



Departamento de Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Medicina Preventiva
y Salud Pública, Toxicología y Medicina Legal y Forense

Tesis Doctoral

2015-2016

Evaluación del modelo de gestión de casos en atención primaria mediante
enfermeras comunitarias de enlace

Gonzalo Duarte Clíments

Directores: Dra. Cristobalina Rodríguez Álvarez
Dr. Antonio Sierra López
Dr. José Ángel Rodríguez Gómez

DOÑA CRISTOBALINA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ PROFESORA DE MEDICINA
PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

CERTIFICA

Que Don Gonzalo Duarte Clímets ha realizado bajo mi dirección el trabajo titulado
“Evaluación del modelo de gestión de casos en atención primaria mediante enfermeras
comunitarias de enlace”

”.

Dicho trabajo reúne las condiciones necesarias para optar al grado de Doctor.

Y para que así conste se expide el presente certificado.

La Laguna a 11 de diciembre de 2015

Fdo: Prof Dra Cristobalina Rodríguez Álvarez

DON ANTONIO SIERRA LÓPEZ, CATEDRÁTICO DE MEDICINA
PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

CERTIFICA

Que Don Gonzalo Duarte Clíments ha realizado bajo mi dirección el trabajo titulado
“Evaluación del modelo de gestión de casos en atención primaria mediante enfermeras
comunitarias de enlace”

”.

Dicho trabajo reúne las condiciones necesarias para optar al grado de Doctor.

Y para que así conste se expide el presente certificado.

La Laguna a 11 de diciembre de 2015

Fdo: Prof Antonio Sierra López

DON JOSE ANGEL RODRIGUEZ GOMEZ PROFESOR DE ENFERMERÍA DE
LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA DE LA UNIVERSIDAD DE
LA LAGUNA

CERTIFICA

Que Don Gonzalo Duarte Clíments ha realizado bajo mi dirección el trabajo titulado
“Evaluación del modelo de gestión de casos en atención primaria mediante enfermeras
comunitarias de enlace”

”.

Dicho trabajo reúne las condiciones necesarias para optar al grado de Doctor.

Y para que así conste se expide el presente certificado.

La Laguna a 11 de diciembre de 2015

Fdo: Prof Dr Jose Ángel Rodríguez Gómez

“...se comportaba tan respetablemente como si yo fuera una anciana de ochenta años y él mi enfermera de enlace.”

(Pág. 401) Etxebarria, Lucía. Un milagro en equilibrio.
Barcelona. 2004. Premio Planeta 2004.

Indice.

Indice.....	6
Agradecimientos	8
1. Introducción y objetivos.....	10
1.1 Hipótesis.....	10
1.2 Objetivo Principal	10
1.3 Objetivos Secundarios.....	11
2. Revisión y antecedentes	12
2.1 La necesidad que origina un servicio, o ¿por qué servicios basados en enfermeras comunitarias de enlace?	15
<i>Los que necesitan cuidados: pluripatología y cronicidad</i>	17
<i>Los que necesitan cuidados: envejecimiento y fragilidad</i>	26
<i>Los que necesitan cuidados: dependencia</i>	42
<i>Las cuidadoras: la estructura familiar del cuidado</i>	45
<i>Los servicios: el sistema sociosanitario del cuidado</i>	55
2.2 El servicio para dar respuesta a las necesidades, o ¿qué y cómo hace una enfermera de enlace?.....	69
2.3 El origen del servicio y su desarrollo, o ¿dónde y cuándo hay enfermeras comunitarias de enlace?.....	76
2.4 La enfermería de práctica avanzada, o ¿existe un marco para las enfermeras comunitarias de enlace?.....	78
3. Método.	103
3.1 Método en relación al objetivo principal.....	103
3.1.1. Descripción de indicadores disponibles.	104
3.1.2 Indicadores que muestran resultados para el paciente vs indicadores de eficiencia e indicadores disponibles.	111
3.1.3 Procesamiento de datos	112
3.1.4 Análisis estadístico.....	113
3.2. Método en relación con los objetivos secundarios.....	114
3.2.1. Método para identificar las mejores evidencias disponibles sobre efectividad, utilidad, satisfacción y costes de modelos de gestión de casos en atención primaria y los factores que pueden incidir en la eficiencia de diferentes modelos de gestión de casos en atención primaria.	114
4. Resultados.	122

4.1 Resultados en relación al objetivo principal.....	124
4.2 Resultados en relación con los objetivos secundarios.....	147
4.2.1. Mejores evidencias disponibles sobre efectividad, utilidad, satisfacción y costes de modelos de gestión de casos en atención primaria y los factores que pueden incidir en la eficiencia de diferentes modelos de gestión de casos en atención primaria.....	147
5. Discusión.....	170
6. Conclusiones	176
Bibliografía	178
Anexo 1. Tabla de datos e indicadores proporcionados por el Servicio Canario de la Salud. ..	193
Anexo 2: Estudios no seleccionados por no cumplir criterios de inclusión.....	204
Índice de Tablas	219
Índice de Gráficos	222
Índice de Figuras	223
Glosario, siglas y abreviaturas.	224
Cierre.....	225

Agradecimientos

A mi esposa, a mi mujer, a mi socia, a mi amiga, a mi amante, a Begoña. Sin ella nada habría sido posible, eres luz en mi vida.

A mis hijos, a Isa y a Germán, ellos son el futuro en el que me gusta pensar, y el presente que me llena de energía y felicidad.

A mis padres y hermanos por estar siempre ahí, Cádiz habita en mi corazón.

A D. Antonio, Cristo y Jose Angel algo más que directores de tesis, sin sus apoyos, y empujes no hubiera visto la luz esta tesis.

A Armando por estar siempre ahí, y por mostrar en cada momento y reflexión el sentido de la amistad y la honestidad intelectual.

A Pepe, su apoyo ha salvado varias veces esta tesis, su capacidad para saber estar en los momentos críticos es una virtud para aprender.

Al grupo inicial de Tenerife 1998 a 2002, aquel espíritu pionero aún sobrevive, gracias especiales a Loli por ser la madre del proyecto.

A la vieja guardia de la enfermería comunitaria, aquellas noches en Cáceres, Arnedo, Alicante... están en el espíritu enlace.

A todas las enfermeras de enlace con las que he tenido la fortuna de trabajar, han sido el mayor regalo profesional que he recibido. Gracias especiales a Teo por recordarme la visión enlace.

A mis compañeros de la Unidad, su presencia, su compromiso, su amistad, no permiten que el desaliento anide en nuestro trabajo. Ruyman, Domingo, Eneida, Tere, Toni, Trini, Constanza y los tutores son un equipo irreplicable.

Al Servicio Canario de la Salud por atreverse con este proyecto en el año 98 y volver a atreverse a evaluar en el 2014.

A Luis, a Fran, a Cándido, a Jordi... por volver y permitirme también volver a ser y estar.

A todos los que no he mencionado por torpeza, gracias.

1. Introducción y objetivos

Tras realizar un análisis de situación, en el año 2000 el Servicio Canario de la Salud (SCS) decidió probar y evaluar una figura nueva en la atención primaria denominada Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE)¹⁻². Era una propuesta para la mejora de la atención domiciliaria basada en el enfoque de la gestión de casos. Esta figura se implantó en la década 2000-10 en diferentes servicios regionales de salud y en diferentes contextos asistenciales de atención primaria y atención especializada³.

La gestión de casos es una respuesta a la necesidad de mejorar la continuidad de los cuidados a los largo de diferentes contextos asistenciales a pacientes especialmente complejos o que requieren la aportación de diferentes proveedores para dar respuesta a sus necesidades de cuidados. Gestionar casos desde el enfoque de las enfermeras comunitarias de enlace es valorar las necesidades de cuidados de un paciente y su entorno, y en función de estas necesidades coordinar la aportación de diferentes proveedores¹.

1.1 Hipótesis

El modelo de gestión de casos mediante enfermeras comunitarias de enlace tiene un impacto positivo en los indicadores de proceso y resultado de estos servicios, y produce mejoras de eficiencia en el sistema sanitario.

1.2 Objetivo Principal

El objetivo principal de este estudio es valorar el impacto de la gestión de casos en atención primaria mediante enfermeras comunitarias de enlace en términos de resultados para el paciente y su familia, y resultados de eficiencia para el sistema sanitario, empleando los datos de servicio disponibles en los sistemas de información de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

1.3 Objetivos Secundarios

Los objetivos secundarios son:

- Identificar las mejores evidencias disponibles sobre efectividad, utilidad, satisfacción y costes de modelos de gestión de casos en atención primaria.
- Identificar los factores que pueden incidir en la eficiencia de diferentes modelos de gestión de casos en atención primaria.

2. Revisión y antecedentes

Gestión de casos es un término polisémico. En el servicio que se evalúa en esta tesis el concepto es valorar las necesidades de cuidados de un determinado paciente y su entorno, y coordinar la aportación de diferentes proveedores³.

Una definición reciente similar a la mencionada es la del informe del Kings Funds 2011⁴ que emplea la de Hutt de 2004⁵. Este autor define gestión de casos como

“the process of planning, co-ordinating and reviewing the care of an individual”(4) (el proceso de planificación, coordinación y revisión de la atención de un individuo),

y la completa con,

"a collaborative process of assessment, planning, facilitation, care coordination, evaluation, and advocacy for options and services to meet an individual's and family's comprehensive health needs through communication and available resources to promote quality cost-effective outcomes"⁶ (un proceso colaborativo de evaluación, planificación, facilitación, coordinación de la atención, evaluación y promoción de opciones y servicios para satisfacer un individuo y las necesidades de salud integral de la familia a través de la comunicación y los recursos disponibles para promover resultados rentables de calidad) perteneciente a la Case Management Society of America.

Las ECE son enfermeras gestoras de caso que tienen como objetivo cuidar a personas con problemas de salud, dependientes, con gran necesidad de cuidados, y atendidas por diferentes proveedores de servicios. Los problemas de salud pueden describirse como comorbilidades, pluripatologías (crónicas en su mayoría) o procesos terminales. Estos problemas de salud tienen un gran impacto en el entorno de la persona, y en particular en las cuidadoras familiares. Habitualmente estos pacientes se incluyen en los programas o protocolos de atención domiciliaria y/o continuidad de cuidados.

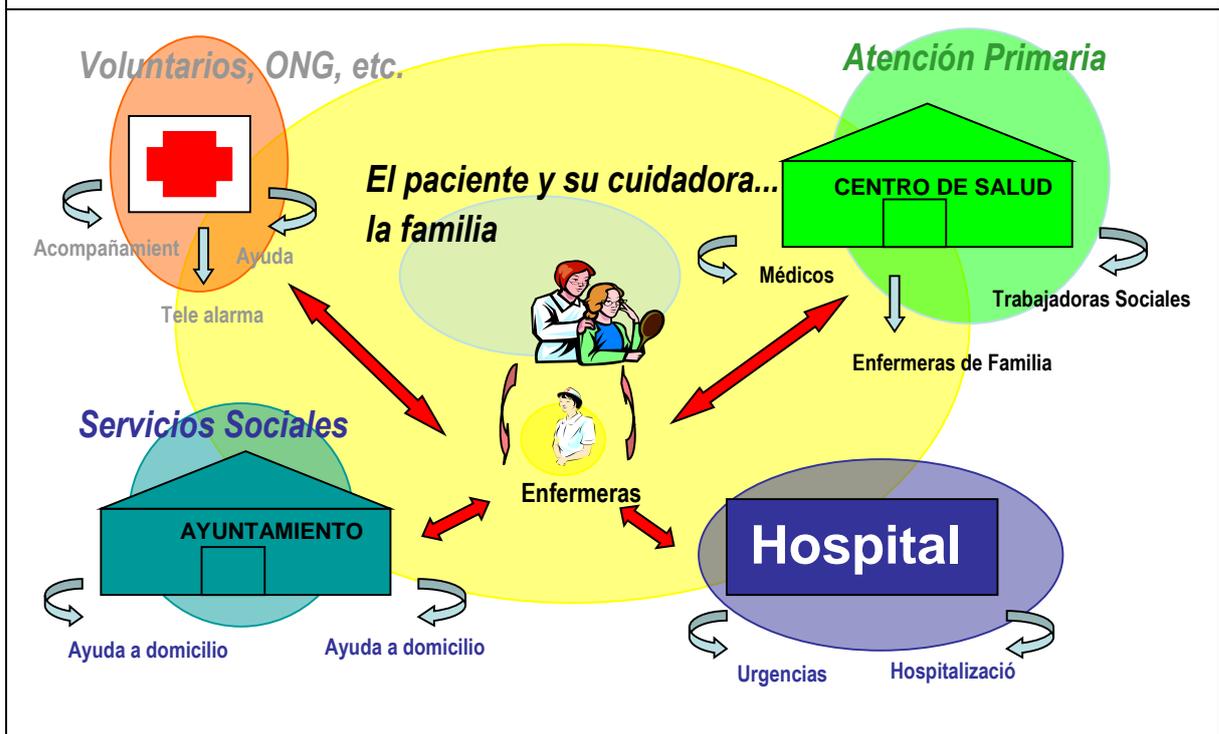
El origen del servicio fue el “Análisis de situación y desarrollo de líneas estratégicas de la enfermería de Atención Primaria en Canarias”¹. Esta iniciativa fue promovida por la Dirección General de Programas Asistenciales, en el contexto de los años siguientes a las transferencias de servicios sanitarios desde el INSALUD a la Comunidad Autónoma de Canarias. Una de las líneas estratégicas priorizadas fue la mejora de la atención domiciliaria, en especial la mejora de la atención domiciliaria a personas mayores, y la mejora de la continuidad del cuidado. Estas estrategias iban unidas al objetivo de desarrollar el rol de la enfermera comunitaria “la importancia de la enfermera comunitaria”.

El objetivo de este servicio por tanto era la mejora de la Atención Domiciliaria, en especial la relativa a mayores, y sus cuidadoras familiares. Estas personas requieren atención sanitaria y social. Desde la perspectiva de los servicios sociosanitarios la respuesta a estas personas implica a (Figura 1):

- diferentes profesionales: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas, matronas ...
- diferentes niveles asistenciales: atención primaria, atención especializada ambulatoria, atención hospitalaria, urgencias, y
- diferentes sectores: el sanitario y el social, representado por servicios municipales, servicios residenciales y servicios heterogéneos englobados dentro del término sociosanitario.

Figura 1. Sistemas, niveles, profesionales.

Fuente: elaboración propia.



Ante este escenario multiprofesional, multinivel y multisectorial podemos diferenciar dos perspectivas básicas:

- la perspectiva de los profesionales de los servicios sanitarios y sociales: deben responder a las necesidades interdisciplinarias de estas personas lo que conlleva coordinar y dar continuidad a los cuidados;
- la perspectiva de los usuarios: requieren varios servicios, de organizaciones diferentes con profesionales múltiples, es frecuente que se sientan desorientados, perdidos e incapaces de dar continuidad a su propio proceso.

Podemos decir como idea de partida que el modelo ECE en Canarias es un tipo de gestión de casos basado en la figura de una enfermera que gestiona los cuidados a domicilio desde el nivel de la Atención Primaria de Salud de forma coordinada con todos los profesionales implicados. La coordinación se extiende entre niveles asistenciales y sectores implicados⁷. Gestionar casos desde el punto de vista de este servicio es valorar las necesidades de cuidados de un paciente y su entorno, y coordinar la aportación de diferentes proveedores.

Como veremos de forma detallada la enfermera hace una valoración específica de la persona con problemas de salud, dependiente, y con gran necesidad de cuidados. Esta valoración focaliza en detectar, valorar e intervenir de forma precoz en problemas de salud y controlar o paliar los existentes. Además realiza educación sanitaria, y presta apoyo a la cuidadora principal. Los apoyos a la cuidadora principal implican intervenciones individuales y grupales. La intervención grupal en cuidadoras tiene el objetivo añadido de que estos grupos puedan posteriormente convertirse en grupos de apoyo emocional y/o de ayuda mutua.

Esta enfermera sirve de enlace entre la atención hospitalaria y la domiciliaria en el nivel sanitario, y de enlace con la atención social o sociosanitaria a través de los trabajadores sociales sanitarios o municipales.

En los puntos siguientes profundizaremos en el porqué de este modelo, en qué consiste la gestión del caso, el cómo del protocolo de trabajo, dónde y cuándo se han desarrollado este tipo de servicios, y el marco legal para este tipo de enfermería.

2.1 La necesidad que origina un servicio, o ¿por qué servicios basados en enfermeras comunitarias de enlace?

Hemos mencionado que el origen de este servicio en Canarias era la necesidad de mejorar la Atención Sanitaria. En este sentido hoy día, quince años después, las primeras cuestiones que suelen plantearse al acercarse a un servicio de gestión de casos basado en enfermeras es ¿por qué necesitamos enfermeras comunitarias de enlace?, y ¿qué aporta nuevo, cuál es el valor añadido a los servicios ya existentes?

El núcleo de la respuesta al *¿por qué?* servicios basados en ECE, es el perfil de los usuarios del servicio. Es decir la respuesta “lógica” es: *porque* existen personas con necesidades de cuidados cuyo abordaje implica coordinación y continuidad. Esto requiere un coordinador, un continuador del cuidado. Es decir, un gestor del caso. Más adelante reflexionaremos sobre el perfil de este gestor de caso, ya que algunas de las claves para entender *qué aporta nuevo* se encuentra en el papel concreto de estas enfermeras. Ahora bien, si hablamos de un servicio sanitario debemos comenzar por la necesidad de ese servicio, es decir por las personas que requieren ser cuidadas.

El perfil del paciente diana de la ECE es el de una persona mayor, dependiente, y pluripatológica. Además de este paciente, el protocolo de trabajo considera como paciente diana a la familia de esta persona, en especial la cuidadora familiar principal⁷. Este tipo de pacientes es habitualmente receptor de atención domiciliaria en sus diferentes variantes. Debemos resaltar que en el momento de inicio de este servicio, considerar a la cuidadora principal como “paciente diana” era excepcional en el ámbito sanitario. Aunque había iniciativas fueron las ECE uno de los principales determinantes de que se incorporaran a la rutina de atención de los servicios sanitarios.

Hoy tanto en la literatura como en diferentes servicios encontramos perfiles más amplios de pacientes susceptibles para la gestión de casos: paciente en atención domiciliaria, pacientes con problemas crónicos de salud mental, pacientes en proceso de trasplante, pacientes en determinados circuitos de hospitalización, pacientes con problemas sociales⁴.

El análisis conceptual de estos tipos de servicios y los pacientes a los que se dirigen coincide en tres características básicas: pluripatología o comorbilidad de procesos

crónicos, dependencia y edad avanzada⁸⁻¹⁰. Existe mayor variabilidad en la inclusión de las cuidadoras como usuarios del servicio.

Términos como pluripatología, fragilidad, dependencia, comorbilidad,... son de uso habitual al describir estos servicios, y a menudo resultan polisémicos. Por ello en la Tabla 1 se recogen las definiciones elaboradas para el documento de “Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología” fruto de una revisión sistemática y publicada en abril de 2013¹¹. En el presente trabajo asumimos estas definiciones, aunque como excepción para referirnos al cuidador preferimos el término cuidadora o cuidadora familiar, ya que estas personas en su mayoría son mujeres.

<p>Tabla1: Conceptos y definiciones agrupados en torno a la comorbilidad, el paciente y su entorno, y la medicación. Fuente: Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología¹¹, elaboración propia</p>
<p>Comorbilidad: Diferentes enfermedades o condiciones morbosas que acompañan a modo de satélite a una patología protagonista.</p>
<p>Pluripatología: Pacientes con dos o más enfermedades crónicas sintomáticas en las que resulta dificultoso establecer los protagonismos, pues en general presentan un grado de complejidad equivalente, con similar potencial de desestabilización, dificultades de manejo e interrelaciones.</p>
<p>Fragilidad: Síndrome biológico intrínsecamente unido al fenómeno biológico del envejecimiento y caracterizado por el descenso de la reserva biológica y la resistencia al estrés, resultado del deterioro de múltiples sistemas fisiológicos, en el que predomina un desbalance energético metabólico que confiere al individuo una situación de vulnerabilidad frente a pequeñas agresiones.</p>
<p>Discapacidad: Dificultad o dependencia para realizar las actividades esenciales de una vida independiente, incluyendo las funciones esenciales, las tareas necesarias para el autocuidado y la vida independiente en el hogar, así como las actividades deseadas importantes para la calidad de vida.</p>
<p>Paciente crónico complejo: Presencia de determinadas enfermedades concomitantes, limitantes y progresivas con fallo de órgano (por ejemplo, insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal), la sobreutilización de servicios de salud en todos los ámbitos, la polifarmacia, el deterioro funcional para las actividades de la vida cotidiana o una mala situación sociofamiliar.</p>
<p>Clúster de enfermedades crónicas: Identificación de un limitado número de combinaciones de enfermedades crónicas (clústers) que pueden presentarse agrupadas en un mismo paciente.</p>
<p>Autocuidado: Conjunto de acciones aprendidas e intencionadas que los individuos realizan para sí mismos con el objeto de regular aquellos factores que afectan a su desarrollo y funcionamiento, en beneficio de su vida, salud y bienestar.</p>
<p>Cuidador: Persona que asume la responsabilidad en la atención, apoyo y cuidados diarios de la persona dependiente.</p>
<p>Paciente experto: Es aquel capaz de responsabilizarse de la propia enfermedad y autocuidarse, sabiendo identificar los síntomas, respondiendo a ellos y adquiriendo herramientas que lo ayuden a gestionar el impacto físico, emocional y social de la patología, mejorando así su calidad de vida.</p>
<p>Adherencia terapéutica: Tanto el cumplimiento del plan de autocuidados como el correcto manejo de los fármacos prescritos. Si se muestra una conducta que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de salud acordado, se debe hablar de incumplimiento.</p>
<p>Conciliación terapéutica: Proceso formal de valorar el listado completo y exacto de la medicación previa del paciente conjuntamente con la prescripción farmacoterapéutica después de una transición asistencial.</p>
<p>Adecuación terapéutica: Proceso de elección de la terapia del paciente en el que mediante las actividades de prescripción, dispensación, indicación, administración y seguimiento se consiguen unos resultados apropiados a las condiciones y circunstancias del propio paciente y del conjunto de la comunidad</p>

En resumen, para analizar el porqué de estos servicios basados en la gestión de casos hemos de visualizar dos grandes actores, por una parte los que necesitan cuidados:

personas con pluripatología, comorbilidad, envejecimiento, dependencia, y necesidad de cuidado familiar; y por otra parte los que aportan cuidados formales: distintos profesionales, distintos niveles asistenciales, y dos sectores implicados, el sanitario y el social.

Los que necesitan cuidados: pluripatología y cronicidad

En la actualidad los procesos crónicos suponen alrededor del 80% de las consultas en atención primaria, el 60% de los ingresos hospitalarios y el 70% del gasto sanitario, y muestran una clara tendencia a seguir aumentando. Las enfermedades crónicas se han convertido en la epidemia del siglo XXI en el primer mundo, y por ello la organización del sistema sanitario se enfrenta al reto de hacer frente a las necesidades de los enfermos crónicos unido al envejecimiento de la población⁹⁻¹⁰.

Este reto organizativo ha dado lugar a que se desarrollen diversos modelos y estrategias aplicables a la gestión de las enfermedades crónicas. En España existen como referencias la “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud”, elaborada por el Ministerio de Sanidad en 2012, y diversas iniciativas a nivel autonómico⁸. Esta cuestión se ha convertido en una preocupación del ciudadano, en palabras del Ministerio de Sanidad:

“La Sanidad es el área de mayor interés para los ciudadanos y ciudadanas españoles que conceden la mayor nota desde el año 2002 al sistema sanitario público: un 6,59 sobre 10. Un 73,1% opinan que el sistema sanitario español funciona bastante bien o bien, aunque precisaría algunos cambios. La proporción de personas que consideran que son necesarios cambios fundamentales es del 21,9% y del 4,2% la de quienes reclaman que el sistema se rehaga por completo. *Los cambios necesarios responden principalmente a la carga de enfermedad que suponen en la actualidad las enfermedades crónicas y deberían orientar la organización del SNS a mejorar su prevención y a mejorar la adecuación de los servicios a las nuevas necesidades de atención.* Otros cambios que interesan a las personas, como señala el Índice de Consumidores de la Sanidad Europea, estarían relacionados con el aumento de transparencia y de participación social.

La organización actual de los servicios, centrados en la resolución de patologías agudas, favorece una atención episódica de los problemas de salud con un enfoque curativo, valorando poco los aspectos preventivos, la perspectiva de los cuidados y la responsabilidad de las personas sobre los mismos. Existe, además, variabilidad no justificada en la atención prestada a pacientes con características clínicas similares y se

realizan intervenciones que no aportan valor en términos de mejora en los resultados de salud. *La falta de coordinación entre niveles de atención sanitaria (Atención Primaria-Atención Especializada) y entre el sistema sanitario y social es uno de los principales condicionantes de la ineficiencia en la provisión, desarrollo y gestión de los recursos disponibles y conduce a que los servicios no se presten en el nivel más adecuado y por el profesional más idóneo.*

Las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico son las que encuentran más dificultades para acceder y circular a través del sistema ya que no existe un adecuado ajuste entre sus necesidades y la atención que reciben, resultando especialmente inapropiada la organización de la asistencia sanitaria para el grupo de pacientes que presentan pluripatología, comorbilidad o se encuentran en situación de especial complejidad. Son precisamente estos pacientes, generalmente población de mayor edad y limitación funcional, los que generan mayor demanda de atención en los diferentes ámbitos asistenciales y utilizan mayor número de recursos sanitarios y sociales.

El sistema sanitario no puede ofrecer solamente un seguimiento y unos cuidados discontinuos a los pacientes con enfermedades crónicas, ligados en general a las agudizaciones o descompensaciones de sus patologías. *El abordaje de la cronicidad requiere fomentar el trabajo en equipos interdisciplinarios, formados por los diferentes profesionales de los servicios sanitarios y sociales implicados en la atención a estos pacientes, que garanticen la continuidad en los cuidados con la máxima participación del paciente y de su entorno.*”

A la luz de estas estrategias e iniciativas alrededor del paciente crónico, podemos ver que en los últimos años se han desarrollado distintos modelos que buscan describir cómo cambiar la atención sanitaria a pacientes con enfermedades crónicas, rediseñando sistemas y procesos para lograr una mejor integración de servicios y la continuidad de los cuidados¹⁰.

Siguiendo las palabras de la “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud”, hay modelos teóricos, cuyo objetivo es proponer marcos de trabajo con vocación universal o global, y modelos de provisión, cuya finalidad es establecer un enfoque práctico sobre cómo implementar los diferentes componentes de los primeros y por lo tanto, de una forma más cercana al contexto sanitario específico en el que se va a llevar a cabo una experiencia concreta. No existe en todos los casos evidencia sobre el impacto de estos modelos en la calidad de la atención. Por ello en cada entorno se deberían adaptar los modelos según la situación de salud de la comunidad, la necesidad concreta de mejoras organizativas y las posibilidades de sostenibilidad de los

modelos en el tiempo¹²⁻¹³. Estos modelos y estrategias tienen en común cambios importantes de enfoque respecto de la situación actual. En estos cambios de enfoque sobresale el concepto de estratificación de la población⁸.

Respecto a la reorganización de los cuidados es básico establecer una estratificación de la población que permita identificar a las personas con riesgo de enfermar y predecir las necesidades de las personas que ya presentan enfermedad crónica, permitiendo optimizar los programas de prevención y atención. La segmentación de la población podrá realizarse en base a criterios de complejidad clínica combinados con criterios de utilización de recursos sanitarios y precisará ser validada por el equipo habitual de atención.

La estratificación va unida a una valoración integral de las necesidades médicas, de cuidados, funcionales y sociales de las personas y a la planificación de intervenciones individualizadas en función de dichas necesidades en las que se proponga el recurso más adecuado a la situación clínica, fase de la enfermedad y apoyo sociofamiliar existente. Asimismo se han de priorizar las intervenciones con mayor impacto en la calidad de vida, teniendo en cuenta las preferencias de los pacientes y personas cuidadoras y garantizando el seguimiento continuo y la revisión de los planes de atención.”

El modelo de la pirámide de riesgo de Kaiser Permanente es de todos los modelos de estratificación de pacientes uno de los más influyentes¹⁰⁻¹⁴. Kaiser Permanente es el mayor proveedor privado de atención sanitaria de Estados Unidos, con sede en Oakland, California, fue fundada en 1945 por el industrial Henry J. Kaiser y el médico Sidney Garfield. Kaiser Permanente opera como un subsistema sanitario que integra la función de aseguramiento y de provisión. Está formada por tres grupos de entidades: la Fundación del Plan de Salud de Kaiser y sus subsidiarias operativas regionales, Kaiser Foundation Hospitals, y los Permanente Medical Group (PMG)¹⁴.

“El modelo Kaiser Permanente ha despertado mucha atención en el Reino Unido en los últimos años, en gran parte por la publicación de un estudio comparativo con el National Health Service (NHS) del Reino Unido, que mostraba un mejor rendimiento de Kaiser Permanente de California en la mayoría de los indicadores analizados, entre los cuales destacaba la gran diferencia en frecuentación de hospitales de agudos, aproximadamente una tercera parte en Kaiser respecto al NHS.

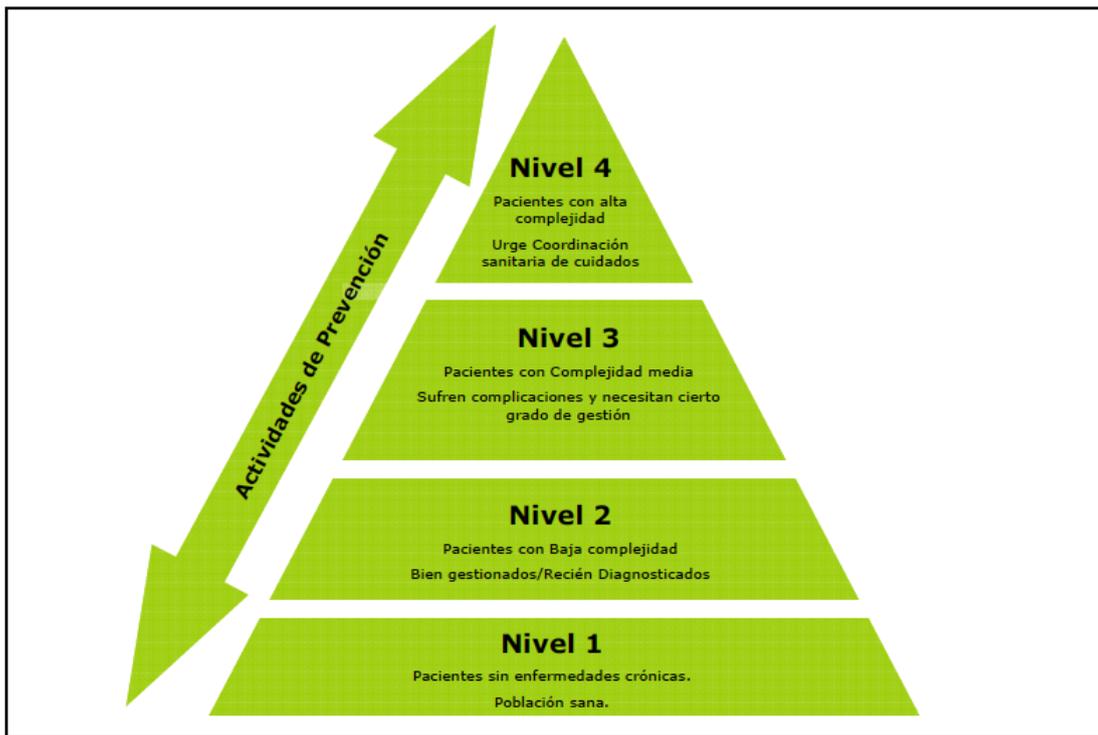
Este estudio y otros subsiguientes, que se han enfocado sobre el mismo tema, han generado bastante controversia, centrada principalmente en el British Medical Journal. Dejando al margen ese interesante debate es destacable que el estudio del denominado “modelo Kaiser” ha sido incorporado dentro de la política de modernización del NHS. Para ello se han realizado diversas visitas de estudio.

Como consecuencia de las mismas el Departamento de Salud británico está financiando proyectos piloto en Atención Primaria basados en elementos de este modelo. De un modo similar, el modelo Kaiser está siendo estudiado por la Administración del actual Gobierno de los Estados Unidos, en particular respecto al uso de nuevas tecnologías para la integración de la atención.

Finalmente, el modelo Kaiser como ejemplo de atención integrada y, en particular, el Chronic Care Model desarrollado por Wagner et al del Group Health Cooperative (organización afiliada a Kaiser en cuestiones de innovación y mejora) están en el origen del informe de la Organización Mundial de la Salud “Atención innovadora a las enfermedades crónicas”¹⁵.

La pirámide de riesgo de Kaiser Permanente es un modelo poblacional de estratificación de la población para la gestión de la cronicidad, que identifica tres niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente crónico. En interpretaciones posteriores al modelo Kaiser se ha incluido la vertiente poblacional de promoción y prevención, es lo que se denomina “pirámide de Kaiser ampliada (figura 2) con cuatro niveles de intervención.

Figura 2: Pirámide Kaiser ampliada, y adaptación.
Fuente: modificada de Jasad¹⁰



En la base de la pirámide o nivel 1 se encuentran los pacientes sin enfermedades crónicas, la población sana. La intervención clave o central en este grupo es la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. El objetivo es el descenso de los factores

de riesgo que ocasionan muchas de las enfermedades crónicas (tabaco, sedentarismo, obesidad, alcoholismo..).

En el nivel 2 de la pirámide, están los pacientes con baja complejidad que alcanza al 70-80% de los pacientes con enfermedades crónicas, los cuales, con el soporte adecuado, pueden tener buena calidad de vida con su enfermedad, y ser partícipes de sus cuidados y tratamientos, es decir autocuidarse. Es lo que se denomina “gestión de la población”. Dado que la mayoría de los pacientes crónicos entran en esta categoría, pequeñas mejoras tienen un gran impacto global. El ejemplo más sencillo es el del paciente diabético insulinotratado, que tras educación sanitaria autorregula la dosis que se administra en función de las cifras de glucemia que él mismo se monitoriza.

El siguiente nivel, es el de "gestión de enfermedades", incluye un 15% de los pacientes crónicos. Son personas con alto riesgo, requieren un equipo multidisciplinar, con el uso de guías de práctica clínica, procesos asistenciales, programas de control, algoritmos diagnósticos, y/o protocolos para el tratamiento de enfermedades específicas. El objetivo además del control de la enfermedad o enfermedades es la prevención de las complicaciones derivadas de las patologías.

El nivel cuatro es en el que se hallan pacientes de alta complejidad, con pluripatología y dependencia. Se estima que representan aproximadamente el 5% de los pacientes crónicos. Los servicios basados en gestores de casos están indicados para este grupo o estrato de pacientes que tienen comorbilidad o pluripatología, y dependencia.

En resumen, si tomamos como referencia el modelo de clasificación de Kaiser (figura 2), la capacidad de la persona y su entorno familiar para el cuidado será mayor en los escalones inferiores, e irá disminuyendo a medida que aumente la complejidad y el grado de fragilidad y dependencia. En el mismo sentido, irá aumentando la demanda terapéutica, de modo que los pacientes más complejos tienen menos capacidad de cuidarse por sí mismos, mayor riesgo de déficit de autocuidado y mayor necesidad de apoyo informal y cuidados profesionales.

Los criterios de pluripatología¹¹ se exponen en la tabla 2.

Tabla2: Criterios definitorios de paciente pluripatológico.

Fuente: Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología¹¹. Elaboración propia.

El paciente debe presentar enfermedades crónicas definidas en dos o más de las siguientes categorías:

CATEGORÍA A

- Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA¹ (síntomas con actividad física habitual).
- 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 proteinuria², mantenidas durante tres meses.

CATEGORÍA C

- Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC³ (disnea a paso habitual en llano) o FEV1 < 65 %, o SaO2 ≤ 90 %.

CATEGORÍA D

- Enfermedad inflamatoria crónica intestinal.
- Hepatopatía crónica con hipertensión portal⁴.

CATEGORÍA E

- Ataque cerebrovascular.
- Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel < 60).
- Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con cinco o 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 hemoglobina < 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 < 60).

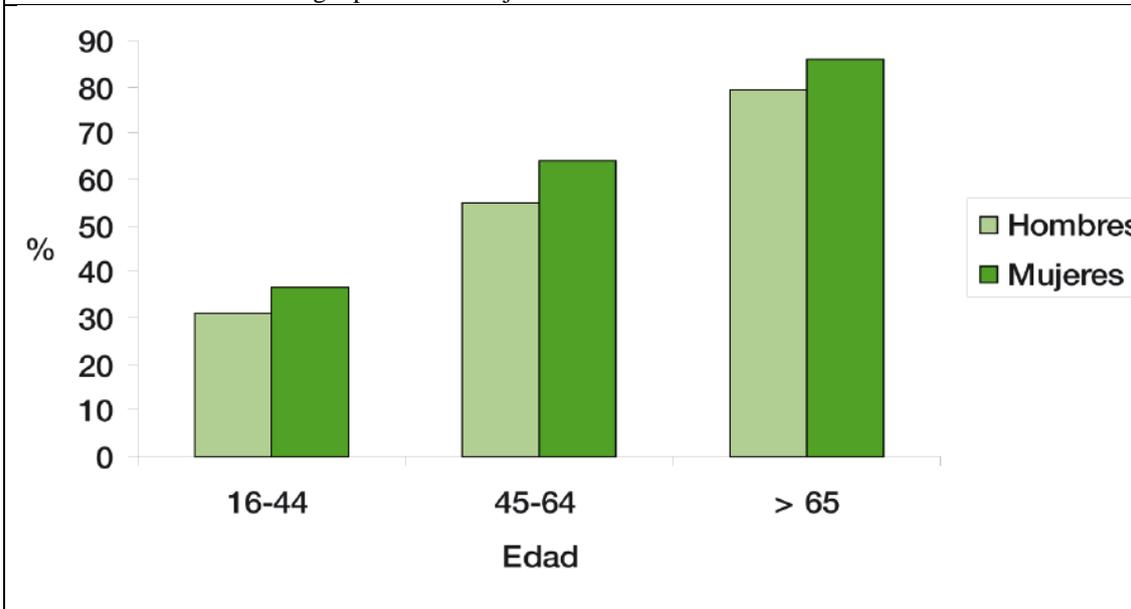
1. Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.
2. Índice albúmina/creatinina > 300mg/g, microalbuminuria > 3 mg/dl en muestra de orina o albúmina > 300 mg/día en orina de 24 horas o > 200µg/min.
3. Incapacidad de mantener 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.
4. Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

Unida a la transición demográfica descrita en el punto anterior se encuentra la transición epidemiológica. Conforme se producen modificaciones demográficas las causas de enfermedad y muerte cambian en la población, contribuyendo a ello cambios de carácter socioeconómico, tecnológico, político, cultural y biológico.

El patrón epidemiológico actual está representado por las patologías crónicas (gráfica 5).

Gráfica 1: Prevalencia (%) de problemas crónicos por edad y sexo.

Fuente: Tomada de Estrategia para el abordaje de la cronicidad



“En España, según la Encuesta Europea de Salud (EES) 2009, el 45,6% de la población mayor de 16 años padece al menos un proceso crónico (46,5% de los hombres y el 55,8% de las mujeres) y el 22% de la población dos procesos o más, incrementándose estos porcentajes con la edad.

Aunque la longevidad es un factor esencial en el aumento de la cronicidad, las personas mayores no son las únicas afectadas por las enfermedades crónicas y no sería correcto por tanto asociar, sin la necesaria matización, persona con enfermedad crónica con persona mayor. Se estima que el 60% de todos los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) atribuidos a las enfermedades crónicas lo fueron en personas menores de 60 años, existiendo suficiente evidencia del incremento de condiciones crónicas en niños, niñas y adolescentes desde 1960. Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2006, en la población menor de 16 años, el 11,86% ha sido diagnosticado de alergia crónica, el 7% de asma, el 0,27% de diabetes, el 0,26% de tumores malignos (incluye leucemia y linfoma), el 1,09% de epilepsia, el 2,01% de trastornos de la conducta (incluye hiperactividad) y el 0,73% de trastornos mentales.

Si se considera el nivel de estudios, es muy superior el porcentaje de hombres y mujeres que sufren problemas crónicos de salud en la población con niveles de estudios más bajos.

La Encuesta Nacional de Salud 2006 constató que las personas entre 65 a 74 años tenían una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas, alcanzando un promedio de 3,23 en personas mayores de 75 años. En Atención Primaria hasta el 40% de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas, el 94% está polimedicado, el 34% presenta un Índice de Barthel menor de 60, y el 37% tiene deterioro cognitivo. La prevalencia de pluripatología se puede estimar en un 1,38% de la población general o un 5% en mayores de 65 años de edad.”⁸

Siguiendo esta estimación publicada en la citada estrategia, el 1,38% de la población general es pluripatológica, o el 5% de los mayores de 65 años. Aunque este último dato parece bajo al compararlo con diferentes estudios, que aprecian prevalencias de pluripatología para mayores de 65 que oscilan entre el 21% y el 98% según la población a estudio, o entre el 50% y el 100%. Las variaciones se atribuyen a las poblaciones, la obtención de datos, grupos de edad a estudio y definiciones.

El estudio DARIOS¹⁶ investiga en España los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, para ello utiliza bases de datos poblacionales similares en 11 comunidades autónomas representando entre un 70-80% de la población española. Encuentra que la prevalencia de hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, tabaquismo y diabetes mellitas en España es elevada, con variabilidad relativamente baja en la población de 35 a 74 años entre comunidades autónomas. La distribución de la mayoría de los factores de riesgo cardiovascular presenta una variabilidad inferior al 20% en población de 35-74 años de las comunidades autónomas españolas. Los resultados sitúan la prevalencia estandarizada de HTA en el 43% y la de dislipemia en el 41%. Por último, más de la cuarta parte de dicha población es fumadora; el 29%, obesa, y el 13%, diabética. Canarias, Extremadura y Andalucía presentan mayor número de factores de riesgo cardiovascular significativamente más prevalentes que el promedio de los 11 estudios componentes.

Canarias con respecto al resto de España como vimos en el punto anterior desde el punto de vista demográfico es una población más joven, sin embargo desde el punto de vista epidemiológico presenta mayores prevalencias de procesos crónicos como obesidad, diabetes o cardiopatías. En este sentido ya los resultados preliminares del estudio de la cohorte CDC de Canarias encontraron que la actual población adulta de Canarias presenta una elevada prevalencia de exposición a factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer, destacando especialmente el sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo¹⁷.

¿Qué factores influyen en esta situación de pluripatología y dependencia? En el libro blanco “Atención a las personas en situación de dependencia en España” se describen los determinantes demográficos de la dependencia¹⁸:

- El proceso de envejecimiento demográfico, incrementa las necesidades de cuidados y atención

- Las situaciones de discapacidad, generan dependencia en todos los estratos de población.
- Los cambios en el modelo de familia y la incorporación de la mujer al trabajo, reducen la disponibilidad de apoyo familiar.

Rodríguez y Jiménez en la misma línea explican que influyen en esta situación el envejecimiento de la población, la dependencia, la aparición de incapacidades y nuevas enfermedades, los cambios en la estructura familiar, la incorporación de la mujer al trabajo, la disminución de los cuidados familiares, la racionalización de los recursos sanitarios, el reenfoque de la atención hospitalaria, de la atención primaria y domiciliaria sociosanitaria y la mayor dependencia de este grupo de población¹⁹.

Refiriéndose a la necesidad de los servicios de atención domiciliaria Contel y cols²⁰ explican que viene derivada del envejecimiento de la población que produce un incremento de la morbilidad y de las situaciones de dependencia física. Además también influyen la aparición de incapacidades y nuevas enfermedades, los cambios en la estructura familiar, la incorporación de la mujer al mundo laboral (y el consiguiente déficit de cuidadoras familiares), la racionalización de los recursos sanitarios, el nuevo enfoque de la atención hospitalaria y la mayor dependencia económica de este grupo de población.(19)

Los que necesitan cuidados: envejecimiento y fragilidad

Como se expone en el protocolo del servicio en Canarias⁷ la mayoría de las personas objeto de la atención de las ECE son personas mayores, y más concretamente mayores de riesgo, por ello exploraremos estos conceptos y su dimensión.

Las definiciones de persona mayor y del proceso de envejecimiento son variadas y sujetas a discusión. El enfoque cronológico marca la edad de 65 años de uso habitual para establecer la frontera entre personas mayores y no mayores. Se suele colocar la siguiente frontera en los 80 años. Y después de los 80 años se habla de los mayores de los mayores, y de anciano frágil.

El límite cronológico de los 65 años correspondía hasta ahora con el inicio de la edad de jubilación, y responde a nuestro contexto sociocultural. Pensemos que por ejemplo, funcionalmente los 50 años pueden asimilarse en los países en vías de desarrollo con “nuestros” 65 años.

Definir el proceso de envejecimiento es algo más complejo, la definición de Miller es una de las más utilizadas²¹, se centra en el proceso fisiológico y no incluye referencias cronológicas:

“El envejecimiento es un proceso que convierte a los adultos sanos en sujetos frágiles, con una disminución en la reserva de la mayoría de los sistemas fisiológicos y una vulnerabilidad exponencial a la mayoría de las enfermedades y a la muerte”.

En la misma línea y complementando a la anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento como²²:

“El deterioro de las funciones progresivo y generalizado, que produce una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad”.

La OMS distingue entre el envejecimiento como proceso normal que representa los cambios biológicos universales que se producen con la edad, del proceso de envejecimiento influenciado por otros factores del entorno, como el estilo de vida y las propias enfermedades. Por ello ha introducido el concepto de envejecimiento activo, definiéndolo como²³:

“El proceso de hacerse mayor sin envejecer mediante el desarrollo continuado de actividades físicas, sociales y espirituales a lo largo de toda la vida”

Los libros blancos del “Envejecimiento Activo” publicados por la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social en 2010²⁴, y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en 2011²⁵, unidos a la celebración en 2012 del “Año Europeo del Envejecimiento Activo y la solidaridad intergeneracional”²⁶ han subrayado la diferencia entre envejecimiento normal, envejecimiento ligado a la enfermedad y la dependencia, y el envejecimiento activo.

Si entendemos la diferencias entre estos diferentes tipo de envejecimiento, concluiremos que las personas mayores no constituyen un grupo homogéneo. Presentan una amplia gama de estados de salud y de función, desde personas activas que no presentan enfermedades ni lesiones reseñables, pasando por personas frágiles con alto riesgo de pérdida funcional y terminando en el extremo de pacientes con dependencia completa y múltiples enfermedades crónicas y avanzadas. Por ello la edad, como único parámetro, nunca debería ser un factor de clasificación²⁷.

Mencionadas las diferencias entre el envejecimiento cronológico y el envejecimiento fisiológico-funcional hay que pasar a la relación estrecha existente entre fragilidad y funcionalidad. La función en las personas mayores ha demostrado ser uno de

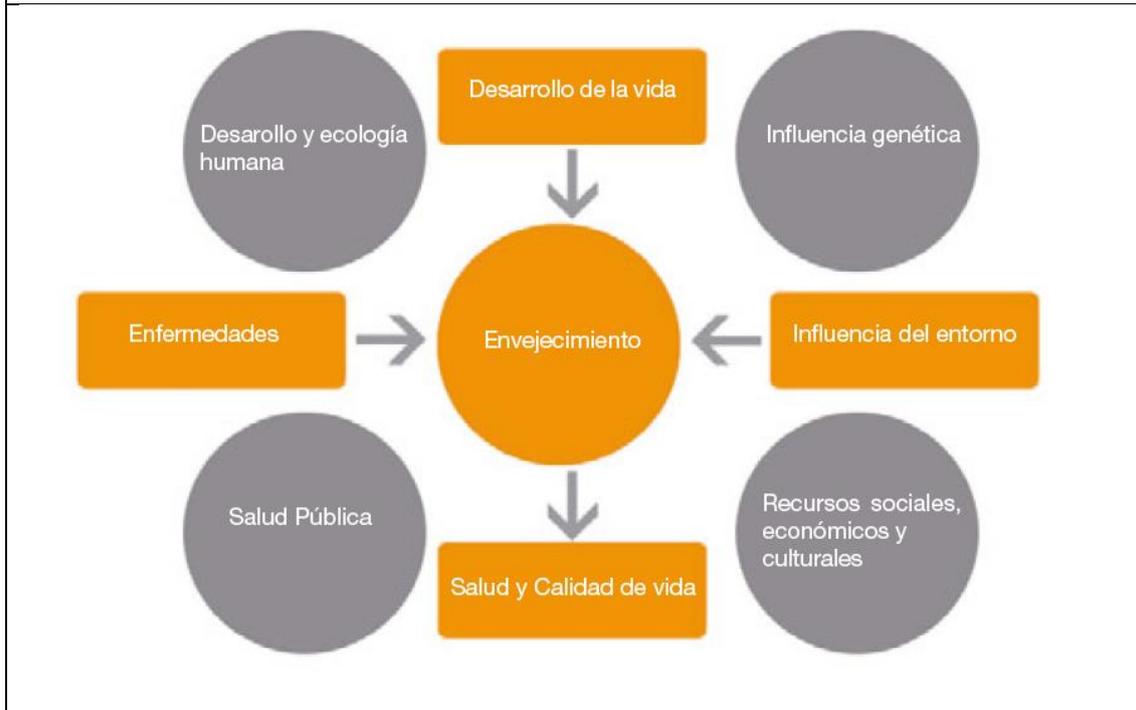
los mejores marcadores pronósticos predictivos de morbimortalidad, de entrada en dependencia, de estado de salud, de expectativa de vida, y de institucionalización. En la tabla 3 se expone una tipificación de las personas mayores en relación con la función, tomada del documento del grupo de trabajo de prevención de la dependencia en las personas mayores de la Primera Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España²⁷.

<p>Tabla 3: Tipos de personas mayores en relación con la función Fuente: I Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España²⁷. Elaboración propia.</p>
<p>Persona mayor sana: no presentan enfermedad ni alteración funcional, mental o social alguna.</p> <p>Persona mayor con enfermedad crónica: padece una o varias enfermedades crónicas, pero sin problemas funcionales, mentales o sociales.</p> <p>Persona mayor en riesgo y frágil: es aquella que conserva su independencia de manera inestable y que se encuentra en situación de riesgo de pérdida funcional.</p> <p>Se trata de personas mayores que presentan uno o más de los siguientes factores de riesgo predictivos de deterioro, pérdida de funcionalidad y de dependencia; edad avanzada (por lo general a partir de 80 años); hospitalización reciente; caídas de repetición; polifarmacia con comorbilidad especialmente con patologías crónicas que tienden a la incapacidad (artrosis, artritis, fracturas por caídas, depresión y enfermedades psiquiátricas, déficit visual o auditivo, incontinencia, eventos cardiovasculares); con deterioro cognitivo; con debilidad muscular, alteraciones de la movilidad y equilibrio, y realización de poco ejercicio; con deficiente soporte o condicionantes sociales adversos (pobreza, soledad, incomunicación, viudedad, etc.) o factores demográficos (mujer mayor de 80 años).</p> <p>Dentro de este grupo igualmente se incluyen como personas mayores frágiles o personas mayores de riesgo aquellas con pérdidas de funcionalidad incipientes, fundamentalmente en AIVD, o en ABVD, cuando todavía son, sobre todo, potencialmente recuperables.</p> <p>Persona mayor en situación de dependencia de carácter transitorio o de carácter permanente: es aquella que se encuentra ya en situación de dependencia ya sea de carácter transitorio o bien permanente, independientemente de su intensidad. Este grupo englobaría en su mayor parte al descrito como paciente geriátrico.</p> <p>A efectos prácticos del presente documento clínico, se propone la clasificación de la dependencia en los grados de gravedad que clasifica el índice de Barthel de acuerdo con: puntuación de 60 o más, dependencia leve; 45-55, dependencia moderada; 20-40, dependencia grave; < 20, dependencia total. La dependencia es un concepto dinámico y nunca es estática. Así, podrá avanzar hacia estadios más graves y en tiempos más o menos rápidos dependiendo de la enfermedad de base pero muy especialmente del manejo preventivo y de la asistencia sanitaria y social continuada recibida. Existen procesos agudos como el ictus, la fractura de cadera, el ingreso hospitalario prolongado, etc., que pueden ocasionar dependencia transitoria que tras las medidas rehabilitadoras y control clínico adecuado pueden revertir.</p> <p>También es importante destacar que el grupo de personas mayores con dependencia grave y total, aunque en ocasiones se encontrarán dentro del siguiente grupo de final de la vida, no debe de ser entendido como sinónimo de terminalidad. Aunque el concepto de terminalidad en la persona mayor dependiente es complejo, debe de ir ligado más al de enfermedad en fase terminal, que generalmente va acompañado de dependencia grave no reversible.</p> <p>Persona mayor en situación de final de la vida: es aquella que padece una enfermedad en fase terminal con una expectativa de vida generalmente inferior a seis meses. Englobaría tanto a pacientes con enfermedad oncológica como no oncológica en fase avanzada y/o terminal y con limitación funcional grave no reversible (generalmente total, con un índice de Barthel menor de 20), con síntomas intensos, complejos y cambiantes. Según la enfermedad de base, presentan trayectorias clínicas de pérdida funcional y muerte muy diferentes (de alrededor de tres a seis meses en los pacientes oncológicos, y de expectativa de vida menos predecibles con pérdida funcional progresiva y situaciones de empeoramiento y mejoría en relación con reagudizaciones frecuentes en las enfermedades crónicas no oncológicas).</p>

Vista de forma sucinta la relación entre envejecimiento, funcionalidad y fragilidad, los factores que influyen en el proceso envejecimiento se exponen en la figura 2.

