



# *PiCuida*

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

R e s u m e n e j e c u t i v o



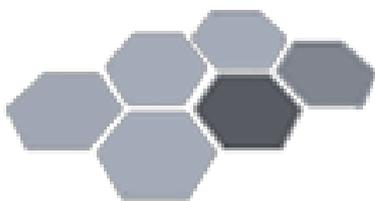
Cómo referenciar esta publicación:

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

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

Diseño y maquetación: Escuela Andaluza de Salud Pública

Ilustración de cubierta: Xedos4, [www.freeedigitalphotos.net](http://www.freeedigitalphotos.net)



## Índice

1. Análisis de los Cuidados desde la perspectiva de la ciudadanía .....	4
2. Análisis de los Cuidados desde la perspectiva de los profesionales .....	8
3. Análisis de los Cuidados desde la perspectiva de la sostenibilidad del Sistema Sanitario .....	11
4. Proyectos Estratégicos: Objetivos y Acciones .....	15
Proyecto 1. Participación ciudadana y responsabilidad compartida .....	15
Proyecto 2. Accesibilidad, personalización y continuidad de los cuidados .....	17
Proyecto 3. Nuevas competencias y resultados en salud .....	19
Proyecto 4. Cronicidad y necesidad de cuidados avanzados .....	22
Proyecto 5. Cuidados Seguros .....	24
Proyecto 6. Cuidados y Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) .....	25
Bibliografía .....	26



## 1. Análisis de los Cuidados

### desde la perspectiva de la ciudadanía

#### Idea clave 1

En los últimos 50 años, se ha triplicado el número de **personas mayores**.<sup>1</sup> Actualmente la población mayor de 65 años en Andalucía constituye el 15% de la población total, fenómeno que se caracteriza por:

1. **Feminización** (un 57% de las personas mayores de 65 años son mujeres).
2. El **envejecimiento del envejecimiento** (un 25% de las personas mayores tiene 80 años o más).
3. La **soledad** (un 32% de la población de 65 años o más está en estado de viudedad, y cerca de un 10% se encuentra soltera, separada o divorciada.<sup>2</sup> Un 25,7% de las personas de 75 años y más viven solas.<sup>3</sup>

Este aumento de la esperanza de vida y conductas como el tabaquismo, consumo de alcohol, el sedentarismo o la dieta poco saludable tiene como consecuencia cambios en el estado de salud de las personas y en sus necesidades de cuidados, que se caracteriza igualmente por un aumento de los problemas crónicos de salud.<sup>4</sup>

#### Idea clave 2

El número **enfermedades crónicas** aumenta con la edad.

El número de personas ingresadas que presentaron al menos una enfermedad crónica en Andalucía aumenta con la edad. La mayor incidencia de ingresos por enfermedad crónica se produjo en el caso de cáncer, enfermedad cardíaca, problemas osteoarticulares y enfermedad respiratoria crónica (CMBD 2013).

#### Idea clave 3

La **enfermedad crónica, envejecimiento y discapacidad - dependencia** están muy relacionados. El 9,6% de la población Andaluza presenta alguna discapacidad. De ellas, casi una de cada cinco (19%) son mujeres de más de 80 años. A partir de los 55 años el 60% de las personas con dependencia en Andalucía son mujeres. Un 70 % de estas mujeres tienen 80 o más años.<sup>5</sup>

Idea clave  
4

El 88% de la **provisión de cuidados** se realiza en el ámbito familiar siendo, incluso, en numerosas ocasiones, la única fuente de cuidados<sup>6</sup>. Dentro del ámbito familiar, el 84,7% de las personas que cuidan en Andalucía son mujeres.

Los últimos estudios llegan a la conclusión de que las consecuencias negativas del cuidado familiar son la aparición de numerosos problemas de salud crónicos, altos niveles de estrés, ansiedad, depresión, abandono de la propia salud, frecuente renuncia al trabajo remunerado y aislamiento social, resultados que estuvieron modulados principalmente por la intensidad del cuidado, el nivel socioeconómico y el parentesco con la persona dependiente y básicamente el género de la persona que cuida<sup>7</sup>.

La necesidad de apoyo para el cuidado que soportan las familias en Andalucía, es mayor en las poblaciones del entorno rural, más pequeñas y con menos recursos sociales<sup>4</sup>.

Idea clave  
5

Entre los principales **determinantes sociales en salud**<sup>8</sup> podemos encontrar: 1) las condiciones sociales y económicas, 2) el estrés continuo, 3) la pobreza y la exclusión social, 4) el desempleo, la inseguridad laboral y las condiciones de trabajo, 5) el abuso del consumo de alcohol, el consumo ilegal de drogas y el tabaquismo, 6) la calidad de la dieta (OMS, 2003).

Idea clave  
6

El 29 % de los andaluces viven bajo el umbral de la **pobreza** 4,5% en situación de pobreza severa, con menos de 3.000 Euros al año. El 26,7% de los andaluces < de 16 años vive en hogares con ingresos por debajo del umbral de la pobreza. El 31,4% de andaluces < de 16 años se encuentra en riesgo de pobreza o exclusión social.<sup>9</sup>

Idea clave  
7

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

- El consumo de tabaco es mayor en hombres (el 27,9% hombres frente al 20,2% mujeres) con trabajos no cualificados (31,7% trabajadores no remunerados, frente al 19,7% de los gerentes con más de 10 asalariados).
- La obesidad se da con mayor frecuencia en mujeres sin estudios primarios (34,2%) frente a mujeres con estudios universitarios (6,3%).

- La ansiedad depresión es mayor en mujeres sin estudios y bajos ingresos económicos. Prevalencia del 23,5%, frente al 2,2% de hombres universitarios.

