Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia (UPSIE)
Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia
División de Planificación Sanitaria
Subsecretaría de Salud Pública

Abril, 2024

Síntesis Rápida de Evidencia.

Experiencias internacionales

¿Cuáles son las definiciones de cargo, capacitaciones, logros esperados y barreras que enfrentan los navegadores de salud?

Fortalecer la coordinación de la atención es crucial para brindar atención de alta calidad y centrada en la persona. Los navegadores de salud suelen ser profesionales de salud que guían a los pacientes a través del complejo sistema de salud, coordinando diferentes proveedores de salud o especialistas. Esta síntesis fue solicitada por el Equipo Reforma Salud del Gabinete Ministerial con el propósito de elaborar un perfil de cargo para navegadores de salud en hospitales.

¿Qué es una síntesis rápida de evidencia experiencias?

Es una recopilación de la evidencia disponible sobre una política, modo de organización u otras intervenciones.

Esta síntesis incluye

- Contextualización del problema.
- Experiencia de países/territorios en el abordaje del problema analizado
- Consideraciones de implementación

Esta síntesis no incluye:

- Recomendaciones explícitas de la decisión a tomar o modo de implementación.

Se incluyen 5 países y/o territorios

Tabla resumen de las principales características de los navegadores de salud por país

Criterios	Chile	Australia	Brasil	Canadá	España	Reino Unido
Qué tan representativa del país es la información	Poco, sólo representa un programa de oncología	Representativa del Estado de New South Wales (NSW)	Poco, representa a una red oncológica privada, regulada por una agencia nacional	Poco, sólo un programa de la provincia de Alberta	Representativa a nivel de la Comunidad de Andalucía	Representativo a nivel nacional
Formación de pregrado	Enfermería	No necesariamente	No necesariamente	No necesariamente[1]	Enfermería	No necesariamente
Habilidades o capacidades	Manejo técnico de cáncer, leyes asociadas. Postítulo en cáncer o gestión. Competencias de orientación al usuario, comunicación, organización.	Comunicación efectiva, coordinación e integración, profesionalismo, manejo de datos e información, atenciones personalizadas.	Mitigar barreras junto a los pacientes, facilitación, mantención de los cuidados, documentación, y trabajo en red con los diferentes actores.	Educación sanitaria, resolución de problemas, comunicación efectiva, planificación y gestión del tiempo.	Atención integral, aplica un modelo de decisiones compartidas, orientación al resultado, gestión y planificación	Comunicación efectiva, facilitación, personalización, coordinación, relacionales, conocimiento de la práctica, manejo de datos y profesionalismo
Se indican entrenamientos adicionales ¿cuáles?	No se encuentra información al respecto.	No se encuentra información al respecto.	Sí, se propone un programa con entrenamiento de habilidades blandas, conocimiento en salud, inequidades, organización del sistema, etc.	Sí, se solicita: · Certificado en navegación, · Certificado de intérprete, · Certificado de promoción y facilitación comunitaria.	Existe un sistema de acreditación enfermeras/os, requiere que la persona compruebe su desempeño y conocimiento	Se indica entrenamiento en cuidados de fin de vida, entrevistas motivacionales, demencia en la atención primaria, entre otras
¿Se encontraron indicadores? En qué áreas.	No se encuentra información al respecto.	Sí, reducción de readmisiones hospitalarias, mejorar puntualidad en diagnóstico y tratamiento	Sí, de calidad de vida, condiciones médicas, adherencia, e interacción paciente-navegador.	No se encuentra información al respecto.	Sí, en captación, adherencia, ingresos, reingresos, continuidad, satisfacción y calidad de vida	Se proponen indicadores de resultado y satisfacción usuaria
Qué barreras se reportaron	No se encuentra información al respecto.	No se encuentra información al respecto.	Sí, financieras, seguro de salud, literacidad en salud	Sí, conocimiento, recursos, geográficos, e integración	Sí, entre niveles de atención primaria y hospitales.	Sí, falta de conocimiento del rol y tiempo por alta demanda

1. A pesar de que la experiencia descrita en Canadá está exclusivamente dirigida a médicos formados en el extranjero, el programa de formación específico lo imparte la Universidad de York, esta institución indica que pueden acreditarse como navegadores: Profesionales de la salud registrados en Canadá o EE. UU u Profesionales de la salud internacionales con una licencia de sus países de origen.

Introducción

A pesar de que el sistema de salud chileno ha reportado grandes avances en términos de carga de enfermedad y mortalidad en comparación con otros países (1,2), persiste una evaluación desfavorable respecto a su desempeño por parte de la población. Un estudio realizado por la Superintendencia de Salud el año 2019, indica que el 47% de las personas con seguro de salud pública poseen una sensación de desprotección en términos de cobertura y un 49% se sienten insatisfechas respecto a la atención recibida (3). Otro estudio, dirigido por el Banco Interamericano de Desarrollo, reporta la experiencia de pacientes del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, destacando que éstos no comprenden los procesos de atención y espera, sobre todo cuando se involucra más de un nivel de salud, y que tampoco cuentan con medios efectivos de comunicación (4).

METODOLOGÍA

¿Cómo se realizó la búsqueda de evidencia?

Se buscaron documentos en páginas gubernamentales, incluyendo los siguientes conceptos en español: navegadores de salud, enfermera de enlace, gestor de casos; en inglés: care navigator, patient navigation; portugués: assistente do cuidado, navegação

Adicionalmente, se realizó una búsqueda en Google. Los términos y estrategia de búsqueda se encuentran en el Anexo 1.

¿Cómo se realizó seleccionó la evidencia?

Se priorizaron documentos elaborados por instituciones gubernamentales o reguladas por éstas. Se incluyó artículos científicos cuando describieron experiencias de territorios.

En estudios realizados en Estados Unidos se ha observado que un 25% de los reingresos hospitalarios se deben a problemas de coordinación entre los distintos niveles asistenciales del sistema de salud (5). Asimismo, se estima que para diagnóstico complejos, como el cáncer, los pacientes deben ver a un mínimo de 13 médicos durante su tratamiento (6).

En este contexto, los navegadores de salud surgen como una estrategia para contribuir a la continuidad de la atención entre diferentes niveles de atención y sus profesionales, mejorando así la experiencia de los pacientes (7,8). El término de *Care Navigator* (Navegadores en salud) fue acuñado por Harold Freeman de la *American Cancer Society* en 1990, específicamente en el Hospital Harlem de Nueva York (9). Este cargo nació en el contexto del tratamiento de pacientes oncológicos, aunque más tarde ha derivado hacia el abordaje de pacientes con otras patologías crónicas como hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus e insuficiencia cardiaca (10). Asimismo, se ha potenciado en el nivel primario de salud, y no sólo en el nivel hospitalario (10).

A modo general, un navegador de salud es una persona que guía a un paciente a través del sistema de atención de salud, durante la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de una afección médica. Estos profesionales ayudan a los pacientes, su familia o cuidadores a comunicarse con sus proveedores de atención médica, facilitando de este modo a obtención de información que necesitan para tomar mejores decisiones sobre su atención médica (11,12). Según una revisión de literatura, la función del navegador se basa en un enfoque más reactivo que proactivo, esto producto de que debe abordar barreras de atención propias de los sistemas de salud, realizando además un trabajo de apoyo a pacientes a nivel individual, diferenciándole de otros trabajadores de apoyo (trabajadores sociales, gestores de casos, trabajadores comunitarios y defensores) (13).

En la práctica, el cargo de navegadores de salud ha sido adoptado y reformulado según los diferentes requisitos y contextos en los que se implementan (6). Esta síntesis ha sido solicitada por el Equipo de Reforma de Salud del MINSAL, en conjunto con profesionales de la Subsecretaría de Gestión de Redes Asistenciales. El objetivo es proveer de una descripción del cargo de navegador de salud en base a competencias requeridas, capacitaciones necesarias e indicadores de medición de los resultados de las funciones del cargo, que permitan a los solicitantes la elaboración de un perfil de cargo.

Información y países/territorio de interés

Para delimitar los alcances de este informe el Equipo Reforma Salud del Gabinete Ministerial en conjunto con la Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia (UPSIE), del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia (ETESA-SBE), definieron información o características de interés sobre los navegadores de salud:

1. ¿Qué habilidades o capacidades se consideran deseables que tengan los o las navegadores en salud? (descripción del cargo)
2. ¿Qué capacitación o entrenamientos adicionales reciben los equipos de navegadores?
3. ¿Qué indicadores se proponen o utilizan para evaluar el impacto de los equipos de navegadores?
4. ¿Cuáles son las barreras de implementación detectadas?

Para hacer la comparación de países, primero se describieron las condiciones o características de interés para Chile, de modo de establecer un parámetro de comparación. Como territorios de comparación se determinaron **5 países** en los cuales se quería explorar los requisitos establecidos para los navegadores de salud. Estos fueron seleccionados por el solicitante, cuyo principal criterio refiere a que los sistemas de salud tienen un acento en la atención primaria, a saber:

1. Australia.
2. Brasil.
3. Canadá.
4. España.
5. Reino Unido.

En algunos países, se definieron territorios específicos, ya sea por la disponibilidad de información o a variabilidad de los programas según Estados o provincias. Los territorios seleccionados fueron:

- Estado de New South Wales, en el caso de Australia.
- Provincia de Alberta, en el caso de Canadá.
- Comunidad Autónoma de Andalucía, en el caso de España.

El mapa de los países y territorios incluidos puede encontrarse en el Anexo 2.

Hallazgos

A continuación, se presentan las características de interés de los navegadores de salud, según país o territorio explorado en esta síntesis.

Chile

En Chile no se encontró información respecto a "navegadores de salud" asociado a documentos del Ministerio de Salud, Servicios de Salud o Secretaría Regionales Ministeriales. Por otro lado, si se encontró información por "gestores de casos".

Tanto en los **Compromisos de Gestión 2023**, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, como en las **32 recomendaciones formuladas por Consejo Asesor para la Universalización de la Atención Primaria de Salud (APS) durante el 2023**, se proponen el "gestor o gestora de casos" como una medida que permitiría mejorar la atención, reducir los tiempos de espera y mejorar la coordinación y comunicación entre niveles de atención (14,15).

Se identificaron dos iniciativas del Ministerio de Salud que incorporan la figura de gestor de casos en sus orientaciones y documentos. Una, del año 2010 (documento denominado "Gestor de Caso del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia"), donde se entregan orientaciones acerca de la utilidad de contar con gestores de casos, y las competencias y funciones que deberían realizar dichos profesionales(16). El otro documento, "Modelo de Gestión para el Funcionamiento de la Red Oncológica de Chile",(17) del año 2018, este documento a pesar de que no establece específicamente las competencias o habilidades que se requieren para el cargo de gestor de caso en la red oncológica, sí mandata a los hospitales a incorporarlos como parte del equipo.

1. ¿Qué habilidades o capacidades se consideran deseables que tengan los o las navegadores en salud? (descripción del cargo)

Durante los últimos años los hospitales públicos a lo largo de Chile han estado realizando concursos para contratar a enfermos o enfermeras para la gestión de casos oncológicos, según lo establecido por el "Modelo de Gestión para el Funcionamiento de la Red Oncológica de Chile" (17). Dentro de la estructura de la red oncológica, se indica que tanto el nivel secundario y terciario de atención en salud deben contar con un **gestor/a de caso**, el cual es definido como: "*profesional designado del equipo de salud para acompañar de manera directa a la persona con diagnóstico de cáncer y su red de apoyo. A su vez gestionar, monitorear y coordinar las acciones pertinentes para el cumplimiento de los objetivos incluidos en el plan de tratamiento, gestión en los servicios de apoyo, seguimiento de indicaciones y del proceso de atención de salud de las personas*" (17).

Se identificaron varios concursos de hospitales públicos para el cargo de "Enfermero(a) Gestor(a) de Casos Oncológico", seleccionándose uno de los concursos que se mantenía vigente al momento de la elaboración de este informe para describir las competencias y capacitación exigidas[1] (18):

Los postulantes a gestores de casos de la Red Oncológica deben poseer un **título profesional de enfermera/o**. Dentro de las **competencias técnicas** se encuentran conocer la Ley del Cáncer; Modelos de gestión de la red oncológica en Chile; Garantías explicitas en salud (GES); Problemas de salud (GES) vinculados a oncología; Problemas de salud oncológicos no GES; en el Compromiso de Gestión N°6 "Fortalecimiento de la salud oncológica", Mapa de redes GES y NO GES, Programa de Drogas Antineoplásicas para adultos (PANDA) y niños (PINDA) (18).

Dentro de las **competencias transversales**, se describen: trabajo en equipo, orientación a la eficiencia y calidad del trabajo, organización y planificación, orientación y atención al usuario, tolerancia al trabajo bajo presión, y comunicación efectiva (18).

[1] Se revisaron los cargos concursables para gestores de caso en el portal de empleos públicos, este concurso tenía fecha de cierre el 03 de mayo del 2024.

Finalmente, dentro de las **especializaciones** se piden: Postítulo o diplomado en oncología y/o postítulo o diplomado de gestión en instituciones públicas y/o privadas. Dentro de las **capacitaciones** se exigen al menos 6 de las siguientes para obtener la puntuación máxima: en oncología, en gestión en instituciones públicas o privadas, capacitación en patología GES, en Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) (mínimo de 80 horas), en reanimación cardiopulmonar, en liderazgo y/o trabajo en equipo, y de trato usuario (18).

