupos alcance 1,2 puntos, 5,4 en el primer tipo de pilotos apuntado frente al 4,2 del segundo.

Tabla 3.19. La implantación de estas figuras ayuda a mejorar el seguimiento de las condiciones clínicas del/de la paciente en su domicilio. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Mejora Seguimiento Condiciones Pacientes	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	25	14,5	12	7,6	37	11,2
2	16	9,2	5	3,2	21	6,3
3	23	13,3	3	1,9	26	7,9
4	22	12,7	17	10,8	39	11,8
5	33	19,1	29	18,4	62	18,7
6	33	19,1	42	26,6	75	22,7
7	21	12,1	50	31,6	71	21,5
Ns/Nc	56		32		88	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	4,2		5,4		4,7	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.19. La implantación de estas figuras ayuda a mejorar el seguimiento de las condiciones clínicas del/de la paciente en su domicilio. Porcentajes, 2.011.



Las dos siguientes cuestiones recogidas en el cuestionario hacían referencia a la *valoración sobre la incidencia que la implantación de estas figuras tiene para mejorar la calidad de vida de los/as pacientes y de sus cuidadores/as*, respectivamente, **tablas 3.20 y 3.21 y gráficos 3.20 y 3.21**.

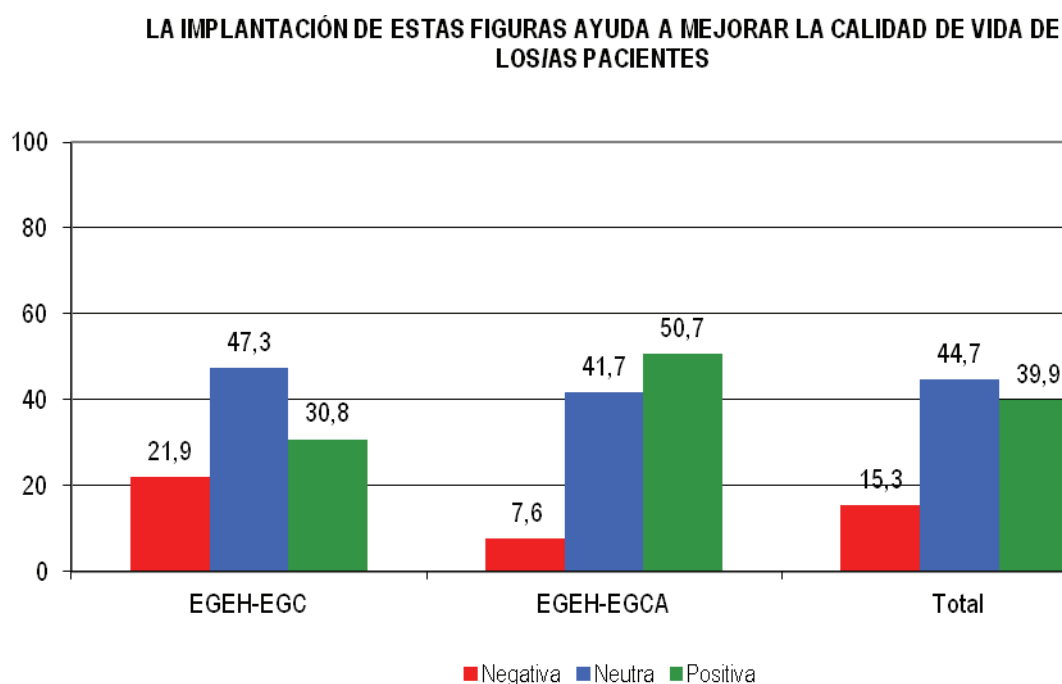
La redacción de manera conjunta de los principales apuntes derivados de la observación de los resultados de ambas afirmaciones del cuestionario viene determinada por la vinculación de ambas cuestiones al tratarse de vasos comunicantes lo que, a su vez, incide en que los resultados obtenidos sean prácticamente calcados.

Tabla 3.20. La implantación de estas figuras ayuda a mejorar la calidad de vida de los/as pacientes. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Mejora Calidad de Vida Pacientes	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	20	11,8	7	4,9	27	8,6
2	17	10,1	4	2,8	21	6,7
3	23	13,6	7	4,9	30	9,6
4	23	13,6	26	18,1	49	15,7
5	34	20,1	27	18,8	61	19,5
6	32	18,9	33	22,9	65	20,8
7	20	11,8	40	27,8	60	19,2
Ns/Nc	60		46		106	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	4,2		5,2		4,7	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.20. La implantación de estas figuras ayuda a mejorar la calidad de vida de los/as pacientes. Porcentajes, 2.011.



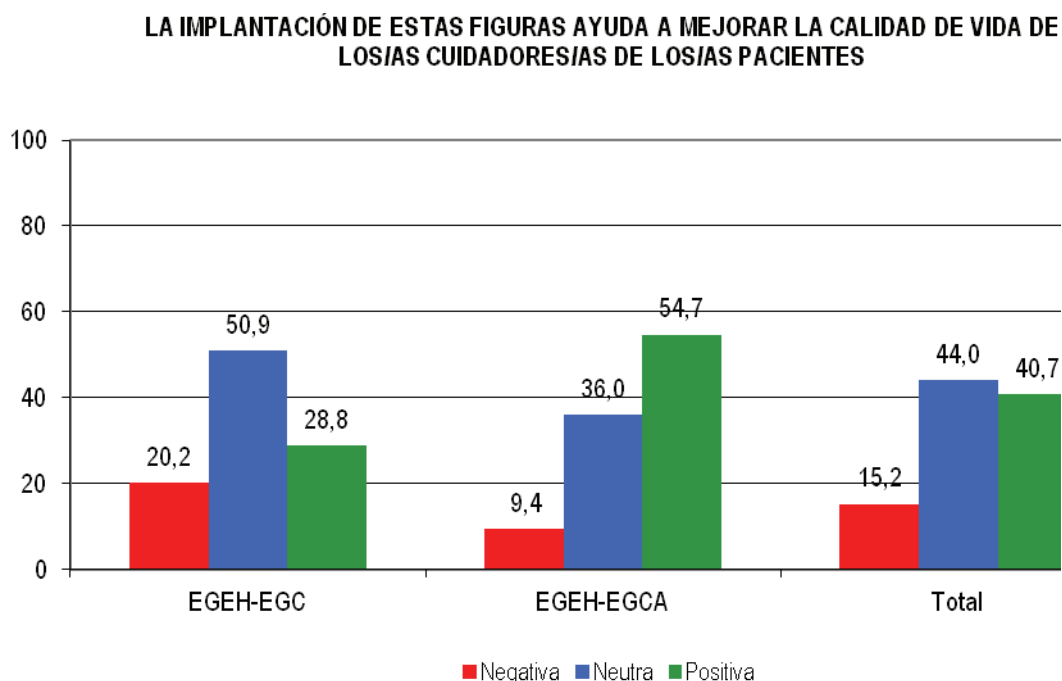
Así, entorno al 40% de los/as profesionales encuestados/as consideran que la implantación de estas figuras de enfermería ayudan a mejorar la calidad de vida de ambos colectivos, mientras que, únicamente, poco más del 15% consideran que dicha implantación es negativa, situándose la “puntuación” media del conjunto de las respuestas en el 4,7 en ambos ítems.

Tabla 3.21. La implantación de estas figuras ayuda a mejorar la calidad de vida de los/as cuidadores/as de los/as pacientes. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Mejora Calidad de Vida Cuidadores/as	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	17	10,4	6	4,3	23	7,6
2	16	9,8	7	5,0	23	7,6
3	25	15,3	6	4,3	31	10,3
4	20	12,3	21	15,1	41	13,6
5	38	23,3	23	16,5	61	20,2
6	32	19,6	34	24,5	66	21,9
7	15	9,2	42	30,2	57	18,9
Ns/Nc	66		51		117	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	4,2		5,3		4,7	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.21. La implantación de estas figuras ayuda a mejorar la calidad de vida de los/as cuidadores/as de los/as pacientes. Porcentajes, 2.011.



Igualmente, los resultados desagregados en función de los dos tipos de roles de enfermeras pilotados muestran un significativo paralelismo entre ambas cuestiones. Como es común al conjunto de los ítems

valorados, son los proyectos en los que se pilotan las figuras EGEH y EGCA dónde los resultados son claramente más positivos; a saber: algo más de la mitad de los/as profesionales consideran que dicha implantación es positiva, mientras las respuestas negativas no alcanzarían el 10%.

Por su parte, los resultados de aquellos/as profesionales encuadrados/as en los proyectos dónde se pilotaban las figuras EGEH y EGC presentan un porcentaje de respuestas positivas alrededor del 30%, mientras que las negativas superan el 20%. Y todo ello para unas “puntuaciones” medias de 4,2 en ambos ítems frente al 5,2 y 5,3, respectivamente, que representaban en el otro grupo de pilotos.

La misma consideración realizada para justificar la agrupación de la presentación de los resultados vinculados a los dos ítems previos, nos debe servir para optar por la misma opción al *valorar la incidencia de la implantación de estas figuras en la satisfacción de pacientes y cuidadores/as con la atención clínica y/o sanitaria*, **tablas 3.22 y 3.23 y gráficos 3.22 y 3.23**.

Aunque los resultados presentan una tendencia ligeramente más positiva a los observados en las dos cuestiones previas vinculadas a cuestiones más subjetivas, son igualmente muy similares entre si. Así, en términos globales, algo más del 45% de los/as profesionales valoran de manera positiva la incidencia que tiene la implantación de estas figuras tanto en la satisfacción del/de la paciente con la atención clínica como la de los/as cuidadores en relación con dicha atención sanitaria en su familiar. Mientras tanto, algo menos del 10% consideran que la incidencia es de carácter más bien negativo.

Los porcentajes de estas valoraciones más negativas se sitúan claramente por debajo del 10% en aquellos proyectos donde las figuras de los roles de enfermeras pilotados han sido EGEH y EGCA, mientras que los resultados que suman las categorías más positivas se sitúan entorno al 60%, con lo que las “puntuaciones” medias en ambos casos alcanzan el 5,5.

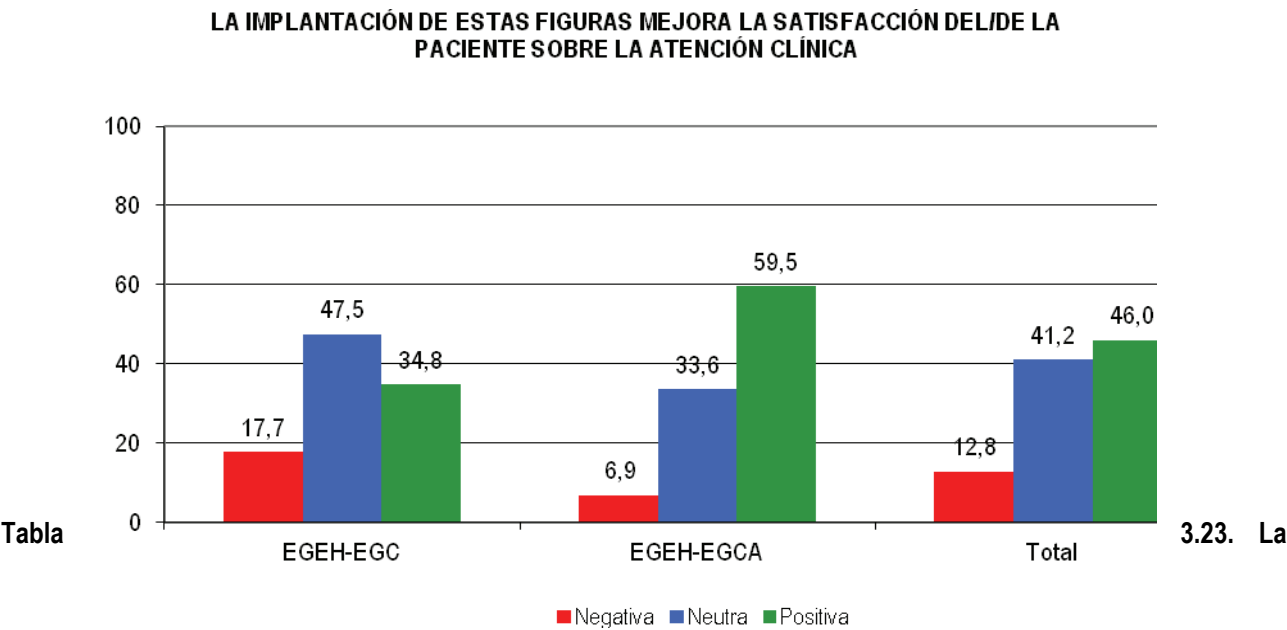
Por su parte, las “puntuaciones” medias resultantes de las respuestas emitidas en aquellos pilotos donde han interactuado los roles EGEH y EGC son 4,6 y 4,5, respectivamente, con porcentajes de respuestas positivas inferiores al 35% y de negativas cercanas al 20%.

Tabla 3.22. La implantación de estas figuras mejora la satisfacción del/de la paciente sobre la atención clínica. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Mejora Satisfacción Pacientes	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	14	8,9	6	4,6	20	6,9
2	14	8,9	3	2,3	17	5,9
3	11	7,0	3	2,3	14	4,8
4	24	15,2	17	13,0	41	14,2
5	40	25,3	24	18,3	64	22,1
6	33	20,9	30	22,9	63	21,8
7	22	13,9	48	36,6	70	24,2
Ns/Nc	71		59		130	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	4,6		5,5		5,0	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.22. La implantación de estas figuras mejora la satisfacción del/de la paciente sobre la atención clínica. Porcentajes, 2.011.



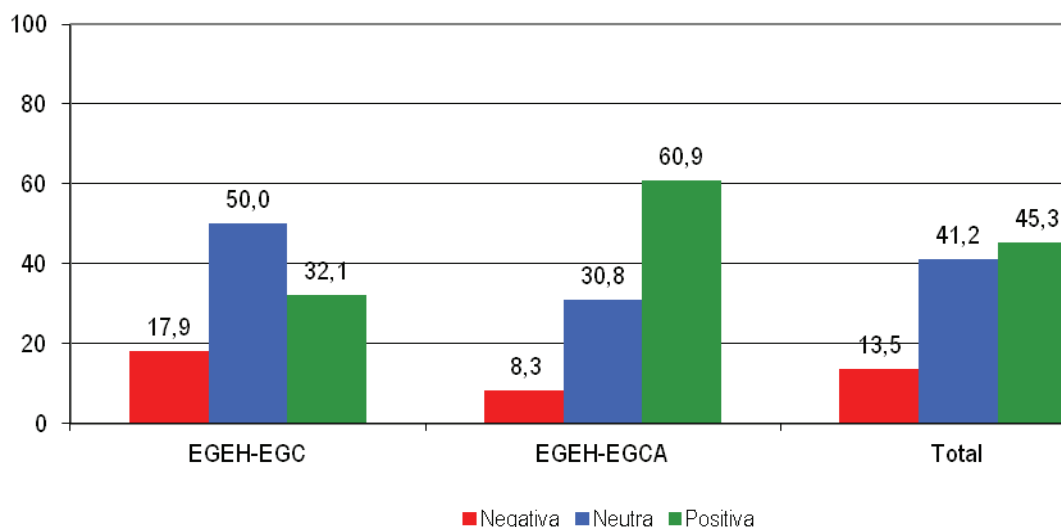
La implantación de estas figuras mejora la satisfacción de los/as cuidadores/as sobre la atención sanitaria a su familiar. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Mejora Satisfacción Cuidadores/as	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	15	9,6	6	4,5	21	7,3
2	13	8,3	5	3,8	18	6,2
3	15	9,6	4	3,0	19	6,6
4	26	16,7	15	11,3	41	14,2
5	37	23,7	22	16,5	59	20,4
6	30	19,2	38	28,6	68	23,5
7	20	12,8	43	32,3	63	21,8
Ns/Nc	73		57		130	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	4,5		5,5		4,9	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.23. La implantación de estas figuras mejora la satisfacción de los/as cuidadores/as sobre la atención sanitaria a su familiar. Porcentajes, 2.011.

**LA IMPLANTACIÓN DE ESTAS FIGURAS MEJORA LA SATISFACCIÓN DE LOS/AS
CUIDADORES/AS SOBRE LA ATENCIÓN SANITARIA A SU FAMILIAR**



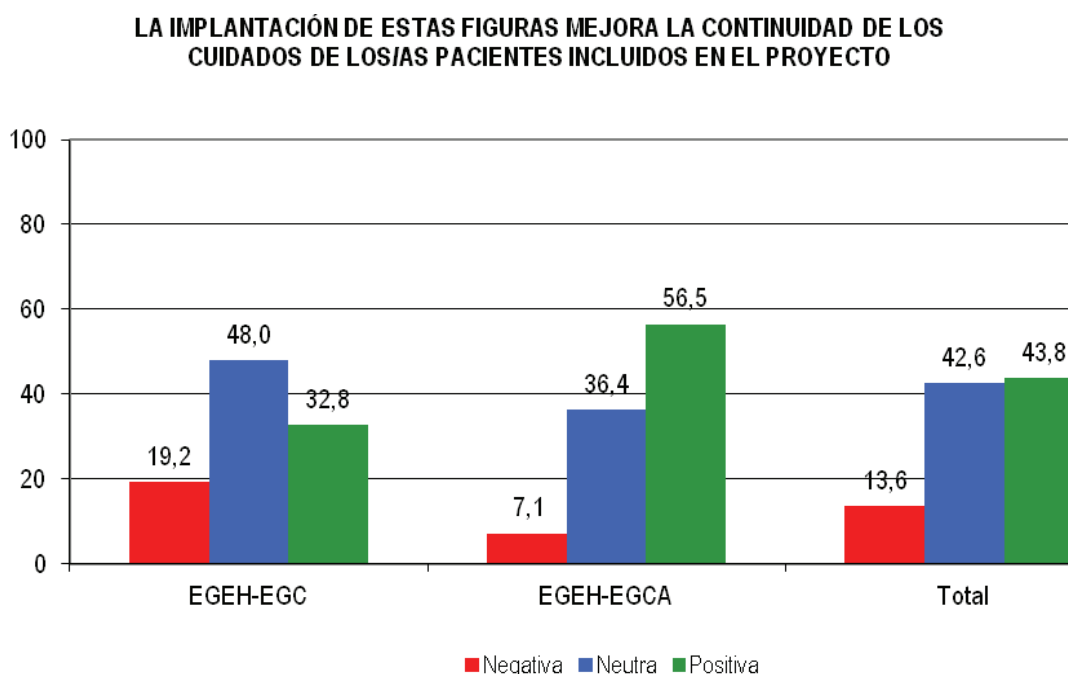
Siguiendo con la línea marcada por los sucesivos ítems que se recogían en el cuestionario, tampoco los resultados varían sustancialmente a los observados en las últimas cuatro cuestiones cuando se interrogaba en relación a la *continuidad en los cuidados de los/as pacientes que posibilita la implantación de estas figuras*, **tabla 3.24 y gráfico 3.24**. Así, casi el 45% de los/as profesionales tienen una opinión positiva sobre la mejora de la continuidad de los cuidados a los/as pacientes que aporta la implantación de estas figuras, frente al 13,6% que apuntan una valoración negativa, porcentajes que unidos a los de las respuestas neutras nos aportan una “puntuación” media del 4,8.

En cuanto a los resultados desagregados, se mantiene una diferencia de 1 punto en las “medias” obtenidas por cada grupo de pilotos, siendo superior aquella derivada de las valoraciones de los/as profesionales donde los roles pilotados han sido los de EGEH y EGCA, 5,4 vs. 4,4. Estas puntuaciones son consecuencia, básicamente, de los contrastes entre las respuestas positivas (56,5% vs. 32,8%) y de su reverso negativo (7,1% vs. 19,2%).

Tabla 3.24. La implantación de estas figuras mejora la continuidad de los cuidados de los/as pacientes incluidos/as en el proyecto. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Mejora Continuidad Cuidados Pacientes	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	22	12,4	9	5,8	31	9,4
2	12	6,8	2	1,3	14	4,2
3	20	11,3	8	5,2	28	8,5
4	29	16,4	17	11,0	46	13,9
5	36	20,3	31	20,1	67	20,2
6	37	20,9	38	24,7	75	22,7
7	21	11,9	49	31,8	70	21,1
Ns/Nc	52		36		88	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	4,4		5,4		4,8	

Gráfico 3.24. La implantación de estas figuras mejora la continuidad de los cuidados de los/as pacientes incluidos/as en el proyecto. Porcentajes, 2.011.



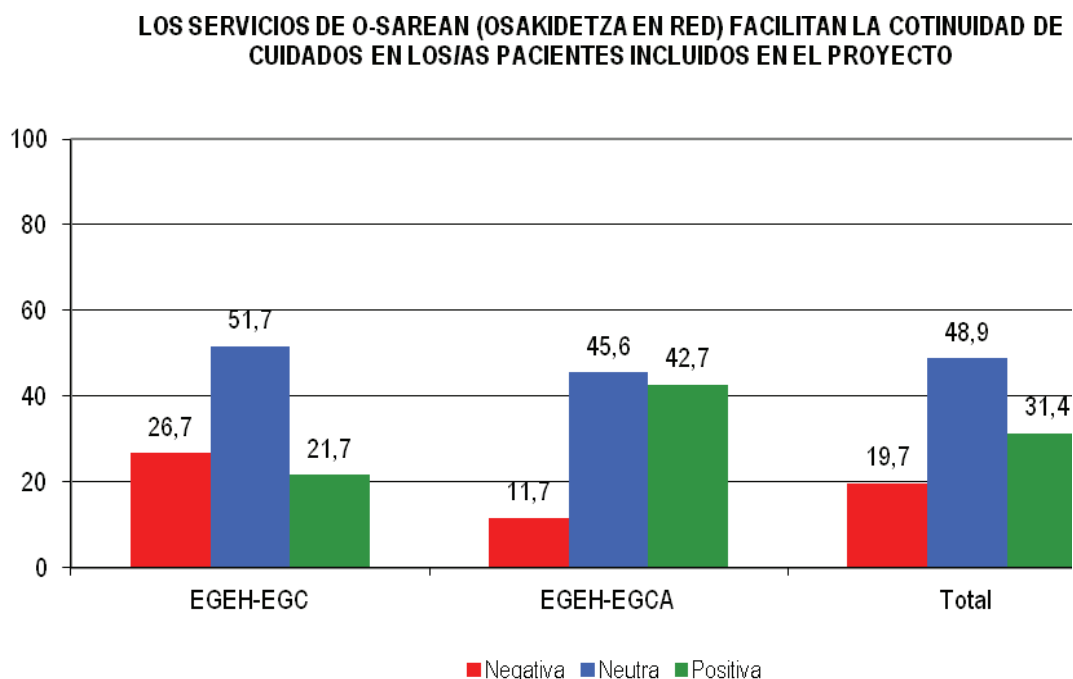
Sin embargo, al interrogar en relación con los *servicios de O-Sarean*, y su *incidencia en la facilitación continuidad de dichos cuidados*, las valoraciones positivas reducen su peso en niveles superiores a los 10 puntos porcentuales, situándose, en términos globales, levemente por encima de 30% a la vez que la puntuación media se sitúa en el 4,4, con una reducción de 0,4 puntos, **tabla 3.25 y gráfico 3.25**.

Tabla 3.25. Los servicios de O-Sarean (Osakidetza en red) facilitan la continuidad de cuidados en los/as pacientes incluidos/as en el proyecto. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Servicios OSAREAN Facilitan Cuidados	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	18	15,0	7	6,8	25	11,2
2	14	11,7	5	4,9	19	8,5
3	15	12,5	9	8,7	24	10,8
4	23	19,2	13	12,6	36	16,1
5	24	20,0	25	24,3	49	22,0
6	17	14,2	22	21,4	39	17,5
7	9	7,5	22	21,4	31	13,9
Ns/Nc	109		87		196	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	3,9		4,9		4,4	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.25. Los servicios de O-Sarean (Osakidetza en red) facilitan la continuidad de cuidados en los/as pacientes incluidos/as en el proyecto. Porcentajes, 2.011.



Idénticas tendencias descendentes se reflejan al presentar los resultados diferenciados entre los dos grupos de pilotos establecidos en función de los roles de enfermeras pilotados. Con ello, la diferencia entre las “puntuaciones” medias es de 1 punto, 4,9 vs. 3,9, evidentemente superior en el caso de los proyectos pilotando los roles EGEH y EGCA. En lo referente a la suma de aquellas respuestas agrupadas en la categoría de positivas el nivel se sitúa en el 42,7% en el primer caso y en el 21,7% en el segundo mientras que las negativas agregan un 11,7% frente a un 26,7%.

Finalmente, al interrogar por la *mejora de la atención derivada de la implantación de estas figuras sobre estos/as pacientes caracterizados/as como crónicos/as complejos/as y pluripatológicos/as*, **tabla 3.26 y gráfico 3.26**, no permite extraer elementos que difieran sustancialmente de los apuntados hasta el momento a lo largo de todo el apartado. Así, las valoraciones positivas suman casi el 40% de las respuestas en el conjunto de los/as profesionales, mientras las negativas sumarían menos de la mitad (17,1%).

Por su parte, en cuanto a los resultados diferenciando o desagregando las respuestas en base a los roles de enfermeras pilotados, destacar que se mantiene la diferencia de 1 punto en las “puntuaciones” medias, 5,2 vs. 4,2, lógicamente a favor de aquellos pilotos en los que han interactuado los roles EGEH y EGCA.

Y, en cuanto a la plasmación en términos porcentuales, las sumas de las categorías más positivas alcanzan el 53,0% y el 27,6%, respectivamente. En el extremo opuesto, las respuestas ubicadas en las dos categorías más negativas agruparían el 9,9% y el 23,5% del total de las respuestas, respectivamente.

Y para cerrar este apartado, al solicitarles su valoración sobre la *utilización de los dispositivos asistenciales puestos a disposición de los/as pacientes incluidos en el proyecto*, **tabla 3.27 y gráfico 3.27**, se observa que es el ítem de este capítulo donde las respuestas de los/as profesionales nos aportan los resultados menos positivos.

Sin embargo, estos resultados están determinados por el elevado porcentaje de respuestas agrupadas en las categorías calificadas como neutras, posiblemente consecuencia de la escasa información que tienen en relación con este hecho. Así, las respuestas neutras, tanto en los datos globales como en la desagregación basada en los tipos de pilotos, se sitúan entorno e, incluso, claramente por encima del 50%.

Tabla 3.26. La implantación de estas figuras de enfermera mejora la atención a los/as pacientes crónicos/as complejos/as y/o pluripatológicos/as. Totales, Porcentajes y Medias, 2011.

Mejora Atención Pacientes Complejos	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	21	12,4	9	6,0	30	9,3
2	19	11,2	6	4,0	25	7,8
3	20	11,8	10	6,6	30	9,3
4	22	12,9	22	14,6	44	13,7
5	41	24,1	24	15,9	65	20,2
6	20	11,8	33	21,9	53	16,5
7	27	15,9	47	31,1	74	23,1
Ns/Nc	59		39		98	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	4,2		5,2		4,7	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.26. La implantación de estas figuras de enfermera mejora la atención a los/as pacientes crónicos/as complejos/as y/o pluripatológicos/as. Porcentajes, 2.011.