Idea clave  
8

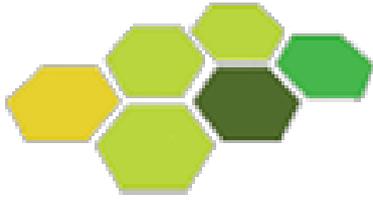
Siguen existiendo márgenes de mejora de eficiencia en la utilización de las **urgencias hospitalaria** ya que durante 2014 de las 3.792.253 urgencias atendidas en los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud, 580.478 fueron de Nivel 5 (baja complejidad) lo que supone un 17,51% del total. Estas urgencias pueden ser atendidas y resueltas por enfermeras tanto en el nivel asistencial primario, como en urgencias del hospital, a través de protocolos consensuados que aumenten la capacidad de resolución de las mismas, incorporando un valor añadido como es, la potenciación del autocuidado y la gestión eficaz de la propia salud por parte de la ciudadanía.<sup>10</sup>

Idea clave  
9

Entre las **necesidades y demandas de la ciudadanía** a tener en cuenta para la mejora de los cuidados encontramos:

1. Potenciar desde los centros sanitarios la promoción en salud y la prevención, integrando la colaboración con otros sectores, con los recursos comunitarios y las asociaciones de ayuda mutua. Además de Hacer converger distintas iniciativas, ya en marcha, en relación con los cuidados: Escuela de Pacientes, Estrategia Al Lado, Escuela de Padres, Aulas de Autonomía y Seguridad.
2. Dominar la comunicación, comprobando el grado de comprensión de la información que damos y teniendo en cuenta que es un proceso bidireccional. Además de respetar el tiempo necesario para el afrontamiento y la capacidad de adaptación de la persona y su entorno, interviniendo en el proceso, desde el respeto.
3. Fomentar el uso de la tecnología para favorecer la comunicación (consultas, dudas...) con las personas atendidas y orientar sobre su uso.
4. Fomentar el autocuidado y la gestión eficaz de la propia salud desde una perspectiva personalizada e individualizada, de forma que las personas lo integren lo mejor posible con la vida cotidiana, incluyendo los aspectos emocionales. Se remarca la conveniencia de ser sensible a la diversidad en los procesos educativos, resaltando la utilidad y el refuerzo de la metodología grupal en la educación terapéutica.
5. Tener en cuenta que el binomio persona afectada / persona cuidadora es inseparable respecto a los elementos que deben articular la atención.

6. Aprovechar el apoyo del tejido asociativo y la participación del voluntariado para promover el mantenimiento del afrontamiento adecuado, la autogestión efectiva del proceso por parte de la familia y, en general, la mejora de la atención y el acompañamiento.
7. Fomentar el acceso y uso de la historia clínica como instrumento de continuidad, participada por los dos niveles de la atención.
8. Potenciar el rol de la enfermera gestora de casos, para favorecer la continuidad de cuidados en personas con alta complejidad, entre profesionales de distintos niveles de atención.
9. Adquirir capacidades y habilidades, por parte de profesionales implicados habitualmente en el proceso de atención en la fase final
10. Compartir la atención entre profesionales de las UGC de atención primaria atención hospitalaria, paliativistas, gestoras de caso y el movimiento asociativo de ayuda mutua. Para adecuar los circuitos de atención paliativa y asegurar la planificación anticipada, entrevista motivacional y atención al duelo.
11. Otorgar una dimensión especial a la gestión de los casos en esta fase, especialmente cuando el tiempo transcurrido es prolongado y en el caso de los menores.
12. Tener en cuenta el respeto a la toma de decisiones de la persona o persona en quien haya delegado y a la planificación anticipada reflejada o registrada, independientemente de la ética del personal que atiende, siempre dentro del marco jurídico vigente.
13. Posibilitar la despedida como elemento presente en el proceso de atención y como instrumento para reducir el sufrimiento y para prevenir duelos disfuncionales.
14. Incluir dentro del proceso de atención la atención a la familia después de la muerte, por su influencia positiva en la reducción del sufrimiento y en la recuperación posterior.



## 2. Análisis de los Cuidados

### desde la perspectiva de los profesionales

#### Idea clave 10

El cuidado que las enfermeras pueden ofrecer para la generación de salud en la ciudadanía, se ve favorecido por su posición en el contexto sanitario, que necesita de sistemas organizativos flexibles cuya estructura articule adecuadamente nuevos servicios de una manera ágil y eficaz<sup>11</sup>, así como encontrar **modelos de gestión y desarrollo profesional**, que respondan de forma costo-eficientes y efectivas ante estos nuevos desafíos<sup>12</sup>. Esta situación debe orientar a las organizaciones sanitarias a desarrollar diferentes modelos de ordenación de los cuidados, que incorporen nuevos perfiles y roles enfermeros.

#### Idea clave 11

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

#### Idea clave 12

Igualmente, en nuestra comunidad en el marco de los **planes integrales de Salud y de Procesos Asistenciales Integrados**, se incorpora la **necesidad de desarrollar competencias enfermeras y perfiles específicos** para la prestación de cuidados de alta calidad, proporcionando un ambiente seguro y que facilite la prevención y promoción de la salud, la recuperación del paciente y por ende la mejora de su calidad de vida (Plan Integral de Salud Mental, Proceso Asistencial Diabetes , Plan Integral de Cuidados Paliativos, Plan Integral del Dolor, Plan Integral de Oncología, Plan de Atención Integral a pacientes con enfermedades crónicas)<sup>18,19,20,21,22,23</sup>

#### Idea clave 13

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

actual marco normativo sobre desarrollo competencial y por la evidencia científica.