2. ¿Qué capacitación o entrenamientos adicionales reciben los equipos de navegadores?

No se encuentra información al respecto.

3. ¿Qué indicadores se proponen o utilizan para evaluar el impacto de los equipos de navegadores?

No se encuentra información de indicadores al respecto.

4. ¿Cuáles son las barreras de implementación detectadas?

No se encuentra información de barreras de implementación al respecto.

New South Wales, Australia

Australia tiene un sistema federal de gobierno con divisiones fiscales y funcionales entre el Gobierno Australiano, seis Estados y dos Territorios. El financiamiento del sistema de salud australiano proviene principalmente de fondos públicos, incluido un impuesto menor basado en seguros de salud. Medicare, el sistema nacional de seguros, ofrece acceso subsidiado a médicos, atención hospitalaria gratuita y medicamentos subsidiados (19). El Gobierno Australiano formula políticas de salud y financia una parte significativa del gasto. Los Estados administran servicios de salud con autonomía, sujetos a acuerdos intergubernamentales y con variaciones en políticas, gastos per cápita y distribución de recursos (19). En 2007, surgió la discusión sobre la necesidad de reformar el sistema de salud debido a la presión financiera en hospitales públicos, problemas de calidad y disputas de responsabilidad entre los gobiernos federal y estatal (20). La *National Health and Hospitals Reform Commission* se estableció en 2008, entregando un informe con recomendaciones en temas como responsabilidad, continuidad del cuidado, equidad y calidad. Se propuso fortalecer la atención primaria y establecer 61 centros en todo el país para acciones preventivas y coordinación en patologías crónicas, conectando diferentes niveles asistenciales (20). En este contexto, el papel del navegador en salud se vuelve relevante para la coordinación y continuidad del cuidado de salud en Australia.

Dado que se detectaron diferentes directrices a nivel de Estados, se privilegió reportar la experiencia del Estado de New South Wales (NSW), dado que es el territorio que aporta la información más completa y oficial, a través de documentos elaborados por la *Agency for Clinical Innovation*, agencia líder para la innovación en la atención clínica en Nueva Gales del Sur, la cual reúne a pacientes, médicos y gerentes para apoyar el diseño y la implementación de la innovación en la atención médica (21).

El NSW define el cargo de navegadores de cuidados como parte de un modelo de atención de transición instalado en el nivel primario de atención, cuyo propósito es reducir la presión sobre los servicios de emergencia y hospitales públicos. Una de sus funciones es identificar y superar barreras de acceso al sistema de salud (8). El cargo de navegador se inscribe, por tanto, dentro de un equipo multidisciplinario, y en este contexto proporciona un servicio centrado en el paciente, intentando integrar y coordinar las distintas prestaciones de salud. El navegador trabaja en estrecha colaboración con servicios de salud de agudos y comunitarios, intentando mejorar la experiencia de los pacientes y la calidad de la atención. Es importante mencionar que la información provista por el NSW tiene como referencia el documento *Navigator: a competency frame work* de Reino Unido (22).

1. ¿Qué habilidades o capacidades se consideran deseables que tengan los o las navegadores en salud? (descripción del cargo)

De acuerdo con el NSW, el cargo debe tener las siguientes competencias básicas (8):

- Comunicación efectiva
- Capacidad para facilitar el acceso a servicios
- Capacidad de realizar atenciones personalizadas
- Coordinación e integración de servicios de salud
- Construcción y mantenimiento de relaciones interpersonales (pacientes y proveedores)
- Conocimiento de procedimientos clínicos en general
- Desarrollo personal y aprendizaje
- Manejo de datos e información
- Profesionalismo

Según el NSW, no es necesario tener manejo clínico para realizar el rol del Navegador, ya que dicho cargo no considera la entrega de tratamiento médico, planificaciones o consejos. No obstante lo anterior, se propone que el manejo del idioma de los pacientes, su trasfondo cultural y condiciones de

salud puede ser beneficioso para el desarrollo de vínculos más sólidos, con mejor comunicación y confianza (8). Para el NSW las competencias del cargo deben cumplirse para desempeñar las funciones del cargo: proveer información y educación, programar citas y recordatorios, además de orientación y señalización en servicios de salud (8).

2. ¿Qué capacitación o entrenamientos adicionales reciben los equipos de navegadores?

No se encuentra información sobre entrenamientos adicionales.

3. ¿Qué indicadores se proponen o utilizan para evaluar el impacto de los equipos de navegadores?

No se encontraron indicadores propiamente tal, pero sí resultados esperados para el rol de navegador. El NSW propone los siguientes (8):

- Reducir los retrasos en el acceso a servicios de atención médica.
- Mejorar la puntualidad en el diagnóstico y tratamiento.
- Reducir el número de personas que desertan durante el seguimiento.
- Reducir las readmisiones hospitalarias.
- Mejorar la calidad de vida a corto plazo.
- Aumentar la satisfacción del paciente.
- Mejorar la adherencia al autocuidado.

4. ¿Cuáles son las barreras de implementación detectadas?

No se encuentra información de barreras de implementación al respecto.

Brasil

Brasil tiene un sistema de salud mixto, donde el sector público, coordinado por el Sistema Único de Salud (SUS), cubre alrededor del 75% de la población mediante impuestos generales y contribuciones sociales (23). El sistema privado, financiado por la Agencia Nacional de Salud Suplementaria, se sostiene principalmente por pagos de familias y empresas (23). Desde los años 80, se descentralizó el sistema público, transfiriendo unidades de salud a municipalidades para mejorar la equidad y la integración territorial (24). Se creó el Programa de Salud de la Familia (PSF) para fortalecer la atención primaria y cambiar el enfoque hospitalario tradicional (24). El PSF enfatiza la conexión entre unidades básicas de salud y servicios más complejos, con equipos multidimensionales donde el rol del *Assistente do cuidado* o Enfermera/o navegador/a es fundamental para la atención continua entre niveles de atención (10).

En Brasil, el rol del *asistente do cuidado* se ha desarrollado principalmente en el contexto de la salud terciaria, particularmente en el ámbito oncológico, y por profesionales de enfermería con alta formación en procesos clínicos (10). Para Brasil, la información acá reportada se encontró en la página del Ministerio de Salud del país, y responde a una iniciativa de salud denominada "OncoRede" (25). El proyecto OncoRede fue implementado por la Agencia Nacional de Salud Complementaria (ANS), una agencia reguladora vinculada al Ministerio de Salud de Brasil, que regula el mercado de planes de salud privados (26). OncoRede tiene por finalidad generar un nuevo modelo de cuidados a pacientes oncológicos beneficiarios del sector privado, integrado a la red y mejorando los tiempos de respuesta (26). En este contexto, se propuso la creación del cargo de asistente de cuidado en el marco del documento *Projeto OncoRede a (re)organização da rede de atenção oncológica na saúde suplementar* (27). La configuración de este cargo sigue en general la propuesta de la Sociedad Americana de Cáncer (28). El proyecto OncoRede define a los navegadores como aquellos que deben identificar las barreras de acceso del paciente al sistema y aplicar los elementos organizativos apropiados para cada caso.

1. ¿Qué habilidades o capacidades se consideran deseables que tengan los o las navegadores en salud? (descripción del cargo)

La propuesta de OncoRede propone distinguir tipos de navegación, los cuales requieren de diversas competencias por parte de quienes realizan dicha función. Esta tipología se realiza siguiendo la propuesta de la Sociedad Americana del Cáncer, donde la navegación de seguimiento y tratamiento demandan un tipo de conocimiento técnico que sólo se puede encontrar en enfermeros/as, mientras que la navegación amplia y de diagnóstico puede ser llevada a cabo por un enfermero/a, pero también por otro profesional de la salud o trabajador social (28). La Tabla 1 permite observar objetivos, metas y competencias profesionales que demanda cada tipo de navegación (27).

Tabla 1. Tipo y metas de los asistentes de cuidado, y consecuentes competencias, propuestos por el Proyecto OncoRede de Brasil*

TIPO DE NAVEGACIÓN	OBJETIVO	META	PROFESIONAL DE REFERENCIA
Amplia	Prevención primaria	Promoción de vida saludable Prevención de enfermedades y lesiones	Profesional de la salud o voluntario de la propia comunidad
Diagnóstico	Seguimiento de detección temprana	Remoción de barreras de acceso	Asistente social o profesional con competencias similares
Tratamiento	Terapias antineoplásicas	Entrega de información Coordinación de cuidados Resultados clínicos positivos	Enfermera/o

Seguimiento	Apoyo en cuidados y atención terciaria	Mayor sobrevida con calidad de vida	Enfermera/o clínica

*La configuración de este cargo sigue en general la propuesta de la Sociedad Americana de Cáncer (22)

Fuente: Agência Nacional de Saúde. Projeto OncoRede: a (re)organização da rede de atenção oncológica na saúde suplementar. 2016.

La propuesta de *OncoRede* plantea que las competencias requeridas para el desempeño del cargo de navegador de salud se agrupan en dos dominios: el primero consiste en la "realización de tareas", en el cual se describen las funciones según 4 subtipos: navegación, facilitación, mantenimiento de sistemas, y de documentación y revisión de información en red (27) (ver Tabla 2). En el segundo dominio "trabajo de red" detallado en la Tabla 3, se describen los tipos de redes con las que establecen relaciones los navegadores de salud (27).

Tabla 2. Descripción de dominio **realización de tareas**, competencias requeridas para el desempeño del cargo de navegador de salud

Subtipo de tarea	Función
Identificar y mitigar barreras junto a los pacientes	Explicar al paciente cuándo y dónde se realizará la biopsia; cuáles son las etapas de este procedimiento.
	Preguntar al paciente cuáles son las barreras que enfrenta para asistir a la consulta médica y explorar sus principales preocupaciones.
	Ofrecer apoyo y escuchar los temores del paciente sobre el tratamiento.
	Capacitar al paciente, enumerando las preguntas que deben hacerse en la próxima consulta e indicando cómo hacerlas.
Facilitación	Contactar a los pacientes y asegurarse de que asistan a los procedimientos programados.
	Coordinar la comunicación, garantizando que el equipo clínico y multiprofesional conozca los próximos pasos del proceso diagnóstico o del plan terapéutico.
	Integrar la información, asegurando que los diferentes tipos de datos relacionados con la jornada del paciente estén documentados y compartidos según la necesidad de los proveedores.
	Buscar colaboración, contratando a los posibles proveedores que puedan aliviar los temores del paciente.
Mantenimiento de los sistemas	Identificar pacientes potenciales, revisando los resultados de pruebas de laboratorio para señalar aquellos que necesitan seguimiento
	Construir redes de relaciones y rutinas de referenciación, a través de reuniones con médicos para explicar el papel del asistente de cuidado o navegador, y los criterios de referencia a determinado servicio.
	Revisar casos e identificar cuestiones que están pendientes.
Documentación y revisión de información	Documentar las acciones del Navegador (pasos realizados con o en nombre del paciente) en el expediente clínico o en un archivo destinado al programa de navegación.
	Gestionar los resultados de los exámenes (recuperar la información del paciente en laboratorios, centros de diagnóstico por imagen y otras fuentes).
	Procesar otra información necesaria: archivar información u otras actividades relevantes relacionadas con el papel del navegador). También se pueden considerar como otro personaje en la jornada del paciente, al que se debe consultar o informar antes del proceso de toma de decisiones.
Otras actividades	Son aquellas que, aparentemente, no están relacionadas con la navegación. En general, esta categoría considera actividades relacionadas con la investigación y la socialización con otros compañeros de trabajo.

Fuente: Agência Nacional de Saúde. Projeto OncoRede: a (re)organização da rede de atenção oncológica na saúde suplementar. 2016.

Tabla 3. Descripción de dominio **trabajo en red**, competencias requeridas para el desempeño del cargo de navegador de salud

Tipos de redes con las que se establecen relaciones los navegadores de salud
Pacientes
Proveedores (por ejemplo, contactar al médico para confirmar el significado de un resultado de examen antes de abordar al paciente)
Equipo administrativo, como recepcionistas o administradores que coordinan los servicios de salud complementaria
Proveedores de servicio de apoyo, como trabajadores sociales, traductores, equipo de transporte, amigos del paciente y familiares
Sistemas de registro médico, electrónico o físico

Fuente: Agência Nacional de Saúde. Projeto OncoRede: a (re)organização da rede de atenção oncológica na saúde suplementar. 2016.

2. ¿Qué capacitación o entrenamientos adicionales reciben los equipos de navegadores?

El documento de *OncoRede* (27), propone reproducir en Brasil un programa de capacitación elaborado por Hendren *et al.* (29). Los contenidos de este programa propuesto son los siguientes:

- Revisión de las disparidades en salud relacionadas con el cáncer
- Investigación
- Procedimientos operativos estándar y gestión de casos
- Orientación a los entornos de la atención médica
- Cáncer
- Comunicación interpersonal
- Competencia informática
- Violencia intrafamiliar
- Recursos comunitarios
- Entrevista motivacional
- Cuidados de fin de vida
- Seguridad personal
- El sistema de salud
- Entrevista de evaluación inicial

3. ¿Qué indicadores se proponen o utilizan para evaluar el impacto de los equipos de navegadores?