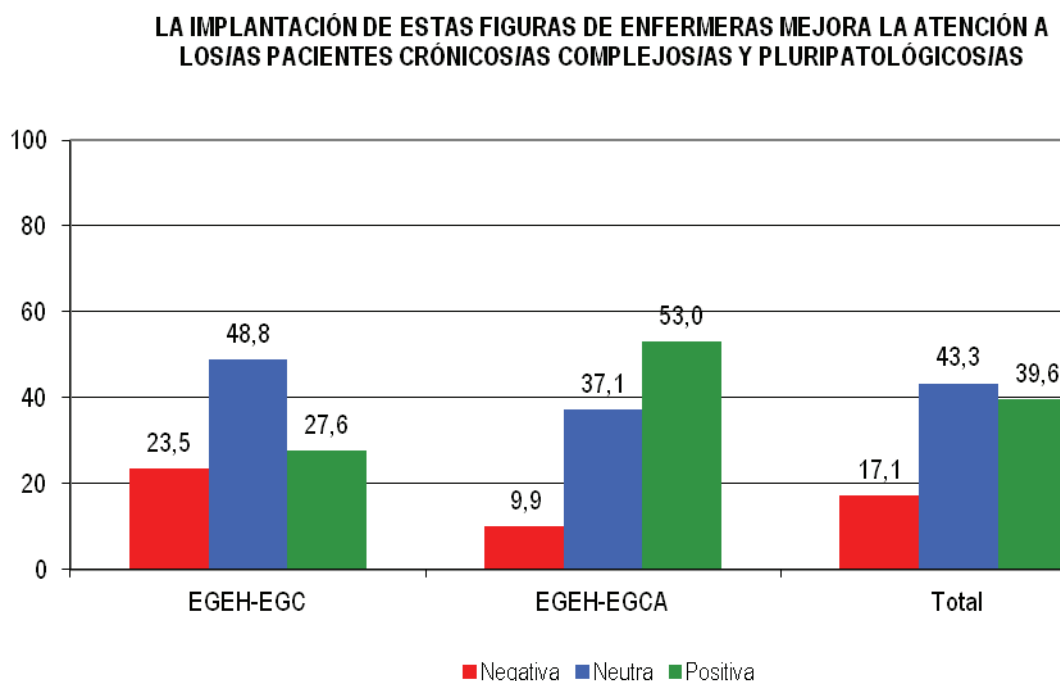


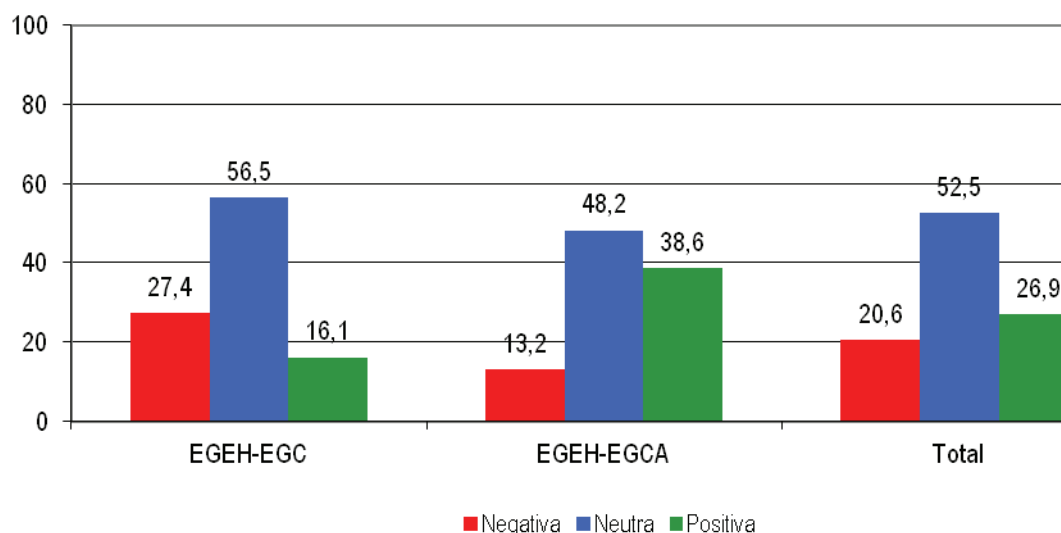
Tabla 3.27. Los/as pacientes incluidos/as en este proyecto utilizan eficientemente los dispositivos asistenciales (consultas en el centro, consultas telefónicas, asistencia a urgencias, etc.). Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Utilización por Pacientes Dispositivos Asistenc.	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	11	8,9	11	9,6	22	9,2
2	23	18,5	4	3,5	27	11,3
3	18	14,5	12	10,5	30	12,6
4	28	22,6	17	14,9	45	18,9
5	24	19,4	26	22,8	50	21,0
6	14	11,3	29	25,4	43	18,1
7	6	4,8	15	13,2	21	8,8
Ns/Nc	105		76		181	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	3,8		4,7		4,2	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.27. Los/as pacientes incluidos/as en este proyecto utilizan eficientemente los dispositivos asistenciales (consultas en el centro, consultas telefónicas, asistencia a urgencias, etc.). Porcentajes, 2.011.

**LOS/AS PACIENTES INCLUIDOS/AS EN ESTE PROYECTO UTILIZAN EFICIENTEMENTE
LOS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES (CONSULTAS EN EL CENTRO, CONSULTAS
TELEFÓNICAS, ASISTENCIA A URGENCIAS, ETC.)**



3.6. Valoración sobre la/s Figura/s de las Enfermeras que se Están Pilotando.

En el sexto apartado de este informe hemos incluido las diferentes cuestiones que pretendían valorar la satisfacción de los/as profesionales, específicamente con la/s figura/s de enfermeras que se están pilotando. Significar que la primera de dichas cuestiones, *la facilidad de contacto con la figura de enfermera que se está pilotando*, cuando cada profesional lo ha necesitado, presenta uno de los mejores resultados producidos hasta el momento, muy en consonancia con el conocimiento que disponían del nombre de la enfermera que desarrolla dicha figura en su organización y con el conocimiento sobre la forma de ponerse en contacto con la misma.

Tal y como se refleja en la **tabla 3.28 y en el gráfico 3.28**, el 63,5% de las respuestas, en términos globales, son positivas en relación con este hecho, lo que eleva la “puntuación” media hasta el 5,4. En cualquier caso, lo que no varía es la diferencia existente en los resultados cuando desagregamos los mismos en función de los roles de enfermeras pilotados en cada proyecto. Así, la distancia entre “puntuaciones” medias es de 1,1 puntos, 6,0 vs. 4.9.

En cuanto a los datos porcentuales de este análisis desagregado, en la agrupación de proyectos con los roles EGEH y EGCA pilotados el 78,3% de las respuestas son positivas, es decir, los/as profesionales afirman que cuando lo han necesitado ha sido fácil el contacto con las mismas, mientras únicamente el 4,7% realiza una valoración negativa de tal situación.

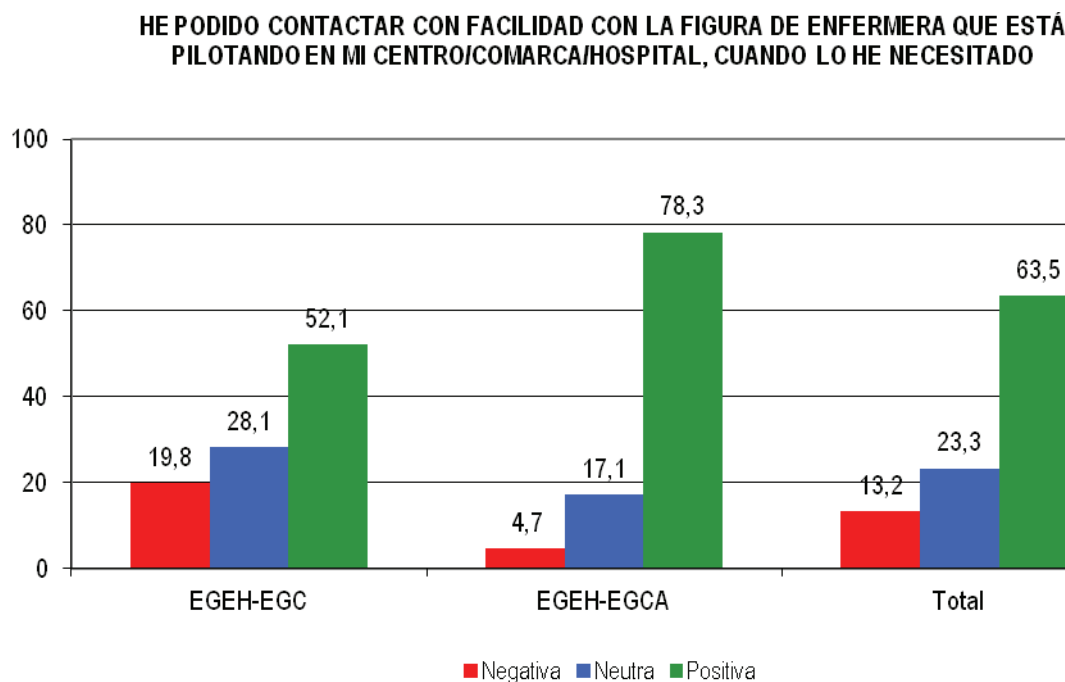
Por su parte, en el caso de los/as profesionales que han tenido contacto con los roles de enfermeras EGEH y EGC, las respuestas positivas suman un porcentaje del 52,1%. Mientras tanto, en el extremo opuesto las respuestas suman un 19,8% del total.

Tabla 3.28. He podido contactar con facilidad con la figura de enfermera que se está pilotando en mi Centro/Comarca/Hospital, cuando lo he necesitado. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Facilidad Contacto Enfermera Pilotando	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	22	13,2	6	4,7	28	9,5
2	11	6,6			11	3,7
3	12	7,2	6	4,7	18	6,1
4	13	7,8	7	5,4	20	6,8
5	22	13,2	9	7,0	31	10,5
6	30	18,0	25	19,4	55	18,6
7	57	34,1	76	58,9	133	44,9
Ns/Nc	62		61		123	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	4,9		6,0		5,4	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.28. He podido contactar con facilidad con la figura de enfermera que se está pilotando en mi Centro/Comarca/Hospital, cuando lo he necesitado. Porcentajes, 2.011.



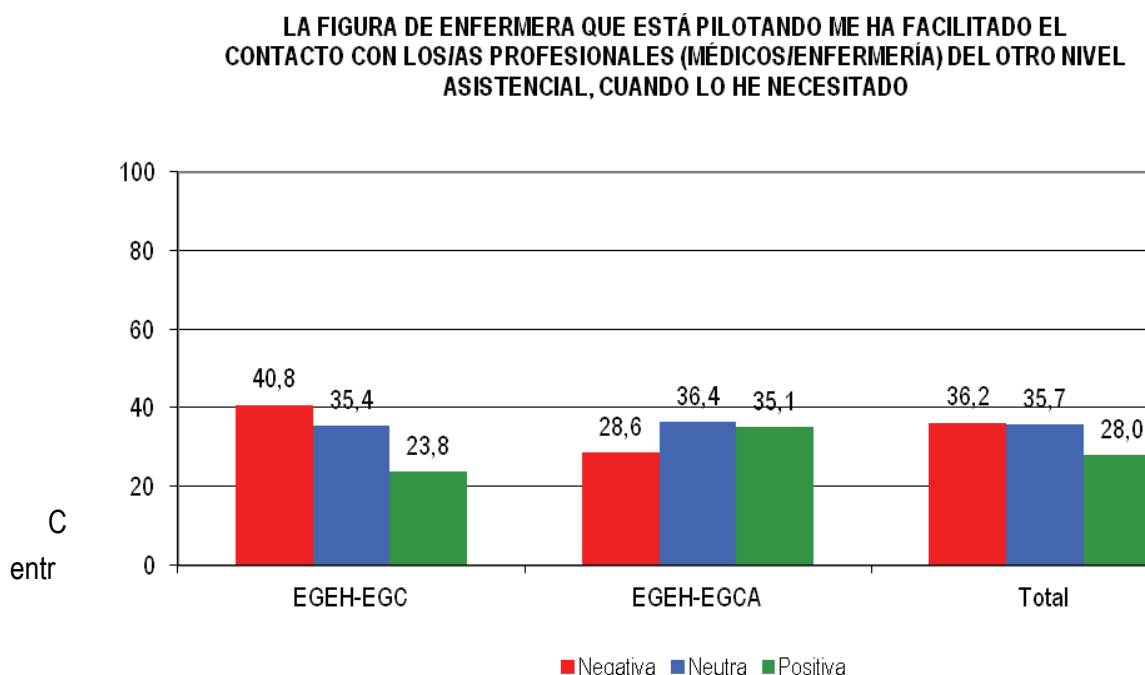
Sin embargo, al recoger la *valoración sobre la facilitación del contacto con otros niveles asistenciales (tabla 3.29 y gráfico 3.29) y otros/as profesionales del ámbito social, específicamente trabajadores/as sociales (tabla 3.30 y gráfico 3.30)*, los resultados son sustancialmente menos positivos. En cualquier caso, el hecho más reseñable de los resultados de ambas cuestiones son las respuestas de no sabe / no contesta recogidos, en la medida que superan el 50% de los/as profesionales que han participado en esta evaluación.

Tabla 3.29. La figura de enfermera que se está pilotando me ha facilitado el contacto con los/as profesionales (médicos, enfermería) del otro nivel asistencial, cuando lo he necesitado. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Facilidad Contacto Otros/as Profesionales	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	36	27,7	14	18,2	50	24,2
2	17	13,1	8	10,4	25	12,1
3	14	10,8	7	9,1	21	10,1
4	15	11,5	12	15,6	27	13,0
5	17	13,1	9	11,7	26	12,6
6	13	10,0	16	20,8	29	14,0
7	18	13,8	11	14,3	29	14,0
Ns/Nc	99		113		212	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	3,5		4,1		3,8	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.29. La figura de enfermera que se está pilotando me ha facilitado el contacto con los/as profesionales (médicos, enfermería) del otro nivel asistencial, cuando lo he necesitado. Porcentajes, 2.011.



ándonos en los datos “válidos”, en términos globales, menos del 30,0% de las valoraciones, en ambas cuestiones, se ubican en las categorías definidas como positivas, porcentaje que supera muy levemente el 35% en el caso de los/as profesionales que han tenido contacto con el tándem de roles EGEH y EGCA, mientras se reduce por debajo del 25% en el caso de aquellos proyectos pilotando los roles EGEH y EGC.

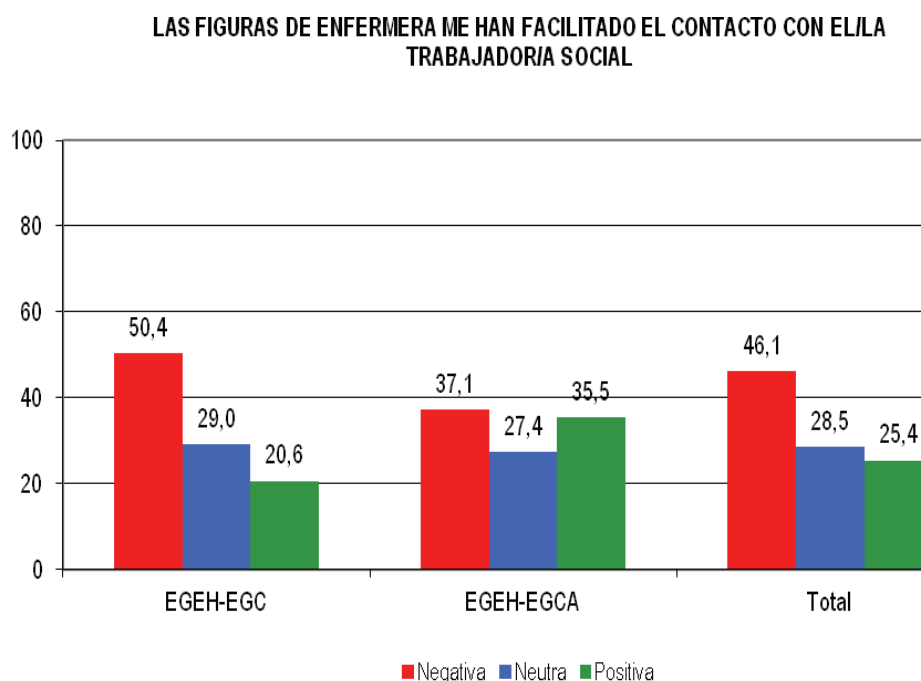
En cuanto a la diferencia entre las “puntuaciones” medias, las distancias se sitúan en los 0,6 y los 0,7 puntos, respectivamente, unas de las más bajas del conjunto de afirmaciones para valorar planteadas en el cuestionario.

Tabla 3.30. Las figuras de enfermera me han facilitado el contacto con el/la trabajador/a social. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Facilidad Contacto Trabajador/a Social	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	47	35,9	15	24,2	62	32,1
2	19	14,5	8	12,9	27	14,0
3	10	7,6	4	6,5	14	7,3
4	15	11,5	9	14,5	24	12,4
5	13	9,9	4	6,5	17	8,8
6	13	9,9	10	16,1	23	11,9
7	14	10,7	12	19,4	26	13,5
Ns/Nc	98		128		226	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	3,2		3,9		3,4	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.30. Las figuras de enfermera me han facilitado el contacto con el/la trabajador/a social. Porcentajes, 2.011.



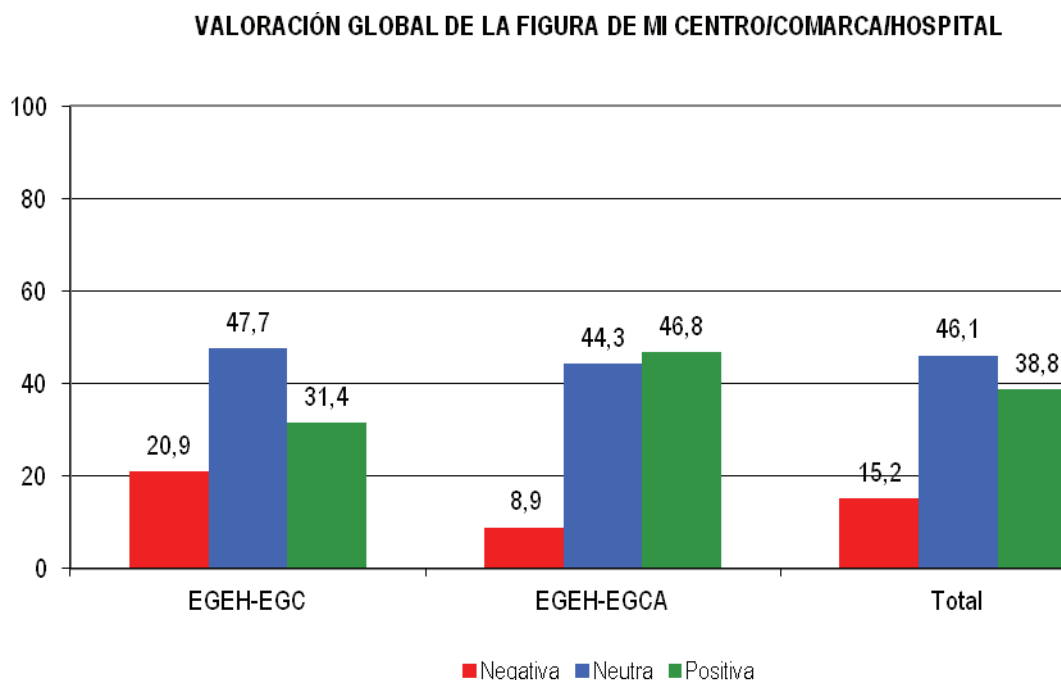
Para finalizar, la última cuestión sirve como *evaluación global de la satisfacción que la figura de enfermera ha generado entre los/as profesionales*, **tabla 3.31 y gráfico 3.31**. Y la principal consideración que se puede realizar es que niveles elevados de profesionales, cercanos al 50%, emiten una serie de valoraciones neutras, mientras que casi el 40% de los/as mismos/as valoran positivamente a dichas figuras.

Tabla 3.31. Valoración global de la FIGURA de mi Centro/Comarca/Hospital. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Valoración Global Figura Enfermera	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	13	7,6	8	5,1	21	6,4
2	23	13,4	6	3,8	29	8,8
3	22	12,8	13	8,2	35	10,6
4	31	18,0	21	13,3	52	15,8
5	29	16,9	36	22,8	65	19,7
6	35	20,3	35	22,2	70	21,2
7	19	11,0	39	24,7	58	17,6
Ns/Nc	57		32		89	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	4,3		5,1		4,7	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.31. Valoración global de la FIGURA de mi Centro/Comarca/Hospital. Porcentajes, 2.011.



En cualquier caso, las valoraciones negativas quedan reducidas al 15,2% en el conjunto de los pilotos, reduciéndose significativamente en aquellos donde los roles que interactúan son los de EGEH y EGCA, 8,9%, mientras que se elevan al 20,9% en el otro grupo.

Este conjunto de respuestas categorizadas abocan a unas medias de 5,1 y 4,3, respectivamente.

3.7. Valoración sobre la Incidencia Actual o Potencial Incidencia Futura en Osakidetza.

En el último de los apartados de este informe se han agrupado una serie de cuestiones que ponen en consideración la valoración de los/as profesionales respecto a la influencia o incidencia potencial de la aplicación de un proyecto de este tipo sobre ámbitos globales de la organización sanitaria.

Así, las dos primeras cuestiones ponen en valoración la *posibilidad de disminuir tanto los ingresos no programados, tabla 3.32 y gráfico 3.32, como el número de estancias hospitalarias de los/as pacientes incluidos/as en el proyecto, tabla 3.33 y gráfico 3.33.*

En ambos casos, algo menos del 40% de las respuestas se agruparían en la categoría de valoraciones positivas, destacando que entorno al 45% de las mismas son de carácter neutro lo que muestra ni un acuerdo ni un desacuerdo con las afirmaciones propuestas o, incluso, un cierto desconocimiento sobre las posibles incidencias. Por su parte, las valoraciones negativas superan levemente el 15%. La combinación de dichos porcentajes sitúa las “puntuaciones” medias en el 4,6 y el 4,7, respectivamente, para cada una de las cuestiones planteadas.

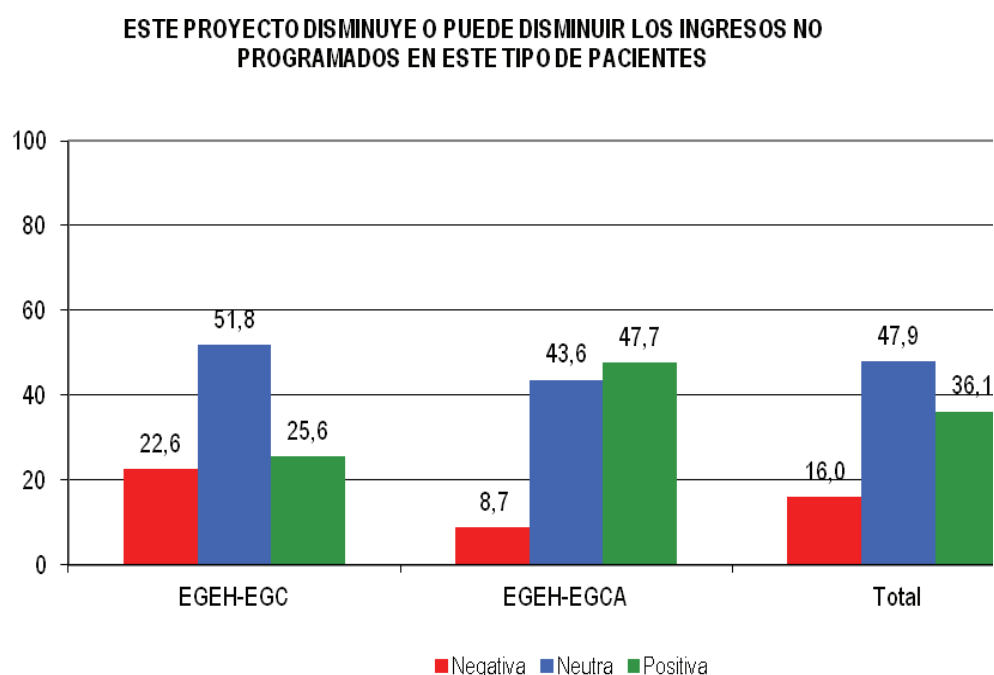
En cuanto a la diferenciación de los proyectos según los roles de enfermería pilotados, la distancia entre estas puntuaciones medias, en ambos casos, es 0,9 puntos superior la satisfacción reflejada en relación con el proyecto en el caso de la interacción de los roles EGEH y EGCA.

Tabla 3.32. Este proyecto disminuye o puede disminuir los ingresos no programados en este tipo de pacientes. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Incidencia Disminución Ingresos No Program.	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	15	9,1	8	5,4	23	7,3
2	22	13,4	5	3,4	27	8,6
3	23	14,0	9	6,0	32	10,2
4	23	14,0	20	13,4	43	13,7
5	39	23,8	36	24,2	75	24,0
6	23	14,0	35	23,5	58	18,5
7	19	11,6	36	24,2	55	17,6
Ns/Nc	65		41		106	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	4,2		5,1		4,6	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.32. Este proyecto disminuye o puede disminuir los ingresos no programados en este tipo de pacientes. Porcentajes, 2.011.



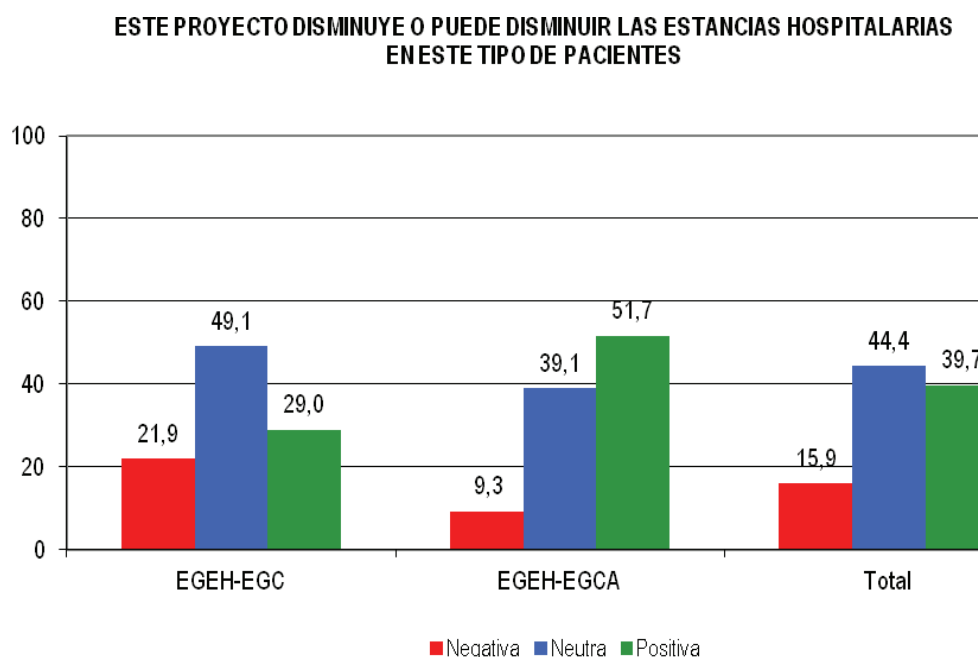
Tomando como referencia los porcentajes de respuestas de cada categoría, dichos pilotos eran valorados por entorno al 50% de los/as profesionales de manera positiva, mientras que los que se han relacionado con los proyectos en que se pilotaban los roles EGEH y EGC no alcanzan el 30% los que muestran un pleno o casi pleno acuerdo con la afirmación planteada. En este caso, son las respuestas neutras, sumando entorno al 50% de las respuestas, las que tienen el peso principal.

Tabla 3.33. Este proyecto disminuye o puede disminuir las estancias hospitalarias en este tipo de pacientes. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Incidencia Disminución Estancias Hospitalarias	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	19	11,2	7	4,6	26	8,1
2	18	10,7	7	4,6	25	7,8
3	17	10,1	10	6,6	27	8,4
4	28	16,6	17	11,3	45	14,1
5	38	22,5	32	21,2	70	21,9
6	27	16,0	40	26,5	67	20,9
7	22	13,0	38	25,2	60	18,8
Ns/Nc	60		39		99	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	4,3		5,2		4,7	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.33. Este proyecto disminuye o puede disminuir las estancias hospitalarias en este tipo de pacientes. Porcentajes, 2.011.



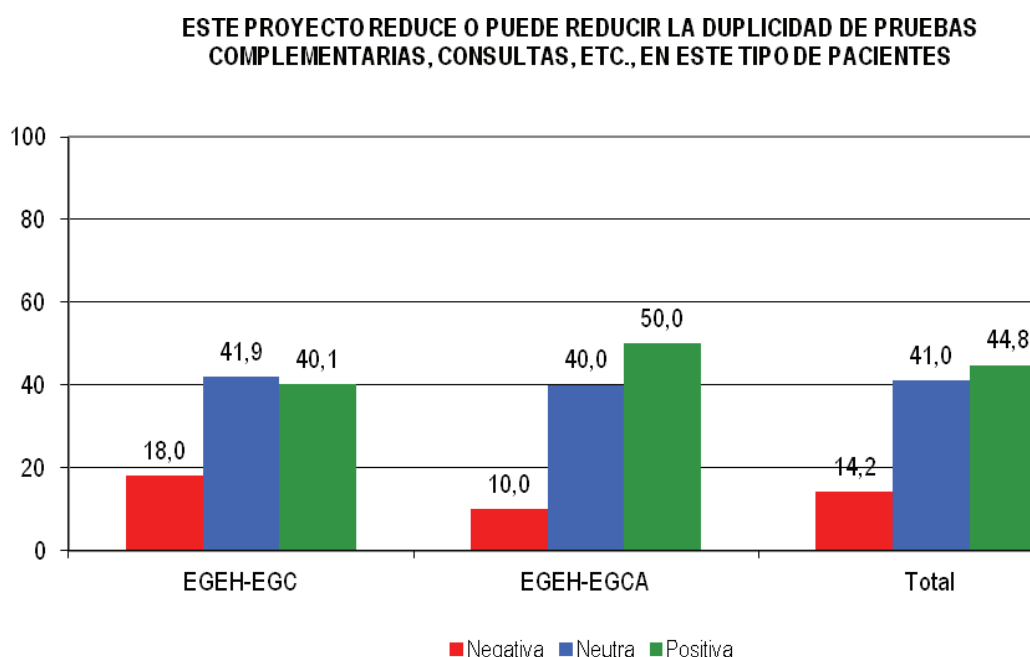
Ligera
mente más positivas son las valoraciones en relación con la *posibilidad de que el proyecto reduzca la duplicidad de pruebas complementarias, consultas u otras atenciones sanitarias en este tipo de pacientes*, **tabla 3.34 y gráfico 3.34**. Esta mejora en la valoración de este ítem viene determinada porque casi el 45% de los/as profesionales aportan respuestas en las categorías más positivas, a la vez que el porcentaje de aquellas dos categorías más negativas no alcanza el 15%, lo cual deriva en una “puntuación” media de 4,9.

Tabla 3.34. Este proyecto reduce o puede reducir la duplicidad de pruebas complementarias, consultas, etc., en este tipo de pacientes. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Incidencia Disminución Duplicidad Pruebas	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	16	9,6	9	6,0	25	7,9
2	14	8,4	6	4,0	20	6,3
3	15	9,0	10	6,7	25	7,9
4	23	13,8	21	14,0	44	13,9
5	32	19,2	29	19,3	61	19,2
6	42	25,1	35	23,3	77	24,3
7	25	15,0	40	26,7	65	20,5
Ns/Nc	62		40		102	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	4,6		5,1		4,9	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.34. Este proyecto reduce o puede reducir la duplicidad de pruebas complementarias, consultas, etc., en este tipo de pacientes. Porcentajes, 2.011.



Sin embargo, al desagregar la información en base a los dos tipos de pilotos, la mejora de los datos globales ha estado influenciada por el incremento de las valoraciones positivas emitidas por los/as profesionales que han tenido contacto con los pilotos de interacción de los roles EGEH y EGC, por encima del 40% del total.