Figura 3: Factores que influyen en el proceso de envejecimiento

Fuente: tomada de CSIC¹³.



El envejecimiento de la población también representa una oportunidad. En este sentido el Informe del Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) sobre el envejecimiento y la Investigación, desarrollo e implementación (I+D+i) comienza en su resumen ejecutivo de la siguiente manera¹³:

“Nos encontramos ante un proceso global de envejecimiento de la población mundial, con un aumento progresivo de la esperanza de vida que, junto con reducción de las tasas de natalidad, está provocando una alteración de las pirámides poblacionales y por tanto una clara influencia social y económica.

Este efecto es especialmente relevante en la sociedad española, ya que la esperanza de vida ronda los 80 años, ocupando los primeros puestos a nivel mundial. Esta situación desafía la capacidad de la sociedad para regenerarse y hace necesario proponer un reto de futuro a la sociedad para conseguir una mayor longevidad con más salud y un aumento de la calidad de vida de la población, logrando reducir los costes sanitarios y sociales.

Pero el reto del envejecimiento no debe ser sólo tenido en cuenta desde la perspectiva económica, sino como un reto y a la vez una oportunidad de negocio dedicado a una franja de población cada vez más numerosa y con una demanda más exigente. *Las oportunidades que se vislumbran son amplias e inevitablemente pasan por el fomento de la economía del conocimiento mediante la inversión en I+D+i en diferentes ámbitos, desde la sanidad con el desarrollo de nuevos servicios avanzados (consultoría, teleasistencia, servicios terapéuticos y asistenciales, etc.), creación de empresas de base tecnológica (en torno a centros de investigación y*

universitarios), nuevas posibilidades de negocio en industrias del sector sanitario (sector farmacéutico, aparatos médicos, aplicaciones Tecnologías de la Información y la Comunicación TICs, domótica sanitaria, etc.) y el desarrollo de una oferta educativa especializada a través de las universidades y formación profesional especializada, etc.”

Una vez revisado el concepto envejecimiento pensemos en su dimensión. El envejecimiento de nuestra población desde el punto de vista demográfico es un hecho. El aumento de la expectativa de vida ha provocado un aumento del número de personas mayores y, por ello un envejecimiento acelerado de la población.

En España entre 1992 y 2011, la esperanza de vida al nacimiento de los hombres ha pasado de 73,9 a 79,2 años y la de las mujeres de 81,2 a 85,0 años, según las Tablas de mortalidad que publica el INE. En este período se ha mantenido una diferencia apreciable en la incidencia de la mortalidad por sexos en España y en Europa, originando que la esperanza de vida al nacimiento de las mujeres supere en casi seis años a la de los hombres en el año 2011²⁸.

La diferencia en años de esperanza de vida al nacimiento a favor de la mujer creció y se mantuvo estable en España hasta mediados de los años noventa, como consecuencia de una mortalidad masculina más elevada debida a factores biológicos, estilos de vida y conductas de riesgo. Pero esta diferencia a favor de la mujer se ha ido reduciendo ligeramente en las dos últimas décadas, 7,3 años de diferencia a favor de la mujer en el año 1992, 6,8 años en el año 2001 y 5,8 años en el año 2011.

Una característica de las últimas décadas ha sido la mejora de las expectativas de vida en las personas de edad madura y avanzada; en el periodo 1992-2011, el horizonte de años de vida a los 65 años de los hombres ha aumentado en 2,5 años y el de las mujeres en 2,7. A los 85 años, el aumento ha sido de 0,8 años en los hombres y 1,1 años en las mujeres.

En la UE en el año 2011, la brecha de género a favor de la mujer en la esperanza de vida al nacimiento era de 5,8 años en la UE-27 y de 6,0 años en España. Para el mismo año, la brecha de género a los 65 años era de 3,5 años en la UE-27 y de 4,1 años en España.

El INE elabora anualmente Proyecciones de Población a Corto Plazo (10 años) que se complementan con las Proyecciones de Población a Largo Plazo (40 años) que se actualizan cada tres años. Estas proyecciones muestran el efecto que sobre la población futura tendría trasladar la estructura poblacional actual bajo los comportamientos

demográficos observados en la actualidad. De mantenerse los ritmos actuales de reducción de la incidencia de la mortalidad por edad en la población de España, la esperanza de vida al nacimiento alcanzaría 81,2 años en los varones y 86,5 años en la mujeres en el año 2021. Para el año 2051 estos valores serían 86,8 años para los varones y de 90,8 años para las mujeres.

Por tanto, de mantenerse las tendencias demográficas actuales, la esperanza de vida de los varones aumentaría dos años en el periodo 2011-2021 (10 años) y casi ocho años en el periodo 2011-2051 (40 años). En el caso de las mujeres, los incrementos en esperanza de vida serían ligeramente inferiores, 1,5 años en el periodo 2011-2021 y 6 años en el periodo 2011-2051, dando origen a una disminución en la brecha de género (diferencia entre las esperanzas de vida de mujeres y de hombres) según las proyecciones de población a largo plazo.

En la proyección de la esperanza de vida a los 65 años, en el año 2051 la esperanza de vida de los varones alcanzaría un valor de 24,0 años y en las mujeres un valor de 27,3 años, casi seis y cinco años más que en la actualidad.

Aunque estas proyecciones del INE reflejan un aumento constante en la esperanza de vida hay un dato que contraponer. Según la Memoria Socioeconómica y Laboral 2012 del Consejo Económico y Social (CES) el progresivo incremento que históricamente ha experimentado la esperanza de vida al nacer de los españoles se convirtió en un pequeño retroceso en el año 2012, cuando, "por primera vez en la historia", la edad límite estimada fue inferior a la calculada en el año precedente.

La tendencia general al aumento de la esperanza de vida se va a acentuar en los próximos años, las recientes proyecciones a 2051 del Instituto Nacional de estadística (INE) así lo indican.

“La simulación realizada muestra también el continuo proceso de envejecimiento al que se enfrenta nuestra estructura demográfica, que se ve acelerado por el descenso de la natalidad y los saldos migratorios negativos. Los mayores crecimientos de población se concentrarían en las edades avanzadas. Concretamente, en 2052 el grupo de edad de mayores de 64 años se incrementaría en 7,2 millones de personas (un 89%) y pasaría a constituir el 37% de la población total de España.

Por el contrario, España perdería 9,9 millones de personas de edades comprendidas entre 16 a 64 años (un 32%) y casi dos millones en el grupo de población de 0 a 15 años (un 26%).

...

Con todo ello, si las tendencias y comportamientos demográficos actuales se mantuvieran en un futuro, en 2022 la tasa de dependencia se elevaría hasta el 58%. Es decir, por cada 10 personas en edad de trabajar, en 2022 habría en España casi seis potencialmente inactivas (menor de 16 años o mayor de 64). En 40 años, dicha tasa de dependencia se elevaría casi al 100%, lo que quiere decir que por cada persona en edad de trabajar prácticamente habría otra que no estaría en edad de hacerlo.

...

El envejecimiento de la población española va a continuar en los próximos años, en los que la población mayor seguirá incrementándose de manera notable, a la vez que disminuirá la proporción de jóvenes. Por cada diez personas en edad de trabajar se puede llegar a nueve potencialmente inactivas.”

Las tablas 4 a 6 y las Gráficas 1 a 4 reflejan lo dicho hasta aquí, la demografía del envejecimiento en España.

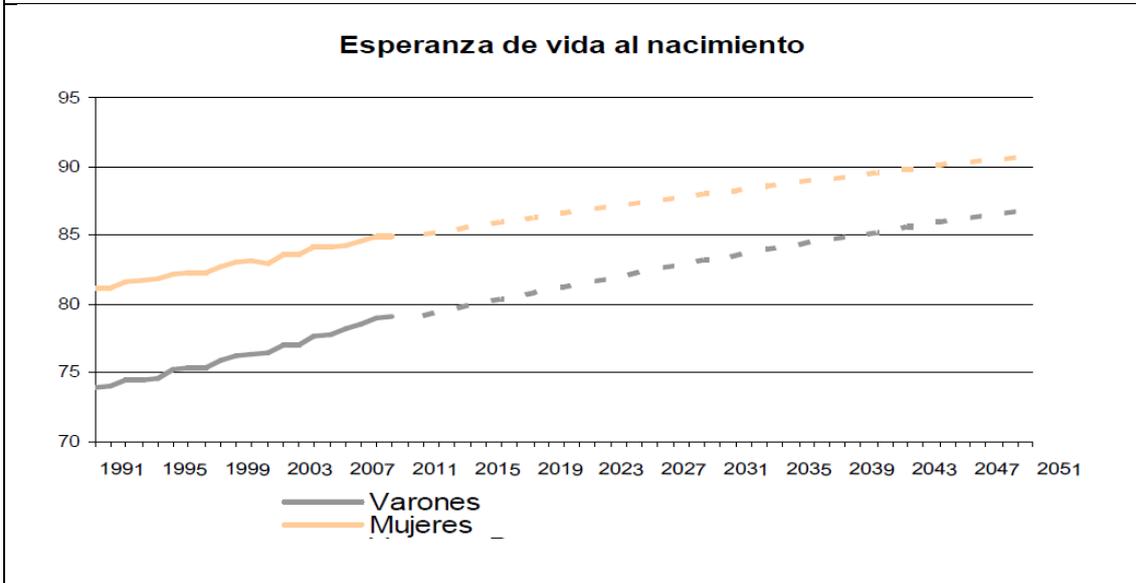
Tabla 4: Demografía del envejecimiento, Indicadores de mortalidad, esperanza de vida al nacimiento y a los 65 años

Fuente: tomada de: 2001-2011, Indicadores Demográficos Básicos (datos avanzados para 2011: 2012-2051 Proyección de población a largo plazo. INE, 2013

Años	Esperanza de Vida al Nacimiento		Esperanza de Vida a los 65 años	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
2001	76,30	83,07	16,85	20,85
2011	79,08	84,92	18,42	22,36
2021	81,21	86,54	19,83	23,65
2031	83,30	88,10	21,30	24,98
2041	85,18	89,50	22,71	26,18
2051	86,88	90,75	24,03	27,28

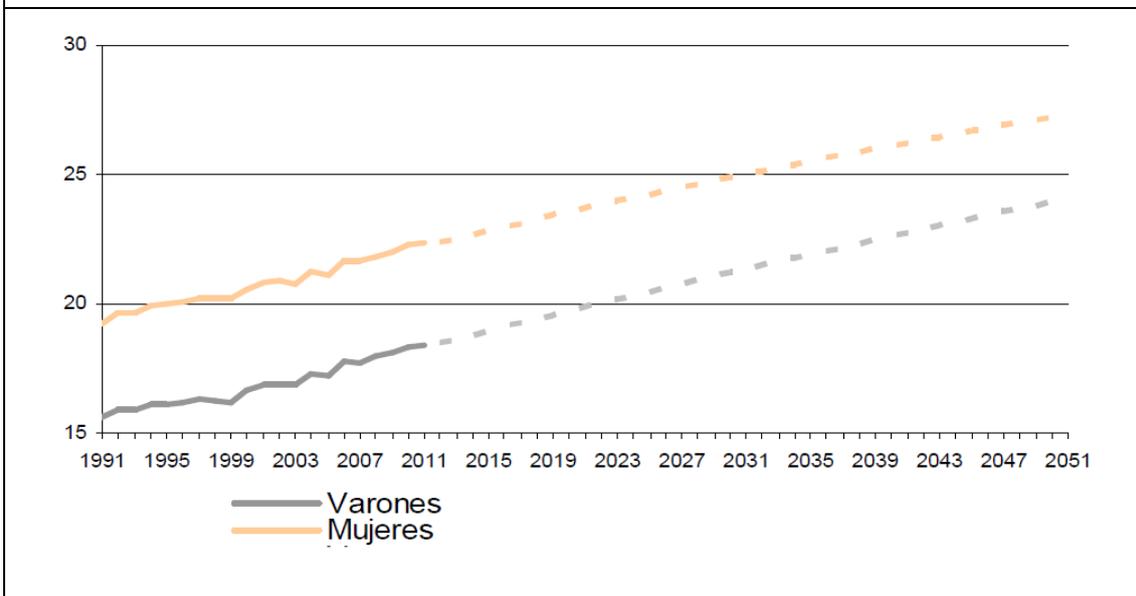
Gráfica 2. Demografía del envejecimiento, esperanza de vida al nacimiento

Fuente: tomado de : 2001-2011, Indicadores Demográficos Básicos (datos avanzados para 2011: 2012-2051 Proyección de población a largo plazo. INE, 2013

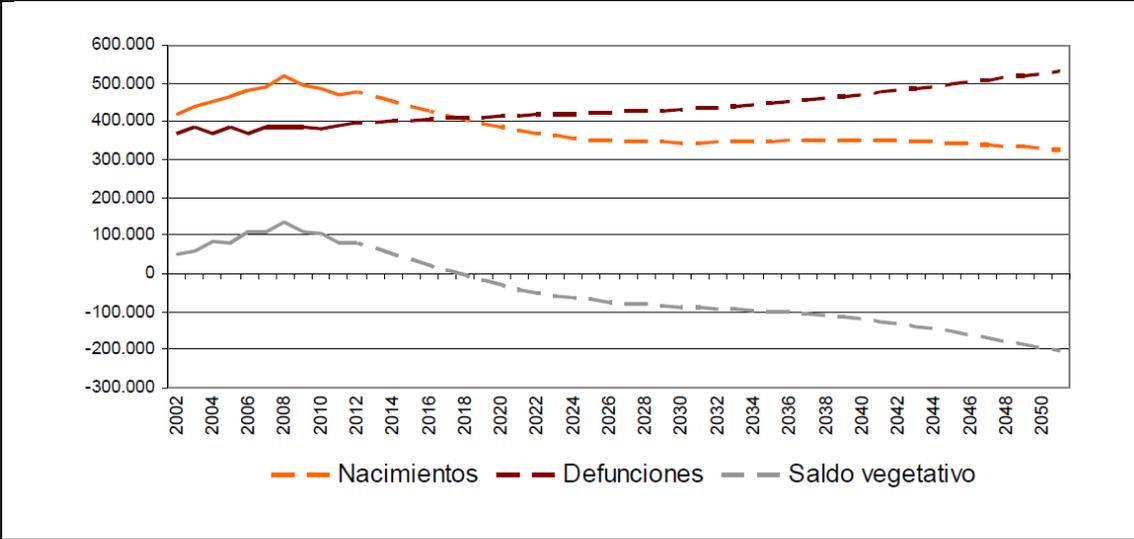


Gráfica 3. Demografía del envejecimiento, esperanza de vida a los 65 años

Fuente: tomado de : 2001-2011, Indicadores Demográficos Básicos (datos avanzados para 2011: 2012-2051 Proyección de población a largo plazo. INE, 2013



Gráfica 4. Demografía del envejecimiento, crecimiento natural de la población española
Fuente: tomado de: 2001-2011, Indicadores Demográficos Básicos (datos avanzados para 2011: 2012-2051 Proyección de población a largo plazo. INE, 2013



Gráfica 5. Demografía del envejecimiento, Pirámides de población de España
Fuente: tomado de: 2001-2011, Indicadores Demográficos Básicos (datos avanzados para 2011: 2012-2051 Proyección de población a largo plazo. INE, 2013

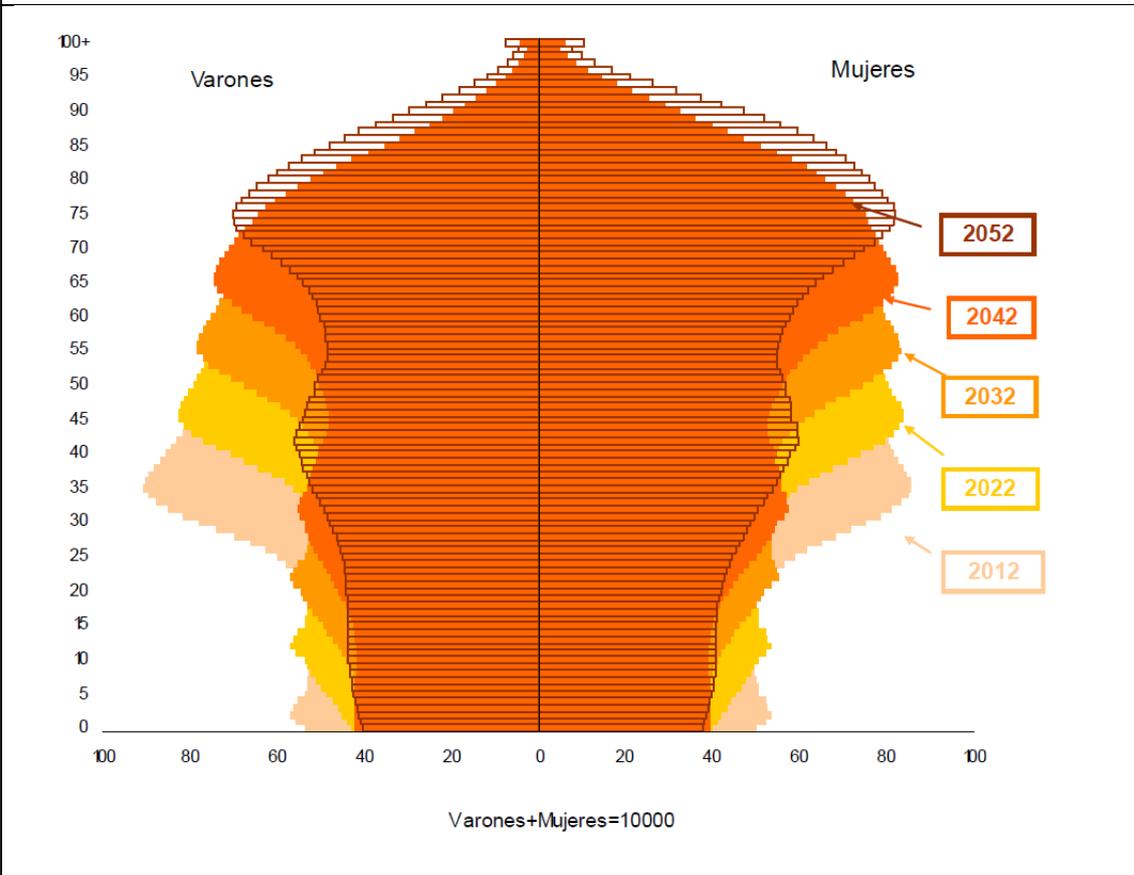


Tabla 5: Demografía del envejecimiento, Población residente en España por grupos quinquenales a 1 de enero de 2012 y de 2052

Fuente: tomada de: 2001-2011, Indicadores Demográficos Básicos (datos avanzados para 2011: 2012-2051 Proyección de población a largo plazo. INE, 2013

Grupos de edad	2012	2052	Crecimiento absoluto	Crecimiento relativo (%)
TOTAL	46.196.278	41.558.096	-4.638.181	-10,0
0 a 4 años	2.482.803	1.669.721	-813.082	-32,7
5 a 9 años	2.361.167	1.740.098	-621.069	-26,3
10 a 14 años	2.182.609	1.764.113	-418.496	-19,2
15 a 19 años	2.178.777	1.770.098	-408.678	-18,8
20 a 24 años	2.465.000	1.814.734	-650.267	-26,4
25 a 29 años	3.039.412	1.918.283	-1.121.129	-36,9
30 a 34 años	3.814.880	2.081.167	-1.733.713	-45,4
35 a 39 años	4.006.503	2.262.711	-1.743.793	-43,5
40 a 44 años	3.765.949	2.375.789	-1.390.160	-36,9
45 a 49 años	3.537.083	2.300.117	-1.236.966	-35,0
50 a 54 años	3.172.846	2.189.366	-983.480	-31,0
55 a 59 años	2.702.275	2.167.979	-534.297	-19,8
60 a 64 años	2.457.298	2.300.071	-157.227	-6,4
65 a 69 años	2.182.424	2.596.284	413.860	19,0
70 a 74 años	1.737.846	3.031.001	1.293.154	74,4
75 a 79 años	1.700.049	3.066.833	1.366.784	80,4
80 a 84 años	1.300.518	2.685.942	1.385.425	106,5
85 a 89 años	749.481	2.079.501	1.330.020	177,5
90 a 94 años	283.377	1.224.782	941.405	332,2
95 a 99 años	67.836	444.013	376.177	554,5
100 y más años	8.143	75.494	67.351	827,1

Tabla 6: Demografía del envejecimiento, Tasas de dependencia

Fuente: tomada de: 2001-2011, Indicadores Demográficos Básicos (datos avanzados para 2011: 2012-2051 Proyección de población a largo plazo. INE, 2013

Años	Mayores de 64 años	Menores de 16 años	Total (menores de 16 y mayores de 64 años)
2012	26,14	24,25	50,39
2022	33,30	24,87	58,17
2032	45,23	22,56	67,79
2042	62,19	24,37	86,56
2052	73,00	26,54	99,54

Fuente: Proyección de Población a Largo Plazo.

Nota:

- La tasa de dependencia de los mayores de 64 años se define como el cociente entre la población mayor de 64 años y la población mayor de 15 y menor de 65 años, expresado en tanto por cien.
- La tasa de dependencia de los menores de 16 años se define como el cociente entre la población menor de 16 años y la población mayor de 15 y menor de 65 años, expresado en tanto por cien.
- La tasa de dependencia de menores de 16 y mayores de 64 años se define como el cociente entre la población menor de 16 o mayor de 64 y la población mayor de 15 y menor de 65 años, expresado en tanto por cien.

Un análisis de las tendencias en envejecimiento diferenciando entre mayores de 65 años y mayores de 80 años a partir de los datos de Proyección de Población a corto plazo 2012-22 revela que la población canaria se comporta de forma similar a lo descrito

para la población española. Sin embargo hay dos observaciones interesantes para el objetivo de esta tesis:

- por una parte el porcentaje de mayores de 65 años con respecto a la población general siempre es inferior en Canarias respecto a España, comienza con una diferencia de 3,68 puntos hasta acabar en 2022 en 2,92 puntos;
- por otra parte el grupo de mayores de 80 años crece en números absolutos y en porcentaje en toda la serie temporal disponible, este crecimiento es igual para las proyecciones de población española y canaria

Este último dato sobre la proyección del crecimiento en número absoluto y porcentaje de los mayores de 80 años es especialmente importante para el tema que nos ocupa por cuanto esta edad en sí misma se considera un criterio de fragilidad, y por tanto de inclusión en la población diana de las enfermeras de enlace.

Tabla 7: Envejecimiento en España y en Canarias, 2012-2022											
Fuente: elaboración propia											
España	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ambos sexos	46.196.278	46.096.871	45.995.460	45.891.111	45.783.180	45.671.239	45.555.252	45.435.456	45.312.312	45.186.456	45.058.581
incremento anual		-99407	-101411	-104349	-107931	-111941	-115987	-119796	-123144	-125856	-127875
Ambos sexos +65 años	8029677	8169972	8304512	8439641	8578233	8712569	8847357	8990960	9144284	9308853	9486722
% +65 años	17,38	17,72	18,06	18,39	18,74	19,08	19,42	19,79	20,18	20,60	21,05
+65 años incremento anual		140295	134540	135129	138592	134336	134788	143603	153324	164569	177869
Ambos sexos 65-79 años	5.620.320	5.678.033	5.734.911	5.794.486	5.868.118	5.953.784	6.059.579	6.172.045	6.305.715	6.450.649	6.593.729
% 65-79 años	12,17	12,32	12,47	12,63	12,82	13,04	13,30	13,58	13,92	14,28	14,63
65-79 años incremento anual		57.713	56.878	59.575	73.632	85.666	105.795	112.466	133.670	144.934	143.080
Ambos sexos +80 años	2.409.357	2.491.939	2.569.601	2.645.155	2.710.115	2.758.785	2.787.778	2.818.915	2.838.569	2.858.204	2.892.993
% +80 años	5,22	5,41	5,59	5,76	5,92	6,04	6,12	6,20	6,26	6,33	6,42
+80años incremento anual		82.582	77.662	75.554	64.960	48.670	28.993	31.137	19.654	19.635	34.789

Evaluación del modelo de gestión de casos en atención primaria mediante enfermeras comunitarias de enlace

Varones	22.705.444	22.614.306	22.524.229	22.434.692	22.345.317	22.255.790	22.166.011	22.076.010	21.985.910	21.895.910	21.806.204
incremento anual		-91.138	-90.077	-89.537	-89.375	-89.527	-89.779	-90.001	-90.100	-90.000	-89.706
Varones +65 años	3425854	3491062	3553674	3616781	3681853	3745070	3808729	3876589	3949142	4026931	4110999
% +65 años	15,09	15,44	15,78	16,12	16,48	16,83	17,18	17,56	17,96	18,39	18,85
incremento anual		65208	62612	63107	65072	63217	63659	67860	72553	77789	84068
Varones 65-79 años	2550973	2582035	2612412	2644686	2683292	2726571	2778233	2832574	2895476	2963002	3029734
% +65-79 años	11,24	11,42	11,60	11,79	12,01	12,25	12,53	12,83	13,17	13,53	13,89
incremento anual		31062	30377	32274	38606	43279	51662	54341	62902	67526	66732
Varones +80 años	874881	909027	941262	972095	998561	1018499	1030496	1044015	1053666	1063929	1081265
% +80 años	3,85	4,02	4,18	4,33	4,47	4,58	4,65	4,73	4,79	4,86	4,96
incremento anual		34146	32235	30833	26466	19938	11997	13519	9651	10263	17336
Mujeres	23.490.833	23.482.565	23.471.231	23.456.419	23.437.863	23.415.450	23.389.241	23.359.446	23.326.403	23.290.546	23.252.377
incremento anual		-8.268	-11.334	-14.812	-18.556	-22.413	-26.209	-29.795	-33.043	-35.857	-38.169
Mujeres +65 años	4603819	4678909	4750838	4822860	4896381	4967497	5038629	5114371	5195142	5281923	5375722
% +65 años	19,60	19,93	20,24	20,56	20,89	21,21	21,54	21,89	22,27	22,68	23,12

Evaluación del modelo de gestión de casos en atención primaria mediante enfermeras comunitarias de enlace

incremento anual		75090	71929	72022	73521	71116	71132	75742	80771	86781	93799
Mujeres 65-79 años	3069347	3095997	3122501	3149800	3184829	3227211	3281347	3339468	3410238	3487647	3563997
% 65-79 años	13,07	13,18	13,30	13,43	13,59	13,78	14,03	14,30	14,62	14,97	15,33
incremento anual		26650	26504	27299	35029	42382	54136	58121	70770	77409	76350
Mujeres +80 años	1534472	1582912	1628337	1673060	1711552	1740286	1757282	1774903	1784904	1794276	1811725
% +80 años	6,53	6,74	6,94	7,13	7,30	7,43	7,51	7,60	7,65	7,70	7,79
incremento anual		48440	45425	44723	38492	28734	16996	17621	10001	9372	17449
CANARIAS											
Ambos sexos	2114214	2119432	2124069	2128127	2131618	2134547	2136935	2138807	2140194	2141132	2141647
incremento anual		5218	4637	4058	3491	2929	2388	1872	1387	938	515
Ambos sexos +65 años	289665	298483	307229	316146	325453	335011	344826	355076	365688	376786	388354
% +65 años	13,70	14,08	14,46	14,86	15,27	15,69	16,14	16,60	17,09	17,60	18,13
+65 años incremento anual		8818	8746	8917	9307	9558	9815	10250	10612	11098	11568
Ambos sexos 65-79 años	220085,00	224937,00	229595,00	234359,00	239820,00	245940,00	252879,00	260245,00	268244,00	276442,00	284726,00

Evaluación del modelo de gestión de casos en atención primaria mediante enfermeras comunitarias de enlace

% 65-79 años	10,41	10,61	10,81	11,01	11,25	11,52	11,83	12,17	12,53	12,91	13,29
65-79 inc		4852	4658	4764	5461	6120	6939	7366	7999	8198	8284
Ambos sexos +80 años	69580,00	73546,00	77634,00	81787,00	85633,00	89071,00	91947,00	94831,00	97444,00	100344,00	103628,00
% +80 años	3,29	3,47	3,65	3,84	4,02	4,17	4,30	4,43	4,55	4,69	4,84
80 incr		3966	4088	4153	3846	3438	2876	2884	2613	2900	3284
Varones	1052707	1053881	1054764	1055362	1055684	1055734	1055528	1055081	1054410	1053536	1052470
incremento anual		1174	883	598	322	50	-206	-447	-671	-874	-1066
Varones +65 años	128053	132136	136204	140383	144761	149228	153786	158542	163483	168693	174116
% +65 años	12,16	12,54	12,91	13,30	13,71	14,13	14,57	15,03	15,50	16,01	16,54
incremento anual		4083,00	4068,00	4179,00	4378,00	4467,00	4558,00	4756,00	4941,00	5210,00	5423,00
Varones 65-79 años	101734	104159	106539	109011	111791	114822	118173	121702	125485	129401	133361
% +65-79 años	9,66	9,88	10,10	10,33	10,59	10,88	11,20	11,53	11,90	12,28	12,67
incremento anual		2425	2380	2472	2780	3031	3351	3529	3783	3916	3960
Varones +80 años	26319	27977	29665	31372	32970	34406	35613	36840	37998	39292	40755
% +80 años	2,50	2,65	2,81	2,97	3,12	3,26	3,37	3,49	3,60	3,73	3,87

Evaluación del modelo de gestión de casos en atención primaria mediante enfermeras comunitarias de enlace

incremento anual		1658	1688	1707	1598	1436	1207	1227	1158	1294	1463
Mujeres	1061507	1065551	1069305	1072766	1075935	1078813	1081407	1083726	1085784	1087596	1089177
incremento anual		4044	3754	3461	3169	2878	2594	2319	2058	1812	1581
Mujeres +65 años	161609	166347	171024	175761	180688	185783	191038	196533	202202	208098	214237
% +65 años	15,22	15,61	15,99	16,38	16,79	17,22	17,67	18,13	18,62	19,13	19,67
incremento anual		4738,00	4677,00	4737,00	4927,00	5095,00	5255,00	5495,00	5669,00	5896,00	6139,00
Mujeres 65-79 años	118350	120779	123056	125349	128026	131117	134705	138544	142756	147043	151366
% 65-79 años	11,15	11,33	11,51	11,68	11,90	12,15	12,46	12,78	13,15	13,52	13,90
incremento anual		2429	2277	2293	2677	3091	3588	3839	4212	4287	4323
Mujeres +80 años	43259	45568	47968	50412	52662	54666	56333	57989	59446	61055	62871
% +80 años	4,08	4,28	4,49	4,70	4,89	5,07	5,21	5,35	5,47	5,61	5,77
incremento anual		2309	2400	2444	2250	2004	1667	1656	1457	1609	1816

En resumen, asistimos a una transición demográfica en nuestro país, definido como ruptura de la continuidad del movimiento de la población que pasa de niveles altos de mortalidad y fecundidad a niveles bajos de estas variables. Nos encontramos en la fase tardía de esta transición, en la que mortalidad es mayor a natalidad, el crecimiento natural es negativo y el crecimiento total es cercano o inferior a cero. Las proyecciones indican una reducción progresiva del crecimiento poblacional, donde la población mayor de 64 años se duplica en 40 años llegando alrededor del 32% de la población. Estas mismas tendencias se observan en Canarias, aunque con menor envejecimiento poblacional que el resto de España.

Los que necesitan cuidados: dependencia

Como se ha mencionado antes, existe una estrecha relación entre edad, pluripatología y dependencia. El porcentaje de personas con limitaciones en su autonomía entendida como capacidad funcional aumenta conforme consideramos grupos de población de mayor edad. Ese aumento de las tasas de prevalencia por grupos de edad no se produce a un ritmo constante, alrededor de los 80 años dicho aumento se acelera notablemente. No es extraño, por ello, que la dependencia se vea como un problema estrechamente vinculado al envejecimiento demográfico, y que, algunas veces, se tienda a considerar la dependencia como un fenómeno que afecta sólo a los mayores.

En el Libro Blanco de la Dependencia elaborado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales¹⁸, el Consejo de Europa define la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o, más concretamente, como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”.

Podemos diferenciar diferentes tipos de dependencia:

- Dependencia física: pérdida del control de las funciones corporales y de su interacción con los elementos físicos del ambiente.
- Dependencia mental o cognitiva. Cuando el individuo pierde su capacidad para resolver sus problemas y tomar decisiones propias.

- Dependencia social: asociada a la pérdida de personas y relaciones significativas para el individuo.
- Dependencia económica: tiene lugar cuando una persona pasa de ser un miembro “activo” económica y laboralmente, a formar parte de la población “inactiva”, “pasiva” o “dependiente”.

Como punto de partida general y en coincidencia con los puntos anteriores el grupo más susceptible de esta atención es el de personas mayores con pluripatología y deterioro funcional, con dificultad para valerse por ellas mismas, o bien con procesos terminales que necesitan cuidados paliativos o al final de la vida en el hogar. Sin olvidar que los receptores de servicios ligados a problemas de dependencia son diversos.

Se estima una prevalencia para este grupo del 11% en la población mayor de 65 años. Cualquier servicio para este grupo se basa en la mayor necesidad de cuidados de ésta población, y en la sobrecarga que conlleva para la familia, en especial para las cuidadoras familiares. Por ello en estos casos los esfuerzos van ir dirigidos tanto a la asistencia hacia el encamado / confinado, como a la educación y soporte de las cuidadoras familiares que los cuidan en el núcleo familiar.

En España^{29, 30} el 24% de las mujeres mayores de 65 años viven solas, frente al 44% de la media europea, y el 8% de los varones de 65 años frente al 16% europeo. El perfil de las personas que reciben cuidados es claramente femenino, el 69% son mujeres. Esto se relaciona con dos factores principales: las mujeres viven más tiempo que los hombres, y además se casan con compañeros que la superan en edad.

A medida que aumenta la edad lo hace la necesidad de recibir cuidados. Los mayores de 75 años, constituyen el 71% de los mayores que reciben cuidados. Los mayores de 90 años constituyen el 10% de los que reciben cuidados, su índice es cinco veces más alto que el promedio de las personas mayores²⁹.

En Canarias²⁹ se estima que de los mayores de 65 años un 29% necesita ayuda para realizar las AVD-B, y un 58% para las AVD-I. A partir de los 81 años pasan a ser un 71% los porcentajes de incapacidad para las AVD-B y un 90% para algunas de las AVD-I. La actividad básica que genera mayor dificultad es la de bañarse/ ducharse y un 8,6% de las personas mayores necesitan ayuda para comer. Un 9,8% de las personas mayores padece algún tipo de incapacidad cognitiva.

Las razones para dar apoyo a las personas de edad avanzada en la propia familia son de tipo ético, se vive como un deber moral. “no tengo otra alternativa que cuidar a esta persona” y también “que hay muchas personas en mi entorno que consideran que yo estoy obligada a hacer este sacrificio”

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia³¹ vino a reconocer la situación de la dependencia y a legislar sobre ella, reconociendo como derecho la atención a personas mayores dependientes y a sus familias. Una parte fundamental de la puesta en práctica de esta ley gira en torno a los servicios de atención domiciliaria.

El artículo 2.1 de esta ley define autonomía como “la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”. A efectos de la ley, dependencia es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal (artículo 2.2).

El artículo 2.3 de la Ley señala las actividades básicas de la vida diaria como aquellas que permiten a la persona desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

La evaluación a 1 de enero de 2012 de la aplicación de la ley de la dependencia³² reveló que su aplicación ha desbordó las previsiones iniciales de dependientes, y el presupuesto necesario para responder a las necesidades. Las medidas de austeridad tomadas a partir de 2012 para enfrentarse a la crisis económica paralizaron de facto la aplicación de la ley. Este hecho tiene repercusiones importantes para este grupo de población³³.

Las cuidadoras: la estructura familiar del cuidado

Qué es una cuidadora familiar

“La mayoría de los cuidados a personas dependientes se realizan en el interior de los hogares son de carácter no remunerado, y sólo una pequeña parte son provistos por las instituciones sanitarias formales (IMSERSO, 2005b; Jacobzone & Jenson, 2000; Olson, 2003). El cuidado informal constituye así la parte invisible del iceberg del bienestar, en el que la parte visible corresponde a los servicios formales de cuidado (Durán, 2002; Folbre & Bittman, 2004).”³⁴

De acuerdo con lo visto en el punto anterior, dependiente es quien necesita ayuda de otros para desarrollar algunas actividades consideradas básicas. El cuidado prestado por familiares o amigos a individuos que no pueden realizar alguna actividad de autocuidado es una práctica social extendida, que manifiesta la importancia del componente social de la salud. En España, este tipo de cuidado es el mecanismo predominante para hacer frente al problema de la dependencia, superando ampliamente la acción del Estado³⁵.

Durán en la atención a las personas enfermas distingue entre el sistema doméstico y el extradoméstico. El sistema doméstico o familiar proporciona cuidados y prediagnósticos o diagnósticos no profesionales. Esto pone en marcha el contacto con el sistema extradoméstico o formal de provisión de cuidados³⁴.

Twigg³⁶ describe tres modelos de acuerdo a la relación que establecen los profesionales con las cuidadoras. El primero es el modelo de cuidadora como recurso donde el interés del profesional está en la persona dependiente, y la cuidadora es vista como un medio para un fin. El segundo modelo es de la cuidadora como co-trabajador, donde el profesional trabaja en paralelo con la cuidadora informal tratando de desempeñar un papel de cooperador y facilitador. El profesional al mantener el bienestar y moral de la cuidadora logra uno mayor en la persona dependiente, por tanto el papel de la cuidadora es también instrumental, como una manera de maximizar la calidad de cuidados que presta a la persona dependiente. El tercer y último modelo es el de cuidadora como cliente secundario de los servicios sociales y sanitarios, la cuidadora mismo es un foco de atención –junto con la persona dependiente– para los profesionales. Se tienen en cuenta el bienestar de la cuidadora por sí mismo, se reconoce que pueden existir conflictos de intereses, de tal manera que lo mejor para el bienestar de la persona dependiente no siempre coincide con lo mejor para el bienestar de la cuidadora.

En general los sistemas y servicios de salud se organizan alrededor de la persona dependiente y se sitúa a la cuidadora en la periferia, se ve como un recurso y en general las intervenciones van dirigidas a mantenerlos en su rol. Es aconsejable una alianza entre el profesional y la cuidadora. Las relaciones que se establezcan con las cuidadoras han de ser las de profesional con un usuario o clientes es decir relaciones igualitarias. En términos generales el apoyo ha de ser sostenido, oportuno e individualizado. El modelo de relación ha de ser por tanto el de la cuidadora como cliente, en esencia se trata de “cuidar a los que cuidan” las cuidadoras no son pacientes, ni subordinados, son clientes de nuestros servicios.

Los cuidadores son personas que forman parte de la red social de la persona con dificultades: familiares, amigos o vecinos. Los cuidados informales comportan siempre una relación afectiva entre el proveedor y la persona dependiente o, al menos, se basan en el conocimiento previo de la otra persona³⁷.

“El cuidado informal es también un conjunto de actividades y/o servicios (Harlton, Fast & Keating, 1998). Para Walker et al.(1995) los cuidados son actividades que van más allá de la ayuda normal provista a miembros de la familia sanos y sin dificultades especiales. Este autor alude al “criterio de la dependencia” como el rasgo que diferencia la ayuda del cuidado: es posible hablar de cuidado informal cuando el estatus funcional de la persona cuidada le impide realizar autónomamente las actividades de la vida diaria. El cuidado informal suele distinguir tres categorías de ayuda (Pentland & McColl, 1999b; Rodríguez Rodríguez, 2006): apoyo material o instrumental, apoyo informativo o estratégico y apoyo emocional.”³⁷

El apoyo material o instrumental consiste en la ayuda en la realización de aquellas actividades que la persona no puede desarrollar por sí misma. Estas actividades son las denominadas Actividades de la Vida Diaria, y se diferencian en Básicas (ABVD), Instrumentales (AIVD) y Avanzadas (AAVD). Existe un acuerdo general en que el cuidado informal a las personas mayores incluye el cuidado personal, las actividades domésticas, el mantenimiento y las reparaciones básicas del hogar, la gestión del dinero, la movilidad y el transporte, y la compra de bienes y servicios. Por el contrario no hay consenso con respecto a qué AIVD y AAVD. En cualquier caso, es fundamental diferenciar entre las actividades de cuidados físicos, que se corresponden con ayudas en las ABVD, y las actividades domésticas realizadas para la persona que necesita apoyo, y que se traducen en AIVD.³⁷

El apoyo informativo o estratégico consiste en la ayuda en la resolución de problemas concretos y en la conexión del receptor del cuidado con recursos externos de

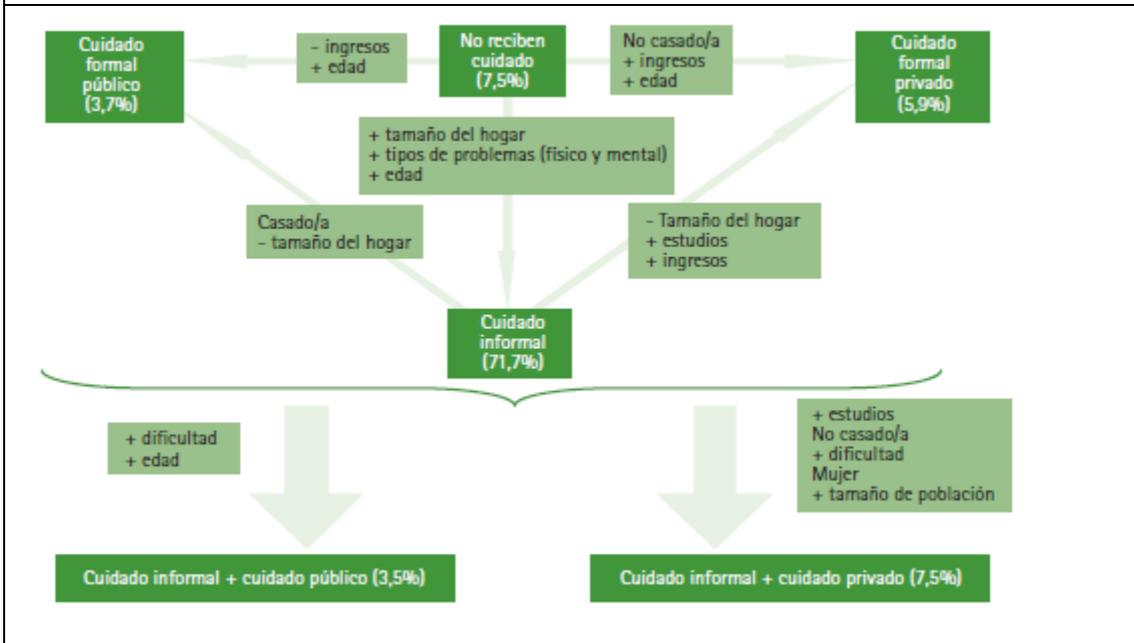
todo tipo. La familia, como principal red de apoyo de las personas en situación de dependencia, es clave por dos razones: la adquisición de hábitos de salud, y el acercamiento al dependiente de los avances y las mejoras sanitarias procedentes del ámbito público y privado (ayudas técnicas, medicamentos y servicios). Un ejemplo es el trasvase de información entre los recursos formales de salud y las personas dependientes. En muchos casos, los cuidadores actúan como intermediarios y asumen responsabilidades sobre la salud de los receptores. Incluso cuando el receptor de cuidados ingresa en una institución, el cuidador principal continúa actuando como interlocutor con el sistema formal de cuidados³⁸.

“En el marco de este trabajo, se asume la utilidad y validez del concepto de cuidado informal, y se propone la siguiente definición: el cuidado informal está formado por aquellas actividades de ayuda que van dirigidas a personas con algún grado de dependencia, que son provistas por personas de su red social y en las que no existe entidad intermediaria o relación contractual.”³⁷

Esta definición tiene su base en las actividades que se realizan y en la persona hacia quien van dirigidas. No se considera condición imprescindible que el cuidado tenga una motivación altruista, debido a la dificultad para conocer el tipo de motivación última que lo mueve. Se presupone, no obstante, que este componente está presente en la mayoría de los casos y que el cuidado genera vínculos afectivos, positivos y negativos. Sin embargo, el componente afectivo no se considera un rasgo particular de la relación de cuidado, ya que se supone inherente a cualquier relación humana directa. Tampoco se considera condición indispensable que no exista remuneración. La definición propuesta pone el acento en que no haya relación contractual, ya sea verbal o de otro tipo. Ello no significa que no pueda existir una recompensa o premio por la labor de cuidado, que puede ser monetaria o en especie. De nuevo, las fronteras de la definición del cuidado informal son imprecisas. Desde nuestro punto de vista, el cuidado no es informal cuando la contraprestación monetaria es permanente y fruto de una relación laboral previamente acordada, pero el cuidado informal sí puede ser remunerado o compensado de manera ocasional.

Figura 4: Variable asociadas al tipo de cuidado recibido por las personas mayores en España.

Fuente: tomado de, Rogero 2010. ³⁷



Qué perfil

Casi el 10% de los adultos cuidan a diario a personas enfermas o discapacitadas³⁸. Las mujeres se ocupan diariamente de discapacitados en una proporción doble a los hombres (12% frente a 6,5%). La edad máxima de dedicación es la comprendida entre 50 y 64 años (15,4% cuidan a diario), ya que se hacen cargo de enfermos y discapacitados de su propia generación y de la generación antecedente. En el grupo de edad más avanzada, la dedicación es asimismo bastante elevada (12,2%), aunque disminuya la proporción de familiares de la misma generación (esposo/a principalmente) que necesitan cuidados cotidianos. Entre las amas de casa, cuidan enfermos o discapacitados diariamente un 14 %, y entre los jubilados un 11,3%.

Tabla 8: Mayores que reciben cuidado informal, según proveedor del cuidado**Fuente:** tomado de, Rogero 2010. ³⁷

	%
Esposa/o o pareja	27,8
Hija	27,5
Hijo	5,2
Nuera	5,2
Otro familiar	11,5
Esposa/o e hija	7,0
Esposa/o pareja e hijo	2,1
Esposa/o pareja y otro familiar	1,0
Dos o más hijas	2,0
Hija e hijo	2,8
Hija y otro familiar	5,5
Vecinos o amigos	2,4
Total	100,0

Los niveles de estatus socioeconómicos más altos son los que diariamente asumen menos cuidados de enfermos y discapacitados. Los familiares de los enfermos y discapacitados pertenecen proporcionalmente en mayor medida a los niveles socioeconómicos más bajos. Por razones económicas, la mayoría de las personas mayores no pueden contratar empleados a jornada completa para que los cuiden, y tampoco a jornada parcial. No es la única razón pero sí la principal. Además del cónyuge, que con frecuencia no puede asumirla por sus propias dificultades físicas, quienes reciben la delegación son los hijos u otros familiares convivientes. Su participación es muy baja en el grupo de 65 a 69 años, cuando la salud todavía es buena, pero se convierten en los principales proveedores de estos servicios para los mayores de de 85 años.

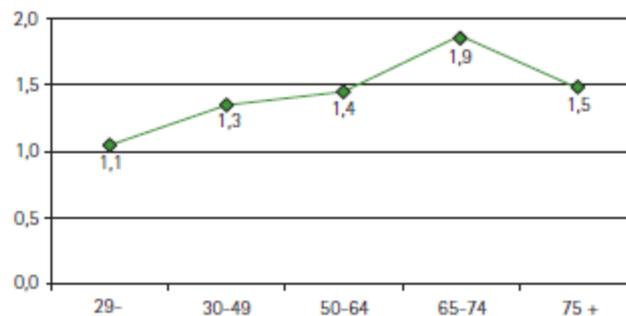
Los familiares no convivientes no desempeñan un papel de proveedores de servicios tan intenso y sustitutorio como los convivientes, pero su importancia no puede desconocerse, especialmente en las actividades no sometidas a horario ni presencia. Las actividades en las que su aportación es más visible son las pequeñas reparaciones y las gestiones.

Las actividades cotidianas para uno mismo se transfieren principalmente al cónyuge, y en segundo lugar hacia las hijas. La Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores, muestra que la derivación de actividades se produce hacia las mujeres de la misma familia. Derivan más los hombre que las mujeres y mucho más hacia las hijas que hacia los hijos. En la mayoría de las actividades cotidianas, es más probable que las haga una empleada de hogar que un hijo varón³⁸.

El cuidado es una forma de trabajo no remunerado, y los cuidadores no solo aportan tiempo y recursos monetarios sino, frecuentemente el desgaste de su propia salud cuando se trata de cuidados de larga duración. En la presentación del estudio Ayudas a la dependencia en España. Situación actual de la fundación Caser para la dependencia, realizada en noviembre de 2009³⁹, se estimó que solamente el 10% de las familias que cuidan a un dependiente reciben algún tipo de ayuda de las Administraciones Públicas . En el 80% de los casos el cuidador es un familiar, y el 52% tiene parentesco filial. El 80% de los cuidadores son mujeres, con una edad media de 52 años. Otras fuentes estiman que el porcentaje de mujeres entre los cuidadores no profesionales es del 88,5%. Gráfica 6.

Gráfica 6: Tiempo dedicado a cuidado informal (hora y décimas de hora) según la edad del cuidador

Fuente: tomado de, Rogero 2010. ³⁷



Qué motivos

“A pesar de que el cuidado se sentimentaliza a menudo en los medios de comunicación, y lo utilizan los políticos y anunciantes, de hecho las actividades de cuidados no se reconocen ni recompensan, ni se refuerzan mediante programas educativos formales.

En España, aunque no tan agudamente como en Estados Unidos, también predomina el modelo individualista y competitivamente del éxito personal, que es antitético a la ética del cuidador la colaboración con los débiles o lo que padecen situaciones carenciales.³³⁴

Ya la encuesta del CIS de 1994 sobre cuidados a mayores, aunque las motivaciones económicas tengan un peso importante en tanto que problemas o cargas añadidas, el cuidados a los enfermos de larga duración descansa en otro tipo de motivación, básicamente éticas, afectivas y de presión social. En esta encuesta la razón más común para proporcionar apoyo a las personas de edad avanzada de la propia familia es de tipo ético. Los prestadores de cuidados consideran esto como un deber moral (90%). En cualquier caso, esta base moral o ética no es causa suficiente para que se dejen de tener en cuenta otros factores, como la incapacidad económica para conseguir soluciones de otro tipo o la inexistencia de canales institucionales para llevarla a cabo.^{37- 39} El internamiento de dependientes en instituciones es una opción con creciente demanda pero todavía no es mayoritaria, ni siquiera entre los cuidadores que opinan que es una carga excesiva para ellos (Gráfica 7).