El proyecto *OncoRede* (27), basados en los propuestos Sociedad Americana de Cáncer (28), propone seis tipos de indicadores asociados al desempeño del navegador a: medidas de resultados primarios; conocimiento en salud calidad de vida: condiciones médicas; y adherencia e interacción paciente-navegador de salud. Estos indicadores son:

1. Medidas de resultados primarios
    - Tiempo para completar el tratamiento.
    - Satisfacción del paciente con el proceso de tratamiento.
    - Costo
2. Nivel de alfabetización en salud del paciente
    - El nivel de conocimientos sobre la salud del paciente.
    - El conocimiento de su propio tratamiento por parte del paciente.
3. Calidad de vida
    - *Impact of Events Scale* (IES) (Escala de impacto de los eventos)
    - *Functional Assessment of Cancer Therapy* (FACT) (Evaluación funcional de la terapia contra el cáncer.)

4. Condición médica
    - Comorbilidades relacionadas con el cáncer
5. Adherencia
    - Evaluación de la adherencia del paciente al tratamiento terapéutico por medio de dos metodologías:
        - *Medical Outcomes Study* (MOS) (Estudio de resultados médicos)
        - General Adherence Items Beliefs about Medication Questionnaire (BMQ)
6. Interacción de paciente-navegador de salud
    - Estilo de relacionamiento
    - Intensidad
    - Autoeficacia
    - Satisfacción
    - Acompañamiento

4. ¿Cuáles son las barreras de implementación detectadas?

El documento de OncoRede (27) reproduce un modelo teórico explicativo de las disparidades de salud en cáncer elaborado por Hendren *et al.* (29), identificando como barreras que enfrenta el paciente para acceder al sistema de salud:

- Acceso al seguro médico
- Disponibilidad financiera
- Alfabetización sanitaria
- Acceso a transporte
- Tener que cuidar a niñas/os
- Conocimiento o creencias
- Manejo de idioma.
- Capacidad de autogestión (disponibilidad de agenda, resolución de dudas, asertividad, claridad de síntomas).

Canadá, Provincia de Alberta

No se encuentran manuales y orientaciones a nivel nacional que aborden la información solicitada. En las páginas gubernamentales de las provincias se encontró información más bien orientada a pacientes o beneficiarios, indicando que pueden acceder a dichos servicios (30–32). Cabe destacar, que en Canadá el concepto de navegador se usa tanto en salud, como en servicio sociales o dentro del poder judicial (33). Varios de los programas explorados se centran en apoyar a los nativos canadienses, y tiene una figura de facilitadores (34). Además, también utilizan el concepto de navegadores, no sólo con profesionales que acompañan a pacientes, sino también para pares (35).

Tras explorar la información disponible se encontró un artículo científico cuyo objetivo fue describir cómo funcionaban los programas de navegadores de pacientes en Canadá (34). En dicho estudio se destacaban los programas de New Brunswick y Alberta, indicando que son los únicos que cuentan con navegadores que operan en nivel hospitalario y comunitario, y que son realizados por profesionales de salud. Tras buscar información específica en dichas provincias, se observó que el programa de la provincia de New Brunswick correspondía a un piloto, conducido principalmente por una universidad, el cual finalizó y no cuenta con información disponible (36).

En la provincia de Alberta, se encontraron diferentes programas de navegación con diferentes propósitos e instituciones, se seleccionó describir un programa de AIMGA (*Alberta International Medical Graduate Association*), el cual es financiado por el Gobierno local y tiene como objetivo unir a los graduados médicos internacionales (IMG, por sus siglas en inglés) altamente calificados, con una ocupación no médica en las áreas de navegación de pacientes, promoción/facilitación de la salud e investigación comunitaria (37); este programa exige la acreditación de otras instituciones como *York University* (38,39) y *Cultural Interpretation Services for Our Communities* (CISOC) (40).

1. ¿Qué habilidades o capacidades se consideran deseables que tengan los o las navegadores en salud? (descripción del cargo)

El programa de AIMGA dirigido exclusivamente a profesionales médicos extranjeros para formarse como navegadores de pacientes (37) exige una serie de certificados, dentro de ellos uno específico de navegador de pacientes impartido por la Universidad de York. Para ingresar a este programa se indican los siguientes requisitos, que no necesariamente se restringen a los establecidos por el programa de AIMGA (38):

- Ser navegante de las Primeras Naciones en Canadá[2]; **O**
- Profesionales de la salud registrados en Canadá o EE.UU., al día con su universidad, que se encuentren en las siguientes condiciones:
    - Buscando una transición profesional hacia la navegación de pacientes o interesado en ampliar el alcance de su práctica para incluir la navegación de pacientes.
    - Desempeñándose como orientadores de pacientes actuales o administradores de casos que buscan una comprensión más profunda de su función y responsabilidades.
    - Médicos o cuidadores interesados en aprender sobre la navegación del paciente.
    - Enfermeras/os de educación internacional que están en un programa puente o estudiando para obtener una licencia en Canadá (es posible que se apliquen requisitos adicionales);

Además se indica que **las habilidades y conocimientos que los navegantes suelen requerir incluyen** (39)**:**

- Educación sanitaria,
- Resolución de problemas,
- Gestión de conflictos,

[2] Las Primeras Naciones (First Nations) es el nombre moderno de los pueblos indígenas de Canadá, y sus descendientes.

- Negociación,
- Comunicación efectiva,
- Trabajo en equipo/colaboración,
- Competencia en seguridad cultural,
- Gestión de casos,
- Planificación,
- Gestión del tiempo, entre otros.

2. ¿Qué capacitación o entrenamientos adicionales reciben los equipos de navegadores?

El programa de AIMGA exige una serie de certificados para ser considerado como navegador, en este apartado se especifican con más detalle los entrenamientos:

a. Certificado de Navegador de Pacientes, Universidad de York.

Este entrenamiento está diseñado para preparar a las personas para que sean "traductores" funcionales del lenguaje y los sistemas de atención médica, y enlaces efectivos entre las personas y los profesionales de la atención médica, para ayudar a las personas a navegar por el sistema de atención médica en caso de necesidades de salud complejas y crónicas, comprender las opciones de tratamiento recomendadas, e identificar y acceder a los recursos disponibles para cerrar las brechas en la atención (38). Cuenta con 3 niveles de complejidad creciente, en el último nivel, necesario para ser reconocido como navegador de pacientes profesional, se debe superar una serie de evaluaciones experimentales con simulaciones (actores o videos) (38).

b. Certificado de Intérprete, CISOC

Este es un entrenamiento en línea que incluye contenidos como el código de ética y estándares de práctica del intérprete comunitario; los roles, límites y prácticas esenciales del intérprete comunitario; teoría de la interpretación y desarrollo de la memoria; habilidades para unir culturas; habilidades de comunicación e interpretación; traducción a primera vista y toma de notas; gestión de la interpretación; y práctica de interpretación (40).

Para obtener la certificación la persona debe acreditar que domina al menos 2 idiomas, y aprobar el curso de interprete con 75% o más de cumplimiento (40).

c. Certificado de Promoción y Facilitación de la Salud Comunitaria, AIMGA

No se encuentran mayores antecedentes a respecto.

d. Preparación para el lugar de trabajo, AIMGA

No se encuentran mayores antecedentes a respecto.

3. ¿Qué indicadores se proponen o utilizan para evaluar el impacto de los equipos de navegadores?

No se encuentra información sobre indicadores de impacto.

4. ¿Cuáles son las barreras de implementación detectadas?

No se encontraron reportes gubernamentales respecto a las barreras de implementación. Sin embargo, se encontró un estudio donde se entrevistó a contactos claves de los programas de navegadores de pacientes de la provincia de Alberta, describiendo los programas e identificando brechas en la navegación (41).

Las necesidades insatisfechas en la navegación del paciente se clasificaron en 4 dominios detalladas en la Tabla 4 (41).

Tabla 4. Barreras detectadas por navegadores de pacientes que ejercen sus funciones en la Provincia de Alberta, Canadá

Dominio	Brechas específicas y necesidades insatisfechas
Conocimiento	Los pacientes, médicos y miembros del personal desconocen los programas y servicios, incluidos aquellos: – Ofrecidos en su zona, a través de *Alberta Health Services* – Ofrecidos fuera de su zona, a través de *Alberta Health Services* – Por organizaciones fuera de los *Alberta Health Services*
	Debido a la falta de conocimiento de los programas por parte de los pacientes, los programas que permiten la auto remisión a menudo tienen una alta tasa de inasistencia.
	La información sobre programas y servicios es difícil de encontrar y se transmite predominantemente de boca en boca.
	Los pacientes pueden conocer los programas, pero no saber cómo acceder a ellos.
Recursos	Muchos programas actuales de navegación de pacientes están al límite de su capacidad o por encima de ella.
	Faltan recursos y servicios para los siguientes grupos: – Niños y niñas con necesidades complejas que están en transición al cuidado de una persona adulta. – Personas Adultas (población no senior). – Personas Adultas con necesidades de salud mental y desarrollo. – Pacientes dados de alta del hospital u otros centros de cuidados intensivos. – Aquellos que no cumplen con los criterios de elegibilidad de los programas (p. ej., adultos jóvenes con cáncer que no se trata con quimioterapia o radioterapia).
Geográficos	Falta de opciones de transporte dentro de las ciudades y desde residencias rurales hasta programas ubicados en sitios urbanos; Resulta prohibitivo para los pacientes pagar de su bolsillo el desplazamiento desde residencias rurales a centros más grandes.
	Las zonas rurales tienen menos servicios disponibles.
	Los pacientes y proveedores de atención de zonas rurales desconocen los programas y servicios a los que pueden acceder en los centros urbanos.
Integración	Falta de comunicación e integración entre programas dentro de los Servicios de Salud de Alberta.
	Falta de comunicación y atención al cliente coherente entre los diferentes ministerios gubernamentales.
	Incapacidad para compartir y acceder a información del paciente a través de diferentes programas.

Fuente: Tang KL, Kelly J, Sharma N, Ghali WA. Patient navigation programs in Alberta, Canada: an environmental scan. C Open [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2024 Apr 22];9(3):E841.

España, Comunidad Autónoma de Andalucía

España tiene una organización territorial por comunidades autónomas, cada una de las cuales cuenta con autoridades de salud pública y redes asistenciales, por tanto, sus normativas y estrategia pueden variar. En un informe de febrero del 2023, donde se analiza la situación actual de la Atención Primaria en el país, en la sección de "*Modelos de gestión y coordinación entre niveles de atención sanitaria y proveedores de servicios sociales*", se indica que en Comunidades Autónomas de Cataluña, Andalucía, Aragón, Canarias, Valencia, Murcia o Madrid, existen profesionales encargados de garantizar la coordinación y continuidad de cuidados entre los distintos niveles asistenciales sanitarios y sociales, denominadas enfermeras gestoras de caso o enfermeras de enlace (42).

Se buscaron documentos elaborados por las autoridades sanitarias de las Comunidades Autónomas que abordaran las competencias y funciones de las enfermeras de enlace o gestores de casos, encontrándose información de Cataluña, Andalucía y Madrid (43–45), sin embargo, **se privilegió reportar Andalucía por poseer la información más completa y reciente** (46).

En el sistema sanitario público de Andalucía se introdujeron los navegadores, gestores de caso o enfermeras de enlace de atención en el año 2002, en el marco de las estrategias de mejora de la atención domiciliaria diseñadas para dar respuesta al Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas, extendiéndose poco después a los hospitales. Además, también pueden desempeñarse en centros de cuidado de larga estadía o residenciales (46).

1. ¿Qué habilidades o capacidades se consideran deseables que tengan los o las navegadores en salud? (descripción del cargo)

Tanto en la atención primaria como en hospitales, el servicio de gestión de casos se asignó a enfermeras con amplia experiencia en atención primaria o en unidades hospitalarias seleccionadas. Esto responde a la propia división del sistema, así como a la necesidad de que quien se responsabilice de la gestión del caso conozca bien el medio y tenga establecida una red de relaciones que le permitan movilizar recursos y facilitar la coordinación, de modo de que consiga "atravesar" las fronteras entre instituciones y profesionales, y velando porque la persona obtenga una respuesta adecuada a su necesidad, independientemente de donde se ubiquen los recursos (46).

En el documento de **Modelo de gestión de casos del Servicio Andaluz de Salud. Guía de reorientación de las prácticas profesionales de la gestión de casos en el Servicio de Andaluz de Salud publicado en el 2017**, se define la gestión de caso de la siguiente manera: *La gestión de casos es una modalidad de atención dirigida a personas con elevada complejidad clínica y necesidad de cuidados de alta intensidad, cuyo objetivo es asegurar que reciben los servicios adecuados a su situación, de manera integrada, a través de un plan de gestión del caso personalizado acordado con ellas y con las personas de su red de apoyo, en el que colabora el conjunto de profesionales implicado en la atención* (46).

Los atributos de las enfermeras gestoras de caso son (46)**:**

- Entregar un **servicio personalizado**, entendido como disponibilidad de guía, acompañamiento y referencia profesional durante todo el proceso de atención de la persona y su entorno de cuidados.
- Entregar una **atención integral y que engloba todas las necesidades y expectativas manifestadas.** Esta atención integral se basa en un enfoque biopsicosocial, que tiene en cuenta los factores biológicos, el contexto social, los acontecimientos vitales y la percepción subjetiva de la persona sobre su proceso.