Mientras tanto, aunque siguen siendo mejores los resultados valorativos de los proyectos donde los roles pilotados han sido EGEH y EGCA, estos se han mantenido en los mismos niveles a los observados en las dos cuestiones previas analizadas en este apartado, un 5,1 de “puntuación” media y un 50,0% de respuestas encuadradas en las categorías más positivas.

Y, para finalizar, hemos dejado, al igual que se planteaba en la secuencia temporal de realización del cuestionario, aquellos dos ítems que buscaban *una valoración GLOBAL sobre cuestiones genéricas de la organización sanitaria: el IMPACTO que puede tener el proyecto sobre la atención sanitaria, **tabla 3.35 y gráfico 3.35**, y sobre la COORDINACIÓN que pudiera proporcionar a los/as profesionales de los diferentes niveles asistenciales, **tabla 3.36 y gráfico 3.36**.*

Y, nuevamente, los resultados muestran significativos paralelismos entre ambas cuestiones. Así, en términos globales, algo menos del 40% de las respuestas presentan un carácter positivo, destacando la superioridad porcentual que suponen aquellas respuestas de carácter más neutro, cerca del 50%. Por su parte, las valoraciones más negativas se sitúan levemente por encima del 15%. Todo en su conjunto sitúa las “puntuaciones” medias en ambos ítems en el 4,6.

Pasando a la comparativa de los resultados de los proyectos en función de los roles de enfermeras pilotados, se mantiene inalterable la principal conclusión extraída del conjunto de las respuestas en los ítems del cuestionario; a saber: los resultados siempre son más positivos, con mayores o menores diferencias, entre aquellos pilotos donde los roles de enfermería que han participado han sido los de EGEH y EGCA.

Tabla 3.35. Valoración global del IMPACTO que este proyecto puede tener en la atención sanitaria. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Valoración Impacto Atención Sanitaria	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	12	7,4	9	5,8	21	6,6
2	20	12,3	7	4,5	27	8,5
3	23	14,2	13	8,4	36	11,4
4	26	16,0	22	14,2	48	15,1
5	32	19,8	33	21,3	65	20,5
6	31	19,1	45	29,0	76	24,0
7	18	11,1	26	16,8	44	13,9
Ns/Nc	67		35		102	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	4,3		4,9		4,6	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.35. Valoración global del IMPACTO que este proyecto puede tener en la atención sanitaria. Porcentajes, 2.011.

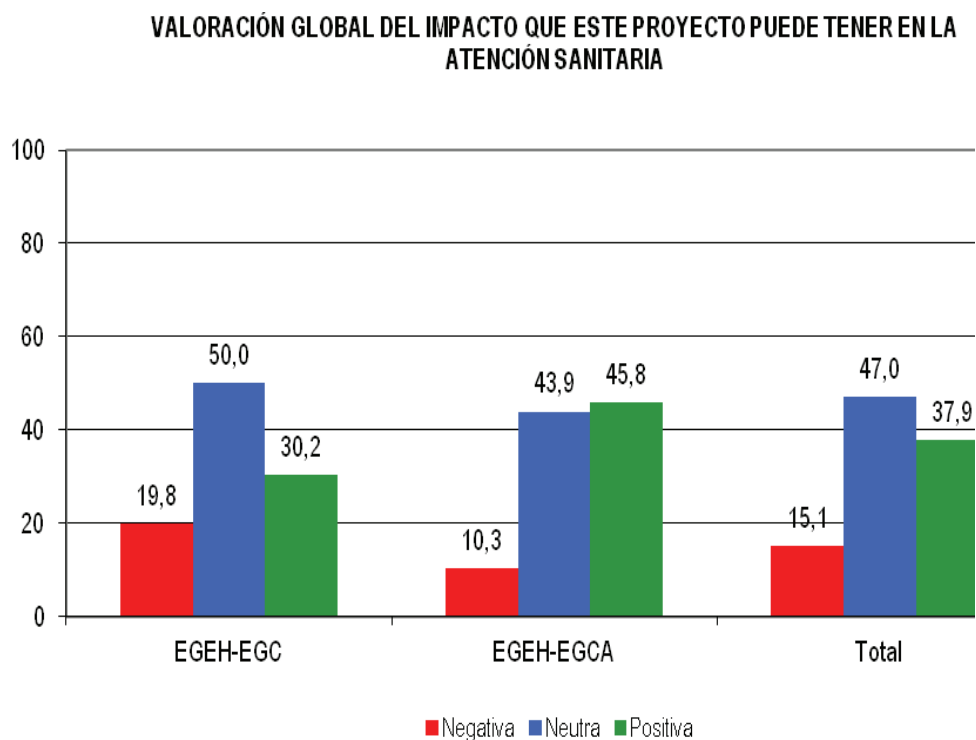
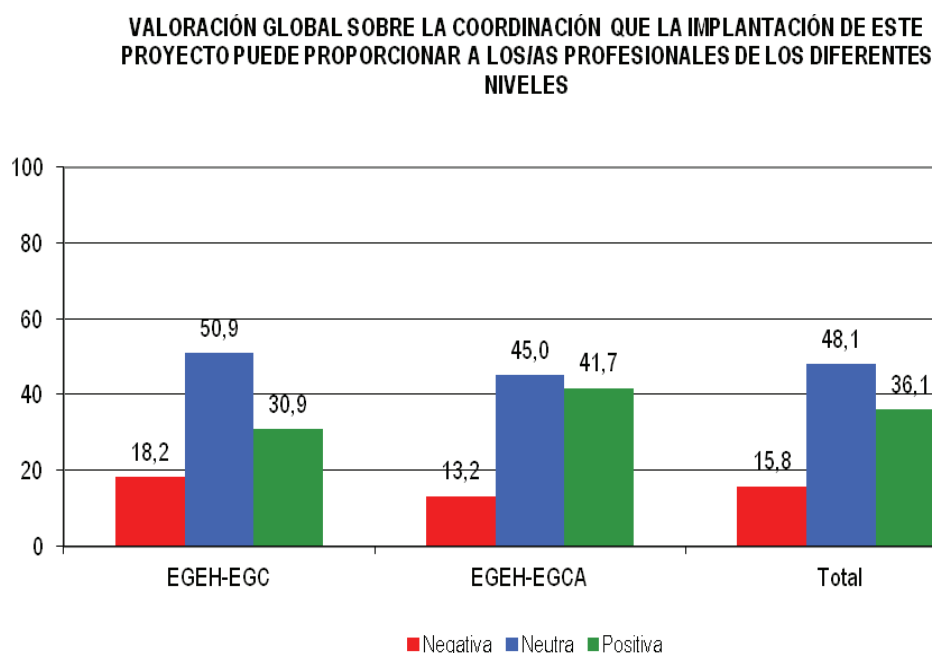


Tabla 3.36. Valoración global sobre la COORDINACIÓN que la implantación de este proyecto puede proporcionar a los/as profesionales de los diferentes niveles. Totales, Porcentajes y Medias, 2.011.

Valoración Impacto Coordinación Profesion.	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	15	9,1	11	7,3	26	8,2
2	15	9,1	9	6,0	24	7,6
3	21	12,7	10	6,6	31	9,8
4	28	17,0	23	15,2	51	16,1
5	35	21,2	35	23,2	70	22,2
6	31	18,8	36	23,8	67	21,2
7	20	12,1	27	17,9	47	14,9
Ns/Nc	64		39		103	
Total	229	100	190	100	419	100
Valoración Media	4,4		4,8		4,6	

Fuente: Encuesta Valoración Satisfacción Profesionales, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.36. Valoración global sobre la COORDINACIÓN que la implantación de este proyecto puede proporcionar a los/as profesionales de los diferentes niveles. Porcentajes, 2.011.

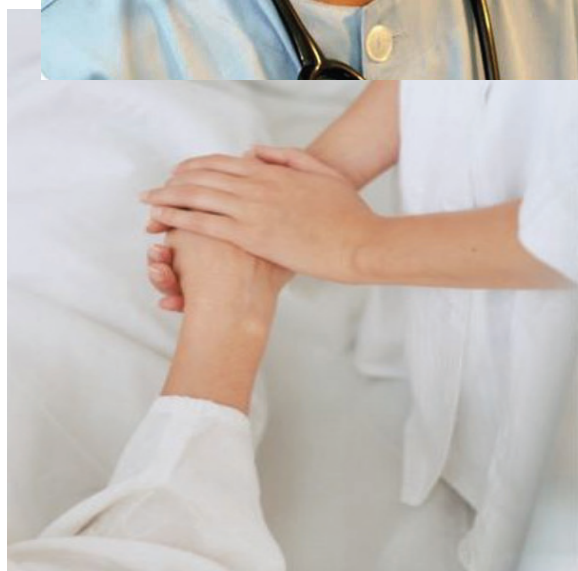
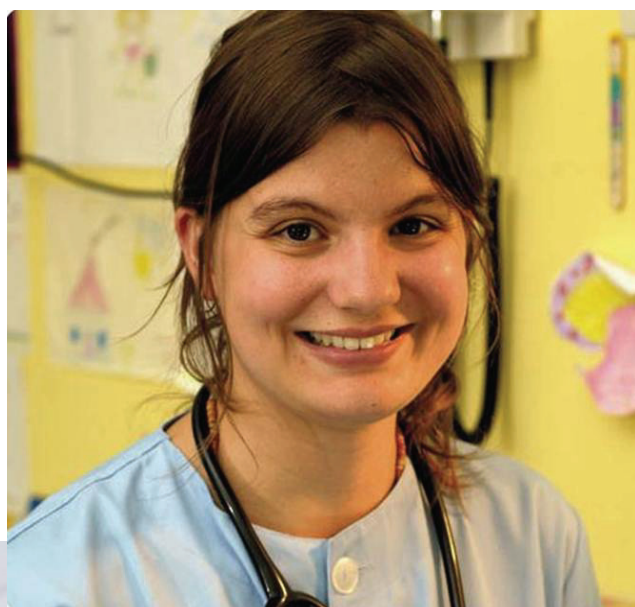


En esta ocasión, las diferencias en relación con las “puntuaciones” medias es de 0,6 y 0,4 puntos respectivamente, siendo en este segundo aspecto, el de la valoración sobre la coordinación de los/as profesionales de los diversos niveles donde se observa una de las menores distancias entre ambos grupos del total de las afirmaciones planteadas, al nivel de las producidas en los otros dos ítems del cuestionario

donde se valoraban los efectos de estos proyectos pilotos sobre distintas coordinaciones entre profesionales y/o niveles asistenciales.

En términos porcentuales, las valoraciones positivas se sitúan por encima del 40% y el 30%, respectivamente, en cada uno de los dos grupos, mientras que las negativas superan el 10% en los pilotos con roles EGEH y EGCA y se aproximan al 20% en el caso de aquellos donde interactúan los roles EGEH y EGC.

ANEXO X INFORME RESULTADOS PERCEPCIÓN CALIDAD DE VIDA



1. Presentación.

El presente documento recoge los Indicadores Cualitativos que analizan la Variación de la Calidad de Vida de los/as Pacientes al Inicio (antes del comienzo de los pilotos) y al Final de los Proyectos Pilotos correspondientes al Proyecto Estratégico 8 “Competencias Avanzadas de Enfermería” por parte de los/as Pacientes, aunque en algunos casos los cuestionarios hayan podido ser respondidos por las personas cuidadoras.

2. Proceso Metodológico.

- ✓ El **objetivo básico** es aportar información comparativa sobre la Variación de la Calidad de Vida al inicio del proyecto (antes del comienzo de los Pilotos) y al final de los mismos.
- ✓ La **fente de información** es el Cuestionario SF-12 para todos los pilotos a excepción del Piloto 7, para el cual se ha aplicado, de manera específica, el EUROQOL EQ-5D.
- ✓ El **análisis de los datos** se ha realizado a través del programa estadístico SPSS (versión 14.0) y se ha llevado a cabo teniendo en cuenta la agrupación de los pilotos en función de las Figuras de las Profesionales (Enfermeras) que han intervenido en los mismos:
 - a. EGEH y EGC: pilotos 1, 2, 5, 6, y 8.
 - b. EGEH y EGCA: pilotos 3, y 4.
 - c. De manera específica en este informe, en el piloto 7 se ha aplicado un cuestionario diferenciado, proyecto donde las figuras de enfermeras que se han pilotado han sido EGEH y EGCA.

3. Resultados.

Previamente a la exposición de los resultados principales de las doce y seis cuestiones, respectivamente en cada tipo de cuestionario, dirigidas expresamente hacia los/as pacientes antes y después de su participación en los proyectos pilotos, hay que significar que han respondido al cuestionario, en ambos momentos, 307 pacientes al primer modelo y 44 al segundo, aunque en algunas cuestiones haya pacientes que no han respondido a las cuestiones planteadas por desconocer la respuesta o por no querer definirse.

Hay que volver a incidir que este número de cuestionarios analizados se corresponde con pacientes que han respondido al cuestionario en ambos momentos, es decir, antes y después de su participación en los proyectos pilotos. Por ello, han quedado excluidas del análisis aquellas respuestas de pacientes que sólo se pudieron cumplimentar en uno de los dos momentos del proceso.

Teniendo en cuenta dicha consideración, en cuanto a la representación gráfica de las respuestas de los/as pacientes que han respondido a los cuestionarios, hay que especificar que en las tablas sí se recogen aquellas que no han aportado información en cada uno de los ítems por no haber respondido a las cuestiones planteadas (no sabe / no contesta). Sin embargo, en los histogramas se ha considerado oportuno excluir las mismas para posibilitar la comparativa y que no quede desvirtuada por los diferentes volúmenes de no respuestas de cada cuestión.

Por último, especificar que hemos presentado los resultados de las diversas cuestiones o ítems, en el caso del primero de los cuestionarios, en cinco áreas, en función del ámbito o aspecto sobre el que interrogan:

1. Valoraciones más generales: sobre la salud, sobre dificultades generadas por el dolor y sobre la frecuencia que la salud física o los problemas emocionales han dificultado las actividades sociales.
2. Limitaciones específicas generadas por la situación de salud.
3. Problemas derivados de la salud física.
4. Problemas derivados por cuestiones emocionales.
5. Valoración sobre la frecuencia de diversas sensaciones.

3.1. Valoración de Aspectos Generales.

Comenzando por los resultados recogidos en los tres ítems del cuestionario que hemos agrupado en el capítulo referido a la valoración de aspectos generales, el primero de ellos interrogaba sobre la *valoración general de su salud por parte del/de la paciente* participante en el proyecto, **tabla 3.1 y gráfico 3.1**. El principal resultado reseñable es que la situación de aquellos/as pacientes que valoraban su salud de manera positiva (*excelente o muy buena*) antes de iniciar su participación en el proyecto, lo siguen haciendo al final del mismo. Únicamente la categoría *buena* muestra un pequeño descenso entre el antes y el después, pasando del 22,2% al 17,5%.

Por otro lado, parece denotarse un trasvase de pacientes de la categoría *regular* a la *mala* en el tiempo de desarrollo del proyecto. Así, la primera de las categorías ha visto reducir el porcentaje de pacientes que se ubican en la misma del 47,7% en el inicio del proyecto al 40,4% al final del mismo. En consonancia con esta situación, la categoría *mala* ha incrementado su porcentaje del 27,5% al 39,7%, posiblemente recogiendo a los/as pacientes de ambas categorías previas.

Si observamos los resultados basados en las agrupaciones de los 7 pilotos según los perfiles/roles de enfermeras que interactúan en los mismos, **tabla 3.2 y gráfico 3.2**, se observan ciertas diferencias.

A nivel general, la evolución de las tendencias en ambas agrupaciones mantiene una línea muy similar a la apuntada por los datos generales. Sin embargo, en la medida que la situación de los/as pacientes ubicados/as en los pilotos donde han interactuado los roles de enfermeras EGEH y EGCA, según las respuestas del antes, mostraban una peor salud general, igualmente se observa que la evolución muestra un empeoramiento más agudizado. Por destacar, los resultados de la categoría más negativa, salud *mala*, su incremento porcentual ha superado los 30 puntos hasta ser la valoración que sobre su salud hacen prácticamente la mitad de los/as pacientes participantes en dichos proyectos pilotos.

Por el contrario, en los pilotos donde han participado los roles EGEH y EGC, la categoría mala únicamente se ha incrementado 8 puntos porcentuales, del 30,0% del antes al 38,1% del después.

Tabla 3.1. Valoración general sobre su salud. Totales y Porcentajes, 2.011.

Salud General	Antes		Después	
	N	%	N	%
Excelente	1	0,3	1	0,3
Muy buena	7	2,3	6	2,0
Buena	67	22,2	53	17,5
Regular	144	47,7	122	40,4
Mala	83	27,5	120	39,7
Ns/Nc	5		5	
Total	307	100	307	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.1. Valoración general sobre su salud. Porcentajes, 2.011.

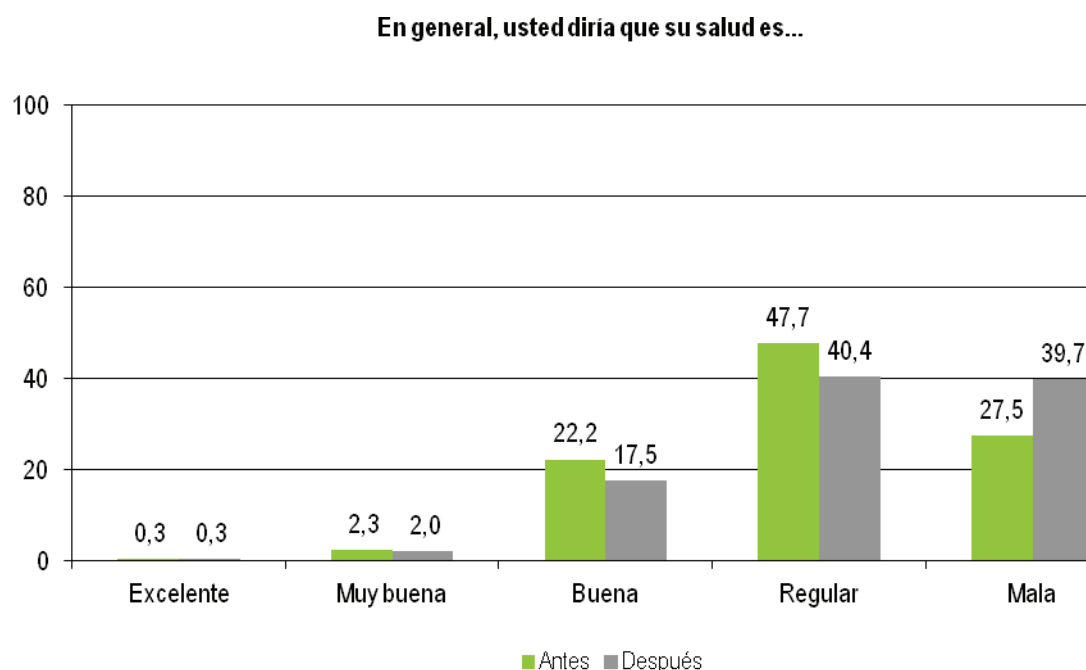


Tabla 3.2. Valoración general sobre su salud según pilotos. Totales y Porcentajes, 2011.

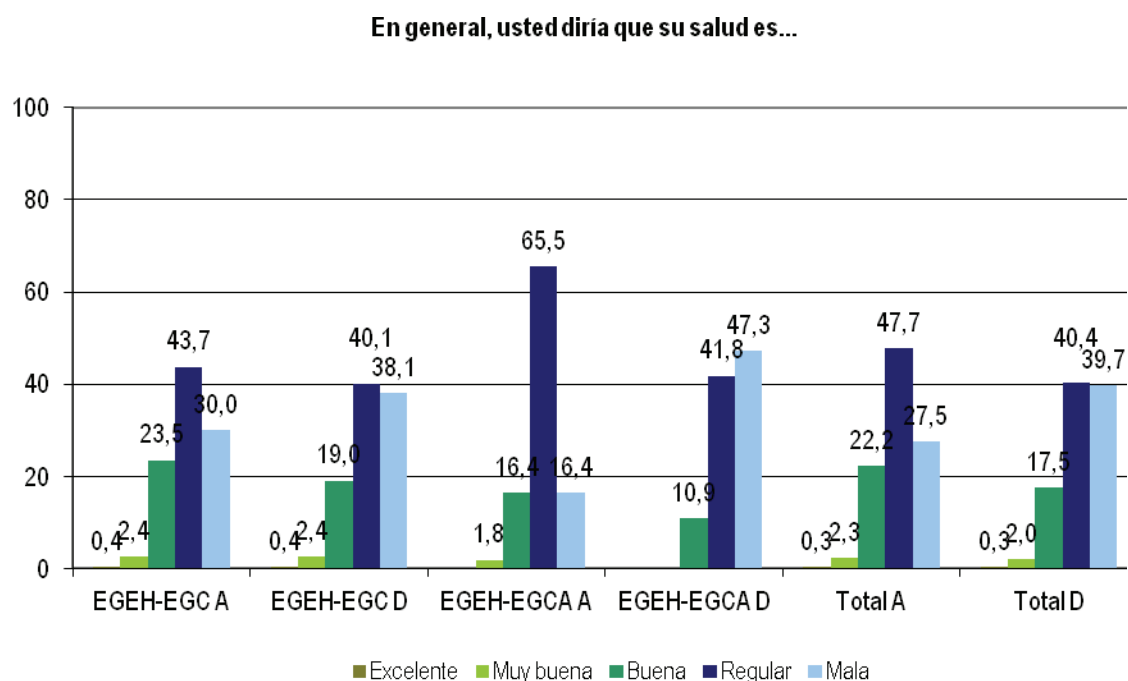
Salud en General	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
Excelente	1	1			1	1
Muy buena	6	6	1		7	6
Buena	58	47	9	6	67	53
Regular	108	99	36	23	144	122
Mala	74	94	9	26	83	120
Ns/Nc	4	4	1	1	5	5
Total	251	251	56	56	307	307

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Salud en General	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
Excelente	0,4	0,4			0,3	0,3
Muy buena	2,4	2,4	1,8		2,3	2,0
Buena	23,5	19,0	16,4	10,9	22,2	17,5
Regular	43,7	40,1	65,5	41,8	47,7	40,4
Mala	30,0	38,1	16,4	47,3	27,5	39,7
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.2. Valoración general sobre su salud según pilotos. Porcentajes, 2011.



La segunda de las cuestiones genéricas recogidas en este apartado hace referencia a hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual, **tabla 3.3 y gráfico 3.3**, durante las 4 últimas semanas. A nivel general, el dato más reseñable es la cierta mejora entre el antes y después que han disfrutado casi un 10% de los/as pacientes; a saber: antes del inicio del proyecto existía un 33,2% de los/as pacientes que afirmaban que el dolor *no le dificultaba* su trabajo habitual, porcentaje que se ha incrementado hasta el 42,2% en el final. Según la evolución de los porcentajes de la categoría siguiente, *un poco*, entre el antes y después parece evidente que la participación en los pilotos ha aportado una cierta mejoría a un porcentaje significativo de pacientes.

Por su parte, en el resto de las categorías, las cuales apuntan una mayor incidencia del dolor en la generación de dificultades para realizar su trabajo habitual, no se observan diferencias sustanciales entre el antes y el después, aunque los porcentajes de las categorías *bastante* y *mucho* se han incrementado en cierta medida.

En cuanto a la comparativa en función de la agrupación de pilotos según los roles de enfermeras que interactúan, **tabla 3.4 y gráfico 3.4**, las mismas consideraciones expuestas para los datos globales se pueden realizar en el caso los pilotos donde los roles que han participado han sido los de EGEH y EGC.

Por el contrario, en el caso de los/as pacientes incluidos en los pilotos con interacción de los roles EGEH y EGCA, se observa como los porcentajes del después son inferiores a los del antes en el caso de las categorías más positivas, es decir, donde el dolor no dificulta *nada* o sólo *un poco* la realización del trabajo habitual. Mientras tanto, en el resto de categorías, los porcentajes de pacientes que después de su participación en el piloto consideran que el dolor les ha dificultado en mayor medida que antes se han incrementado, entre 4 y 14 puntos porcentuales.

Tabla 3.3. Dificultades generadas por el dolor para realizar su trabajo habitual durante las 4 últimas semanas. Totales y Porcentajes, 2.011.

Dificultades por el dolor	Antes		Despues	
	N	%	N	%
Nada	96	33,2	122	42,2
Un Poco	64	22,1	22	7,6
Regular	39	13,5	31	10,7
Bastante	53	18,3	59	20,4
Mucho	37	12,8	55	19,0
Ns/Nc	18		18	
Total	307	100	307	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.3. Dificultades generadas por el dolor para realizar su trabajo habitual durante las 4 últimas semanas. Porcentajes, 2.011.

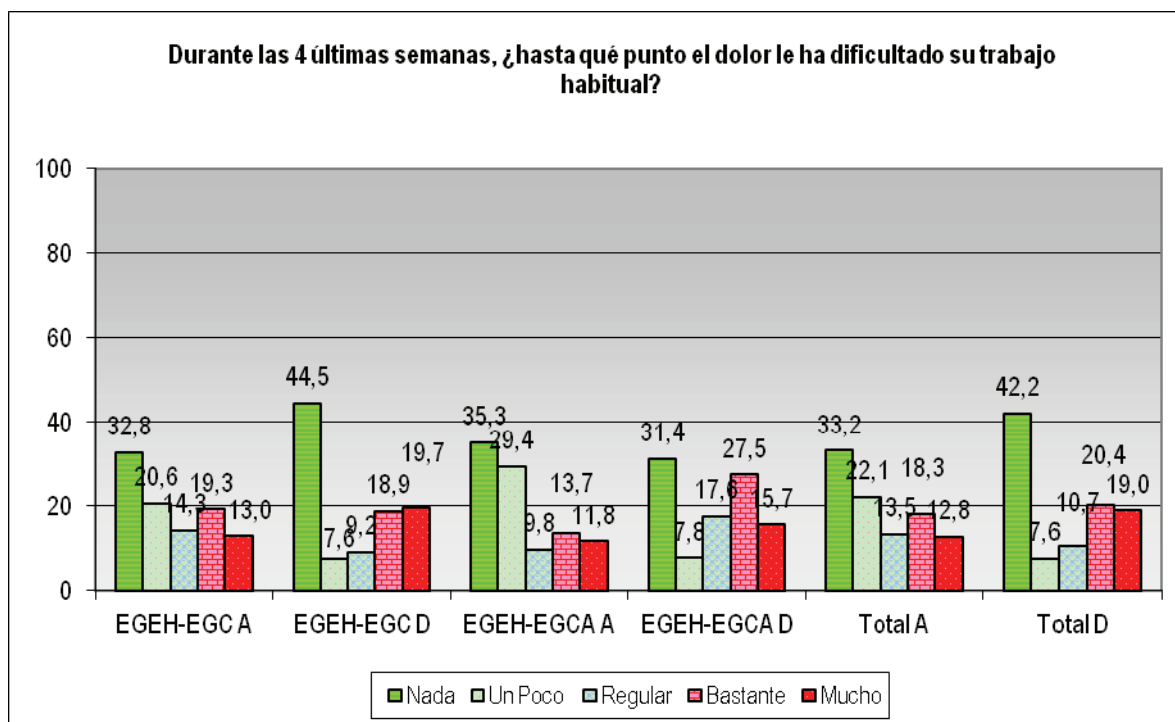


Tabla 3.4. Dificultades generadas por el dolor para realizar su trabajo habitual durante las 4 últimas semanas según pilotos. Totales y Porcentajes, 2.011.

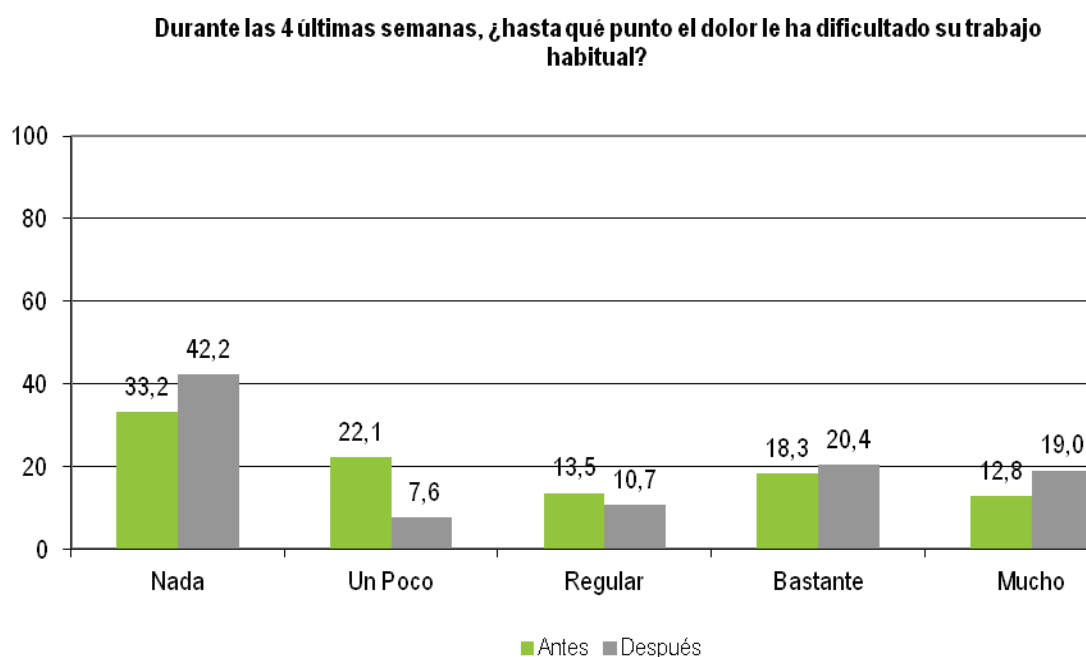
Dificultades por el dolor	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
Nada	78	106	18	16	96	122
Un Poco	49	18	15	4	64	22
Regular	34	22	5	9	39	31
Bastante	46	45	7	14	53	59
Mucho	31	47	6	8	37	55
Ns/Nc	13	13	5	5	18	18
Total	251	251	56	56	307	307

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Dificultades por el dolor	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
Nada	32,8	44,5	35,3	31,4	33,2	42,2
Un Poco	20,6	7,6	29,4	7,8	22,1	7,6
Regular	14,3	9,2	9,8	17,6	13,5	10,7
Bastante	19,3	18,9	13,7	27,5	18,3	20,4
Mucho	13,0	19,7	11,8	15,7	12,8	19,0
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.4. Dificultades generadas por el dolor para realizar su trabajo habitual durante las 4 últimas semanas según pilotos. Porcentajes, 2.011.