Gráfica 7: Razón para cuidar según sexo del cuidador y edad del receptor (%)

Fuente: tomado de tomado de, Rogero 2010.³⁷

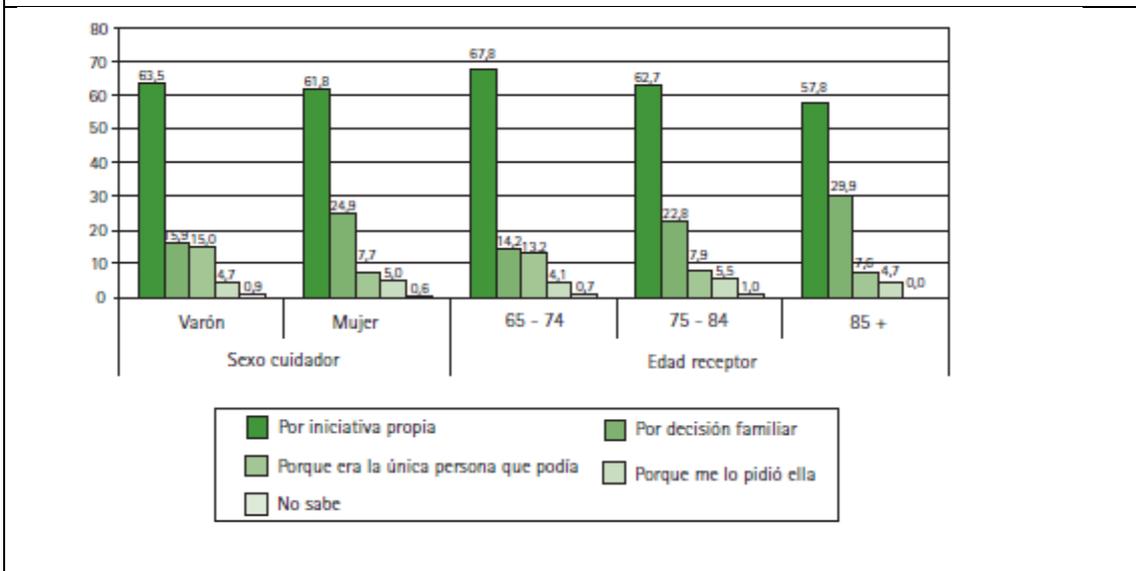
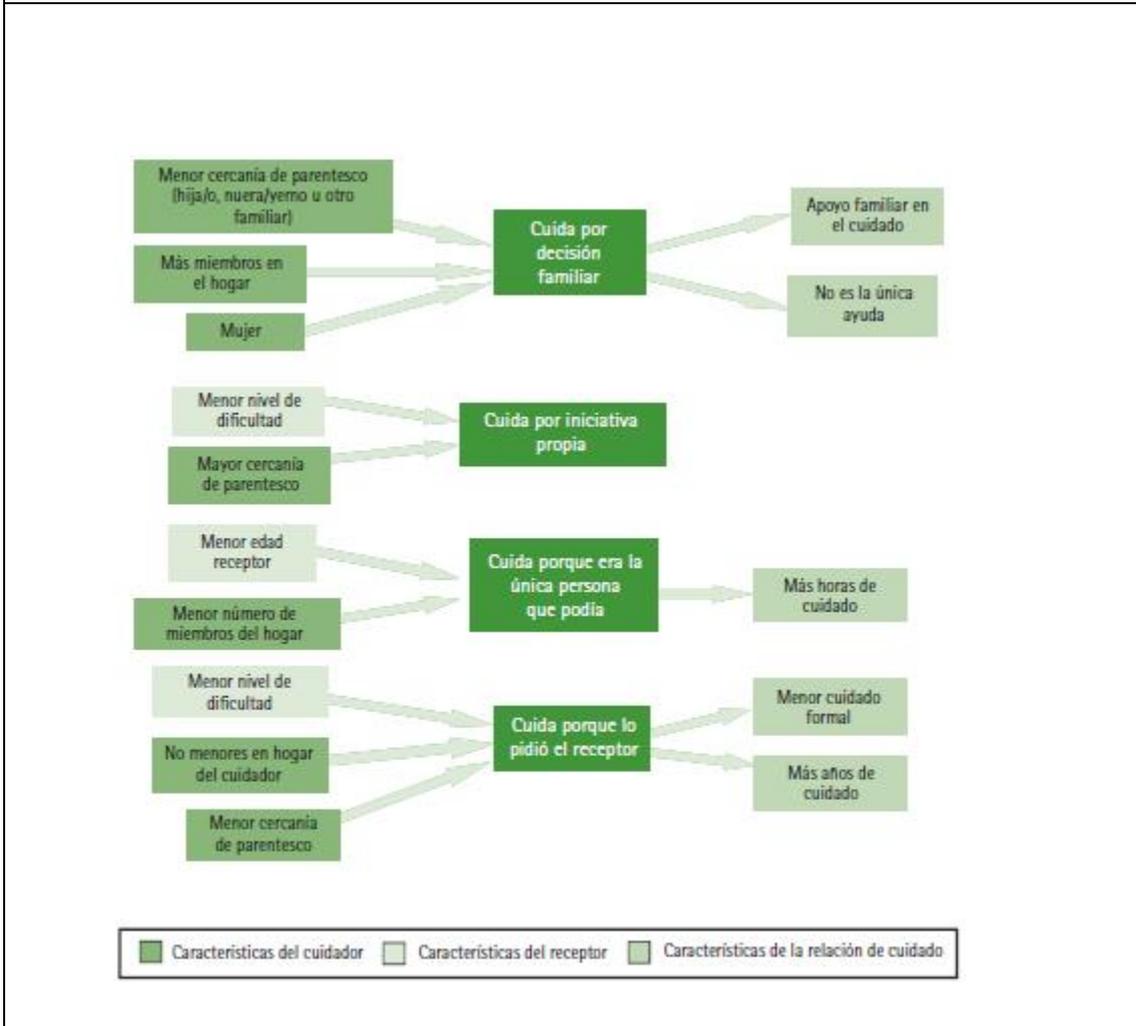


Figura 5: Factores asociados a las razones por las que se cuida

Fuente: tomado de, Rogero 2010. ³⁷



Las residencias geriátricas son inaccesibles para la mayoría de la población a menos que sean subvencionadas, pero el número de plazas en oferta en las residencias subvencionadas o públicas es muy inferior a la demanda.

La ley de dependencia concitó mucha esperanza, pero no midió suficientemente el coste que supondría su puesta en práctica. Desafortunadamente para los dependientes y sus familiares, el desarrollo de la ley ha coincidido con una grave crisis económica y el desempleo absorbe gran parte de los recursos públicos. Los trabajadores en paro son un colectivo con capacidad y tradición organizativa, y por tanto con potencial de presión política, lo que no sucede para la mayoría de los dependientes –sobre todo de edad avanzada- ni para sus familiares. Los parados disponen de tiempo para organizar sus demandas, en tanto que los familiares de grandes dependientes carecen no solo del tiempo imprescindible para hacer presión política sino incluso para cuidarse a sí mismos y cubrir sus necesidades mínimas. ³⁷

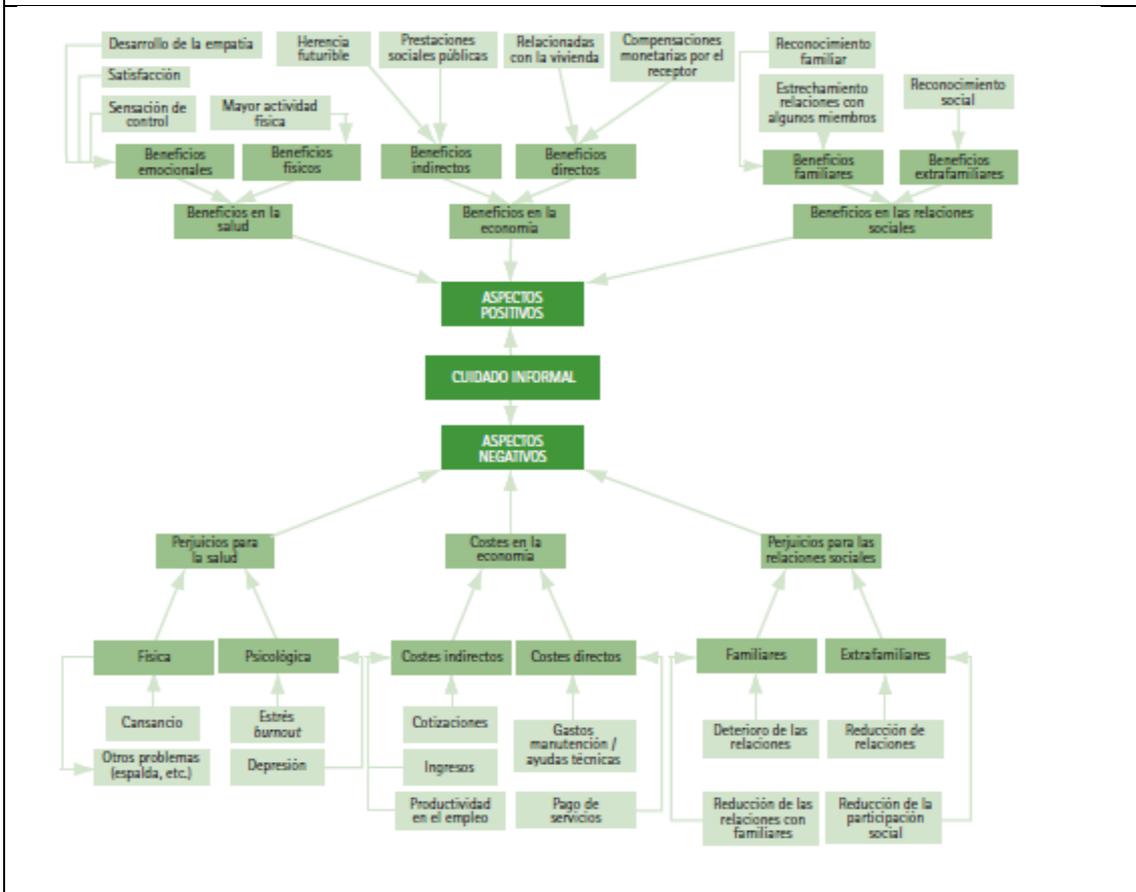
El mercado de trabajo y servicios que esperaba crecer al amparo de la ley de dependencia lo ha hecho muy moderadamente, y el 78% de las ayudas gestionadas (junio 2009) han sido para cuidadores no profesionales, con importes entre 320 y 590 € mensuales. A pesar del convenio especial para que los cuidadores se den de alta en la Seguridad Social, hasta 2009 solo lo habían hecho el 50%.

Qué repercusiones

Desde la perspectiva del cuidado, las enfermedades crónicas y discapacitantes tienen un impacto mucho mayor que las enfermedades episódicas y breves. Para las segundas están previstos mecanismos automáticos de cobertura (días de permiso por enfermedad de un familiar) en la legislación y convenios sindicales, en tanto que para las primeras no hay cobertura automática. El cuidado de enfermos de larga duración es una tarea absorbente que consume ingentes recursos de tiempo. El cuidado informal, por tanto, tiene consecuencias que interaccionan entre sí de manera dinámica, produciendo sinergias que pueden ser positivas y negativas, Figura 6. ³⁷⁻³⁹

Figura 6: Aspectos positivos y negativos del cuidado familiar a personas mayores para el cuidador

Fuente: tomado de, Rogero 2010. ³⁷



La dedicación continua al cuidado de sus dependientes durante períodos prolongados –el tiempo medio de cuidados es de 6 años- paraliza durante años su propia vida, pierden su independencia, sus contactos sociales, su tiempo de ocio, lo que repercute desfavorablemente en su vida de pareja y en la dinámica con sus hijos. Todo ello supone una elevada carga física y mental, que repercute a nivel físico, emocional, laboral y social, aumentando su nivel de estrés.

Esto provoca el denominado “Síndrome del cuidador”⁴⁰ que se caracteriza por una situación de sobrecarga, el cual aumenta con los años de trabajo de cuidados. Existen varias escalas adaptadas en nuestro país que miden la Sobrecarga del cuidador⁴¹⁻⁴², ejemplo de ello es la escala de Zarit que es un instrumento que permite valorar el nivel de agotamiento de la cuidadora, el riesgo de abandono del cuidado y el deterioro físico y emocional de la cuidadora.

Diferentes estudios ponen de manifiesto que más del 50% de las cuidadoras presentan un grado de esfuerzo leve o intenso. En general hay preocupación por este desgaste que sufre la cuidadora y que puede convertirse en un segundo paciente.

Se ha de considerar que es la experiencia subjetiva de la cuidadora la cuestión principal para determinar el nivel de carga y no las tareas en sí mismas que realiza. La sobrecarga subjetiva se ha definido como el sentimiento psicológico que se asocia al hecho de cuidar, y se relaciona con el grado en que la cuidadora principal se siente agotada y percibe dificultades par manejar la situación de cuidados, se siente por tanto incapaz de continuar asumiendo la responsabilidad de cuidar. La sobrecarga objetiva es el impacto que los cuidados tienen sobre la cuidadora principal, es decir el grado en que percibe que su vida social, privacidad, tiempo libre y salud se han visto afectadas por el hecho de cuidar. Así por ejemplo una buena relación con la persona que es cuidada puede mitigar el esfuerzo del cuidado.

La consideración social del cuidado informal a los mayores ha de situarse en el marco de una sociedad caracterizada por el trabajo flexible e incierto, la valoración extrema de lo material y una cada vez mayor diversificación de roles, identidades y formas de convivencia. Las relaciones sociales que mantienen

El tamaño

El grueso de cuidadoras de la que dispone actualmente España está constituido por las “amas de casa” en dedicación completa o exclusiva, y cuyo numero es claramente

decreciente, a medida que se reduce la edad de los potenciales cuidadores, debido a la creciente incorporación de las mujeres a la población activa y al empleo.

Las predicciones de demanda de cuidados son de especial relevancia por la urgencia de encontrar alternativas a problemas que, tal como están planteados ahora, no podrán resolverlos ni el mercado ni los hogares ni el Estado. O, cuando menos, tendrán que innovar extraordinariamente su sistema organizativo.

En 2010 la ratio de unidades de cuidado respecto a la población de 15 a 64 años es de 2,1 unidades por persona, una demanda ligeramente inferior a la de 1950. Sin embargo, para 2050 se prevé que la demanda aumente a 3 unidades por persona, casi un 50% más alta que en la actualidad. Si se mantiene la tendencia a la incorporación de las mujeres al empleo, algo que todas las encuestas muestran como un deseo mayoritariamente expresado por la población e imprescindible para lograr el acercamiento a los estilos productivos y la renta de la Unión Europea, los cuidadores potenciales escasearán. La demanda infantil es baja en la actualidad, solo significa el 23% de la demanda total, pero la demanda de los mayores ha pasado del 11% en 1950 al 25,7% de la demanda total en la actualidad, y para 2050 absorberá el 46,9% de la demanda total de cuidados. No hay recursos disponibles para atender una demanda tan rápidamente creciente y su satisfacción exigirá una profunda reforma de los servicios públicos, del sistema fiscal, del mercado y de las formas de organización social. También obligará a reescribir el contrato social implícito entre hombre y mujeres, así como el que vincula entre sí, por medio de derechos y obligaciones, a las generaciones jóvenes con las de edad intermedia y avanzada.³⁴

Los servicios: el sistema sociosanitario del cuidado

Comenzábamos este punto refiriéndonos al tipo de paciente que da origen a servicios como el que centra el estudio de esta tesis: personas mayores de riesgo o frágiles, personas en situación de dependencia, y pacientes de alta complejidad con varias enfermedades intercurrentes o comorbilidades y alta necesidad de cuidados formales y familiares.

Expusimos que desde la perspectiva de los servicios sociosanitarios la respuesta a estas personas implica a:

- diferentes profesionales: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas, matronas ...
- diferentes niveles asistenciales: atención primaria, atención especializada ambulatoria, atención hospitalaria, urgencias, y

- diferentes sectores: el sanitario y el social, representado por servicios municipales, servicios residenciales y servicios heterogéneos englobados dentro del término sociosanitario.

El catálogo de servicios disponibles y la manera de acceder a ellos es variado y depende para la oferta pública de la CCAA, y el municipio de residencia, y en el caso de los servicios privados de la renta del paciente y su familia y la oferta disponible.

Los servicios y prestaciones de dependencia integran el llamado “Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia” (SAAD)⁴². En línea con el objetivo de la ley tienen como finalidad

“promover la autonomía personal y mejorar la calidad de vida de las personas, en atención a sus dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, en un marco de efectiva igualdad de oportunidades y de acuerdo con los objetivos de facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible y proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad.”

Las prestaciones de atención a la dependencia pueden tener la naturaleza de servicios y/o de prestaciones económicas, aunque se considera que tienen carácter prioritario los servicios.

Los servicios del Catálogo que se detallan en el artículo 15 de la Ley de Dependencia³¹, tienen carácter prioritario y se prestarán a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas Comunidades Autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados.

La prioridad en el acceso a los servicios viene determinada por el grado de dependencia y, a igual grado, por la capacidad económica del solicitante. Hasta que la Red de Servicios del SAAD esté totalmente implantada, las personas en situación de dependencia que no puedan acceder a los servicios por aplicación del régimen de prioridad señalado, tendrán derecho a una prestación económica vinculada al servicio. Los beneficiarios participan en el coste de los servicios según el tipo, el coste y la capacidad económica personal.

El Catálogo de Servicios comprende los siguientes servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia:

- Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal
- Servicio de Teleasistencia
- Servicio de Ayuda a domicilio
- Servicio de Centro de Día y de Noche
- Servicio de Atención Residencial

Los servicios de *promoción de la autonomía personal* tienen por finalidad desarrollar y mantener la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y facilitar la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria.

Son servicios de promoción para la autonomía personal los de asesoramiento, orientación, asistencia y formación en tecnologías de apoyo y adaptaciones que contribuyan a facilitar la realización de las actividades de la vida diaria, los de habilitación, los de terapia ocupacional así como cualesquiera otros programas de intervención que se establezcan con la misma finalidad.

El servicio de *teleasistencia* tiene por finalidad atender a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información y apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento y con el fin de favorecer la permanencia de los usuarios en su medio habitual. Puede ser un servicio independiente o complementario al de ayuda a domicilio.

El servicio de *ayuda a domicilio* lo constituye el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función, y podrán ser los siguientes:

- Servicios relacionados con la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria.
- Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros. Estos servicios sólo podrán prestarse conjuntamente con los señalados en el apartado anterior.

El servicio de *Centro de Día o de Noche* ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

Distingue la siguiente tipología de centros:

- Centro de Día para mayores.
- Centro de Día para menores de 65 años.
- Centro de Día de atención especializada.
- Centro de Noche.

El servicio de *Atención Residencial* ofrece una atención integral y continuada, de carácter personal, social y sanitario, que se presta en centros residenciales, públicos o acreditados, teniendo en cuenta la naturaleza de la dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona. Puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial sea la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o períodos de descanso de los cuidadores no profesionales.

Pueden existir distintos tipos de centros residenciales:

- Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
- Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

La red de centros estará formada por los centros públicos de las Comunidades Autónomas, de las Entidades Locales, los centros de referencia estatal para la promoción de la autonomía personal y para la atención y cuidado de situaciones de dependencia, así como los privados concertados debidamente acreditados, de acuerdo con las condiciones que se establezcan por cada una de las Comunidades Autónomas y teniendo en cuenta de manera especial los correspondientes al tercer sector.

Los centros y servicios privados no concertados que presten servicios para personas en situación de dependencia deberán contar con la debida acreditación de la

Comunidad Autónoma correspondiente. Los poderes públicos promoverán la colaboración solidaria de los ciudadanos con las personas en situación de dependencia, a través de la participación de las organizaciones de voluntarios y de las entidades del tercer sector.

El SAAD contempla tres tipos de *prestaciones económicas*:

- Prestación económica vinculada al servicio
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales
- Prestación económica de asistencia personal

La prestación económica vinculada al servicio, que tiene carácter periódico, se reconoce, en los términos que se establezcan, únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario, de acuerdo con lo previsto en el convenio celebrado entre la Administración General del Estado y la correspondiente comunidad autónoma.

Esta prestación económica de carácter personal está, en todo caso, vinculada a la adquisición de un servicio. Las Administraciones Públicas competentes supervisarán, el destino y utilización de estas prestaciones al cumplimiento de la finalidad para la que fueron concedidas.

La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales se reconoce excepcionalmente, cuando el beneficiario esté siendo atendido por su cónyuge, o sus parientes por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el tercer grado de parentesco, y lo hayan hecho durante el periodo previo de un año a la fecha de presentación de la solicitud, siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda y así lo establezca su Programa Individual de Atención.

Las condiciones para ser beneficiario de esta prestación vienen determinadas por la Resolución de 13 de julio de 2012, por la que se da publicidad al Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de 10 de julio de 2012⁴³. Finalmente cabe recordar que en materia de información y formación para los cuidadores no profesionales se dispone del contenido

del Acuerdo de 22 de septiembre de 2009 del Consejo Territorial Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, cuya publicación se realizó por Resolución de 4 de noviembre de 2009, de la Secretaría General de Política Social y Consumo⁴⁴.

Esta prestación tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas en situación de dependencia, en cualquiera de sus grados. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria. Previo acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se establecerán las condiciones específicas de acceso a esta prestación.

El SAAD garantiza tanto la calidad de sus recursos como de las condiciones en que se prestan sus servicios. Está integrado por los centros y servicios públicos de las Comunidades Autónomas -en las ciudades de Ceuta y de Melilla por los Centros y Servicios del Imsero-, Entidades Locales, centros de referencia estatal para la promoción de la autonomía personal y para la atención y cuidado de las situaciones de dependencia, así como por los privados concertados debidamente acreditados.

Las entidades, centros y servicios privados podrán integrarse en la Red de servicios del SAAD siempre que cuenten con la correspondiente acreditación; esta acreditación garantiza el derecho de las personas en situación de dependencia a recibir unos servicios de calidad ya que implica el cumplimiento de unos requisitos y unos estándares de calidad. La acreditación es la condición legal para que puedan prestar servicios a personas en situación de dependencia y que éstas puedan percibir la prestación económica de carácter personal vinculada a la adquisición de un servicio.

Corresponde a las Comunidades Autónomas acreditar a los centros, servicios y entidades, si bien los criterios comunes de acreditación han sido acordados por el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD. En las ciudades de Ceuta y de Melilla el procedimiento de acreditación de los centros, servicios y entidades privadas concertadas o no, que actúen en el ámbito de la autonomía personal y la atención a personas en situación de dependencia, corresponde al Imsero.

En la Resolución de 2 de diciembre de 2008⁴⁵, se contempla la *profesionalización* de los recursos humanos del sistema, para garantizar la calidad del mismo, a través de la

formación profesional, la cualificación profesional y los certificados profesionales, requiriéndose, para las categorías profesionales que no se correspondan con titulaciones universitarias los certificados o títulos siguientes:

- Cuidadores/as, Gerocultores/as:
- Título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
- Título de Técnico en Atención a Personas en situación de Dependencia
- Certificado de Profesionalidad, de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales
- Asistente Personal y Auxiliar de Ayuda a Domicilio:
- Título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
- Título de Técnico en Atención a Personas en situación de Dependencia
- Certificado de Profesionalidad, de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales
- Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas en el domicilio

Los Centros de Referencia Estatal (CRE), unos en funcionamiento y otros en proyecto o en construcción, son dispositivos de servicios sociales creados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, con el fin de promover en todos los territorios de las Comunidades y Ciudades Autónomas en que se articula el Estado español la innovación y mejora de la calidad de los recursos dirigidos a un sector determinado de personas en situación de dependencia.

En la página web del Imserso⁴⁶ se dispone de información sobre la naturaleza, fines, funciones, organización, servicios y personas usuarias así como acceso a la web de los centros que actualmente conforman la Red de CRE. Además para la consulta de los recursos sociales y sanitarios disponibles en cada zona geográfica hay diferentes recursos online.

El punto de vista del paciente

Esta descripción de los SAAD se puede visualizar desde *otro punto de vista*. Para el objetivo de esta tesis es interesante analizar esta situación desde la perspectiva del paciente y su familiar. Tomemos como guía un caso tipo. Pensemos en una mujer de 82 años, con deterioro cognitivo, incapacidad para las AVD-B e I y cuidada en su domicilio por su familia, donde la cuidadora principal es una hija casada y con dos hijas que vive en un domicilio diferente. Esta cuidadora principal en el plazo de un año, y derivado de su estado tiene que contactar, consultar, demandar servicios y manejar planes de cuidados con

- diferentes sectores:

Sanitario: para sus problemas de salud, y parte de su dependencia

Social: para los problemas derivados de la dependencia

- diferentes niveles asistenciales sanitarios:

Atención primaria: el Centro de Salud es el punto de contacto habitual para las consultas a demanda de la cuidadora para el control del proceso crónicos y ante la aparición de procesos agudos. Estas consultas a demanda de la cuidadora pueden ser para consulta en el centro de salud o para consulta a domicilio. La primera dificultad a la que se enfrenta esta cuidadora y su familiar es de accesibilidad. Tiene que concertar cita de forma presencial, telefónica o vía internet, y luego trasladarse con la paciente al Centro de Salud. Los problemas de movilidad y los riesgos de caídas están presentes, en los CS no hay medidas organizativas de priorización de atención a estos pacientes, más allá de las que cada profesional quiera o pueda tomar. En cuanto a la solicitud de atención domiciliaria se realiza de la misma manera y es el profesional el que organiza la misma, a menudo al final de la jornada. Hay que reseñar que España tiene una tasa baja de AD frente a la media europea.

Hay un tipo de visita que es de corte administrativo, en la que la cuidadora acude al médico a solicitar recetas para el consumo crónico de medicamentos, y el uso crónico de material para el cuidado como pueden ser absorbentes por problemas de incontinencia urinaria o fecal o complementos nutricionales.

En el caso de las recetas de fármacos el uso de recetas electrónicas ayuda a minimizar las consultas por este motivo.

En el caso de los absorbentes, el cuidador necesita de un informe médico, enfermero o del trabajador social (según la CCAA y la organización interna del CS), en el que se justifique la necesidad de dichos absorbentes⁴⁷. Este informe debe llegar a los servicios de inspección sanitaria (es remitido la mayoría de las veces por el equipo administrativo del propio CS) para su visado, una vez recibido éste el médico puede “recetar” los absorbentes y la cuidadora retirarlos de la farmacia. Debemos tener en cuenta que la cantidad a dispensar está “dosificada” por los servicios de inspección. En el caso de un problema agudo, como una diarrea, que requiera una mayor cantidad de absorbentes el proceso administrativo vuelve a comenzar. Sin problemas agudos intercurrentes, de forma trimestral o semestral, de nuevo según CCAA y áreas de salud, el proceso administrativo de visado se repite.

En el caso de los suplementos nutricionales el procedimiento es similar al descrito para los absorbentes, y además incluye un paso intermedio por los servicios de nutrición especializados, que normalmente se ubican en un hospital. Esto significa que al menos se debe remitir informe por el médico y una analítica de sangre con marcadores específicos para que este servicio pueda pautar una nutrición suplementaria específica. A veces además es necesaria visita al hospital para consulta con estos médicos especialistas, lo que implicará problemas adicionales de concertar cita, transporte al hospital, orientación en las instalaciones hospitalarias y espera.

En el centro de Salud hay revisiones médicas y de enfermería protocolizadas en las carteras de servicios de los servicios de salud que proponen visitas o consultas proactivas por parte de los profesionales. A menudo estas visitas protocolizadas tanto en CS como en el domicilio incluyen la parte administrativa descrita antes y que corresponda en el tiempo.

Farmacia: después del CS la farmacia representa el dispositivo sanitario de mayor contacto para la cuidadora familiar. No sólo se va a la farmacia a que le dispensen los fármacos y otros materiales prescritos, también es el lugar para contrastar información recibida en el CS y afianzar (o no) las recomendaciones de uso de la prescripción. Es frecuente que la cuidadora busque aclarar dudas sobre

el uso de un medicamento, o de un complemento nutricional, con el farmacéutico o el auxiliar de farmacia.

Atención especializada: en el caso que hemos elegido como ejemplo-guía, la paciente debe ser revisada por los servicios de neurología a causa del deterioro cognitivo, y eventualmente por los servicios especializados de nutrición. Como se mencionó antes para el caso de la nutrición, acudir al neurólogo implica problemas adicionales de concertar cita, transporte al hospital, orientación en las instalaciones hospitalarias y espera. A veces estos servicios tienen consulta a nivel ambulatorio, con lo cual es desplazamiento no se realiza al hospital. De esta visita pueden derivarse pruebas diagnósticas, que den lugar a más consultas hospitalarias, y terapias farmacológicas que en algunos casos requieren visado. Tanto para nuevas consultas como para fármacos la cuidadora debe recurrir al médico de familia del CS para la parte administrativa de esta atención.

Urgencias: Para procesos agudos “urgentes” fuera del horario habitual del médico y enfermera “de cabecera” el paciente y sobre todo su cuidadora deben recurrir a los servicios de atención continuada o de urgencias de los que dispone la atención primaria. Por ejemplo los CS suelen tener un horario de 8 a 20 horas de lunes a viernes, si un paciente tiene un problema agudo en ese horario puede ser atendido por su médico o enfermera, o por otro profesional del centro. Fuera de ese horario hay un equipo reducido de profesionales para atender las urgencias. No se consideran urgencias las administrativas. Para “emergencias” el ciudadano dispone además del 112, en el que mediante el contacto telefónico con un profesional sanitario (asistido por un algoritmo para la toma de decisiones) se determina la gravedad del proceso y se movilizan recursos. Por ejemplo si el paciente se cae a medianoche al ir al baño y presenta algún síntoma de fractura ante una llamada al 112 del cuidador se puede decidir enviar una ambulancia que inmoviliza al paciente lo lleva a los profesionales “de guardia” al CS para su valoración y luego estos pueden decidir su derivación al Hospital más cercano. Para ello deben contactar de nuevo con el 112 y solicitar la derivación en ambulancia, ser aprobada por el 112 y esperar de nuevo la recogida del paciente por una ambulancia. Entonces el paciente llegará al servicio de urgencias hospitalario donde será valorado y tratado según lo requiera. La otra opción es que antes situaciones similares el cuidador opte por trasladar al paciente (si tiene cierto

nivel de movilidad) con medios propios al servicio de urgencias de algún hospital cercano.

Atención hospitalaria: el paciente puede requerir ingreso y atención hospitalaria a causa del proceso “normal” de su enfermedad (por ejemplo está indicado realizar pruebas de exploración neurológica), o por una emergencia (por ejemplo una caída en el domicilio con fractura de cadera). En ese caso la paciente pasa a ser cuidada por el personal hospitalario. Este personal como norma general no tiene acceso a la historia clínica del paciente elaborada por atención primaria, y depende de los informes que pueda traer la cuidadora principal y la información que ella pueda transmitir para recomponer la información clínica previa. Algo similar ocurrirá al alta, el personal de atención primaria no puede acceder a la historia clínica del paciente durante su estancia hospitalaria y la mayor parte de las veces dispone del informe de alta hospitalaria.

Durante la estancia hospitalaria la medicación y el resto del material necesario para el cuidado será suministrado y administrado al paciente por el hospital. En muchos casos esto incluye que si el paciente necesita ayuda para comer, ésta será prestada por el personal de enfermería del hospital. ¿Porqué mencionar esto? Porque la cuidadora principal es habitualmente quien controla la medicación del paciente y “sabe” identificar los efectos adversos de los mismos, y está “acostumbrada” a marcas, formas y colores determinados de los fármacos. En el hospital “verá” como le “cambian” a su familiar el tratamiento y a menudo “tendrá” que preguntar para asegurarse de que “toma lo mismo” que en casa. También es importante considerar que el paciente con deterioro cognitivo reconoce determinadas caras, voces, tactos... y de repente se encuentra en un ambiente donde todo eso cambia. Por regla general los hospitales no disponen de protocolos para atender a estos pacientes dependientes y a sus familiares.

A menudo son el lugar donde la dependencia “debuta”, pensemos en la fractura de cadera de un mayor sano. Al alta será un mayor dependiente al menos de forma temporal. Y el familiar se habrá convertido en cuidador principal sin “preparación” previa. El tiempo de hospitalización no suele ser tiempo de “entrenamiento” ni de “afrentamiento” de la nueva situación para los cuidadores.

- *diferentes niveles asistenciales sociales:*

Servicios municipales: los servicios sociales de los ayuntamientos son el vehículo para tramitar el reconocimiento de la dependencia, y son dispensadores de servicios, algunos de ellos previstos en la ley.

Para nuestro paciente, tras el diagnóstico del deterioro cognitivo y el aumento de la pérdida de autonomía para las AVD-B/I, el reconocimiento de la situación y los derechos que se deriven de ello implica visita al trabajador social de los servicios municipales. Requerirá un informe del nivel de la dependencia por parte de los profesionales sanitarios (nuevas visitas) y según la CCAA posterior visita del equipo de evaluación. En algunos casos los informes de los profesionales sanitarios de la atención primaria son suficientes para esta valoración. Tras este informe la Consejería de Asuntos Sociales le informará por carta al domicilio del paciente del resultado de la evaluación y las prestaciones que se derivan de ello. En España este trámite tarda entre 8 y 15 meses en 2009⁴⁸. Y la prestación más frecuente es la ayuda en forma de dinero de entre 400 y 800 euros mensuales⁴⁹.

Sobre los servicios a los que puede optar un paciente son variables según el municipio de residencia. Hay dos grandes servicios comunes que suelen ser la ayuda a domicilio “personal” o para el “mantenimiento del hogar”. La ayuda personal consiste en varias visitas a la semana, para baño y vestido del paciente, y a veces ayuda para comer. El mantenimiento del hogar es similar, varias visitas para limpiar y ordenar el domicilio del paciente. Es menos frecuente otro tipo de servicios como el acompañamiento, la ayuda para pasear, o la comida a domicilio. La asignación de estos servicios depende del nivel de renta del paciente, del nivel de dependencia y de diferentes criterios en función de los servicios sociales municipales de los que se trate. A esto hay que añadir que en muchos municipios el acceso a estos servicios pasa una vez evaluado, por una lista de espera.

Servicios similares pueden ser contratados a nivel privado, van desde la atención o acompañamiento puntual a la persona que vive de continuo con el paciente. La formación y competencia de estas personas también es muy variable.

Servicios residenciales y centros de día:

Algo parecido a lo descrito para la ayuda a domicilio sucede con las residencias. Pueden depender de un municipio, de un cabildo, de una diputación

o de una comunidad autónoma. Pueden no depender de ninguna institución pública y estar subvencionadas de forma total o parcial. Y pueden estar destinadas a personas válidas o dependientes en alguna medida. El coste medio de una residencia para un paciente dependiente es de 1500 euros mensuales⁵⁰.

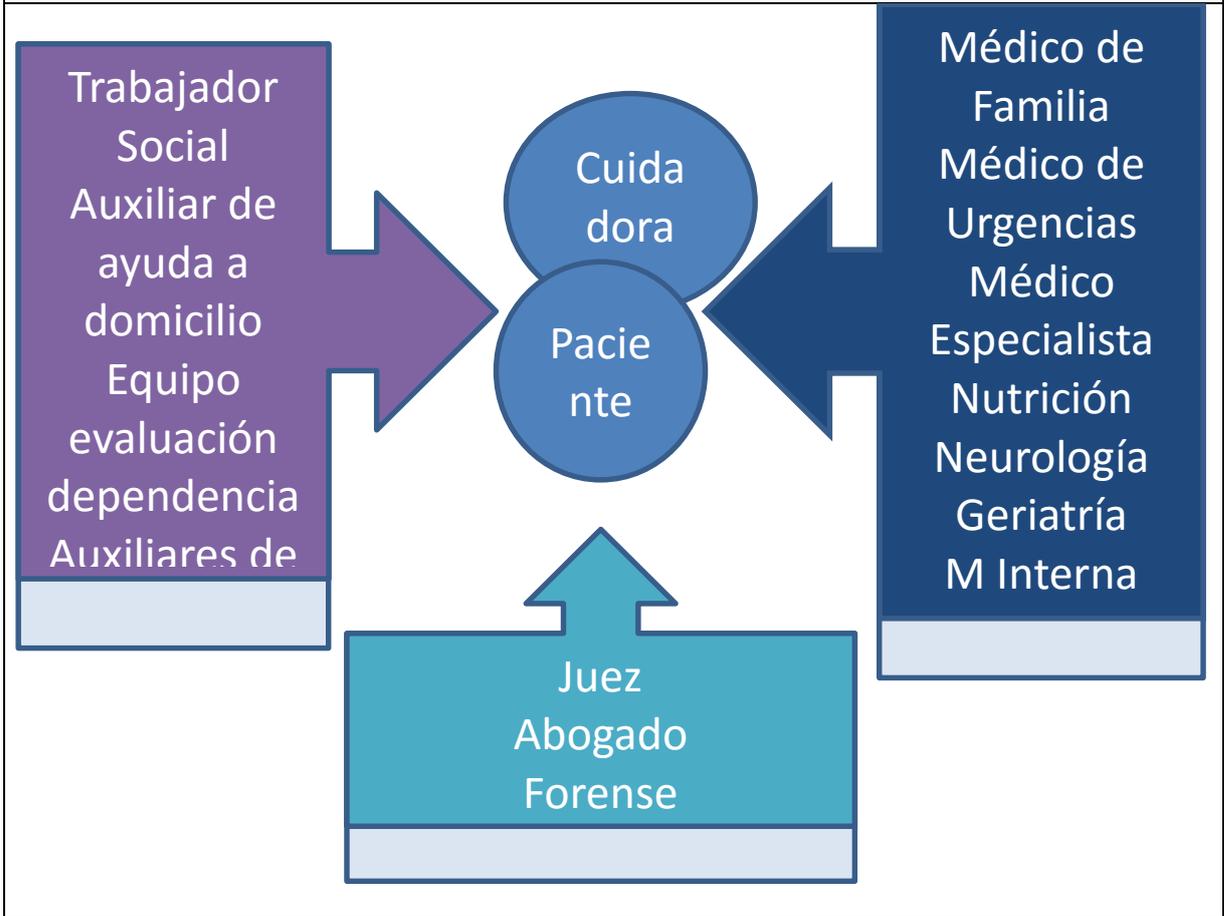
A medio camino entre la ayuda a domicilio y las residencias se encuentran los centros de día. Hay una amplia variedad, aunque en esencia son centros donde los pacientes son cuidados sin quedarse a dormir. Pueden incluir terapias, como es el caso del centro de día de nuestra paciente que acude a un centro de día especializado en casos de Alzheimer, con disponibilidad de terapias específicas. Incluyen cuidados básicos de aseo, vestido, y ayuda para comer. De nuevo estas instituciones pueden ser públicas o privadas.

Telealarma: son servicios que prestan diversas instituciones, como cruz roja, y están destinados a personas mayores que viven solas, que ante una caída o un accidente en el que no pueden moverse hacia el teléfono pueden apretar un botón que llevan en un dispositivo colgado al cuello. Esto dispara una alarma en una central que implica llamada telefónica primero, y en caso de no respuesta visita al domicilio.

Juzgados: una persona con deterioro cognitivo, y dependiente no puede tomar decisiones, requiere de un tutor legal. Para inhabilitarla y nombrar un tutor legal se requiere la intervención de un juez, y posteriormente cada cierto tiempo la función del tutor legal es revisada por este juez.

Si volvemos a nuestro caso, los diferentes profesionales con los que el paciente y su cuidadora principal deben contactar a lo largo del proceso de su enfermedad son al menos: médico de familia, médico de urgencia primaria y hospitalaria, servicios telefónicos del 112, médicos especialistas hospitalarios, enfermera de atención primaria, enfermera de hospital, auxiliar de enfermería, trabajadores sociales del sector salud y del sector social, farmacéuticos y auxiliares de farmacia, auxiliares de ayuda a domicilio, abogados y jueces. Esta diversidad de servicios y profesionales se despliegan ante el cuidador principal y su paciente. Cada servicio con su propio manual de uso, y cada profesional con su propia jerga y enfoque, a menudo desconocidos y descoordinados entre ellos (Figura 6).

Figura 7: Profesionales alrededor de un caso.
Fuente: Elaboración propia.



2.2 El servicio para dar respuesta a las necesidades, o ¿qué y cómo hace una enfermera de enlace?

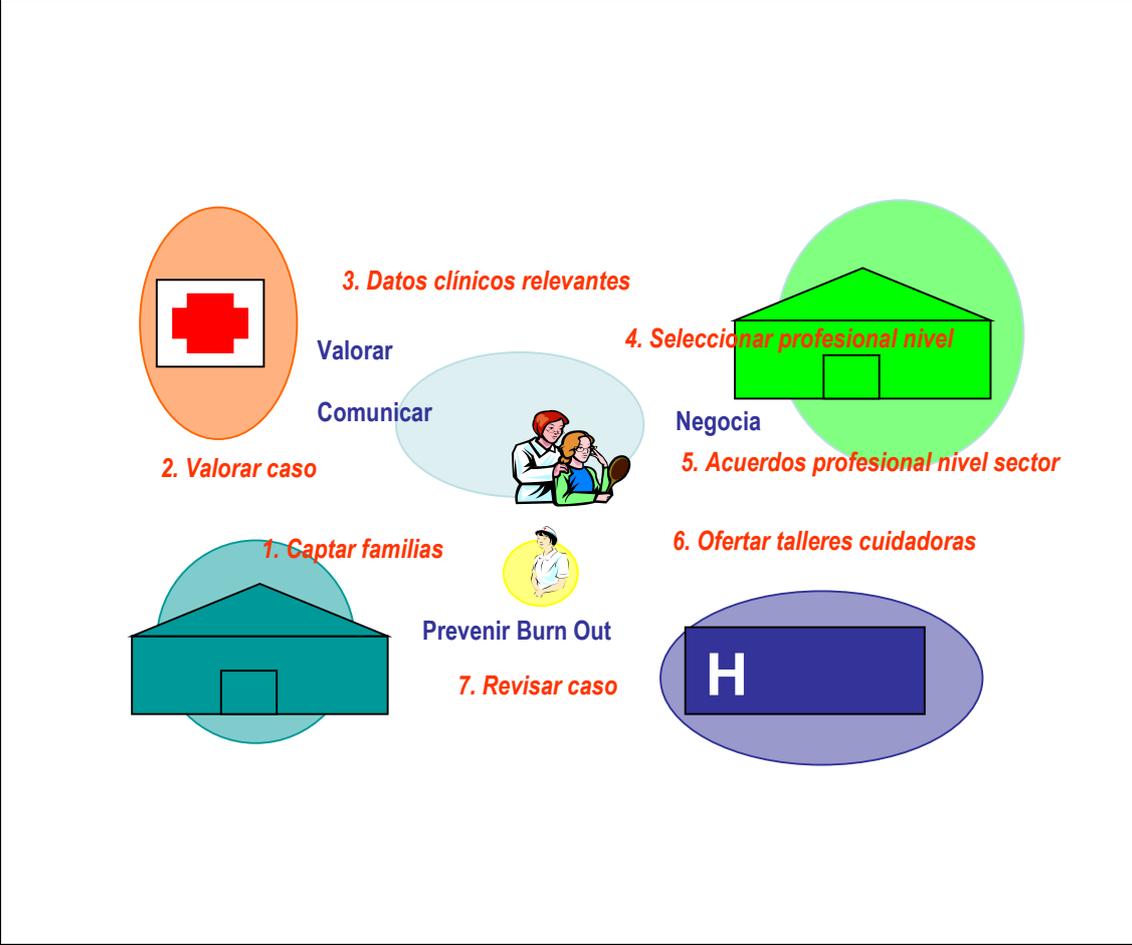
Como se ha mencionado en puntos anteriores gestionar casos por enfermeras comunitarias de enlace es valorar las necesidades de cuidados de un paciente y su entorno, y coordinar la aportación de diferentes proveedores. La gestión de los casos es una respuesta a la necesidad de mejorar la continuidad de los cuidados a pacientes especialmente complejos o que requieren la aportación de diferentes proveedores de cuidados para dar respuesta a las necesidades de los pacientes. En España y concretamente en Canarias se ha utilizado la gestión de casos por enfermeras como estrategia de mejora de la atención domiciliaria (AD) y como estrategia de mejora de la continuidad de los cuidados¹⁻³, Figura 1.

La primera publicación que aparece sobre el tema de gestión de casos en medline con los MeSH “case management” se remonta al año 1878, referida al manejo de un paciente con empiema cerebral⁵¹. Si se acota la búsqueda al campo de la enfermería aparece un artículo de 1979, sobre el manejo de pacientes psiquiátricos por enfermeras gestoras de casos⁵², al que sigue otro, de 1984, en el área de geriatría⁵³. La primera revisión sistemática sobre el impacto en resultados de diferentes estrategias de gestión de casos en atención primaria se debe a Ferguson en 1998⁵⁴.

El concepto de gestión de casos gira, en general, sobre el proceso de atención, a pacientes y familiares, complejidad de los problemas, coordinación entre profesionales, y la intervención, con discrepancia si esta es puntual o continuada en el tiempo, aunque, por lo general, se refiere a un cuidado continuado⁴.

El modelo de intervención original contempla distintos objetivos operativos: captar y valorar las necesidades de cuidados de los usuarios, revisar los casos con los profesionales de los EAP, realizar talleres de formación a cuidadoras, consensuar criterios de atención con los servicios sociales municipales, crear circuitos para la recogida y posterior reutilización del material específico de AD (aspiradores, andadores, colchones antiescaras, camas articuladas,...) y revisar los circuitos existentes de coordinación con el nivel especializado⁷, Figura 2.

Figura 8: Ciclo operativo de la EcE*
Fuente: Elaboración propia



* en rojo el ciclo de objetivos de las EcE, el objetivo 2 y el siete puede solaparse en la práctica; en azul las ideas claves para la gestión de las enfermeras, cuestiones a atender o prevenir

El modelo original parte de la valoración de los usuarios por las enfermeras focalizado en las necesidades de cuidados y el uso de los instrumentos especificados en el Programa de Atención a las Personas Mayores⁵⁵. Con esta información las enfermeras conciertan una reunión con cada unidad de atención familiar para la discusión de los casos y acordar un plan de cuidados. Por otra parte, conjuntamente con los trabajadores sociales del EAP, se reúnen con los responsables de los servicios sociales municipales y se revisan los criterios de asignación de recursos. Tras evaluar a un grupo de cuidadoras se les propone participar en un Taller de Formación. Estos talleres tienen una estructura en tres bloques: la experiencia de cuidar, cuidar y cuidarse, y un total de dieciocho unidades didácticas. Para adaptar el taller a las necesidades detectadas en la valoración de los participantes, en cada taller se seleccionan distintas unidades didácticas.

Para iniciar las revisiones de casos, se solicita a las Unidades de Atención Familiar los censos de confinados actualizados. Tras captar estos casos iniciales se sigue un proceso de captación activa de usuarios susceptibles de recibir el servicio. Siempre se procede a la identificación y valoración de las personas cuidadoras principales. Estas personas son valoradas cada seis meses como máximo.

Este protocolo o proceso de trabajo es similar en diferentes servicios regionales de salud, a manera de ejemplo en la Tabla 9 se exponen los protocolos iniciales de trabajo de las ECE en Canarias⁷ y en Andalucía⁵⁶, detallando los criterios de inclusión para las personas beneficiarias de este servicio, así como sus principales objetivos y actividades.