Idea clave  
14

Surgidos para dar respuesta a las necesidades de la población, los roles de práctica avanzada enfermeros vienen a ampliar las demarcaciones tradicionales de la profesión enfermera hacia una evolución competencial que se conoce hoy día con el nombre de **enfermería de práctica avanzada (EPA)**.<sup>25</sup> Deben ser reconocidas como proveedoras de salud altamente cualificados y con una experiencia específica y que aportan un “valor extra” al Sistema Sanitario donde estén desarrollando sus competencias<sup>26</sup> Lo que caracteriza esencialmente a las EPA no son las tareas o técnicas realizadas, por mucho que requieran una avanzada experiencia sino el conocimiento experto, la autonomía para la toma de decisiones complejas, las habilidades clínicas necesarias para hacerse cargo de una cartera de pacientes propia (utilización de sistemas de valoración avanzada, juicios diagnósticos, o prescripción de fármacos y las competencias en docencia, investigación y/o gestión de los cuidados.<sup>27</sup>

Idea clave  
15

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

Idea clave  
16

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

Idea clave  
17

Para el desarrollo competencial de los responsables o referentes de cuidados de las UGC hacia la gestión avanzada de cuidados, se hace necesario reorientar sus competencias y desarrollar su liderazgo hacia un modelo de **liderazgo transformacional**. “El liderazgo transformacional es aquel que genera cambio en el nivel de motivación de los seguidores para alcanzar desempeños sobresalientes”.<sup>28</sup>

Idea clave  
18

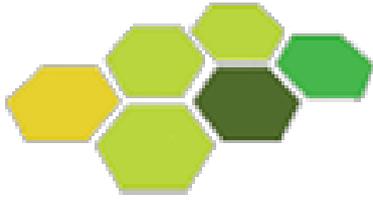
Investigar dentro de la disciplina de los cuidados significa avanzar en el conocimiento de la misma y aportar el valor añadido que esto supone para la práctica asistencial y la respuesta que desde la perspectiva de los cuidados se está dando a la ciudadanía.

Idea clave  
19

La implicación de las enfermeras andaluzas en el avance de la investigación en salud ha venido aumentando en esta última década gracias al desarrollo de programas específicos de formación en Metodología de la Investigación (Programas QUID-INNOVA 2005-2010) y a la incorporación en las Convocatorias Oficiales (Convocatorias anuales de investigación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía) de ámbitos específicos para el desarrollo de la investigación en cuidados hasta el año 2013. Los resultados de este proceso conducen a que la producción científica andaluza suponga el 31,7 % de la producción nacional.

Idea clave  
20

Para que los resultados de la investigación en cuidados que han mostrado ser efectivos se apliquen en la práctica clínica es necesario que se difundan de modo sencillo y asequible para aquellos profesionales sanitarios que han de ponerlos en práctica. Desde el año 2006, la Consejería de Salud participa con el Instituto Carlos III y la Fundación Joanna Briggs en un Convenio de Colaboración Internacional de renovación anual que tiene por objeto “Promover la práctica de cuidados basados en la evidencia”.



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

#### Idea clave 21

Es necesario continuar explorando e implementando fórmulas de gestión que permitan seguir respondiendo de una manera eficiente a los problemas de salud de nuestra población<sup>46</sup> Pueden existir márgenes de eficiencia, basados sobre todo en el desarrollo de la gestión clínica y en el uso de la mejor evidencia disponible, en los diferentes ámbitos clínicos y de gestión<sup>29</sup>.

#### Idea clave 22

La realidad epidemiológica camina hacia un entorno con unas necesidades asistenciales para las cuales, el mero crecimiento del modelo tradicional centrado en el episodio, la especialización y lo biomédico no va a aportar las soluciones necesarias. Aspectos como la fragilidad y la vulnerabilidad y una perspectiva integral deben ser muy tenidos en cuenta en el diseño de sistemas de salud que den respuesta a las nuevas realidades de las personas.<sup>29</sup> El difícil momento económico actual obliga a cambiar la tendencia incrementalista del gasto sanitario público para incorporar nuevas estrategias que implican una mejor eficiencia de los servicios, además de un mayor control del gasto y un uso adecuado de los recursos sanitarios.<sup>30</sup>

#### Idea clave 23

El desarrollo de los cuidados podrá aportar y contribuir al avance de un sistema sanitario público realmente sostenible, teniendo en cuenta que los procesos de atención han de ser procesos compartidos, centrados en la persona y con la flexibilidad oportuna para ubicar la responsabilidad de la atención en el proveedor de salud que mejor responda a cada necesidad específica.<sup>29</sup> A través de diferentes medidas de mejora de la eficiencia, se propone priorizar en el sistema sanitario la mejor accesibilidad, la concentración (acto) de la oferta de servicios, la reducción de intervenciones de escaso valor, o la reducción de las complicaciones y efectos adversos, dispensando de forma estandarizada cuidados transversales, seguros y adecuados proporcionados entre distintas plataformas, medios y profesionales de forma colaborativa.<sup>31</sup>

#### Idea clave 24

En el caso de los cuidados enfermeros, según se deriva de las tendencias internacionales, la atención sanitaria ágil, eficiente y centrada en la mejora de los resultados clínicos y en salud, pasa por reorientar la rígida estructura organizativa existente y establecer los mecanismos adecuados para satisfacer las necesidades de la población a través de una redefinición de las

competencias profesionales de las enfermeras dentro de los sistemas sanitarios<sup>32</sup>. La Gestión de la demanda compartida, la coordinación de cuidados y la información y la participación de la ciudadanía, con el objetivo de reducir la utilización intensiva de algunos servicios y acercar al paciente y sus necesidades al proveedor de salud más adecuado en cada momento, médico o enfermera, cobrarán especial importancia en estos desarrollos.