Finalmente, al analizar la última cuestión encuadrada en este apartado valorativo sobre aspectos generales de salud, en concreto *las dificultades generadas por la salud física o los problemas emocionales para llevar a cabo sus actividades sociales*, **tabla 3.5 y gráfico 3.5**, los resultados muestran cómo son las dos categorías extremas las que incrementan sus pesos porcentuales: especialmente destaca el incremento de respuestas de pacientes que afirman que, durante las 4 últimas semanas, no ha habido *ningún momento* en que su salud física o emocional les han dificultado sus actividades sociales, pasando del 27,0% al 41,0%.

Igualmente, en el otro extremo, el porcentaje de pacientes que afirman que *siempre* se han visto dificultados para llevar a cabo sus actividades sociales ha pasado del 14,3% en el “antes” al 22,5% en el “después”.

Por otro lado, en ambos grupos definidos en base al tipo de enfermeras que interactúan en los diferentes pilotos, **tabla 3.6 y gráfico 3.6**, se mantienen las tendencias expuestas para el global al analizar las dos categorías de respuestas más extremas. Sin embargo, mientras en el caso de los pilotos en los cuales han interactuado los roles EGEH y EGC los incrementos porcentuales se sitúan en niveles similares al global, entorno al 10%, en el caso de los pilotos que han contado con la participación del conjunto de enfermeras EGEH-EGCA dichos incrementos se sitúan ligeramente por encima del 5%.

Así mismo, en estos últimos pilotos, también incrementan su peso porcentual en el momento del después aquellas categorías que apuntan a que los/as pacientes consideran que *casi siempre* o *algunas veces* su salud física o los problemas emocionales le han dificultados sus actividades sociales. Únicamente, la categoría *sólo alguna vez* reduce su peso entre el “antes” y el “después” hasta recoger un porcentaje de respuestas testimonial, 1,9% frente al 18,9% de “antes”.

Tabla 3.5. Dificultades generadas la salud física o los problemas emocionales para llevar a cabo sus actividades sociales durante las 4 últimas semanas. Totales y Porcentajes, 2.011.

Difícultar sus actividades sociales	Antes		Después	
	N	%	N	%
Siempre	42	14,3	66	22,5
Casi siempre	45	15,4	35	11,9
Algunas veces	68	23,2	55	18,8
Sólo alguna vez	59	20,1	17	5,8
Nunca	79	27,0	120	41,0
Ns/Nc	14		14	
Total	307	100	307	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.5. Dificultades generadas la salud física o los problemas emocionales para llevar a cabo sus actividades sociales durante las 4 últimas semanas. Porcentajes, 2.011.

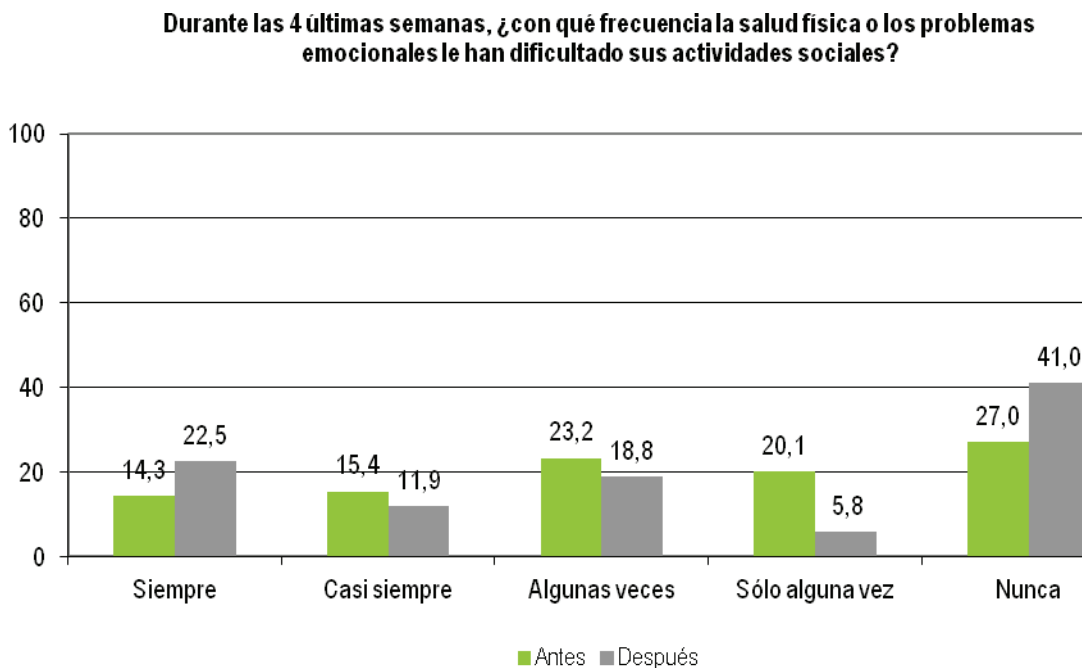


Tabla 3.6. Dificultades generadas la salud física o los problemas emocionales para llevar a cabo sus actividades sociales durante las 4 últimas semanas según pilotos. Totales y Porcentajes, 2.011.

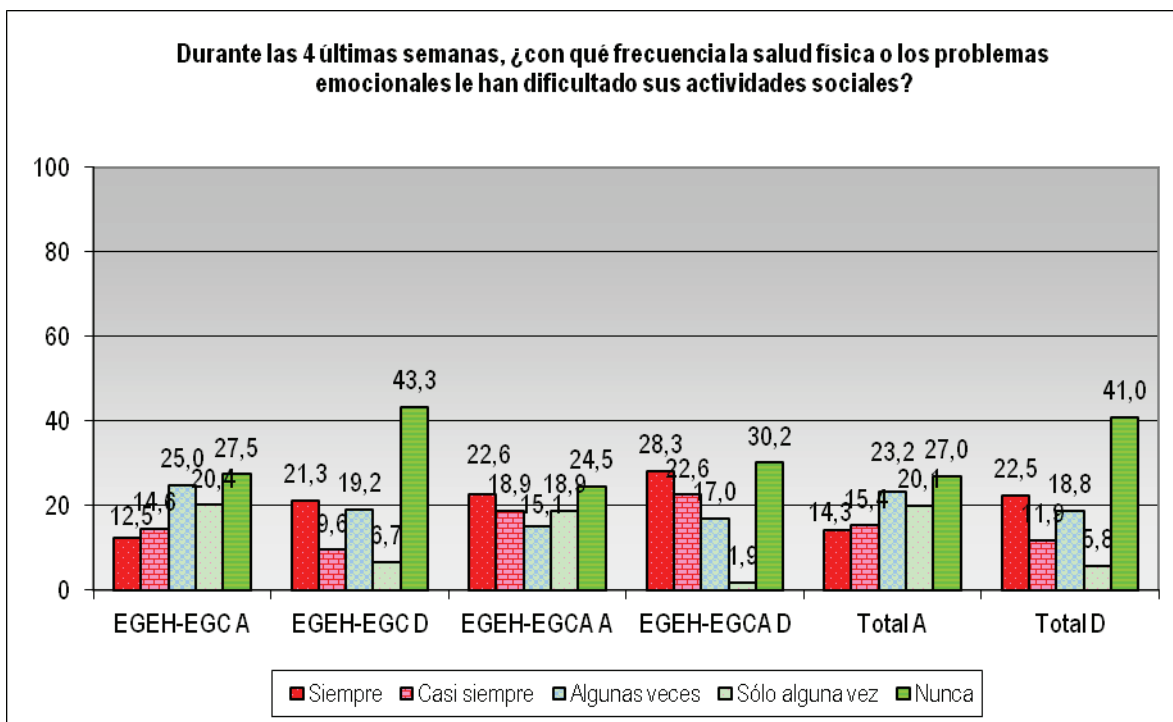
Difícultar sus actividades sociales	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
Siempre	30	51	12	15	42	66
Casi siempre	35	23	10	12	45	35
Algunas veces	60	46	8	9	68	55
Sólo alguna vez	49	16	10	1	59	17
Nunca	66	104	13	16	79	120
Ns/Nc	11	11	3	3	14	14
Total	251	251	56	56	307	307

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Difícultar sus actividades sociales	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
Siempre	12,5	21,3	22,6	28,3	14,3	22,5
Casi siempre	14,6	9,6	18,9	22,6	15,4	11,9
Algunas veces	25,0	19,2	15,1	17,0	23,2	18,8
Sólo alguna vez	20,4	6,7	18,9	1,9	20,1	5,8
Nunca	27,5	43,3	24,5	30,2	27,0	41,0
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.6. Dificultades generadas la salud física o los problemas emocionales para llevar a cabo sus actividades sociales durante las 4 últimas semanas según pilotos. Porcentajes, 2.011.



3.2. Limitaciones Generadas por la Situación de Salud.

La segunda agrupación que hemos realizado de las cuestiones planteadas en el cuestionario recoge aquellas que valoran las limitaciones que la salud de los/as pacientes, en el momento del cuestionario, generan para realizar unas actividades concretas.

La valoración del primero de los aspectos, cuyos resultados se recogen en la **tabla 3.7** y el **gráfico 3.7**, hacen referencia al nivel de *limitación para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)*.

Así, en términos globales, destaca el 63,3% de los/as pacientes que afirman sentirse *muy limitados* para dicha actividad “después” de haber participado en el piloto, frente al 43,6% que se ubicaban en dicha categoría previamente a su participación en el proyecto. Poniendo en relación con los resultados del resto de las categorías, la mayor parte de dichos pacientes partían de una situación de *cierta limitación*, en la media que el porcentaje de respuestas en esta categoría intermedia se ha reducido del 37,0% recogido al inicio al 23,6% del final. Por último, el porcentaje de pacientes que consideran que su salud actual *no les limita en nada* se ha reducido en poco más de un 6%, 19,3% vs. 13,1%).

En términos generales, las mismas consideraciones podemos realizar a la hora de considerar los resultados de manera diferenciada en función de los roles de enfermeras pilotados, **tabla 3.8** y **gráfico 3.8**. Las principales diferencias entre ambas agrupaciones las observamos en las categorías más extremas; a saber: en la más *negativa*, mientras entre los/as pacientes atendidos por la interacción de los roles EGEH y EGCA el incremento alcanza el 25%, en aquellos donde los roles pilotados son EGEH y EGC dicho incremento no alcanza el 20%.

Por el contrario, en la categoría que recoge la *inexistencia* de limitaciones, el empeoramiento de los/as pacientes se concentra básicamente en el caso de los pilotos donde interactúan las enfermeras EGEH y EGC, en la medida que las respuestas se reducen del 20,5% al 13,3%. Mientras tanto, en los pilotos atendidos por los roles EGEH-EGCA el volumen de respuestas en el momento del “después” se han reducido algo menos del 2%, 12,5% vs. 14,3% con anterioridad a la participación.

Tabla 3.7. Limitaciones por la salud actual para caminar varias manzanas (varios centenares de metros). Totales y Porcentajes, 2.011.

Limitación para caminar	Antes		Despues	
	N	%	N	%
Sí, me limita mucho	133	43,6	193	63,3
Sí, me limita un poco	113	37,0	72	23,6
No, no me limita nada	59	19,3	40	13,1
Ns/Nc	2		2	
Total	307	100	307	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.7. Limitaciones por la salud actual para caminar varias manzanas (varios centenares de metros). Porcentajes, 2.011.

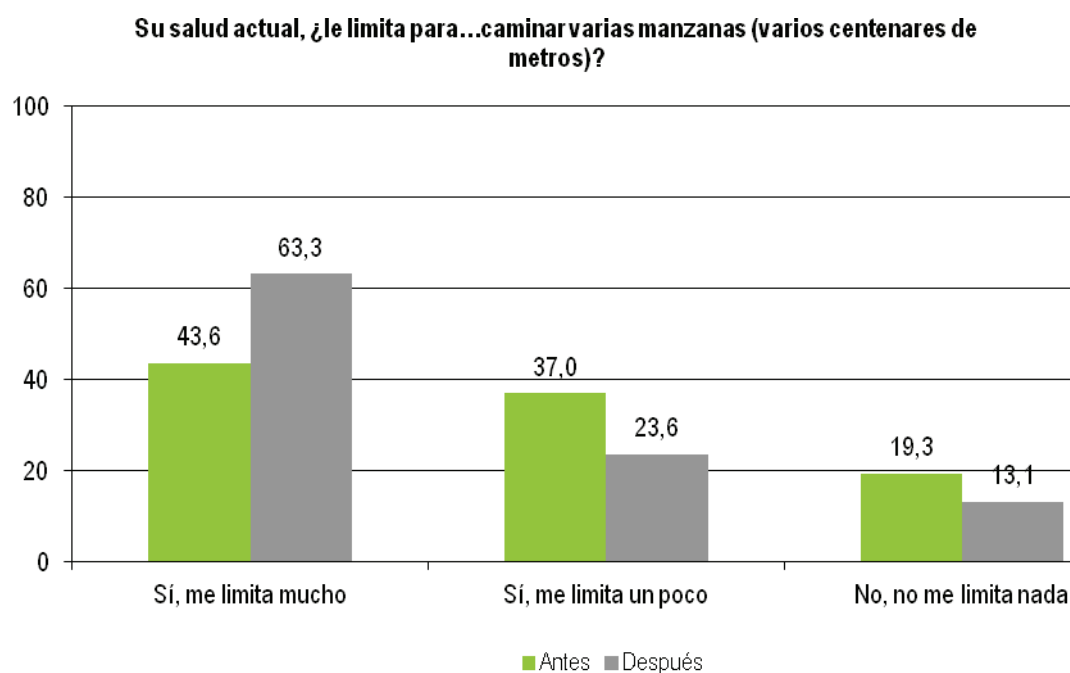


Tabla 3.8. Limitaciones por la salud actual para caminar varias manzanas (varios centenares de metros) según pilotos. Totales y Porcentajes, 2.011.

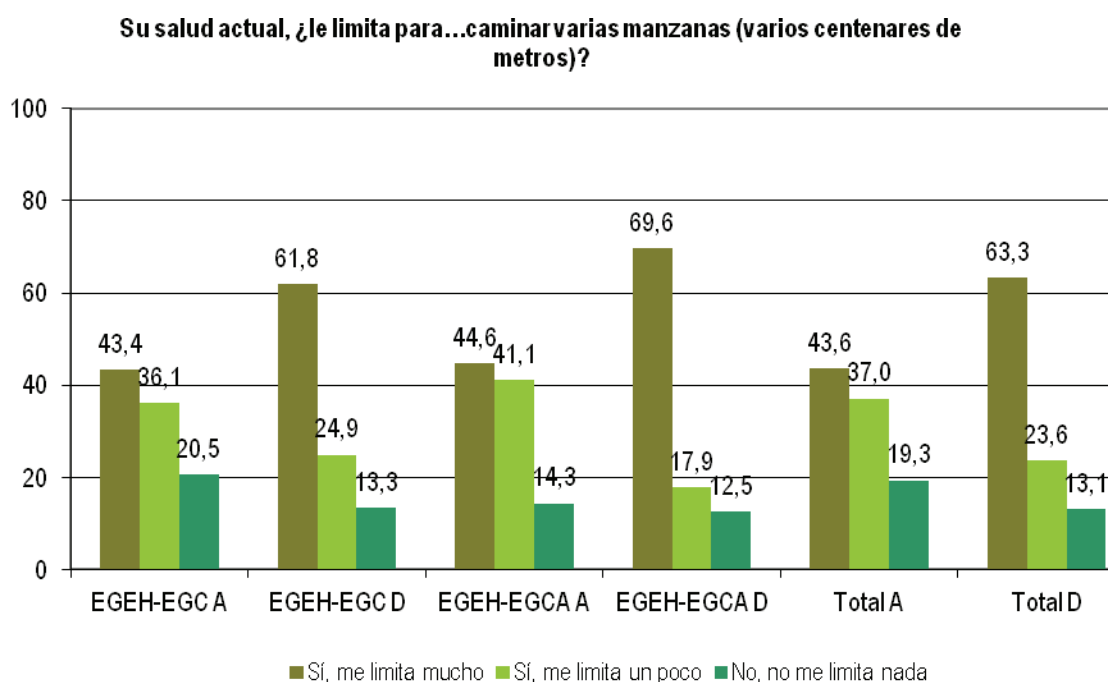
Limitación para caminar	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
Sí, me limita mucho	108	154	25	39	133	193
Sí, me limita un poco	90	62	23	10	113	72
No, no me limita nada	51	33	8	7	59	40
Ns/Nc	2	2			2	2
Total	251	251	56	56	307	307

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Limitación para caminar	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
Sí, me limita mucho	43,4	61,8	44,6	69,6	43,6	63,3
Sí, me limita un poco	36,1	24,9	41,1	17,9	37,0	23,6
No, no me limita nada	20,5	13,3	14,3	12,5	19,3	13,1
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.8. Limitaciones por la salud actual para caminar varias manzanas (varios centenares de metros) según pilotos. Porcentajes, 2.011.



La otra actividad sobre la cual se valoraban las limitaciones generadas por la situación de salud es la correspondiente a la *subida de varios pisos por la escalera*. La mayor exigencia física de esta actividad provoca que tanto los resultados del comienzo como del final sean peores, **tabla 3.9 y gráfico 3.9**. Aunque con diferentes puntos de partida a los observados en la actividad previa, el incremento en el volumen de respuestas en la categoría que recoge las situaciones de *amplia limitación*, del 60,7% al 75,0%, son consecuencia de la evolución de pacientes que previamente se encontraban en el punto intermedio, *un poco de limitación*.

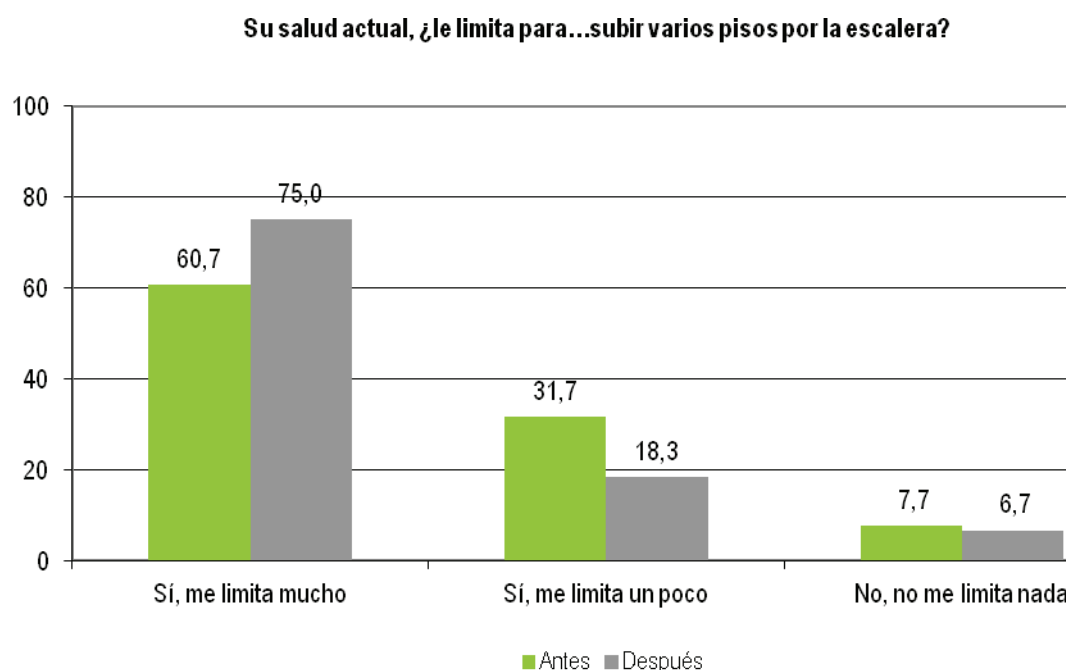
Por su parte, el porcentaje de pacientes que consideran que su salud *no les limita* para subir varios pisos por la escalera se mantiene prácticamente estable.

Tabla 3.9. Limitaciones por la salud actual para subir varios pisos por la escalera. Totales y Porcentajes, 2.011.

Limitación para subir pisos por la escalera	Antes		Después	
	N	%	N	%
Sí, me limita mucho	182	60,7	225	75,0
Sí, me limita un poco	95	31,7	55	18,3
No, no me limita nada	23	7,7	20	6,7
Ns/Nc	7		7	
Total	307	100	307	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.9. Limitaciones por la salud actual para subir varios pisos por la escalera. Porcentajes, 2.011.



El hecho más destacable al analizar los resultados diferenciados según las agrupaciones de pilotos, **tabla 3.10 y gráfico 3.10**, es la mayor estabilización de las “limitaciones” en el caso de los/as pacientes que han sido tratados por la interacción de los roles EGEH y EGCA y, fundamentalmente, el hecho de que se ha

incrementado el porcentaje de pacientes que consideran que su salud *no les limita nada*, 3,7% “antes” vs. 7,4% “a la finalización”.

Tabla 3.10. Limitaciones por la salud actual para subir varios pisos por la escalera según pilotos. Totales y Porcentajes, 2.011.

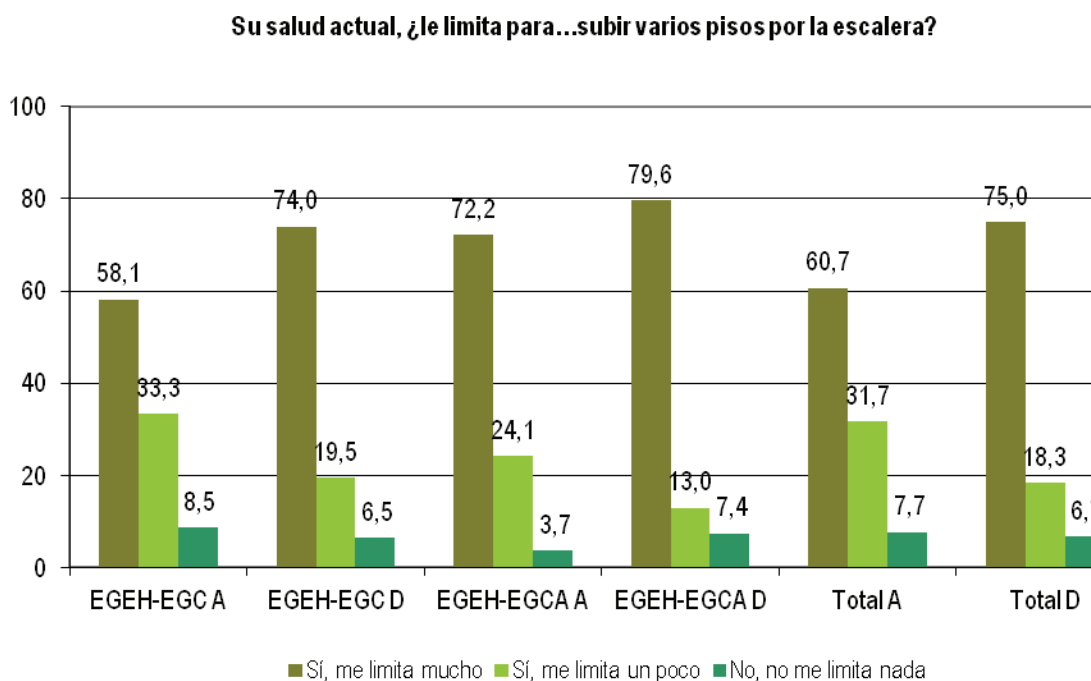
Limitación para subir pisos por la escalera	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
Sí, me limita mucho	143	182	39	43	182	225
Sí, me limita un poco	82	48	13	7	95	55
No, no me limita nada	21	16	2	4	23	20
Ns/Nc	5	5	2	2	7	7
Total	251	251	56	56	307	307

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Limitación para subir pisos por la escalera	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
Sí, me limita mucho	58,1	74,0	72,2	79,6	60,7	75,0
Sí, me limita un poco	33,3	19,5	24,1	13,0	31,7	18,3
No, no me limita nada	8,5	6,5	3,7	7,4	7,7	6,7
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.10. Limitaciones por la salud actual para subir varios pisos por la escalera según pilotos. Porcentajes, 2.011.



En el caso de los pilotos atendidos por la interacción de los roles EGEH y EGC los resultados son prácticamente idénticos a los observados para los datos agrupados sin diferenciación de pilotos.

3.3. Problemas Derivados de la Salud Física.

La tercera agrupación que hemos realizado de los ítems o afirmaciones planteadas en el cuestionario recoge aquellas que valoran la incidencia de la salud física, específicamente, de los/as pacientes en su trabajo o actividades cotidianas. Así, la primera de las cuestiones interroga sobre *si hicieron menos de los que hubieran querido hacer*.

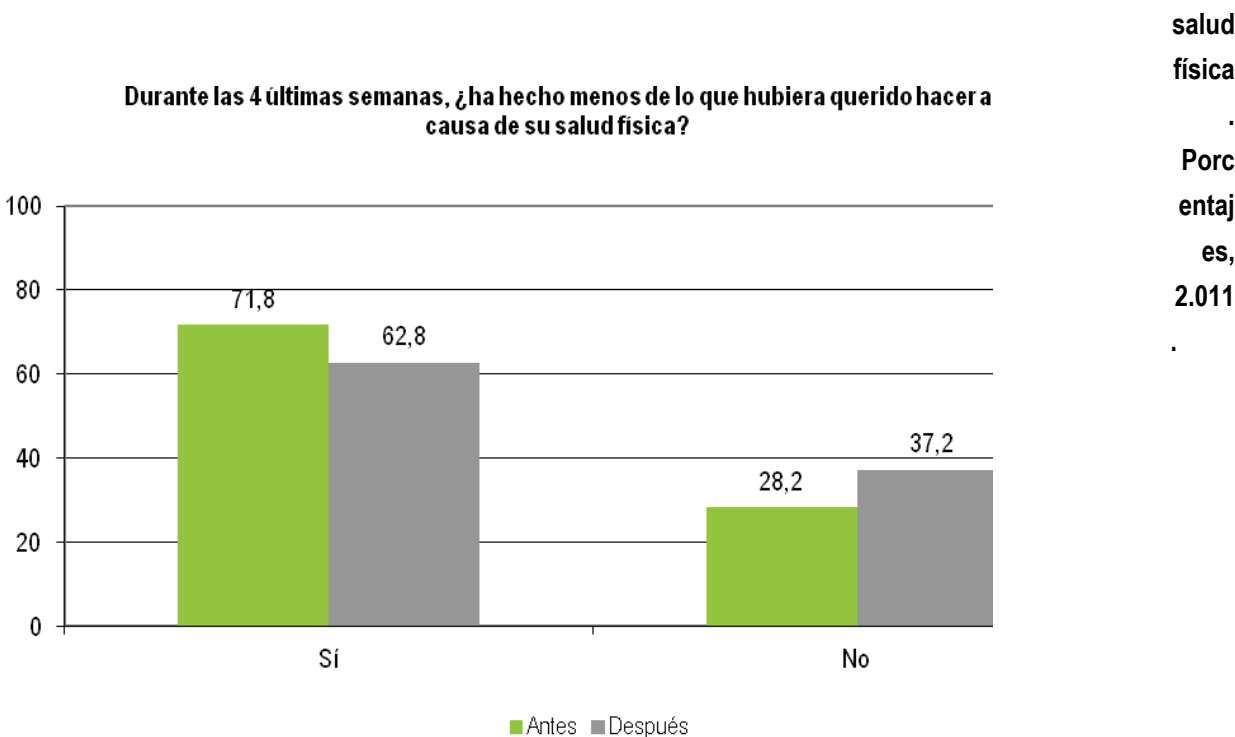
Los resultados de este aspecto, cuyos resultados se recogen en la **tabla 3.11 y el gráfico 3.11**, muestran una mejora genérica en la situación de los/as pacientes en la medida que el porcentaje de aquellos/as que afirman, tras su participación en el piloto, que sí han podido realizar menos de lo que hubieran deseado se ha reducido al 62,8% frente al 71,8% que respondieron afirmativamente “antes” del inicio de los pilotos.

Tabla 3.11. Realizar menos de lo que hubiera querido en su trabajo o actividades cotidianas a causa de su salud física. Totales y Porcentajes, 2.011.

Realizar menos cosas de las deseadas	Antes		Despues	
	N	%	N	%
Sí	216	71,8	189	62,8
No	85	28,2	112	37,2
Ns/Nc	6		6	
Total	307	100	307	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.11. Realizar menos de lo que hubiera querido en su trabajo o actividades cotidianas a causa de su



Es decir, desde la perspectiva del otro extremo, la salud física del 37,2% de los/as pacientes que han participado en los pilotos, *no les ha impedido realizar lo que han deseado* tras su participación en los mismos, mientras “antes” de su paso por los pilotos este porcentaje era, únicamente, el 28,2%.