Tabla 9: Objetivos y actividades ECE			
Fuente: Elaboración propia.			
Servicio Canario de la Salud ⁷		Servicio Andaluz de la Salud ⁵⁶	
Población Diana	<p>1.- Personas que reúnan alguno de los criterios de inclusión para la Atención Domiciliaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padecer una patología física, mental y/o funcional incapacitante -que no puedan acudir a su Centro de Salud (CS). • Reciente alta hospitalaria y no puedan desplazarse al CS -que continúen en convalecencia y hasta su recuperación-. • Patología o enfermedad terminal. <p>2. Personas cuidadas en Centros Sociosanitarios adscritos al CS y que reúnan algunos de los criterios anteriores.</p> <p>3. Toda persona mayor de 80 años o más, que no esté incluida en los grupos anteriores.</p> <p>4. Cuidadores/as principales de personas susceptibles de Atención Domiciliaria.</p>	Población Diana	<p>1 Personas inmovilizadas o grandes discapacitados, estimándose esta población en el 15 % de los mayores de 65 años .</p> <p>2 Personas inmovilizadas o grandes discapacitados menores de 65 años, estimándose en el 9,6 ‰ de los menores de 65 años .</p> <p>3 Pacientes en situación terminal con necesidad de cuidados paliativos, estimándose ésta en el 0.3 % de la población general1.</p> <p>4 Personas con alta hospitalaria necesitadas de cuidados a domicilio estimándose ésta en el 12,5 % del total de las altas hospitalarias.</p> <p>5 Personas cuidadas en instituciones, estimándose en un 2,5 % de la población mayor de 65 años .</p> <p>6 Cuidadoras principales de este tipo de pacientes. Se estima en un 80 % del total de personas necesitadas de cuidados domiciliarios, sin incluir las personas internadas en residencias.</p> <p>7. Se incluirá dentro de la población diana las personas afectadas de “enfermedades raras”, no sólo por el deterioro funcional, sobre todo ante situaciones de crisis, que afecta a este tipo de pacientes, si no por la necesidad de coordinación entre los diferentes profesionales y servicios que deben ponerse en marcha para atender este tipo de patologías.</p>
Objetivos	Actividades	Objetivos	Actividades

<p>1. Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las personas dependientes incluidas en el servicio.</p>	<p>1. Captar a los personas susceptibles de inclusión en el servicio a través del equipo de atención primaria: médico, enfermera/o, trabajador/a social y otras fuentes -Servicios Sociales Municipales, movimientos asociativos,...-.</p> <p>2. Realizar una valoración integral periódica a todas las personas incluidas, utilizando los Patrones Funcionales de Salud (PFS), para la detección y prevención de problemas de salud.</p> <p>3. Establecer y participar en reuniones de coordinación con los profesionales correspondientes del EAP para la gestión del caso: compartir información relevante, consensuar el plan de cuidados y coordinación de las intervenciones.</p> <p>4. Informar a la enfermera de referencia cuando un paciente incluido en el servicio se desplace temporalmente o definitivamente a otra ZBS.</p> <p>5. El seguimiento se realizará con la siguiente periodicidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A las personas incluidas en Atención Domiciliaria dos veces al año. • A las personas de riesgo de Atención Domiciliaria de manera anual. Se realizará un seguimiento telefónico a los 6 meses en caso de caídas, duelo, ingreso hospitalario y sobreesfuerzo en el rol de cuidador. • Cuando existan cambios en la situación del paciente que así lo requiera o lo aconseje. 	<p>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 cumplan con los criterios de inclusión.</p>	<p>1. Captación activa, junto con otros miembros del EBAP y otros profesionales del Dispositivo de Apoyo, de todas las personas susceptibles de recibir atención domiciliaria.</p> <p>2 Se impulsará la atención integral a las necesidades de cada persona captada, por todos los profesionales que intervienen en la provisión del servicio, directamente y / o de forma complementaria en todos los casos necesarios. Para esto se realizará una valoración integral, recomendándose la estructura de valoración por patrones funcionales de M. Gordon y/o valoración por necesidades de Virginia Henderson.</p>
<p>2. Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los/as cuidadores/as principales de las personas incluidas en el servicio.</p>	<p>1. Captar a los/las cuidadores/as principales de los pacientes incluidos en el servicio (ver actividades 1).</p> <p>2. Realizar una valoración integral del/la cuidador/a principal, por Patrones Funcionales de Salud (PFS), enfocada a la detección y prevención de problemas de salud.</p> <p>3. Establecer reuniones de coordinación con los profesionales correspondientes del EAP para la gestión del caso: compartir información relevante, consensuar el plan de cuidados y coordinación de las intervenciones.</p> <p>4. El seguimiento se realizará con la siguiente periodicidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A los/as cuidadores/as de las personas incluidas en Atención Domiciliaria, dos veces al año. • A los/as cuidadores/as de las personas de riesgo de Atención Domiciliaria, de manera anual. 	<p>2. Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las cuidadoras principales de estos pacientes.</p>	<p>1. Captación de las cuidadoras principales de todas las personas incluidas en atención domiciliaria.</p> <p>2. Se impulsaran medidas que mejoren la atención integral a las cuidadoras principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria.</p> <p>Cada cuidadora deberá ser valorada desde una perspectiva integral de la misma forma que el paciente y se propondrá un plan de intervención específico.</p> <p>3 Se ofrecerán talleres de apoyo al cuidado para las cuidadoras principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria. (Anexo 1)</p>

	5. Se ofertarán talleres de formación grupal para las personas cuidadoras, de forma trimestral. Para esta formación grupal se puede utilizar el material de apoyo del “Taller de formación y educación sanitaria para personas cuidadoras”		4. Se fomentarán redes de apoyo, formales e informales, para los cuidadoras principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria.
1. Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las personas dependientes incluidas en el servicio.	3. Establecer y participar en reuniones de coordinación con los profesionales correspondientes del EAP para la gestión del caso: compartir información relevante, consensuar el plan de cuidados y coordinación de las intervenciones. 4. Informar a la enfermera de referencia cuando un paciente incluido en el servicio se desplace temporalmente o definitivamente a otra ZBS.	3 Facilitar la mejora de la Atención Domiciliaria al Equipo de Atención Primaria.	1. Participar en actividades de formación conjunta con los profesionales de los EBAP 2. Consensuar modelos de actuación para la mejora de la atención domiciliaria.
3. Crear y/o mantener mecanismos de coordinación con los recursos y servicios sociales de la zona de salud destinados a la atención a las personas dependientes y sus cuidadores/as.	1. Presentar el servicio a los distintos agentes sociales. 2. Colaborar en la elaboración del protocolo de coordinación del EAP con los Servicios Sociales Municipales para la atención domiciliaria de las personas dependientes y sus cuidadores/as, y participar en aquellas actividades que genere este protocolo. 3. Establecer conjuntamente con el/la trabajador/a social del EAP un calendario de reuniones periódicas con los profesionales de los Servicios Sociales para el seguimiento de casos. 4. Establecer acuerdos para la participación del EAP en la formación de los/las auxiliares a domicilio del Servicio de Ayuda a Domicilio Municipal y otros profesionales de recursos sociosanitarios de la zona de salud. 5. Participar en la realización de encuentros con todos los implicados que favorezca la consolidación de la red de recursos.	4. Mejorar la coordinación del equipo de Atención Primaria con la red social.	Las Enfermeras Gestoras de Casos en Atención Primaria realizará con la Trabajadora Social aquellas acciones necesarias para: • Colaborar en la búsqueda de las redes sociales de la zona y la realización de una guía de recursos sociocomunitarios de la misma. • Colaborar en los diseños de protocolos de actuación conjunta del equipo de atención primaria y las redes sociales para la atención domiciliaria. • Realizar actuaciones concretas con las redes informales tales como: colaboración con asociaciones de cuidadores informales, ONGs - promover redes de acompañamiento con voluntariado...
4. Conocer y participar en la mejora de los mecanismos de coordinación entre los niveles asistenciales para facilitar la continuidad de cuidados, especialmente en las personas dependientes y sus cuidadores/as.	Realizar las actividades indicadas en el Servicio de Continuidad de Cuidados entre AP y AE, y de forma específica:	5. Mejorar la coordinación con otros niveles asistenciales como elemento de garantía de la continuidad de cuidados del equipo de Atención Primaria con la red social.	1 La Enfermera Gestora de Casos en Atención Primaria será referente para las enfermeras supervisoras y enfermeras de las unidades de hospitalización en relación a la continuidad de cuidados, junto con el adjunto del Centro de Salud. 2 Planificación de altas hospitalarias con las enfermeras supervisoras y enfermeras de las unidades de hospitalización de aquellos pacientes

			<p>susceptibles de ser incluidos en el programa de atención domiciliaria.</p> <p>3 Coordinación con las Enfermeras de los Equipos de Salud Mental.</p>
<p>5. Potenciar circuitos para la obtención, recogida y reutilización de material específico para la atención domiciliaria.</p>	<p>1. Elaborar un censo del material ortoprotésico que se encuentra en los domicilios, incluyendo el tipo de material –camas articuladas, sillas, colchones antiescaras, aspiradores,...- y estado del mismo.</p> <p>2. Establecer acuerdos de colaboración con los hospitales, servicios sociales municipales y/o ONGs para crear un circuito que gestione la recogida, reciclaje y reutilización de los materiales específicos para la Atención Domiciliaria.</p> <p>3. Establecer criterios sociosanitarios para la priorización de la asignación de este material específico a las personas dependientes.</p> <p>4. Realizar acuerdos con los Centros de Atención Especializada (CAEs) y/o especialistas de referencia para agilizar los trámites administrativos para la obtención de material</p>	<p>6. Garantizar el uso adecuado del material de ayudas técnicas para el cuidado.</p>	<p>4.6.1. La Enfermera Gestora de Casos en Atención Primaria junto al resto de los miembros del EBAP y las Trabajadoras Sociales de los Dispositivos de Apoyo de los Distritos Sanitarios, realizará la valoración y petición del material de ayuda teniendo como referencia el protocolo de asignación de dicho material.</p> <p>4.6.2. La Enfermera Gestora de Casos junto al resto de los miembros del EBAP y las Trabajadoras Sociales de los Dispositivos de Apoyo de los Distritos Sanitarios, colaborará en la recuperación de material de ayuda de atención domiciliaria.</p>

2.3 El origen del servicio y su desarrollo, o ¿dónde y cuándo hay enfermeras comunitarias de enlace?

El proyecto canario aportó la evaluación del modelo y las claves para la gestión de la calidad del mismo⁵⁷⁻⁵⁸. Por ello en el año 2002, el Servicio Andaluz de Salud (SAS) decide poner en marcha una iniciativa similar como medida de desarrollo del Plan de Ayuda a las Familias Andaluzas⁵⁹⁻⁶⁰. Este proyecto incorpora las ECE en toda la comunidad autónoma. Los objetivos de trabajo son similares a los del proyecto canario⁶¹ al que suman la dotación de material de ayuda a domicilio para distribuir por las enfermeras, Tabla 9. Este servicio continúa en la actualidad.

Desde principios del año 2000 hasta ahora se suceden iniciativas que desarrollan servicios similares, por ejemplo en 2004 el Servicio Aragonés de Salud pone en marcha una iniciativa similar, ligada a la mejora de la calidad de las enfermeras de AP. Otros servicios regionales como el Valenciano, el Riojano ponen en marcha procesos de análisis de alternativas para la mejora de la AD en el que incluyen el análisis de este modelo⁶². Cataluña⁶³, País Vasco⁶⁴ o Navarra⁶⁵ desarrollan propuestas similares asociadas al abordaje de la cronicidad

En abril de 2005 se celebran las primeras jornadas de ECE en Canarias, con un doble objetivo: seguir unificando criterios en la gestión clínica de casos, el trabajo con las cuidadoras, la coordinación con los Servicio Sociales Municipales y los Servicios Sanitarios, y mejorar la formación de las ECE en valoración, diagnóstico, intervenciones y resultados esperables de la esfera psicosocial.

Tabla 10: desarrollo del servicio, cronología

Fuente: elaboración propia

2000	Canarias
2001	
2002	Andalucía, Cataluña
2003	
2004	Valencia
2005	
2006	
2007	
2008	
2009	
2010	País Vasco

2.4 La enfermería de práctica avanzada, o ¿existe un marco para las enfermeras comunitarias de enlace?

El perfil de competencias de las enfermeras de enlace va unido al concepto de Enfermería de Práctica Avanzada (EPA). Este enfoque se está instalando en la discusión y reflexión sobre el rol profesional y el futuro de la enfermería⁶⁶. En los últimos años se han publicado diferentes artículos; se ha hablado, discutido, expuesto y reflexionado sobre esta figura, en diferentes reuniones, congresos y blogs. Es un tema de gran interés cuya primera dificultad consiste en definir y concretar el concepto. Sánchez et al ya expusieron una definición de la EPA en el contexto del análisis de las competencias de la Enfermería Familiar y Comunitaria⁶⁷.

Este apartado se propone revisar esta figura, hacer una aproximación conceptual y relacionarla o contraponerla con el perfil de la enfermera gestora de casos o enfermera de enlace.

La definición del Consejo Internacional de Enfermería.

Hay una definición para la (EPA) que proviene del Consejo Internacional de Enfermeras, es de mención obligada para todos los autores y la cita original es⁶⁸⁻⁶⁹:

“Definición: La enfermera de atención directa / enfermera de práctica avanzada es una enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimientos de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer. Como nivel de entrada se recomienda un título de nivel medio universitario.

Formación

- Formación a nivel avanzado.
- Reconocimiento oficial de los programas de formación con los que se prepara a las enfermeras de atención directa/enfermería de práctica avanzada acreditados o aprobados.
- Sistema oficial de autorización, registro, certificación y acreditación.

Naturaleza de la práctica profesional

- En ella se integran la investigación, la formación, el ejercicio profesional y la gestión.
- Alto grado de autonomía profesional y práctica independiente.
- Gestión de casos/casos propios.
- Capacidades avanzadas de evaluación de la salud, capacidades de adopción de decisiones y capacidades de explicación de diagnósticos.
- Competencias clínicas avanzadas reconocidas.
- Prestación de servicios de consultoría a los dispensadores de salud.
- Planifica, ejecuta y evalúa los programas.
- Reconocido primer punto de contacto para los clientes.”

Sobre esta definición cabe resaltar varias cuestiones: La primera es la recomendación de nivel de entrada con un título de nivel medio universitario, en España ese nivel corresponde con el de Máster Universitario. Otra cuestión a resaltar es el

requerimiento de formación específica y su reconocimiento oficial. La última cuestión es que las características de la naturaleza de la práctica avanzada requieren cambios organizativos y/o de gestión de los servicios.

Antes de ampliar esta definición con otras, se invita al lector a profundizar sobre estas ideas. En primer lugar en España después de los acuerdos de Bolonia y la reordenación de los estudios universitarios de enfermería como grado se abrió definitivamente la puerta a que las enfermeras accedieran y diseñaran los dos niveles académicos siguientes, Máster y Doctorado. Para acceder al Doctorado se requiere previamente un Máster con reconocimiento de oficialidad. La reciente actualización del modo de acceso al Doctorado establece que se puede acceder a partir de una especialidad sanitaria que se haya obtenido mediante un período de residencia de al menos dos años. Eso excluye a los profesionales que hayan obtenido u obtengan especialidad por alguna vía de acceso extraordinario. Las plazas para la formación en las especialidades enfermeras ofertadas por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad incluyeron las especialidades de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), Salud Mental, Salud Laboral, Pediátrica, Familiar y Comunitaria, y Geriátrica, todas con una duración de dos años. Es decir que la legislación en España, al menos para el acceso al Doctorado iguala el nivel de Máster con el de enfermera especialista.

La segunda cuestión sobre la que se llama la atención, es sobre el requerimiento de formación específica y su reconocimiento de oficialidad. En España el procedimiento para el reconocimiento de oficialidad de una formación puede hacerse de diversas maneras. Los más sencillos son a través de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y de las Secretarías Técnicas de Acreditación de las comunidades autónomas⁷⁰. Además es posible conseguir el reconocimiento de oficialidad a través del Consejo General de Enfermería⁷¹. Es un procedimiento más o menos laborioso pero asequible y posible.

Otra cuestión es el “requerimiento” de formación específica. Este requerimiento depende del contexto contractual en el que nos movamos. Por supuesto en el sector privado se puede solicitar un determinado perfil profesional que implique formación específica sin, mayor dificultad que su desarrollo práctico. En el sector sanitario público el procedimiento puede requerir la creación de la categoría profesional

La tercera cuestión que se destaca, es que la naturaleza de la práctica avanzada requiere cambios organizativos y/o de gestión. Pensando en una enfermera que trabaje en

un Centro de Salud, una práctica avanzada implicaría autonomía profesional y “práctica independiente”. Entrecorramos la “práctica independiente” porque pensamos que esta cuestión genera problemas tanto intraprofesionales: hay enfermeras que rechazan autonomía e independencia para ellas y para las demás; como interprofesionales: hay colectivos que han vivido mal la autonomía de las enfermeras y que se escandalizan ante la mención de la independencia. Se hace pues, necesario, una reorganización explícita de funciones dentro de los servicios, las empresas, el sistema sanitario y el resto de agentes implicados en ello. Además, también se necesita de una gestión eficiente de la EPA, no basta con decir que existe.

Hay otra línea de argumentación para esta cuestión sobre la legalidad o no de estas prácticas. Sigamos pues con la definición del CIE, además de la autonomía/independencia se menciona la gestión de casos y/o casos propios, capacidades avanzadas de evaluación de la salud, de adopción de decisiones y de explicación de diagnósticos (ojo no dice exclusivamente diagnósticos enfermeros), competencias clínicas avanzadas reconocidas y reconocido punto de contacto para los clientes.

¿Puede ser legal lo anterior? Merece citar la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias⁷² donde las funciones de la enfermera y la gestión clínica están en línea con lo descrito, Tabla 11. En concreto es importante destacar aquí que:

corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades (art 7.2 sobre funciones de los profesionales);

la atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas (art 9.1 sobre relaciones profesionales);

dentro de un equipo de profesionales, será posible la delegación de actuaciones, siempre y cuando estén previamente establecidas dentro del equipo las condiciones conforme a las cuales dicha delegación o distribución de actuaciones pueda producirse (art. 9.4 sobre relaciones profesionales); a los efectos de esta ley tienen la consideración de funciones de gestión clínica las relativas a la jefatura o coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales, las de tutorías y organización de formación especializada, continuada y de investigación y las de participación en comités internos o proyectos institucionales de los centros sanitarios dirigidos, entre otros, a asegurar la calidad, seguridad, eficacia, eficiencia y ética asistencial, la continuidad y coordinación entre niveles o el acogimiento, cuidados y bienestar de los pacientes (art 10.2 sobre gestión clínica);

la Comisión de Formación Continuada desarrollará las siguientes funciones: las de estudio, informe y propuesta para el establecimiento de procedimientos, criterios y requisitos para la acreditación y la acreditación avanzada de profesionales en un área funcional específica de una profesión o especialidad, como consecuencia del desarrollo de actividades de formación continuada acreditada (art. 34.4.e sobre las funciones de la Comisión de Formación continuada);

las Administraciones sanitarias públicas podrán expedir Diplomas de Acreditación y Diplomas de Acreditación Avanzada, para certificar el nivel de formación alcanzado por un profesional en un área funcional específica de una determinada profesión o especialidad, en función de las actividades de formación continuada acreditada desarrolladas por el interesado en el área funcional correspondiente (art.36.1 sobre los diplomas de Acreditación Avanzada).

<p>Tabla 11. Selección de artículos de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias referentes a funciones de los Diplomados Sanitarios, enfermeros, ejercicio profesional, relaciones interprofesionales y trabajo en equipo, y gestión clínica Fuente. Elaboración propia</p>
<p>Artículo 7. Diplomados sanitarios.</p>
<p>1. Corresponde, en general, a los Diplomados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para que les faculta su correspondiente título, la prestación personal de los cuidados o los servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención de salud, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en tal proceso.</p> <p>2. Sin perjuicio de las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica corresponda desarrollar a cada profesional sanitario, ni de las que puedan desarrollar otros profesionales, son funciones de cada una de las profesiones sanitarias de nivel Diplomado las siguientes:</p> <p>a) Enfermeros: corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.</p>
<p>Artículo 8. Ejercicio profesional en las organizaciones sanitarias.</p>
<p>1. El ejercicio profesional en las organizaciones sanitarias se regirá por las normas reguladoras del vínculo entre los profesionales y tales organizaciones, así como por los preceptos de ésta y de las demás normas legales que resulten de aplicación.</p>
<p>Artículo 9. Relaciones interprofesionales y trabajo en equipo.</p>

1. La atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas.
2. El equipo de profesionales es la unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multiprofesional e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales para realizar efectiva y eficientemente los servicios que les son requeridos.
3. Cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulará de forma jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y en su caso al de titulación, de los profesionales que integran el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas.
4. Dentro de un equipo de profesionales, será posible la delegación de actuaciones, siempre y cuando estén previamente establecidas dentro del equipo las condiciones conforme a las cuales dicha delegación o distribución de actuaciones pueda producirse. Condición necesaria para la delegación o distribución del trabajo es la capacidad para realizarlo por parte de quien recibe la delegación, capacidad que deberá ser objetivable, siempre que fuere posible, con la oportuna acreditación.
5. Los equipos de profesionales, una vez constituidos y aprobados en el seno de organizaciones o instituciones sanitarias serán reconocidos y apoyados y sus actuaciones facilitadas, por los órganos directivos y gestores de las mismas. Los centros e instituciones serán responsables de la capacidad de los profesionales para realizar una correcta actuación en las tareas y funciones que les sean encomendadas en el proceso de distribución del trabajo en equipo.

Artículo 10. Gestión clínica en las organizaciones sanitarias.

1. Las Administraciones sanitarias, los servicios de salud o los órganos de gobierno de los centros y establecimientos sanitarios, según corresponda, establecerán los medios y sistemas de acceso a las funciones de gestión clínica, a través de procedimientos en los que habrán de tener participación los propios profesionales. Tales funciones podrán ser desempeñadas en función de criterios que acrediten los conocimientos necesarios y la adecuada capacitación.
2. A los efectos de esta ley tienen la consideración de funciones de gestión clínica las relativas a la jefatura o coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales, las de tutorías y organización de formación especializada, continuada y de investigación y las de participación en comités internos o proyectos institucionales de los centros sanitarios dirigidos, entre otros, a asegurar la calidad, seguridad, eficacia, eficiencia y ética asistencial, la continuidad y coordinación entre niveles o el acogimiento, cuidados y bienestar de los pacientes.
3. El ejercicio de funciones de gestión clínica estará sometido a la evaluación del desempeño y de los resultados. Tal evaluación tendrá carácter periódico y podrá determinar, en su caso, la confirmación o remoción del interesado en dichas funciones, y tendrá efectos en la evaluación del desarrollo profesional alcanzado.
4. El desempeño de funciones de gestión clínica será objeto del oportuno reconocimiento por parte del centro, del servicio de salud y del conjunto del sistema sanitario, en la forma en que en cada comunidad autónoma se determine.

Artículo 34. Comisión de Formación Continuada.

<p>4. La Comisión de Formación Continuada desarrollará las siguientes funciones:</p> <p>e) Las de estudio, informe y propuesta para el establecimiento de procedimientos, criterios y requisitos para la acreditación y la acreditación avanzada de profesionales en un área funcional específica de una profesión o especialidad, como consecuencia del desarrollo de actividades de formación continuada acreditada.</p>
<p>Artículo 36. Diplomas de Acreditación y Diplomas de Acreditación Avanzada.</p>
<p>1. Las Administraciones sanitarias públicas podrán expedir Diplomas de Acreditación y Diplomas de Acreditación Avanzada, para certificar el nivel de formación alcanzado por un profesional en un área funcional específica de una determinada profesión o especialidad, en función de las actividades de formación continuada acreditada desarrolladas por el interesado en el área funcional correspondiente. Los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada, que deberán expedirse necesariamente de acuerdo con los requisitos, procedimiento y criterios establecidos conforme a lo previsto en el artículo 34.4.e), tendrán efectos en todo el territorio nacional, sea cual sea la Administración pública que expidió el diploma.</p> <p>2. Las Administraciones sanitarias públicas establecerán los registros necesarios para la inscripción de los Diplomas de Acreditación y de Acreditación Avanzada que expidan. Tales registros tendrán carácter público en lo relativo a la identidad del interesado, al diploma o diplomas que ostente y a la fecha de obtención de éstos.</p> <p>3. Los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada serán valorados como mérito en los sistemas de provisión de plazas cuando así se prevea en la normativa correspondiente.</p>

Para completar este análisis podemos comparar estas prácticas profesionales avanzadas con las competencias que deben alcanzar las especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria⁷³, Tabla 12. Estas especialistas tienen que formarse explícitamente en estas competencias, han de ser evaluados y se les reconoce estas competencias con su título. Se puede observar que existe coherencia entre lo que se plantea sobre la naturaleza de la práctica profesional desde el CIE y los valores y competencias de la EFyC.

Tabla 12: Naturaleza la EPA según la definición CIE vs Competencias EFyC		
Fuente: Elaboración propia		
CIE. Naturaleza de la práctica profesional(36)		Ministerio de Sanidad. Valores y competencias la EFyC(35)
• En ella se integran la	Investigación	<p>3.2 Agrupación de las competencias avanzadas en la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.–En el contexto del sistema sanitario las competencias avanzadas de estos profesionales pueden agruparse en los siguientes apartados:</p> <p>e) Competencias vinculadas con la investigación, cuyas finalidades son: utilizar la mejor evidencia científica disponible, generar conocimiento y difundir el ya existente. (Apartado 9 de este programa).</p> <p>3.3 Competencias prioritarias.–Se consideran competencias prioritarias las orientadas a:</p> <p>i) Mejorar la práctica enfermera en el ámbito familiar y comunitario a través de la investigación en cuidados enfermeros y de la participación en líneas de investigación multiprofesionales.</p> <p>9. Competencias en investigación Capacidad para:</p> <p>a) Basar su práctica clínica y la de los equipos que lidera en la mejor evidencia disponible.</p> <p>b) Generar conocimiento científico.</p> <p>c) Difundir el conocimiento científico.</p>
	la formación	<p>7. Competencias docentes Capacidad para:</p> <p>a) Identificar y valorar las necesidades de formación y los factores que influyen en el aprendizaje de cuidados en el ámbito familiar y comunitario, que permitan dar una respuesta eficaz y eficiente.</p> <p>b) Elaborar los objetivos de aprendizaje.</p> <p>c) Determinar el plan de enseñanza que mejor se adapte a las necesidades/demandas identificadas.</p> <p>d) Decidir las fórmulas pedagógicas que se han de utilizar y que mejor se adapten a cada caso concreto.</p> <p>e) Gestionar y facilitar la preparación y utilización adecuadas del material didáctico necesario para impartir la enseñanza.</p> <p>f) Gestionar la aplicación del plan de enseñanza.</p> <p>g) Evaluar la consecución del aprendizaje de las personas y de la enseñanza por las personas.</p> <p>h) Diseñar textos de divulgación: folletos, protocolos, artículos de opinión.</p>
	el ejercicio profesional	<p>2. Los valores de la Enfermera Familiar y Comunitaria</p> <p>f) Compromiso con el desarrollo profesional: La Enfermera Familiar y Comunitaria está comprometida con el desarrollo general de su profesión y particularmente con el de su principal ámbito de trabajo, la enfermería que interviene con las familias, las comunidades y en la salud pública.</p> <p>La polivalencia del trabajo de la Enfermera Familiar y Comunitaria es una característica de la especialidad y un incentivo para participar activamente en la investigación, desarrollo, consolidación y actualización de su propio cuerpo de conocimientos y marco de actuación.</p>

	<p>la gestión</p>	<p>3.2 Agrupación de las competencias avanzadas en la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.–En el contexto del sistema sanitario las competencias avanzadas de estos profesionales pueden agruparse en los siguientes apartados:</p> <p>d) Competencias vinculadas con la gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario, con la finalidad de aplicarlos según los principios de equidad, efectividad y eficiencia y desarrollando estrategias de mejora de la calidad asistencial en los cuidados a la comunidad. (Apartado 8 de este programa).</p> <p>8. Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario. Capacidad para:</p> <p>a) Liderar, coordinar y dirigir los procesos de gestión clínica de cuidados. pacientes, familias y grupos sociales en el ámbito de la especialidad.</p> <p>b) Gestionar, liderar y coordinar grupos de trabajo y el trabajo en equipo de enfermería y multidisciplinar.</p> <p>c) Gestionar, liderar y coordinar la continuidad de cuidados individuales, familiares y comunitarios y los servicios sanitarios.</p> <p>d) Gestionar los sistemas de información relativos a la práctica profesional y proponer mejoras en el desarrollo de la documentación clínica en el ámbito de actuación de la especialidad.</p> <p>e) Gestionar, liderar y coordinar la mejora continua de la calidad de los cuidados.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Alto grado de autonomía profesional y práctica independiente. • Gestión de casos/casos propios. • Capacidades avanzadas de evaluación de la salud, capacidades de adopción de decisiones y capacidades de explicación de diagnósticos. • Competencias clínicas avanzadas reconocidas. <p>Reconocido primer punto de contacto para los clientes.</p>		<p>2. Los valores de la Enfermera Familiar y Comunitaria</p> <p>La misión de la Enfermera Familiar y Comunitaria es la participación profesional en el cuidado compartido de la salud de las personas, las familias y las comunidades, en el «continuum» de su ciclo vital y en los diferentes aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, en su entorno y contexto socio-cultural.</p> <p>b) Compromiso con la sociedad, la equidad y la eficiente gestión de los recursos: La Enfermera Familiar y Comunitaria al desarrollar su actividad en el ámbito de la atención primaria de salud es el primer contacto y puerta de entrada al sistema sanitario. Tiene una alta responsabilidad social respecto al uso eficiente de los recursos sanitarios, ya que su uso inadecuado no sólo representa un riesgo para las personas, sino también un gasto innecesario que priva al conjunto de la sociedad de otros recursos.</p> <p>La Enfermera Familiar y Comunitaria como profesional que trabaja en el primer nivel de atención debe facilitar el acceso al sistema sanitario, eliminando cualquier barrera física, estructural u organizativa que lo dificulte. Asimismo facilitará y potenciará la participación ciudadana activa y responsable en la búsqueda de respuestas a sus problemas de salud y en la planificación de los servicios sanitarios.</p> <p>La Enfermera Familiar y Comunitaria adquiere un especial compromiso con los sectores sociales más desfavorecidos por razones de clase social, género, etnia, edad, discapacidad, enfermedad, etc. con el objetivo de mantener un principio de equidad en el acceso a sus cuidados. Para ello planifica, dirige e implementa en su actividad cotidiana programas de salud específicos dirigidos a cubrir las necesidades de estos y otros grupos en riesgo.</p> <p>La Enfermera Familiar y Comunitaria coopera y participa activamente con las organizaciones y redes comunitarias, organizaciones no gubernamentales, asociaciones de ayuda mutua y demás instituciones públicas o privadas que tienen por objetivo mejorar la salud del conjunto de las personas.</p>

	<p>3.2 Agrupación de las competencias avanzadas en la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.–En el contexto del sistema sanitario las competencias avanzadas de estos profesionales pueden agruparse en los siguientes apartados:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Competencias vinculadas con la provisión de cuidados avanzados en la atención clínica directa en el ámbito de la atención familiar y comunitaria a personas a lo largo de su ciclo vital y a las familias en todas sus etapas, tanto en lo que se refiere a su gestión, como planificación y desarrollo, de acuerdo a las necesidades de la población y a las exigencias de los servicios de salud. (Apartado 5 de este programa). <p>5. Competencias clínicas avanzadas en el ámbito familiar y comunitario. 5.1 Clínica y metodología avanzada. Capacidad para:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Aplicar modelos conceptuales para la práctica de la enfermería en el ámbito de la atención familiar y comunitaria.b) Utilizar el proceso enfermero de valoración del estado de salud, identificación de problemas de salud/diagnósticos enfermeros y objetivos del usuario (familia o grupo), planificación de intervenciones de tratamiento enfermero y evaluación de los resultados.c) Establecer una comunicación efectiva y relación terapéutica con pacientes, familias y grupos sociales en el ámbito de la especialidad.d) Realizar técnicas diagnósticas y terapéuticas especialmente relacionadas con la prevención y el control de enfermedades crónicas más prevalentes.e) Planificar, dirigir, desarrollar y evaluar, junto a otros especialistas y profesionales, programas de atención a las enfermedades crónicas presentes en el ámbito familiar y comunitario.f) Usar e indicar el uso de fármacos y otros productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería en el ámbito de la atención familiar y comunitaria, de acuerdo con la legislación vigente, con especial atención a los procesos de cronicidad y a las situaciones de dependencia.g) Integrar e indicar otras medidas terapéuticas no farmacológicas como dieta, técnicas de relajación o ejercicio físico en las alteraciones de salud más frecuentes en el ámbito de la especialidad con especial atención a los procesos de cronicidad y a las situaciones de dependencia.h) Planificar, dirigir, desarrollar y evaluar, junto a otros especialistas y profesionales, programas de cirugía menor en los ámbitos de intervención de la enfermería familiar y comunitaria.i) Detectar situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención.j) Trabajar en equipo, en atención familiar y comunitaria.k) Documentar y registrar el proceso de atención utilizando las nuevas tecnologías de la información y comunicación en el ámbito de actuación de la especialidad.l) Manejar los conflictos éticos y legales que se planteen como consecuencia de la práctica de la enfermería familiar y comunitaria, para solucionarlos o en su caso remitirlos a otras instancias.
--	---

	<p>m) Gestionar, liderar y desarrollar la atención familiar y comunitaria desde la perspectiva de la seguridad del paciente.</p> <p>n) Liderar, diseñar y aplicar una atención sanitaria y unos cuidados de enfermería familiar y comunitaria basados en la gestión de casos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Prestación de servicios de consultoría a los dispensadores de salud. • Planifica, ejecuta y evalúa los programas. 	<p>5. Competencias clínicas avanzadas en el ámbito familiar y comunitario</p> <p>5.1 Clínica y metodología avanzada.</p> <p>e) Planificar, dirigir, desarrollar y evaluar, junto a otros especialistas y profesionales, programas de atención a las enfermedades crónicas presentes en el ámbito familiar y comunitario.</p> <p>h) Planificar, dirigir, desarrollar y evaluar, junto a otros especialistas y profesionales, programas de cirugía menor en los ámbitos de intervención de la enfermería familiar y comunitaria.</p> <p>5.4 La atención a la salud general en la etapa adulta. Capacidad para:</p> <p>a) Planificar, desarrollar, ejecutar y evaluar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del adulto en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales prevalentes en la edad adulta, tanto individual como grupalmente.</p> <p>b) Planificar, ejecutar y evaluar programas de gestión de los cuidados a las personas con enfermedad o dependencia en términos de igualdad, desarrollándolos, tanto en los dispositivos sanitarios como en el entorno familiar o domiciliario y comunitario.</p> <p>d) Planificar, ejecutar y evaluar programas en relación con la cronicidad o discapacidad desarrollándolos tanto en los dispositivos sanitarios como en el entorno familiar o domiciliario y comunitario.</p> <p>5.5 La atención a la salud sexual, reproductiva y de género: Capacidad para:</p> <p>c) Promover la salud durante el embarazo, parto y puerperio en el entorno familiar y comunitario y participar con otros miembros del equipo y/o especialistas en la planificación, dirección, coordinación y evaluación de actividades específicas.</p> <p>5.6 La atención a las personas ancianas: Capacidad para:</p> <p>a) Planificar, desarrollar, ejecutar y evaluar programas de promoción de la salud de las personas ancianas en su entorno familiar y comunitario.</p> <p>b) Planificar, desarrollar, ejecutar y evaluar, junto con otros profesionales y especialistas, programas de prevención de las complicaciones y problemas de salud más frecuentes en los mayores en su entorno familiar y comunitario.</p> <p>5.7 La atención a las familias: Capacidad para:</p> <p>a) Planificar, dirigir, desarrollar y evaluar programas de cuidados integrales dirigidos a promover la salud y prevenir problemas en las familias, en contextos de salud y con especial atención en los de riesgo de enfermedad.</p> <p>6. Competencias en salud pública y comunitaria Capacidad para:</p> <p>a) Analizar la situación de salud de la comunidad y planificar y desarrollar programas de promoción de la salud comunitaria.</p> <p>b) Planificar y desarrollar programas de educación para la salud en la comunidad.</p> <p>c) Diseñar, ejecutar y evaluar programas de vigilancia epidemiológica.</p> <p>f) Planificar y desarrollar acciones sobre la salud medio ambiental.</p>

Por último, tras la revisión de la LOPS, y la comparación CIE-EFyC, podemos comparar esta definición con algo más concreto: los objetivos y tareas de las enfermeras comunitarias de enlace / gestoras de casos. En la Tabla 13 se expone esta comparación. De nuevo entendemos que existe coherencia entre unas y otras

Tabla 13: EPA según CIE, y objetivos y actividades ECE / EGC				
Fuente: Elaboración propia.				
CIE	Servicio Canario de la Salud(28)		Servicio Andaluz de la Salud(29)	
Naturaleza de la práctica profesional	Población Diana	<p>1.- Personas que reúnan alguno de los criterios de inclusión para la Atención Domiciliaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padecer una patología física, mental y/o funcional incapacitante - que no puedan acudir a su Centro de Salud (CS). • Reciente alta hospitalaria y no puedan desplazarse al CS -que continúen en convalecencia y hasta su recuperación-. • Patología o enfermedad terminal. <p>2. Personas cuidadas en Centros Sociosanitarios adscritos al CS y que reúnan algunos de los criterios anteriores.</p> <p>3. Toda persona mayor de 80 años o más, que no esté incluida en los grupos anteriores.</p>	Población Diana	<p>1 Personas inmovilizadas o grandes discapacitados, estimándose esta población en el 15 % de los mayores de 65 años .</p> <p>2 Personas inmovilizadas o grandes discapacitados menores de 65 años, estimándose en el 9,6^º de los menores de 65 años .</p> <p>3 Pacientes en situación terminal con necesidad de cuidados paliativos, estimándose ésta en el 0.3 % de la población general1.</p> <p>4 Personas con alta hospitalaria necesitadas de cuidados a domicilio estimándose ésta en el 12,5 % del total de las altas hospitalarias.</p> <p>5 Personas cuidadas en instituciones, estimándose</p>

		4. Cuidadores/as principales de personas susceptibles de Atención Domiciliaria.		<p>en un 2,5 % de la población mayor de 65 años .</p> <p>6 Cuidadoras principales de este tipo de pacientes. Se estima en un 80 % del total de personas necesitadas de cuidados domiciliarios, sin incluir las personas internadas en residencias.</p> <p>7. Se incluirá dentro de la población diana las personas afectadas de “enfermedades raras”, no sólo por el deterioro funcional, sobre todo ante situaciones de crisis, que afecta a este tipo de pacientes, si no por la necesidad de coordinación entre los diferentes profesionales y servicios que deben ponerse en marcha para atender este tipo de patologías.</p>
	Objetivos	Actividades	Objetivos	Actividades
	1. Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las personas dependientes incluidas en el servicio.	1. Captar a los personas susceptibles de inclusión en el servicio a través del equipo de atención primaria: médico, enfermera/o, trabajador/a social y otras fuentes -Servicios Sociales Municipales, movimientos asociativos,...-.	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	1. Captación activa, junto con otros miembros del EBAP y otros profesionales del Dispositivo de Apoyo, de todas las personas susceptibles de recibir atención domiciliaria.

		<p>2. Realizar una valoración integral periódica a todas las personas incluidas, utilizando los Patrones Funcionales de Salud (PFS), para la detección y prevención de problemas de salud.</p> <p>3. Establecer y participar en reuniones de coordinación con los profesionales correspondientes del EAP para la gestión del caso: compartir información relevante, consensuar el plan de cuidados y coordinación de las intervenciones.</p> <p>4. Informar a la enfermera de referencia cuando un paciente incluido en el servicio se desplace temporalmente o definitivamente a otra ZBS.</p> <p>5. El seguimiento se realizará con la siguiente periodicidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A las personas incluidas en Atención Domiciliaria dos veces al año. • A las personas de riesgo de Atención Domiciliaria de manera anual. Se realizará un seguimiento telefónico a los 6 meses en caso de caídas, duelo, ingreso hospitalario y sobreesfuerzo en el rol de cuidador. 	<p>cumplan con los criterios de inclusión.</p>	<p>2 Se impulsará la atención integral a las necesidades de cada persona captada, por todos los profesionales que intervienen en la provisión del servicio, directamente y / o de forma complementaria en todos los casos necesarios. Para esto se realizará una valoración integral, recomendándose la estructura de valoración por patrones funcionales de M. Gordon y/o valoración por necesidades de Virginia Henderson.</p>
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Cuando existan cambios en la situación del paciente que así lo requiera o lo aconseje. 		
	<p>2. Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los/as cuidadores/as principales de las personas incluidas en el servicio.</p>	<p>1. Captar a los/las cuidadores/as principales de los pacientes incluidos en el servicio (ver actividades 1).</p> <p>2. Realizar una valoración integral del/la cuidador/a principal, por Patrones Funcionales de Salud (PFS), enfocada a la detección y prevención de problemas de salud.</p> <p>3. Establecer reuniones de coordinación con los profesionales correspondientes del EAP para la gestión del caso: compartir información relevante, consensuar el plan de cuidados y coordinación de las intervenciones.</p> <p>4. El seguimiento se realizará con la siguiente periodicidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A los/as cuidadores/as de las personas incluidas en Atención Domiciliaria, dos veces al año. • A los/as cuidadores/as de las personas de riesgo de Atención Domiciliaria, de manera anual. <p>5. Se ofertarán talleres de formación grupal para las personas cuidadoras, de forma trimestral.</p>	<p>2. Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las cuidadoras principales de estos pacientes.</p>	<p>1. Captación de las cuidadoras principales de todas las personas incluidas en atención domiciliaria.</p> <p>2. Se impulsaran medidas que mejoren la atención integral a las cuidadoras principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria.</p> <p>Cada cuidadora deberá ser valorada desde una perspectiva integral de la misma forma que el paciente y se propondrá un plan de intervención específico.</p> <p>3 Se ofrecerán talleres de apoyo al cuidado para las cuidadoras principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria. (Anexo 1)</p> <p>4. Se fomentarán redes de apoyo, formales e informales, para los cuidadoras principales de</p>

		Para esta formación grupal se puede utilizar el material de apoyo del “Taller de formación y educación sanitaria para personas cuidadoras”		las personas incluidas en la atención domiciliaria.
	<i>1. Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las personas dependientes incluidas en el servicio.</i>	<i>3. Establecer y participar en reuniones de coordinación con los profesionales correspondientes del EAP para la gestión del caso: compartir información relevante, consensuar el plan de cuidados y coordinación de las intervenciones.</i> <i>4. Informar a la enfermera de referencia cuando un paciente incluido en el servicio se desplace temporalmente o definitivamente a otra ZBS.</i>	3 Facilitar la mejora de la Atención Domiciliaria al Equipo de Atención Primaria.	1. Participar en actividades de formación conjunta con los profesionales de los EBAP 2. Consensuar modelos de actuación para la mejora de la atención domiciliaria.
	3. Crear y/o mantener mecanismos de coordinación con los recursos y servicios sociales de la zona de salud destinados a la atención a las personas dependientes y sus cuidadores/as.	1. Presentar el servicio a los distintos agentes sociales. 2. Colaborar en la elaboración del protocolo de coordinación del EAP con los Servicios Sociales Municipales para la atención domiciliaria de las personas dependientes y sus cuidadores/as, y participar en aquellas actividades que genere este protocolo. 3. Establecer conjuntamente con el/la trabajador/a social del EAP un	4. Mejorar la coordinación del equipo de Atención Primaria con la red social.	Las Enfermeras Gestoras de Casos en Atención Primaria realizará con la Trabajadora Social aquellas acciones necesarias para: • Colaborar en la búsqueda de las redes sociales de la zona y la realización de una guía de recursos sociocomunitarios de la misma. • Colaborar en los diseños de protocolos de actuación

		<p>calendario de reuniones periódicas con los profesionales de los Servicios Sociales para el seguimiento de casos.</p> <p>4. Establecer acuerdos para la participación del EAP en la formación de los/las auxiliares a domicilio del Servicio de Ayuda a Domicilio Municipal y otros profesionales de recursos sociosanitarios de la zona de salud.</p> <p>5. Participar en la realización de encuentros con todos los implicados que favorezca la consolidación de la red de recursos.</p>		<p>conjunta del equipo de atención primaria y las redes sociales para la atención domiciliaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar actuaciones concretas con las redes informales tales como: colaboración con asociaciones de cuidadores informales, ONGs - promover redes de acompañamiento con voluntariado...
	<p>4. Conocer y participar en la mejora de los mecanismos de coordinación entre los niveles asistenciales para facilitar la continuidad de cuidados, especialmente en las personas dependientes y sus cuidadores/as.</p>	<p>Realizar las actividades indicadas en el Servicio de Continuidad de Cuidados entre AP y AE, y de forma específica:</p>	<p>5. Mejorar la coordinación con otros niveles asistenciales como elemento de garantía de la continuidad de cuidados del equipo de Atención Primaria con la red social.</p>	<p>1 La Enfermera Gestora de Casos en Atención Primaria será referente para las enfermeras supervisoras y enfermeras de las unidades de hospitalización en relación a la continuidad de cuidados, junto con el adjunto del Centro de Salud.</p> <p>2 Planificación de altas hospitalarias con las enfermeras supervisoras y enfermeras de las unidades de hospitalización de aquellos pacientes susceptibles de ser incluidos</p>

				<p>en el programa de atención domiciliaria.</p> <p>3 Coordinación con las Enfermeras de los Equipos de Salud Mental.</p>
	<p>5. Potenciar circuitos para la obtención, recogida y reutilización de material específico para la atención domiciliaria.</p>	<p>1. Elaborar un censo del material ortoprotésico que se encuentra en los domicilios, incluyendo el tipo de material –camas articuladas, sillas, colchones antiescaras, aspiradores,...- y estado del mismo.</p> <p>2. Establecer acuerdos de colaboración con los hospitales, servicios sociales municipales y/o ONGs para crear un circuito que gestione la recogida, reciclaje y reutilización de los materiales específicos para la Atención Domiciliaria.</p> <p>3. Establecer criterios sociosanitarios para la priorización de la asignación de este material específico a las personas dependientes.</p> <p>4. Realizar acuerdos con los Centros de Atención Especializada (CAEs) y/o especialistas de referencia para agilizar los trámites administrativos para la obtención de material</p>	<p>6. Garantizar el uso adecuado del material de ayudas técnicas para el cuidado.</p>	<p>4.6.1. La Enfermera Gestora de Casos en Atención Primaria junto al resto de los miembros del EBAP y las Trabajadoras Sociales de los Dispositivos de Apoyo de los Distritos Sanitarios, realizará la valoración y petición del material de ayuda teniendo como referencia el protocolo de asignación de dicho material.</p> <p>4.6.2. La Enfermera Gestora de Casos junto al resto de los miembros del EBAP y las Trabajadoras Sociales de los Dispositivos de Apoyo de los Distritos Sanitarios, colaborará en la recuperación de material de ayuda de atención domiciliaria.</p>

Otras definiciones.

El informe publicado por la OCDE el año 2012 “Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries”⁷⁴ al analizar las diferentes definiciones en los doce países (Australia, Bélgica, Canadá, Chipre, República Checa, Finlandia, Francia, Irlanda, Japón, Polonia, Reino Unido y Estados Unidos) estudiados, parte de la definición antes citada y constata que son consistentes con la del CIE adaptada a cada contexto. Reproducimos en la tabla 14 una selección de dichas definiciones.

Tabla 14: National definitions of advanced practice nursing in Australia, Canada, Ireland and the United States.

Fuente: elaboración propia a partir de Delamaire, M. and G. Lafortune (2010)

Australia (Australian Nursing and Midwifery Council, ANMC)

“Advanced practice nursing defines a level of nursing practice that utilises extended and expanded skills, experience and knowledge in assessment, diagnosis, planning, implementation and evaluation of the care required...Nurses practising at this level are educationally prepared at post-graduate level and may work in a specialist or generalist capacity. However, the basis of advanced practice is the high degree of knowledge, skill and experience that is applied within the nurse-patient/client relationship to achieve optimal outcomes through critical analysis, problem solving and accurate decision-making”. (ANMC, 2006)

Canada (Canadian Nurses Association, CNA)

“Advanced nursing practice’ is an umbrella term describing an advanced level of clinical nursing practice that maximizes the use of graduate educational preparation, in-depth nursing knowledge and expertise in meeting the health needs of individuals, families, groups, communities and population. It involves: analysing and synthesizing knowledge; understanding, interpreting and applying nursing theory and research; and developing and advancing nursing knowledge, and the profession as a whole”. (CNA, 2008)

Ireland (National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery, NCNM)

“Advanced nursing practice [roles] promote wellness, offer healthcare interventions and advocate healthy lifestyle choices for patients/clients, their families and carers in a wide variety of settings in collaboration with other healthcare professionals, according to agreed scope of practice guidelines. They utilise advanced clinical nursing knowledge and critical thinking skills to independently provide optimum patient/client care through caseload management of acute and/or chronic illness. Advanced nursing practice is grounded in the theory and practice of nursing and incorporates nursing and other related research, management and leadership theories and skills in order to encourage a collegiate, multidisciplinary approach to quality patient/client care. Advanced nursing practice is carried out by autonomous, experienced practitioners who are competent, accountable and responsible for their own practice. They are highly experienced in clinical practice and are educated to master’s degree level 1 (or higher). The postgraduate programme must be in nursing or an area which is highly relevant to the specialist field of practice (educational preparation must include substantial clinical modular component(s) pertaining to the relevant area of specialist practice). Advanced nursing practice roles are developed in response to patient/client need and healthcare service requirements at local, national and international levels. Advanced nursing practice must have a vision of areas of nursing practice that can be developed beyond the current scope of nursing practice and a commitment to the development of these areas” (NCNM, 2008a).

United States (APRN Consensus Work Group and National Council of State Boards of Nursing APRN Advisory Committee)

The definition of an “Advanced Practice Registered Nurse” (APRN) is a nurse who:

1. Has completed an accredited graduate-level education program preparing him/her for one of the four recognised APRN roles;
2. Has passed a national certification examination that measures APRN role and competencies and who maintains continued competence as evidenced by recertification;
3. Has acquired advanced clinical knowledge and skills preparing him/her to provide direct care to patients, as well as a component of indirect care;
4. Builds on the competencies of registered nurses (RNs) by demonstrating a greater depth and breadth of knowledge, a greater synthesis of data, increased complexity of skills and interventions, and more autonomous roles;
5. Is educationally prepared to assume responsibility and accountability for health promotion and/or maintenance as well as the assessment, diagnosis, and management of patient problems, which includes the use and prescription of pharmacologic and non-pharmacologic interventions;
6. Has clinical experience of sufficient depth and breadth to reflect the intended license; and
7. Has obtained a license to practice as an APRN in one of the four APRN roles: certified registered nurse anaesthetist (CRNA), certified nurse-midwife (CNM), clinical nurse specialist (CNS), or certified nurse practitioner (CNP).

(Source: APRN Consensus Work Group et al., 2008).

Es posible añadir más definiciones, aunque los conceptos siguen siendo similares⁷⁵⁻⁷⁶.

Operatividad. Los roles de la EPA.

Para hacer operativa la definición de EPA hemos de revisar sus roles y las actividades que conlleva. En el informe mencionado de la OCDE proponen un análisis de roles según el tipo de actividad, tipos o formatos de consultas y el formato de la coordinación. Así, según las actividades de los EPAs distinguen entre:

1 - Sustitución de tareas: determinadas tareas anteriormente realizadas por los médicos son transferidos a las EPAs. El objetivo es reducir la carga de trabajo médico, y reducir costes.

2 - Aumento de tareas: las EPAs asumen la responsabilidad por servicios nuevos, por ejemplo, nuevos programas de gestión de enfermedades crónicas o de mejora de la calidad hospitalaria. Estas nuevas actividades no se realizan habitualmente por médicos. Los objetivos son mejoras en el servicio a través de una mayor continuidad del cuidado o la calidad del servicio, el objetivo de reducir costes suele ser secundario.

La distinción entre sustitución y aumento no siempre es clara. Cuando se transfieren tareas de médicos a enfermeras, también suele haber diversificación o intensificación de ciertas actividades (por ejemplo, más tiempo dedicado por las EPAs en la prestación de asesoramiento y educación sanitaria dirigida al autocuidado).

Según los tipos o formatos de consultas EPAs:

1 - Consulta de enfermería intensiva / extensiva: Estos tipos de consultas están todavía basado en la teoría y en la práctica de enfermería estándar, aunque suponen una mayor experiencia en el campo. Por ejemplo en atención primaria distinguir entre una consulta llevada a cabo por una EPA y una no-EPA altamente experimentada no siempre está claro.

2 - Consultas tipo médica: este tipo de consultas se acercan más a una consulta médica, y por lo general implican la sustitución de tareas. En este tipo de consulta, pruebas y diagnósticos pueden ser llevadas a cabo por las EPAs. Estas consultas se pueden llevar a cabo con o sin la supervisión de un médico. Si se lleva a cabo bajo la supervisión de un médico, y se limita a incluir la participación en una consulta médica, entonces se puede considerar un "falso" papel avanzado (en el sentido de que las enfermeras no pueden desempeñar ningún papel más importante que en el pasado). Si se lleva a cabo sin la supervisión de un médico, entonces se corresponden más estrechamente a las verdaderas funciones avanzadas.

Por último según el formato de coordinación entre los médicos y las EPAs se distingue entre una relación jerárquica (personal de enfermería de práctica avanzada que trabajan bajo la supervisión de un médico), involucrando posiblemente grados variables de autonomía, o no jerárquico (personal de enfermería de práctica avanzada trabaja de manera autónoma, sin supervisión de un médico).

Para complementar esto, también podemos traer la definición USA ⁷⁷, donde se especifican cuatro posibles roles para EPA: enfermera anestesista, enfermera matrona, enfermera clínica especialista (nurse specialist) y enfermera clínica (nurse practitioner). Esta definición la elabora el Consejo Nacional de Juntas Estatales de Enfermería (NCSBN), una organización sin fines de lucro, cuyo propósito es proporcionar una organización a través del cual los consejos de enfermería y el consejo nacional debaten sobre asuntos de interés común. Es la organización que lidera el logro de consensos e iniciativas legislativas para la regulación de la EPA.

La enfermera matrona tiene un homólogo en nuestro país, una enfermera especialista en obstetricia y ginecología, la matrona. Históricamente en España hubo enfermeros (practicantes o ATS) que practicaron la anestesia mientras el sistema sanitario lo necesitó y hoy existe oferta formativa a nivel de Máster⁷⁸. Queda pues pendiente revisar el rol del enfermero clínico especialista o enfermero clínico.

La Academia Americana de Nurse Practitioners describe a las NP⁷⁹ como “Las NPs han venido prestando la atención primaria, aguda y especializada a los pacientes de todas las edades y estilos de vida de casi medio siglo. La NP evalúa a los pacientes, solicita e interpreta pruebas diagnósticas, hace diagnósticos, e inicia y gestiona planes de tratamiento, incluyendo prescripción de medicamentos. Son los profesionales de la salud de la elección para millones de pacientes “[traducción del autor]

En la mayoría de los países donde existe esta figura generalmente llevan a cabo actividades que son realizadas por los médicos de atención primaria, incluyendo diagnósticos, petición de pruebas complementarias, y medicamentos, unido a actividades en los ámbitos de la prevención y de la educación sanitaria, seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas, y una función general de coordinación y continuidad en la atención (solos o en conjunto con los médicos)⁷⁴.

Los NP se introdujeron por primera vez en los Estados Unidos a mediados de la década de los 60, en respuesta a la escasez de médicos de atención primaria en zonas rurales. En 2008, había 158.348 NP en los Estados Unidos, y habían aumentado desde 141209 NP en 2004. Dos tercios estaban trabajando en atención primaria. Las NP representaban el 87,5% de las EPAs registradas en USA⁸⁰.

En Canadá también se introdujeron a mediados de los 60 y también como respuesta a las necesidades de cuidados generales en zonas rurales y remotas donde los

médicos eran escasos. Su número disminuyó drásticamente en las décadas siguientes, antes de su reaparición en la década de 1990. Dos amplias categorías de NPs coexisten en Canadá: de atención primaria y de atención aguda (de trabajo en hospitales). A finales de los 90, la regulación de NP fue apoyada por los médicos con el fin de tener garantías de calidad⁸¹⁻⁸³.

En el Reino Unido, las NP han sido parte del Sistema Nacional de Salud desde principios de los años 70, pero su papel se consolidó a finales de la década de 1990 y su número ha aumentado significativamente desde entonces. En el Reino Unido están trabajando principalmente en el sector de la atención primaria. El Royal College of Nursing publica una guía con el trabajo de la NP, sus competencias, y el nivel de formación y entrenamiento⁸⁴⁻⁸⁷.

A modo de síntesis.

La enfermera de práctica avanzada es una figura que responde a necesidades de salud de la población y a necesidades de eficiencia de los sistemas y servicios sanitarios. En nuestro país el debate se ha centrado en conocer su historia, su significado en nuestro contexto y las barreras existentes, unido a llamadas sobre su oportunidad y valor. Por supuesto los autores se suman a esos llamamientos.

Se intenta aportar una revisión sobre su definición y concepto. Se puede ver que la definición originaria es la del CIE, y que los conceptos que incorpora en estos momentos pueden verse en nuestro país. Además por el desarrollo de competencias que comporta, la enfermera especialista en atención familiar y comunitaria, y la enfermera comunitaria de enlace, representan la base para crear esta figura en el contexto de la atención primaria.