- La **apuesta por un modelo de decisiones compartidas**[3], en un marco social de alianzas y de valores comunes a la ciudadanía y profesionales de la salud.
- Asegurar la **continuidad de la atención sustentándose en el plan asistencial** como eje de referencia transversal compartido entre profesionales, unidades, centros y niveles que intervienen en la atención, minimizando elementos de fragmentación, y/o duplicidades.
- La **orientación a resultados** que compromete al profesional responsable de la gestión del caso a velar porque se cumplan los objetivos del plan de gestión del caso, y a alimentar el sistema de información para que permita la evaluación de resultados y la identificación de oportunidades de mejora.
- El **fomento de la corresponsabilidad, el empoderamiento de las personas y la contribución a la sostenibilidad del sistema.**
- El **carácter proactivo** que consiste en anticiparse a la evolución de la enfermedad y del padecimiento facilitando los servicios y actuando ante los cambios en las necesidades de la persona en cada fase por la que atraviesa.
- **Organiza los servicios centrados en la prevención y en el paciente**. El domicilio como ámbito central de la provisión del servicio, mientras sea posible, y el hospital como recurso comunitario abierto, que aproxima al entorno del paciente una amplia variedad de profesionales, y lo sustituye, cuando la intensidad de la atención o la tecnología requeridas lo aconsejan.
- El **conocimiento y la capacidad de gestión/coordinación de los recursos** personales, profesionales, organizativos, legales, materiales, disponibles en el entorno de las personas, con posibilidades de responder a sus necesidades.

2. ¿Qué capacitación o entrenamientos adicionales reciben los equipos de navegadores?

En España, la gestión de caso pareciera haberse integrado a la formación de las enfermeras. En documentos de la Junta de Andalucía a pesar de que se indica que las personas seleccionadas para el puesto recibían una formación específica no se encontró más detalles al respecto.

Ahora bien, la Comunidad de Andalucía, cuenta con la **Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)**, organización pública de evaluación y certificación adscrita a la Consejería de Salud y Consumo, de la Junta de Andalucía e integrada en la Fundación Progreso y Salud. Su finalidad es impulsar la cultura de la calidad y la mejora continua de los servicios que prestan las organizaciones y los profesionales sanitarios y de servicios sociales. Para ello, se erige como entidad certificadora de la calidad de organizaciones sanitarias y de servicios sociales, así como de sus profesionales y de la formación que estos reciben (47).

Dentro de las certificaciones que emite, se encuentra la **Acreditación de Competencias de los/las Enfermeros/as de Práctica Avanzada - Gestores de Casos** (48). Los requerimientos se organizan en 5 bloques y 10 criterios. A cada criterio se le asignan 1 o más competencias, a su vez a cada competencia se asocian una serie de buenas prácticas, y para cada buena práctica incluye las evidencias y las pruebas que el profesional debe aportar para demostrar que, efectivamente, es poseedor de esa competencia (49). A modo general, se establece que la enfermera o enfermero que se quiera acreditar como gestora de caso debe cumplir con las siguientes competencias (49) :

- Demostrar su capacidad de orientación al paciente.

[3] **Modelo de toma de decisiones compartidas**: el profesional de salud involucra al paciente en un intercambio bidireccional de información, donde el profesional comparte de manera clara la evidencia científica sobre las posibles opciones terapéuticas o de diagnóstico. El paciente comparte sus expectativas, objetivos de salud y de vida, además de su perspectiva dentro de su contexto laboral, interacciones sociales, y experiencias personales. Ambos, médico y paciente, en relación de sociedad, deliberan sobre las posibles alternativas con el fin de llegar juntos a un acuerdo.

- Conocimiento de la oferta de servicios y conocimientos organizativos.
- Realizar actividades de educación para la salud, consejo sanitario y medidas de prevención.
- Capacidad de coordinación de cuidados complejos.
- Recuperación y adaptación a la adversidad. El/la profesional ofrece una atención que integre las necesidades y deseos de la persona, potenciando su autonomía y movilizando los apoyos necesarios para lograr su adaptación efectiva y positiva a la adversidad.
- Realizar una gestión proactiva de problemas complejos de salud.
- Emplear las habilidades de comunicación y entrevista clínica.
- Capacidad de apoyar a la familia en su rol cuidador.
- Garantizar la continuidad asistencial.
- Conocimientos en soporte vital.
- Visión continuada e integral de los procesos.
- Capacidad de trabajo en equipo.
- Actitud de aprendizaje y mejora continua.
- Capacidad docente.
- Aplicación de técnicas de investigación.
- Conocimiento en atención sanitaria basada en la evidencia.
- Adecuada utilización de los recursos disponibles.
- Orientación a resultados.
- Manejo de metodología de calidad.

Para más detalle de requisitos, ver el Anexo 3.

3. ¿Qué indicadores se proponen o utilizan para evaluar el impacto de los equipos de navegadores?

Según el documento de **Modelo de gestión de casos del Servicio Andaluz de Salud. Guía de reorientación de las prácticas profesionales de la gestión de casos en el Servicio de Andaluz de Salud publicado,** el sistema de monitorización y evaluación de gestión de caso debe ser útil, en primer lugar, para orientar la práctica profesional de las y los enfermeras/os gestores de casos hacia los factores críticos de éxito de la gestión de casos y, en segundo, para ayudar a los equipos de dirección de las organizaciones a reconocer los elementos sobre los que poner énfasis en la gestión y mejora continua del servicio. El documento propone una serie de indicadores, distinguiendo entre Atención Primaria y Hospitales, a continuación se describe sólo aquellos para hospitales (46):

Tabla 5. Indicadores de desempeño para gestores de caso en hospitales según el Modelo de gestión de casos del Servicio Andaluz de Salud.

Indicador	Población de referencia
PERFIL DE LA POBLACIÓN ATENDIDA	
Personas atendidas1 según sexo, grupo de edad y proceso asistencial (insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, procesos oncológicos, enfermedades neurodegenerativas, procesos oncológicos, paliativos, accidente cerebrovascular (ACV), por ejemplo)	Personas citadas en agenda de enfermero/a gestor/a de caso
CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA	
Personas con insuficiencia cardíaca compleja (NYHA III-IV) incluidas en gestión de casos	Ingresos hospitalarios con insuficiencia cardíaca por año
Personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y oxigeno domiciliario incluidas en gestión de caso	Ingresos hospitalarios con EPOC /año
Personas que debutan con ACV complejos (BARTHEL<35) incluidas en gestión de casos	Ingresos hospitalarios por debut de ACV por año
Personas captadas por enfermero/a gestor/a de caso hospitalario para inclusión en proceso de cuidados paliativos	Ingresos hospitalarios en proceso de cuidados paliativos/ año
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	
Estancias transcurridas entre ingreso y derivación a gestión de casos [7]	Personas incluidas en gestión de casos en el hospital

Personas derivadas por enfermero/a gestor/a de caso hospitalario a enfermero/a gestor/a de la atención primaria.	Personas en gestión de casos dadas de alta en el hospital por año
Personas a quienes se ha realizado Planificación conjunta del alta entre enfermero/a gestor/a de caso hospitalario y enfermero/a gestor/a de la atención primaria.	Personas dadas de alta incluidas en gestión de casos en el hospital
Personas a quienes enfermero/a gestor/a de caso hospitalario ha derivado a diferentes servicios, según servicio: Trabajo social, Equipo móvil de rehabilitación domiciliaria, Terapia ocupacional, Psicología, Recurso asociativo, Unidad de nutrición, Consulta de insuficiencia cardíaca congestiva, Unidad de ACV, Neumología, Cardiovascular, Podología, Consulta pie diabético, y Estomaterapia.	Personas en gestión de casos en el hospital
Personas en gestión de casos en el hospital, incluidas en Proceso Asistencial Integrado Cuidados Paliativos o servicio a Personas Inmovilizadas con registro del programa de atención domiciliaria (PAD) en su historia.	Personas en gestión de casos en el hospital incluidas en Proceso Asistencial Integrado Cuidados Paliativos o servicio a Personas Inmovilizadas
Personas con problemas crónicos complejos (insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus, ACV con criterios dintel) a quienes se ha realizado valoración de transferencia que incluya: – Conciliación del tratamiento y adherencia – Necesidad de soporte de cuidados para dependencia – Necesidad de auto-monitorización de signos de alarma – Contactos en caso de descompensación	Personas en gestión de casos en el hospital derivadas a enfermero/a de gestión de caso de la atención primaria.
ADHERENCIA AL RÉGIMEN TERAPÉUTICO	
Personas derivadas a enfermero/a de gestión de caso de la atención primaria en cuya historia consta el diagnóstico de “manejo efectivo del régimen terapéutico”	Personas en gestión de casos en el hospital dadas de alta en el año
INGRESOS/REINGRESOS/ATENCIÓN DE URGENCIAS	
Ingresos hospitalarios/año de personas de pie diabético en gestión de casos, excluido el ingreso en que se captó.	Personas con pie diabético en gestión de casos de atención primaria
Ingresos hospitalarios/año de personas en gestión de casos descompensación por insuficiencia cardiaca.	Personas con insuficiencia cardiaca en gestión de casos dadas de alta en el hospital
Visitas a los servicios de urgencias/ año (sin ingreso) de personas en gestión de casos, por descompensación de insuficiencia cardiaca.	Personas con IC en GC dadas de alta en el hospital
Visitas del Dispositivos de Cuidados Críticos de Urgencias (DCCU) por año (sin ingreso) a personas en gestión de casos, por descompensación de insuficiencia cardiaca.	Personas con IC en GC dadas de alta en el hospital
Ingresos hospitalarios/ año de personas en gestión de casos oxigeno-dependientes, por descompensación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	Personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica oxigeno-dependientes en gestión de casos dadas de alta en el hospital
Visitas a urgencias/ año (sin ingreso) en personas en gestión de casos oxigeno-dependientes, por descompensación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica oxigeno-dependientes en gestión de casos dadas de alta en el hospital
Visitas del Dispositivos de Cuidados Críticos de Urgencias POR año (sin ingreso) en personas en gestión de casos de atención primaria oxigeno-dependientes por descompensación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica oxigeno-dependientes en gestión de casos dadas de alta en el hospital
Ingresos hospitalarios/año en personas en gestión de casos, por complicaciones de ACV	Personas con ACV complejo en gestión de casos dadas de alta en el hospital
Visitas a urgencias/ año (sin ingreso) en personas en gestión de casos, por complicaciones de ACV	Personas con ACV complejo en gestión de casos dadas de alta en el hospital
INGRESOS/REINGRESOS/ATENCIÓN DE URGENCIAS	
Visitas del Dispositivos de Cuidados Críticos de Urgencias POR año (sin ingreso) por año (sin ingreso) en personas en gestión de casos, por complicaciones de ACV	Personas con ACV complejo en gestión de casos dadas de alta en el hospital
Ingresos hospitalarios/año de personas de pie diabético en gestión de casos, excluido el ingreso en que se captó.	Personas con pie diabético en gestión de casos dadas de alta en el hospital
ENTORNO DE CUIDADOS	
Personas en gestión de casos con red de cuidados estudiada	Personas en gestión de casos

Personas que cuidan en gestión de casos con "Cansancio Rol del Cuidador" con intervenciones (NIC): Fomento de la implicación familiar y apoyo al cuidador principal.	Personas en gestión de casos
Personas que cuidan en gestión de casos con "Riesgo de cansancio Rol del Cuidador" con intervenciones (NIC): Fomento de la implicación familiar y apoyo al cuidador principal.	Personas en gestión de casos
Personas que cuidan en gestión de casos con intervenciones: (según intervención): – Mejorar afrontamiento – Apoyo al cuidador – Guías del seguro social – Grupos de apoyo – Enseñanza cuidados directos – Fomentar la implicación familiar – Participación decisiones sanitarias	Personas en gestión de casos
SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA	
Personas que cuidan, en gestión de casos, con índice de satisfacción (NOC) obtenido	Personas cuidadoras en gestión de casos
Personas en GC con índice de satisfacción (NOC) obtenido	Personas en gestión de casos
CALIDAD DE VIDA	
Personas con insuficiencia cardiaca compleja en gestión de casos con test de deterioro cognitivo[2] realizado	Personas con insuficiencia cardiaca compleja en gestión de casos sin deterioro cognitivo
Personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica oxigeno-dependientes en gestión de casos con COPD Assessment Test (CAT) realizado	Personas con EPOC oxigeno-dependientes en GC sin deterioro cognitivo
Personas con ACV complejos en gestión de casos con Escala de Calidad De Vida para el Ictus (ECVI-38)-CUIDADOR realizado	Personas con ACV complejos en gestión de casos

Notas

1. Evalúa proactividad en la derivación a gestión de casos. Resultado oscilará entre los valores 0 y 1: Mejor indicador con cifras bajas y peor indicador con cifras próximas a 1.
2. En el documento original se indica a sigla "MLHQL", sin embargo, no se encontró el significado.