Idea clave  
25

A nivel internacional, se pueden aportar a este análisis una amplio número de revisiones de iniciativas donde un perfil avanzado en la práctica enfermera va a constituirse en una base de mejora para la sostenibilidad del sistema.<sup>29,33,34,35</sup> Entre los resultados de la incorporación de estos perfiles avanzados se pone de manifiesto las ventajas en cuanto a: reingresos, estancias, control de la enfermedad crónica y calidad de vida cuando se ponen en marcha iniciativas basadas en la continuidad y el autocuidado lideradas por enfermeras.<sup>36,37,38,39</sup>

Idea clave  
26

En la misma tesitura de conseguir los mismos resultados con menos recursos se han de identificar aquellas intervenciones, circuitos, modelos asistenciales, y roles profesionales concretos en situaciones clínicas concretas que no están aportando valor clínico a pacientes: “Dejar de hacer”.<sup>29,40,41</sup>

Idea clave  
27

Con el objetivo de reorientar y adecuar el modelo de cuidados e incorporar nuevas competencias y perfiles de práctica avanzada para dar respuesta en las nuevas metas organizacionales, a los retos del contexto y las potencialidades de los profesionales sanitarios en Andalucía se ha avanzado en el desarrollo de nuevos modelos de atención basados en el desarrollo de la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA).

Se han puesto en marcha en el SSPA diferentes perfiles enfermeros de competencia avanzada, para dar respuesta a las nuevas demandas de atención sanitaria:

- Enfermera Gestora de Casos (EGC) para la atención, seguimiento y control de pacientes crónicos complejos y poblaciones vulnerables con alta complejidad de respuesta.
- Enfermera Avanzada de Cuidados Paliativos (ECP), para la atención a personas con necesidad de cuidados a final de la vida
- Enfermera referente para la atención ambulatoria del paciente con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), para la atención y apoyo a la toma de decisiones a pacientes con enfermedad renal crónica avanzada

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

En este contexto de necesaria sostenibilidad del sistema sanitario, se han incorporado igualmente en el SSPA estrategias de intervención, nuevas competencias y competencias avanzadas de práctica, que tienen como diana la eficiencia del sistema:

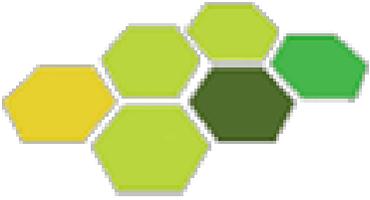
- a. Gestión compartida de la demanda, en procesos urgentes (triaje, derivación a un catálogo consensuado de pruebas, activación de circuitos de atención urgente, de consultas para atender personas que acuden a urgencias con nivel de gravedad 5) y/o crónicos (programas de gestión compartida de la demanda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

- c. El abordaje conjunto de los determinantes de la salud para evitar la aparición de las enfermedades crónicas y la discapacidad (alimentación saludable, actividad física, consumo de alcohol, consumo de tabaco, bienestar emocional y seguridad), producen un efecto superior a la suma del efecto individual de cada uno de ellos y una actuación coherente, con mayor impacto, requiere de su abordaje conjunto.
- d. Educación Terapéutica, incorporando actuaciones novedosas para promover una educación efectiva en el autocuidado, autocontrol y automanejo de las indicaciones terapéuticas en pacientes crónicos y su familia.
- e. Prescripción enfermera de productos sanitarios y la indicación de fármacos y prescripción colaborativa para el seguimiento protocolizado de determinados medicamentos seguimiento de tratamiento farmacológico individualizados (SPTFI) en Diabetes, RCV, Sedación Paliativa y Anticoagulación Oral.

Idea clave  
28

Conclusión  
Final

El conjunto de ideas claves que hemos querido compilar en este resumen de análisis de situación de los cuidados en Andalucía nos revela como el SSPA apuesta por caminar hacia un modelo de excelencia de cuidados basado en resultados, en la evidencia, en la innovación, en el trabajo en red y centrado en dar respuesta a las necesidades de la ciudadanía. Estos cuidados se encaminarán al desarrollo de estrategias que potencien la promoción de la salud y la prevención, el abordaje integral de la cronicidad, el autocuidado por parte del paciente, la atención en el domicilio de personas con alta complejidad, la participación de la comunidad y el uso de las nuevas tecnologías desde un trabajo multidisciplinar, en el que además se incorporen nuevas competencias y roles profesionales, para mejorar la calidad y sostenibilidad del sistema.



## 4. Proyectos Estratégicos: Objetivos y Acciones



Proyecto  
1

### Participación ciudadana y responsabilidad compartida

1. Red de cuidados como canal de participación efectiva que facilite la comunicación con la ciudadanía. > Inicio en 2015
  - a. Banco de participantes: personas u organizaciones que voluntariamente quieran participar en la detección de necesidades y expectativas de cuidados en la ciudadanía y gestión de los servicios sanitarios. Espacio específico en la Red. > Último trimestre 2016
  - b. Banco de buenas prácticas sobre intervenciones en cuidados eficaces relacionados con la participación ciudadana, que se puedan desarrollar en los centros sanitarios. > Último trimestre 2016
2. Formar foros de cuidados a nivel local integrados en los planes locales de salud y en el que participen todos los actores sociales. > Segundo trimestre de 2016
3. Realizar actividades de capacitación (alfabetización en salud) a personas en situación de desventaja social. > Primer semestre de 2017
4. Elaborar planes de cuidados personalizados y compartidos, en los que las personas adquieran compromisos relacionados con su propio cuidado. > Ultimo trimestre de 2016
5. Instaurar de forma sistemática programas de educación terapéutica sobre problemas de salud más prevalentes, con las personas atendidas en hospitales y/o en atención primaria para el manejo del plan terapéutico, la ayuda al afrontamiento para los cambios en su proyecto vital, incorporando la participación de pacientes activos. > Segundo trimestre de 2016