Es posible una EPA en nuestro país a partir del marco legal, formativo y de práctica existente. Y dentro de la EPA se encuentran las enfermeras gestoras de casos como las ECE. Parece que la necesidad principal sería de adecuación real en el puesto de trabajo, una adecuación reorganizativa a coste económico cero o expresado de otra manera, de alto impacto y bajo coste. Una actuación reorganizativa que aportaría al gestor de macro, meso y micro gestión una herramienta valiosa de calidad, validada en muchísimos países de nuestro entorno. Aportaría valor al sistema sanitario al tiempo que favorece la atención y la distribución de cargas de trabajo.

3. Método.

3.1 Método en relación al objetivo principal.

El objetivo principal o central de este estudio es valorar el impacto de la gestión de casos en atención primaria mediante enfermeras comunitarias de enlace en términos de resultados para el paciente y su familia, y resultados de eficiencia para el sistema sanitario, empleando los datos de servicio disponibles en los sistemas de información de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

Para responder al objetivo central del estudio los datos relativos al servicio prestados por ECE, y aquellos que son relevantes para su evaluación son solicitados a la Dirección General de Programas Asistenciales del SCS. Estos datos provienen de DRAGO-AP, el sistema de historia clínica informatizada del SCS. Los datos para la evaluación no permiten la identificación individual de pacientes. Estos datos conforman una base a partir de la cual se revisa la información disponible y su pertinencia para los objetivos de este estudio. La estructura de esta base de datos y la definición de cada uno de los ítemes que la conforman aparecen en el Anexo 1.

Se dispone de una secuencia temporal o cronológica de datos mensuales para toda Canarias que comienza en enero de 2004 y termina en febrero de 2012. La secuencia sólo está completa en todo el período para la isla de Tenerife y los datos de la base están desagregados por Zona Básica de Salud. Por ello se seleccionan para responder al objetivo planteado los datos relativos a la isla de Tenerife.

El estudio se realiza sobre los Centros de Atención Primaria de la isla de Tenerife, en el período 2004-2012. La información que se emplea en el estudio pertenece a aquellos centros que durante el período completo contaron, o bien con el servicio (grupo de intervención), o no contaron con el servicio (grupo de control). Los centros que durante el período a estudio no contaron por completo con el servicio y se incorporaron de forma progresiva a él, se excluyen del análisis comparativo para evitar el sesgo de indicadores sometidos a la influencia de la curva de aprendizaje.

Una serie temporal es una secuencia cronológicamente ordenada de valores de medición sobre el estado de una variable cuantitativa de un proceso, obtenida a partir de la observación de su comportamiento en el transcurso del tiempo. Cuando los valores de estado de la variable se dan de forma permanente o fluida en el tiempo, como podría ser el caso del registro de una señal biológica, se dice que la serie temporal es continua. Una serie temporal continua ofrece la medida instantánea del estado de la variable observada, teóricamente

para momentos de tiempo tan pequeños como se quiera. Cuando los valores de estado de la variable se ofrecen no para cualquier momento de tiempo, sino para intervalos de tiempo, usualmente homogéneos, y representa una magnitud acumulada del estado de la variable durante cada uno de esos intervalos, se dice que la serie temporal es discreta. ...

...

Las series temporales manifiestan dos características singulares:

1. Conforman muestras de una sola observación.
 2. Entre los valores temporales observados en la variable suele aparecer cierto grado de correlación.
- Tales características hacen inoperantes, para su tratamiento, a los métodos de la estadística paramétrica. Estos métodos parten del supuesto de representatividad estadística e independencia de los elementos en la muestra, lo cual no cuplen las series temporales, de forma habitual. ⁸⁸

3.1.1. Descripción de indicadores disponibles.

Se seleccionan por tanto para el análisis los datos disponibles en el SCS para el período enero de 2004-febrero de 2012, desagregados por ZBS en la isla de Tenerife, relativos al servicio de Continuidad de Cuidados y de las Enfermeras Comunitarias de Enlace. La descripción detallada de estos datos e indicadores se adjunta en el Anexo 1, se discrimina en este anexo entre indicadores y los datos necesarios para su construcción.

Los indicadores empleados tienen una periodicidad mensual y se agrupan para su análisis en las categorías siguientes:

- 1-Atención Domiciliaria y su impacto en resultados clínicos y uso de recursos, están disponibles para Zonas Básicas de salud con y sin enfermeras de enlace.
- 2- Específicos del servicio prestado por enfermeras de enlace y exclusivos de las Zonas Básicas de salud donde están presentes.
- 3-Sobre informatización y uso del método enfermero.

1-Atención Domiciliaria y su impacto en resultados clínicos y uso de recursos, están disponibles para Zonas Básicas de salud con y sin enfermeras de enlace: incluye indicadores de resultado y de actividad o proceso.

- a. Cartera de Servicios. Continuidad de cuidados para la atención domiciliaria.
Indicadores de cobertura

- 1 Cobertura de Atención Domiciliaria: relación entre personas en atención domiciliaria incluidas y esperadas (14% de los mayores de 65 años adscritos). Incluye en el numerador a los pacientes terminales y a los inmovilizados menores de 65 años
 - 2 Cobertura de Confinados en Continuidad de Cuidados: relación entre personas confinadas incluidas en el Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria y las personas inmovilizadas esperadas (14% de población mayor de 65 años adscrita)
 - 3 Cobertura de Cuidadoras en Continuidad de Cuidados relacionadas con confinados: porcentaje de personas cuidadoras incluidas en relación a las personas confinadas incluidas en el Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria
 - 4 Riesgo social valorado por el Trabajador social: porcentaje de las personas con riesgo social incluidas en el servicio de continuidad de cuidados de atención domiciliaria, que han sido valoradas por la trabajadora social
 - 5 Confinados con más de cuatro visitas de la Unidad de Atención Familiar: porcentaje de las personas confinadas del servicio de atención domiciliaria que han tenido cuatro ó más visitas domiciliarias de médicos o de enfermeros que no sean enfermeros de enlace en el último año.
 - 6 Cobertura de Talleres a cuidadoras: porcentaje de los cuidadores incluidos que ha realizado el taller de cuidadores.
- b. Cartera de Servicios. Continuidad de cuidados para la atención domiciliaria. Indicadores de resultados
- 7 Hospitalizaciones: porcentaje de ingresados en hospital en el último año de entre las personas del cupo incluidas como confinadas en el Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria

8 Ulceras por Presión: porcentaje de pacientes con úlceras por presión de entre las personas del cupo incluidas como confinadas en el Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria

9 Caídas: porcentaje de pacientes con caídas de entre las personas del cupo incluidas como confinadas en el Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria

10 Sobre esfuerzo cuidadoras: porcentaje de pacientes con sobre esfuerzo del rol del cuidador de entre las personas del cupo incluidas como cuidadoras en el Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria

2- Específicos del servicio prestado por enfermeras de enlace y exclusivos de las Zonas Básicas de salud donde están presentes. Cartera de Servicios. Continuidad de cuidados para la atención domiciliaria. Indicadores de actividad

1 Visitas CC: número de visitas a pacientes incluidos en el Servicio de Continuidad de Cuidados, realizadas por enfermera/o comunitario de enlace en ese mes

2 Visitas CC confinados: número de visitas a pacientes incluidos en el Servicio de Continuidad de Cuidados como confinados, realizadas por enfermera/o comunitario de enlace en ese mes

3 Visitas CC cuidadoras: número de visitas a pacientes incluidos en el Servicio de Continuidad de Cuidados como cuidadores, realizadas por enfermera/o comunitario de enlace en ese mes

4 Visitas CC a no confinados y no cuidadoras: número de visitas a pacientes incluidos en el Servicio de Continuidad de Cuidados, no confinados ni cuidadores, realizadas por enfermera/o comunitario de enlace en ese mes

5 Jornadas con registros informatizados: jornadas en las que se registró alguna visita informatizada

6 Primeras Valoraciones CC: número de primeras valoraciones por patrones funcionales de salud a pacientes incluidos en el Servicio de Continuidad de Cuidados, realizadas por enfermera/o comunitario de enlace en ese mes. Primera valoración: valoración que no han sido precedidas de otra en los seis meses anteriores

7 Revaloraciones CC: número de revaloraciones por patrones funcionales de salud a pacientes incluidos en el Servicio de Continuidad de Cuidados, realizadas por enfermera/o comunitario de enlace en ese mes. Revaloración: valoración que ha sido precedida de otra valoración en los seis meses anteriores

8 Primeras Valoraciones CC a confinados: número de primeras valoraciones por patrones funcionales de salud a pacientes incluidos en el Servicio de Continuidad de Cuidados como confinados, realizadas por enfermera/o comunitario de enlace en ese mes. Primera valoración: valoración que no han sido precedidas de otra en los seis meses anteriores

9 Revaloraciones CC a confinados: número de revaloraciones por patrones funcionales de salud a pacientes incluidos en el Servicio de Continuidad de Cuidados como confinados, realizadas por enfermera/o comunitario de enlace en ese mes. Revaloración: valoración que ha sido precedida de otra valoración en los seis meses anteriores

10 Primeras Valoraciones CC a cuidadoras: número de primeras valoraciones por patrones funcionales de salud a pacientes incluidos en el Servicio de Continuidad de Cuidados como cuidadores, realizadas por enfermera/o comunitario de enlace en ese mes. Primera valoración: valoración que no han sido precedidas de otra en los seis meses anteriores

11 Revaloraciones CC a cuidadoras: número de revaloraciones por patrones funcionales de salud a pacientes incluidos en el Servicio de Continuidad de Cuidados como cuidadores, realizadas por enfermera/o comunitario de enlace en ese mes. Revaloración: valoración que ha sido precedida de otra valoración en los seis meses anteriores

12 Primeras Valoraciones CC a no confinados y no cuidadores: número de primeras valoraciones por patrones funcionales de salud a pacientes incluidos en el Servicio de Continuidad de Cuidados, no confinados ni cuidadores, realizadas por enfermera/o comunitario de enlace en ese mes. Primera valoración: valoración que no han sido precedidas de otra en los seis meses anteriores

13 Revaloraciones CC a no confinados y no cuidadores: número de revaloraciones por patrones funcionales de salud a pacientes incluidos en el Servicio de Continuidad de Cuidados, no confinados ni cuidadores, realizadas por enfermera/o comunitario de enlace en ese mes. Revaloración: valoración que ha sido precedida de otra valoración en los seis meses anteriores

14 Talleres realizados: número de talleres realizados por el Servicio de Continuidad de Cuidados

15 Reuniones Servicios Sociales Municipales: número de reuniones realizadas con los servicios sociales municipales por el Servicio de Continuidad de Cuidados

16 Actividades formación: número de actividades de formación realizadas por el Servicio de Continuidad de Cuidados

3-Sobre informatización y uso del método enfermero. Utilización de la Historia Electrónica. Informes de Continuidad de Cuidados Enfermería. Disponibles para todos los centros en función del momento de comienzo de la informatización.

- 1 Código profesional
- 2 Titular Si ese profesional era (S) o no (N) el titular de esa agenda en ese mes
- 3 Número ICCE. Informes de Continuidad de Cuidados de Enfermería

4 ICCE Confinados. Número de ICCE realizados a pacientes de alta en los servicios de cartera referidos a Atención a Confinados (inmovilizados o terminales)

5 % ICCE Confinados. Porcentaje de los ICCE que fueron realizados a pacientes confinados

6 ICCE Cuidadores. Número de informes solicitados a pacientes incluidos en el servicio de Atención a la Persona Cuidadora

7 % ICCE Cuidadores. Porcentaje de los ICCE que fueron realizados a pacientes incluidos en el servicio de Atención a la Persona Cuidadora

8 ICCE Otros. Número de informes solicitados a pacientes no confinados ni incluidos en el servicio de Atención a la Persona Cuidadora

9 % ICCE Otros. Porcentaje de los ICCE que fueron realizados a pacientes no confinados ni incluidos en el servicio de Atención a la Persona Cuidadora

1 Población total actual Población adscrita total en ese mes

2 Pobl. Informatizada Población adscrita a un centro cuyas consultas están informatizadas

3 Historias con PFS Población adscrita con algún registro en la valoración por patrones funcionales de salud en su historia de salud informatizada

4 % con alguna val. PFS Porcentaje de la población que tiene algún registro en la valoración por patrones funcionales de salud en su historia de salud informatizada

5 Historias con DdE Población adscrita con algún diagnóstico de enfermería en su historia de salud informatizada

6 % con DdE Porcentaje de la población que tiene registrado algún diagnóstico de enfermería en su historia de salud informatizada

7 Historias con NOC Población adscrita con algún objetivo NOC planteado en su historia de salud informatizada

8 % con NOC Porcentaje de la población que tiene registrado algún objetivo NOC planteado en su historia de salud informatizada

9 Historias con NIC Población adscrita con alguna intervención NIC planteada en su historia de salud informatizada

10 % con NIC Porcentaje de la población que tiene alguna intervención NIC planteada en su historia de salud informatizada

3.1.2 Indicadores que muestran resultados para el paciente vs indicadores de eficiencia e indicadores disponibles.

Los indicadores expuestos en el punto anterior representan un mapa del servicio que prestan las enfermeras. A efectos de cumplir con nuestro objetivo y teniendo en cuenta el intento de valorar el impacto en el paciente y su familia por una parte y resultados de eficiencia por otra, los indicadores disponibles podemos clasificarlos de la siguiente manera:

1. Indicadores de impacto sobre el usuario.
2. Indicadores de impacto sobre la eficiencia.
3. Otros indicadores.

3.1.3 Procesamiento de datos

Las características de las secuencias de indicadores empleados en el análisis se describen resumiendo el período que abarcan, la periodicidad de la medición, la zona básica de salud y áreas a que se refieren.

Cómo característica básica se describe la adscripción o no, del centro de salud al modelo de enfermería de enlace, o el momento en el período considerado en que lo adoptan en el caso del análisis de las curvas de aprendizaje.

Las secuencias para cada indicador se construyen agrupando para cada momento de medición los valores del mismo en cada zona básica como un promedio de sus valores individuales, es decir, formando el numerador global como suma de los numeradores individuales y el denominador global como composición aditiva de los denominadores individuales.

3.1.4 Análisis estadístico

A las secuencias temporales y cronológicas globales para cada indicador así conformadas se les estima la tendencia secular sin la enfermera de enlace y con el modelo. Para la estimación de estas tendencias se emplea el ajuste de un modelo lineal a los valores globales observado en las mediciones repetitivas y ordenadas cronológicamente del indicador en cuestión según el método de minimización de los valores medios cuadráticos de los residuos o diferencias entre los valores observados en el indicador global y los predichos por el modelo de tendencia, comprobando que dichos residuos se comportan como ruido blanco o secuencias aleatorias cercanas a una distribución normal estandarizada (media 0 y desviación 1). De observarse previsible patrones oscilatorios en los residuos debidos a movimientos periódicos en la serie en las altas frecuencias (períodos cortos), se emplearán métodos de alisamiento para eliminarlos, del tipo media móvil de 2-3 puntos o exponencial. Una vez obtenidas las tendencias se probará la significación de su pendiente e intercepto a nivel bilateral para un alfa 0,05.

La comparación entre pendientes de las tendencias para cada indicador sin y con del modelo de enfermería de enlace se realizarán con la prueba estadística F (Snedecor, ANOVA, $t_{p1-p2=0}$, o la significación de la pendiente de la diferencia entre valores del indicador para los mismos momentos).

Todas las pruebas son bilaterales a un nivel de significación $p < 0,05$ y los cálculos se realizan con ayuda del paquete estadístico para entorno Windows SPSS-IBM 21.0

3.2. Método en relación con los objetivos secundarios.

Los objetivos secundarios de este estudio son:

- Identificar las mejores evidencias disponibles sobre efectividad, utilidad, satisfacción y costes de modelos de gestión de casos en atención primaria.
- Identificar los factores que pueden incidir en la eficiencia de diferentes modelos de gestión de casos en atención primaria.
- Identificar el perfil de competencias de una enfermera gestora de casos en atención primaria en relación a su curva de aprendizaje.

3.2.1. Método para identificar las mejores evidencias disponibles sobre efectividad, utilidad, satisfacción y costes de modelos de gestión de casos en atención primaria y los factores que pueden incidir en la eficiencia de diferentes modelos de gestión de casos en atención primaria.

Identificar las mejores evidencias disponibles sobre efectividad, utilidad, satisfacción y costes de modelos de gestión de casos en atención primaria y los factores que pueden incidir en la eficiencia de diferentes modelos conlleva revisar la investigación disponible con una perspectiva amplia. Esta necesidad encuentra un obstáculo importante en la variabilidad de enfoques, modelos, indicadores y contextos asistenciales de la gestión de casos en ámbitos sanitarios, y en particular de la gestión de casos realizada por enfermeras en el contexto de la atención primaria.

El paradigma de la revisión de la literatura y su síntesis lo constituye la revisión sistemática de la literatura⁸⁹. Sin embargo, en la última década se han desarrollado una amplia gama de métodos de síntesis⁹⁰. Hay publicados recientes protocolos de investigación para identificar cada uno de estos métodos y fijar su adecuación en función de la pregunta a responder. En general tendemos a realizar un análisis de “continuidad” según el nivel de rigor y exigencias desde las revisiones narrativas hasta las revisiones sistemáticas con o sin meta-análisis. Situamos la revisión narrativa en el extremo más desfavorable y básico, y a las revisiones sistemáticas en el extremo de la excelencia⁹¹.

Como norma general una revisión sistemática intenta reducir los sesgos de búsqueda y selección de estudios, los de lectura crítica y evaluación de la calidad de la investigación, y los de la síntesis de la información. La declaración PRISMA⁹² recoge los contenidos y datos mínimos que debe contener una revisión sistemática con o sin metaanálisis. En este sentido las plantillas de lectura crítica de las revisiones sistemáticas CASPe representan un buen ejemplo de las cuestiones claves a contemplar para garantizar la calidad de la revisión⁹³.

Sin embargo a menudo las revisiones sistemáticas no ofrecen buenos resultados a la búsqueda de evidencias en cuidados, ya que los estudios encontrados son diversos desde el punto de vista de la metodología, y de los resultados, lo que hace complejo su evaluación y síntesis. Por otra parte es difícil en una revisión sistemática unir enfoques cuantitativos y cualitativos sobre una cuestión. Aunque hay alternativas que afrontan estas cuestiones, por ejemplo los informes de evaluación de tecnologías sanitarias o las metasíntesis, a menudo su complejidad metodológica las hacen inaccesibles para muchos investigadores.

En la última década se ha extendido una metodología de revisión que llena este hueco y salva las dificultades mencionadas. Si consideramos los diferentes enfoques posibles para la revisión de la literatura, el scoping review se revela como uno de los mejores métodos para identificar líneas de investigación y difundir resultados⁹⁴. Esta metodología de revisión es particularmente útil para examinar un tema, para mapear integral y sistemáticamente la literatura e identificar los conceptos clave, teorías, evidencias disponibles, o por el contrario lagunas en la investigación.

A diferencia de las revisiones sistemáticas, con o sin meta-análisis, el scoping review no estrecha los parámetros de la revisión a la investigación con ensayos clínicos o requieren una evaluación de la calidad muy exigente. Este tipo de examen es riguroso y metódico para analizar el alcance y la naturaleza de la actividad de investigación en un campo⁹⁴ particular, e integra tanto investigación empírica como conceptual⁹⁵.

Originalmente este método fue descrito y sistematizado por Arksey y O'Malley⁹⁴, y posteriormente ha sido mejorado por diferentes autores. Cuando definen este tipo de estudio toman una definición de Mays "Las definiciones de los estudios de scoping son pocos y distantes entre sí. A nivel general, los estudios pueden servir para identificar

rápidamente los conceptos clave que sustentan un área de investigación y las principales fuentes y tipos de pruebas disponibles, y pueden ser emprendidos como proyectos independientes por derecho propio, especialmente en un área compleja o no revisada exhaustivamente antes”.

Los autores identifican al menos cuatro cuestiones u objetivos por los que podría emprenderse un scoping review:

1. Examinar la medida, el alcance y la naturaleza de la actividad investigadora.
2. Determinar y valorar el llevar a cabo una revisión sistemática completa.
3. Resumir y difundir resultados de la investigación.
4. Identificar lagunas de investigación en la literatura existente

De forma general, las fortalezas de este tipo de estudio son:

Enfoque novedoso para cubrir un vasto volumen de literatura sobre temas muy amplio, que aporta una "gran imagen" o mapa de la investigación.

Estrategia viable para identificar focos de investigación y lagunas de conocimiento en un período de tiempo.

Método práctico para la síntesis de la investigación que integra una amplia gama de enfoques metodológicos, objetivos, poblaciones de estudio y contextos asistenciales.

Al tratarse de estudios secundarios no requieren de aprobación por el Comité de Ética para la investigación.

Por otra parte, entre las principales limitaciones de estos tipos de estudio se encuentran:

Análisis menos detallado de las intervenciones específicas y enfoques de investigación que una revisión sistemática.

Debido a la heterogeneidad y amplitud de los estudios incluidos, el marco final de la extracción de datos no se completa hasta que se concluya la revisión.

La síntesis de los datos se limita a los trabajos publicados de revisión por pares - peer review- .

Para el diseño del protocolo de Scoping Review que responda al objetivo de este trabajo, se sigue la estructura de Arksey y O'Malley⁹⁴ en su trabajo seminal, y posteriores⁹⁵. Además se han introducido las modificaciones posteriores de Levac⁹⁶. Arksey y de O'Malley describen un enfoque de cinco etapas con una adicional optativa. Levac et al⁹⁶ incluyen esta etapa como necesaria para garantizar el rigor del estudio. Estas etapas son:

Etapa 1: Identificación de las preguntas de investigación.

Etapa 2: Identificación de estudios.

Etapa 3: Selección de los estudios.

Etapa 4: Estructurar los datos.

Etapa 5: Recopilar, resumir e informar los resultados.

Etapa 6: Consulta.

A continuación se expone el método concreto en cada una de ellas.

Etapa 1: Identificación de las preguntas de investigación.

Arksey y O'Malley⁹⁴⁻⁹⁵ sugieren un proceso iterativo para el desarrollo de una o más preguntas de orientación de investigación, donde cada revisión es impulsada por el aumento de la familiaridad con la literatura. Se es consciente de la necesidad de un proceso iterativo cuando búsquedas exploratorias iniciales mostraron literatura de gestión de casos no centradas en atención primaria.

Para enmarcar la búsqueda se ha partido de los ejes fundamentales que plantea la Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de la Salud⁸. Se han identificado cinco preguntas de investigación para guiar la Scoping Review, Tabla 15 alineadas con el objetivo a estudio. Para incluir el parámetro de equidad se recurre a la extensión PRISMA-Equidad de 2012⁹⁷ donde se identifican varios componentes de equidad que deben abordarse en la revisión, en nuestro caso se incluye como una pregunta adicional para guiar la revisión.

Tabla 15: Preguntas de investigación y categorías de estructuración de resultados.

Fuente: elaboración propia

Preguntas	Categorías
-----------	------------

¿Qué evidencias están disponibles sobre efectividad de la gestión de casos en atención primaria?, Efectividad
¿Qué evidencias están disponibles sobre utilidad –entendida como efectividad medida en términos de calidad de vida relacionada con la salud- de la gestión de casos en atención primaria?, Utilidad / Calidad de Vida
¿Qué evidencias están disponibles sobre satisfacción de usuarios y profesionales de la gestión de casos en atención primaria?, Satisfacción
¿Qué evidencias están disponibles sobre costes de modelos de gestión de casos en atención primaria?, Costes
¿Qué factores pueden incidir en la eficiencia de diferentes modelos de gestión de casos en atención primaria? Factores
¿Se identifica la equidad como un enfoque a estudio relacionado con la gestión de casos, con el término equidad? Equidad

Etapa 2: Identificación de estudios.

El objetivo de una Scoping Review es abordar de forma integral las preguntas de investigación descritas. No obstante, se requieren parámetros para guiar la estrategia de búsqueda. En esta etapa, se deciden los criterios de elegibilidad de los estudios, las bases de datos que se consultarán, y se planifica la estrategia de búsqueda.

La tabla 16 incluye los criterios de inclusión y exclusión considerados para orientar la búsqueda y revisión de los estudios:

Tabla 16: Criterios de inclusión y exclusión de estudios	
Fuente: elaboración propia	
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Publicado en castellano, portugués o inglés. Artículos de pago no incluidos en la Biblioteca Virtual del Servicio Canario de la Salud o de la Universidad de La Laguna.	
Humanos	
Enero 2005 a junio 2015	

Todos los grupos de edad
Artículos de revisión, incluyendo revisiones sistemáticas, metaanálisis, meta-síntesis, scoping review, revisiones narrativas, rapid appraisal, revisiones críticas y revisiones narrativas de integración. Artículos de revisión fuera de los definidos en la lista de inclusión, tales como reseñas de libros, artículos de opinión, comentarios o revisiones editoriales.

La búsqueda se realiza en las siguientes bases de datos electrónicas: Medline, la Biblioteca Cochrane, CINAHL, PsycInfo, Biblioteca Virtual de Salud, CUIDEN, INAHTA, Joanna Briggs Institute. Este proceso se completa con una búsqueda referencial.

Como estrategia se desarrolla de forma iterativa una lista de términos claves en forma de MeSH/DeCS. Los términos de búsqueda principales se centran en términos relacionados con gestión de casos y enfermería, los términos secundarios amplían esta búsqueda, Tabla 17. Los métodos de filtrado incluyen el rango de fechas y el resto de criterios de inclusión. Se utilizan los términos booleanos AND, OR y NOT para refinar la búsqueda.

Tabla 17: Términos DEC's / MeSH	
Fuente: Elaboración propia	
DEC's / MeSH	
Gestión de casos	Case Management
Manejo de casos	
Enfermera	Nurse / Nurses
Enfermería	Nursing
Atención Primaria de Salud	Primary Health Care

La búsqueda en cada base de datos se documenta y las referencias se importan a un gestor bibliográfico, donde se eliminan los duplicados. La estrategia de búsqueda completa y los resultados se exponen en el apartado de resultados.

Etapa 3: Selección de los estudios.

El proceso de selección de los estudios tiene dos partes. Se revisan los títulos y resúmenes para determinar la elegibilidad basándose en los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se evalúa el enfoque sistemático informado en el apartado metodología del resumen. Teniendo en cuenta que los resúmenes contienen detalles menos específicos, se utilizan los criterios mínimos de calidad de CASPE⁹³ para artículos de revisión para determinar el nivel aceptable de rigor basado en una revisión preliminar de los resúmenes y un enfoque inductivo sobre la base de las observaciones de Gough et al⁹⁸⁻⁹⁹ Para la exposición del resultado se utiliza un diagrama de flujo PRISMA⁹². Cuando surgen dudas sobre la inclusión de un artículo a partir de su resumen, se incluye en la revisión.

Etapa 4: Estructurar los datos.

Se recogen y ordenan las cuestiones claves de información de los resúmenes de los artículos seleccionados. Los datos que se extraen de la gran cantidad de revisiones de la literatura de investigación publicada incluyen datos estándar (como autor, año de publicación, objetivos del estudio) y la información adicional para responder a las preguntas planteadas. Daudt¹⁰⁰ sugiere un proceso para garantizar la coherencia con las preguntas y objetivo de la investigación. Sobre la base de las preguntas de investigación que orientan la búsqueda se desarrollan categorías a priori que guían la extracción y la estructuración de los datos de los resúmenes, Tabla 15. Pueden surgir categorías adicionales durante el proceso de recolección de datos que alimentarán esta estructura inicial.

Etapa 5: Recopilar, resumir e informar los resultados.

La finalidad de esta Scoping review es agregar los resultados y presentar una visión general más que un informe de resultados tipo metasíntesis sobre cuestiones estrechamente definidas. Como se ha mencionado en apartados anteriores, en el de resultados se utiliza el modelo PRISMA de directrices para informar sobre revisiones sistemáticas⁹² que incluye componentes de equidad⁹⁷.

Etapa 6: Consulta.

Arksey y O'Malley⁹⁴⁻⁹⁵ exponen que esta etapa es opcional en la realización de una Scoping Review. Levac et al⁹⁶ argumentan que añade rigor metodológico y debe considerarse como un componente necesario para cerrar el proceso de investigación.

Arksey y O'Malley⁹⁴⁻⁹⁵ describen como objetivos de esta etapa de consulta ofrecer fuentes adicionales de información, puntos de vista, significados y aplicabilidad en el estudio. Sin embargo, no está claro cuándo, cómo y por qué consultar con las partes interesadas, y cómo analizar e integrar estos datos con los resultados.

Siguiendo a Levac et al⁹⁶ que recomiendan a los investigadores establecer con claridad los objetivos de la consulta, los nuestros son compartir los resultados preliminares con las partes interesadas y la validación de los resultados.

Los actores con los que consulta son enfermeras con experiencia en atención primaria y gestión de casos, gestores de servicios de atención primaria, profesores universitarios y usuarios de estos servicios. Los datos se recogen mediante entrevistas individuales o grupales. La síntesis de las ideas claves son devueltos a los entrevistados para su reconocimiento y se integran dentro del resultado general del estudio. Además consideran esta etapa como un mecanismo de transferencia de conocimiento. Dada la importancia de esta transferencia y el intercambio en la captación de datos de investigación, la fase de consulta se puede utilizar para traducir concretamente los hallazgos del estudio y desarrollar estrategias de difusión con las partes interesadas en el campo. Esto aporta valor añadido al Scoping Review.

4. Resultados.

Los centros de salud que componen el grupo de intervención con el modelo de EcE son 7 y los que componen el grupo control como centros sin este modelo 27. Los centros que tuvieron parcialmente EcE son 7. Se detallan en la tabla 18, y la Figura 9.

Tabla 18. Distribución de ZBS ece vs no ECE

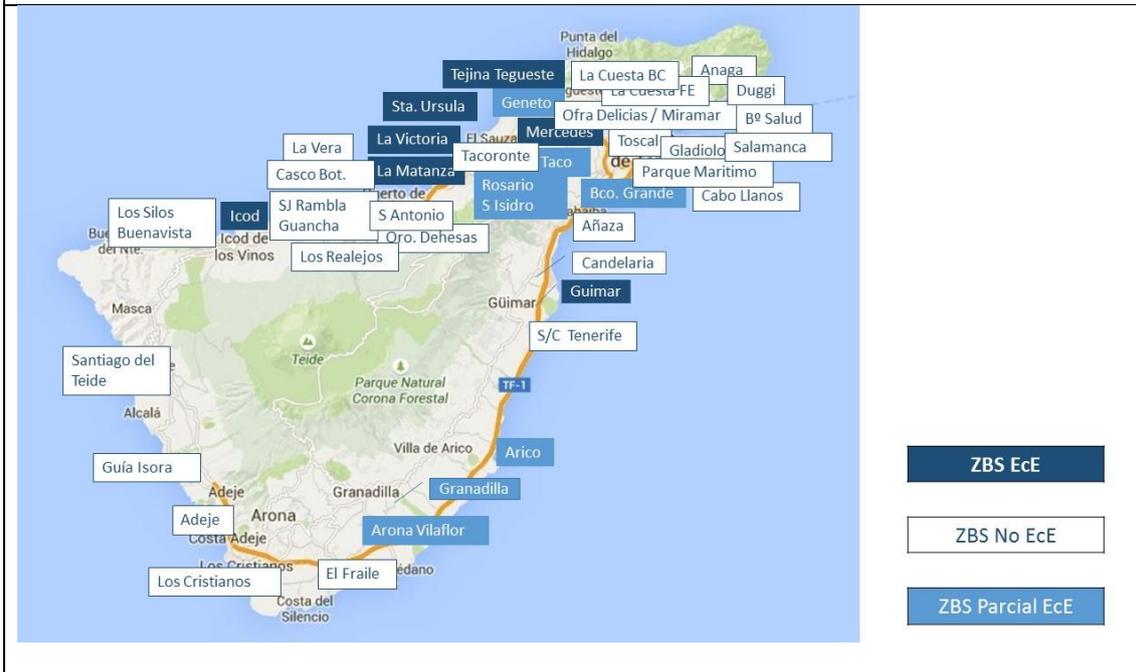
Fuente: elaboración propia

ZBS	No EcE	EcE	EcE parcial
ADEJE	x		
ANAGA (S/C DE TENERIFE I)	x		
AÑAZA (S/C DE TENERIFE VII)	x		
ARICO			x
ARONA-VILAFLORES (ARONA I)			x
BARRANCO GRANDE (S/C DE TENERIFE X)			x
BARRIO DE LA SALUD (S/C DE TENERIFE V)	x		
CABO LLANOS-MERCADO (S/C DE TENERIFE IV)	x		
CANDELARIA	x		
CASCO-BOTANICO (PUERTO DE LA CRUZ II)	x		
DEHESA (LA OROTAVA II)	x		
DUGGI-CENTRO	x		
EL FRAILE (ARONA IV)	x		
EL PARQUE MARITIMO (S/C DE TENERIFE V)	x		
EL ROSARIO - SAN ISIDRO			x
EL ROSARIO-GENETO-GRACIA (LA LAGUNA III)			x
GRANADILLA DE ABONA			x
GUIA DE ISORA	x		
GÜIMAR		x	
ICOD DE LOS VINOS		x	
LA CUESTA-BARRIO CANDELARIA (LA LAGUNA I)	x		
LA CUESTA-FINCA ESPAÑA (LA LAGUNA IV)	x		
LA MATANZA DE ACENTEJO		x	
LA VERA-SAN ANTONIO (PUERTO DE LA CRUZ I)	x		
LA VICTORIA DE ACENTEJO		x	
LAS MERCEDES (LA LAGUNA V)		x	
LOS CRISTIANOS (ARONA III)	x		
LOS GLADIOLOS-SOMOSIERRA (S/C DE TENERIFE VI)	x		
LOS REALEJOS	x		
LOS SILOS-BUENAVISTA	x		
OFRA-DELICIAS (S/C DE TENERIFE IX)	x		
OFRA-MIRAMAR (S/C DE TENERIFE VIII)	x		
SALAMANCA (S/C DE TENERIFE III)	x		
SAN ANTONIO (LA OROTAVA I)	x		
SAN JUAN DE LA RAMBLA-LA GUANCHA	x		
SANTA URSULA		x	

SANTIAGO DEL TEIDE				x
TACO (LA LAGUNA II)	x			
TACORONTE	x			
TEJINA-TEGUESTE			x	
TOSCAL-CENTRO (S/C DE TENERIFE II)	x			
	41	27	7	7

Figura 9. Distribución de ZBS ece vs no ECE

Fuente: elaboración propia



4.1 Resultados en relación al objetivo principal.

Los resultados desglosados por indicador son:

1 Cobertura de Atención Domiciliaria

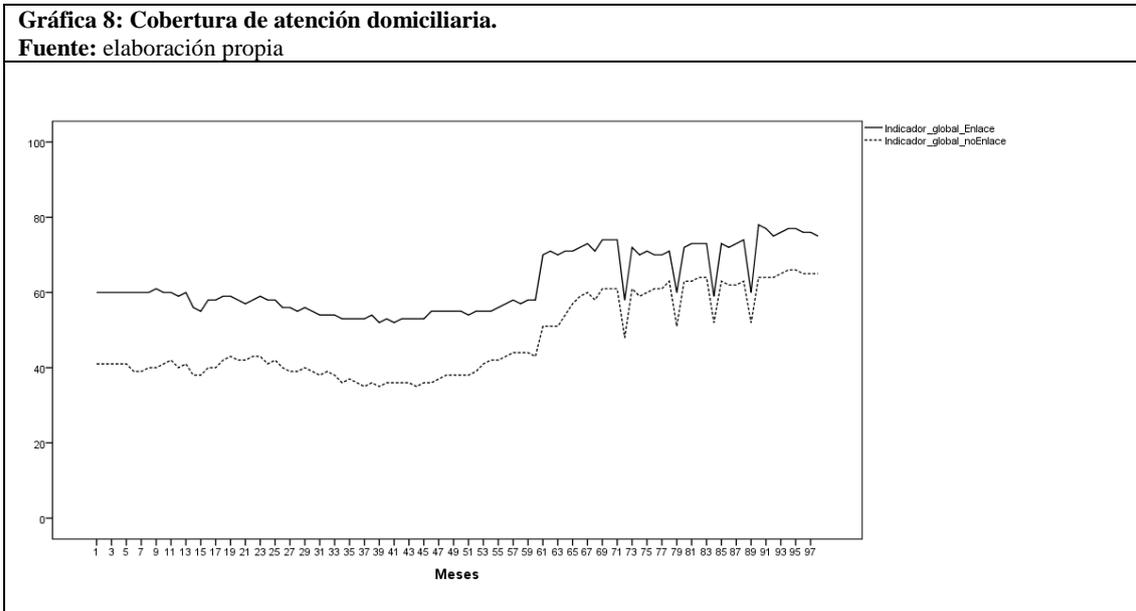
El indicador Cobertura de Atención Domiciliaria se construye mediante la relación entre personas en atención domiciliaria incluidas y las esperadas. Persona incluida significa que en su historia clínica digital consta que se incluyó en el programa de atención domiciliaria, para diferenciar de aquellos pacientes que reciben atención a domicilio por un problema agudo o por una circunstancia puntual. Incluye por tanto en el numerador a los pacientes terminales y a los inmovilizados menores de 65 años. En el denominador del indicador se incluye como persona esperada el 14% de los mayores de 65 años adscritos a la zona básica de salud. Tiene una periodicidad mensual. La información está disponible para la serie temporal de 98 meses.

Las Zonas Básicas de Salud que aportan información en el caso de los centros enlace son 7 y en el caso de los no enlaces oscilan entre 26 y 27 para toda la serie con una media de 26,03.

Tabla 19: Zonas Básicas de Salud informantes para el indicador Cobertura de Atención Domiciliaria.			
Fuente: elaboración propia			
		Zonas informantes Enlace	Zonas informantes no Enlace
N	Válidos	98	98
	Perdidos	0	0
Media		7	26,03
Mínimo		7	26
Máximo		7	27

Gráfica

La gráfica describe la diferencia mantenida en el tiempo de alrededor de 20 puntos entre centros enlace vs centros no enlace a favor de los centros enlace. Las coberturas tienden a estabilizarse alrededor del 80% para los centros enlace. Se observan también al final de la serie varios picos paralelos de caídas de información.



Regresión

El análisis de las regresiones muestra significación para la serie temporal de los centros enlace, los centros no enlaces, y las diferencias entre ambos. Las pendientes de estas regresiones es mayor para los centros enlace y una pendiente positiva por tanto para la diferencia.

Tabla 20: Análisis de regresión para el indicador cobertura de atención domiciliaria entre ZBS enlace, no enlace y la diferencia entre ambas.
Fuente: elaboración propia.

	Predictores B (IC95%)		P
	Constante	Mes	
Indicador global enlace	0,71(0,16-0,25)	52,1(49,7-54,5)	<0,001
Indicador global no enlace	0,82(0,27-0,35)	32,1(29,6-34,6)	<0,001
Indicador global diferencia	-0,01(-0,11-0,09)	20(19,2-20,8)	<0,001

2 Cobertura de Cuidadoras

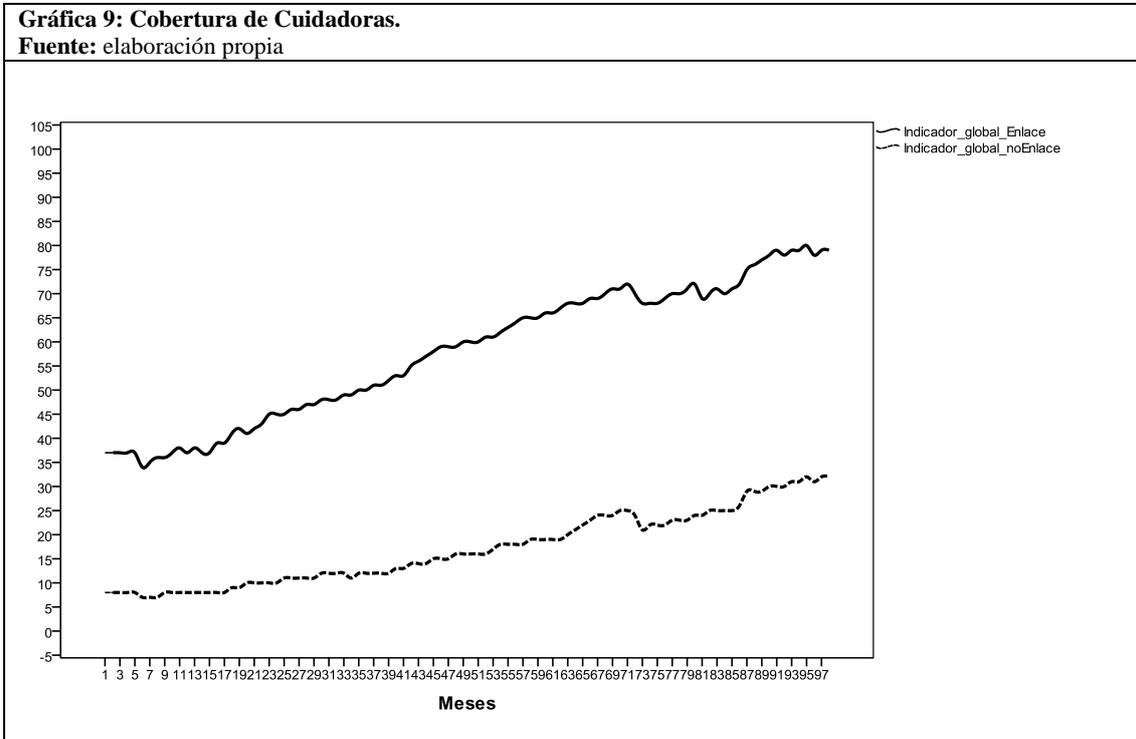
El indicador Cobertura de Atención Domiciliaria describe la relación entre personas cuidadoras incluidas en el servicio en relación a las personas confinadas incluidas en el Servicio de Continuidad de Cuidados para la atención domiciliaria. Se expresa como porcentaje. Tiene una periodicidad mensual. La información está disponible para la serie temporal de 98 meses.

Las Zonas Básicas de Salud que aportan información en el caso de los centros enlace son 7 y en el caso de los no enlaces oscilan entre 26 y 27 para toda la serie con una media de 26,03.

Tabla 21: Zonas Básicas de Salud informantes para el indicador Cobertura de Cuidadoras.			
Fuente: elaboración propia			
		Zonas informantes Enlace	Zonas informantes no Enlace
N	Válidos	98	98
	Perdidos	0	0
Media		7	26,03
Mínimo		7	26
Máximo		7	27

Gráfica

La gráfica describe la diferencia mantenida en el tiempo de alrededor de 30 puntos entre centros enlace vs centros no enlace a favor de los centros enlace. Las coberturas tienden a estabilizarse alrededor del 80% para los centros enlace.



Regresión

El análisis de las regresiones muestra significación para la serie temporal de los centros enlace, los centros no enlaces, y las diferencias entre ambos. Las pendientes de estas regresiones nos muestran una mayor pendiente para los centros enlace y una pendiente positiva por tanto para la diferencia.

Tabla 22: Análisis de regresión para el indicador cobertura de cuidadoras entre ZBS enlace, no enlace y la diferencia entre ambas.
Fuente: elaboración propia.

	Predictores B (IC95%)		P
	Constante	Mes	
Indicador global enlace	0,49(0,48-0,51)	33,01(32,02-34,01)	<0,001
Indicador global no enlace	0,26(0,25-0,27)	4,20(3,57-4,82)	<0,001
Indicador global diferencia	0,23(0,21-0,25)	29,23(28,22-30,23)	<0,001

3 Riesgo social valorado por el Trabajador social.

El indicador “Riesgo social valorado por el Trabajador social” describe el porcentaje de las personas con riesgo social incluidas en el servicio de continuidad de cuidados de atención domiciliaria, que han sido valoradas por el trabajador social. Se expresa como porcentaje. Tiene una periodicidad mensual. La información está disponible para la serie temporal de los 57 últimos meses de la serie máxima de 98.

Las Zonas Básicas de Salud que aportan información en el caso de los centros enlace se mueve entre 4 y 7 y en el caso de los no enlaces oscilan entre 5 y 15 para toda la serie con una media de 10,5.

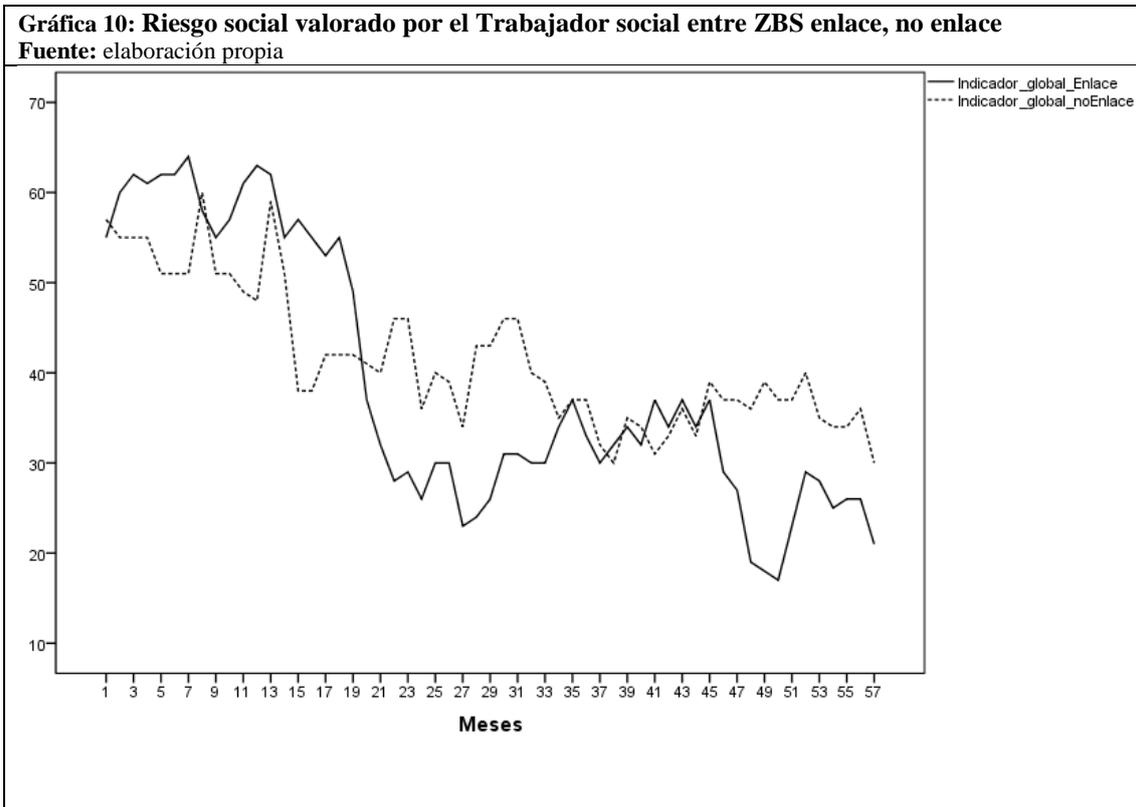
Tabla 23: Zonas Básicas de Salud informantes para el indicador Riesgo social valorado por el Trabajador social.

Fuente: elaboración propia

		Zonas informantes Enlace	Zonas informantes no Enlace
N	Válidos	57	57
	Perdidos	0	0
Media		5,4	10,5
Mínimo		4	5
Máximo		7	15

Gráfica

La gráfica describe la diferencia mantenida en el tiempo de alrededor de 7 puntos, en un intervalo de confianza al 95% de 3 a 9 puntos, entre centros enlace vs centros no enlace a favor de los centros enlace. El indicador tiende a disminuir para ambos tipos de centros.



Regresión

El análisis de las regresiones muestra significación para la serie temporal de los centros enlace, los centros no enlaces, y las diferencias entre ambos. Las pendientes de estas regresiones nos muestran una mayor pendiente negativa para los centros enlace y una pendiente negativa también para la diferencia.

Tabla 24: Análisis de regresión para el indicador Riesgo social valorado por el Trabajador social entre ZBS enlace, no enlace y la diferencia entre ambas.
Fuente: elaboración propia.

	Predictores B (IC95%)		P
	Constante	Mes	
Indicador global enlace	-0,74(-0,87/-0,61)	60,37(56,05-64,70)	<0,000
Indicador global no enlace	-0,38(-0,45/-0,31)	52,70(50,24-55,16)	<0,000
Indicador global diferencia	-0,36(-0,5/-0,22)	7,67(3,10-12,24)	<0,000

4 Confinados con más de cuatro visitas de la Unidad de Atención Familiar.

El indicador “Confinados con más de cuatro visitas de la Unidad de Atención Familiar” describe la relación entre las personas confinadas del servicio de atención domiciliaria que han tenido cuatro ó más visitas domiciliarias de médicos o de enfermeros que no sean enfermeros de enlace en el último año. No discrimina entre visitas de uno u otro profesional porque se refiere a la atención por parte del médico y enfermero de familia del paciente. Se analizan a partir de cuatro visitas porque el Programa de Atención a las Personas Mayores de Canarias establece este número como el mínimo de calidad que deben cumplir los profesionales con respecto a sus pacientes. Se expresa como porcentaje. Tiene una periodicidad mensual. La información está disponible para la serie temporal de 98 meses.

Las Zonas Básicas de Salud que aportan información en el caso de los centros enlace son 7 y en el caso de los no enlaces oscilan entre 25 y 26 para los últimos 25 meses de la serie con una media de 25,8.

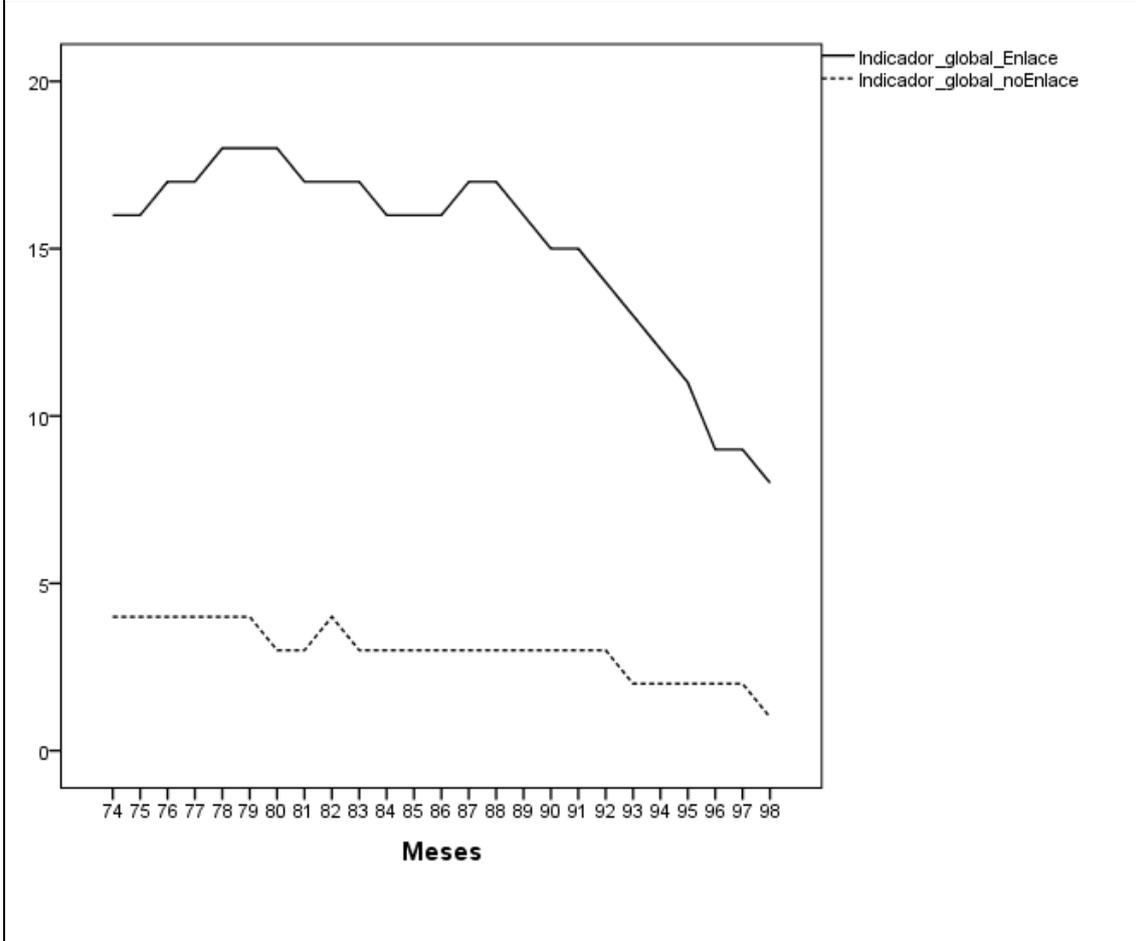
Tabla 25: Zonas Básicas de Salud informantes para el indicador Confinados con más de cuatro visitas de la Unidad de Atención Familiar			
Fuente: elaboración propia			
		Zonas informantes Enlace	Zonas informantes no Enlace
N	Válidos	25	25
	Perdidos	0	0
Media		7	25,8
Mínimo		7	25
Máximo		7	26

Gráfica

La gráfica describe la diferencia mantenida en el tiempo de alrededor de 32 puntos entre centros enlace vs centros no enlace a favor de los centros enlace.