En cuanto a la diferenciación según pilotos, y considerando que el punto de partida, los resultados del “antes”, era peor, son los/as pacientes participantes en los pilotos atendidos por los roles de enfermeras EGEH-EGCA los que han reflejado una sustancial mejoría tras su paso por los mismos, **tabla 3.12 y gráfico 3.12**. Así, mientras en el “antes” el 81,8% de los pacientes afirmaban que su salud física en las 4 semanas anteriores había influido en que *hicieran menos cosas de las que hubieran querido hacer*, en el “después” este porcentaje se ha reducido al 67,3%.

Por el contrario, la mejora en la situación de los/as pacientes que han pasado por los pilotos interactuados por los roles EGEH y EGC, en términos porcentuales, muestran una variación de algo menos de la mitad a la observada en la otra agrupación, poco más del 7%.

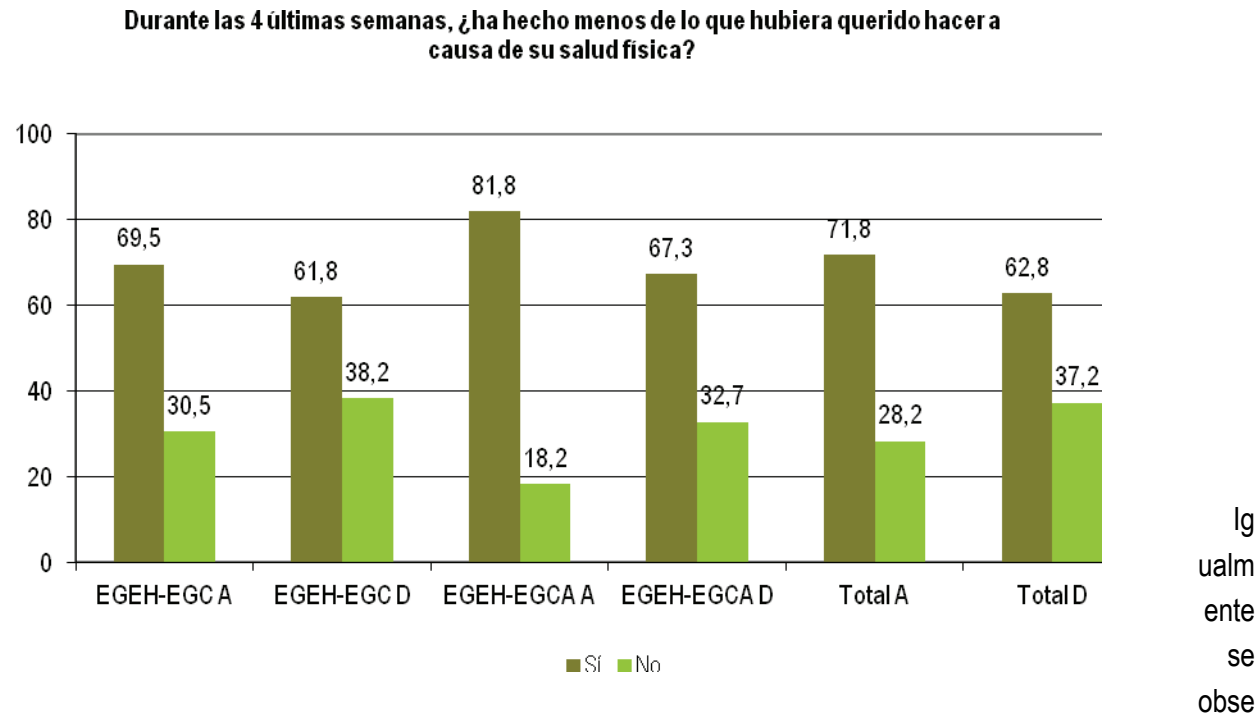
Tabla 3.12. Realizar menos de lo que hubiera querido en su trabajo o actividades cotidianas a causa de su salud física según pilotos. Totales y Porcentajes, 2.011.

Realizar menos cosas de las deseadas	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
Sí	171	152	45	37	216	189
No	75	94	10	18	85	112
Ns/Nc	5	5	1	1	6	6
Total	251	251	56	56	307	307

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Realizar menos cosas de las deseadas	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
Sí	69,5	61,8	81,8	67,3	71,8	62,8
No	30,5	38,2	18,2	32,7	28,2	37,2
Total	100	100	100	100	100	100

Gráfico 3.12. Realizar menos de lo que hubiera querido en su trabajo o actividades cotidianas a causa de su salud física según pilotos. Porcentajes, 2.011.



se observa una mejora, aunque en menor medida, en la situación de los pacientes en el caso de las dificultades encontradas para hacer sus trabajos o actividades cotidianas, **tabla 3.13 y gráfico 3.13**. Así, el porcentaje de pacientes que consideran que su salud física les ha generado *dificultades para hacer sus trabajos o actividades cotidianas* se ha reducido desde el 69,1% al 65,8% al recoger el conjunto de resultados de manera agrupada.

Por su parte, al considerar los resultados diferenciados en función de las agrupaciones de pilotos, **tabla 3.14 y gráfico 3.14**, vuelve a ser entre los pacientes que han participado en aquellos interactuados por los roles de enfermeras EGEH y EGCA dónde se observa una mayor reducción en las dificultades para hacer sus trabajos o actividades cotidianas, 81,8% en el “antes” frente al 70,9% del “después”.

Por último, entre los pacientes de los pilotos con la participación de los roles de enfermeras EGEH y EGC los resultados recogidos en la realización del cuestionario son muy similares en el “antes” y el “después”.

Tabla 3.13. Dificultad para hacer su trabajo o actividades cotidianas a causa de su salud física. Totales y Porcentajes, 2.011.

Dificultad para hacer sus trabajos o act. cotidianas	Antes		Despues	
	N	%	N	%
Sí	206	69,1	196	65,8
No	92	30,9	102	34,2
Ns/Nc	9		9	
Total	307	100	307	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.13. Dificultad para hacer su trabajo o actividades cotidianas a causa de su salud física. Porcentajes, 2.011.

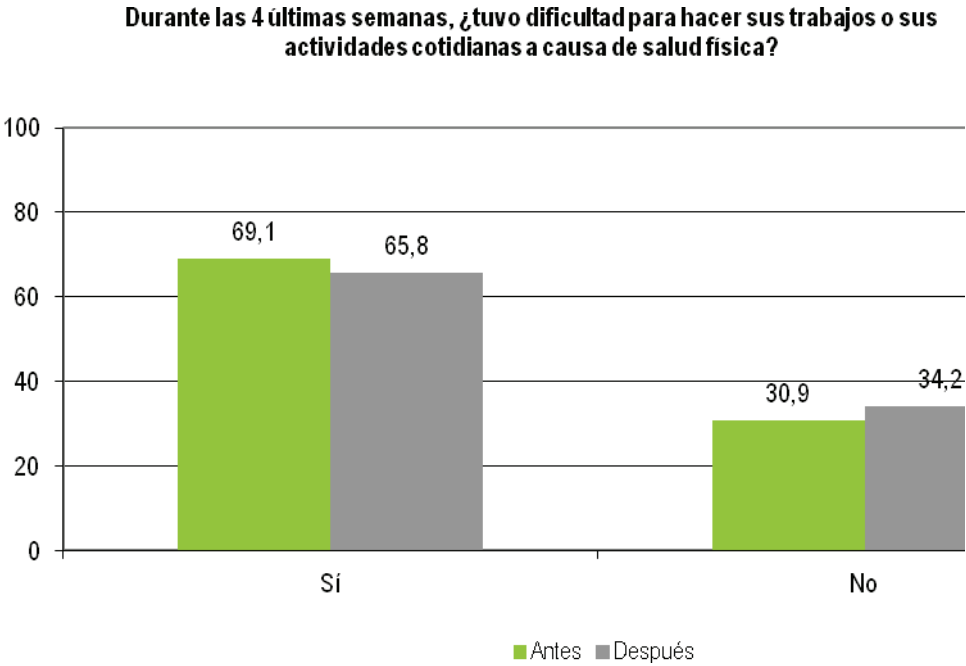


Tabla 3.14

. Dificultad para hacer su trabajo o actividades cotidianas a causa de su salud física según pilotos. Totales y Porcentajes, 2.011.

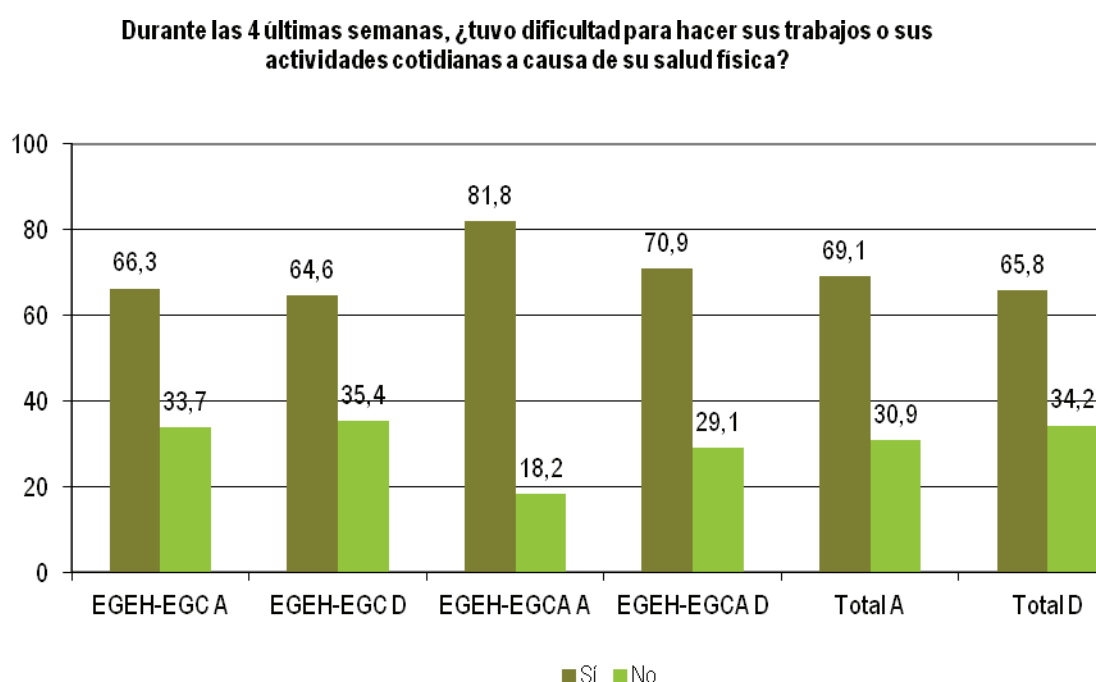
Dificultad para hacer sus trabajos o act. cotidianas	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
Sí	161	157	45	39	206	196
No	82	86	10	16	92	102
Ns/Nc	8	8	1	1	9	9
Total	251	251	56	56	307	307

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Dificultad para hacer sus trabajos o act. cotidianas	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
Sí	66,3	64,6	81,8	70,9	69,1	65,8
No	33,7	35,4	18,2	29,1	30,9	34,2
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.14. Dificultad para hacer su trabajo o actividades cotidianas a causa de su salud física según pilotos. Porcentajes, 2.011.



3.4. Problemas Derivados de Cuestiones Emocionales.

El cuarto capítulo presenta un paralelismo con el apartado previo en lo referente a las cuestiones planteadas, aunque en esta ocasión se valora la incidencia de los problemas emocionales (estar triste, deprimido/a o nervioso/a). Así, la primera de las cuestiones consultaba sobre la *incidencia de alguno de estos problemas emocionales en la realización de menos cosas de las deseadas*.

Los resultados de este aspecto, cuyos resultados se recogen en la **tabla 3.15 y gráfico 3.15**, muestran una evolución inversa a la observada al valorar la incidencia de la salud física. Así, en el conjunto de los

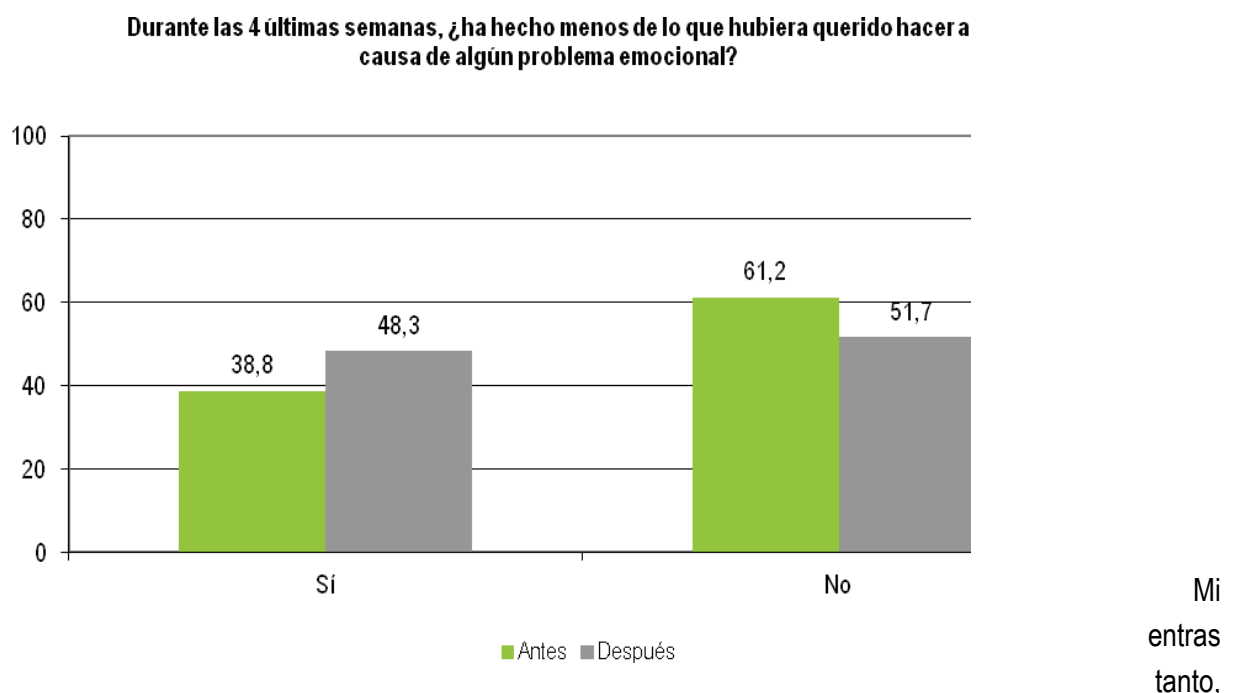
resultados se ha incrementado casi un 10%, hasta el 48,3%, el porcentaje de pacientes que, tras su participación en el programa, afirman que *han hecho menos cosas de las que hubieran querido hacer* como consecuencia de algún problema emocional.

Tabla 3.15. Realizar menos de lo que hubiera querido a causa de problemas emocionales. Totales y Porcentajes, 2.011.

Realizar menos cosas de las deseadas	Antes		Despues	
	N	%	N	%
Sí	114	38,8	142	48,3
No	180	61,2	152	51,7
Ns/Nc	13		9	
Total	307	100	303	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.15. Realizar menos de lo que hubiera querido a causa de problemas emocionales. Porcentajes, 2.011.



si observamos los mismos resultados desagregados en función de los roles de enfermeras que han interactuado en los pilotos, podemos observar como los resultados son muy similares, aunque ligeramente mejorados, entre el “antes” y el “después”, en el caso de los/as pacientes atendidos por los roles EGEH y EGCA, **tabla 3.16 y gráfico 3.16**. Por su parte, en los pilotos donde los roles son EGEH y EGC, el porcentaje de pacientes que afirman *haber hecho menos cosas de las deseadas* tras su participación en los mismos se ha incrementado un 12%, pasando del 36,3% del “antes” al 48,3% del “después”.

Tabla 3.16. Realizar menos de lo que hubiera querido a causa de problemas emocionales según pilotos. Totales y Porcentajes, 2.011.

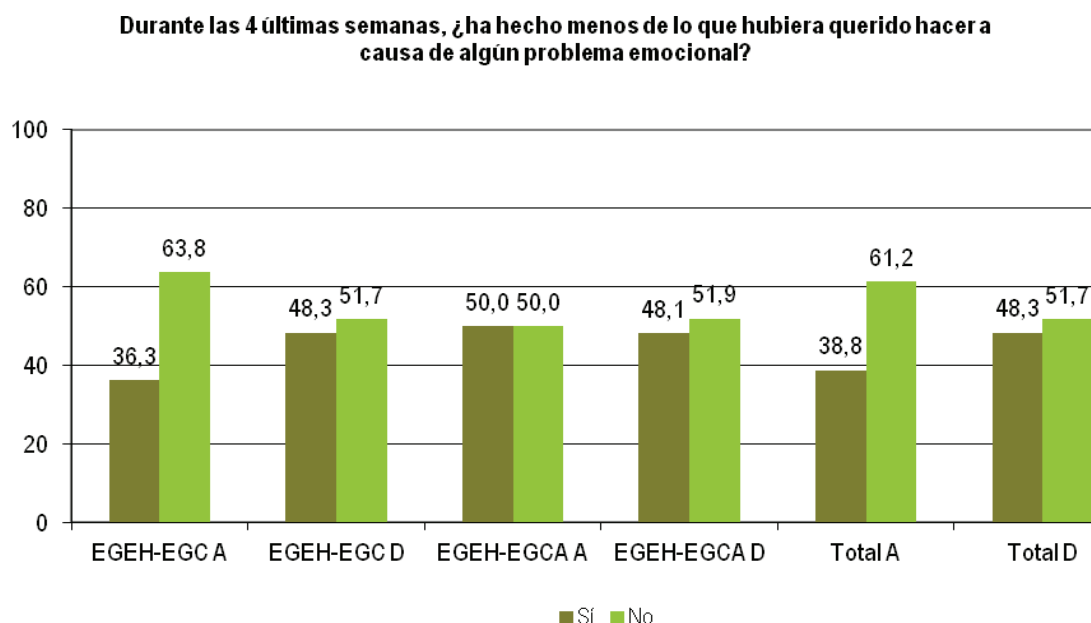
Realizar menos cosas de las deseadas	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
Sí	87	116	27	26	114	142
No	153	124	27	28	180	152
Ns/Nc	11	11	2	2	13	13
Total	251	251	56	56	307	307

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Realizar menos cosas de las deseadas	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
Sí	36,3	48,3	50,0	48,1	38,8	48,3
No	63,8	51,7	50,0	51,9	61,2	51,7
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.16. Realizar menos de lo que hubiera querido a causa de problemas emocionales según pilotos. Porcentajes, 2.011.



A

unque los resultados son ligeramente más positivos, es decir, los problemas emocionales inciden, en menor medida, en la *realización específica de su trabajo o actividades cotidianas* frente al interrogante de carácter más genérico reflejado previamente, las tendencias en las respuestas y las consideraciones a realizar son las mismas, **tablas 3.17 y 3.18 y gráficos 3.17 y 3.18.**

Así, en el conjunto de los resultados se ha incrementado un 12,1%, hasta el 42,2%, el porcentaje de pacientes que, tras su participación en el programa, afirman que *han hecho menos cosas de las que hubieran*

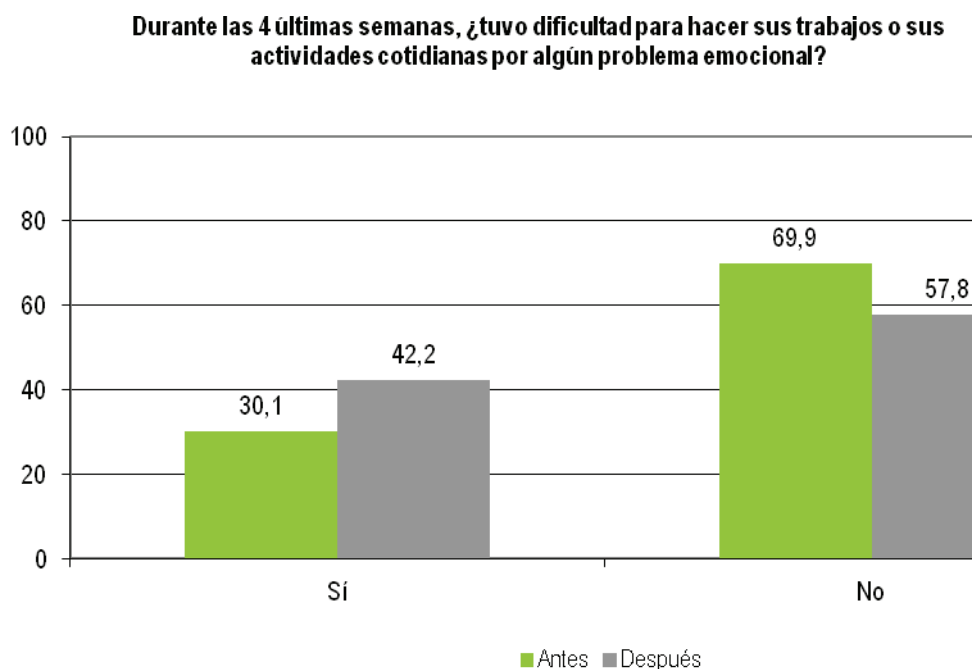
querido hacer como consecuencia de algún problema emocional.

Tabla 3.17. Realizar su trabajo o actividades cotidianas no tan cuidadosamente como de costumbre a causa de problemas emocionales. Totales y Porcentajes, 2011.

Dificultad para hacer sus trabajos o act. cotidianas	Antes		Despues	
	N	%	N	%
Sí	87	30,1	122	42,2
No	202	69,9	167	57,8
Ns/Nc	18		18	
Total	307	100	307	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.17. Realizar su trabajo o actividades cotidianas no tan cuidadosamente como de costumbre a causa de problemas emocionales. Porcentajes, 2011.



Y si observamos los resultados desagregados en función de los roles de enfermeras que han interactuado, podemos observar como los resultados son muy similares nuevamente, aunque ligeramente mejorados entre el “antes” y el “después”, en el caso de los/as pacientes atendidos por los roles EGEH y EGCA, mientras que en los pilotos donde los roles son EGEH y EGC, el porcentaje de pacientes que afirman que *han tenido dificultades para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre* tras su participación en los mismos se ha incrementado más de un 15%, pasando del 27,5% al 42,8%.

Tabla 3.18. Realizar su trabajo o actividades cotidianas no tan cuidadosamente como de costumbre a causa de problemas emocionales según pilotos. Totales y Porcentajes, 2011.

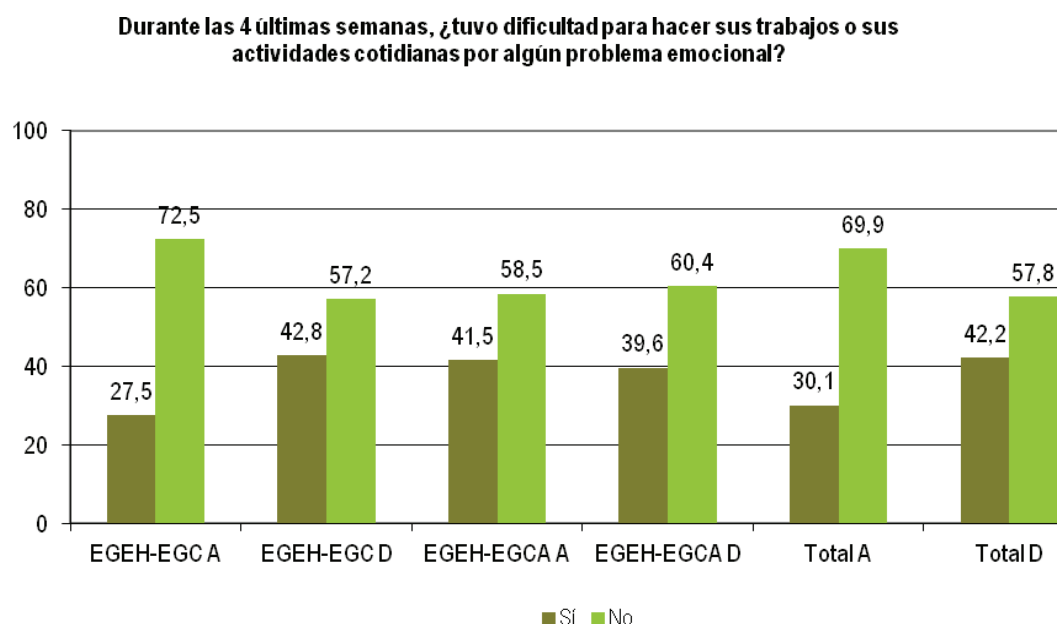
Dificultad para hacer sus trabajos o act. cotidianas	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
Sí	65	101	22	21	87	122
No	171	135	31	32	202	167
Ns/Nc	15	15	3	3	18	18
Total	251	251	56	56	307	307

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Dificultad para hacer sus trabajos o act. cotidianas	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
Sí	27,5	42,8	41,5	39,6	30,1	42,2
No	72,5	57,2	58,5	60,4	69,9	57,8
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.18. Realizar su trabajo o actividades cotidianas no tan cuidadosamente como de costumbre a causa de problemas emocionales según pilotos. Porcentajes, 2011.



3.5. Valoración sobre la Frecuencia de diversas Sensaciones.

El quinto apartado de esta presentación de resultados que recorre las valoraciones sobre la calidad de vida de los/as pacientes con diversos aspectos físicos y emocionales antes y después de su participación en los proyectos pilotos de competencias avanzadas en enfermería está compuesto de aquellos ítems o preguntas del cuestionario que indagaban sobre las *sensaciones o cómo le han ido las cosas durante las 4 semanas previas al inicio de su participación en los pilotos y tras su participación en los mismos*.

La primera de las cuestiones planteadas en relación con este bloque valoraba las *sensaciones de calma y tranquilidad experimentadas*. Así, en la tabla 3.19 y el gráfico 3.19 se observa, como elemento más destacable, el incremento, en 15 puntos porcentuales, de los/as pacientes que afirman haberse sentido *siempre* calmados/as y tranquilos/as tras su participación en los proyectos pilotos; a saber: mientras antes de su participación en los mismos, únicamente, el 13,3% de los/as pacientes afirmaban haberse sentidos/as siempre calmados/as y tranquilos/as, tras su paso por el programa este porcentaje crecía hasta el 28,3%.

Por el contrario, aunque con una incidencia claramente inferior, también crece el porcentaje de pacientes que, a posteriori, afirman que nunca se sienten calmados/as y tranquilos/as, 3,8% en el “antes” frente al 7,2% del “después”.

Aunque como viene siendo habitual en cuanto a que el punto de partida, los resultados del antes, suele mostrar una peor calidad de vida entre aquellos/as pacientes participantes en los pilotos que tuvieron contacto con la combinación o interacción de los roles EGEH y EGCA, las tendencias apuntadas para los datos globales pueden reproducirse, en gran medida, al analizar los datos desagregados por cada uno de los dos tipos de enfermeras pilotados, **tabla 3.20 y gráfico 3.20**. Únicamente apuntar en esta agrupación el mantenimiento del porcentaje de pacientes que afirman que *nunca* se han sentido calmados/as y tranquilos/as, frente a su incremento entre aquellos/as atendidos/as por la combinación de los roles EGEH y EGC.

Tabla 3.19. Sensación de calma y tranquilidad durante las últimas 4 semanas. Totales y Porcentajes, 2.011.

Sentirse calmado/a y tranquilo/a	Antes		Después	
	N	%	N	%
Siempre	39	13,3	83	28,3
Casi siempre	53	18,1	54	18,4
Muchas veces	43	14,7	34	11,6
Algunas veces	84	28,7	71	24,2
Sólo alguna vez	63	21,5	30	10,2
Nunca	11	3,8	21	7,2
Ns/Nc	14		14	
Total	307	100	307	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.19. Sensación de calma y tranquilidad durante las últimas 4 semanas. Porcentajes, 2.011.

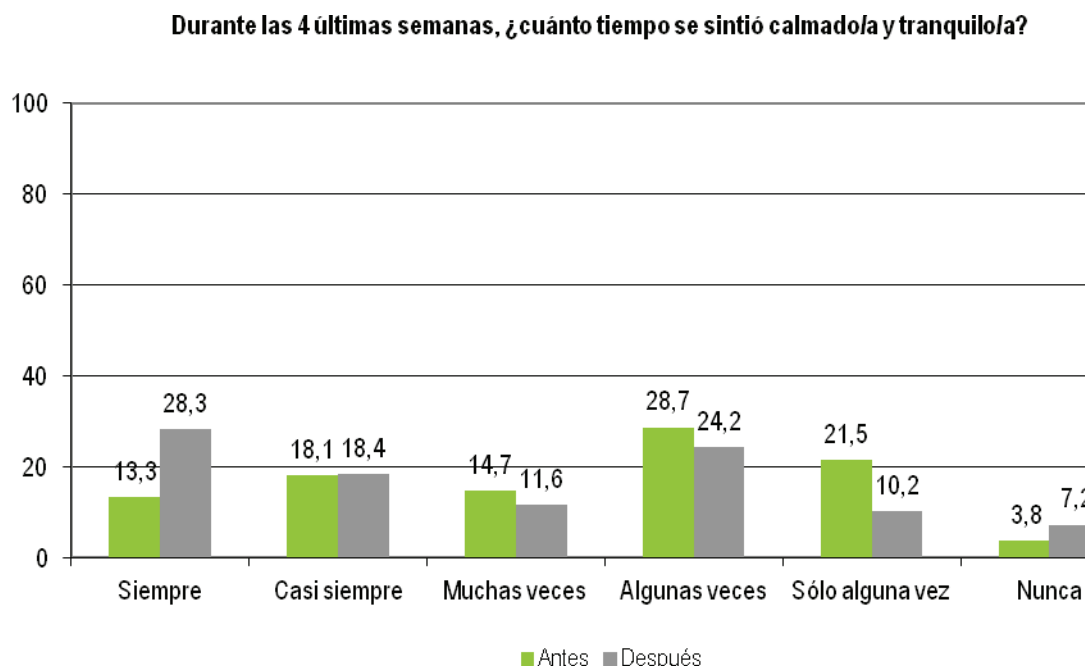


Tabla 3.20. Sensación de calma y tranquilidad durante las últimas 4 semanas según pilotos. Totales y Porcentajes, 2.011.