Fuente: Junta de Andalucía (2017). Modelo de Gestión de Casos del Servicio Andaluz de Salud: Guía de reorientación de las prácticas profesionales de la Gestión de casos en el Servicio Andaluz de Salud.

4. ¿Cuáles son las barreras de implementación detectadas?

El diseño andaluz, inicialmente, pretendía instalar un modelo "longitudinal" con base en la atención primaria: los enfermeros y enfermeras gestores de casos (EGC), denominados entonces enfermeros o enfermeras comunitarias de enlace, asignadas a sus correspondientes centros de salud, "acompañarían" al paciente en su tránsito por el sistema, atravesando las fronteras del hospital para liderar la planificación del alta, o incorporar un servicio especializado al plan de gestión del caso, acudiendo al domicilio ante una situación de crisis para intervenir ante un riesgo de reingreso, o atendiendo a una consulta telefónica de la cuidadora principal. De este modo, el papel de "enlace" en torno a la persona, de profesionales y recursos, contribuiría decisivamente a la continuidad y calidad de los cuidados. **Pero las barreras entre organizaciones impidieron el desarrollo del modelo tal y como había sido concebido, al tiempo que el progresivo aumento de la población hospitalaria con alta necesidad de cuidados complejos aconsejó incorporar la figura de la EGC a los hospitale**s (46).

En este entorno el papel de los y las EGC se ha centrado en la coordinación de servicios en torno al plan asistencial de pacientes extremadamente vulnerables, junto a quienes los cuidan, durante su estancia, apoyando a las enfermeras de referencia y promoviendo la adecuada transición al domicilio, a través de la planificación anticipada del alta. La extensión de la gestión de casos al hospital, en nuestro medio, ha demostrado ser efectiva sobre los cuidados transicionales, mejorando, además, la satisfacción de pacientes y personas que cuidan, así como los niveles de sobrecarga de estas (46).

Reino Unido

Desde 1948, la atención de salud en el Reino Unido ha estado bajo la responsabilidad del *National Health Service* (NHS), servicio que proporciona atención de salud primaria y de especialidad (50). El NHS, se financia con impuestos generales y es mayormente gratuito para los pacientes, mientras que la atención primaria es similar a la que desarrollan los médicos de familia en EE. UU. El NHS enfrentó problemas de costos en los años 80, lo que impulsó reformas en su funcionamiento (50). En 1991 se llevó a cabo una reforma de este servicio a modo de descentralizar su administración y agregar mecanismos de mercado en su operación (51). Las reformas posteriores mejoraron la calidad y redujeron las listas de espera, con médicos generales recibiendo pagos basados en resultados (50). En el marco de estas reformas la función del *Care Navigator* o navegador se vuelve relevante en el manejo de pacientes crónicos y en la reducción de listas de espera.

La información de Reino Unido sobre el rol del navegador fue obtenida de un documento oficial del NHS denominado *Care Navigator: a competency framework* (22). En este documento se define el rol del navegador como "la asistencia ofrecida a pacientes y cuidadores para navegar a través de los complejos sistemas de atención médica y social, superando barreras en el acceso a atención médica y tratamiento de calidad" (22)., definición centrada principalmente en barreras antes que en servicios desarrollados por el cargo. El *setting* en que se desarrolla sus funciones son salas o centros de salud de emergencia, servicios de salud primaria, proyectos comunitarios o de voluntariado, o unidades hospitalarias especializadas.

1. ¿Qué habilidades o capacidades se consideran deseables que tengan los o las navegadores en salud? (descripción del cargo)

El NHS propone un sistema de escalera de progresión para las competencias requeridas en quienes desempeñan el cargo. La escalera tiene tres niveles de progresión: esencial, mejorado y experto. En la medida en que se avanza en estos niveles de progresión, aumenta la capacidad del trabajo autónomo, resolución de problemas, liderazgo, gestión y conocimiento de las regulaciones y políticas del sector salud (22).

Consecuentemente, según el nivel de progresión, el rol de navegadores lo pueden desarrollar diferentes perfiles. En el nivel esencial no es necesario que las personas tengan experiencia atención sanitaria o social, o pueden tener algo de experiencia en roles administrativos. En el nivel mejorado, se requiere de mayor experiencia, pueden ser profesionales del área social o de salud. Finalmente, en el nivel experto, se requiere una formación más específica, por ejemplo se pueden ser profesionales de enfermería con postgrados en adultos, salud mental, cuidados, o atención social, entre otros (22).

Las habilidades solicitadas para cada perfil se presentan en la Tabla 6.

Tabla 6. Habilidades requeridas según escala de progresión según el *National Health Service* de Reino Unido.

NIVEL	COMPETENCIA
Esencial	Orientación a servicios locales
	Registro de datos en formato físico y digital
	Trabajo de recepción en salas de medicina general
	Capacidad para realizar trabajo supervisado
	Capacidad para realizar labores de secretariado
	Capacidad para realizar navegación no clínica
Mejorado	Mayor nivel de trabajo autónomo
	Habilidades de comunicación
	Capacidad de realizar procesos de coaching en salud
	Capacidad para realizar navegación de atención
Experto	Capacidad para desarrollar servicios
	Capacidad para realizar manejo de casos complejos
	Habilidades avanzadas de comunicación
	Capacidad para realizar mentoría a otros funcionarios o profesionales de la salud
	Coordinación para descarga hospitalaria
	Capacidad para desarrollar liderazgo con equipo de navegadores
Fuente: National Health Service England. Care Navigation: A Competency Framework. 2016.	

De acuerdo con el NHS, existen 9 dominios de competencias para ser desarrollados en la navegación de la atención (22) :

Tabla 7. Competencias requeridas para el cargo de navegador y sus definiciones

Competencia	Alcance y definición
Comunicación efectiva	La excelente comunicación es la base de la atención centrada en la persona y ayuda a construir relaciones de confianza duraderas. La navegación requiere que las personas puedan comunicarse de manera efectiva, tanto verbalmente como por escrito, con una amplia gama de personas de diferentes trasfondos culturales y organizativos, incluyendo sectores de salud, sociales y voluntarios.
Facilitación del acceso a servicios	La navegación implica señalar el camino y permitir que las personas accedan a servicios apropiados, basados en sus necesidades y preferencias, de una amplia gama de organizaciones y sectores. Esto implica que la mejor atención no necesariamente será la entregada por los profesionales tradicionales de salud o servicios sociales. La "sabiduría local" de los servicios disponibles debería ser construida por aquellos en roles de navegación y equipos, con un espíritu de "curiosidad persistente y positiva".
Personalización	La personalización es un término más comúnmente utilizado en el cuidado social y es aplicable a todos los sectores de servicios. La personalización se trata de adoptar un enfoque que respalde la elección, los deseos y las necesidades de una persona en la medida de lo posible, permitiéndoles estar en control de su propia vida. La navegación busca brindar apoyo y cuidado, definido por las necesidades holísticas de una persona, no simplemente estandarizado según su condición o diagnóstico. El apoyo se adapta a las necesidades y aspiraciones del individuo.
Coordinación e integración	La navegación implicará la coordinación de atención y apoyo, para asegurar que la experiencia de una persona a través de los servicios de salud, sociales y voluntarios sea lo más "fluida" posible. Todas las personas involucradas en el apoyo, incluido el paciente/cuidador, deben saber quién es el punto de contacto clave para obtener ayuda y quién es responsable de su cuidado. Esto es especialmente importante y debe ser oportuno, cuando hay cambios significativos en las necesidades de una persona, por ejemplo, un deterioro repentino en la salud o la transición del cuidado entre proveedores.
Construcción y mantenimiento de relaciones profesionales	La navegación del cuidado es un enfoque centrado en la persona, por lo tanto, si el cuidado y el apoyo realmente envuelven las necesidades de una persona, el apoyo integrado debe trascender fronteras y llegar a agencias más amplias dentro de los sectores de salud, social y voluntario. Las relaciones son la base de un trabajo intersectorial efectivo y son habilidades que las personas en roles de navegación necesitan desarrollar. La capacidad de establecer y mantener relaciones de trabajo clave es fundamental para trabajar con pacientes, sus familias y con miembros de equipos multidisciplinarios.
Conocimiento para la práctica*	Los navegadores deben apoyar a los pacientes a obtener el apoyo adecuado en el momento adecuado para gestionar sus necesidades. Deben poseer conocimientos de comunes de salud física y mental a largo plazo que impactan el bienestar de una persona, sobre la importancia de la promoción de la salud, además de normativas de protección y legislación en temas de salud.
Desarrollo personal y aprendizaje	Las personas necesitan estar comprometidas con el aprendizaje continuo y entusiasmarse por aplicar nuevos conocimientos y habilidades. Aquellos que desempeñan roles de navegación en el cuidado aprenden significativamente a través de la experiencia y trabajando dentro de contextos locales; por lo tanto, la reflexión sobre la práctica, tanto a nivel individual como en equipo, es de importancia central para el desarrollo personal y del servicio.
Manejo de datos e información	La información y los datos precisos y accesibles son la base de una navegación del cuidado efectiva. Los fallos en la comunicación entre organizaciones, sectores y pacientes/cuidadores pueden llevar a una atención desarticulada y deficiente. Las personas que trabajan para proporcionar una navegación del cuidado efectiva necesitan ser capaces de utilizar de manera apropiada registros electrónicos relevantes, bases de datos para acceder, ingresar, almacenar y recuperar información. Los datos también son importantes para la evaluación y mejora del servicio.
Profesionalismo	El profesionalismo de los navegadores tiene sus raíces en los aspectos éticos, morales y legales de la atención y el apoyo, basados en los principios de la atención centrada en el paciente. Algunas características importantes son el compromiso con el desarrollo de la experiencia, la autoconciencia, las limitaciones del alcance de la práctica y el trabajo con integridad.

*Esta definición fue resumida en función de las competencias secundarias y no se extrajo directamente la definición del texto original, ya que aparentemente hubo un error de edición y se duplicó la definición del dominio "Construcción y mantenimiento de relaciones profesionales".
Fuente: National Health Service England. Care Navigation: A Competency Framework. 2016.

Dentro de cada dominio hay competencias secundarias descritas para cada nivel de progresión de los navegadores. La totalidad de las competencias secundarias se encuentran en el Anexo 4 (22).

2. ¿Qué capacitación o entrenamientos adicionales reciben los equipos de navegadores?

El NHS considera algunos temas en los cuales es necesario desarrollar capacitaciones:

- Cuidados de fin de vida.
- Habilidades comunicacionales.
- Entrevistas motivacionales.

- Elaboración de metas.
- Demencia en la atención primaria.
- Orientación de pacientes mediante comunicación telefónica.
- Inducción a servicios locales (considerando servicios de sector salud e intersector).
- Habilidades de gestión estratégica.

El NHS plantea que es importante distinguir necesidades de capacitación de acuerdo con la escalera de progresión de capacidades del cargo, siendo necesario gestionar capacitación más avanzada y con instituciones profesionales de educación en los niveles de competencia "Mejorado" y "Experto", especialmente en habilidades de gestión y desarrollo de servicios.

Es necesario gestionar instancias de capacitación con recursos del propio sistema de salud, como, por ejemplo, la solicitud de cursos o jornadas sobre cuidado de fin de vida a equipos. Las capacitaciones pueden ser llevadas a cabo en diferentes formatos como aprendizaje en línea, talleres presenciales de un día con seguimiento de mentoría. Además de capacitaciones formales, el NHS propone generar espacios permanentes de reflexión sobre la práctica, así como de aprendizaje desde la experiencia de pacientes.

3. ¿Qué indicadores se proponen o utilizan para evaluar el impacto de los equipos de navegadores?

El documento de NHS no distingue entre tipos de indicador, sino que menciona una serie de indicadores donde se mezclan de proceso y resultado. Estos indicadores mencionados por NHS para evaluar el desempeño del cargo son:

- Reducción de readmisiones hospitalarias innecesarias.
- Medidas de calidad de vida relacionadas con salud.
- Menor utilización de servicios de salud.
- Reducción en las consultas al médico de cabecera seis meses después de acceder a la navegación en atención/coaching en salud.
- Reducción en los contactos de emergencia cara a cara con enfermería comunitaria.
- Mejora de experiencia y cuidador con uso de servicios de salud.

4. ¿Cuáles son las barreras de implementación detectadas?

Se describen que las principales barreras que deben enfrentar los navegadores son la falta de conocimiento que tienen otros profesionales de la salud sobre el rol de los navegadores y la falta de tiempo para desarrollar sus funciones producto de otras responsabilidades asumidas (22).

Consideraciones de implementación

Para las consideraciones de implementación, se realiza un análisis de factores que pudiesen facilitar la evaluación de la transferibilidad o implementación de las acciones impulsadas por otros países/recomendaciones indicadas por los organismos.

Consideraciones de aplicabilidad

Los países seleccionados en general cuentan con ingresos per cápita por encima de Chile, a excepción de Brasil (52). Por otro lado, todos los países invierten un mayor porcentaje del Producto Interno Bruto (PBI) en salud: Canadá de 12,94%; Reino Unido de 11,98%; España 10,71%; Australia de 10,65%; Brasil de 10,31%; y Chile de 9,75% (53). En este contexto, es importante considerar el desarrollo en los sistemas de salud de los países comparados a la hora de elaborar un perfil de cargo con exigencias predefinidas.