Gráfica 11: Confinados con más de cuatro visitas de la Unidad de Atención Familiar entre ZBS enlace, no enlace

Fuente: elaboración propia



Regresión

El análisis de las regresiones muestra significación para la serie temporal de los centros enlace, los centros no enlaces, y las diferencias entre ambos. Las pendientes de estas regresiones son negativas cercanas a cero para los centros enlace, ni enlaces y la diferencia.

Tabla 26: Análisis de regresión para el indicador Confinados con más de cuatro visitas de la Unidad de Atención Familiar entre ZBS enlace, no enlace y la diferencia entre ambas.**Fuente:** elaboración propia.

	Predictores B (IC95%)		P
	Constante	Mes	
Indicador global enlace	-0,33(-0,43/-0,23)mes	43,38(35,04/52,12)	p<0,001
Indicador global no enlace	-0,10(-0,12/-0,08)	11,60(9,81/13,39)	p<0,001
Indicador global diferencia	-0,23(-0,32/-0,14)	31,98(23,99/39,96)	p<0,001

5 Cobertura de Talleres a cuidadoras.

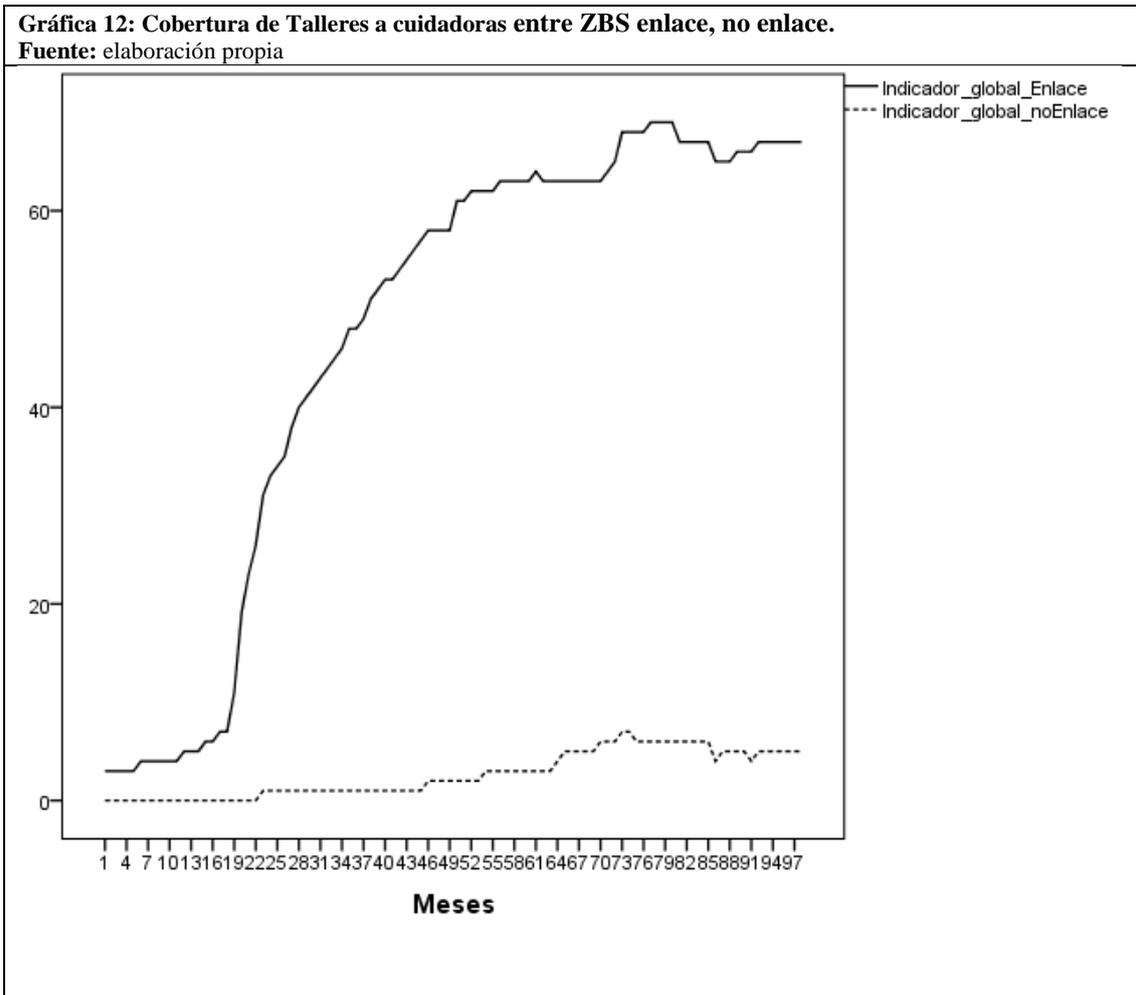
El indicador Cobertura de Talleres a cuidadoras describe la relación entre personas cuidadoras incluidas en el servicio que ha realizado el taller de cuidadores incluido en el protocolo del servicio. Se expresa como porcentaje. Tiene una periodicidad mensual. La información está disponible para la serie temporal de 98 meses.

Las Zonas Básicas de Salud que aportan información en el caso de los centros enlace son entre 2 y 7, y en el caso de los no enlaces la media para toda la serie es de 25.

Tabla 27: Zonas Básicas de Salud informantes para el indicador Cobertura de Talleres a cuidadoras			
Fuente: elaboración propia			
		Zonas informantes Enlace	Zonas informantes no Enlace
N	Válidos	98	98
	Perdidos	0	0
Media		6	15,64
Mínimo		2	0
Máximo		7	25

Gráfica

La gráfica describe la diferencia creciente en el tiempo entre centros enlace vs centros no enlace a favor de los centros enlace. Las coberturas tienden a estabilizarse alrededor del 60% para los centros enlace.



Regresión

El análisis de las regresiones muestra significación para la serie temporal de los centros enlace, los centros no enlaces, y las diferencias entre ambos. Las pendientes de estas regresiones nos muestran una mayor pendiente para los centros enlace y una pendiente positiva por tanto para la diferencia.

Tabla 28: Análisis de regresión para el indicador Cobertura de Talleres a cuidadoras entre ZBS enlace, no enlace y la diferencia entre ambas.**Fuente:** elaboración propia.

	Predictores B (IC95%)		P
	Constante	Mes	
Indicador global enlace	0,74(0,67-0,82)	10,30(6,12/14,48)	<0,001
Indicador global no enlace	0,07(0,07-0,08)	-1,03(-1,40/-0,67)	<0,001
Indicador global diferencia	0,67(0,60-0,74)	11,33(7,10/15,57)	<0,001

6 Hospitalizaciones.

El indicador Hospitalizaciones describe la relación entre ingresados en hospital en el último año de entre las personas incluidas como confinadas en el Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria. Se expresa como porcentaje. Tiene una periodicidad mensual. La información está disponible para la serie temporal de los últimos 46 de los 98 meses.

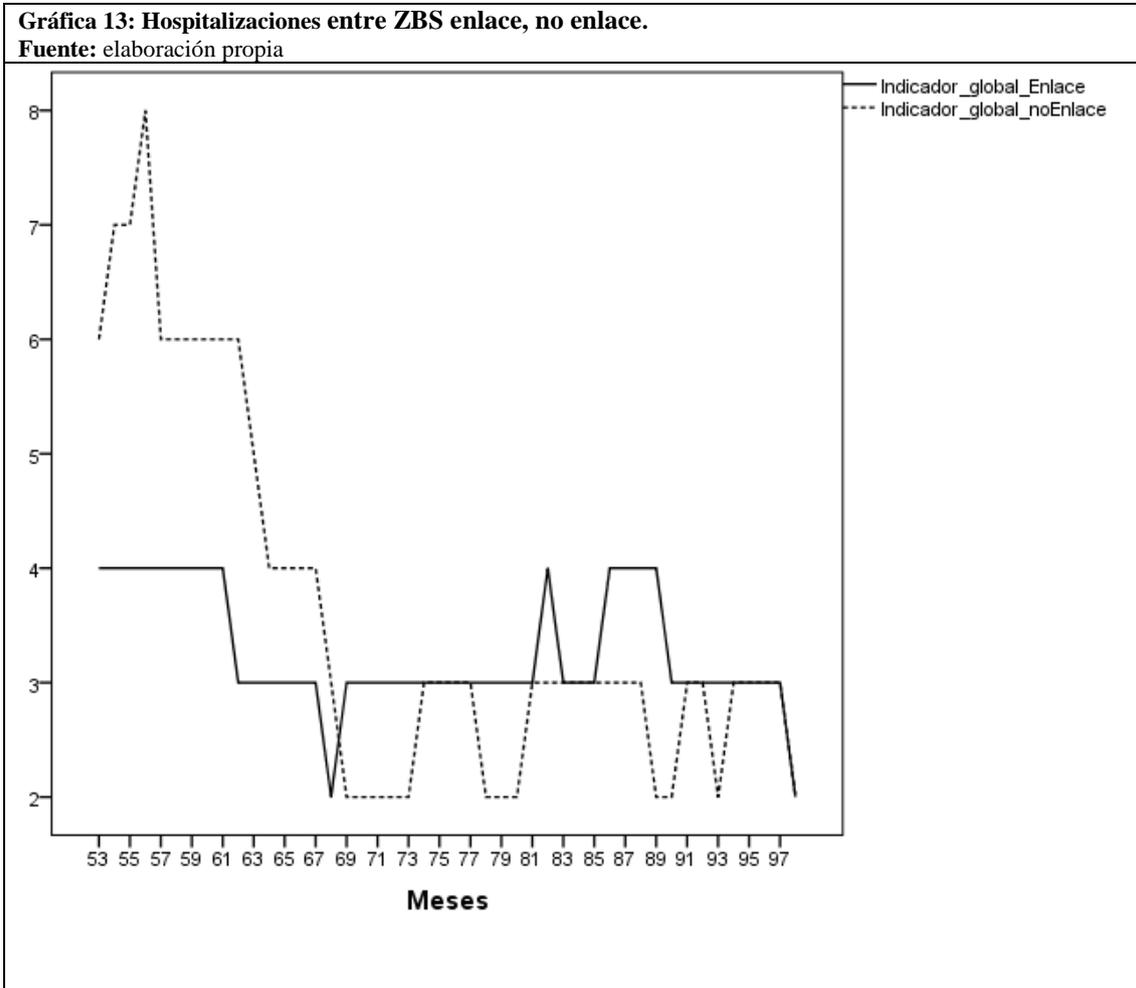
Las Zonas Básicas de Salud que aportan información en el caso de los centros enlace son 7 y en el caso de los no enlaces oscilan entre 26 y 27 para toda la serie con una media de 26,03.

Tabla 29: Zonas Básicas de Salud informantes para el indicador Hospitalizaciones.
Fuente: elaboración propia

		Zonas informantes Enlace	Zonas informantes no Enlace
N	Válidos	46	46
	Perdidos	0	0
Media		6,98	26,03
Mínimo		6	26
Máximo		7	27

Gráfica

La gráfica describe la diferencia mantenida en el tiempo de alrededor de 30 puntos entre centros enlace vs centros no enlace a favor de los centros enlace.



Regresión

El análisis de las regresiones muestra significación para la serie temporal de los centros enlace, los centros no enlaces, y las diferencias entre ambos. Las pendientes de estas regresiones nos muestran una mayor pendiente para los centros enlace y una pendiente positiva por tanto para la diferencia.

Tabla 30: Análisis de regresión para el indicador Hospitalizaciones entre ZBS enlace, no enlace y la diferencia entre ambas.**Fuente:** elaboración propia.

	Predictores B (IC95%)		P
	Constante	Mes	
Indicador global enlace	0,49(0,48-0,51)	33,01(32,02-34,01)	<0,001
Indicador global no enlace	0,26(0,25-0,27)	4,20(3,57-4,82)	<0,001
Indicador global diferencia	0,23(0,21-0,25)	29,23(28,22-30,23)	<0,001

7 Úlceras por Presión.

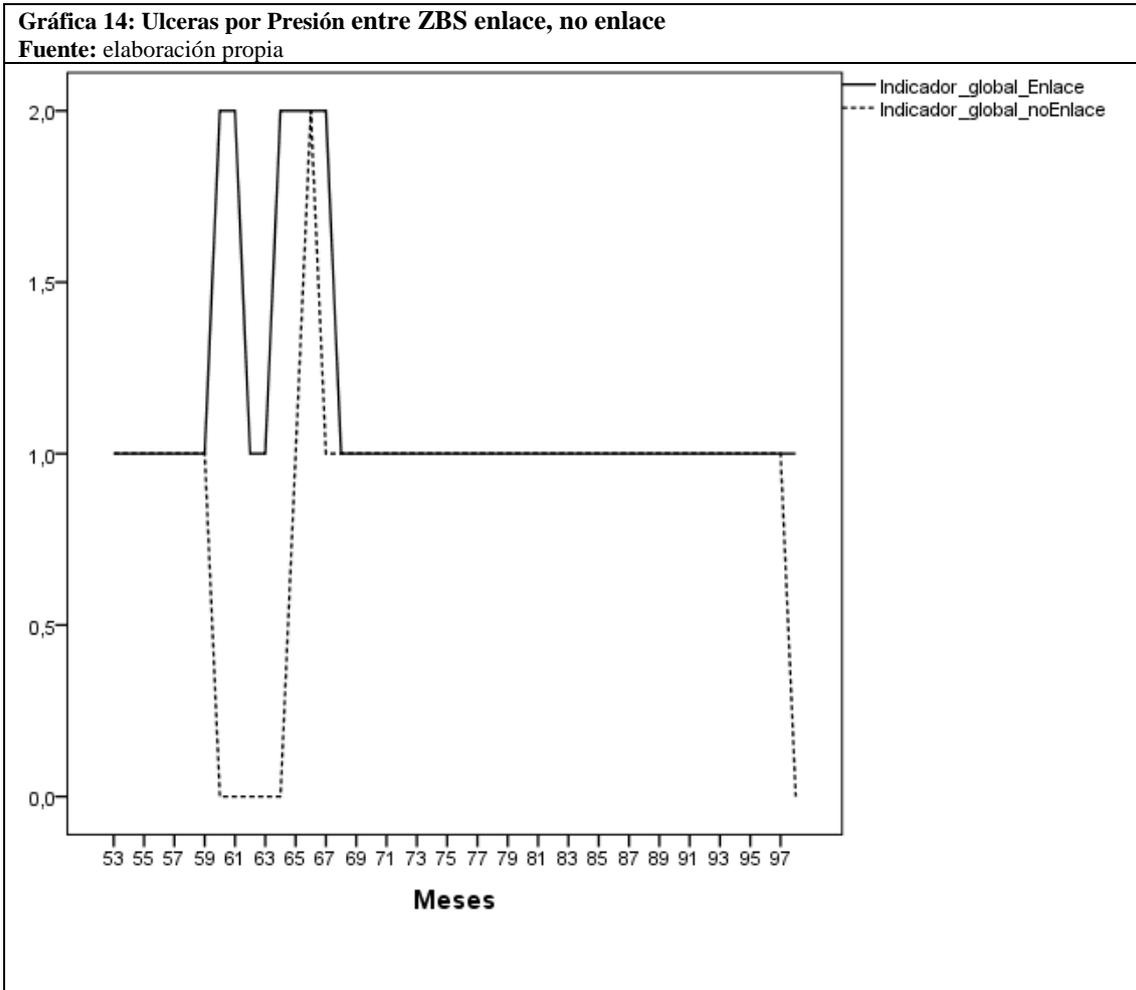
El indicador Úlceras por Presión describe la relación entre pacientes con úlceras por presión y las personas del cupo incluidas como confinadas en el Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria. Se expresa como porcentaje. Tiene una periodicidad mensual. La información está disponible para los últimos 46 meses de la serie temporal de 98 meses.

Las Zonas Básicas de Salud que aportan información en el caso de los centros enlace son 7 y en el caso de los no enlaces oscilan entre 3 y 10 para toda la serie con una media de 7,46.

Tabla 31: Zonas Básicas de Salud informantes para el indicador Úlceras por Presión			
Fuente: elaboración propia			
		Zonas informantes Enlace	Zonas informantes no Enlace
N	Válidos	46	46
	Perdidos	0	0
Media		6,76	7,46
Mínimo		6	3
Máximo		7	10

Gráfica

La gráfica describe la diferencia mínima entre centros enlace vs centros no enlace.



Regresión

El análisis de las regresiones muestra significación para la serie temporal de los centros enlace, los centros no enlaces, y las diferencias entre ambos. Las pendientes de estas regresiones son cercanas a 0.

Tabla 32: Análisis de regresión para el indicador Ulceras por Presión entre ZBS enlace, no enlace y la diferencia entre ambas.
Fuente: elaboración propia.

	Predictores B (IC95%)		P
	Constante	Mes	
Indicador global enlace	-0,01(-0,01/-0,00)	1,78(1,22-2,34)	p<0,02
Indicador global no enlace	0,00(-0,00-0,01)	0,56(-0,09/1,21)	p<0,303
Indicador global diferencia	-0,13(0,02/-0,0)	1,22(0,29/2,15)	p<0,03

8 Caídas.

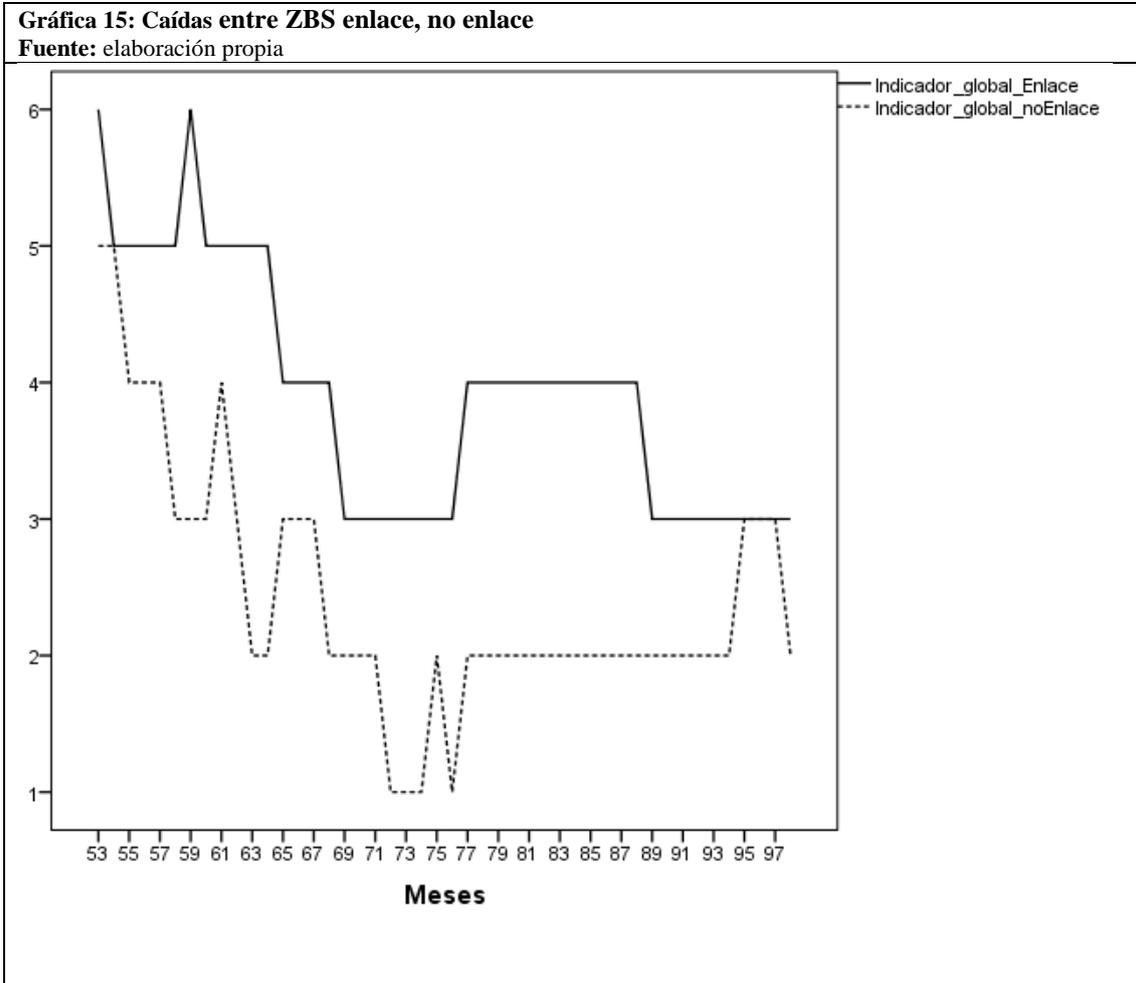
El indicador Caídas describe la relación entre pacientes con caídas de entre las personas del cupo incluidas como confinadas en el Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria. Se expresa como porcentaje. Tiene una periodicidad mensual. La información está disponible para los últimos 46 meses de la serie temporal de 98 meses.

Las Zonas Básicas de Salud que aportan información en el caso de los centros enlace son 7 y en el caso de los no enlaces oscilan entre 10 y 16 para toda la serie con una media de 13.

Tabla 33: Zonas Básicas de Salud informantes para el indicador Caídas			
Fuente: elaboración propia			
		Zonas informantes Enlace	Zonas informantes no Enlace
N	Válidos	46	46
	Perdidos	0	0
Media		7	13
Mínimo		7	10
Máximo		7	16

Gráfica

La gráfica describe la diferencia mantenida en el tiempo entre centros enlace vs centros no enlace a favor de los centros enlace. La diferencia no muestra significación.



Regresión

El análisis de las regresiones no muestra significación para la serie temporal de las diferencias entre ambos.

Tabla 34: Análisis de regresión para el indicador Caídas entre ZBS enlace, no enlace y la diferencia entre ambas.
Fuente: elaboración propia.

	Predictores B (IC95%)		P
	Constante	Mes	
Indicador global enlace	-0,49(-0,06/-0,03)	7,63 (6,60-8,66)	<0,001
Indicador global no enlace	-0,04(-0,05/-0,02)	5,24(3,86-6,61)	<0,001
Indicador global diferencia	-0,12(-0,03/0,005)	2,40(1,11-3,66)	<0,001

9 Sobre esfuerzo cuidadoras.

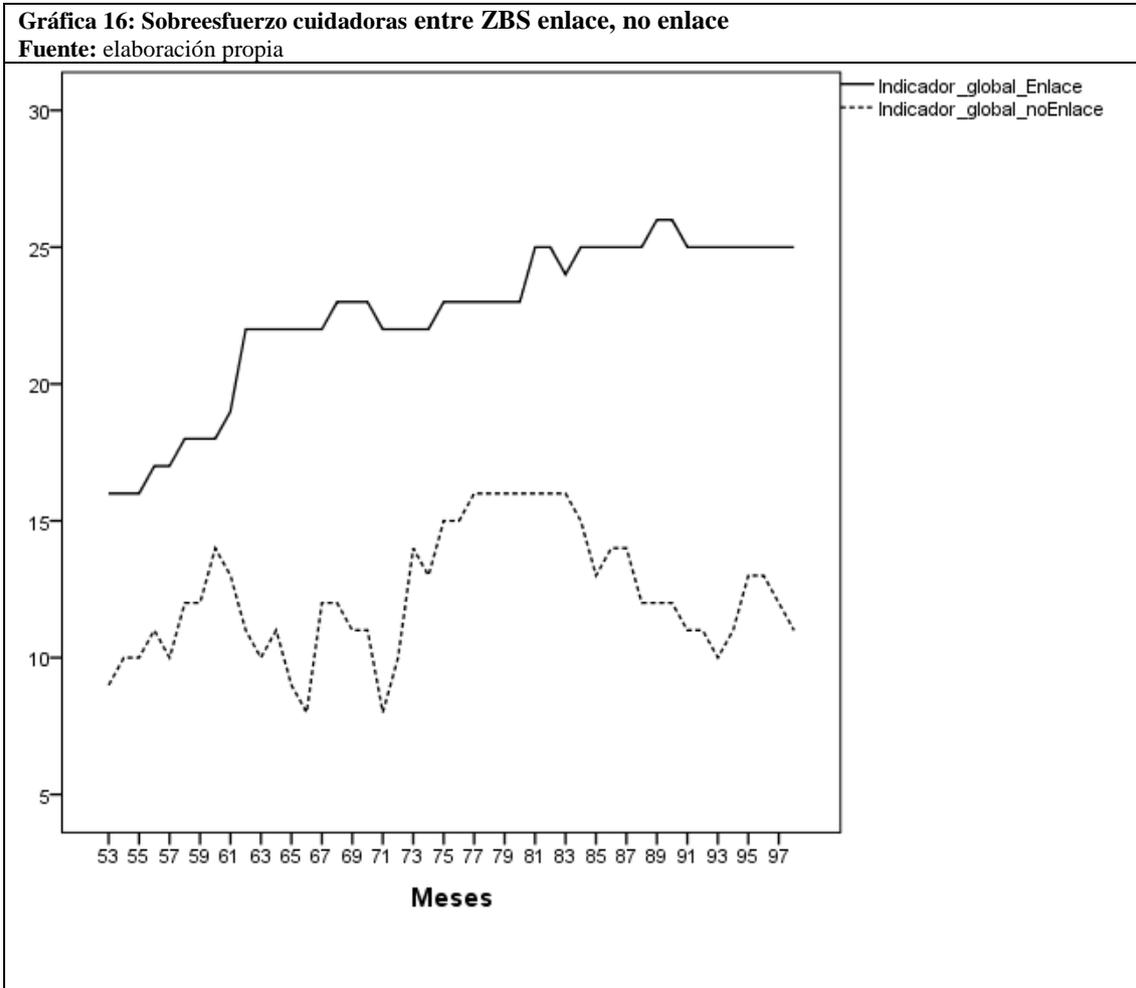
El indicador Sobre esfuerzo cuidadoras describe la relación entre porcentaje de pacientes diagnosticadas con el diagnóstico NANDA “Sobre esfuerzo del rol del cuidador” de entre las personas del cupo incluidas como cuidadoras en el Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria. Se expresa como porcentaje. Tiene una periodicidad mensual. La información está disponible para los últimos 46 meses de la serie temporal de 98 meses.

Las Zonas Básicas de Salud que aportan información en el caso de los centros enlace son 7 y en el caso de los no enlaces oscilan entre 4 y 15 para toda la serie con una media de 11.

Tabla 35: Zonas Básicas de Salud informantes para el indicador Sobre esfuerzo cuidadoras			
Fuente: elaboración propia			
		Zonas informantes Enlace	Zonas informantes no Enlace
N	Válidos	46	46
	Perdidos	0	0
Media		7	11
Mínimo		7	4
Máximo		7	15

Gráfica

La gráfica describe la diferencia mantenida en el tiempo de alrededor de 10 puntos entre centros enlace vs centros no enlace a favor de los centros enlace.



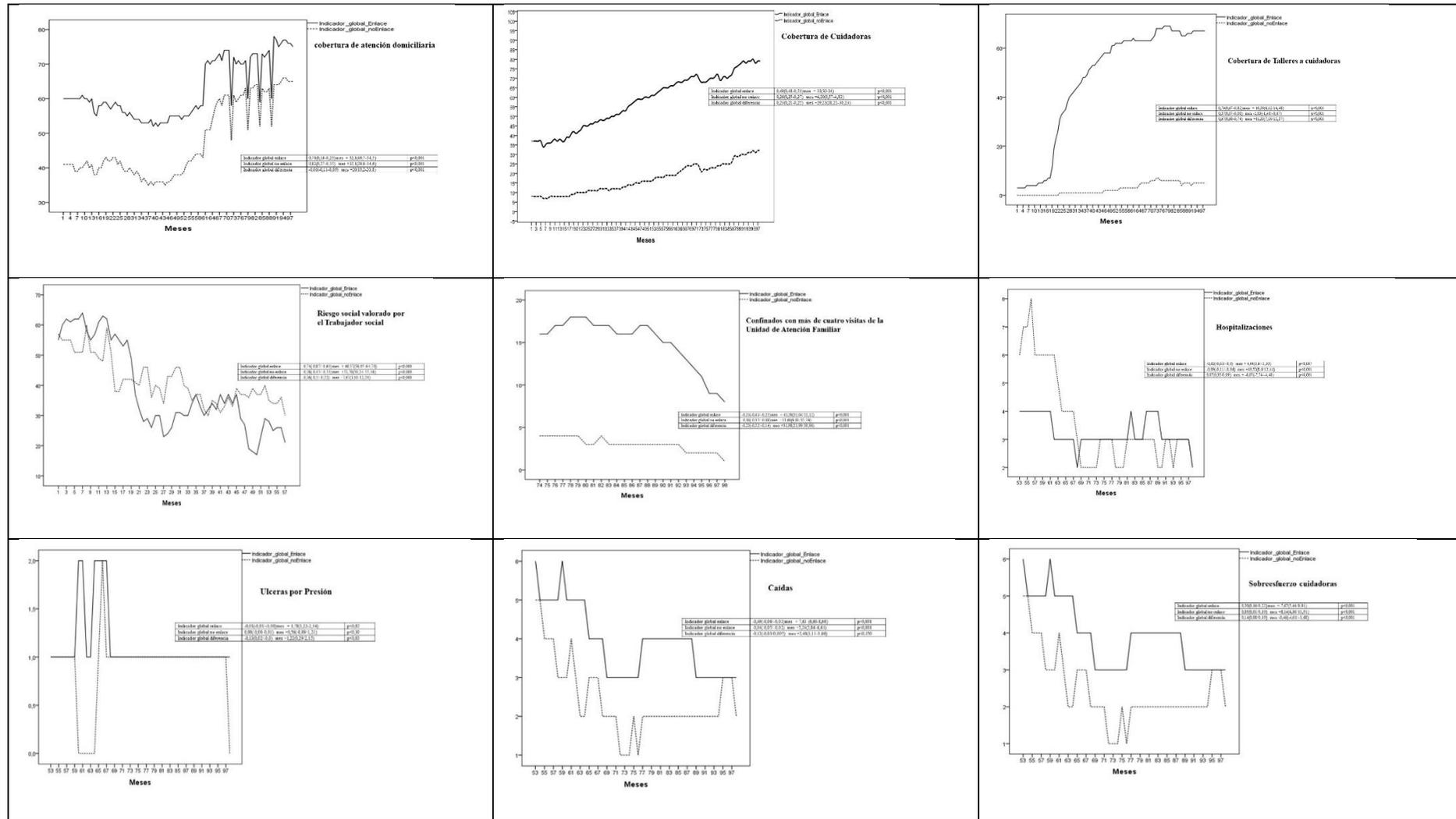
Regresión

El análisis de las regresiones muestra significación para la serie temporal de los centros enlace, los centros no enlaces, y las diferencias entre ambos. Las pendientes de estas regresiones nos muestran una mayor pendiente para los centros enlace y una pendiente positiva por tanto para la diferencia.

Tabla 36: Análisis de regresión para el indicador Sobre esfuerzo cuidadoras entre ZBS enlace, no enlace y la diferencia entre ambas.**Fuente:** elaboración propia.

	Predictores B (IC95%)		P
	Constante	Mes	
Indicador global enlace	0,20(0,16/0,22)	7,67(5,44/9,91)	<0,001
Indicador global no enlace	0,05(0,01/0,10)	8,14(4,36/11,91)	<0,001
Indicador global diferencia	0,14(0,08/0,19)	-0,46(-4,61/-3,68)	<0,001

10 Gráfica 17 Panel resumen de resultados.



4.2 Resultados en relación con los objetivos secundarios.

4.2.1. Mejores evidencias disponibles sobre efectividad, utilidad, satisfacción y costes de modelos de gestión de casos en atención primaria y los factores que pueden incidir en la eficiencia de diferentes modelos de gestión de casos en atención primaria.

Los resultados de la búsqueda se sintetizan en la tabla de búsqueda, Tabla 37 y el diagrama de flujo, Figura 10.

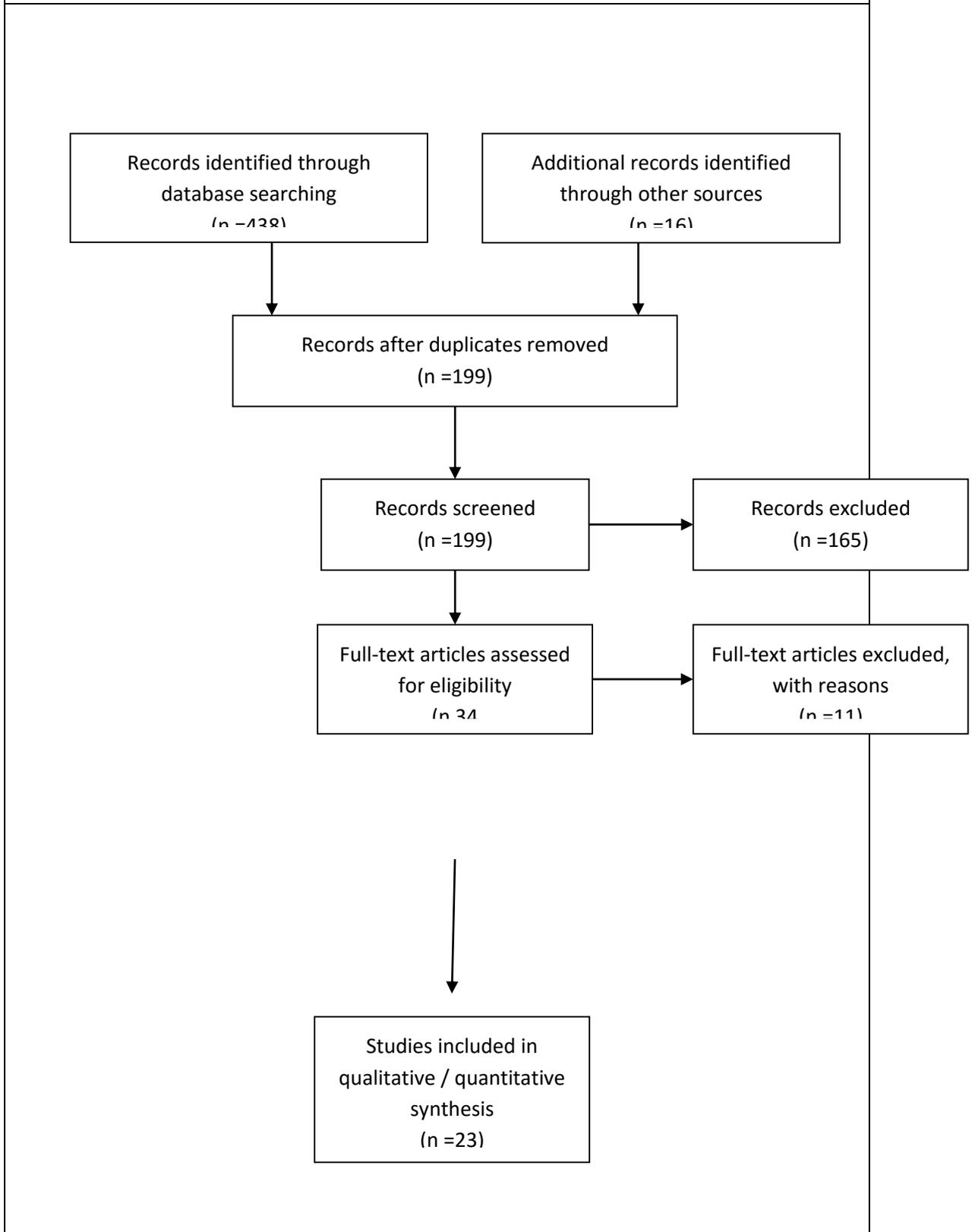
1. Tabla Búsqueda inicial

Tabla 37 Búsqueda inicial			
Fuente: elaboración propia			
Base de Datos	Filtros	DECs/MeSH	Resultados
Medline	Publicado en castellano, portugués o inglés. Humanos	(Case Management) AND (Primary Health Care) AND (Nurse or Nurses or Nursing)	133
Biblioteca Cochrane (sin filtros)	Enero 2005 a junio 2015 Todos los grupos de edad Artículos de revisión, incluyendo revisiones sistemáticas, metaanálisis, meta-síntesis, scoping review, revisiones narrativas, rapid appraisal, revisiones críticas y revisiones narrativas de integración.	Gestión de casos or Manejo de caso Enfermería Atención Primaria de Salud	29
CINAHL		Case Management Primary Health Care Nurse or Nurses or Nursing	
PsycInfo		Case Management Primary Health Care Nurse or Nurses or Nursing	
Biblioteca Virtual de Salud		Gestión de casos	192

		Enfermería Atención Primaria de Salud	
CUIDEN (sin filtros)		Gestión de casos Enfermería Atención Primaria de Salud	33
INAHTA NIHR-HTA Database (Sin filtros)		Case Management Primary Health Care Nurse or Nurses or Nursing	5)
Joanna Briggs Institute CCE		Gestión de casos	27
		Case management	4
REFERENCIAL			16

Figura 10, Diagrama de flujo. Búsqueda y selección de estudios

Fuente: elaboración propia





Finalmente se seleccionaron 21 revisiones sistemáticas. Las referencias y sus resúmenes se exponen en la Tabla 38. En el Anexo 4 se refrencian los estudios no seleccionados y el motivo de exclusión.

Tabla 38 resumen estudios seleccionados.		
Fuente: elaboración propia		
Año	Referencia	Resumen
2006	Doughty C. Effective models of mental health service provision and workforce configuration in the primary care setting. Christchurch:	Collaborative care and variants of this model of care were the most widely researched. From the nine reviews and 35 studies

	<p>New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA). NZHTA Technical Brief Series Volume 5 Number 1. 2006¹⁰¹</p>	<p>identified a range of positive findings have been reported.</p> <p>There is some evidence comparing the effectiveness of different models of mental health care in primary care that indicates that collaborative care may be of particular benefit for older adults, and that improving depression may positively influence other outcomes such as physical function that are associated with ongoing depression.</p> <p>Collaborative care interventions delivered by multidisciplinary teams may also improve clinical outcomes in those with persistent or recurrent difficulties but the effects remain ambiguous for those with minor depression.</p> <p>Finally, telephone care management interventions appear to be of some benefit to patients with mild to moderate mental health problems but telehealthcare may be a more effective model of service delivery if combined with delivering specific interventions with proven effectiveness such as cognitive behavioural therapy.</p> <p>Overall, there is presently insufficient evidence to provide a definitive answer as to the clinical effectiveness and cost-effectiveness of individual models or to provide a rigorous comparison between models. Nevertheless, there is a trend towards collaborative care models, including those incorporating a case management approach and/or using the services of a care manager or primary mental health care worker showing some modest benefit, at</p>
--	---	--

		least in the short-term, in randomised controlled studies conducted to date.
2007	Chiu WK, Newcomer R. A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly. Prof Case Manag. diciembre de 2007;12(6):330-6; quiz 337-8. ¹⁰²	<p>Fifteen clinical trials were included (n= 5,742): 14 randomised controlled trials (RCTs, n=4,349) and one quasi-experimental study (n=1,393). Sample size ranged from fewer than 100 to more than 1,000; only three studies had more than 200 in the intervention group. The outcome assessor was blinded in nine studies. Physicians were blinded in one study. Most studies showed retention rates in the mid-80s per cent or higher.</p> <p>Hospital re-admissions (15 studies): Seven studies reported no statistically significant difference in unplanned re-admissions between treatment groups. Eight studies reported that the intervention was associated with a significant reduction compared to control ($p < 0.05$ to < 0.001).</p> <p>Hospital days (nine studies): Seven studies reported that the intervention was associated with a statistically significant reduction in the number of hospital re-admission or length of stay ($p < 0.05$ to < 0.001).</p> <p>Emergency department visits (11 studies): Three studies reported that the intervention was associated with a statistically significant reduction in presentations to the emergency department compared to control ($p < 0.05$ to < 0.001).</p>

		<p>Mortality: The two studies that explicitly reported mortality found no difference between interventions in mortality. Most of the other studies appeared to have similar death rates between intervention groups</p> <p>The authors appeared to conclude that nurse-assisted case management interventions could reduce hospital readmission rates and hospital days.</p>
	<p>Latour CHM, van der Windt DAWM, de Jonge P, Riphagen II, de Vos R, Huyse FJ, et al. Nurse-led case management for ambulatory complex patients in general health care: a systematic review. <i>J Psychosom Res.</i> marzo de 2007;62(3):385-95.¹⁰³</p>	<p>We identified 10 relevant publications. Nine studies used readmission rate as primary outcome. Fewer studies investigated duration of hospital readmissions, emergency department (ED) visits, functional status, quality of life, or patient satisfaction. In general, results with regard to the effectiveness of case management were conflicting</p> <p>There is moderate evidence that case management has a positive effect on patient satisfaction and no effect on ED visits. It was not possible to draw firm conclusions on the other outcomes.</p>
	<p>Saxena S, Misra T, Car J, Netuveli G, Smith R, Majeed A. Systematic review of primary healthcare interventions to improve diabetes outcomes in minority ethnic groups. <i>J Ambul Care Manage.</i> septiembre de 2007;30(3):218-30.¹⁰⁴</p>	<p>Nine studies including 2565 patients met our inclusion criteria. Two main models of care were identified: (1) case management, with specialist diabetes nurses and community health workers and (2) the use of the services of link workers from minority ethnic groups to guide people with diabetes. Heterogeneity of the studies prevented us from carrying out a meta-analysis. Case management improved glycaemic control (reduction in HbA1c range -0.5% to -1.75%). Small but statistically significant reductions in other cardiovascular risk factors were reported with both models.</p> <p>CONCLUSIONS:</p>

		<p>In minority ethnic groups with diabetes, case management improves glycaemic control and cardiovascular risk factors and link workers improve cardiovascular risk factor control. However, their relative effectiveness, cost, and sustainability of changes over time warrant further evaluation.</p>
<p>2008</p>	<p>Christensen H, Griffiths KM, Gulliver A, Clack D, Kljakovic M, Wells L. Models in the delivery of depression care: a systematic review of randomised and controlled intervention trials. BMC Fam Pract. 2008;9:25.¹⁰⁵</p>	<p>Fifty five randomised and controlled research trials which focused on adults and contained depression outcome measures were identified through PubMed, PsycInfo and the Cochrane Central Register of Controlled Trials databases. Trials were classified according to the components involved in the delivery of treatment, the type of treatment, the primary focus or setting of the study, detailed features of delivery, and the discipline of the professional providing the treatment. The primary outcome measure was significant improvement on the key depression measure.</p> <p>RESULTS:</p> <p>Components which were found to significantly predict improvement were the revision of professional roles, the provision of a case manager who provided direct feedback and delivered a psychological therapy, and an intervention that incorporated patient preferences into care. Nurse, psychologist and psychiatrist delivered care were effective, but pharmacist delivery was not. Training directed to general practitioners was significantly less successful than interventions that did not have training as the most important intervention. Community interventions were effective.</p> <p>CONCLUSION:</p> <p>Case management is important in the provision of care in general practice. Certain</p>

		community models of care (education programs) have potential while others are not successful in their current form (pharmacist monitoring).
	Fraser KD, Estabrooks C. What factors influence case managers' resource allocation decisions? A systematic review of the literature. <i>Med Decis Making</i> . junio de 2008;28(3):394-410. ¹⁰⁶	<p>Five qualitative and 6 quantitative articles met the inclusion criteria for this review. The findings of these studies are equivocal. Despite this, the authors were able to create a preliminary taxonomy of the factors that influence case manager resource allocation decisions. Despite evidence-based decision making receiving so much attention in contemporary health care literature, the authors found a near absence of reference to research use in the context of case manager decision making.</p> <p>CONCLUSIONS:</p> <p>Currently, there are relatively few studies in the literature on the factors that influence, and how they are used in, case manager resource allocation decisions. Studies are often lacking in terms of conceptual clarity and theoretical framing. They are often not guided by theoretical frameworks and are not situated within the larger field of decision making or even within the clinical decision-making literature. These issues are impeding progress in this area.</p>
2009	Keleher H, Parker R, Abdulwadud O, Francis K. Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. <i>Int J Nurs Pract</i> . febrero de 2009;15(1):16-24. ¹⁰⁷	<p>Overall, 31 relevant studies were identified and included in the review. We found modest international evidence that nurses in primary care settings can provide effective care and achieve positive health outcomes for patients similar to that provided by doctors. Nurses are effective in care management and achieve good patient compliance. Nurses are also effective in a more diverse range of roles including chronic disease management, illness prevention and health promotion. Nevertheless, there is insufficient evidence</p>

		<p>about primary care nurses' roles and impact on patient health outcomes</p>
	<p>Oeseburg B, Wynia K, Middel B, Reijneveld SA. Effects of case management for frail older people or those with chronic illness: a systematic review. Nurs Res. junio de 2009;58(3):201-10.¹⁰⁸</p>	<p>Eight relevant studies were identified and included after evaluation of methodological quality. All studies concerned frail or impaired older people, and one study also included people with a somatic chronic disease. In none of the studies was evidence found for clinically relevant increase of service use and costs, whereas in two studies, it was reported that patient advocacy case management led to decreased service use and to savings in costs.</p> <p>DISCUSSION:</p> <p>Patient advocacy case management does not increase service use and costs and was effective in decreasing service use and costs in two studies. These conclusions are an indication for quality improvement through the combination of its organizational benefits. Therefore, there should be more priority given to further implementation of patient advocacy case management for those with chronic illness and impaired older people. Nursing can play an important role in this development.</p>
	<p>Sutherland D, Hayter M. Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. J Clin Nurs. noviembre de 2009;18(21):2978-92.¹⁰⁹</p>	<p>This paper presents the findings of a review and appraisal of the evidence for the effectiveness of nurse case management in improving health outcomes for patients living either with Diabetes, Chronic Obstructive Pulmonary Disease or Coronary Heart Disease. The review was undertaken focussing on studies that evaluated nurse case management with one or all of the three major long term chronic conditions. A total of 108 papers were initially reviewed and filtered to leave 75 citations that were appraised. About 18 papers were finally included in the review and subject to</p>

		<p>thematic analysis based on the health outcomes evaluated in the studies.</p> <p>RESULTS:</p> <p>Significantly positive results were reported for nurse case management impact on five health outcomes; 'objective clinical measurements', 'quality of life and functionality', 'patient satisfaction', 'adherence to treatment' and 'self care and service use'.</p> <p>RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE:</p> <p>The evidence generated in this review suggests that nurse case managers have the potential to achieve improved health outcomes for patients with long term conditions. Further research is required to support role development and create a more targeted approach to the intervention.</p>
2010	<p>Young T, Busgeeth K. Home-based care for reducing morbidity and mortality in people infected with HIV/AIDS. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2010;(1):CD005417.¹¹⁰</p>	<p>Ten studies randomised individuals and trial sizes varied from n=31 to n=549. One study randomised 392 households and enrolled a total of 509 persons with HIV and 1,521 HIV-negative household members. Two ongoing studies were identified. Intensive home-based nursing significantly improved self-reported knowledge of HIV and medications, self-reported adherence and difference in pharmacy drug refill (1 study). Another study, comparing proportion of participants with greater than 90% adherence, found statistically significant differences over time but no significant change in CD4 counts and viral loads. A third study found significant differences in HIV stigma, worry and physical functioning but no differences in depressive symptoms, mood, general health, and overall functioning. Comprehensive case management by trans-professional teams compared to usual care by primary care nurses had no significant difference in quality-of-life after 6-months of follow-up</p>

		<p>(n=57) and average length of time on service (n=549). Home total parenteral nutrition had no significant impact on overall survival and rate of re-hospitalisation. Two trials comparing computers with brochures/nothing/standard medical care found no significant effect on health status, and decision-making confidence and skill, but a reduction in social isolation after controlling for depression. Two trials evaluating home exercise programmes found opposing results. Home-based safe water systems reduced diarrhea frequency and severity among persons with HIV in Africa.</p> <p>AUTHORS' CONCLUSIONS:</p> <p>Studies were generally small and very few studies were done in developing countries. There was a lack of studies truly looking at the effect of home based care itself or looking at significant end points (death and progression to AIDS). However, the range of interventions and HBC models evaluated can assist in making evidence-based decisions about HIV care and support.</p>
2011	<p>Slyer JT, Concert CM, Eusebio AM, Rogers ME, Singleton J. A systematic review of the effectiveness of nurse coordinated transitioning of care on readmission rates for patients with heart failure. The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 24 de marzo de 2011;9(15):464-90.¹¹¹</p>	<p>A total of 16 randomised controlled studies were included. Ten of the 16 studies included in the review show that a nurse led transitioning of care intervention can reduce the rate of readmission for patients with heart failure. Interventions utilising home visits, or home visits coupled with telephone follow-up, show a more favourable reduction in readmission rates.</p> <p>Conclusions</p> <p>Reduced readmissions occur when transitioning of care interventions are carried out by a heart failure trained nurse who conducts at least one home visit and follows the patient at least weekly for a</p>

		minimum of 30 days post discharge with either additional home visits or telephone contact.
2012	Joo JY, Huber DL. An integrative review of case management for diabetes. <i>Prof Case Manag.</i> abril de 2012;17(2):72-85. ¹¹²	<p>The purpose of this integrative review is to examine the effectiveness of case management for improving health outcomes in patients with diabetes mellitus as found in the literature from 2000 to 2010.</p> <p>PRIMARY PRACTICE SETTING:</p> <p>Diabetes case management in health care settings.</p> <p>FINDINGS/CONCLUSIONS:</p> <p>Case management is an effective intervention for glycemic control and is cost-effective. Evidence is building for its use in primary care.</p> <p>IMPLICATIONS FOR CASE MANAGEMENT PRACTICE:</p> <p>Case management can be an important intervention for diabetes care in primary care and community settings. With evidence at the level of rigor of randomized controlled trials, case management significantly improved biophysiological, psychosocial, preventive, and adherence outcomes. Thus, case management can be an important aspect of effectiveness in health care services delivery within a reconfigured delivery system.</p>
	Nurmatov U, Buckingham S, Kendall M, Murray SA, White P, Sheikh A, et al. Effectiveness of holistic interventions for people with severe chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of controlled clinical trials. <i>PLoS ONE.</i> 2012;7(10):e46433. ¹¹³	From 2,866 potentially relevant papers, we identified three trials: two RCTs (from United States and Australia), and one CCT (from Thailand): total 216 patients. Risk of bias was assessed as moderate in two studies and high in the third. All the interventions were led by nurses acting in a co-ordinating role (e.g. facilitating community support in Thailand, providing case-management in the USA, or co-ordinating inpatient care in Australia).