## Participación ciudadana y responsabilidad compartida

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <p>6. Incorporar el <b>movimiento asociativo</b> y el <b>voluntariado</b> en la comunidad para el cuidado a personas en situación de cronicidad tanto en domicilio como en hospitales, favoreciendo el acompañamiento, paliando la soledad y facilitando el respiro familiar.</p> | <p>&gt; Inicio en 2017</p>           |
| <p>7. <b>Evaluar la Calidad de Vida relacionada con la salud</b>, las necesidades y expectativas de una población concreta para poder adaptar las intervenciones en salud.</p>  | <p>&gt; Inicio en 2016</p>           |
| <p>8. Programar <b>acciones formativas</b> a profesionales, en competencias y habilidades de comunicación, intervenciones eficaces de participación ciudadana y empoderamiento de la ciudadanía.</p>  | <p>&gt; Primer trimestre de 2017</p> |

Proyecto  
2

## Accesibilidad, personalización y continuidad de los cuidados

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| 1. Asignar a cada persona un/a enfermera/o como profesional de referencia para los cuidados en el proceso asistencial.  | > Último trimestre 2015           |
| 2. Garantizar la accesibilidad de la ciudadanía a su enfermera/o referente.   | > Último trimestre 2015           |
| 3. Diseñar estrategias de gestión compartida de la demanda para derivar al ciudadano/a al profesional más adecuado según sus necesidades.   | > Inicio en 2017                  |
| 4. Estratificar la población según niveles de complejidad de cuidados en base a criterios definidos utilizando herramientas validadas.  | > Inicio en 2017                  |
| 5. Adaptar la organización funcional de los centros sanitarios según la complejidad y necesidad de cuidados.  | > Inicio en 2017                  |
| 6. Analizar las coberturas poblacionales por enfermera siguiendo criterios de seguridad, cartera de servicios, necesidades de cuidados y complejidad de la población.   | > Inicio en 2016                  |
| 7. Avanzar en el desarrollo de comisiones de cuidados de área para garantizar una continuidad de cuidados interniveles efectiva.  | > Segundo trimestre de 2016       |
| 8. Garantizar la planificación anticipada del alta hospitalaria y del ingreso programado.   | > Inicio último trimestre de 2016 |
| 9. Articular desde la planificación del alta hospitalaria la oferta de cuidados transicionales para aquellas personas que por la complejidad de sus cuidados requieran un periodo previo de adaptación a la nueva situación antes del traslado a su entorno. Incluyendo instrumentos de comunicación no presencial. | > Inicio en 2017                  |
| 10. Integrar a la persona y a las personas que cuidan como elemento esencial en la planificación y la continuidad de los cuidados.  | > Inicio en 2016                  |

## Accesibilidad, personalización y continuidad de los cuidados

11. Asegurar el acceso a las **Enfermeras Gestoras del Caso** a las personas con alta complejidad de cuidados que necesitan continuidad.
12. Potenciar la continuidad de cuidados a través de la implantación de **vías clínicas**.

> Inicio en 2015

> Último trimestre 2016

## Nuevas competencias y resultados en salud

- |  |                         |
|--|-------------------------|
| 1. Creación de la categoría profesional de <b>Enfermera especialista</b> en el SSPA.   | > Último trimestre 2015 |
| 2. Dotar <b>puestos de trabajo de enfermeras especialistas</b> (EE en Ginecología y Obstetricia, EE en Salud Mental, EE en Salud Laboral, EE en Cuidados Infantiles, EE en enfermería Familiar y Comunitaria) adecuados a las necesidades de la población, incorporándose de forma progresiva según disponibilidad presupuestaria.   | > Inicio en 2016        |
| 3. Definir el marco de desarrollo de los <b>perfiles avanzados de práctica</b> en cuidados (EPA) para su regulación normativa y reconocimiento social, así como las condiciones de acceso al puesto y su desarrollo profesional tales como: Enfermera de practica avanzada (EPA) en Gestión de casos, EPA para la atención de personas en cuidados paliativos, EPA para la atención de personas con procesos oncológicos, EPA para el abordaje de personas con heridas crónicas complejas, EPA en Promoción de salud, EPA en el abordaje de personas con ostomías, EPA en la resolución finalista de urgencias de baja complejidad, EPA en el abordaje de personas con tratamientos complejos para la diabetes, EPA para el abordaje de personas con Enfermedad Renal Crónica...Así como aquellas EPA que surjan como consecuencia de la respuesta a las necesidades de la ciudadanía. | > Inicio en 2016        |
| 4. Establecer el <b>desarrollo convenios o acuerdos</b> con las Universidades y otros proveedores de formación para el diseño de propuestas formativas integradas que den soporte al desarrollo de nuevas competencias, competencias y perfiles de práctica avanzados en cuidados que den respuesta a las necesidades de la ciudadanía.  | > Inicio en 2015        |
| 5. Promover el desarrollo de <b>perfiles competenciales en la Gestión de cuidados</b> orientados a facilitar la implantación del cuidado excelente y la incorporación de la práctica avanzada en cuidados.   | > Último trimestre 2015 |