En general, los países revisados han incorporado el cargo de navegador de salud en el contexto de reformas a sus respectivos sistemas de salud, las cuales han buscado mejorar su situación para enfrentarse a problemas similares a los que vive hoy Chile, como es una transición epidemiológica marcada por el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, envejecimiento poblacional y aumento de la inmigración (54).

Consideraciones de equidad

En Australia y Canadá, se menciona un tipo de navegación con menores requisitos de conocimiento clínico, orientada al apoyo de población específica como personas mayores, inmigrantes o perteneciente a pueblos originarios. Este tipo de navegación puede ser realizada por pares o voluntarios de la comunidad, y tiene por finalidad mejorar la equidad en el acceso de poblaciones con mayores barreras de acceso al sistema de salud. Los navegadores pueden plantearse como una estrategia para disminuir la inequidad de acceso de salud que sufren algunos grupos.

Consideraciones por temática.

Concepto de navegación en castellano

El único país en el cual se habla el mismo idioma que en Chile es España, donde no se utiliza el concepto de “navegador de salud. El concepto utilizado en España es enfermera/o de enlace o gestor/a de caso, esto coincide con la experiencia descrita en Chile. El concepto de navegador puede ser una traducción literal del inglés, por lo que se podría si dicha denominación facilita o no la compresión de sus funciones por parte de los pacientes y los equipos de salud.

Patología o perfil del paciente beneficiario.

El rol de navegador de pacientes o de red, nació en el contexto de la atención oncológica en el nivel de salud terciario de Estados Unidos (9). Consecuentemente, en dos de los países revisados, Brasil y Chile, estos profesionales se encuentra enmarcado en servicio clínicos oncológicos. Por otro lado, las experiencias reportadas de la New South Wales de Australia, Provincia de Alberta de Canadá, la Comunidad Autónoma de España y Reino Unido, son profesionales que se centran en poblaciones con varias patologías concomitantes.

Formación de pregrado del navegador

Tanto New South Wales de Australia, Brasil, la Provincia de Alberta de Canadá y Reino Unido indican que los navegadores de salud no necesariamente deben haber cursado una formación de pregrado en salud. En la mayoría de estos países, se plantean diferentes tipos de navegadores según las responsabilidades que se le asignen, Por ejemplo, en el caso de Reino

Unido, en los niveles más básicos, ni siquiera se requiere que la persona tenga experiencia en salud y pueden ser personas con experiencia administrativa.

La experiencia AIMGA descrita de la Provincia de Alberta (Canadá), es particular, dado que es un programa específico financiado por el gobierno local, que tiene como propósitos facilitar la incorporación a la fuerza laboral de profesionales médicos formados en el extranjero, de modo que adquieran experiencia en el contexto de dicho país. Sin embargo, en este país los navegadores se incorporan en diferentes sectores (justicia, social, salud, etc.), variando los requisitos de formación de pregrado.

Tanto en Canadá como en España, se encontraron sistemas de acreditación de profesionales donde los navegadores van progresando en niveles crecientes de conocimiento, experiencia y responsabilidades.

En los casos de Chile y España se señala exclusivamente a profesionales de enfermería. En Brasil, la formación de pregrado para navegadores más expertos son los profesionales de enfermería.

Competencias o habilidades

En general las competencias o habilidades descritas hacen referencia a la orientación al paciente, es decir, se espera que los/las personas profesionales puedan escuchar al paciente, ser sensibles a sus requerimientos y responder a ellos. Otras de las habilidades son de coordinación, gestión y resolución de problemas, donde se espera que la o el profesional logre efectivamente conjugar las necesidades del paciente, las exigencias administrativas y los servicios clínicos disponibles. Australia y Brasil incluyen habilidades computacionales, mientras que en Canadá y Australia se valora dominar otro idioma u operar como facilitador cultural.

Posición del navegador en los niveles de atención en salud

Destacan dos experiencias respecto a la posición del navegador dentro del sistema de salud. En el caso de Andalucía de España, en un inicio el modelo consideraba sólo navegadores en el nivel de atención primaria de salud, sin embargo, fue necesario incluir la misma figura en hospitales dada las barreras institucionales.

Por otro lado, en Australia se propone que el cargo de navegación se inserte en un equipo multidisciplinario de transición de cuidados en el nivel terciario. El posicionar al navegador dentro de un equipo con estas características puede facilitar su desempeño y cumplimiento de funciones.

Rol proactivo o reactivo del navegador de salud

Según un estudio era definir la función de navegadores distinguiéndola de otros profesionales de apoyo, tanto los navegadores de salud como los gestores de caso tienden a operar a un nivel individual, centrándose en los pacientes, sin embargo, los primeros tienen un papel más reactivo, enfocándose en solucionar los problemas a medida que surgen, por otro lado, los gestores de casos tienen una función más proactiva ideando y entregando servicios a los pacientes(13). El perfil más reactivo coincide con el descrito en los casos de Australia, Brasil, Canadá, Chile y Reino Unido, orientando la tarea a identificar y abordar las barreras de acceso; mientras que en el caso de Andalucía de España se espera que el profesional tenga un carácter proactivo, anticipándose a la enfermedad.

De todos modos, estas características de proactividad y reactividad no son absolutas y pueden visualizarse como un continuo. Al momento de definir un perfil de cargo, puede ser conceptos de utilidad, ya sea para definir su propósito como los requisitos.

Barreras

En sus orígenes el cargo de navegadores se plantea como una persona que derriba barreras, y conecta al paciente con proveedores de salud o de servicios sociales (9). Dentro de las barreras mencionadas en los casos por Brasil, Canadá y España, se reportan la falta de conocimiento de servicios o programas en los diferentes niveles territoriales, tanto por los pacientes como por los mismos profesionales de salud, falta recursos o tiempo para responder a la demanda de servicio de navegadores, falta de integración de los mismos servicios de salud o sociales, y dificultad de conectar servicios ya sea porque los pacientes viven en zonas rurales o porque lo pacientes no tienen el dinero o tiempo para trasladarse.

Limitaciones de esta síntesis

Esta síntesis de evidencia se realizó en base a información gubernamental oficial de países, o territorios al interior de los países, que han desarrollado perfiles de cargo para el navegador de salud. Es importante notar que los países o territorios revisados no disponen de mucha información en sus páginas web oficiales sobre el perfil de cargo de navegador oficial, y algunos de ellos como Brasil se han orientado por el trabajo de la Sociedad Americana de Cáncer para la elaboración de sus perfiles.

En consecuencia, el resumen no refleja necesariamente las diferencias que puedan existir entre lo estipulado en dichos documentos y lo que pueda ocurrir en la práctica al implementar.

Información Adicional

Citación sugerida

Departamento ETESA-SBE - Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia. Síntesis Rápida de Evidencia - Experiencias internacionales ¿Cuáles son las definiciones de cargo, capacitaciones, logros esperados y barreras que enfrentan los navegadores de salud? Abril. 2024. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Disponible en: https://etesa-sbe.minsal.cl/repositorio-etesa-sbe/

Autores

- **Luis Sarmiento Loayza**. Profesional de la Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia. responsable principal. Desarrolla las siguientes actividades: búsqueda de información, síntesis de los hallazgos, y redacción de introducción.
- **Carolina Paz Castillo Ibarra**. Profesional de la Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia. Desarrolla las siguientes actividades: búsqueda de información, síntesis de los hallazgos, y revisión y edición general del informe.

Revisión por pares

Esta síntesis fue comentada por:

- **Cecilia Palominos Veas,** Profesional de la Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia.
- **Katherine Cerda Figueroa,** Jefa (s) de Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia

Declaración de potenciales conflictos de interés de los autores de esta SRE

Los autores declaran no tener conflictos de interés al respecto.

Referencias

1. Haakenstad A, Yearwood JA, Fullman N, Bintz C, Bienhoff K, Weaver MR, et al. Assessing performance of the Healthcare Access and Quality Index, overall and by select age groups, for 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Glob Heal [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2024 Apr 30];10(12):e1715–43. Available from: http://www.thelancet.com/article/S2214109X22004296/fulltext
2. Barber RM, Fullman N, Sorensen RJD, Bollyky T, McKee M, Nolte E, et al. Healthcare access and quality index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: A novel analysis from the global burden of disease study 2015. Lancet [Internet]. 2017 Jul 15 [cited 2024 Apr 30];390(10091):231–66. Available from: http://www.thelancet.com/article/S0140673617308188/fulltext
3. Superintendencia de Salud. Estudio de satisfacción con Sistema de Salud en Chile 2019 [Internet]. 2022. Available from: https://www.superdesalud.gob.cl/biblioteca-digital/estudio-de-satisfaccion-con-sistema-de-salud-en-chile-2019/
4. Tello C, Fulgueiras M, Riveros S, Parra J, Maleš PJ. Salud centrada en el paciente: Modelo de acompañamiento a personas que esperan por atención en el sistema público de salud en Chile. 2020 Oct 16 [cited 2024 Apr 30]; Available from: https://publications.iadb.org/es/node/29098
5. Park HK, Branch LG, Bulat T, Vyas BB, Roever CP. MODELS OF GERIATRIC CARE, QUALITY IMPROVEMENT AND PROGRAM DISSEMINATION Influence of a Transitional Care Clinic on Subsequent 30-Day Hospitalizations and Emergency Department Visits in Individuals Discharged from a Skilled Nursing Facility. 2012 [cited 2024 Apr 25]; Available from: https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.12051
6. Walkinshaw E. Patient navigators becoming the norm in Canada. C Can Med Assoc J [Internet]. 2011 Oct 10 [cited 2024 Apr 5];183(15):e1109. Available from: /pmc/articles/PMC3193138/
7. Cecilia M, Mantuliz A, Silva NR, González Madrid M, Bustamante Troncoso C, Rojas CA, et al. Cuidado de transición: calidad y seguridad de la atención en personas con condiciones crónicas de salud.
8. Care navigation | Consumer Enablement Guide [Internet]. [cited 2024 Apr 2]. Available from: https://aci.health.nsw.gov.au/projects/consumer-enablement/how-to-support-enablement/care-navigation
9. Freeman HP, Rodriguez RL. The History and Principles of Patient Navigation. Cancer [Internet]. 2011 Aug 1 [cited 2024 Apr 25];117(15 0):3539. Available from: /pmc/articles/PMC4557777/
10. Pautasso FF, Lobo TC, Flores CD, Caregnato RCA. Nurse Navigator: development of a program for Brazil. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2020;28. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100336&tlng=en
11. CDC. Patient Navigation [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 30]. Available from: https://www.cdc.gov/cancer/community-resources/interventions/patient-navigation.htm
12. National Cancer Institute. Definition of patient navigator [Internet]. [cited 2024 Apr 30]. Available from: https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/patient-navigator
13. Dohan D, Schrag D. Using navigators to improve care of underserved patients. Cancer [Internet]. 2005 Aug 15 [cited 2024 Apr 3];104(4):848–55. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.21214
14. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Instrumento de evaluación. Compromiso de Gestión 2023 [Internet]. 2023. Available from: https://www.ssbiobio.cl/Archivos/Transparencia_Activa/Gestion_Institucional/2023/Orientaciones_Tecnicas_COMGES_2023.pdf

15. Consejo asesor para la universalización de la APS. DOCUMENTO DE SINTESIS: MESAS TEMÁTICAS PARA LA APS UNIVERSAL [Internet]. 2023. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/01/Documento-Final-de-Sintesis-Consejo-Asesor-APS-U.pdf
16. Ministerio de Salud. Gestor de Caso del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia [Internet]. 2010. Available from: https://www.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbb9a8be040010165012f3a.pdf
17. División de Gestión de la Red Asistencial. Modelo de Gestión para el funcionamiento de la Red Oncológica de Chile [Internet]. 2018. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Modelo-de-Gestión-de-la-Red-Oncológica.pdf
18. Empleos Públicos Servicio Civil. Enfermero(a) Gestor(a) de Casos Oncológico. Unidad Gestión de Casos Oncológicos [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 25]. Available from: https://www.empleospublicos.cl/pub/convocatorias/convpostularavisoTrabajo.aspx?i=110382&c=0&j=0&tipo=convpostularavisoTrabajo
19. Healy J, Sharman E, Lokuge B. Health Systems in Transition Australia: Health System Review. 2006 [cited 2024 Apr 23]; Available from: http://www.euro.who.int/PubRequest
20. Bennett CC. Are we there yet? A journey of health reform in Australia. Med J Aust [Internet]. 2013 Aug 1 [cited 2024 Apr 23];199(4):251–5. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.5694/mja13.10839
21. NSW Government. Agency for Clinical Innovation [Internet]. 2024 [cited 2024 May 9]. Available from: https://aci.health.nsw.gov.au/
22. National Health Service England. Care Navigation: A Competency Framework [Internet]. 2016 [cited 2024 Mar 26]. Available from: https://www.hee.nhs.uk/our-work/care-navigation
23. Becerril Montekio V. Sistema de salud de brasil. Salud Publica Mex [Internet]. 2011;53:120–31. Available from: https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s120-s131
24. Machado MH, Pereira S. Los recursos humanos y el sistema de salud en Brasil. Gac Sanit [Internet]. 2002;16(1):89–93. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911102716373
25. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Projeto OncoRede [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 9]. Available from: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/projeto-oncorede-1
26. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. 2024 [cited 2024 May 9]. Available from: https://www.gov.br/ans/pt-br
27. Agência Nacional de Saúde. Projeto Oncorede [recurso eletrônico] : a (re)organização da rede de atenção oncológica na saúde suplementar [Internet]. 2016. Available from: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/final-publicacao-oncorede3-pdf
28. American Cancer Society. Patient Navigation in Cancer Care [Internet]. [cited 2024 Apr 19]. Available from: https://www.cancer.org/cancer/patient-navigation.html
29. Hendren S, Griggs JJ, Epstein RM, Humiston S, Rousseau S, Jean-Pierre P, et al. Study Protocol: A randomized controlled trial of patient navigation-activation to reduce cancer health disparities. 2010 [cited 2024 Apr 26]; Available from: http://www.biomedcentral.com/1471-2407/10/551
30. Canadian Partnership Against Cancer. Patient navigation – Canadian Partnership Against Cancer [Internet]. [cited 2024 Apr 23]. Available from: https://www.partnershipagainstcancer.ca/topics/models-of-care/virtual-care-patient-navigation/patient-navigation/
31. Nova Scotia Health. Cancer Patient Navigation [Internet]. [cited 2024 Apr 23]. Available from: https://www.nshealth.ca/clinics-programs-and-services/cancer-patient-navigation
32. Alberta Cancer Foundation. Provincial Patient Navigation Program - Alberta Cancer Foundation [Internet]. [cited 2024 Apr 23]. Available from: https://albertacancer.ca/why-we-need-you/patient-experience/provincial-patient-navigation-program/
33. Department of Justice Canada. Navigator Programs in Canada [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr

26]. Available from: https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/jr/npc-pac/index.html
34. Reid AE, Doucet S, Luke A. Exploring the role of lay and professional patient navigators in Canada. https://doi.org/101177/1355819620911679 [Internet]. 2020 Mar 18 [cited 2024 Apr 23];25(4):229–37. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1355819620911679
35. Canada's source for HIV and hepatitis C information. Practice Guidelines in Peer Health Navigation for People Living with HIV | CATIE - Canada's source for HIV and hepatitis C information [Internet]. 2018 [cited 2024 Apr 23]. Available from: https://www.catie.ca/practice-guidelines-in-peer-health-navigation-for-people-living-with-hiv
36. UNB Newsroom. Lessons learned from NaviCare/SoinsNavi as project concludes [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 26]. Available from: https://blogs.unb.ca/newsroom/2021/07/lessons-learned-from-navicare-soinsnavi.php
37. AIMGA. Patient Navigator Program – AIMGA [Internet]. [cited 2024 Apr 23]. Available from: https://aimga.ca/patient-navigator-program/
38. York University. Patient Navigator Professional Certificate | Health Leadership & Learning Network [Internet]. [cited 2024 Apr 23]. Available from: https://hlln.info.yorku.ca/patientnavigatorprofessional/
39. York University. PATIENT NAVIGATION IN FOCUS [Internet]. 2019. Available from: https://hlln.info.yorku.ca/files/2019/11/Pat-Nav-In-Focus-One_Pager_2019.pdf?x27795
40. Cultural Interpretation Services for Our Communities. Community Interpreter Training - CISOC [Internet]. [cited 2024 Apr 23]. Available from: https://www.cisoc.net/en/training/online/community
41. Tang KL, Kelly J, Sharma N, Ghali WA. Patient navigation programs in Alberta, Canada: an environmental scan. C Open [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2024 Apr 22];9(3):E841. Available from: /pmc/articles/PMC8428899/
42. Unión Europea, Ministerio de Sanidad de España, ARRC, NTT DATA. Adaptación de la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española FASE 2 – Informe sobre el análisis de la situación actual de la Atención Primaria en España RFS REFORM/SC2021/058 [Internet]. 2023. Available from: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Adapting_PC_Spain_Informe_Fase2.pdf
43. Generalitat de Catalunya. La gestió de casos en la pràctica infermera [Internet]. 2010. Available from: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3586/gestio_casos_practica_infermera_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y
44. Junta de Andalucía. Modelo de Gestión de Casos del Servicio Andaluz de Salud: Guía de reorientación de las prácticas profesionales de la Gestión de casos en el Servicio Andaluz de Salud [Internet]. 2017. Available from: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/modelo-de-gestion-de-casos-del-servicio-andaluz-de-salud-guia-de-reorientacion-de-las-practicas
45. Consejería de Sanidad. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid [Internet]. 2013. Available from: https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017570.pdf
46. Junta de Andalucía. Modelo de Gestión de Casos del Servicio Andaluz de Salud: Guía de reorientación de las prácticas profesionales de la Gestión de casos en el Servicio Andaluz de Salud. 2017;
47. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Quiénes somos - Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía [Internet]. [cited 2024 Apr 18]. Available from: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/quienes-somos/
48. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Manual de Competencias Profesionales Enfermería de Práctica Avanzada. Enfermero/a de práctica avanzada en gestión de casos. [Internet]. 2015. Available from:

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/ME-1-83-03-Manual-de-Competencias-Enfermero-Gestor-Casos.pdf

49. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Manual de Competencias Profesionales Enfermería de Práctica Avanzada. Enfermero/a de práctica avanzada en gestión de casos. 2015.
50. Roland M, Guthrie B, Thomé DC. Primary Medical Care in the United Kingdom. J Am Board Fam Med [Internet]. 2012 Mar 1 [cited 2024 Apr 18];25(Suppl 1):S6–11. Available from: https://www.jabfm.org/content/25/suppl_1/s6
51. Buchan J. Health sector reform and human resources: lessons from the United Kingdom. Health Policy Plan [Internet]. 2000 Sep 1;15(3):319–25. Available from: https://academic.oup.com/heapol/article-lookup/doi/10.1093/heapol/15.3.319
52. The World Bank. GDP per capita, PPP (current international $) [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 30]. Available from: https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD?end=2022&start=2022&view=map
53. Gasto corriente en salud (% del PIB) | Data [Internet]. [cited 2024 Apr 25]. Available from: https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.CHEX.GD.ZS
54. Ministerio de Salud de Chile. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA. [Internet]. 2018. Available from: https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/ASIS-2019-Departamento-de-Epidemiologia.pdf

Anexo 1: Estrategia de Búsqueda

Las estrategias fueron no sistemáticas, primero se utilizaron conceptos claves más el nombre del país o territorios de interés en Google, utilizando los booleanos correspondientes. Se revisaron las 10 primeras páginas (título y resumen), en caso de encontrar información relevante se revisaba el texto completo. Además, se buscó dirigidamente en las instituciones encargadas de gestionar el sector de salud, como Departamento o Ministerio de Salud.

Las estrategias de búsqueda se realizaron en diferentes idiomas, usando traductores en línea para el idioma de portugués. A continuación, se presentan los conceptos y países por idioma utilizado:

Inglés

Países: Australia, Canadá y Reino Unido

Conceptos utilizados: *care navigator, patient navigation*

Castellano

Países: Chile y España

Conceptos utilizados: navegadores de salud, enfermera de enlace, gestor de casos

Portugués

Países: Brasil

Conceptos utilizados: *assistente do cuidado, navegação*.

Periodos de búsqueda: 25 de marzo al 19 de abril del año 2024.

Anexo 2: Mapa de países incluídos

Anexo 3 "Guía de competencias para acreditación de enfermeros y enfermeras gestoras de caso"

Las Evidencias que permiten verificar la presencia de una Buena Práctica, han sido clasificadas por niveles de complejidad y pueden ser de varios tipos:

I	– Evidencias Esenciales: para poder alcanzar cualquier nivel de certificación, es imprescindible que el profesional las cumpla.
I	– Evidencias de Grupo I: indican que el profesional progresa hacia la madurez.
II	– Evidencias de Grupo II: consolidan la madurez del profesional
III	– Evidencias de Grupo III: convierten al profesional en un referente para el resto de los profesionales.

BLOQUE I. El ciudadano		
Criterio 1. Orientación al Ciudadano: satisfacción, participación y derechos		
Competencia 1. Orientación al ciudadano: respeto por sus derechos		
Buena Práctica 01.01_00: El/la profesional protege la confidencialidad de la información proporcionadapor las personas, preservando su intimidad.		
Evidencia 01: Adopción de medidas paragarantizar la privacidad e intimidad.	**Prueba:** Informe de reflexión sobre las medidas puestas en marcha para garantizar laintimidad y confidencialidad en la atención a los ciudadanos.	
Buena Práctica 01.02_00: El/la profesional contribuye a mejorar la accesibilidad de los usuarios para seratendidos.		
Evidencia 01: Propuesta de medidas para facilitarla accesibilidad del usuario.	**Prueba:** Informe de reflexión sobre medidas llevadas a cabo por el profesional para facilitar la accesibilidad de los usuarios.	II
Buena Práctica 01.03_00: El/la profesional cuida la relación con los usuarios procurando satisfacer susnecesidades y expectativas		
Evidencia 01: Ausencia de reclamaciones portrato incorrecto[1] en los últimos 12 meses. [1]Reclamaciones en las que tras su resolución se confirmedicho trato.	**Prueba:** Certificado de la Dirección del Centro Hospitalario, Área de Gestión Sanitaria o Distrito de Atención Primaria sobre ausenciade reclamaciones por trato incorrecto.	I
Buena Práctica 01.04_00: El/la profesional facilita el ejercicio de los derechos de los ciudadanos.		
Evidencia 01a*: Información proporcionada sobreel uso de los derechos de segunda generación.	**Prueba:** Informe de reflexión sobre facilitaciónde uso de los derechos de segunda generación.	II
Evidencia 01b*: Información proporcionada a los pacientes y/o a sus familias sobre los aspectos regulados en la ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso de la muerte.	**Prueba:** Informe de práctica de 2 pacientes alos que se les haya facilitado información sobre los derechos específicos ante el procesode muerte en los últimos 12 meses.	II
*Cumplimentación de una de las 2 evidencias.		
Competencia 2. Oferta de servicios y conocimiento organizativo		
Buena Práctica 01.05_00: El/la profesional orienta al ciudadano sobre la oferta de servicios en el SistemaSanitario Público de Andalucía.		
Evidencia 01: Información proporcionada sobre recursos disponibles en la cartera de servicios delSSPA.	**Prueba:** Informe de práctica de 2 casos en losque se haya informado sobre recursos disponibles en la cartera de servicios del SSPA en los últimos 24 meses.	I

BLOQUE II. Atención Sanitaria Integral		
Criterio 2. Promoción de la Salud, Prevención y Atención Comunitaria		
Competencia 1. Educación para la salud, consejo sanitario y medidas de prevención		
Buena Práctica 02.01_00: El/la profesional favorece el uso responsable y seguro del medicamento y/o los dispositivos de soporte a los cuidados y apoyo terapéutico.		
Evidencia 01: Intervenciones para uso seguro y prevención de riesgos potenciales de los dispositivos de soporte a los cuidados y apoyo terapéutico	**Prueba:** Autoauditoría de historias de salud de pacientes atendidos en los últimos 12 meses.	I
Evidencia 02: Intervenciones para potenciar la adherencia al régimen terapéutico prescrito.	**Prueba:** Informe de práctica de 2 pacientes y/o familiares a los que se les haya realizado intervenciones para potenciar la adherencia al régimen terapéutico prescrito en los últimos 12 meses.	I
Buena Práctica 02.02_00: El/la profesional lleva a cabo actividades educativas, de detección de riesgos yde prevención para promover y mantener la salud.		
Evidencia 07: Análisis de un incidente de seguridad surgido en el desarrollo de su actividaden los últimos 24 meses.	**Prueba:** Informe de práctica de un incidentede seguridad surgido en los últimos 24 meses.	II
Buena Práctica 02.04_00: El/la profesional desarrolla actividades de carácter comunitario adaptadas a lasnecesidades de la población.		
Evidencia 01a* Desarrollo de actividades para el seguimiento de salud de pacientes con alta complejidad de cuidados.	**Prueba:** Informe de práctica de 2 pacientes con alta complejidad de cuidados en los que sehayan desarrollado actividades de seguimientode salud en los últimos 12 meses.	I
Evidencia 01b*: Identificación y selección de los usuarios que pueden beneficiarse de la gestión de casos.	**Prueba:** Informe de práctica de 2 casos en losque haya aplicado instrumentos validados para determinar la complejidad y decidir la aceptación o no del caso en los últimos 12 meses.	I
*Cumplimentación de una de las 2 evidencias.		
Evidencia 02: Realización de un programa de formación destinado a la capacitación de miembros de la comunidad como agentes activosde prevención y promoción de la salud	**Prueba:** Informe de práctica de una persona a la que se haya capacitado como agente activo de salud en los últimos 12 meses.	III
Evidencia 03: Colaboración regular con las redes de apoyo y corporaciones locales (asociaciones de familiares, de pacientes, vecinales, centros educativos, ayuntamiento, voluntariado, instituciones penitenciarias, etc.) en el abordaje de la población en los últimos 24 meses	**Prueba:** Documento acreditativo de la actividad de promoción, prevención ocooperación realizada en el que conste nombre o descripción de la actividad, población diana, lugar de realización y periodo o fecha en el quese lleva a cabo	III
Criterio 3. Atención al individuo y a la familia		
Competencia 1. Coordinación de cuidados complejos		
Buena Práctica 03.01_00: El/la profesional coordina la provisión de los planes de atención para satisfacerlas necesidades de los pacientes con alta complejidad de cuidados.		
Evidencia 01a*: Planificación conjunta del alta hospitalaria entre los distintos recursos implicados en la atención de pacientes con alta complejidad de cuidados.	**Prueba:** Informe de práctica de 2 pacientes enlos que se haya realizado planificación conjunta del alta hospitalaria en los últimos 12meses.	I
Evidencia 01b*: Seguimiento conjunto del plan de actuación en pacientes con alta complejidad que requieren abordaje por recursos avanzados y convencionales.	**Prueba:** Informe de práctica de 2 pacientes enlos que se haya realizado seguimiento conjunto del plan de actuación en los últimos 12 meses.	
*Cumplimentación de una de las 2 evidencias.		
Evidencia 02: Negociación con otros y representación ante los profesionales e instituciones en nombre de la persona que así lo solicita.	**Prueba:** Informe de práctica de un paciente alque se haya representado ante profesionales e instituciones en los últimos 24 meses.	II
Competencia 2. Recuperación y adaptación a la adversidad		
Buena Práctica 03.02_00: El/la profesional ofrece una atención que integre las necesidades y deseos de lapersona, potenciando su autonomía y movilizando los apoyos necesarios para lograr su adaptación efectivay positiva a la adversidad.		