		<p>HRQoL improved significantly in the Thai CCT compared to the (very limited) usual care ($p < 0.001$), in two sub-domains in the American trial, but showed no significant changes in the Australian trial. Exercise tolerance, dyspnoea, and satisfaction with care also improved in the Thai trial.</p> <p>Conclusions</p> <p>Some 15 years after reports first highlighted the unmet needs of people with severe COPD, we have been unable to find robust trial evidence about interventions that can address those needs. There is an urgent need to develop and evaluate holistic care interventions designed improve HRQoL for people with severe COPD.</p>
	<p>Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometa CS, Hahn RA, McKnight-Eily LR, et al. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. <i>Am J Prev Med.</i> mayo de 2012;42(5):525-38.¹¹⁴</p>	<p>An earlier systematic review with 37 RCTs of collaborative care studies published through 2004 found evidence of effectiveness of these models in improving depression outcomes. An additional 32 studies of collaborative care models conducted between 2004 and 2009 were found for this current review and analyzed. The results from the meta-analyses suggest robust evidence of effectiveness of collaborative care in improving depression symptoms (standardized mean difference [SMD]=0.34); adherence to treatment (OR=2.22); response to treatment (OR=1.78); remission of symptoms (OR=1.74); recovery from symptoms (OR=1.75); quality of life/functional status (SMD=0.12); and satisfaction with care (SMD=0.39) for patients diagnosed with depression (all effect estimates were significant).</p> <p>CONCLUSIONS:</p>

		<p>Collaborative care models are effective in achieving clinically meaningful improvements in depression outcomes and public health benefits in a wide range of populations, settings, and organizations. Collaborative care interventions provide a supportive network of professionals and peers for patients with depression, especially at the primary care level.</p>
	<p>You EC, Dunt D, Doyle C, Hsueh A. Effects of case management in community aged care on client and carer outcomes: a systematic review of randomized trials and comparative observational studies. BMC Health Services Research. 2012;12:395. doi:10.1186/1472-6963-12-395.¹¹⁵</p>	<p>Ten RCTs and five comparative observational studies were identified. One RCT was rated high quality. Client outcomes included mortality (7 studies), physical or cognitive functioning (6 studies), medical conditions (2 studies), behavioral problems (2 studies) , unmet service needs (3 studies), psychological health or well-being (7 studies) , and satisfaction with care (4 studies) , while carer outcomes included stress or burden (6 studies), satisfaction with care (2 studies), psychological health or well-being (5 studies), and social consequences (such as social support and relationships with clients) (2 studies). Five of the seven studies reported that case management in community aged care interventions significantly improved psychological health or well-being in the intervention group, while all the three studies consistently reported fewer unmet service needs among the intervention participants. In contrast, available studies reported mixed results regarding client physical or cognitive functioning and carer stress or burden. There was also limited evidence indicating significant effects of the interventions on the other client and carer outcomes as described above.</p> <p>Conclusions</p> <p>Available evidence showed that case management in community aged care can</p>

		<p>improve client psychological health or well-being and unmet service needs. Future studies should investigate what specific components of case management are crucial in improving clients and their carers' outcomes.</p>
<p>2013</p>	<p>Trivedi D, Goodman C, Gage H, Baron N, Scheibl F, Iliffe S, et al. The effectiveness of inter-professional working for older people living in the community: a systematic review. Health Soc Care Community. marzo de 2013;21(2):113-28.¹¹⁶</p>	<p>Health and social care policy in the UK advocates inter-professional working (IPW) to support older people with complex and multiple needs. Whilst there is a growing understanding of what supports IPW, there is a lack of evidence linking IPW to explicit outcomes for older people living in the community. This review aimed to identify the models of IPW that provide the strongest evidence base for practice with community dwelling older people. We searched electronic databases from 1 January 1990-31 March 2008. In December 2010 we updated the findings from relevant systematic reviews identified since 2008. We selected papers describing interventions that involved IPW for community dwelling older people and randomised controlled trials (RCT) reporting user-relevant outcomes. Included studies were classified by IPW models (Case Management, Collaboration and Integrated Team) and assessed for risk of bias. We conducted a narrative synthesis of the evidence according to the type of care (interventions delivering acute, chronic, palliative and preventive care) identified within each model of IPW. We retrieved 3211 records and included 37 RCTs which were mapped onto the IPW models: Overall, there is weak evidence of effectiveness and cost-effectiveness for IPW, although well-integrated and shared care models improved processes of care and have the potential to reduce hospital or nursing/care home use. Study quality varied considerably and high quality evaluations as well as observational studies are needed to identify</p>

		<p>the key components of effective IPW in relation to user-defined outcomes. Differences in local contexts raise questions about the applicability of the findings and their implications for practice. We need more information on the outcomes of the process of IPW and evaluations of the effectiveness of different configurations of health and social care professionals for the care of community dwelling older people.</p>
2014	<p>Coller RJ, Nelson BB, Sklansky DJ, Saenz AA, Klitzner TS, Lerner CF, et al. Preventing hospitalizations in children with medical complexity: a systematic review. <i>Pediatrics</i>. diciembre de 2014;134(6):e1628-47¹¹⁷</p>	<p>Preventable hospitalizations were measured in 3 ways: ambulatory care sensitive conditions, readmissions, or investigator-defined criteria. Postsurgical patients, those with neurologic disorders, and those with medical devices had higher preventable hospitalization rates, as did those with public insurance and nonwhite race/ethnicity. Passive smoke exposure, nonadherence to medications, and lack of follow-up after discharge were additional risks. Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions were less common in more complex patients. Patients receiving home visits, care coordination, chronic care-management, and continuity across settings had fewer preventable hospitalizations.</p> <p>CONCLUSIONS: There were a limited number of published studies. Measures for CMC and preventable hospitalizations were heterogeneous. Risk of bias was moderate due primarily to limited controlled experimental designs. Reductions in hospital use among CMC might be possible. Strategies should target primary drivers of preventable hospitalizations.</p>
	<p>Joo JY, Huber DL. An integrative review of nurse-led community-based case management effectiveness. <i>Int</i></p>	<p>Most of the included studies were conducted in the USA, but international studies with quantitative approaches were reviewed (n = 6). The review revealed that community-based case management</p>

	<p>Nurs Rev. marzo de 2014;61(1):14-24.¹¹⁸</p>	<p>significantly reduced hospital access outcomes, especially readmissions and increased cost effectiveness, patient clinical outcomes and patient satisfaction.</p> <p>LIMITATIONS:</p> <p>This study did not isolate studies of patients with diseases or demographic characteristics in common, resulting in large variations in disease and demographic factors.</p> <p>CONCLUSION:</p> <p>There is a base of evidence that community-based case management is effective. Because it provides quality, patient-centred care, case management should be used for major care coordination.</p> <p>IMPLICATIONS FOR NURSING AND HEALTH POLICY:</p> <p>The benefits of community-based case management need to be announced to healthcare leaders and policymakers.</p>
	<p>Watts SA, Lucatorto M. A review of recent literature - nurse case managers in diabetes care: equivalent or better outcomes compared to primary care providers. Curr Diab Rep. julio de 2014;14(7):504.¹¹⁹</p>	<p>Primary care has changed remarkably with chronic disease burden growth. Nurse case managers assist with this chronic disease by providing if not significantly better care, than equivalent care to that provided by usual primary care providers. Chronic disease management requires patient-centered skills and tools, such as registries, panel management, review of home data, communicating with patients outside of face-to-face care, and coordinating multiple services. Evidence reviewed in this article demonstrates that registered nurse care managers (RNCM) perform many actions required for diabetes chronic disease management including initiation and titration of medications with similar or improved physiologic and patient satisfaction outcomes over usual care</p>

		<p>providers. Selection and training of the nurse case managers is of utmost importance for implementation of a successful chronic disease management program. Evidence based guidelines, algorithms, protocols, and adequate ongoing education and mentoring are generally cited as necessary support tools for the nurse case managers.</p>
	<p>Martínez-González NA, Berchtold P, Ullman K, Busato A, Egger M. Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review. <i>International Journal for Quality in Health Care</i>. 2014;26(5):561-570. doi:10.1093/intqhc/mzu071.¹²⁰</p>	<p>Results Twenty-seven systematic reviews were identified; conditions included chronic heart failure (CHF; 12 reviews), diabetes mellitus (DM; seven reviews), chronic obstructive pulmonary disease (COPD; seven reviews) and asthma (five reviews). The median number of AMSTAR checklist items met was five: few reviewers searched for unpublished literature or described the primary studies and interventions in detail. Most reviews covered comprehensive services across the care continuum or standardization of care through inter-professional teams, but organizational culture, governance structure or financial management were rarely assessed. A majority of reviews found beneficial effects of integration, including reduced hospital admissions and re-admissions (in CHF and DM), improved adherence to treatment guidelines (DM, COPD and asthma) or quality of life (DM). Few reviews showed reductions in costs.</p> <p>Conclusions Systematic reviews of integrated care programmes were of mixed quality, assessed only some components of integration of care, and showed consistent benefits for some outcomes but not others.</p>
2015	<p>Stokes J, Panagioti M, Alam R, Checkland K, Cheraghi-Sohi S, Bower P. Effectiveness of Case Management for “At Risk” Patients in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. Quinn TJ, ed. <i>PLoS ONE</i>.</p>	<p>We carried out a systematic review and meta-analysis of the effectiveness of case management for 'at-risk' patients in primary care. Six bibliographic databases were searched using terms for 'case management', 'primary care', and a</p>

	<p>2015;10(7):e0132340. doi:10.1371/journal.pone.0132340.¹²¹</p>	<p>methodology filter (Cochrane EPOC group). Effectiveness compared to usual care was measured across a number of relevant outcomes: Health--self-assessed health status, mortality; Cost--total cost of care, healthcare utilisation (primary and non-specialist care and secondary care separately), and; Satisfaction--patient satisfaction. We conducted secondary subgroup analyses to assess whether effectiveness was moderated by the particular model of case management, context, and study design. A total of 15,327 titles and abstracts were screened, 36 unique studies were included. Meta-analyses showed no significant differences in total cost, mortality, utilisation of primary or secondary care. A very small significant effect favouring case management was found for self-reported health status in the short-term (0.07, 95% CI 0.00 to 0.14). A small significant effect favouring case management was found for patient satisfaction in the short- (0.26, 0.16 to 0.36) and long-term (0.35, 0.04 to 0.66). Secondary subgroup analyses suggested the effectiveness of case management may be increased when delivered by a multidisciplinary team, when a social worker was involved, and when delivered in a setting rated as low in initial 'strength' of primary care.</p> <p>CONCLUSIONS:</p> <p>This was the first meta-analytic review which examined the effects of case management on a wide range of outcomes and considered also the effects of key moderators. Current results do not support case management as an effective model, especially concerning reduction of secondary care use or total costs. We consider reasons for lack of effect and</p>
--	---	--

		highlight key research questions for the future.
--	--	--

Estos 21 estudios son revisiones sistemáticas que han sido publicadas siguiendo una revisión por pares. La mayoría incluyen Ensayos clínicos aleatorizados para identificar el impacto de la gestión de casos. En la Tabla 39 se expone un análisis descriptivo de las categorías que se analizan: efectividad, calidad de vida, satisfacción, costes, factores que influyen en estos servicios y equidad. La mayoría de los estudios exploran efectividad (entendida como mejoría o control clínicos del paciente) y coste. Se encuentran evidencias a favor de la gestión de casos en efectividad, calidad de vida, satisfacción y costes. La mejora de los costes se obtiene por la disminución de la hospitalización, la readmisión hospitalaria y uso de los servicios de urgencias. Sólo una revisión aborda la cuestión de los factores a tener en cuenta en el desarrollo de los servicios de gestión de casos, y no encuentra evidencia clara, concluye en la necesidad de crear una taxonomía específica e investigar cada cuestión por separado. No se han identificado revisiones que aborden la cuestión de la equidad en estos servicios.

Tabla 39: Resumen estudios seleccionados categorizados. Fuente: Elaboración propia			
Año	Referencia	Perfil Paciente	Categorías
2006	Doughty 2006 ¹⁰¹	Salud Mental Depresión Personas Mayores	Efectividad
2007	Chiu 2007 ¹⁰²	Personas Mayores	Efectividad Coste Relacionada con disminución de readmisión en hospital y urgencias Evidencia Nivel I
	Latour 2007 ¹⁰³	Paciente complejo	Satisfacción Moderada evidencia

	Saxena 2007 ¹⁰⁴	Diabetes	Efectividad (disminución de HBA1c Nivel 1 de evidencia
2008	Christensen 2008 ¹⁰⁵	Adulto depresión	Efectividad Nivel i de evidencia
	Fraser 2008 ¹⁰⁶	Factores para la toma de decisiones	Sin evidencia
2009	Keleher 2009 ¹⁰⁷	Pacientes de atención primaria, procesos crónicos	Efectividad mayor de la gestión de casos
	Oeseburg 2009 ¹⁰⁸	Persona mayor frágil	Efectividad Disminución de coste
	Sutherland 2009 ¹⁰⁹	Diabetes, EPOC y Enfermedad Coronaria	Evidencia en las cinco categorías
2010	Young 2010 ¹¹⁰	HIV / SIDA	Estudios de baja calidad
2011	Slyer 2011 ¹¹¹	Fallo cardiaco	Reducción de la readmisión
2012	Joo 2012. ¹¹²	diabetes	Efectividad para glucemia Costo efectiva
	Nurmatov 2012 ¹¹³	EPOC	insuficiente
	Thota 2012 ¹¹⁴	depresión	Efectividad Calidad de vida Satisfacción Evidencia de nivel i
	You. 2012. ¹¹⁵	mayores	Calidad de vida
2013	Trivedi 2013 ¹¹⁶	Mayores	Efectividad Coste Difícil comparar

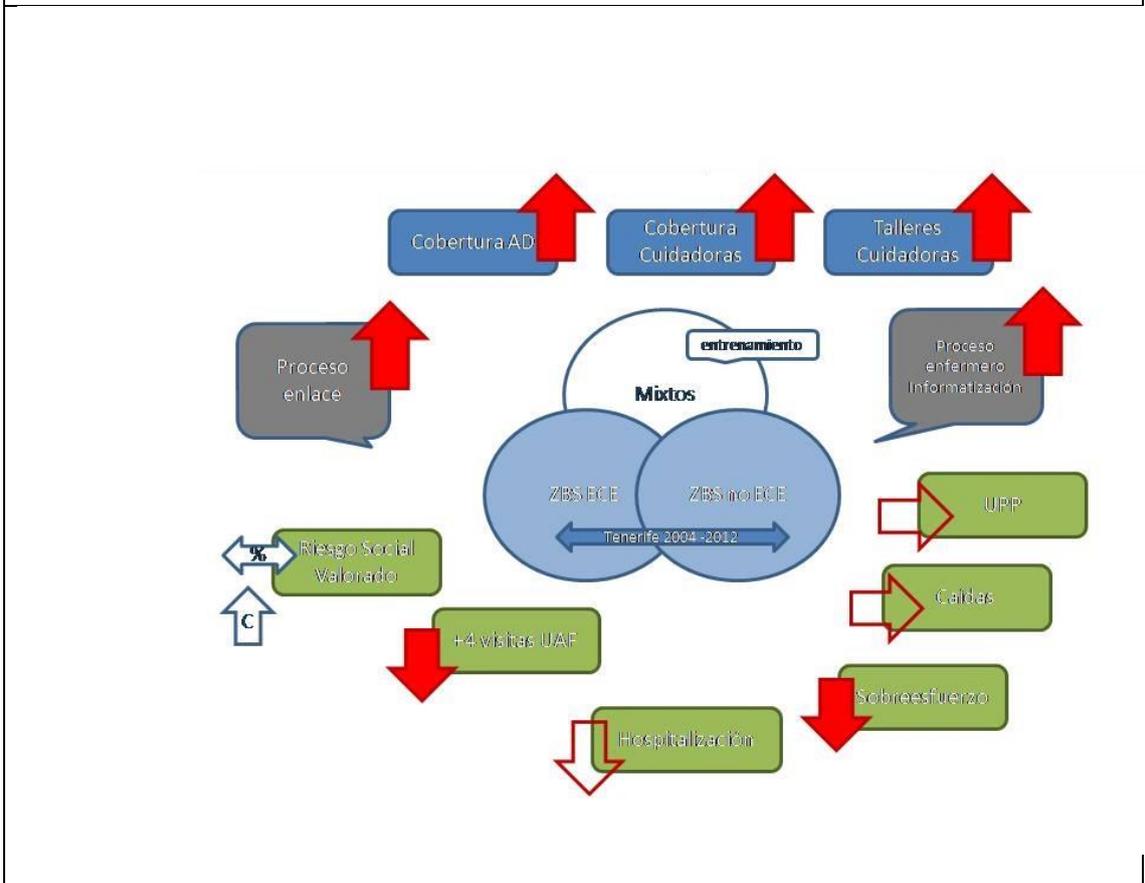
2014	Coller 2014 ¹¹⁷	Niños con procesos médicos complejos	Efectividad prevención de hospitalización Evidencia débil
	Joo 2014 ¹¹⁸	Diferentes perfiles	Efectividad Coste readmisiones
	Watts 2014 ¹¹⁹	Diabetes	efectividad
	Martínez 2014 ¹²⁰	Adultos con procesos crónicos	Efectividad Calidad de vida coste
2015	Stokes 2015 ¹²¹	Pacientes de riesgo	Efectividad Satisfacción moderados No cambios en coste

5. Discusión

Los resultados de este estudio muestran que en las Zona Básicas de Salud donde se desarrolla el trabajo de las Enfermeras Comunitarias de Enlace se obtienen mejoras en término de cobertura de pacientes, y de personas cuidadoras familiares. Además de estos resultados de cobertura en la atención cara-a-cara se obtienen aumentos de cobertura importantes para un servicio específico de cuidadoras, los talleres de educación sanitaria y soporte para la autoayuda. La Figura 11 resume de forma gráfica estos resultados.

Figura 11: Resumen de resultados

Fuente: elaboración propia



Se observa también mejores resultados en indicadores que describen el control de la situación clínica de los pacientes como son los ingresos hospitalarios, el sobreesfuerzo de las cuidadoras y la intensidad de visitas por parte de la Unidad de Atención Familiar (el médico y la enfermera de Atención Primaria). Además hay una mayor utilización de los profesionales del Trabajo Social. La disminución de las hospitalizaciones, de las visitas a domicilio de las UAF y del aumento de las derivaciones hacia Trabajo Social describen

un escenario de mayor adecuación del uso de los recursos disponibles y por ello de mayor eficiencia.

Comparar los resultados de este estudio tropieza con la dificultad de encontrar un modelo igual al que evaluamos, ya que se trata del primer servicio de estas características dentro de la atención primaria de nuestro país. Existen estudios con modelos o sistemas de gestión de casos que podemos aproximar al modelo estudiado. Los resultados encontrados en nuestro estudio son coherentes con lo publicado por otros autores en diferentes contextos y para diferentes perfiles de pacientes¹⁰¹⁻¹²¹.

Aunque diferentes estudios miden diferentes indicadores de resultados, todos parecen ir en la misma dirección: mejores resultados clínicos y mayor eficiencia en el uso de los recursos. El servicio a estudio se centra en personas incluidas en el programa de Atención Domiciliaria del Servicio Canario de la Salud y sus cuidadoras, en su mayoría hablamos de personas mayores, dependientes, pluripatológicas, polimedicadas y con una mujer cuidadora, familiar y en gran medida también pluripatológica y polimedicada. Los estudios muestran la gestión de casos aplicada a diferentes perfiles de personas necesitadas de cuidado: mayores, dependientes, con problemas crónicos, con problemas de salud mental. Es decir no son poblaciones exactamente iguales, aunque en gran medida son similares cuando se piensa en sus necesidades de cuidados, y en general todas se encuadran dentro del 5% estimado de la pirámide de Kaiser.

Existen muchas revisiones sistemáticas de calidad realizadas en la última década que reflejan lo dicho en el párrafo anterior. El focalizar en diferentes resultados y trabajar con poblaciones diferentes dificulta que podamos contar con metanálisis que completen la evidencia disponible. En este sentido la incorporación de enfoques metodológicos novedosos y abiertos del mundo de la evidencia como la metasíntesis¹²² deben ayudar a mejorar el análisis de múltiples pruebas.

Se deben señalar algunas limitaciones en nuestro estudio. Se ha trabajado con indicadores elaborados mes a mes a partir de la información que los profesionales introducen en las

historias clínicas. Proceso que no posee ningún sistema de control de calidad ni se rige por una disciplina informativa de notificación reglada, por lo que podemos suponer una insuficiente calidad en los datos. Por consiguiente nuestro estudio podría estar afectado por un sesgo de infraestimación del impacto del modelo ECE sobre los indicadores empleados. Por tanto cualquier proceso de mejora de la calidad de la información existente en las historias clínicas mejorará los resultados expuestos aquí. Los indicadores con los que se ha trabajado para el análisis son los diseñados, utilizados y disponibles desde la DG de Programas Asistenciales. Tras los resultados expuestos aquí algunos de ellos pueden ser rediseñados o “afinados”. Por ejemplo ¿es posible diferenciar entre “hospitalizaciones” y “reingresos” o ¿añadir a “+ 4 visitas de la UAF” indicadores específicos para médicos y enfermeras? En este sentido en la tabla XX se proponen indicadores que amplían lo estudiado. Una última limitación en este sentido es la no separación entre indicadores de utilidad para la macrogestión, la mesogestión y la microgestión.

¿Son extrapolables nuestros resultados? La extrapolación de los resultados de un estudio se basa en dos conceptos, por una parte la similitud de población y el modelo de trabajo de las enfermeras, es decir la descripción del servicio; y por otra parte en la significación estadística, que en los resultados encontrados oscila entre el 0,001 y el 0,05, es decir que la probabilidad de que el resultado observado se deba al azar es muy baja, entre un 95% y un 99%, o dicho de otra manera, la mayoría de los resultados para estados similares se encontrarán en el intervalo descrito.

Creemos que los resultados son extrapolables al resto del territorio de Canarias. En las diferentes islas se comparte la población diana y el protocolo de trabajo. Fuera de la Comunidad los resultados serán extrapolables en la medida en que la población diana y el protocolo de gestión de casos sea similar a la luz de la significación estadística de nuestros resultados. La revisión de los resultados y de las evidencias disponibles hace pensar en un grupo de indicadores estándar para garantizar la comparabilidad de los resultados. En este sentido la taxonomía propuesta por la Asociación Americana de Cardiología¹²³ es un paso para clasificar los diferentes servicios de gestión de casos que puede ser ampliada hacia indicadores claves.

Se ha mencionado en varias ocasiones la mejora en la eficiencia del sistema sanitario que supone un servicio de gestión de casos como el de las enfermeras de enlace. Sin embargo en este punto es crucial la cuantificación de esta eficiencia. ¿Cuanto es el coste y cuanto el beneficio? El estudio inicial de Artiles y Duarte de 2002⁵⁷, cuantificaba el coste de atender a un paciente de este tipo atendido a los costes estructurales de recursos humanos y materiales (visitas a médicos, enfermeras y trabajadores sociales, a urgencias y días de estancia hospitalaria). Es decir el coste sin incluir la medicación no hospitalaria y el material ortoprotésico de ayuda a las actividades de la vida diaria o de prevención de accidentes (colchones antiescaras, barrandillas, sillas de ruedas...). En ese estudio se encontró que el coste cuando existía una enfermera de enlace era un 33% menor aproximadamente. Se debe señalar que 11 años después los costes de hospitalización han aumentado más que los costes de la atención primaria, por lo que la diferencia aumentaría.

A lo anterior podemos añadir las evidencias disponibles sobre la mejora de la adherencia terapéutica y racionalización de la prescripción farmacéutica en estos pacientes y sus familiares la diferencia se haría mayor a favor de un modelo de gestión de casos. Y sobre el material ortoprotésico hemos de mencionar un estudio en una Zona Básica de Salud de Andalucía en la que se estimaba un ahorro de material ortoprotésico alrededor de 6000 euros por enfermera y año¹²⁴.

A falta de estudios de evaluación económica en nuestro medio parece lógico suponer que las mejora en el coste de los servicios se produce a expensas de la disminución de ingresos y reingresos (una NNT de 7 y 11 en el estudio de Artiles⁵⁷), del ajuste de la medicación del paciente y su cuidador familiar, y de la recuperación y reutilización del material ortoprotésico.

¿Es posible mejorar los resultados revisados? Tras revisar diferentes enfoques de la gestión de casos, evidencias disponibles y resultados propios las propuestas de mejora se pueden diferenciar en varias cuestiones. Se puede mejorar el proceso de gestión de casos, el protocolo de trabajo. Se puede mejorar el perfil de competencias de los profesionales. Se puede mejorar la selección de pacientes. Se puede ampliar los servicios alrededor de

la gestión de casos. Y se pueden mejorar los sistemas de gestión, información y evaluación.

Sobre la mejora del proceso de gestión de casos y su protocolo de trabajo se pueden señalar varias cuestiones claves. La detección de casos susceptibles de su gestión puede mejorarse con mejor continuidad de cuidados en los equipos de atención primaria, hospitalarios y sociales, y la inclusión de los sistemas de estratificación mencionados en los antecedentes de este trabajo⁸. La valoración de estos casos puede mejorarse en aras de una mejor selección de los profesionales, los servicios y el nivel asistencial a implicar. Por otra parte el seguimiento y revaloración de los pacientes por parte de enfermeras comunitarias de enlace y profesionales de los equipos de atención primaria se puede mejorar o bien a través del empoderamiento de las enfermeras comunitarias de enlace (¿se visita a un paciente cuando la enlace lo solicita?) o bien mediante incorporación de herramientas del telecuidado (una llamada de seguimiento puede ser suficiente en un número de casos).

Sobre el perfil de competencias de los profesionales y su entrenamiento se ha hablado en varios puntos de esta tesis. Es posible definir las competencias necesarias a alcanzar, diseñar un entrenamiento específico y monitorizar la mejora del profesional. Esto además puede ir ligado a la evaluación del desempeño y a diferentes mecanismos de incentivación. La mejora de los profesionales redundará en la mejora de la calidad de los servicios, en su efectividad y en su eficiencia.

Unido al proceso de gestión de casos y su revisión debe ir la redefinición del perfil de caso. Por un lado las evidencias sobre los buenos resultados en diferentes tipos de pacientes y por otro los avances en estratificación de la población según su nivel de riesgo están marcando una pauta. Los trabajos para la estratificación de pacientes en contextos internacionales, nacionales y locales nos muestran que es posible estratificar, identificar e incluirlos en el proceso de gestión a la población que más lo necesita y que más se puede beneficiar de ello.

Como una mejora más, es posible añadir al servicio de gestión de casos servicios de apoyo directo a estos gestores. En especial instrumentos para la gestión del plan terapéutico, de la coordinación y derivación entre niveles, de recuperación de material ortoprotésico y de soporte mediante telecuidado.

La gestión del plan terapéutico del paciente y su familiar puede mejorar mediante el uso de instrumentos que mejoren la adherencia terapéutica, y mediante instrumentos de adecuación de la prescripción. La coordinación y derivación entre niveles asistenciales puede mejorarse empoderando a la enfermera, sin necesidad de cambiar sustancialmente la organización. La recuperación del material ortoprotésico requiere de un registro normalizado del material, de un circuito estable de recuperación, de un servicio de mantenimiento y de un protocolo de reutilización. Por último un servicio de telecuidados 24 horas al día, 7 días por semana abre la posibilidad de mejorar el seguimiento de pacientes, la mejora de la adherencia terapéutica, proactividad en la detección de problemas y mejoras de accesibilidad a los servicios y adecuación de su uso.

Mejorar el proceso, los profesionales, los pacientes diana, ampliar servicios, y empoderar a las enfermeras comunitarias de enlace requiere mejoras en el sistema de gestión, información y evaluación del servicio.

Caben diferentes posibilidades organizativas, por ejemplo ¿se puede pensar en la gestión transversal de un servicio transversal? ¿Es posible rediseñar indicadores y monitorizarlos de forma estable en el tiempo para mejorar su eficiencia?

6. Conclusiones

Las conclusiones de este estudio son las siguientes:

1. El Servicio de Continuidad de Cuidados mediante enfermeras comunitarias de enlace en la isla de Tenerife tiene un impacto positivo en los indicadores del Servicio Canario de Salud en cuanto a cobertura y resultados en hospitalización, úlceras por presión, caídas, sobreesfuerzo de la cuidadora, valoración del riesgo social, y visitas a domicilio de la Unidad de Atención Familiar.
2. La gestión de casos mediante enfermeras comunitarias de enlace es una alternativa efectiva y eficiente para la atención al grupo de población pluripatológica, polimeditada y dependiente. Esta población se corresponde con el grupo de de estratificación de alta complejidad.
3. La gestión de casos mediante enfermeras comunitarias de enlace es una alternativa efectiva y eficiente en la respuesta a las cuidadoras familiares.
4. El servicio que proveen las enfermeras comunitarias de enlace hace posible atender y controlar a más personas con procesos crónicos, pluripatológicas, polimeditadas y dependientes para los cuidados básicos en el nivel de atención primaria.
5. La gestión de casos mediante enfermeras comunitarias de enlace produce mejoras clínicas en los pacientes, y mejora la situación de sus cuidadoras familiares.
6. La gestión de casos mediante enfermeras comunitarias de enlace da lugar a una reducción de la hospitalización, tanto por ingresos en urgencias como por reingresos.

7. El servicio que proveen las enfermeras comunitarias de enlace da lugar a un mejor uso de los servicios y recursos sanitarios y sociales disponibles.
8. La atención a los pacientes crónicos pluripatológicos, polimedicados y dependientes tiene un coste menor para el sistema sanitario mediante un servicio basado en enfermeras comunitarias de enlace.
9. Hay oportunidades de mejora en la calidad del servicio y la reingeniería del proceso que implican ganancias en resultados a bajo coste. Estas oportunidades se relacionan con el desarrollo de las competencias profesionales, puesta en marcha de servicios sinérgicos como el telecuidado, y revisión de los circuitos de continuidad del cuidado.
10. La enfermera comunitaria de enlace tiene un perfil de competencias de enfermería de práctica avanzada que requiere entrenamiento, este perfil coincide en gran medida con el de la especialista en enfermería familiar y comunitaria.
11. Con la implantación del servicio mediante enfermeras comunitarias de enlace se obtienen beneficios colaterales sobre la implementación de métodos enfermeros avanzados y de tecnologías de la información aplicadas a la práctica clínica.

Bibliografía

1. Duarte G, Izquierdo MD, Reyes JM. Análisis de la situación y líneas de desarrollo de la enfermería de Atención Primaria en Canarias. Servicio Canario de la Salud. Santa Cruz de Tenerife; 2000.
2. Servicio Canario de la Salud. Plan Estratégico: visión de futuro del Servicio Canario de la Salud. Santa Cruz de Tenerife, 1998
3. Duarte-Clíments G, Sánchez-Gómez, MB. Gestión de casos en Atención Primaria: la Enfermera Comunitaria de Enlace. Atención Comunitaria. Madrid: Enfo Ediciones; 2009.
4. Ross, Curry, N, Goodwin, N. Case management: What it is and how it can best be implemented, [internet]. the king's fund paper,; 2011 [citado 12 de diciembre de 2013]. recuperado a partir de: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/case-management-paper-the-kings-fund-paper-november-2011_0.pdf [Internet]. [citado 9 de enero de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/case-management>
5. Hutt R, Rosen R, McCauley J. Case-managing Long-term Conditions: What impact does it have in the treatment of older people? London: The King's Fund.; 2004 [Internet]. [citado 9 de enero de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.antares-cosocial.com/adjuntos/192.1-casemanagement.pdf>
6. Case Management Society of America (2008–11). What is a case manager? [Internet]. [citado 9 de enero de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.cmsa.org/Home/CMSA/WhatisaCaseManager/tabid/224/Default.aspx>
7. Dirección General de Programas Asistenciales Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria. Servicio Canario de la Salud; 2006.
8. Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012. [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Recuperado a partir de:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

9. Conferencia Nacional para la Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas. Documento de Consenso: Ciudadanos, profesionales y administraciones. Una alianza para el paciente crónico [Internet]. 2011 [citado 9 de enero de 2014]. Recuperado a partir de: <https://www.semfyc.es/biblioteca/virtual/detalle/Declaracion+de+Sevilla.+Cronicos/>

10. Jadad AR, Cabrera A, Martos F, Smith R, Lyons RF. Modelos de gestión de enfermedades crónicas complejas, capítulo 4 en: Cuando las personas viven con múltiples enfermedades crónicas: aproximación colaborativa hacia un reto global emergente. [Internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010. Recuperado a partir de: http://www.opimec.org/media/files/BOOK_OPIMEC_100818.pdf

11. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP). Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. [Internet]. Madrid: Multimédica Proyectos, S. L; 2013 [citado 9 de enero de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.opimec.org/documentacion/3331/desarrollo-de-guias-de-practica-clinica-en-pacientes-con-comorbilidad-y-pluripatologia/>

12. Hernández Salvador C. Innovación TIC para las personas mayores: situación, requerimientos y soluciones en la atención integral de la cronicidad y la dependencia [Internet]. Fundación Vodafone; 2011. Recuperado a partir de: https://cv2.sim.ucm.es/moodle/file.php/22186/Tema_8_Nuevas_tecnolog_as_aplicadas_al_envejecimiento_y_la_discapacidad/Innovaci_n_TIC_para_personas_mayores.pdf

13. Fundación General CSIC. Informe de la I+D+i sobre envejecimiento. Informe sobre envejecimiento. [Internet]. 2010 [citado 1 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: <http://www.fgcsic.es/files/adjuntos/InformeEnvejecimiento.pdf>

14. Affordable Health Coverage | Quality Care | Kaiser Permanente ® [Internet]. [citado 9 de enero de 2014]. Recuperado a partir de: <https://healthy.kaiserpermanente.org/html/kaiser/index.shtml>

15. Solinís RN. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. Rev

Adm Sanit. 2007;5(2):283-92.

16. Grau, María, Roberto Elosua, Antonio Cabrera de León, María Jesús Guembe, José Miguel Baena-Díez, Tomás Vega Alonso, Francisco Javier Félix, et al. «Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo xxi: análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional, estudio DARIOS». *Revista Española de Cardiología* 64, n.o 4 (abril de 2011): 295-304. doi:10.1016/j.recesp.2010.11.005.

17. Antonio Cabrera de León, M^a del Cristo Rodríguez Pérez, Delia Almeida González, Santiago Domínguez Coello, Armando Aguirre Jaime, Buenaventura Brito Díaz, Ana González Hernández, Lina I. Pérez Méndez y el grupo CDC. Presentación de la cohorte “CDC de Canarias”: objetivos, diseño y resultados preliminares. *Rev Esp Salud Pública*. 2008; 82: 519-34.

18. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales., Rodríguez-Castedo, Angel, Director. *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*- [Internet]. 2004 [citado 1 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf>

19. Rodríguez Castedo, A, Jiménez Lara, A. *La atención a la dependencia y el empleo*. [Internet]. Fundación Alternativas; 2010. Recuperado a partir de: <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/la-atencion-a-la-dependencia-y-el-empleo-potencial-de-creacion-de-empleo-y-otros-efectos-economicos-de-la-ley-de-promocion-de-la-autonomia-personal-y-atencion-a-las-personas-en-situacion-de-dependencia>

20. Contel-Segura JC, Gené-Badía J, Peya-Gascons M. *Atención domiciliaria: organización y práctica*. Springer; 1999. 296 p.

21. Miller, R. A., W. R. Hazzard ed., E. L. Bierman ed., J. P. Blass ed., W. H. Ettinger, Jr. ed., J. B. Halter ed. *The biology of aging and longevity. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 3rd Edition. McGraw-Hill. New York,; 1994.

22. Organización Mundial de la Salud. *Hombres, Envejecimiento y Salud. Conservar la salud a lo largo de la vida* [Internet]. 2001 [citado 1 de septiembre de 2012]. Recuperado

a partir de: file:///C:/Users/User/Desktop/oms-hombres-01.pdf

23. Giró Miranda J. Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo. Universidad de La Rioja. Servicio de Publicaciones; 2006.

24. Libro blanco del envejecimiento activo [Texto impreso. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social; 2010. 508 p.

25. Causapié Lopesino P. Envejecimiento activo [Texto impreso]: libro blanco: noviembre 2011. 1a ed. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2011. 730 p.

26. Año Europeo del Envejecimiento Activo 2012 [Internet]. [citado 2 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: http://www.envejecimientoactivo2012.es/imserso_01/envejecimiento_activo_2012/index.htm

27. Prevención de la dependencia en las personas mayores: 1a Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España : celebrada en Madrid, el 14 y 15 de junio de 2007. Semfyc Ediciones; 2008.

28. INE. esperanza de vida [Internet]. [citado 15 de enero de 2014]. Recuperado a partir de: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m3=1259924822888

29. Duarte G, Izquierdo MD. El sistema invisible de los cuidados. En: “Sobre el morir y la muerte”, Garcia, A M. Ed. Universidad de la Laguna. 2002

30. Díez Nicolás, J Morenos Páez, Ma. «La soledad en España». Accedido 4 de diciembre de 2015. <https://www.axa.es/documents/1119421/2495806/PRESENT-Soledad-Espa%C3%B1a-2015-vers-final.pdf/df76978d-ccf0-457d-95c7-cf591265b140>.

31. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

32. Evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 sobre la aplicación de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Aprobada por el Consejo Territorial del Sistema para la

Autonomía y Atención a la Dependencia en su reunión de 10 de julio de 2012. Disponible en:

http://www.dependencia.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/iel_d_2012.pdf

33. Codorniu, Julia Montserrat El impacto de la crisis en el Sistema de Atención a la Dependencia ¿Hacia un cambio de modelo? VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Fundación FOESSA 2014. Disponible en: http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/documentos_trabajo/23102014144847_4790.pdf

34. Durán M.A. Rogero, J. La investigación sobre el uso del tiempo . Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. 2009.

35. Durán M.A. Los costes invisibles de la enfermedad (2ª ed.) Fundación BBVA 2002.

36. Julia Twigg (1989). Models of Carers: How Do Social Care Agencies Conceptualise Their Relationship with Informal Carers?. Journal of Social Policy, 18, pp 53-66. doi:10.1017/S0047279400017207.

37. Rogero García, J Los tiempos del cuidado. IMSERSO, 2010. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/12011tiemposcuidado.pdf>

38. Durán Heras, María Ángeles Tiempo de vida y tiempo de trabajo. Fundación BBVA, 2010. Disponible en: http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DE_2010_tiempo_vida.pdf

39. Ayudas a la dependencia en España. Situación actual. Fundación CASER para la Dependencia. Noviembre 2009. Disponible en: http://www.fundacioncaser.es/sites/default/files/20110201_022.pdf

40. Herdman, H Kamitsuru, S Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. NANDA International. Ed. Elsevier.

41. Duarte-Clíments G, Rodríguez-Gómez S, Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. Servicio Andaluz de Salud, 2002.

42. «Portal de la Dependencia. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia :: Inicio». Accedido 4 de diciembre de 2015.

http://www.dependencia.imserso.gob.es/dependencia_01/index.htm.

43. Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

44. Resolución de 4 de noviembre de 2009, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales.

45. RESOLUCIÓN de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

46. http://www.imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/index.htm

47. Gómez Rodríguez de Acuña A et al. ABSORBENTES DE INCONTINENCIA DE ORINA. 1

BOLETÍN CANARIO DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO DEL SCS. Vol.1, núm. 3, abril 2009. Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3235326f-31b6-11df-b5d7-a3a2fbc2f35/BolcanAIO_05_05_2009.pdf

48. País, Ediciones El. «Los dependientes tardan entre 8 y 15 meses en tramitar las ayudas». EL PAÍS, 12 de marzo de 2009. http://elpais.com/diario/2009/03/12/sociedad/1236812402_850215.html.

49. «Casi la mitad de los acogidos a la Ley de Dependencia piden la prestación económica». ABC de Sevilla, 11 de julio de 2010. <http://sevilla.abc.es/20100712/sevilla/casi-mitad-acogidos-dependencia-201007112346.html>

50. «Salud: Ingreso en una residencia». Accedido 4 de diciembre de 2015. <http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Salud%20Mayores/Recursos%20asistenciales/ingreso%20en%20una%20residencia/Paginas/Mayores%20y%20familia.aspx>

51. Duncan, John. «Clinical Observations on a Failure in the Antiseptic Management of a Case of Empyema». *British Medical Journal* 1, n.o 901 (6 de abril de 1878): 476-78.
52. Takase, M., M. Nakajima, y C. Miyashima. «[Bedside nursing: management of a patient who tries to confuse the nursing staff with her irrational behavior - an experience with a borderline case (borderline between schizophrenia and neurosis) which required an extended use of an isolation room]». *Kangogaku Zasshi* 43, n.o 1 (enero de 1979): 64-69.
53. Grau, L. «Case Management and the Nurse». *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)* 5, n.o 8 (diciembre de 1984): 372-75.
54. Ferguson, J. A., y M. Weinberger. «Case Management Programs in Primary Care». *Journal of General Internal Medicine* 13, n.o 2 (febrero de 1998): 123-26.
55. Servicio Canario de la Salud. Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria 1999-2001.
56. Servicio Andaluz de Salud. Manual de la Gestión de Casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en atención primaria [Internet]. 2007 [citado 3 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../contenidos/gestioncalidad/Manual%20Gesti%F3n%20Casos%20en%20Andaluc%EDa%20Atenci%F3n%20Primaria.pdf>
57. Artiles J, Duarte G. Evaluación de una propuesta organizativa para la mejora de la Atención Domiciliaria. Tesina Master Universitario de Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Universidad de las Palmas de Gran Canaria 2001-2002
58. Duarte G, Izquierdo MD, Pérez G, Artiles J Aguirre A .La enfermera de enlace. *Boletín de Enfermería Comunitaria*. I-2002. Vol 8. Núm 1
59. Consejería de la Presidencia de la Junta de Andalucía. Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. *BOJA* número 52 de 4 de mayo.
60. Pérez R, López S, Lacida M, Rodríguez S La Enfermera Comunitaria de Enlace en el Servicio Andaluz de Salud *Enferm Comun* 2005; 1(1):43-48
61. Robles, Mariano Sánchez. «Trabajo social sanitario y enfermería gestora de casos:

crónica de un conflicto anunciado». Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social, n.o 49 (2011): 189-203.

62. Duarte-Clíments, G y colbs. La enfermera comunitaria de enlace. Una propuesta de mejora para la atención domiciliaria. En: Enfermería en Atención Primaria, vol 2. Editorial DAE, 2006.

63. El ICS consolida la figura de la enfermera gestora de casos para atender a pacientes complejos [Internet]. Acta Sanitaria. [citado 1 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.actasanitaria.com/el-ics-consolida-la-figura-de-la-enfermera-gestora-de-casos-para-atender-pacientes-complejos/>

64. Proyecto estratégico 8: Competencias avanzadas en enfermería. Osakidetza, 2012. [citado 1 de diciembre de 2015] Recuperado a partir de: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publicos/adjuntos/enfermeria/InformeGlobalEs.pdf

65. Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. 2013. [citado 1 de diciembre de 2015] Recuperado a partir de: <http://www.navarra.es/appsext/DescargarFichero/default.aspx?codigoAcceso=PortalDeSalud&fichero=Nuevo%20Modelo%20asistencial%5CEstrategia%20Cronicos%20y%20Pluripatologicos%20Finalx.pdf>

66. Juan F. Hernández Yáñez. ¿Qué significa Enfermería de Práctica Avanzada hoy y aquí? [Internet]. RIdEC.v4n2.31 [citado 3 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/237/RIdEC.v4n2.31.Especialidades-3.pdf>

67. SÁNCHEZ-GÓMEZ, María Begoña et al. Análisis cualitativo de las competencias para la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Construyendo el camino hacia la enfermería clínica avanzada. ENE, Revista de Enfermería, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 39-70, oct. 2012. ISSN 1988-348X. Disponible en: <<http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/18>>. Fecha de acceso: 1 dic. 2015

68 Consejo Internacional de Enfermeras. Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse:

Definition and Characteristics [Internet]. 2002 [citado 3 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/1b_FS-NP_APN.pdf

69. Marie-Laure Delamaire,, Gaetan Lafortune. Nurses in Advanced Roles - Papers - OECD iLibrary [Internet]. 2010 [citado 3 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en

70. Comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias [Internet]. [citado 2 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: <http://www.msc.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/comision.htm>

71. Acreditación de la Formación Continuada en Enfermería. Consejo General de Enfermería de España [Internet]. [citado 2 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: <http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?cid=1108971729091&pagename=SiteCGE%2FPAGE%2FTplPageGenerica&c=page>

72. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. [Internet]. 280d. C. [citado 2 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-21340>

73. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. [Internet]. 2010 [citado 2 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/06/29/pdfs/BOE-A-2010-10364.pdf>

74. Marie-Laure Delamaire,, Gaetan Lafortune. Nurses in Advanced Roles - Papers - OECD iLibrary [Internet]. 2010 [citado 3 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en

75. International Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse Network. Bibliography on the History of the NP/APN [Internet]. 1965 [citado 3 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de:

<http://66.219.50.180/inp%20apn%20network/pdf/HistoricalBibliographyOnNPAPNDev.pdf>

76. Sabina De Geest, Philip Moons, Betty Callens, Chris Gut, Lyn Lindpaintner, Rebecca Spirig. Introducing advanced practice nurses / nurse practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis [Internet]. 138d. C. [citado 3 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: <http://www.smw.ch/docs/pdf200x/2008/43/smw-12293.PDF>

77. Campaign for APRN consensus. National Council of State Coords of Nursing. [Internet]. [citado 3 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: <https://www.ncsbn.org/aprn.htm#definition>

78. Máster Universitario en Enfermería de Anestesia | Posgrado CEU [Internet]. [citado 3 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: http://www.postgrado.uspceu.es/pages/enfermeria_anestesia/presentacion.html?ID_M=24

79. AANP - All About NPs [Internet]. [citado 3 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: <http://www.aanp.org/all-about-nps>

80. US Department of Health and Human Services (2010), The Registered Nurse Population: initial findings from the 2008 National Sample Survey of Registered Nurses, HRSA. [Internet]. [citado 3 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/rnsurveys/rnsurveyfinal.pdf>

81. Alba DiCenso, Denise Bryant-Lukosius. Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners in Canada: A Decision Support Synthesis © 2010, Canadian Health Services Research Foundation. [Internet]. [citado 3 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: [about:blank](#)

82. Canadian Nurse Association. The Nurse Practitioner. Canadian Nurse Association position. [Internet]. 2009 [citado 3 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: <http://www.chsrf.ca/Migrated/PDF/NursePractitioner.pdf>

83. Denise Bryant-Lukosius, Nancy Carter, Kelley Kilpatrick, Ruth Martin-Misener, Faith Donald, Sharon Kaasalainen, Patricia Harbman, Ivy Bourgeault and Alba DiCenso. The Clinical Nurse Specialist Role in Canada. Nursing Leadership, 23(Special Issue)

2010: 140-166 [Internet]. [citado 3 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: <http://www.longwoods.com/content/22273>

84. Royal College of Nursing. Advanced nurse practitioners An RCN guide to advanced nursing practice, advanced nurse practitioners and programme accreditation [Internet]. 2008 [citado 3 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0003/146478/003207.pdf

85. Royal College of Nursing. Advanced nurse practitioners An RCN guide to advanced nursing practice, advanced nurse practitioners and programme accreditation [Internet]. 2012 [citado 3 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0003/146478/003207.pdf

86. Royal College of Nursing. Maxi nurses. Advanced and specialist nursing roles [Internet]. 2005 [citado 3 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0006/78657/002756.pdf

87. Advanced Practice [Internet]. [citado 3 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: <http://www.icn.ch/publications/advanced-practice/advanced-practice-1004.html>

88. Aguirre-Jaime, A Introducción al tratamiento de series temporales. Aplicación a las ciencias de la salud. Ed. Díaz de santos, Madrid 1994.

89. Higgins JPT, Green S (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.cochrane-handbook.org.

90. Armstrong, Rebecca, Belinda J. Hall, Jodie Doyle, y Elizabeth Waters. «Cochrane Update. “Scoping the Scope” of a Cochrane Review». *Journal of Public Health (Oxford, England)* 33, n.o 1 (marzo de 2011): 147-50. doi:10.1093/pubmed/fdr015.

91. HLWIKI <http://goo.gl/6csG21>

92. Urrútia, Gerard, y Xavier Bonfill. «Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis». *Medicina Clínica* 135, n.o 11 (octubre de 2010): 507-11. doi:10.1016/j.medcli.2010.01.015.

93. vCASPe. Accedido 11 de diciembre de 2015. <http://www.redcaspe.org/>.

- 94 Arksey, H. and O'Malley, L. (2005) Scoping studies: towards a methodological framework, *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 1, 19-32.
95. Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework». Accedido 11 de diciembre de 2015. <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/13/48>.
96. Levac, Danielle, Heather Colquhoun, y Kelly K O'Brien. «Scoping studies: advancing the methodology». *Implementation Science: IS* 5 (20 de septiembre de 2010): 69. doi:10.1186/1748-5908-5-69.
97. Welch, Vivian, Mark Petticrew, Peter Tugwell, David Moher, Jennifer O'Neill, Elizabeth Waters, y Howard White. «PRISMA-Equity 2012 Extension: reporting guidelines for systematic reviews with a focus on health equity». *Revista Panamericana de Salud Pública* 34, n.o 1 (julio de 2013): 60-67.
98. Gough D, Thomas J, Oliver S. Clarifying differences between review designs and methods. *Syst Rev* 2012;1:28
99. Gough D . Meta-narrative and realist reviews: guidance, rules, publication standards and quality appraisal. *BMC Med* 2013;11:22
100. Daudt HML, Van Mossel C, Scott SJ . Enhancing the scoping study methodology: A large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Med Res Methodol* 2013;13:48.
101. Doughty C. Effective models of mental health service provision and workforce configuration in the primary care setting. Christchurch: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA). NZHTA Technical Brief Series Volume 5 Number 1. 2006
102. Chiu WK, Newcomer R. A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly. *Prof Case Manag.* diciembre de 2007;12(6):330-6; quiz 337-8.
103. Latour CHM, van der Windt DAWM, de Jonge P, Riphagen II, de Vos R, Huyse FJ, et al. Nurse-led case management for ambulatory complex patients in general health care: a systematic review. *J Psychosom Res.* marzo de 2007;62(3):385-95.
104. Saxena S, Misra T, Car J, Netuveli G, Smith R, Majeed A. Systematic review of

primary healthcare interventions to improve diabetes outcomes in minority ethnic groups. *J Ambul Care Manage.* septiembre de 2007;30(3):218-30.

105. Christensen H, Griffiths KM, Gulliver A, Clack D, Kljakovic M, Wells L. Models in the delivery of depression care: a systematic review of randomised and controlled intervention trials. *BMC Fam Pract.* 2008;9:25.

106. Fraser KD, Estabrooks C. What factors influence case managers' resource allocation decisions? A systematic review of the literature. *Med Decis Making.* junio de 2008;28(3):394-410.

107. Keleher H, Parker R, Abdulwadud O, Francis K. Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. *Int J Nurs Pract.* febrero de 2009;15(1):16-24.

108. Oeseburg B, Wynia K, Middel B, Reijneveld SA. Effects of case management for frail older people or those with chronic illness: a systematic review. *Nurs Res.* junio de 2009;58(3):201-10.

109. Sutherland D, Hayter M. Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. *J Clin Nurs.* noviembre de 2009;18(21):2978-92.

110. Young T, Busgeeth K. Home-based care for reducing morbidity and mortality in people infected with HIV/AIDS. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(1):CD005417.

111. Slyer JT, Concert CM, Eusebio AM, Rogers ME, Singleton J. A systematic review of the effectiveness of nurse coordinated transitioning of care on readmission rates for patients with heart failure. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports.* 24 de marzo de 2011;9(15):464-90.

112. Joo JY, Huber DL. An integrative review of case management for diabetes. *Prof Case Manag.* abril de 2012;17(2):72-85.

113. Nurmatov U, Buckingham S, Kendall M, Murray SA, White P, Sheikh A, et al. Effectiveness of holistic interventions for people with severe chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of controlled clinical trials. *PLoS ONE.* 2012;7(10):e46433.

114. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometa CS, Hahn RA, McKnight-Eily LR, et al.

Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med.* mayo de 2012;42(5):525-38.

115. You EC, Dunt D, Doyle C, Hsueh A. Effects of case management in community aged care on client and carer outcomes: a systematic review of randomized trials and comparative observational studies. *BMC Health Services Research.* 2012;12:395. doi:10.1186/1472-6963-12-395.

116. Trivedi D, Goodman C, Gage H, Baron N, Scheibl F, Iliffe S, et al. The effectiveness of inter-professional working for older people living in the community: a systematic review. *Health Soc Care Community.* marzo de 2013;21(2):113-28.

117. Coller RJ, Nelson BB, Sklansky DJ, Saenz AA, Klitzner TS, Lerner CF, et al. Preventing hospitalizations in children with medical complexity: a systematic review. *Pediatrics.* diciembre de 2014;134(6):e1628-47

118. Joo JY, Huber DL. An integrative review of nurse-led community-based case management effectiveness. *Int Nurs Rev.* marzo de 2014;61(1):14-24.