## Nuevas competencias y resultados en salud

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| 6. Promover el diseño de un modelo de organización asistencial en el SSPA que redefina las competencias profesionales: generación de competencias compartidas y trasvase competencial entre los profesionales del equipo, para mejorar la sostenibilidad del sistema. | > Segundo trimestre de 2016 |
| 7. Incorporar indicadores que evalúen el impacto y la efectividad de las intervenciones en cuidados.  | > Inicio en 2015            |
| 8. Asegurar el retorno de la información sobre la calidad de los cuidados y la mejora de los resultados en salud a los profesionales y fomentar la transparencia de resultados a la ciudadanía.   | > Inicio en 2015            |
| 9. Desarrollar un proceso de desinversión de actividades que no generan resultados clínicos y en salud.   | > Inicio 2015               |
| 10. Facilitar una línea de investigación e innovación en cuidados necesaria para mejorar la respuesta a las necesidades de la ciudadanía y potenciar la sostenibilidad del sistema sanitario.   | > Inicio en 2016            |
| 11. Promover la divulgación de resultados de la investigación e innovación en cuidados, difundiéndolos a la población general y a la comunidad científica a nivel nacional e internacional.   |                             |
| Red de cuidados.  |                             |
| a. Definir un mapa de localización de líneas de investigación e innovación en cuidados y potenciar grupos de investigación e investigadoras/es emergentes que se estén desarrollando en Andalucía a través de la Red de Cuidados.                                     | > Inicio en 2015            |
| b. Divulgación de resultados de la investigación e innovación en cuidados, difundiéndolos a la población general y a la comunidad científica a nivel nacional e internacional.  |                             |
| 12. Potenciar la transferencia de resultados de la investigación en cuidados y la incorporación de prácticas innovadoras a la práctica clínica.   |                             |
| 13. Diseñar Guías de práctica clínica y de buenas prácticas en cuidados basadas en evidencia.   | > Inicio en 2016            |

## Nuevas competencias y resultados en salud

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| <p>14. Motivar la <b>acreditación de centros de excelencia en cuidados</b> que implementen Guías de Práctica Clínica e intervenciones basadas en evidencia que generen resultados positivos en salud.</p>  | <p>&gt; Inicio en 2015</p> |
| <p>15. Establecer <b>convenios de colaboración con instituciones</b> nacionales e internacionales, Universidades y Sociedades Científicas que promuevan el uso de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia.</p>  | <p>&gt; Inicio en 2015</p> |
| <p>16. Desarrollar <b>procesos formativos</b> para implantar la práctica basada en la evidencia generada por la investigación en cuidados.</p>   | <p>&gt; Inicio en 2015</p> |
| <p>17. Potenciar el desarrollo de <b>estrategias formativas</b> en el SSPA que permitan la adquisición de metodología de investigación que aumente la capacidad de generar y comunicar conocimiento sobre cuidados además de nuevas competencias, competencias avanzadas y perfiles avanzados de práctica en cuidados.</p> | <p>&gt; Inicio en 2015</p> |

Proyecto  
4

## Cronicidad y necesidad de cuidados avanzados

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <p>1. Potenciar estrategias de promoción de la salud centradas en el desarrollo de los activos más efectivos como son la actividad física, la alimentación saludable, el bienestar emocional y el abandono del hábito tabáquico.</p>  | <p>&gt; Inicio en 2015</p>           |
| <p>a. Establecer acuerdos con otros sectores y con distintas organizaciones para el desarrollo de la promoción de la salud y prevención de enfermedad a través de los recursos comunitarios sociales, educativos, organismos e instituciones específicas que potencien la realización de intervenciones que promuevan cambios en los estilos de vida. Fundamentalmente en población en situación o riesgo de desigualdad.</p> | <p>&gt; Segundo semestre de 2016</p> |
| <p>b. Elaborar y difundir entre profesionales y ciudadanía los mapas de activos locales con identificación de los recursos comunitarios e incorporarlos a planes locales de salud.</p>  | <p>&gt; Segundo semestre de 2016</p> |
| <p>c. Promover el desarrollo de competencias avanzadas en promoción de la salud en las enfermeras de Atención primaria para que actúe como referentes y garanticen la prevención de la cronicidad y el fomento del autocuidado/ gestión eficaz de la propia salud.</p>  | <p>&gt; Inicio en 2015</p>           |
| <p>d. Ofrecer itinerarios formativos para que las enfermeras/os adquieran nuevas competencias avanzadas para obtener resultados eficaces en la promoción de estilos de vida saludables y fomento de la autonomía personal, con especial atención en la población con más dificultades sociales.</p>   | <p>&gt; Inicio en 2015</p>           |
| <p>e. Activar agentes en salud y pacientes activos fomentando su participación para la promoción de estilos de vida saludables y prevención de la enfermedad crónica.</p>   | <p>&gt; Inicio en 2015</p>           |
| <p>2. Desarrollar un modelo de Gestión compartida que mejore la eficiencia y los resultados en salud en la atención a personas en situación de cronicidad.</p>  | <p>&gt; Inicio en 2016</p>           |