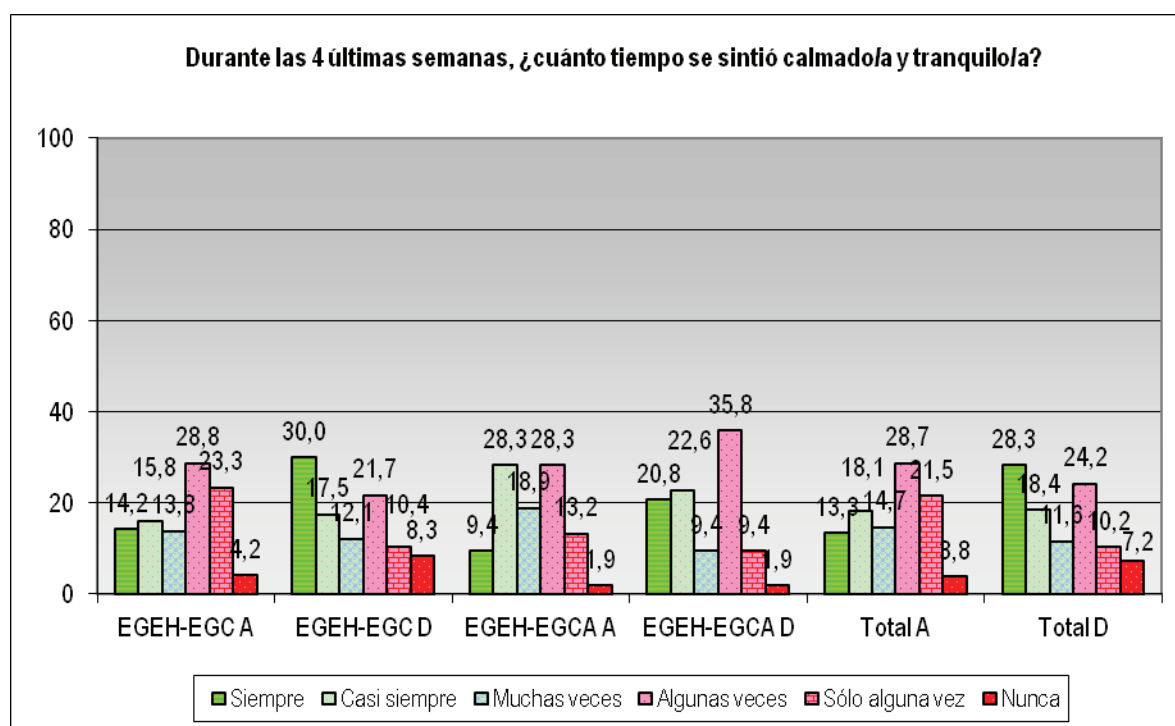
Sentirse calmado/a y tranquilo/a	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
Siempre	34	72	5	11	39	83
Casi siempre	38	42	15	12	53	54
Muchas veces	33	29	10	5	43	34
Algunas veces	69	52	15	19	84	71
Sólo alguna vez	56	25	7	5	63	30
Nunca	10	20	1	1	11	21
Ns/Nc	11	11	3	3	14	14
Total	251	251	56	56	307	307

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Sentirse calmado/a y tranquilo/a	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
Siempre	14,2	30,0	9,4	20,8	13,3	28,3
Casi siempre	15,8	17,5	28,3	22,6	18,1	18,4
Muchas veces	13,8	12,1	18,9	9,4	14,7	11,6
Algunas veces	28,8	21,7	28,3	35,8	28,7	24,2
Sólo alguna vez	23,3	10,4	13,2	9,4	21,5	10,2
Nunca	4,2	8,3	1,9	1,9	3,8	7,2
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.20. Sensación de calma y tranquilidad durante las últimas 4 semanas según pilotos. Porcentajes, 2.011.



La incidencia que la participación en los proyectos pilotos ha tenido sobre la *sensación de vitalidad de los/as pacientes*, **tabla 3.21 y gráfico 3.21**, parece haber sido aún más positiva. Así, en los datos del “después”, comparativamente con los recogidos “antes” de participar en los pilotos, se observa un incremento en los porcentajes de las cuatro categorías más positivas, desde aquella según la cual los/as pacientes se han sentido llenos/as de vitalidad *algunas veces* hasta en todo momento, *siempre*.

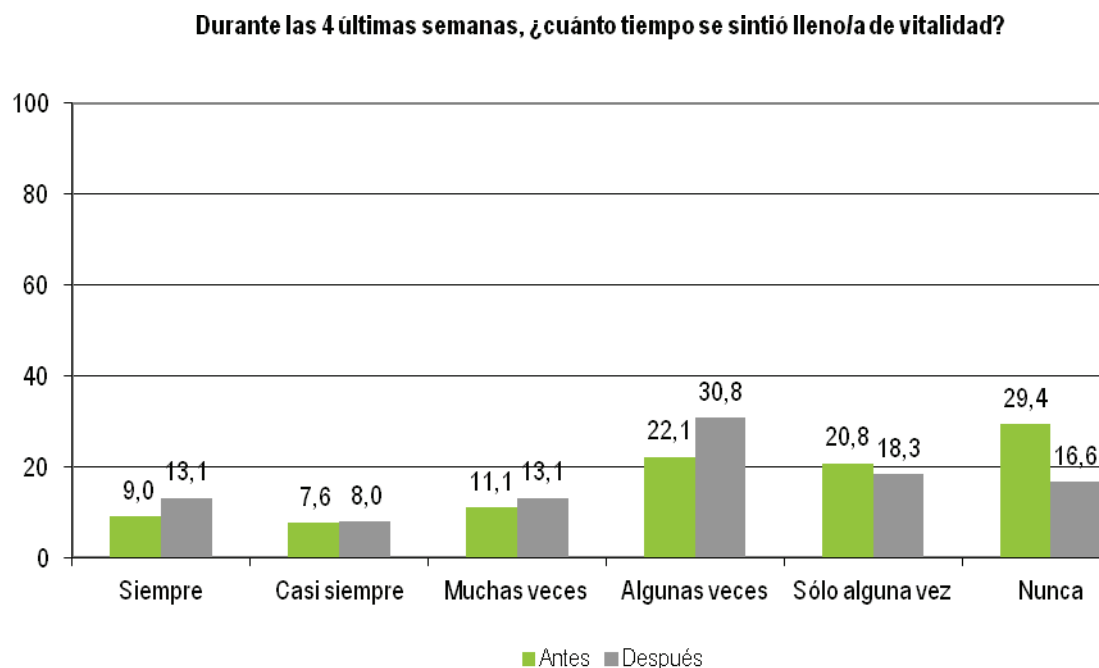
Por ende, se reducen los porcentajes de pacientes que señalan que sólo *alguna vez* se han sentido llenos/as de vitalidad (20,8% en el cuestionario de “antes” frente al 18,3% del “después”) y, especialmente, de aquellos/as que afirman que *nunca* se han sentido así, 29,4% vs. 16,6%.

Tabla 3.21. Sensación de vitalidad plena durante las últimas 4 semanas. Totales y Porcentajes, 2.011.

Sentirse lleno/a de vitalidad	Antes		Despues	
	N	%	N	%
Siempre	26	9,0	38	13,1
Casi siempre	22	7,6	23	8,0
Muchas veces	32	11,1	38	13,1
Algunas veces	64	22,1	89	30,8
Sólo alguna vez	60	20,8	53	18,3
Nunca	85	29,4	48	16,6
Ns/Nc	18		18	
Total	307	100	307	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.21. Sensación de vitalidad plena durante las últimas 4 semanas. Porcentajes, 2.011.



Estos mismos resultados globales desagregados en función de los roles de enfermeras que han interactuado en los diferentes pilotos, **tabla 3.22 y gráfico 3.22**, muestran una reproducción de los aspectos apuntados para el global en el caso de los/as pacientes ubicados en los pilotos donde los roles de enfermeras pilotados eran EGEH y EGC.

Por su parte, entre los/as pacientes relacionados/as con los roles EGEH y EGCA, también se observa una mejora en los resultados tras su paso por los proyectos pilotos, aunque con ciertos matices. Así, mientras se observa una reducción en los porcentajes de pacientes que afirman sentirse llenos/as de vitalidad *casi siempre* (11,5% vs. 5,8%), por el contrario se percibe un incremento de aquellos/as que señalan sentirse de dicha manera *sólo alguna vez* (19,2% vs. 26,9%).

Por último, en relación con las *sensaciones de desanimo y tristeza*, **tabla 3.23 y gráfico 3.23**, las variaciones entre el antes y el después no son tan agudizadas como las que hemos podido observar en los resultados de las dos “sensaciones” previas, así como tampoco presentan un perfil marcadamente positivo. Aunque se observa un incremento en los porcentajes de pacientes que, tras participar en los pilotos, afirman que *nunca* se siente desanimados/as y tristes (14,3% en el “antes” versus 19,5% en el “después”), también se incrementan tales números en el caso de las categorías o situaciones más negativas: *siempre* desanimados/as y tristes (5,5% vs. 10,6%) y *casi siempre* (12,6% vs. 13,7%).

Tabla 3.22. Sensación de vitalidad plena durante las últimas 4 semanas según pilotos. Totales y Porcentajes, 2.011.

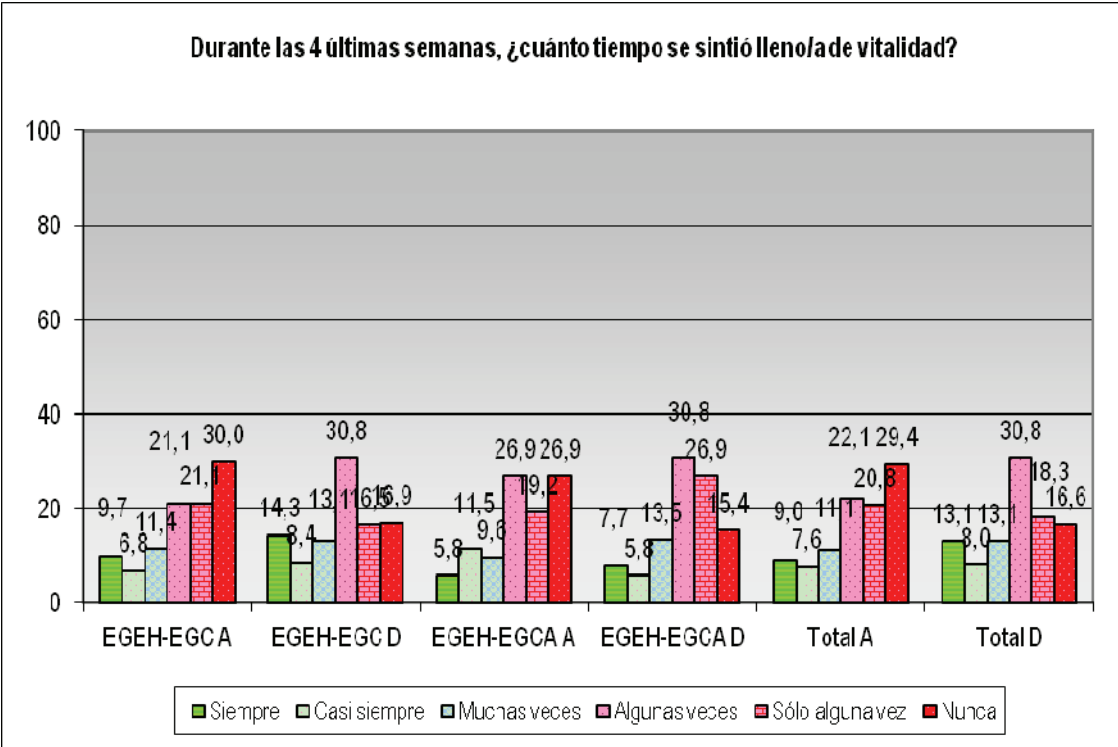
Sentirse lleno/a de vitalidad	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
Siempre	23	34	3	4	26	38
Casi siempre	16	20	6	3	22	23
Muchas veces	27	31	5	7	32	38
Algunas veces	50	73	14	16	64	89
Sólo alguna vez	50	39	10	14	60	53
Nunca	71	40	14	8	85	48
Ns/Nc	14	14	4	4	18	18
Total	251	251	56	56	307	307

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Sentirse lleno/a de vitalidad	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
Siempre	9,7	14,3	5,8	7,7	9,0	13,1
Casi siempre	6,8	8,4	11,5	5,8	7,6	8,0
Muchas veces	11,4	13,1	9,6	13,5	11,1	13,1
Algunas veces	21,1	30,8	26,9	30,8	22,1	30,8
Sólo alguna vez	21,1	16,5	19,2	26,9	20,8	18,3
Nunca	30,0	16,9	26,9	15,4	29,4	16,6
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.22. Sensación de vitalidad plena durante las últimas 4 semanas según pilotos. Porcentajes, 2.011.



En esta ocasión, nuevamente los datos desagregados según los roles de enfermeras pilotados en cada proyecto muestran cómo los correspondientes a los/as pacientes que han sido atendidos/as por los roles EGEH y EGC muestran una tendencias y unos porcentajes con gran paralelismo respecto a los globales, **tabla 3.24 y gráfico 3.24.**

Por su parte, entre los/as pacientes que han interactuado con los roles EGEH y EGCA la mejora en sus sensaciones de desanimo y tristeza no puede sustentarse en función de los datos.

Tabla 3.23. Sensación de desanimo y tristeza durante las últimas 4 semanas. Totales y Porcentajes, 2.011.

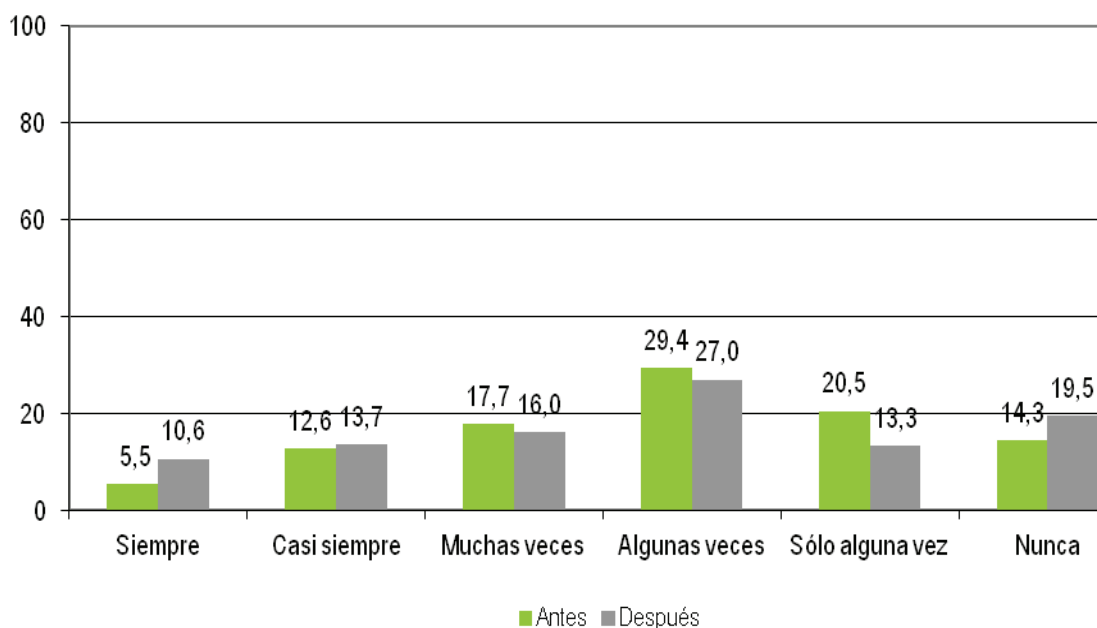
Sentirse desanimado/a y triste	Antes		Despues	
	N	%	N	%
Siempre	16	5,5	31	10,6
Casi siempre	37	12,6	40	13,7
Muchas veces	52	17,7	47	16,0
Algunas veces	86	29,4	79	27,0
Sólo alguna vez	60	20,5	39	13,3
Nunca	42	14,3	57	19,5
Ns/Nc	14		14	
Total	307	100	307	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.23. Sensación de desanimo y tristeza durante las últimas 4 semanas. Porcentajes, 2.011.

Tabla 3.24. Sensación de desanimo y tristeza durante las últimas 4 semanas según pilotos. Totales y

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado/a y triste?



Porcentajes, 2.011.

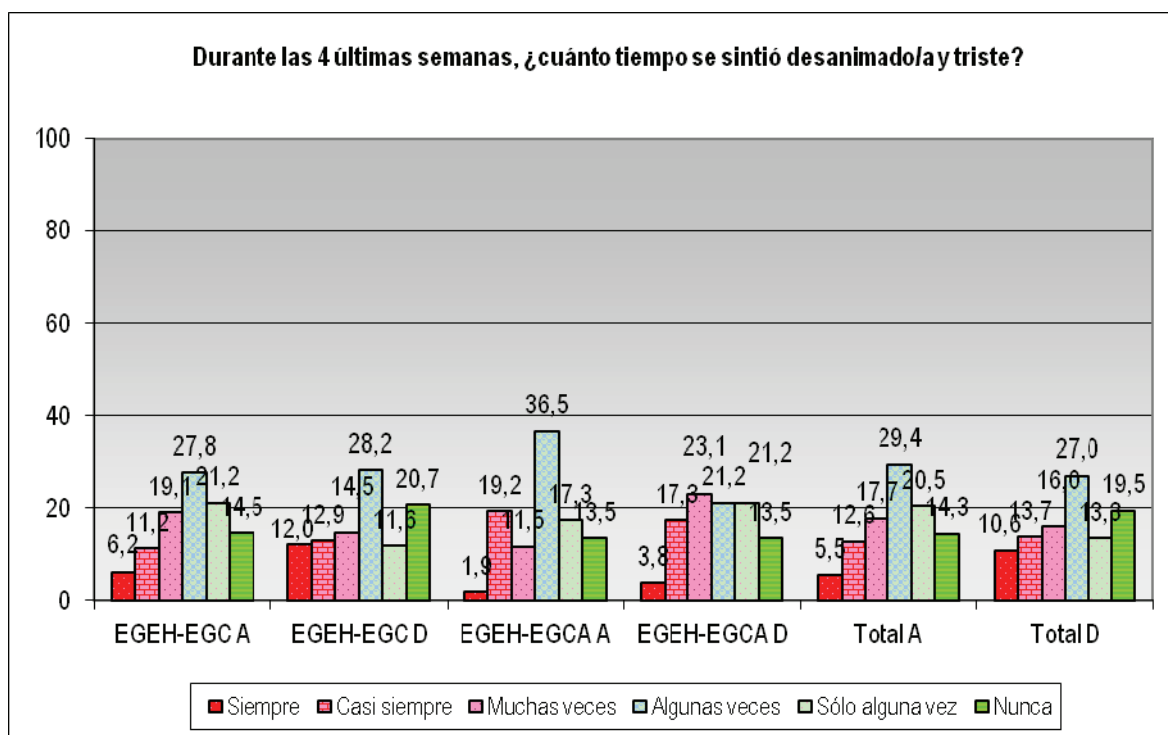
Sentirse desanimado/a y triste	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
Siempre	15	29	1	2	16	31
Casi siempre	27	31	10	9	37	40
Muchas veces	46	35	6	12	52	47
Algunas veces	67	68	19	11	86	79
Sólo alguna vez	51	28	9	11	60	39
Nunca	35	50	7	7	42	57
Ns/Nc	10	10	4	4	14	14
Total	251	251	56	56	307	307

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Sentirse desanimado/a y triste	EGEH-EGC		EGEH-EGCA		Total	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
Siempre	6,2	12,0	1,9	3,8	5,5	10,6
Casi siempre	11,2	12,9	19,2	17,3	12,6	13,7
Muchas veces	19,1	14,5	11,5	23,1	17,7	16,0
Algunas veces	27,8	28,2	36,5	21,2	29,4	27,0
Sólo alguna vez	21,2	11,6	17,3	21,2	20,5	13,3
Nunca	14,5	20,7	13,5	13,5	14,3	19,5
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.24. Sensación de desanimado y tristeza durante las últimas 4 semanas según pilotos. Porcentajes, 2.011.



3.6. Resultados Piloto 7.

En el último de los apartados de este informe se recogen los resultados emitidos por los/as pacientes que han participado en el piloto 7. La especificidad de estos resultados es que se han obtenido con la aplicación de un cuestionario diferente al empleado en el resto de los pilotos, el EUROQOL EQ-5D.

Por ello, en la medida que todos/as los/as pacientes han sido atendidos/as por la interacción de los roles de enfermeras EGEH y EGCA, únicamente se presentan resultados globales de la calidad de vida de los/as pacientes con anterioridad y con posterioridad a su participación en el proyecto piloto. Presentación que se ha llevado a cabo en el mismo orden al que se emitía en el cuestionario.

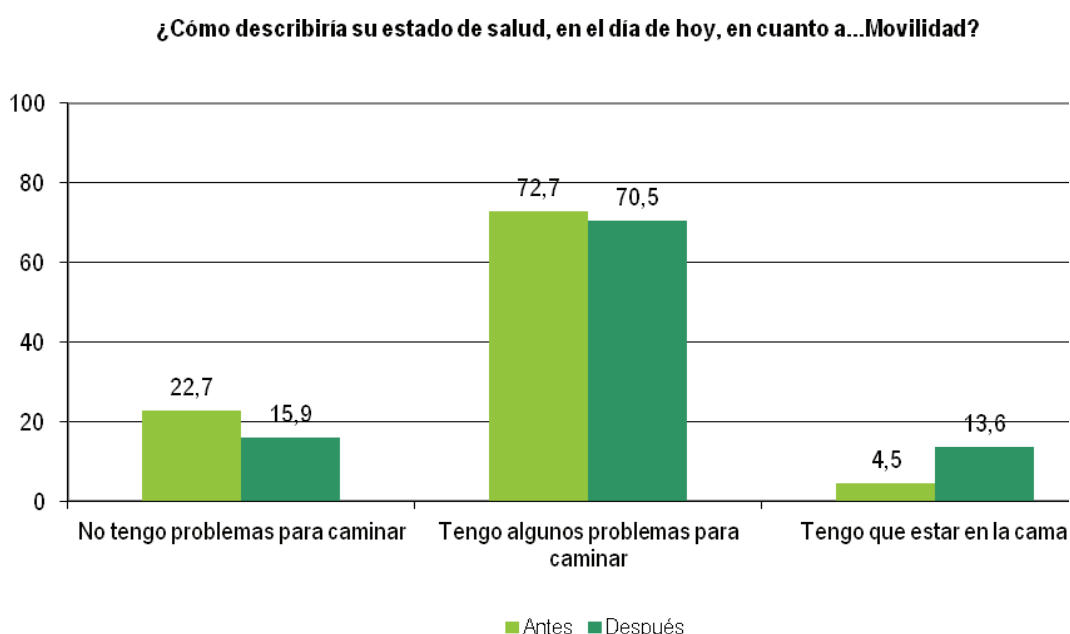
Así, comenzando por la *valoración del estado de salud en relación con la movilidad*, **tabla 3.25 y gráfico 3.25**, se observa un mantenimiento prácticamente idéntico del porcentaje de pacientes que *presentan algunos problemas para caminar* antes y después de su participación en el piloto, ligeramente por encima del 70%.

Tabla 3.25. Descripción del estado de salud en relación con la Movilidad. Totales y Porcentajes, 2.011.

Movilidad	Antes		Despues	
	N	%	N	%
No tengo problemas para caminar	10	22,7	7	15,9
Tengo algunos problemas para caminar	32	72,7	31	70,5
Tengo que estar en la cama Ns/Nc	2	4,5	6	13,6
Total	44	100	44	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.25. Descripción del estado de salud en relación con la Movilidad. Porcentajes, 2.011.



Sin embargo, mientras el porcentaje de pacientes que *no tienen problemas para caminar* se ha reducido casi un 7% (pasando de suponer el 22,7% al 15,9%), el porcentaje de aquellos pacientes que *tienen que estar en la cama* se ha incrementado del 4,5% que había al inicio del proyecto al 13,6% al final del mismo.

Igualmente muestran una evolución ligeramente diferencial los resultados que evalúan el efecto del piloto sobre la salud de los/as pacientes antes y después en relación con el *cuidado personal*. La **tabla 3.26** y el **gráfico 3.26** muestran como el porcentaje de pacientes que *no tienen problemas con el cuidado personal* se han reducido más de un 10%, pasando del 40,9% en el inicio al 29,5% al final del mismo.

Por el contrario, se ha incrementado el porcentaje que suponen aquellos pacientes que después de su participación en el piloto valoran su estado de salud, en relación con el inicio, en alguna de las categorías menos positivas. Así, aquellos/as que presentan *algunos problemas para lavarse o vestirse* han pasado del

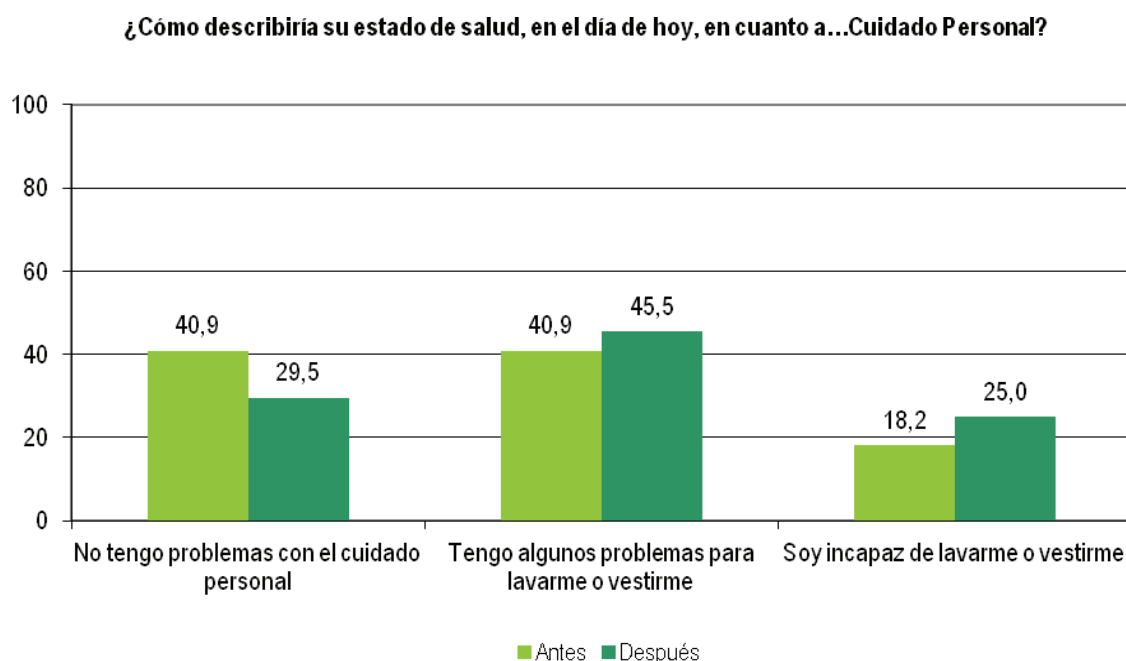
40,9% al 45,5%, mientras que los/as que son *incapaces de lavarse o vestirse* suponen el 25,0% frente al 18,2 que suponían al inicio del proyecto.

Tabla 3.26. Descripción del estado de salud en relación con el Cuidado Personal. Totales y Porcentajes, 2.011.

Cuidado Personal	Antes		Despues	
	N	%	N	%
No tengo problemas con el cuidado personal	18	40,9	13	29,5
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme	18	40,9	20	45,5
Soy incapaz de lavarme o vestirme	8	18,2	11	25,0
Ns/Nc				
Total	44	100	44	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.26. Descripción del estado de salud en relación con el Cuidado Personal. Porcentajes, 2.011.



Mayor contraste observamos al analizar los resultados obtenidos en relación con el estado de salud para la realización de las actividades cotidianas, **tabla 3.27 y gráfico 3.27**. En cualquier caso, el hecho más destacable es el incremento del porcentaje de pacientes que al finalizar el piloto afirman que *no tienen problemas para realizar sus actividades cotidianas*, pasando del 27,3% de las respuestas al inicio del proyecto al 29,5% tras su finalización.