119. Watts SA, Lucatorto M. A review of recent literature - nurse case managers in diabetes care: equivalent or better outcomes compared to primary care providers. *Curr Diab Rep.* julio de 2014;14(7):504.

120. Martínez-González NA, Berchtold P, Ullman K, Busato A, Egger M. Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review. *International Journal for Quality in Health Care.* 2014;26(5):561-570. doi:10.1093/intqhc/mzu071.

121. Stokes J, Panagioti M, Alam R, Checkland K, Cheraghi-Sohi S, Bower P. Effectiveness of Case Management for “At Risk” Patients in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. Quinn TJ, ed. *PLoS ONE.* 2015;10(7):e0132340. doi:10.1371/journal.pone.0132340.

122. González, Carrillo, Gloria Mabel, Gómez Ramírez, Olga Janneth, y Elizabeth Vargas Rosero. «METODOLOGÍAS EN METASÍNTESIS». *Ciencia y enfermería* 14, n.o 2 (diciembre de 2008): 13-19. doi:10.4067/S0717-95532008000200003.

123. Sochalski, J., T. Jaarsma, H. M. Krumholz, A. Laramee, J. J.V. McMurray, M. D.

Naylor, M. W. Rich, B. Riegel, y S. Stewart. «What Works In Chronic Care Management: The Case Of Heart Failure». Health Affairs 28, n.o 1 (1 de enero de 2009): 179-89. doi:10.1377/hlthaff.28.1.179.

124. González, José María Ponce. «Ahorro del gasto en material ortoprotésico derivado de la enfermera gestora de casos comunitaria en Andalucía». Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia 7, n.o 31 (2010): 4 - .

Anexo 1. Tabla de datos e indicadores proporcionados por el Servicio Canario de la Salud.

INFORME	ORDEN	NOMBRE_CORTO	DESCRIPCION
Cartera de Servicios. Cont. de cuidados para la atención domiciliaria. Indicadores de actividad	1	Visitas CC	Número de visitas a pacientes incluidos en el Servicio de Continuidad de Cuidados, realizadas por enfermera/o comunitario de enlace en ese mes
	2	Visitas CC confinados	Número de visitas a pacientes incluidos en el Servicio de Continuidad de Cuidados como confinados, realizadas por enfermera/o comunitario de enlace en ese mes
	3	Visitas CC cuidadores	Número de visitas a pacientes incluidos en el Servicio de Continuidad de Cuidados como cuidadores, realizadas por enfermera/o comunitario de enlace en ese mes
	4	Visitas CC no conf-no cuid	Número de visitas a pacientes incluidos en el Servicio de Continuidad de Cuidados, no confinados ni cuidadores, realizadas por enfermera/o comunitario de enlace en ese mes

	5	Jornadas con registros inf.	Jornadas en las que se registró alguna visita informatizada
	6	1as. Valoraciones CC	Número de primeras valoraciones por patrones funcionales de salud a pacientes incluidos en el Servicio de Continuidad de Cuidados, realizadas por enfermera/o comunitario de enlace en ese mes. Primera valoración: valoración que no han sido precedidas de otra en los seis meses anteriores
	7	Revaloraciones CC	Número de revaloraciones por patrones funcionales de salud a pacientes incluidos en el Servicio de Continuidad de Cuidados, realizadas por enfermera/o comunitario de enlace en ese mes. Revaloración: valoración que ha sido precedida de otra valoración en los seis meses anteriores
	8	1as. Valoraciones CC conf	Número de primeras valoraciones por patrones funcionales de salud a pacientes incluidos en el Servicio de Continuidad de Cuidados como confinados, realizadas por enfermera/o comunitario de enlace en ese mes. Primera valoración: valoración que no han sido precedidas de otra en los seis meses anteriores
	9	Revaloraciones CC confinados	Número de revaloraciones por patrones funcionales de salud a pacientes incluidos en el Servicio de Continuidad de Cuidados

			como confinados, realizadas por enfermera/o comunitario de enlace en ese mes. Revaloración: valoración que ha sido precedida de otra valoración en los seis meses anteriores
	10	1as. Valoraciones CC cuid	Número de primeras valoraciones por patrones funcionales de salud a pacientes incluidos en el Servicio de Continuidad de Cuidados como cuidadores, realizadas por enfermera/o comunitario de enlace en ese mes. Primera valoración: valoración que no han sido precedidas de otra en los seis meses anteriores
	11	Revaloraciones CC cuidadores	Número de revaloraciones por patrones funcionales de salud a pacientes incluidos en el Servicio de Continuidad de Cuidados como cuidadores, realizadas por enfermera/o comunitario de enlace en ese mes. Revaloración: valoración que ha sido precedida de otra valoración en los seis meses anteriores
	12	1as. Val CC no conf-no cuid	Número de primeras valoraciones por patrones funcionales de salud a pacientes incluidos en el Servicio de Continuidad de Cuidados, no confinados ni cuidadores, realizadas por enfermera/o comunitario de enlace en ese mes. Primera

			valoración: valoración que no han sido precedidas de otra en los seis meses anteriores
	13	Revalorac. CC no conf-no cuid	Número de revaloraciones por patrones funcionales de salud a pacientes incluidos en el Servicio de Continuidad de Cuidados, no confinados ni cuidadores, realizadas por enfermera/o comunitario de enlace en ese mes. Revaloración: valoración que ha sido precedida de otra valoración en los seis meses anteriores
	14	Talleres realizados	Número de talleres realizados por el Servicio de Continuidad de Cuidados
	15	Reuniones SSM	Número de reuniones realizadas con los servicios sociales municipales por el Servicio de Continuidad de Cuidados
	16	Actividades formación	Número de actividades de formación realizadas por el Servicio de Continuidad de Cuidados
Cartera de Servicios. Cont. de cuidados para la atención domiciliaria.	1	Incluidos en At. Domiciliaria	Suma total de las personas incluidas en algún tipo de servicio de atención domiciliaria (inmovilizados o terminales)
	2	Esp. Inmovilizados >= 65	Casos esperados de pacientes inmovilizados de 65 años o más, tomando como referencia un 14% de la población mayor de 65

Indicadores de cobertura			años del último mes de Noviembre anterior al mes tratado (mes de referencia para Cartera de Servicios)
	3	Cobertura At. Domiciliaria	Relación entre personas en atención domiciliaria incluidas y esperadas (14% de los mayores de 65 años). Incluye en el numerador a los pacientes terminales y a los inmovilizados menores de 65 años
	4	Inc. Cuidadores	Población adscrita incluida en el servicio de atención a cuidadores
	5	Inc. CC totales	Número total de personas incluidas en el servicio de continuidad de cuidados
	6	Inc. CC Confinados	Número total de personas incluidas en el servicio de continuidad de cuidados como confinados
	7	Cob. CC Confinados	Relación entre personas confinadas incluidas en el Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria y las personas inmovilizadas esperadas (14% de población mayor de 65 años adscrita)

	8	Inc. CC Cuidadores	Número total de personas incluidas en el servicio de continuidad de cuidados como cuidadores
	9	% CC cuidadores/confinados	Porcentaje de personas cuidadoras incluidas en relación a las personas confinadas incluidas en el Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria
	10	Inc. CC (no conf-no cuid)	Número total de personas incluidas en el servicio de continuidad de cuidados pero no como confinados ni como cuidadores
	11	CC riesgo	Personas incluidas en el servicio de continuidad de cuidados de atención domiciliaria que tienen riesgo social
	12	CC riesgo y valoradas TS	Personas incluidas en el servicio de continuidad de cuidados de atención domiciliaria que tienen riesgo social y han sido valoradas por el trabajador social en el último año
	13	% CC Riesgo val TS/CC Riesgo	Porcentaje de las personas con riesgo social incluidas en el servicio de continuidad de cuidados de atención domiciliaria, que han sido valoradas por la trabajadora social
	14	CC Conf. +4 domic. UAF	Número de personas confinadas del servicio de atención domiciliaria que han tenido 4 ó más visitas domiciliarias de

			médicos o de enfermeros que no sean enfermeros de enlace en el último año
	15	% CC conf. +4 domic. UAF	Porcentaje de las personas confinadas del servicio de atención domiciliaria que han tenido 4 ó más visitas domiciliarias de médicos o de enfermeros que no sean enfermeros de enlace en el último año.
	16	Inc. CC Cuidadores talleres	Total de cuidadores que han realizado el taller correspondiente
	17	Cob. Talleres CC cuidadores	Porcentaje de los cuidadores incluidos que ha realizado el taller de cuidadores
Cartera de Servicios. Cont. de cuidados para la atención domiciliaria.	1	Inc. CC Confinados	Número total de personas incluidas en el servicio de continuidad de cuidados como confinados
	2	CC Confinados hosp.	Personas del cupo incluidas como confinadas en el Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria que han sido ingresados en hospital en el último año.

Indicadores de resultados	3	% CC Confinados hosp.	Porcentaje de ingresados en hospital en el último año de entre las personas del cupo incluidas como confinadas en el Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria
	4	CC Confinados UPP	Personas del cupo incluidas como confinadas en el Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria que han tenido úlceras por presión en el último año.
	5	% CC Confinados UPP	Porcentaje de pacientes con úlceras por presión de entre las personas del cupo incluidas como confinadas en el Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria
	6	CC Confinados caídas	Personas del cupo incluidas como confinadas en el Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria que han tenido caídas en el último año
	7	% CC Confinados caídas	Porcentaje de pacientes con caídas de entre las personas del cupo incluidas como confinadas en el Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria
	8	Inc. CC Cuidadores	Número total de personas incluidas en el servicio de continuidad de cuidados como cuidadores

	9	CC Cuidadores sobreesf.	Personas del cupo incluidas como cuidadores en el Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria que han tenido el diagnóstico de sobreesfuerzo del rol del cuidador
	10	% CC Cuidadores sobreesf.	Porcentaje de pacientes con sobreesfuerzo del rol del cuidador de entre las personas del cupo incluidas como cuidadoras en el Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria
Utilización de la Historia Electrónica. Informes de Continuidad de Cuidados Enfermería	1	DNI	DNI del profesional
	2	Titular	Si ese profesional era (S) o no (N) el titular de esa agenda en ese mes
	3	Número ICCE	Informes de Continuidad de Cuidados de Enfermería
	4	ICCE Confinados	Número de ICCE realizados a pacientes de alta en los servicios de cartera referidos a Atención a Confinados (inmovilizados o terminales)
	5	% ICCE Confinados	Porcentaje de los ICCE que fueron realizados a pacientes confinados

	6	ICCE Cuidadores	Número de informes solicitados a pacientes incluidos en el servicio de Atención a la Persona Cuidadora
	7	% ICCE Cuidadores	Porcentaje de los ICCE que fueron realizados a pacientes incluidos en el servicio de Atención a la Persona Cuidadora
	8	ICCE Otros	Número de informes solicitados a pacientes no confinados ni incluidos en el servicio de Atención a la Persona Cuidadora
	9	% ICCE Otros	Porcentaje de los ICCE que fueron realizados a pacientes no confinados ni incluidos en el servicio de Atención a la Persona Cuidadora
	1	Población total actual	Población adscrita total en ese mes
	2	Pob. Informatizada	Población adscrita a un centro cuyas consultas están informatizadas
	3	Historias con PFS	Población adscrita con algún registro en la valoración por patrones funcionales de salud en su historia de salud informatizada

	4	% con alguna val. PFS	Porcentaje de la población que tiene algún registro en la valoración por patrones funcionales de salud en su historia de salud informatizada
	5	Historias con DdE	Población adscrita con algún diagnóstico de enfermería en su historia de salud informatizada
	6	% con DdE	Porcentaje de la población que tiene registrado algún diagnóstico de enfermería en su historia de salud informatizada
	7	Historias con NOC	Población adscrita con algún objetivo NOC planteado en su historia de salud informatizada
	8	% con NOC	Porcentaje de la población que tiene registrado algún objetivo NOC planteado en su historia de salud informatizada
	9	Historias con NIC	Población adscrita con alguna intervención NIC planteada en su historia de salud informatizada
	10	% con NIC	Porcentaje de la población que tiene alguna intervención NIC planteada en su historia de salud informatizada

Anexo 2: Estudios no seleccionados por no cumplir criterios de inclusión.

1. (AGAPap/AEPap) AG de P de AP. Situación de la Pediatría de Atención Primaria en Galicia. *Pediatr aten prim.* 2009;17-31.
2. Alexander IM, Moore A. Treating vasomotor symptoms of menopause: the nurse practitioner's perspective. *J Am Acad Nurse Pract.* marzo de 2007;19(3):152-63.
3. Anderko L, Lundeen S, Bartz C. The Midwest Nursing Centers Consortium Research Network: translating research into practice. *Policy Polit Nurs Pract.* mayo de 2006;7(2):101-9.
4. Anderson DR, Brachtesende A. Managing alcohol problems, Part 2. Case Manager. diciembre de 2006;17(6):43-6; quiz 47.
5. Appleby C, Camacho-Bejarano R. Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. *Aprendiendo de las experiencias. Enferm clín (Ed impr).* 2014;90-8.
6. Ara R, Blake L, Gray L, Hernández M, Crowther M, Dunkley A, et al. What is the clinical effectiveness and cost-effectiveness of using drugs in treating obese patients in primary care? A systematic review. *Health Technol Assess.* 2012;16(5):iii - xiv, 1-195.
7. Aragonès E, Piñol JL, López-Cortacans G, Hernández JM, Caballero A. Actitudes y opiniones de los médicos de familia frente a la depresión: una aproximación con el Depression Attitudes Questionnaire (DAQ). *Aten Primaria.* 2011;312-8.
8. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;10:CD006525.
9. Asensi Monzó M, Fabregat Ferrer E, Sigler G, D M, Faura S, J F. Atención en las primeras 48 horas tras el alta de maternidad en la consulta de enfermería o Pediatría. *Pediatr aten prim.* 2014;117-24.
10. Ayyar A, Varman S, De Bhaldraithe S, Singh I. The journey of care for the frail older person. *Br J Hosp Med (Lond).* febrero de 2010;71(2):92-6.
11. Barrett A, Latham D, Levermore J. Defining the unique role of the specialist district nurse practitioner. *Br J Community Nurs.* octubre de 2007;12(10):442-8.
12. Bentley J, Foster A. Management of the diabetic foot ulcer: exercising control. *Br J Community Nurs.* marzo de 2008;13(3):S16, S18, S20 passim.

13. Berry LL, Beckham D, Dettman A, Mead R. Toward a strategy of patient-centered access to primary care. *Mayo Clin Proc.* octubre de 2014;89(10):1406-15.
14. Birmingham J. Understanding the Medicare «Extended Care Benefit» a.k.a. the 3-midnight rule. *Prof Case Manag.* febrero de 2008;13(1):7-16; Quiz 17-8.
15. Blackburn W, Leung G, Morash C. Brain Tumour Foundation Award 2007. Glomus jugulare tumours: are they really so benign? *Can J Neurosci Nurs.* 2007;29(2):21-8.
16. Boixo E, Ángel M, León MP de, Ángel M, Pedregal González M, Lobato G, et al. Criterios de derivación desde la enfermera de emergencias a la enfermera gestora de casos comunitaria. *Metas enferm.* 2012;28-31.
17. Boling PA. Care transitions and home health care. *Clin Geriatr Med.* febrero de 2009;25(1):135-48, viii.
18. Braet A, Weltens C, Vleugels A. Effectiveness of discharge interventions from hospital to home to reduce readmissions: a systematic review. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports.* 11 de abril de 2012;10(28 Suppl):105-17.
19. Braman SS, Lee DW. Primary care management of chronic obstructive pulmonary disease: an integrated goal-directed approach. *Curr Opin Pulm Med.* marzo de 2010;16(2):83-8.
20. Brink-Huis A, van Achterberg T, Schoonhoven L. Pain management: a review of organisation models with integrated processes for the management of pain in adult cancer patients. *J Clin Nurs.* agosto de 2008;17(15):1986-2000.
21. Bryant CDRAK. Demand management and case management: a conservation strategy. *Prof Case Manag.* octubre de 2007;12(5):272-80; quiz 281-2.
22. Buller Viqueira E, Cabello Pulido J, Bulpe I, José M. Estudio descriptivo de la conducta de profesionales de la salud ante el caso de una picadura por garrapata. *Medwave [Internet].* 2014 [citado 15 de octubre de 2015]; Recuperado a partir de: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5898>
23. Burton J, Murphy E, Riley P. Primary immunodeficiency disease: a model for case management of chronic diseases. *Prof Case Manag.* febrero de 2010;15(1):5-10, 12-4; quiz 15-6.
24. Bustamante Troncoso C, Riquelme Hernández G, Alcayaga Rojas C, Lange Haensgen I, Urrutia Bunster M. Experiencia de transferencia tecnológica de la Consejería Telefónica para Cuidados Crónicos de Salud, a equipos de Atención Primaria. *Enferm glob.* 2012;172-8.
25. Canty CA. Retinoblastoma: an overview for advanced practice nurses. *J Am*

- Acad Nurse Pract. marzo de 2009;21(3):149-55.
26. Carroll A, Dowling M. Discharge planning: communication, education and patient participation. *Br J Nurs*. 26 de agosto de 2007;16(14):882-6.
 27. Carter BL, Rogers M, Daly J, Zheng S, James PA. The potency of team-based care interventions for hypertension: a meta-analysis. *Arch Intern Med*. 26 de octubre de 2009;169(19):1748-55.
 28. Carter KF, Kaiser KL, O'Hare PA, Callister LC. Use of PHN competencies and ACHNE essentials to develop teaching-learning strategies for generalist C/PHN curricula. *Public Health Nurs*. abril de 2006;23(2):146-60.
 29. Center for History and New Media. Guía rápida [Internet]. Recuperado a partir de: http://zotero.org/support/quick_start_guide
 30. Chamanga ET. How can community nurses improve quality of life for patients with leg ulcers? *Nurs Times*. 16 de marzo de 2010;106(10):15-7.
 31. Chang S-C, Lin Y-C, Yang S-S. Effectiveness of case management for adult patients with chronic liver disease: a systematic review. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 12 de junio de 2012;10(28 Suppl):212-29.
 32. Chen H-M, Han T-C, Chen C-M. [The effectiveness of continuing care models in patients with chronic diseases: a systematic review]. *Hu Li Za Zhi*. abril de 2014;61(2):74-83.
 33. Cheng HY, Tonorezos E, Zorowitz R, Novotny J, Dubin S, Maurer MS. Inpatient care for nursing home patients: an opportunity to improve transitional care. *J Am Med Dir Assoc*. julio de 2006;7(6):383-7.
 34. Clark K, Currow DC. Constipation in palliative care: what do we use as definitions and outcome measures? *J Pain Symptom Manage*. abril de 2013;45(4):753-62.
 35. Coll-Cámara A. Enfermería penitenciaria, ¿es necesaria una formación específica? *Rev esp sanid penit*. 2014;45-9.
 36. Concannon M, Davidson A. A mistaken case of peroneal dislocation. *Br J Nurs*. 26 de agosto de 2012;21(14):839-40, 842-6, 848.
 37. Corrales-Nevado D, Alonso-Babarro A, Rodríguez-Lozano MÁ. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;63-8.
 38. Corrales-Nevado D, Palomo-Cobos L. La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. *Enferm clín (Ed impr)*. 2014;51-8.
 39. Crilly J, Chaboyer W, Wallis M. Continuity of care for acutely unwell older

- adults from nursing homes. *Scand J Caring Sci.* junio de 2006;20(2):122-34.
40. Crofts L. Learning from experience: constructing critical case reviews for a leadership programme. *Intensive Crit Care Nurs.* octubre de 2006;22(5):294-300.
 41. Czoski-Murray C, Lloyd Jones M, McCabe C, Claxton K, Oluboyede Y, Roberts J, et al. What is the value of routinely testing full blood count, electrolytes and urea, and pulmonary function tests before elective surgery in patients with no apparent clinical indication and in subgroups of patients with common comorbidities: a systematic review of the clinical and cost-effective literature. *Health Technol Assess.* diciembre de 2012;16(50):i - xvi, 1-159.
 42. D'Arcy Y, McCarberg B. Field guide to pain: part 3: care after a pain management referral. *Nurse Pract.* noviembre de 2005;30(11):62-4.
 43. Davies S, Cripacc CG. Supporting quality improvement in care homes for older people: the contribution of primary care nurses. *J Nurs Manag.* marzo de 2008;16(2):115-20.
 44. Delgado-Passler P, McCaffrey R. The influences of postdischarge management by nurse practitioners on hospital readmission for heart failure. *J Am Acad Nurse Pract.* abril de 2006;18(4):154-60.
 45. Díaz-Martín A, González-Carpio Paredes Ó. Seguimiento a pacientes con diagnóstico enfermero NANDA: baja autoestima situacional, en la consulta de Atención Primaria. *Enferm clín* (Ed impr). 2013;196-202.
 46. Doolen JL, Miller SK. Primary care management of patients following bariatric surgery. *J Am Acad Nurse Pract.* noviembre de 2005;17(11):446-50.
 47. Dunn D. Surgical site verification: A through Z. *J Perianesth Nurs.* octubre de 2006;21(5):317-28; quiz 329-31.
 48. Durham CF, Sherwood GD. Education to bridge the quality gap: a case study approach. *Urol Nurs.* diciembre de 2008;28(6):431-8, 453.
 49. Durham L, Hancock HC. Critical care outreach 2: uncovering the underpinning philosophy and knowledge through collaborative reflection. *Nurs Crit Care.* octubre de 2006;11(5):248-59.
 50. Ervin NE. Caseload management skills for improved efficiency. *J Contin Educ Nurs.* marzo de 2008;39(3):127-32.
 51. Estrada Reventós D, Martín Robles E, Giménez S, M R, Junyent G, M J, et al. Reingresos hospitalarios en un servicio de Medicina Internade un hospital de tercer nivel. *Index enferm.* 2014;205-8.
 52. Eues SK. End-of-life care: improving quality of life at the end of life. *Prof Case Manag.* diciembre de 2007;12(6):339-44.
 53. Evans LK, Cotter VT. Avoiding restraints in patients with dementia:

- understanding, prevention, and management are the keys. *Am J Nurs.* marzo de 2008;108(3):40-9; quiz 50.
54. Evans ME. Integrating nursing care into systems of care for children with emotional and behavioral disorders. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* mayo de 2006;19(2):62-8.
 55. Fielding F, Sanford TM, Davis MP. Achieving effective control in cancer pain: a review of current guidelines. *Int J Palliat Nurs.* diciembre de 2013;19(12):584-91.
 56. Fletcher GF, Berra K, Fletcher BJ, Gilstrap L, Wood MJ. The integrated team approach to the care of the patient with cardiovascular disease. *Curr Probl Cardiol.* septiembre de 2012;37(9):369-97.
 57. Frampton GK, Harris P, Cooper K, Cooper T, Cleland J, Jones J, et al. Educational interventions for preventing vascular catheter bloodstream infections in critical care: evidence map, systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess.* febrero de 2014;18(15):1-365.
 58. Franek J. Self-management support interventions for persons with chronic disease: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2013;13(9):1-60.
 59. Franek J. Self-management support interventions for persons with chronic disease: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2013;13(9):1-60.
 60. Freund T, Kayling F, Miksch A, Szecsenyi J, Wensing M. Effectiveness and efficiency of primary care based case management for chronic diseases: rationale and design of a systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized trials [CRD32009100316]. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:112.
 61. Gavin M, Patti PJ. Issues in latex allergy in children and adults receiving home healthcare. *Home Healthc Nurse.* abril de 2009;27(4):231-9; quiz 240-1.
 62. Glaser A, Levitt G, Morris P, Tapp J, Gibson F, Children and Young People workstream of the National Cancer Survivor Initiative (NCSI), UK. Enhanced quality and productivity of long-term aftercare of cancer in young people. *Arch Dis Child.* octubre de 2013;98(10):818-24.
 63. Glauser TA, Salinas GD, Roepke NL, Williamson JC, Reese A, Gutierrez G, et al. Management of mild-to-moderate osteoarthritis: a study of the primary care perspective. *Postgrad Med.* enero de 2011;123(1):126-34.
 64. Gómez-Picard P, Fuster-Culebras J. Atención a la cronicidad: desafío estratégico, macrogestión y políticas de salud. *Enferm clín (Ed impr).* 2014;12-7.
 65. Hall J, Callaghan P. Developments in managing mental health care: a review

- of the literature. *Issues Ment Health Nurs.* diciembre de 2008;29(12):1245-72.
66. Harrington-Dobinson A, Blows W. Part 3: Nurses' guide to alcohol and promoting healthy lifestyle changes. *Br J Nurs.* 25 de febrero de 2007;16(2):106-8, 110.
 67. Harris J, Felix L, Miners A, Murray E, Michie S, Ferguson E, et al. Adaptive e-learning to improve dietary behaviour: a systematic review and cost-effectiveness analysis. *Health Technol Assess.* octubre de 2011;15(37):1-160.
 68. Harrison S, Lydon J. Health visiting and community matrons: progress in partnership. *Community Pract.* febrero de 2008;81(2):20-2.
 69. Haskal R. Current issues for nurse practitioners: Hyponatremia. *J Am Acad Nurse Pract.* noviembre de 2007;19(11):563-79.
 70. Haylock PJ, Mitchell SA, Cox T, Temple SV, Curtiss CP. The cancer survivor's prescription for living. *Am J Nurs.* abril de 2007;107(4):58-70; quiz 71.
 71. Hendricks MK, Goeiman H, Dhansay A. Food-based dietary guidelines and nutrition interventions for children at primary healthcare facilities in South Africa. *Matern Child Nutr.* octubre de 2007;3(4):251-8.
 72. Henneman EA. Unreported errors in the intensive care unit: a case study of the way we work. *Crit Care Nurse.* octubre de 2007;27(5):27-34; quiz 35.
 73. Hernández-Fabà E, Sanfeliu-Julià C. Atención de la patología aguda de enfermería en atención primaria: caso clínico en la odinofagia. *Enferm clín* (Ed impr). 2010;197-200.
 74. Heuschling A, Gazagnes M-D, Hatem SM. [Stroke: from primary care to rehabilitation]. *Rev Med Brux.* septiembre de 2013;34(4):205-10.
 75. Hinckley J, Allen PJ. Community-associated MRSA in the pediatric primary care setting. *Pediatr Nurs.* febrero de 2008;34(1):64-71.
 76. Huber DL, Craig K. Acuity and case management: a healthy dose of outcomes, part I. *Prof Case Manag.* junio de 2007;12(3):132-44; quiz 145-6.
 77. Hull CS, O'Rourke ME. Oncology-critical care nursing collaboration: recommendations for optimizing continuity of care of critically ill patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs.* diciembre de 2007;11(6):925-7.
 78. Jackson K. The role of the cancer nurse coordinator in neurology. *Aust Nurs J.* marzo de 2008;15(8):29-31.
 79. Jalkut MK, Allen PJ. Transition from pediatric to adult health care for adolescents with congenital heart disease: a review of the literature and clinical implications. *Pediatr Nurs.* diciembre de 2009;35(6):381-7.
 80. Johnson MP. Transitions of care in patients receiving oral anticoagulants:

- general principles, procedures, and impact of new oral anticoagulants. *J Cardiovasc Nurs.* febrero de 2013;28(1):54-65.
81. Kane RL. Finding the right level of posthospital care: «We didn't realize there was any other option for him». *JAMA.* 19 de enero de 2011;305(3):284-93.
 82. Kenneley IL. Infection control and prevention in home healthcare: prevention activities are the key to desired patient outcomes. *Home Healthc Nurse.* agosto de 2007;25(7):459-67; quiz 468-9.
 83. Kilpatrick K. Praxis and the role development of the acute care nurse practitioner. *Nurs Inq.* junio de 2008;15(2):116-26.
 84. Kingston K, Bailey C. Assessing the pain of people with a learning disability. *Br J Nurs.* 9 de abril de 2009;18(7):420-3.
 85. Kleinpell R, Thompson D, Kelso L, Pronovost PJ. Targeting errors in the ICU: use of a national database. *Crit Care Nurs Clin North Am.* diciembre de 2006;18(4):509-14.
 86. Kompanje EJO. «Death rattle» after withdrawal of mechanical ventilation: practical and ethical considerations. *Intensive Crit Care Nurs.* agosto de 2006;22(4):214-9.
 87. Kopyt N. Management and treatment of chronic kidney disease. *Nurse Pract.* noviembre de 2007;32(11):14-23.
 88. Kramer A, Nosbusch JM, Rice J. Safe mom, safe baby: a collaborative model of care for pregnant women experiencing intimate partner violence. *J Perinat Neonatal Nurs.* diciembre de 2012;26(4):307-16; quiz p. 317-8.
 89. Kruger DF, Lorenzi GM, Dokken BB, Sadler CE, Mann K, Valentine V. Managing diabetes with integrated teams: maximizing your efforts with limited time. *Postgrad Med.* marzo de 2012;124(2):64-76.
 90. Kruger DF. Integrating innovative tools into the management of type 2 diabetes to improve patient self-management. *J Am Acad Nurse Pract.* noviembre de 2008;20 Suppl 1:17-20.
 91. Laguna-Parras JM, Carrascosa-Corral RR, Zafra López F, Carrascosa-García MI, Luque Martínez FM, Alejo Esteban JA, et al. Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Gerokomos.* septiembre de 2010;21(3):97-107.
 92. Latour CHM, Huyse FJ, de Vos R, Stalman WAB. A method to provide integrated care for complex medically ill patients: the INTERMED. *Nurs Health Sci.* junio de 2007;9(2):150-7.
 93. Lau D, Hu J, Majumdar SR, Storie DA, Rees SE, Johnson JA. Interventions to improve influenza and pneumococcal vaccination rates among community-dwelling adults: a systematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med.*

diciembre de 2012;10(6):538-46.

94. Lauer M, Brownstein R. Replacing revolving door: a collaborative approach to treating individuals in crisis. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* junio de 2008;46(6):24-32.
95. Lea DH. Expanding nurses' roles in telemedicine & genetics services. *MCN Am J Matern Child Nurs.* junio de 2006;31(3):185-9.
96. Leach MJ, Segal L. Are clinical practical guidelines (CPGs) useful for health services and health workforce planning? A critique of diabetes CPGs. *Diabet Med.* mayo de 2010;27(5):570-7.
97. Lein C, Wills CE. Using patient-centered interviewing skills to manage complex patient encounters in primary care. *J Am Acad Nurse Pract.* mayo de 2007;19(5):215-20.
98. Lillyman S, Saxon A, Treml H. Community matrons and case managers: who are they? *Br J Community Nurs.* febrero de 2009;14(2):70-3.
99. Lineker SC, Husted JA. Educational interventions for implementation of arthritis clinical practice guidelines in primary care: effects on health professional behavior. *J Rheumatol.* 1 de agosto de 2010;37(8):1562-9.
100. Lobo Escolar E. Evaluación del coste-efectividad de una intervención de enfermería de gestión de casos frente al cuidado estándar. *Enfermería Clínica.* marzo de 2009;19(2):98-9.
101. Logan AG. Transforming hypertension management using mobile health technology for telemonitoring and self-care support. *Can J Cardiol.* mayo de 2013;29(5):579-85.
102. López Castañón L. Gestión ineficaz de la propia salud en anticoagulación oral. Cuidados enfermeros domiciliarios en atención primaria de salud. *Enfermería Clínica.* julio de 2012;22(4):219-23.
103. Lozano-Vidal R, López-Pisa RM, Boyero-Granados A, Recio-Ramos S, Padín-Minaya C, Garzón-Quiñones M, et al. Estratificación de la población mayor de 65 años en grupos de riesgo clínico: características y valoración enfermera. *Enferm clín* (Ed impr). 2014;290-5.
104. Marcos T, Loreto M, Rosich N, Royo P, María J, Gálvez Casas A, et al. Eficacia de las estrategias de motivación en el tratamiento del sobrepeso y obesidad. *Nutr Hosp.* 2014;741-8.
105. Mason HN, Crabtree V, Caudill P, Topp R. Childhood obesity: a transtheoretical case management approach. *J Pediatr Nurs.* octubre de 2008;23(5):337-44.
106. Maund E, Craig D, Suekarran S, Neilson A, Wright K, Brealey S, et al. Management of frozen shoulder: a systematic review and cost-effectiveness analysis. *Health Technol Assess.* 2012;16(11):1-264.

107. McEvoy P, Barnes P. Using the chronic care model to tackle depression among older adults who have long-term physical conditions. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* mayo de 2007;14(3):233-8.
108. McEvoy P, Laxade S. Patient registries: a central component of the chronic care model. *Br J Community Nurs.* marzo de 2008;13(3):127-8, 130-3.
109. McLean S, Nurmatov U, Liu JL, Pagliari C, Car J, Sheikh A. Telehealthcare for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(7):CD007718.
110. Meghani SH, Rajput V. Perspective: the need for practice socialization of international medical graduates--an exemplar from pain medicine. *Acad Med.* mayo de 2011;86(5):571-4.
111. Miller D, MacDonald D. Management of pediatric patients with chronic kidney disease. *Pediatr Nurs.* abril de 2006;32(2):128-34; quiz 135.
112. Morilla-Herrera JC, Morales-Asencio JM, Fernández-Gallego MC, Berrobianco Cobos E, Delgado Romero A. Utilidad y validez de un instrumento basado en indicadores de la Nursing Outcomes Classification como ayuda al diagnóstico de pacientes crónicos de Atención Primaria con gestión ineficiente de la salud propia. *An Sist Sanit Navar.* 2011;51-61.
113. Needleman J. Is what's good for the patient good for the hospital? Aligning incentives and the business case for nursing. *Policy Polit Nurs Pract.* mayo de 2008;9(2):80-7.
114. Nemeth M, Holt P, Savrin C. Psoriatic arthritis: a holistic approach to management. *Adv Nurse Pract.* noviembre de 2005;13(11):29-34.
115. Offredy M, Bunn F, Morgan J. Case management in long term conditions: an inconsistent journey? *Br J Community Nurs.* junio de 2009;14(6):252-7.
116. Ortega López Á, Asencio M, Miguel J, Rengel Díaz C, Cárdenas P, María E, et al. Incremento de la participación de Atención Primaria en la asistencia al virus de la inmunodeficiencia humana: opinan los profesionales de las unidades hospitalarias. *Aten Primaria.* 2014;204-13.
117. Paul Olson TJ, Pinkerton C, Brasel KJ, Schwarze ML. Palliative surgery for malignant bowel obstruction from carcinomatosis: a systematic review. *JAMA Surg.* abril de 2014;149(4):383-92.
118. Pérez-Vico-Díaz de Rada L, González-Suárez M, Duarte-Clímets G, Ruymán Brito-Brito P. Prescripción de recursos comunitarios para la mejora del autocuidado en enfermedades crónicas. Gestión de un caso clínico en Atención Primaria. *Enferm clíñ* (Ed impr). 2014;254-60.
119. Pratley RE. Current and emerging therapies: an overview of incretin-based therapy in the management of type 2 diabetes. *J Am Acad Nurse Pract.* noviembre de 2008;20 Suppl 1:7-11.

120. Rearick E. Enhancing success in transition service coordinators: use of transformational leadership. *Prof Case Manag.* octubre de 2007;12(5):283-7.
121. Rentz CA. Alzheimer's disease: an elusive thief. *Nurs Manage.* junio de 2008;39(6):33-8; quiz 38-9.
122. Riba Bellera L, Boixadera Vendrell M, Buendía Surroca C, Poveda M, Antonia M, Piñeiro Méndez P, et al. Empoderamiento y poder. Su vinculación en el proceso de cuidar al enfermo crónico en atención primaria. *Rev Enferm.* 2014;424-31.
123. Rice RD, Bailey G. Management issues in hematopoietic stem cell transplantation. *Semin Oncol Nurs.* mayo de 2009;25(2):151-8.
124. Roberts KT, Robinson KM, Stewart C, Smith F. An integrated mental health clinical rotation. *J Nurs Educ.* agosto de 2009;48(8):454-9.
125. Robinson L, Iliffe S, Brayne C, Goodman C, Rait G, Manthorpe J, et al. Primary care and dementia: 2. Long-term care at home: psychosocial interventions, information provision, carer support and case management. *Int J Geriatr Psychiatry.* julio de 2010;25(7):657-64.
126. Robinson M, Cook SS, Currie LM. Systemic lupus erythematosus: a genetic review for advanced practice nurses. *J Am Acad Nurse Pract.* diciembre de 2011;23(12):629-37.
127. Robinson-White S, Conroy B, Slavish KH, Rosenzweig M. Patient navigation in breast cancer: a systematic review. *Cancer Nurs.* abril de 2010;33(2):127-40.
128. Sackett K, Carter M, Stanton M. Elders' use of folk medicine and complementary and alternative therapies: an integrative review with implications for case managers. *Prof Case Manag.* junio de 2014;19(3):113-23; quiz 124-5.
129. San José Laporte A, Pérez López J, Alemán Llansó C, Rodríguez González E, Chicharro Serrano L, Moreno J, et al. Atención especializada domiciliaria de patologías médicas desde un hospital universitario terciario urbano. Coordinación entre los servicios médicos del hospital y la Atención Primaria de salud del territorio. *Rev Clin Esp.* 2008;182-6.
130. Sawyer MC, Nunez DE. Cognitive-behavioral therapy for anxious children: from evidence to practice. *Worldviews Evid Based Nurs.* febrero de 2014;11(1):65-71.
131. Scherf RF, Reid KW. Going home: what NICU nurses need to know about home care. *Neonatal Netw.* diciembre de 2006;25(6):421-5.
132. Schlechte EA, Boramanand N, Funk M. Supraventricular tachycardia in the pediatric primary care setting: Age-related presentation, diagnosis, and management. *J Pediatr Health Care.* octubre de 2008;22(5):289-99.

133. Sherman B, Click E. Occupational and environmental health nursing in the era of consumer-directed health care. *AAOHN J.* mayo de 2007;55(5):211-5.
134. Smith-Stoner M, Markley J. Home healthcare nurse recruitment and retention: tips for retaining nurses: one state's experience. *Home Healthc Nurse.* marzo de 2007;25(3):198-205.
135. Smolders M, Laurant M, Roberge P, van Balkom A, van Rijswijk E, Bower P, et al. Knowledge transfer and improvement of primary and ambulatory care for patients with anxiety. *Can J Psychiatry.* mayo de 2008;53(5):277-93.
136. Stafford RS, Berra K. Critical factors in case management: practical lessons from a cardiac case management program. *Dis Manag.* agosto de 2007;10(4):197-207.
137. Stoelting-Gettelfinger W. A case study and comprehensive differential diagnosis and care plan for the three Ds of women's health: primary dysmenorrhea, secondary dysmenorrhea, and dyspareunia. *J Am Acad Nurse Pract.* octubre de 2010;22(10):513-22.
138. Suter P, Hennessey B, Harrison G, Fagan M, Norman B, Suter WN. Home-based chronic care. An expanded integrative model for home health professionals. *Home Healthc Nurse.* abril de 2008;26(4):222-9.
139. Takeda A, Taylor SJC, Taylor RS, Khan F, Krum H, Underwood M. Clinical service organisation for heart failure. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;9:CD002752.
140. Tisinger CK. Empowering your patients in the fight against methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *J Am Acad Nurse Pract.* abril de 2008;20(4):204-11.
141. Turnbull B. Prevention of DVT after orthopaedic surgery: the A-V Impulse System. *Br J Nurs.* 24 de junio de 2007;16(10):612-5.
142. Umbrell CE. Trauma case management: a role for the advanced practice nurse. *J Trauma Nurs.* junio de 2006;13(2):70-3.
143. Van Cleave J, Leslie LK. Approaching ADHD as a chronic condition: implications for long-term adherence. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* agosto de 2008;46(8):28-37.
144. Vann JCJ. Measuring community-based case management performance: strategies for evaluation. *Lippincotts Case Manag.* junio de 2006;11(3):147-57; quiz 158-9.
145. Venkatachalam V, D'Attilio K, Lewis A, Acevedo M. Anticoagulation in ambulatory care: an evidence-based review of the literature. *Prof Case Manag.* abril de 2007;12(2):106-11.
146. Verdú Soriano J, Nolasco Bonmatí A, López Casanova P, Bou T i, E J. Estudio ôAuriga-04ö sobre la utilización de la gama de apósitos

- hidrocelulares Allevyn® en el tratamiento de heridas agudas por parte de profesionales de Atención Primaria. Gerokomos (Madr, Ed impr). 2006;145-53.
147. Villarejo Aguilar L, Pancorbo-Hidalgo PL. Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria. Gerokomos (Madr, Ed impr). 2011;152-61.
 148. Wilkinson D, McDougall R. Primary trauma care. Anaesthesia. diciembre de 2007;62 Suppl 1:61-4.
 149. Woodhams V, de Lusignan S, Mughal S, Head G, Debar S, Desombre T, et al. Triumph of hope over experience: learning from interventions to reduce avoidable hospital admissions identified through an Academic Health and Social Care Network. BMC Health Serv Res. 2012;12:153.
 150. Wright K, Hazelett S, Jarjoura D, Allen K. The AD-LIFE trial: working to integrate medical and psychosocial care management models. Home Healthc Nurse. mayo de 2007;25(5):308-14.
 151. Cribado neonatal de la hiperplasia suprarrenal congénita. Revisión sistemática [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209773714&DocumentID=AEG000093>
 152. Desarrollo de criterios, indicadores de complejidad y estrategias de manejo en fragilidad. [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209773714&DocumentID=AEA000087>
 153. Desarrollo de indicadores para evaluar programas de prevención de cáncer colorrectal en población de riesgo alto. [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209773714&DocumentID=AEC000090>
 154. Efectividad de las estrategias dirigidas a reducir errores diagnósticos [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209773714&DocumentID=GCS53-09>
 155. Effective models of mental health service provision and workforce configuration in the primary care setting [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=32006000924&UserID=0>
 156. El impacto de proyectos de investigación clínica y en servicios sanitarios en la toma de decisiones. Un estudio cualitativo de casos. [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209773714&DocumentID=AEA000087>

773714&DocumentID=AEC000101

157. El singular, talón de Aquiles de los programas de gestión de casos y de enfermedades [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de:
<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209773714&DocumentID=GCS34-1>
158. Evaluación e impacto de una intervención de telemonitorización en pacientes domiciliarios con insuficiencia cardíaca o broncopatía crónica controlada desde la atención primaria. Ensayo clínico aleatorizado. Estudio TELBIL. [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de:
<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209773714&DocumentID=AEV000112>
159. Evidencias sobre las estrategias de calidad más efectivas para el control metabólico en la diabetes tipo 2 [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de:
<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209773714&DocumentID=GCS30-4>
160. Gerentes médicos y calidad del hospital. Asociación no es causalidad [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de:
<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209773714&DocumentID=GCS49-17>
161. La atención integral al paciente de cáncer se puede definir y medir. Y después (o antes) aplicarla [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de:
<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209773714&DocumentID=GCS45-5>
162. La gestión de la calidad: de los modelos a la excelencia [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de:
<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209773714&DocumentID=GCS22-36>
163. Mapa de recursos compartidos en Evaluación de Tecnologías Sanitarias. [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de:
<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209773714&DocumentID=AEV000108>
164. MODELO ANDALUZ DE GESTION DE CASOS - borrador del Nuevo Modelo de Gestion de Casos de SSPA .pdf [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de:
<http://www.asanec.es/pdf/borrador%20del%20Nuevo%20Modelo%20de%20Gestion%20de%20Casos%20de%20SSPA%20.pdf>
165. Modelos e intervenciones de colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental en la atención a los pacientes diagnosticados de depresión: resultados de una meta-revisión. [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado

a partir de:

<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209773714&DocumentID=AEV000105>

166. Modelos organizativos en la asistencia a pacientes con cáncer [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209773714&DocumentID=AEA000085>
167. NIHR Centre for Reviews and Dissemination - CRD Database [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ResultsPage.asp>
168. Nuevas técnicas IMRT para dianas en movimiento. Análisis de su seguridad y efectividad. [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209773714&DocumentID=AEV000121>
169. PARANINFO DIGITAL. ISSN 1988-3439 [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.index-f.com/para/n15/153p.php>
170. Prevalencia de pacientes con alta complejidad y/o alta dependencia para la gestión de casos en atención primaria | Enferm. clín. (Ed. impr.);21(6): 323-327, Dic. 2011. | IBECs | Portal de Búsqueda de la BVS [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-105834>
171. ¿QUÉ PASA CON LAS PERSONAS SIN HOGAR EN LAS URGENCIAS Y QUÉ DEBERÍA PASAR? - Informe-PSH-Urgencias-2015.pdf [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.apdha.org/media/Informe-PSH-Urgencias-2015.pdf>
172. Sistemas de monitorización continua de glucosa en tiempo real. [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209773714&DocumentID=AEC000102>
173. Telemonitorización de pacientes pluripatológicos con enfermedad cardiaca o respiratoria. Evaluación de su implantación en Atención Primaria [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209773714&DocumentID=AEV000137>
174. Transitional Care Interventions to Prevent Heart Failure Readmissions - Research Protocol | AHRQ Effective Health Care Program [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://effectivehealthcare.ahrq.gov/index.cfm/search-for-guides-reviews-and-reports/?productid=1409&pageaction=displayproduct>
175. Untitled Document [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209773714&DocumentID=AEV000105>

773714&DocumentID=CD008889

176. Untitled Document [Internet]. [citado 15 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de:
<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209773714&DocumentID=CD009590>

Índice de Tablas

Tabla	Página
Tabla1: Conceptos y definiciones agrupados en torno a la comorbilidad, el paciente y su entorno, y la medicación	
Tabla2: Criterios definatorios de paciente pluripatológico	
Tabla 3: Tipos de personas mayores en relación con la función	
Tabla 4: Demografía del envejecimiento, Indicadores de mortalidad, esperanza de vida al nacimiento y a los 65 años	
Tabla 5: Demografía del envejecimiento, Población residente en España por grupos quinquenales a 1 de enero de 2012 y de 2052	
Tabla 6: Demografía del envejecimiento, Tasas de dependencia	
Tabla 7: Envejecimiento en España y en Canarias, 2012-2022	
Tabla 8: Mayores que reciben cuidado informal, según proveedor del cuidado	
Tabla 9: EPA según CIE, y objetivos y actividades ECE / EGC	
Tabla 10: desarrollo del servicio, cronología	
Tabla 11. Selección de artículos de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias referentes a funciones de los Diplomados Sanitarios, enfermeros, ejercicio profesional, relaciones interprofesionales y trabajo en equipo, y gestión clínica	
Tabla 12: Naturaleza la EPA según la definición CIE vs Competencias EFyC	
Tabla 13: EPA según CIE, y objetivos y actividades ECE / EGC	
Tabla 14: National definitions of advanced practice nursing in Australia, Canada, Ireland and the United States.	
Tabla 15: ZBS y distribución enlace, no enlace y mixtas	
Tabla 16: Criterios de inclusión y exclusión de estudios	
Tabla 17: Términos DEC's / MeSH	
Tabla 18. Distribución de ZBS ece vs no ECE	
Tabla 19: Zonas Básicas de Salud informantes para el indicador Cobertura de Atención Domiciliaria.	

Tabla 20: Análisis de regresión para el indicador cobertura de atención domiciliaria entre ZBS enlace, no enlace y la diferencia entre ambas.	
Tabla 21: Zonas Básicas de Salud informantes para el indicador Cobertura de Cuidadoras	
Tabla 22: Análisis de regresión para el indicador cobertura de cuidadoras entre ZBS enlace, no enlace y la diferencia entre ambas.	
Tabla 23: Zonas Básicas de Salud informantes para el indicador Riesgo social valorado por el Trabajador social.	
Tabla 24: Análisis de regresión para el indicador Riesgo social valorado por el Trabajador social entre ZBS enlace, no enlace y la diferencia entre ambas.	
Tabla 25: Zonas Básicas de Salud informantes para el indicador Confinados con más de cuatro visitas de la Unidad de Atención Familiar	
Tabla 26: Análisis de regresión para el indicador Confinados con más de cuatro visitas de la Unidad de Atención Familiar entre ZBS enlace, no enlace y la diferencia entre ambas.	
Tabla 27: Zonas Básicas de Salud informantes para el indicador Cobertura de Talleres a cuidadoras	
Tabla 28: Análisis de regresión para el indicador Cobertura de Talleres a cuidadoras entre ZBS enlace, no enlace y la diferencia entre ambas.	
Tabla 29: Zonas Básicas de Salud informantes para el indicador Hospitalizaciones.	
Tabla 30: Análisis de regresión para el indicador Hospitalizaciones entre ZBS enlace, no enlace y la diferencia entre ambas	
Tabla 31: Zonas Básicas de Salud informantes para el indicador Ulceras por Presión	
Tabla 32: Análisis de regresión para el indicador Ulceras por Presión entre ZBS enlace, no enlace y la diferencia entre ambas.	

Tabla 33: Zonas Básicas de Salud informantes para el indicador Caídas	
Tabla 34: Análisis de regresión para el indicador Caídas entre ZBS enlace, no enlace y la diferencia entre ambas	
Tabla 35: Zonas Básicas de Salud informantes para el indicador Sobre esfuerzo cuidadoras	
Tabla 36: Análisis de regresión para el indicador Sobre esfuerzo cuidadoras entre ZBS enlace, no enlace y la diferencia entre ambas.	
Tabla 37 Búsqueda inicial	
Tabla 38 resumen estudios seleccionados.	
Tabla 39 resumen estudios seleccionados categorizados	

Índice de Gráficos

Gráfica	Página
Gráfica 1. Demografía del envejecimiento, esperanza de vida al nacimiento	
Gráfica 2. Demografía del envejecimiento, esperanza de vida a los 65 años	
Gráfica 3. Demografía del envejecimiento, crecimiento natural de la población española	
Gráfica 4. Demografía del envejecimiento, Pirámides de población de España	
Gráfica 5: Prevalencia (%) de problemas crónicos por edad y sexo.	
Gráfica 6: Tiempo dedicado a cuidado informal (hora y décimas de hora) según la edad del cuidador	
Gráfica 7: Razón para cuidar según sexo del cuidador y edad del receptor (%) Figura 4: Factores asociados a las razones por las que se cuida	
Gráfica 8: Cobertura de atención domiciliaria.	
Gráfica 9: Cobertura de Cuidadoras.	
Gráfica 10: Riesgo social valorado por el Trabajador social entre ZBS enlace, no enlace	
Gráfica 11: Confinados con más de cuatro visitas de la Unidad de Atención Familiar entre ZBS enlace, no enlace	
Gráfica 12: Cobertura de Talleres a cuidadoras entre ZBS enlace, no enlace.	
Gráfica 13: Hospitalizaciones entre ZBS enlace, no enlace.	
Gráfica 14: Ulceras por Presión entre ZBS enlace, no enlace	
Gráfica 15: Caídas entre ZBS enlace, no enlace	
Gráfica 16: Sobreesfuerzo cuidadoras entre ZBS enlace, no enlace	
Gráfica 17 Panel resumen de resultados.	

Índice de Figuras

Figura	Página
Figura 1. Sistemas, niveles, profesionales	
Figura 2: Pirámide Kaiser ampliada, y adaptación.	
Figura 3: Factores que influyen en el proceso de envejecimiento	
Figura 4: Variable asociadas al tipo de cuidado recibido por las personas mayores en España.	
Figura 5: Factores asociados a las razones por las que se cuida	
Figura 6: Aspectos positivos y negativos del cuidado familiar a personas mayores para el cuidador.	
Figura 7: Profesionales alrededor de un caso	
Figura 8: Ciclo operativo de la EcE*	
Figura 9. Distribución de ZBS ece vs no ECE	
Figura 10 PRISMA FLOW	
Figura 11: Resumen de resultados	

Glosario, siglas y abreviaturas.

SCS Servicio Canario de la Salud

ECE Enfermera Comunitaria de Enlace

OMS Organización Mundial de la Salud

CSIC Centro Superior de Investigaciones Científicas

I+D+i Investigación, desarrollo e implementación

TICs Tecnologías de la Información y la Comunicación

Cierre.

Gracias por poner la música mientras se elaboró esta Tesis, nunca el silencio ayudó tanto a una voz. Orgullo de barriero.

El Barrio puso su silencio

La Gente puso la voz

La voz puso la armonía

La Armonía su corazón

La Inspiración el momento

El Momento la Ilusión

Amor sueña con tu silencio

Silencio descubre tu voz

La mayor virtud del Ser Humano

es dar gracias por vivir cada vez

que salga el Sol.

El Barrio. Tour “La voz de mi silencio”