## Cronicidad y necesidad de cuidados avanzados

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <p>3. Impulsar la <b>capacidad de resolución de las enfermeras</b> en los protocolos, guías y procesos asistenciales consensuados en los equipos multiprofesionales para incrementar la efectividad y la eficiencia en la atención a personas en situación de cronicidad.</p> | <p>&gt; Inicio en 2015</p>        |
| <p>a. Promover el impulso de la <b>educación terapéutica</b> como competencia esencial para la mejora la gestión eficaz de la propia salud.</p>   | <p>&gt; Último trimestre 2016</p> |
| <p>b. Fomentar <b>el seguimiento farmacológico protocolizado</b> para la mejora de la accesibilidad de personas en situación cronicidad y su incorporación a los Procesos Asistenciales.</p>  | <p>&gt; Último trimestre 2016</p> |
| <p>c. Garantizar la elaboración de <b>planes terapéuticos consensuados</b>, asegurando la corresponsabilidad entre el equipo de salud y la persona con necesidad de cuidados.</p>   | <p>&gt; Inicio en 2016</p>        |
| <p>d. Promover <b>sesiones clínicas conjuntas</b> de todos los profesionales implicados en el seguimiento de personas en situaciones de cronicidad compleja.</p>  |                                   |
| <p>e. Fomentar la implicación familiar y la <b>corresponsabilidad en el cuidado de toda la familia</b> en situaciones de dependencia.</p>   |                                   |
| <p>4. <b>Ampliar las competencias de las enfermeras gestoras de casos</b> para la atención y el seguimiento de procesos crónicos complejos.</p>   | <p>&gt; Inicio en 2016</p>        |
| <p>a. Desarrollar <b>planes de cuidados y paquetes integrados de servicios</b> para las situaciones de cronicidad compleja.</p>   | <p>&gt; Inicio en 2016</p>        |
| <p>b. Elaborar <b>vías clínicas para la gestión de casos de pacientes crónicos complejos</b> en los procesos crónicos de mayor prevalencia y/o impacto.</p>   | <p>&gt; Inicio en 2016</p>        |

Proyecto  
5

## Cuidados Seguros

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <p>1. Asegurar la implementación de guías de práctica segura sobre: Prevención de y abordaje de Ulceras por presión, Prevención de caídas, Manejo seguro de dispositivos venosos, Administración segura de fármacos, Prevención de infecciones asociados a la asistencia sanitaria, Prevención de Broncoaspiración, transferencia segura de información entre servicios y niveles asistenciales.</p> | <p>&gt; Inicio en 2015</p>         |
| <p>2. Fomentar que en las funciones del/la responsable de cuidados de cada unidad se encuentre la difusión e implantación de las prácticas seguras basadas en evidencia relacionadas con el cuidado en el entorno asistencial.</p>   | <p>&gt; Inicio en 2016</p>         |
| <p>3. Utilizar elementos de ayuda automatizados para el cumplimiento de las prácticas seguras en la historia de salud digital.</p>   | <p>&gt; Segundo trimestre 2017</p> |
| <p>4. Permitir el acceso a sistemas de apoyo a través de TICs para la difusión directa de prácticas seguras basadas en evidencia.</p>  | <p>&gt; Segundo trimestre 2016</p> |
| <p>5. Fomentar la comunicación y el análisis de eventos adversos de forma sistemática por parte de profesionales, pacientes y familiares destacando puntos críticos y diseñando e implantando medidas de mejora.</p>   | <p>&gt; Inicio en 2016</p>         |
| <p>6. Promover la participación de la ciudadanía en el cumplimiento de las prácticas seguras y diseñar herramientas educativas en seguridad, haciendo especial énfasis en los procedimientos de alto riesgo, con la participación de la ciudadanía.</p>  | <p>&gt; Inicio en 2016</p>         |
| <p>7. Diseñar los procesos formativos para la capacitación en competencias en Seguridad de Paciente, priorizando a profesionales de nueva incorporación.</p>   | <p>&gt; Inicio en 2016</p>         |

Proyecto  
6

## Cuidados y Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs)

Coordinación: José Luis Gutiérrez Sequera

- |   |  |
|---|--|
| <p>1. Creación de una <b>Red de Cuidados</b> que potencie la interacción entre el sistema sanitario, profesionales y ciudadanía: espacio de opinión, banco de prácticas innovadoras en cuidados, información científica e intercambio de conocimientos, comunidades de práctica, y recursos formativos, difusión y uso adecuado de las aplicaciones corporativas, aplicativos y repositorios de información fiable y de calidad sobre salud que potencien la Gestión eficaz de la propia salud de la ciudadanía Andaluza.</p> | <p>&gt; Ultimo trimestre 2015</p>            |
| <p>2. Potenciar el uso de TICs para el desarrollo de <b>programas de telecuidado</b> que favorezca la accesibilidad, la continuidad de cuidados y la información sobre salud a la ciudadanía.</p>   | <p>&gt; Inicio segundo trimestre de 2016</p> |
| <p>3. Potenciar el desarrollo de <b>proyectos sobre uso de TICs</b> en relación a los cuidados, para mejorar los resultados en salud, a través de las convocatorias públicas de Investigación.</p>  | <p>&gt; Inicio segundo trimestre 2016</p>    |
| <p>4. Diseñar los <b>procesos formativos</b> para la capacitación en competencias digitales, comunicación en salud y uso de TICs.</p>   | <p>&gt; Segundo trimestre 2016</p>           |
| <p>5. Incorporar las <b>competencias digitales</b> y uso de TICs en los procesos de acreditación profesional.</p>   | <p>&gt; Inicio en 2017</p>                   |