En contraste, se observa un empeoramiento notable entre aquellas personas que tenían *algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas* en la medida que prácticamente el 25% de las mismas han pasado a engrosar el volumen de la categoría más negativa, ser *incapaz de realizar sus actividades*

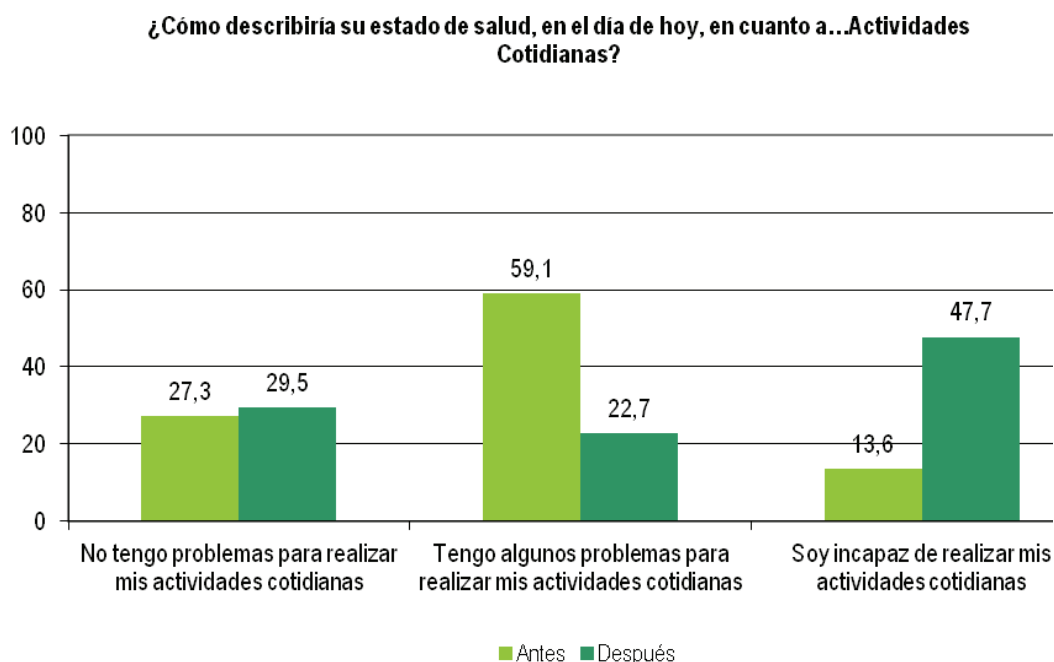
cotidianas. Así, mientras la categoría intermedia ha pasado de obtener casi el 60% de las respuestas al inicio del proyecto a poco más del 20% a su finalización, la categoría inferior se ha incrementado desde el 13,6% del inicio hasta agrupar a casi el 50% de los/as pacientes cuando ha finalizado el piloto.

Tabla 3.27. Descripción del estado de salud en relación con la realización de las Actividades Cotidianas. Totales y Porcentajes, 2.011.

Actividades Cotidianas	Antes		Despues	
	N	%	N	%
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	12	27,3	13	29,5
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	26	59,1	10	22,7
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	6	13,6	21	47,7
Ns/Nc				
Total	44	100	44	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.27. Descripción del estado de salud en relación con la realización de las Actividades Cotidianas. Porcentajes, 2.011.



Una situación relativamente paralela se observa al analizar los resultados del cuestionario en relación con el *Dolor/Malestar de los/as pacientes*, **tabla 3.28 y gráfico 3.28**. En esta ocasión, se incrementa en mayor medida el porcentaje de pacientes que al finalizar el proyecto afirman *no sentir dolor ni malestar*, pasando del 38,6% de inicio al 45,5%.

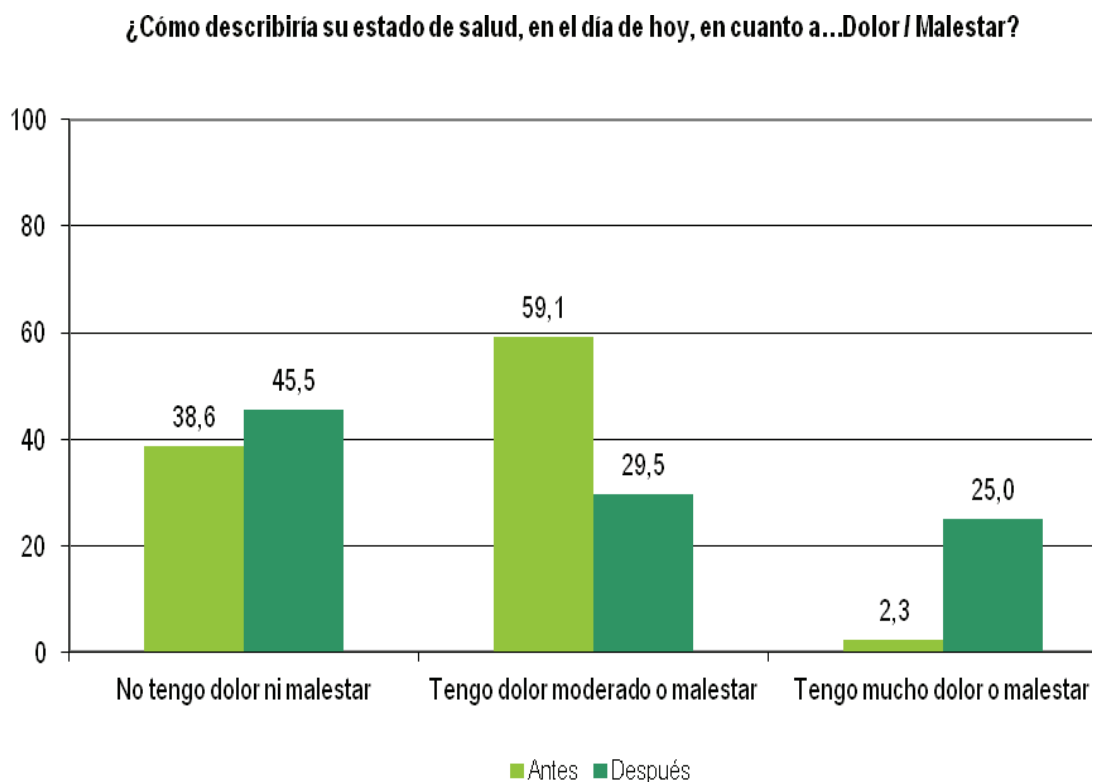
Mientras tanto, por el contrario, de casi el 30% de pacientes que al inicio afirmaban *tener dolor moderado o malestar* y que al finalizar el proyecto presentaban otra de las situaciones reflejadas en el cuestionario, casi el 23% de las mismas consideran que su situación ha empeorado. Así, el 2,3% que suponían aquellos/as pacientes que *tenían mucho dolor o malestar* al inicio se ha incrementado hasta el 25,0% a su finalización.

Tabla 3.28. Descripción del estado de salud en relación con el Dolor/Malestar. Totales y Porcentajes, 2.011.

Dolor / Malestar	Antes		Después	
	N	%	N	%
No tengo dolor ni malestar	17	38,6	20	45,5
Tengo dolor moderado o malestar	26	59,1	13	29,5
Tengo mucho dolor o malestar	1	2,3	11	25,0
Ns/Nc				
Total	44	100	44	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.28. Descripción del estado de salud en relación con el Dolor/Malestar. Porcentajes, 2.011.



El quinto, y último, de los aspectos específicos valorados en relación con la salud de los/as pacientes que han participado en el proyecto, *Ansiedad/Depresión*, sería el que menos variaciones muestra entre el inicio y el final del proyecto, **tabla 3.29 y gráfico 3.29**.

Así, se mantiene absolutamente estable el porcentaje de pacientes que, tanto al inicio como al final, afirman *no estar ansiosos ni deprimidos*, porcentaje que se acerca a la mitad de los que han participado en este piloto, 45,5% exactamente.

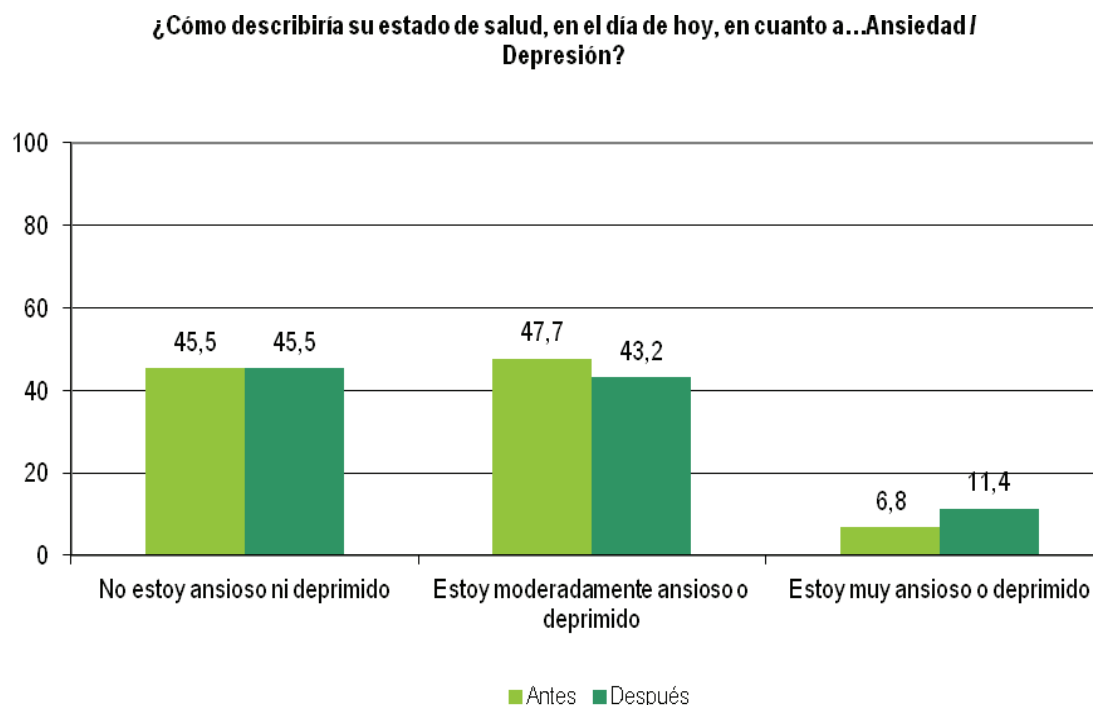
Con ello, la ligera reducción en el porcentaje de aquellos/as que afirmaban y afirman encontrarse *moderadamente ansiosos o deprimidos* (47,7% al inicio vs. 43,2% al final) perciben un empeoramiento de su salud en relación con este aspecto: frente al 6,8% de pacientes al inicio del piloto se ha pasado al 11,4% a su finalización de aquellos/as que están *muy ansiosos o deprimidos*.

Tabla 3.29. Descripción del estado de salud en relación con la Ansiedad/Depresión. Totales y Porcentajes, 2.011.

Ansiedad / Depresión	Antes		Despues	
	N	%	N	%
No estoy ansioso ni deprimido	20	45,5	20	45,5
Estoy moderadamente ansioso o deprimido	21	47,7	19	43,2
Estoy muy ansioso o deprimido	3	6,8	5	11,4
Ns/Nc				
Total	44	100	44	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.29. Descripción del estado de salud en relación con la Ansiedad/Depresión. Porcentajes, 2.011.



Para finalizar, la última de las cuestiones recogía una comparativa genérica del estado de salud en el día de realización del cuestionario con el estado general durante los 12 meses previos, **tabla 3.30 y gráfico 3.30**.

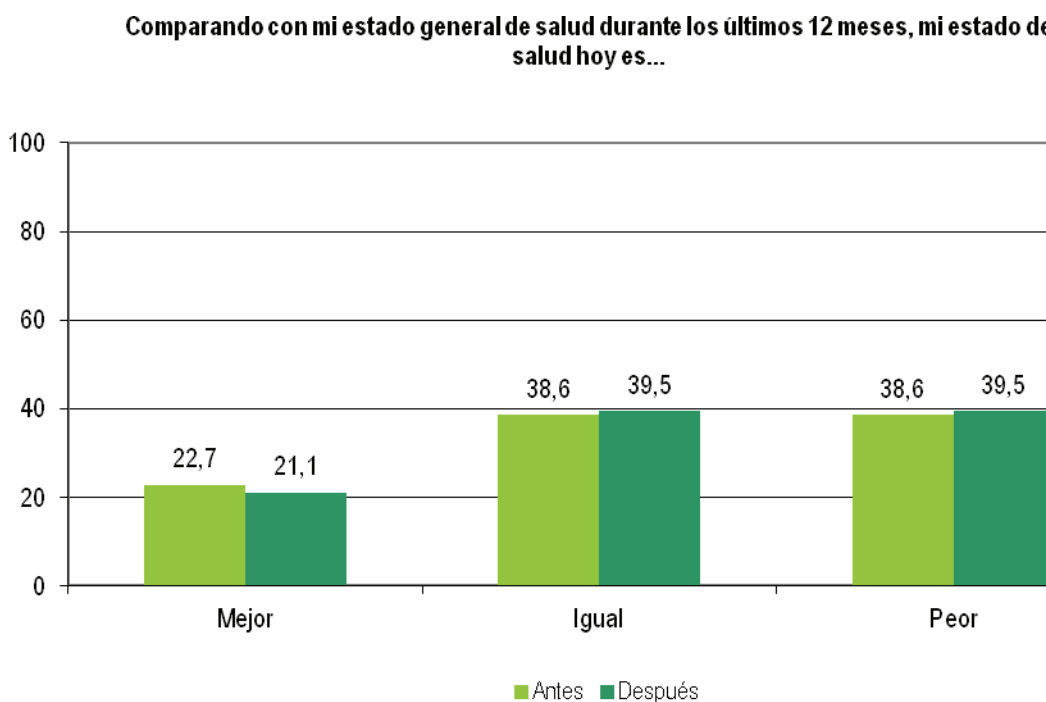
Sin embargo, y a pesar de algunas de las diferencias sustanciales observadas en los aspectos específicos analizados en los resultados previos de este apartado, se podría afirmar que el estado de salud general de los/as pacientes encuestados/as no ha sufrido variaciones entre el inicio y final de este proyecto piloto número 7, en la media que las tres categorías de respuesta muestran porcentajes prácticamente idénticos en un momento y en el otro.

Tabla 3.30. Comparativa del estado de salud hoy con el estado general durante los últimos 12 meses. Totales y Porcentajes, 2.011.

Estado de Salud	Antes		Despues	
	N	%	N	%
Mejor	10	22,7	8	21,1
Igual	17	38,6	15	39,5
Peor	17	38,6	15	39,5
Ns/Nc			6	
Total	44	100	44	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida Pacientes, 2011. Elaborado por EVALÚA Consultoría.

Gráfico 3.30. Comparativa del estado de salud hoy con el estado general durante los últimos 12 meses.



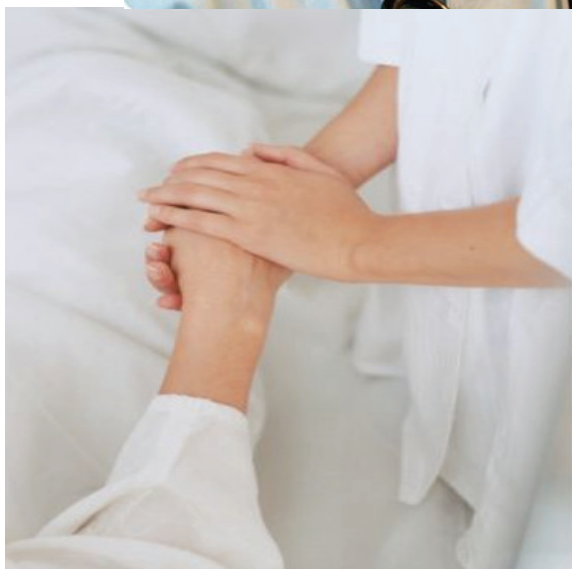
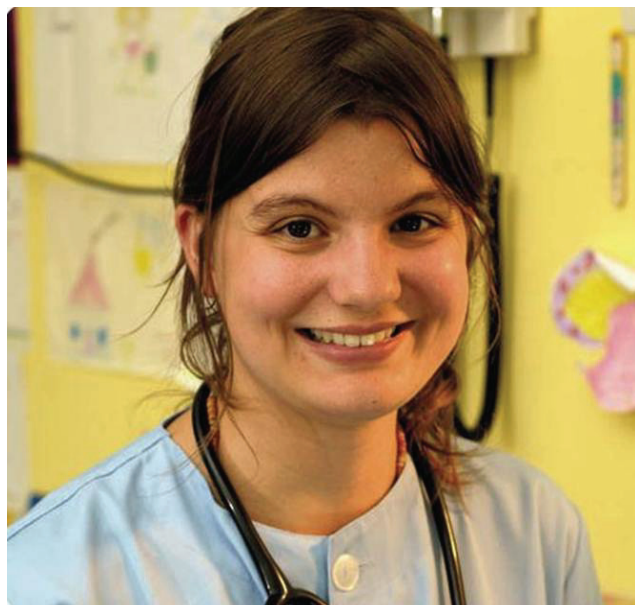
ANEXO XI

RESULTADO DE LA

ACTIVIDAD DE APOYO

DE OSAREAN, PARA

SEGUIMIENTO



Piloto -1	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
LLAMADAS CONFORT	11	8	1	0	1	0
LLAMADAS SEGUIMIENTO	5	2	0	16	2	0
LLAMADAS ADEHERENCIA	2	0	0	0	0	0
LLAMADAS SEGUIMIENTO+ADEHERENCIA	0	0	0	0	0	3
ENTRAN PILOTOS	0	0	0	1	0	0

Piloto -2	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
LLAMADAS CONFORT	2	6	0	7	2	7
LLAMADAS SEGUIMIENTO	0	1	0	3	0	0
LLAMADAS ADEHERENCIA	0	0	0	0	0	0
LLAMADAS SEGUIMIENTO+ADEHERENCIA	0	1	0	0	0	0
ENTRAN PILOTOS	0	0	0	0	0	0

Piloto -3 (CON EGCA)	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
LLAMADAS CONFORT	2	2	14	0	2	3
LLAMADAS SEGUIMIENTO	6	4	4	2	4	1
LLAMADAS ADEHERENCIA	0	0	0	0	0	0
LLAMADAS SEGUIMIENTO+ADEHERENCIA	0	4	8	0	0	0
ENTRAN PILOTOS	0	0	2	0	0	2

Piloto -4 (CON EGCA)	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
LLAMADAS CONFORT	19	11	4	0	0	0
LLAMADAS SEGUIMIENTO	40	38	20	25	28	4
LLAMADAS ADEHERENCIA	0	1	0	0	0	0
LLAMADAS SEGUIMIENTO+ADEHERENCIA	10	8	8	0	0	0
ENTRAN PILOTOS	0	1	4	7	0	5

Piloto -5	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
LLAMADAS CONFORT	0	0	0	0	0	0
LLAMADAS SEGUIMIENTO	1	0	0	0	0	0
LLAMADAS ADEHERENCIA	0	0	0	0	0	0
LLAMADAS SEGUIMIENTO+ADEHERENCIA	0	0	0	0	0	0
ENTRAN PILOTOS	0	0	0	0	0	0

Piloto -6	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
LLAMADAS CONFORT	0	0	14	9	13	14
LLAMADAS SEGUIMIENTO	0	0	3	18	8	11
LLAMADAS ADEHERENCIA	0	0	0	0	0	0
LLAMADAS SEGUIMIENTO+ADEHERENCIA	0	0	0	2	0	0
ENTRAN PILOTOS	0	0	0	0	0	0

Piloto -7 (CON EGCA)	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
LLAMADAS CONFORT	0	0	0	0	0	1
LLAMADAS SEGUIMIENTO	1	0	0	0	0	0
LLAMADAS ADEHERENCIA	0	0	0	0	0	0
LLAMADAS SEGUIMIENTO+ADEHERENCIA	0	0	0	0	0	0
ENTRAN PILOTOS	0	0	0	0	0	0

Piloto -8	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
LLAMADAS CONFORT	0	0	0	0	0	0
LLAMADAS SEGUIMIENTO	0	0	0	0	0	0
LLAMADAS ADEHERENCIA	0	0	0	0	0	0
LLAMADAS SEGUIMIENTO+ADEHERENCIA	0	0	0	0	0	0
ENTRAN PILOTOS	0	0	0	0	0	0

COMARCA INTERIOR	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
LLAMADAS CONFORT	0	0	0	0	0	0
LLAMADAS SEGUIMIENTO	3	1	0	2	0	1
LLAMADAS ADEHERENCIA	0	0	0	0	0	0
LLAMADAS SEGUIMIENTO+ADEHERENCIA	0	0	0	0	0	0
ENTRAN PILOTOS	0	0	0	0	0	0

GLOBAL - TOTALES	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
LLAMADAS CONFORT	34	27	33	16	18	25
LLAMADAS SEGUIMIENTO	57	46	30	66	43	17
LLAMADAS ADEHERENCIA	2	1	0	0	0	0
LLAMADAS SEGUIMIENTO+ADEHERENCIA	10	13	16	2	0	3
ENTRAN PILOTOS	0	1	6	7	0	7

GLOBAL-EGCA's	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
LLAMADAS CONFORT	21	13	18	0	2	4
LLAMADAS SEGUIMIENTO	47	42	24	27	32	5
LLAMADAS ADEHERENCIA	0	1	0	0	0	0
LLAMADAS SEGUIMIENTO+ADEHERENCIA	10	12	16	0	0	0
ENTRAN PILOTOS	0	1	6	7	0	7

GLOBAL-EGC's	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
LLAMADAS CONFORT	13	14	15	16	16	21
LLAMADAS SEGUIMIENTO	10	4	3	39	10	12
LLAMADAS ADEHERENCIA	2	0	0	0	0	0
LLAMADAS SEGUIMIENTO+ADEHERENCIA	0	1	0	2	0	3
ENTRAN PILOTOS	0	0	0	0	0	0

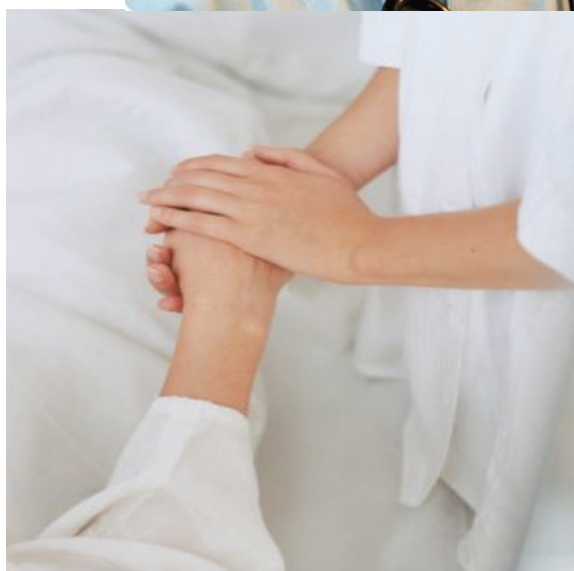
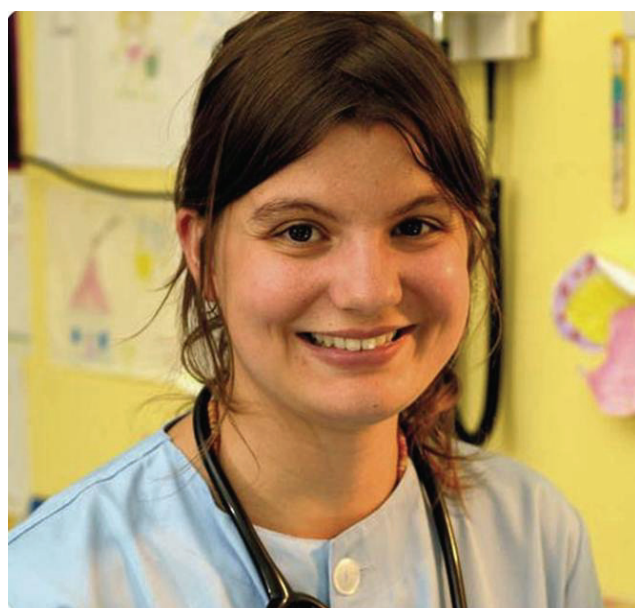
ANEXO XII

INFORMACIÓN A

PACIENTES SOBRE

PROYECTO

CONSENTIMIENTO



PAZIENTE/FAMILIARRENTZAKO INFORMAZIOA (PARTEHARTZEA)

INFORMACION PARA PACIENTES/FAMILIARES (PARTICIPACION)

EGC – EGEH

1. informazio orokorra • Osasun Zentro hau, Donostia Ospitalearekin batera, proiektu bat garatzen ari da. Proiektu horretan parte hartzea eskatzen dizugu • Gure helburua da ahalik eta hobekien egokitzea paziente kronikoen eta bere zaindarien beharretara, haien osasunbeharretara hobeki egokitzen diren atentzio-era berriak sortuz, erizainen jarduera berriak sartuz. • Horretarako, gure lan-antolamendua aldatu dugu, eta atentzio-maila bietako profesionalak (Osasun Zentroetako era erreferentziazko Ospitaleko profesionalak) koordinatu.	1. Información general • Este Centro de Salud, junto con el Hospital Donostia, está desarrollando un proyecto para el que pedimos su participación • Nuestro objetivo es adaptarnos de la manera más adecuada a las necesidades de los pacientes crónicos y sus cuidadores, creando nuevas formas de atención más adaptadas a sus necesidades de salud, incorporando nuevas actividades de las/os enfermeras/os. • Para ello adaptamos la organización de nuestro trabajo y potenciamos la coordinación entre los profesionales de los dos niveles de atención: el Centro de Salud y el Hospital de referencia.
2. Zure kasuan • Ni naiz zure Osasun Zentroko jarraipeneko erizain kudeatzailea. Ni arduratuko naiz Donostia Ospitaleko erizain batekin batera (<i>ospitale-loturako erizain kudeatzailea deitzen dena</i>) zure osasun-arazoengatik behar dituzun zainketaplanak ziurtatzeaz eta inolako etenik gabe egin daitezen, nahiz asistentzia zure Osasun Zentroan hartu nahiz Ospitalean ingesatu behar izan. Horretarako, zure mediku eta erizainarekin kontaktuan jarriko naiz, edo, hala behar izanez gero, ospitalean edo beste atentzio-maila batean atenditzen zaituzten gainerako profesionalekin. • Zure Osasun Zentroko medikuarekin eta erizainarekin ere harremanetan jarriko naiz, behin alta emandakoan, ospitaleratze bakoitzaren ostean, behar diren asistentziaekintzak edo ekintza sozio-sanitarioak koordinatzeko. • Hau da, programa honen barruan zauden bitartean, asistentzia-behar edo sozio-sanitario behar guztiak ospitaleko lotura-erizainak koordinatuko ditu ospitaleratzen zaituztenean, edo nik, jarraipeneko erizain moduan, zure Osasun Zentroko medikuak edo erizainak agindutako tratamendua eta zainketak jarraitzen badituzu, eta nire beharra behar baduzu etenik gabeko asistentzia jarraituak bermatuko dituen gestioak koordinatzeko.	2. En su caso • Yo soy la enfermera gestora de continuidad de su Centro de Salud, que me encargaré junto con otra enfermera del Hospital Donostia (<i>llamada enfermera gestora de enlace hospitalario</i>), de asegurar que el plan de cuidados que usted requiera por su problema de salud, se realice sin interrupción, tanto si recibe asistencia en su Centro de Salud como si requiere de ingreso en el Hospital. Para ello, me pondré en contacto con su médico y enfermera de familia o con el resto de profesionales que le estén atendiendo en el Hospital o en otro nivel de atención, si fuera necesario. • También me pondré en contacto con su médico y enfermera de referencia de su Centro de Salud, una vez dado de alta, tras cada ingreso hospitalario, para coordinar las acciones de asistencia o de tipo socio-sanitario, que resulten necesarias. • Es decir, que mientras permanezca en este programa, todas las necesidades de tipo asistencial o socio-sanitario, serán coordinadas por la enfermera de enlace hospitalario, si se hospitaliza, o por mi, como enfermera de continuidad, si sigue tratamiento y cuidados prescritos por su médico de familia o enfermera de referencia de su Centro de Salud, y que requieran de mi intervención para coordinar las gestiones que garanticen una continuidad de asistencia sin interrupción.

3. Informazio osagarria • Nire izena: • Osasun Zentroko telefonoa: • Loturako erizaina ospitalean deitzen da: • Erizain hori lokalizatzeko Harrera Unitatean lokalizatu ahalko duzu, erreferentziako ospitalean ingesatuz gero.	3. Información adicional • Me llamo: • El teléfono del centro de Salud: • La enfermera de enlace en el Hospital se llama: • Su localización será posible, a través de la Unidad de Admisión, en el supuesto de que ingrese en el Hospital de referencia.
---	--

PAZIENTE/FAMILIARRENTZAKO INFORMAZIOA (PARTEHARTZEA)

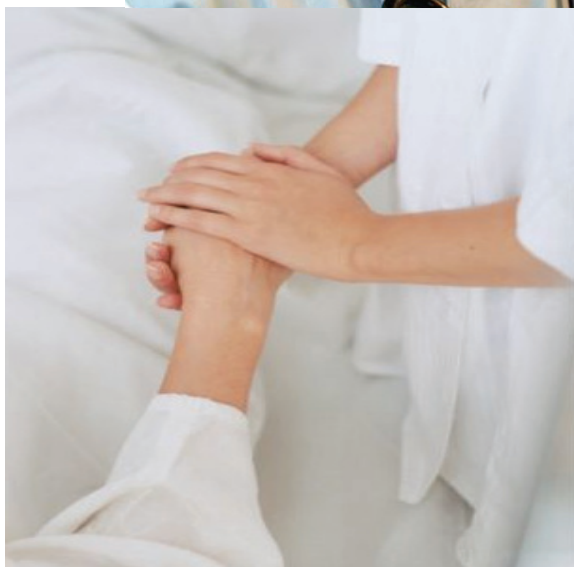
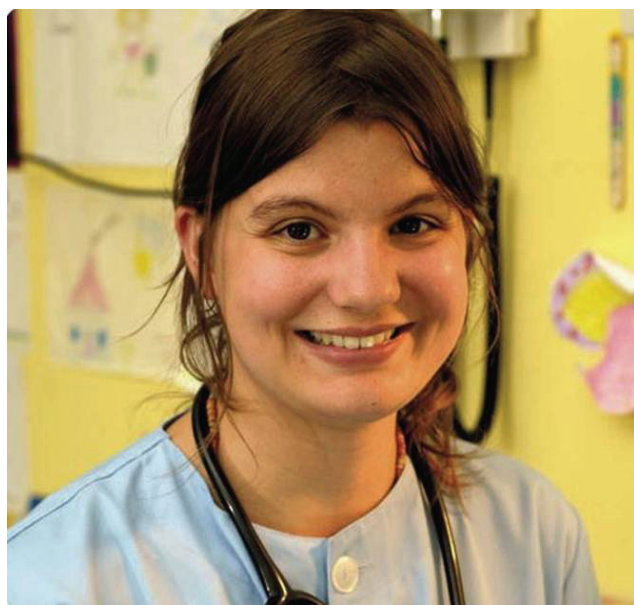
INFORMACION PARA PACIENTES/FAMILIARES (PARTICIPACION)

EGCA - EGEH

1. informazio orokorra • Osasun Zentro hau, ----- Ospitalearekin batera, proiektu bat garatzen ari da. Proiektu horretan parte hartzea eskatzen dizugu. • Gure helburua da ahalik eta hobekien egokitzea paziente kronikoen eta bere zaindariaren beharretara, haien osasunbeharretara hobeki egokitzen diren atentzio-era berriak sortuz, erizainen jarduera berriak sartuz. • Horretarako, gure lan-antolamendua aldatu dugu, eta atentzio-maila bietako profesionalak (Osasun Zentroetako era erreferentziako Ospitaleko profesionalak) koordinatu.	1. Información general • Este Centro de Salud, junto con el Hospital, está desarrollando un proyecto para el que pedimos su participación • Nuestro objetivo es adaptarnos de la manera más adecuada a las necesidades de los pacientes crónicos y sus cuidadores, creando nuevas formas de atención más adaptadas a sus necesidades de salud, incorporando nuevas actividades de las/os enfermeras/os. • Para ello adaptamos la organización de nuestro trabajo y potenciamos la coordinación entre los profesionales de los dos niveles de atención: el Centro de Salud y el Hospital de referencia.
2. Zure kasuan • Ni naiz zure Osasun Zentroko gaitasun aurreratuak kudeatuko dituen erizaina. Ni arduratuko naiz Ospitaleko erizain batekin batera (<i>ospitale-loturako erizain kudeatzailea deitzen dena</i>) zure osasun-arazoengatik behar dituzun zainketa-planak ziurtatzeaz eta inolako etenik gabe eta jarraian egin daitezen. Horretarako, ospitaleko Alta hartzean, zure Osasun Zentroko zure mediku eta erizainarekin kontaktuan jarriko naiz, behar diren asistentzia-ekintzak edo ekintza sozio-sanitarioak koordinatzeko. • Hau da, zure etxean bisitatuko zaitut eta bertan etenik gabeko zainketak jarriko dizkizut, zure medikuaren eta mediku espezialistaren irizpideen arabera zure gaixotasunegoera	2. En su caso • Yo soy la enfermera gestora de competencias avanzadas de su Centro de Salud, que me encargará junto con otra enfermera del Hospital (<i>llamada enfermera gestora de enlace hospitalario</i>), de asegurar que el plan de cuidados que usted requiera por su problema de salud, se realice sin interrupción y de manera continuada. Para ello, al Alta del hospital, me pondré en contacto con su médico y enfermera de referencia de su Centro de Salud, para coordinar las acciones de asistencia o de tipo sociosanitario, que resulten necesarias. • Es decir, le visitaré en su domicilio y estableceré los cuidados de manera continua en él, mientras el estado de su enfermedad no esté

egonkortu arte. Horretarako, etengabe koordinaturik egongo naiz zure osasun-zentroko medikuarekin eta erizainarekin eta, hala behar izanez gero, ospitaleko mediku espezialistarekin. Zure egoera egonkortzen denean, zure osasun-zentroko medikuak eta erizainak atendituko zaituzte.	del todo estable, según los criterios de su medico de cabecera y su médico especialista. Para ello, me coordinare de manera continua con su médico y su enfermera de su centro de salud, así como con el médico especialista del hospital, en caso necesario. Una vez su situación se haya estabilizado, la continuidad en la atención se realizara por su médico y enfermera del centro de salud al que pertenece.
3. Informazio osagarria • Nire izena: • Nire telefonoa, astelehenetik ostiralera, 8:00etatik 15:00etara hauxe da: • Loturako erizaina ospitalean deitzen da: • Bestelako informazioa:	3. Información adicional • Me llamo: • Mi teléfono en horario de Lunes a Viernes y de 8:00 a 15:00 es: • La enfermera de enlace en el Hospital se llama: • Otra información:

ANEXO XIII CUESTIONARIOS EMPLEADOS



CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA PACIENTES

Las preguntas que siguen se refieren a lo que el paciente piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra y hasta qué punto es capaz de realizar las actividades habituales.

Lea al paciente cada pregunta, y marque su respuesta con una cruz (una única respuesta para cada pregunta). Si el paciente no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor anote la respuesta que al paciente le parezca más cierto.

1- En general, Vd. diría que su salud es: (marque una sola respuesta)

- Excelente ☐
- Muy Buena ☐
- Buena ☐
- Regular ☐
- Mala ☐

- Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

→ **Atención:** marque con una X una sola casilla por cada pregunta

ACTIVIDADES	SI, ME LIMITA MUCHO	SI, ME LIMITA UN POCO	NO, NO ME LIMITA NADA
2) Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	☐	☐	☐
3) Subir varios pisos por la escalera	☐	☐	☐

- Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

(marque una sola respuesta por cada línea)

	SI	NO
4) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	☐	☐
5) ¿Tuvo dificultad para hacer sus trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	☐	☐

-Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido/a o nervioso/a)?

(Marque una sola respuesta por cada línea)

	SI	NO
6) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	☐	☐
7) ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	☐	☐

8- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

(marque una sola respuesta)

- Nada
- Un poco
- Regular
- Bastante
- Mucho

-Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo...

→ **Atención:** conteste a todas las preguntas; marque con una X una sola casilla por cada pregunta

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	LGUNAS VECES	SOLO ALGUNA VEZ	NUNCA
9) se sintió calmado/a y tranquilo/a?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10) se sintió lleno/a de vitalidad?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11) se sintió desanimado/a y triste?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

12- Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)? (marque una sola respuesta)

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA: EUROQOL (EQ-5D)

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de **HOY**.

No marque más de una casilla en cada grupo

Movilidad

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| No tengo problemas para caminar | ☐ |
| Tengo algunos problemas para caminar | ☐ |
| Tengo que estar en la cama | ☐ |

Cuidado Personal

- | | |
|---|--------------------------|
| No tengo problemas con el cuidado personal | ☐ |
| Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme | ☐ |
| Soy incapaz de lavarme o vestirme | ☐ |

Actividades Cotidianas (*Ej: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre*)

- | | |
|--|--------------------------|
| No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas | ☐ |
| Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas | ☐ |
| Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas | ☐ |

Dolor / Malestar

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| No tengo dolor ni malestar | ☐ |
| Tengo moderado dolor o malestar | ☐ |
| Tengo mucho dolor o malestar | ☐ |

Ansiedad / Depresión

- | | |
|---|--------------------------|
| No estoy ansioso ni deprimido | ☐ |
| Estoy moderadamente ansioso o deprimido | ☐ |
| Estoy muy ansioso o deprimido | ☐ |

Comparando con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es: (POR FAVOR PONGA UNA CRUZ EN EL CUADRO)

- | | |
|-------|--------------------------|
| Mejor | ☐ |
| Igual | ☐ |
| Peor | ☐ |

ENCUESTA SATISFACCIÓN PACIENTES/CUIDADORES

Este cuestionario intenta conocer si usted está satisfecho/a con la atención que recibe o ha recibido en su domicilio por parte de las enfermeras gestoras de este proyecto.

Sus respuestas nos ayudaran a mejorar la atención que se le presta.

Por favor, lea cada pregunta, y marque su respuesta con una equis (una única respuesta para cada pregunta). Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor anote la respuesta que le parezca más cierta

Por favor, conteste a las preguntas que se le hacen, del siguiente modo:

- Si **nunca ocurre** lo que dice en la pregunta, marque con una equis (x) en la casilla del 1.
- Si **ocurre muy pocas veces**, marque con una equis (x) la casilla del 2.
- Si **ocurre algunas veces**, marque con una equis (x) la casilla del 3.
- Si **ocurre siempre**, marque con una equis (x) la casilla del 4.

	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Siempre
1.- Me siento escuchado/a y comprendido/a por mi enfermera cuando le explico mis problemas de salud y las dificultades que me causa	1	2	3	4
2.-Entiendo a mi enfermera cuando me explica las cosas	1	2	3	4
3.- Las enfermeras se preocupan por contactar conmigo si no pueden acudir o se van a retrasar	1	2	3	4
4.- Las enfermeras me enseñan a cuidarme por mí mismo/a	1	2	3	4
5.- Mi enfermera me atiende con la suficiente intimidad, de manera reservada	1	2	3	4
6.- Es fácil programar las visitas en los días y horas que quiero o me vienen mejor	1	2	3	4
7.- Las enfermeras se preocupan de mi comodidad mientras me están tratando o cuidando	1	2	3	4
8. En general, la enfermera gestora hace un buen trabajo organizando la atención que necesito (sólo si usted ha recibido atención por enfermeras de enlace)	1	2	3	4
9.- Mi familiar y yo (cuidador/a) hemos podido participar y decidir en como organizar los cuidados en el domicilio	1	2	3	4
10.- Los servicios que recibo me ayudan a hacer mejor mi función de cuidador/a	1	2	3	4

Gracias por contestar y así ayudarnos a mejorar la atención que prestamos

Vista previa de la encuesta. Las respuestas no se almacenan.



ENCUESTA A PROFESIONALES (Piloto)

Abandonar-> Continuaré más tarde

1.- PROYECTO

Con el fin de poder conocer las opiniones, tanto de profesionales que han tenido pacientes incluidos en el proyecto como de aquellos que no han tenido, te pedimos nos contestes a esta pregunta:

* ¿Alguno de tus pacientes ha estado incluido en este proyecto?

☐ Sí ☐ No ☐ Lo desconozco

1 / 11

Siguiente->

[Esta encuesta se ha lanzado utilizando GRATIS el software de encuestas online - www.encuestafacil.com](#)

Tu también puedes lanzar GRATIS encuestas como ésta, para obtener información de una forma rápida y sencilla, a través de encuestas online.



Encuestafacil.com no es responsable de ningún contenido enviado y/o incluido en esta encuesta.

THE LEADING ONLINE SURVEY IN EUROPE AND LATIN AMERICA

encuestafacil.com | [easygoingssurvey.com](#) | [enquetefacile.com](#) | [enquetefacil.com](#) | [sondaqqiofacile.com](#) | [einfacheumfrage.de](#) | [prostopros.ru](#)

Vista previa de la encuesta. Las r



ENCUESTA A PROFESIONALES (Piloto)

Abandonar-> Continuaré más tarde

2.- DATOS DEMOGRAFICOS

* Edad

* Sexo

☐ Mujer ☐ Hombre

* Categoría Profesional

☐ Personal Enfermería ☐ Personal Facultativo ☐ Trabajador/a Social

* ¿Cuántos años llevas trabajando en el puesto actual?

* Centro de Salud y Comarca u Hospital en el que trabajas

2 / 11

<-Anterior Siguiente->

[Esta encuesta se ha lanzado utilizando GRATIS el software de encuestas online - www.encuestafacil.com](#)

Tu también puedes lanzar GRATIS encuestas como ésta, para obtener información de una forma rápida y sencilla, a través de encuestas online.



Encuestafacil.com no es responsable de ningún contenido enviado y/o incluido en esta encuesta.

THE LEADING ONLINE SURVEY IN EUROPE AND LATIN AMERICA

encuesta online - ENCUESTA A PROFESIONALES (Piloto) - Mozilla Firefox

www.encuestafacil.com/RespWeb/Cuestionarios.aspx?EID=1054127&PGND=3&MT=X&MSJ=NO#Inicio

Vista previa de la encuesta. Las respuestas...

ENCUESTA A PROFESIONALES (Piloto)

Abandonar-> Continuaré más tarde

3.- DIFUSIÓN E INFORMACIÓN

Pretendemos conocer si la información recibida por los profesionales sobre el proyecto ha sido suficiente para el desarrollo del mismo en su centro de trabajo.

Cuando utilizamos el término de "figuras o figura de enfermera" nos referimos a todas o a cada una de las enfermeras que han asumido en cada Centro/Comarca/Hospital, las funciones de Enfermera gestora de enlace hospitalario (EGEH), o Enfermera gestora de continuidad (EGC) o Enfermera gestora de competencias avanzadas (EGCA)

*** La escala de respuesta va del 1 al 7, en donde el 1 es TOTALMENTE EN DESACUERDO y el 7 TOTALMENTE DE ACUERDO**

	1	2	3	4	5	6	7	NC	NP
He recibido información sobre los objetivos del proyecto	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
He recibido información sobre las funciones/actividades de las diferentes figuras de enfermera a pilotar, en general	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La información que he recibido me ha ayudado para colaborar en el proyecto piloto	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Conozco el tipo de pacientes sobre lo cuales se va a realizar la intervención	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Conozco cuál es la figura de enfermera que se está pilotando en mi organización	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Conozco el nombre de la enfermera que desarrolla esta figura en mi organización	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Conozco cómo contactar con esta figura en mi organización	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Conozco cuál es Centro/Comarca/Hospital con la que se coordina esta enfermera	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Conozco cuál es la otra figura de enfermera con la que se coordina la enfermera de mi Centro/Comarca/Hospital	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3 / 11

Está encuesta se ha lanzado utilizando GRATIS el software de encuestas online - www.encuestafacil.com

Tu también puedes lanzar GRATIS encuestas como ésta, para obtener información de una forma rápida y sencilla, a través de encuestas 

Inicio | Bandeja de entrada - Mic... | encuestas online - softw... | encuesta online - ENC... | Documento1 - Microsoft ...

encuesta online - ENCUESTA A PROFESIONALES (Piloto) - Mozilla Firefox

www.encuestafacil.com/RespWeb/Cuestionarios.aspx?EID=1054127&PGND=4&MT=X&MSJ=NO#Inicio

Vista previa de la encuesta. Las respuestas...

ENCUESTA A PROFESIONALES (Piloto)

Abandonar-> Continuaré más tarde

4.- COMUNICACIÓN

Pretendemos conocer si la existencia de estas figuras de enfermera ha mejorado la comunicación entre profesionales.

Cuando utilizamos el término "figuras o figura de enfermera" nos referimos a todas o a cada una de las enfermeras que han asumido en cada Centro/Comarca/Hospital las funciones de Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario (EGEH) o Enfermera Gestora de Continuidad (EGC) o Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas (EGCA).

*** La escala de respuesta va del 1 al 7, en donde el 1 es TOTALMENTE EN DESACUERDO y el 7 TOTALMENTE DE ACUERDO**

	1	2	3	4	5	6	7	NC	NP
Dispongo de información de manera ágil sobre la situación clínica del paciente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La disponibilidad de esta información ha hecho modificar mi manera de trabajar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Estas figuras de enfermera facilitan la comunicación entre los profesionales de los diferentes niveles de atención	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Estas figuras de enfermera facilitan el intercambio de la información clínica de los pacientes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4 / 11

Está encuesta se ha lanzado utilizando GRATIS el software de encuestas online - www.encuestafacil.com

Tu también puedes lanzar GRATIS encuestas como ésta, para obtener información de una forma rápida y sencilla, a través de encuestas online. 

Encuestafacil.com no es responsable de ningún contenido enviado y/o incluido en esta encuesta.

THE LEADING ONLINE SURVEY IN EUROPE AND LATIN AMERICA

encuestafacil.com | easygoingsurvey.com | enquetefacile.com | enquetefacil.com | sondaqqiofacile.com | einfacheumfrage.de | prostopros.ru

Inicio | Bandeja de entrada - Mic... | encuestas online - softw... | encuesta online - ENC... | Documento1 - Microsoft ...

encuesta online - ENCUESTA A PROFESIONALES (Piloto) - Mozilla Firefox

www.encuestafacil.com/RespWeb/Cuestionarios.aspx?EID=1054127&PGND=5&MT=X&MSJ=NO#Inicio

Vista previa de la encuesta

ENCUESTA A PROFESIONALES (Piloto)

Abandonar-> Continuaré más tarde

5.- COORDINACIÓN

Pretendemos conocer si la existencia de estas figuras de enfermera ha mejorado la coordinación entre profesionales y niveles asistenciales. Cuando utilizamos el término "figuras o figura de enfermera" nos referimos a todas o a cada una de las enfermeras que han asumido en cada Centro/Comarca/Hospital las funciones de Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario (EGEH) o Enfermera Gestora de Continuidad (EGC) o Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas (EGCA).

* La escala de respuesta va del 1 al 7, en donde el 1 es TOTALMENTE EN DESACUERDO y el 7 TOTALMENTE DE ACUERDO

	1	2	3	4	5	6	7	NC	NP
La existencia de estas figuras de enfermera mejora la coordinación interna entre el médico y la enfermera responsables de un paciente concreto	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Percibo mayor coordinación entre los médicos y enfermeras de Atención Especializada con los médicos y enfermeras de Atención Primaria por la existencia de estas figuras	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La implantación de estas figuras ha mejorado la coordinación entre el equipo asistencial y los trabajadores sociales	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Conozco los servicios que O-sarean (Osakidetza en red) ofrece a los pacientes incluidos en este proyecto	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5 / 11

Esta encuesta se ha lanzado utilizando GRATIS el software de encuestas online - www.encuestafacil.com

Tu también puedes lanzar GRATIS encuestas como ésta, para obtener información de una forma rápida y sencilla, a través de encuestas online.

Encuestafacil.com no es responsable de ningún contenido enviado y/o incluido en esta encuesta.

THE LEADING ONLINE SURVEY IN EUROPE AND LATIN AMERICA

encuestafacil.com | easygoingssurvey.com | enquetefacile.com | enquetefacil.com | sondaqqiofacile.com | einfacheumfrage.de | prostopros.ru

Inicio | Bandeja de entrada - Mic... | encuestas online - softw... | encuesta online - ENC... | Documento1 - Microsoft ...

encuesta online - ENCUESTA A PROFESIONALES (Piloto) - Mozilla Firefox

www.encuestafacil.com/RespWeb/Cuestionarios.aspx?EID=1054127&PGND=6&MT=X&MSJ=NO#Inicio

Vista previa de la encuesta

ENCUESTA A PROFESIONALES (Piloto)

Abandonar-> Continuaré más tarde

6.- IMPACTO

Pretendemos conocer el impacto que estas figuras pueden tener en pacientes, cuidadores y profesionales. Pretendemos conocer si la existencia de esta figura de enfermera ha mejorado la comunicación entre profesionales. Cuando utilizamos el término "figuras o figura de enfermera" nos referimos a todas o a cada una de las enfermeras que han asumido en cada Centro/Comarca/Hospital las funciones de Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario (EGEH) o Enfermera Gestora de Continuidad (EGC) o Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas (EGCA).

* La escala de respuesta va del 1 al 7, en donde el 1 es TOTALMENTE EN DESACUERDO y el 7 TOTALMENTE DE ACUERDO

	1	2	3	4	5	6	7	NC	NP
La implantación de estas figuras ayuda a mejorar el seguimiento de las condiciones clínicas del paciente en su domicilio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La implantación de estas figuras ayuda a mejorar la calidad de vida de los pacientes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La implantación de estas figuras ayuda a mejorar la calidad de vida de los cuidadores de los pacientes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La implantación de estas figuras mejora la satisfacción del paciente sobre la atención clínica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La implantación de estas figuras mejora la satisfacción de los cuidadores sobre la atención sanitaria a su familiar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La implantación de estas figuras mejora la continuidad de los cuidados de los pacientes incluidos en el proyecto	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Los servicios de Osarean (Osakidetza en red) facilitan la continuidad de cuidados en los pacientes incluidos en el proyecto	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La implantación de estas figuras ha facilitado el desarrollo de mi trabajo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La implantación de estas figuras de enfermera mejora la atención a los pacientes crónicos complejos y/o pluripatológicos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6 / 11

Esta encuesta se ha lanzado utilizando GRATIS el software de encuestas online - www.encuestafacil.com

Inicio | Bandeja de entrada - Mic... | encuestas online - softw... | encuesta online - ENC... | Documento1 - Microsoft ...

Vista previa de la encuesta



ENCUESTA A PROFESIONALES (Piloto)

Abandonar-> Continuaré más tarde

7.- RECURSOS

Pretendemos conocer el impacto que estas figuras pueden tener en la utilización de recursos sanitarios.

* La escala de respuesta va del 1 al 7, en donde el 1 es TOTALMENTE EN DESACUERDO y el 7 TOTALMENTE DE ACUERDO

	1	2	3	4	5	6	7	NC	NP
Este proyecto disminuye o puede disminuir los ingresos no programados en este tipo de pacientes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Este proyecto disminuye o puede disminuir las estancias hospitalarias en este tipo de pacientes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Este proyecto reduce o puede reducir la duplicidad de pruebas complementarias, consultas, etc., en este tipo de pacientes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Los pacientes incluidos en este proyecto utilizan eficientemente los dispositivos asistenciales (consultas en el centro, consultas telefónicas, asistencia a urgencias, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7 / 11

<-Anterior Siguiente->

Esta encuesta se ha lanzado utilizando GRATIS el software de encuestas online - www.encuestafacil.com

Tu también puedes lanzar GRATIS encuestas como ésta, para obtener información de una forma rápida y sencilla, a través de encuestas online.



Encuestafacil.com no es responsable de ningún contenido enviado y/o incluido en esta encuesta.

THE LEADING ONLINE SURVEY IN EUROPE AND LATIN AMERICA

encuestafacil.com | easygoingssurvey.com | enquetefacile.com | enquetefacil.com | sondaqqiofacile.com | einfacheumfrage.de | prostopros.ru

Vista previa de la encuesta



ENCUESTA A PROFESIONALES (Piloto)

Abandonar-> Continuaré más tarde

8.- ACCESIBILIDAD

Pretendemos conocer si las figuras de enfermera son accesibles y facilitan el contacto entre otros profesionales.

Pretendemos conocer si la existencia de esta figura de enfermera ha mejorado la comunicación entre profesionales. Cuando utilizamos el término "figuras o figura de enfermera" nos referimos a todas o a cada una de las enfermeras que han asumido en cada Centro/Comarca/Hospital las funciones de Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario (EGEH) o Enfermera Gestora de Continuidad (EGC) o Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas (EGCA).

* La escala de respuesta va del 1 al 7, en donde el 1 es TOTALMENTE EN DESACUERDO y el 7 TOTALMENTE DE ACUERDO

	1	2	3	4	5	6	7	NC	NP
He podido contactar con facilidad con la figura de enfermera que se está pilotando en mi Centro/Comarca/Hospital, cuando lo he necesitado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La figura de enfermera que se está pilotando, me ha facilitado el contacto con los profesionales (médicos/enfermería) del otro nivel asistencial, cuando lo he necesitado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Las figuras de enfermera me han facilitado el contacto con el/la trabajador/a social	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8 / 11

<-Anterior Siguiente->

Esta encuesta se ha lanzado utilizando GRATIS el software de encuestas online - www.encuestafacil.com

Tu también puedes lanzar GRATIS encuestas como ésta, para obtener información de una forma rápida y sencilla, a través de encuestas online.



Encuestafacil.com no es responsable de ningún contenido enviado y/o incluido en esta encuesta.

THE LEADING ONLINE SURVEY IN EUROPE AND LATIN AMERICA

encuestafacil.com | easygoingssurvey.com | enquetefacile.com | enquetefacil.com | sondaqqiofacile.com | einfacheumfrage.de | prostopros.ru

encuesta online - ENCUESTA A PROFESIONALES (Piloto) - Mozilla Firefox

www.encuestafacil.com/RespWeb/Cuestionarios.aspx?EID=1054127&PGND=9&MT=X&M53=NO#Inicio

Vista previa de la encuesta.

ENCUESTA A PROFESIONALES (Piloto)

Abandonar-> Continuaré más tarde

9.- VALORACIÓN GLOBAL

Pretendemos conocer tu valoración global sobre el proyecto.
Pretendemos conocer si la existencia de esta figura de enfermera ha mejorado la comunicación entre profesionales. Cuando utilizamos el término "figuras o figura de enfermera" nos referimos a todas o a cada una de las enfermeras que han asumido en cada Centro/Comarca/Hospital las funciones de Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario (EGEH) o Enfermera Gestora de Continuidad (EGC) o Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas (EGCA).

* La escala de respuestas en estas dos preguntas también va del 1 al 7, variando sus extremos, siendo el 1 Mala y el 7 Excelente.

	1	2	3	4	5	6	7	NC	NP
Valoración global de la figura de mi Centro/Comarca/Hospital	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Valoración global del proyecto	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9 / 11

Esta encuesta se ha lanzado utilizando GRATIS el software de encuestas online - www.encuestafacil.com

Tu también puedes lanzar GRATIS encuestas como ésta, para obtener información de una forma rápida y sencilla, a través de encuestas online.

encuestafacil.com no es responsable de ningún contenido enviado y/o incluido en esta encuesta.

THE LEADING ONLINE SURVEY IN EUROPE AND LATIN AMERICA

encuestafacil.com | easygoingssurvey.com | enquetefacile.com | enquetefacil.com | sondaqqiofacile.com | einfacheumfrage.de | prostopros.ru



Inicio | Bandeja de entrada - Mic... | encuestas online - softw... | encuesta online - ENC... | Documento1 - Microsoft ...

encuesta online - ENCUESTA A PROFESIONALES (Piloto) - Mozilla Firefox

www.encuestafacil.com/RespWeb/Cuestionarios.aspx?EID=1054127&PGND=10&MT=X&M53=NO#Inicio

Vista previa de la encuesta.

ENCUESTA A PROFESIONALES (Piloto)

Abandonar-> Continuaré más tarde

10.- IDEAS/SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL PROYECTO

¿Las figuras podrían hacer alguna actividad más que no se ha hecho en beneficio del paciente crónico? Si es así, ¿Cuál?

¿Tienes alguna idea/sugerencia para mejorar el proyecto?

10 / 11

Esta encuesta se ha lanzado utilizando GRATIS el software de encuestas online - www.encuestafacil.com

Tu también puedes lanzar GRATIS encuestas como ésta, para obtener información de una forma rápida y sencilla, a través de encuestas online.

encuestafacil.com no es responsable de ningún contenido enviado y/o incluido en esta encuesta.

THE LEADING ONLINE SURVEY IN EUROPE AND LATIN AMERICA

encuestafacil.com | easygoingssurvey.com | enquetefacile.com | enquetefacil.com | sondaqqiofacile.com | einfacheumfrage.de |



encuesta online - ENCUESTA A PROFESIONALES (Piloto) - Mozilla Firefox

www.encuestafacil.com/RespWeb/Cuestionarios.aspx?EID=1054127&PGND=11&MT=X&MSJ=NO#Inicio

encuentra en "Links a encuesta"

ENCUESTA A PROFESIONALES (Piloto)

Abandonar-> Continuaré más tarde

11.- IDEAS/SUGERENCIAS PARA MEJORAR ESTE CUESTIONARIO

Pretendemos conocer vuestra opinión en relación a este cuestionario y sus posibles áreas de mejora.

¿Las instrucciones que has recibido en la carta para contestar el cuestionario han sido claras?

☐ Sí ☐ No

¿Harías alguna modificación en dichas instrucciones?

¿El cuestionario te ha parecido largo?

☐ Sí ☐ No

¿Consideras que hay preguntas irrelevantes, que sobran?

☐ Sí ☐ No

¿Has echado en falta algún aspecto que te parezca importante y que no aparece en el cuestionario?

☐ Sí ☐ No

Por último y por favor, apórtanos cualquier sugerencia y/o comentario que quieras sobre este cuestionario

Inicio | Bandeja de entrada - Mic... | encuestas online - softw... | encuesta online - ENC... | Documento1 - Microsoft ...

encuesta online - ENCUESTA A PROFESIONALES (Piloto) - Mozilla Firefox

www.encuestafacil.com/RespWeb/Cuestionarios.aspx?EID=1054127&PGND=11&MT=X&MSJ=NO#Inicio

Vista previa de la encuesta. Las respuestas no se almacenan. El link definitivo se encuentra en "Links a encuesta"

☐ Sí ☐ No

¿Harías alguna modificación en dichas instrucciones?

¿El cuestionario te ha parecido largo?

☐ Sí ☐ No

¿Consideras que hay preguntas irrelevantes, que sobran?

☐ Sí ☐ No

¿Has echado en falta algún aspecto que te parezca importante y que no aparece en el cuestionario?

☐ Sí ☐ No

Por último y por favor, apórtanos cualquier sugerencia y/o comentario que quieras sobre este cuestionario

11 / 11

<-Anterior Fin->

[Esta encuesta se ha lanzado utilizando GRATIS el software de encuestas online - www.encuestafacil.com](#)

Tu también puedes lanzar GRATIS encuestas como ésta, para obtener información de una forma rápida y sencilla, a través de encuestas online.

Encuestafacil.com no es responsable de ningún contenido enviado y/o incluido en esta encuesta.

THE LEADING ONLINE SURVEY IN EUROPE AND LATIN AMERICA

encuestafacil.com | easysgoingssurvey.com | enquetefacile.com | enquetefacil.com | sondaqqiofacile.com | einfacheumfrage.de | prostopros.ru

encuestafacil.com

Inicio | Bandeja de entrada - Mic... | encuestas online - softw... | encuesta online - ENC... | Documento1 - Microsoft ...