## Bibliografía

1. Valle C. El envejecimiento demográfico en Andalucía y las características sociodemográficas de la población mayor de 64 años. Centre d'Estudis demogràfics. Barcelona, 2005
2. IMSERSO. Indicadores demográficos, de salud, sociales, económicos y de servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Madrid, 2011
3. Instituto de estadística y Cartografía de Andalucía. Indicadores de protección y bienestar social de Andalucía. Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo. Junta de Andalucía. [consulta: 31/01/2015] Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/28Febrero/indiceTablas.htm>
4. Consejería de Salud. Documento de trabajo: Programa de Apoyo Integral al Cuidado en Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud Junta de Andalucía; 2012.
5. Consejería de Economía, Innovación y Ciencia. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA). Estudio "Discapacidad y dependencia en Andalucía" (DDA) 2012. (Consulta 13/03/2015). Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/estudios/discapacidad/discapacidad.pdf>
6. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). 2008.
7. Del Río Lozano M. Desigualdades de género en el cuidado informal y su impacto en la salud. Tesis Doctoral. Universidad de Granada 2014.
8. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003. Forjemos el futuro. Francia 2003 (Consulta 20/02/2015). Disponible en: [http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf)
9. Instituto Nacional de Estadística. Anuario estadístico de España. 2014. (Consulta 20/02/2015). Disponible en: [http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario14/anu14\\_03educa.pdf](http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario14/anu14_03educa.pdf)
10. Generalitat de Catalunya. Plan de Salud de Cataluña 2011-2015. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Barcelona 2012
11. Mariscal MI. La Enfermería sin límites y los límites de la Enfermería. Enfermería Clínica. 2012; 22(3): 115-117.
12. Consejería de Salud. Cuidarte. Una Estrategia para los cuidados en la Andalucía del Siglo XXI. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 2007.
13. Estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2006
14. Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2007
15. Estrategia en EPOC del Sistema nacional de Salud Aprobada por el Consejo Interterritorial de Salud el 3 de Julio de 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social
16. Estrategia de Salud Mental en el Sistema nacional de Salud Documento revisado, Propuesta de nuevos objetivos octubre 2009
17. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2012
18. Consejería de Salud. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 (II PISMA). Consejería de Salud. Junta de Andalucía 2008
19. Proceso Asistencial Integrado Diabetes Junta de Andalucía. Consejería de Salud 2ª Edición 2010

20. Consejería de Salud. Plan Integral de Cuidados Paliativos de Andalucía 2008-2012. Consejería de Salud. Junta de Andalucía 2007
21. Consejería de Salud. Plan Integral del Dolor. 2010-2013. Consejería de Salud. Junta de Andalucía 2010
22. Consejería de Salud. Plan Integral de Oncología. 2007-2012. Consejería de Salud. Junta de Andalucía 2007
23. Consejería de Salud. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 2012.
24. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Boletín Oficial de Estado, núm. 45, de 21 de Febrero de 2008.
25. Ramírez García P, et al. Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. ENFERMERÍA CLÍNICA 2002; 12(6):286-9 disponible en <http://www.elsevierinsituaciones.com> consultado el 19/01/2015.
26. Taller para el desarrollo de Prácticas Enfermeras Avanzadas (PEA) en Andalucía Antequera 30 de Noviembre de 2009 INFORME PROVISIONAL DE RESULTADOS Consejería de Salud: Dirección de Estrategias en Cuidados en Andalucía. EASP: Área de Gestión de la Práctica Asistencial. Documento inédito
27. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ. 2002 Apr 6; 324(7341):819–23.
28. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en enfermería. 2006. Disponible en: [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Desarrollo\\_y\\_mantenimiento\\_del\\_liderazgo\\_en\\_enfermeria.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Desarrollo_y_mantenimiento_del_liderazgo_en_enfermeria.pdf)
29. Gutiérrez-Sequera JL, Serrano-Ortega N. Los Cuidados y la sostenibilidad del sistema sanitario público. Rev. Enferm Clin. Nov- Dic 2014; 24(6):311-314. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.10.003>
30. Desarrollo sustentable. VeoVerde. Consultado el 4 octubre 2014. Disponible en: <http://www.veoverde.com/2009/01/desarrollo-sustentable/>
31. Peiró S, Artells JJ, Meneu R. Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. Gaceta Sanitaria (2011); 25(2): 95-105. doi:10.1016/j.gaceta.2010.12.005
32. Christine Appleby, Rafaela Camacho-Bejarano. Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. Enfermería Clínica [ISSN 1130-8621]. Enero- Febrero 2014; 24 (1): 90-98. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.008>.
33. Nicholson A, Coldwell CH, Lewis SR, Smith AF. Nurse-led versus doctor-led preoperative assessment for elective surgical patients requiring regional or general anaesthesia. CochraneDatabaseSystRev.2013,<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010160.pub2>
34. De Leeuw J, Larsson M. Nurse-led follow-up care for cancer patients: What is known and what is needed. Support Care Cancer. 2013; 21:2643---9, <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-013- -6 1892>.
35. Kuethe MC, Vaessen-Verberne AA, Elbers RG, van AalderenWM. Nurse versus physician-led care for the management of asthma. Cochrane Database Syst Rev. 2013; 28:2, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD96.pub20092>.

36. Taylor SJ, Candy B, Bryar RM, Ramsay J, Vrijhoef HJ, Esmond G, et al. Effectiveness of innovations in nurse led chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary disease: Systematic review of evidence. *BMJ*. 2005; 3:485
37. Morales Asencio JM, Sarría Santamera A. Modelos alternativos de atención a pacientes con insuficiencia cardiaca: revisión sistemática. *Rev Calid Asist*. 2006;21:51--9.
38. Lambrinou E, Kalogirou F, Lamnisis D, Sourtzi P. Effectiveness of heart failure management programmes with nurse-led discharge planning in reducing re-admissions: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2012;49:610--24, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.002.26>.
39. Tshiananga JK, Kocher S, Weber C, Erny-Albrecht K, Berndt K, Neeser K. The effect of nurse-led diabetes self-management education on glycosylated hemoglobin and cardiovascular risk factors: A meta-analysis. *Diabetes Educ*. 2012;38:108--23, <http://dx.doi.org/10.1177/0145721711423978>.
40. Casajuana J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. *FMC*. 2005; 12:579--81.
41. Repullo JR. Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. *Rev Calid Asist*. 2012; 27:130--8 [consultado 8 Oct 2014] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2012.02.010>.