Evidencia 01: Atención orientada a larecuperación en personas con procesos crónicos o situaciones irruptivas que requieren adaptación de su proceso vital.	**Prueba:** Informe de práctica de 2 casos en losque se haya proporcionado atención orientada a la recuperación en personas con procesos crónicos o situaciones irruptivas que requieranadaptación de su proceso vital en los últimos 12 meses.	II
Evidencia 02: Adaptación positiva en la recuperación de personas con procesos crónicos oen situaciones irruptivas en su proceso vital.	**Prueba:** Informe de práctica de 2 casos en losque se haya logrado la adaptación positiva en la recuperación de personas con procesos crónicos o en situaciones irruptivas en su proceso vital en los últimos 24 meses.	III
Competencia 3. Gestión proactiva de problemas complejos de salud		
Buena Práctica 03.03_00: El/la profesional valora e identifica las necesidades de la persona de manerainteg ral y establece un plan de intervención individualizado.		
Evidencia 01: Valoración del caso basada en la recogida de datos de informes y valoracionesclínicas, del entorno familiar y del propio paciente.	**Prueba:** Autoauditoría de historias de salud de pacientes atendidos en los últimos 12 meses.	
Evidencia 02: Identificación de la presencia o ausencia de barreras para la consecución de los objetivos del plan de atención en, al menos, el 80% de los pacientes atendidos.	**Prueba:** Autoauditoría de historias de salud de pacientes atendidos en los últimos 12 meses.	
Evidencia 03: Realización y/o seguimiento de unplan de intervención para la gestión del caso en, al menos, el 80% de los pacientes asignados.	**Prueba:** Autoauditoría de historias de salud de pacientes atendidos en los últimos 12 meses.	
Buena Práctica 03.04_00: El/la profesional interviene para mejorar la calidad de vida en pacientes conenfermedad crónica compleja y/o en proceso final de la vida.		
Evidencia 01: Identificación de las necesidades, preferencias y sistemas de valores en el 60% de los pacientes con enfermedad crónica compleja y/o en proceso final de la vida.	**Prueba:** Autoauditoría de historias de salud de pacientes atendidos en los últimos 12 meses.	
Evidencia 02: Identificación de las capacidades funcionales de los pacientes en el manejo de su situación de salud.	**Prueba:** Autoauditoría de historias de salud de pacientes atendidos en los últimos 12 meses.	
Evidencia 03a*: Valoración y atención a las necesidades psicológicas, espirituales, familiares y sociales como parte de la Valoración Total de launidad paciente-familia en el proceso final de la vida.	**Prueba:** Informe de práctica de un caso en elque se haya realizado una Valoración Total en los últimos 12 meses.	II
Evidencia 03b*: Realización de intervenciones para promover la adaptación del paciente y/o familia a su situación de salud.	**Prueba:** Informe de práctica de 2 pacientes y/o familiares atendidos a los que se les haya realizado intervenciones para promover la adaptación a su situación de salud en los últimos 12 meses.	II
*Cumplimentación de una de las 2 evidencias.		
Buena Práctica 03.05_00: El/la profesional realiza atención al duelo y prevención del duelo disfuncional.		
Evidencia 01a*: Realización de intervenciones dirigidas al paciente y/o familia para ayudarle en el proceso de morir.	**Prueba:** Informe de práctica de 2 pacientes y/o familiares en los que haya ayudado en el proceso de morir en los últimos 24 meses.	II
Evidencia 01b*: Realización de intervenciones dirigidas a la familia para prevenir el duelo disfuncional.	**Prueba:** Informe de práctica de 2 casos en losque se hayan realizado intervenciones dirigidas a facilitar la elaboración del duelo en los últimos 24 meses.	II
*Cumplimentación de una de las 2 evidencias.		
Evidencia 02: Fomento de la participación activadel paciente/familia en la toma de decisiones en el proceso final de la vida.	**Prueba:** Informe de reflexión sobre la promoción de la participación activa del paciente/familia en la toma de decisiones en el proceso final de la vida.	II
Buena Práctica 03.06_00: El/la profesional tiene en cuenta la diversidad cultural y utiliza estrategias de intermediación.		

Evidencia 01a*: Realización de intervenciones de intermediación cultural.	**Prueba:** Informe de práctica de un paciente alque se haya realizado intervenciones de intermediación cultural en los últimos 24meses.	II
Evidencia 01b*: Participación en el desarrollo y/o actualización de materiales educativos aprobadospor el centro y adaptados a personas con diferencias culturales en los últimos 3 años.	**Prueba:** Certificado de la Dirección del Centro Hospitalario, Área de Gestión Sanitaria o Distrito de Atención Primaria sobre la participación en el desarrollo y/o actualización de materiales educativos en el que conste la descripción de dicho material y la fecha o periodo de participación del profesional.	II
*Cumplimentación de una de las 2 evidencias.		
Competencia 3. Comunicación y/o entrevista clínica		
Buena Práctica 03.07_00: El/la profesional emplea las habilidades de comunicación adecuadas.		
Evidencia 01a*: Manejo adecuado de lashabilidades de comunicación[1]. [1]Comunicación con pacientes, familiares u otros profesionales.	**Prueba:** Informe de reflexión sobre manejo dela comunicación.	I
Evidencia 01b*: Información proporcionada durante el traspaso de pacientes que permita unaadecuada continuidad asistencial e impida originar daños al paciente.	**Prueba:** Informe de práctica de 2 casos en losque se haya proporcionado la información necesaria en el traspaso de pacientes en los últimos 12 meses.	I
*Cumplimentación de una de las 2 evidencias.		
Evidencia 02: Desarrollo adecuado de técnicas de entrevista de valoración familiar, utilizando cuestionarios o escalas validadas.	**Prueba:** Informe de práctica de una entrevista de valoración familiar realizada en los últimos12 meses.	
Competencia 5. Capacidad de apoyar a la familia en su rol cuidador		
Buena Práctica 03.08_00: El/la profesional apoya y forma a las personas cuidadoras sobre el desempeñode su rol y su propio cuidado.		
Evidencia 01: Constatación de la existencia o ausencia e identificación del nombre de la persona cuidadora en todos los pacientesatendidos.	**Prueba:** Autoauditoría de historias de salud de pacientes atendidos en los últimos 12 meses.	I
Evidencia 02a*: Realización de intervenciones orientadas a disminuir la sobrecarga de la persona cuidadora en los últimos 12 meses.	**Prueba:** Informe de práctica de 2 personas cuidadoras en las que se haya realizado intervenciones orientadas a disminuir la sobrecarga de la persona cuidadora en los últimos 12 meses.	II
Evidencia 02b*: Intervenciones de apoyo al cuidado distintas a talleres[1] dirigidas a personas cuidadoras en los últimos 12 meses. [1] Plan de seguimiento, agenda de trabajo con personas cuidadoras, etc.	**Prueba:** Informe de práctica de 2 pacientes enlos que se hayan empleado estrategias de coordinación de servicios.	II
*Cumplimentación de una de las 2 evidencias.		
Competencia 6. Continuidad asistencial		
Buena Práctica 03.09_00: El/la profesional garantiza la continuidad asistencial a lo largo de la atenciónque recibe el ciudadano.		
Evidencia 01: Empleo de estrategias de coordinación de servicios aplicadas al paciente y/o su familia.	**Prueba:** Informe de práctica de 2 pacientes enlos que se hayan empleado estrategias de coordinación de servicios en los últimos 12 meses.	I
Evidencia 02: Realización de un informe que contenga la información necesaria durante la transferencia y/o derivación de pacientes (entre profesionales, entre unidades, entre equipos de atención, entre centros, etc.), que permita una adecuada continuidad asistencial e impida originar daños al paciente.	**Prueba:** Informe de práctica de 2 pacientes enlos que se haya elaborado un informe para permitir una adecuada continuidad asistencial en los últimos 12 meses.	I
Competencia 7. Soporte vital		
Buena Práctica 03.10_00: El/la profesional aplica los conocimientos necesarios para asistir unaemergencia vital.		
Evidencia 01: Formación sobre Soporte Vital Avanzado según los criterios del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE) o el PlanNacional de RCP, en los últimos 24 meses.	**Prueba:** Documento acreditativo de laformación recibida.	I

Criterio 4. Gestión por Procesos Asistenciales Integrados		
Competencia 1. Visión continuada e integral de los procesos		
Buena Práctica 04.01_00: El/la profesional participa en el diseño, implantación, desarrollo o mejora delos procesos asistenciales o de soporte y/o planes integrales en su ámbito asistencial.		
Evidencia 01: Participación en grupos de trabajo relacionados con el diseño, la implantación, desarrollo o seguimiento de, al menos, uno de los Procesos Asistenciales Integrados priorizados por el Centro o Distrito en los últimos 3 años.	**Prueba:** Certificado de la Dirección del Centro Hospitalario, Área de Gestión Sanitaria o Distrito de Atención Primaria sobre participación en grupos de trabajo en el que conste la actividad recogida en la evidencia, denominación del grupo, función del profesional y fecha o periodo de su participación.	I
Evidencia 02: Cumplimiento de los criterios de calidad contemplados en los procesos asistenciales que inciden en su puesto de trabajo.	**Prueba:** Informe de práctica de un pacienteque justifique la evidencia, en los últimos 12 meses.	III
BLOQUE III. El/la profesional		
Criterio 5. Trabajo en equipo y relaciones interprofesionales		
Competencia 1. Trabajo en equipo		
Buena Práctica 05.01_00: El/la profesional promueve la incorporación de los aspectos éticos en losprocesos deliberativos conjuntos de toma de decisiones.		
Evidencia 01: Abordaje de las situaciones de conflicto ético en el equipo de trabajo.	**Prueba:** Informe de reflexión sobre el abordaje de las situaciones de conflicto ético en elequipo de trabajo.	II
Buena Práctica 05.02_00: El/la profesional colabora con los profesionales de otros equipos asistenciales.		
Evidencia 01: Asistencia, al menos, a una sesión de trabajo programada con otras unidades o servicios del Centro Hospitalario o Distrito de Atención Primaria en los últimos 24 meses.	**Prueba:** Certificado de la Dirección del Centro Hospitalario, Área de Gestión Sanitaria o Distrito de Atención Primaria sobre asistencia a sesiones de trabajo programadas.	II
Buena Práctica 05.03_00: El/la profesional participa en la mejora continua de su grupo profesional y delSistema Sanitario Público.		
Evidencia 01a*: Participación en comités o grupos de trabajo de sociedades científicas reconocidas en los últimos 5 años.	**Prueba:** Documento acreditativo de participación en comités o grupos de trabajo de sociedades científicas reconocidas.	II
Evidencia 01b*: Participación en grupos de trabajo asesores[1] del Centro Hospitalario, Área de Gestión Sanitaria o Distrito de Atención Primaria en los últimos 5 años. [1]Comisiones clínicas, grupos de trabajo de mejora continua de la calidad, etc.	**Prueba:** Certificado de la Dirección del Centro Hospitalario, Área de Gestión Sanitaria o Distrito de Atención Primaria sobre participación en comisiones clínicas o grupos de trabajo del mismo en el que conste la actividad recogida en la evidencia, denominación del grupo o comisión, función del profesional y fecha o periodo de su participación.	II
*Cumplimentación de una de las 2 evidencias.		
Evidencia 02a*: Coordinación o dirección de comités o grupos de trabajo de sociedades científicas reconocidas en los últimos 5 años.	**Prueba:** Documento acreditativo de ser coordinador o director de comités o grupos de trabajo de sociedades científicas reconocidas.	III
Evidencia 02b*: Participación en grupos de trabajo asesores de organismos o instituciones públicas oficiales de ámbito autonómico, nacional o internacional, en los últimos 5 años.	**Prueba:** Documento acreditativo del organismo oficial sobre la participación en grupos de trabajo.	III
Evidencia 02c*: Participación con profesionales de otros equipos asistenciales en la elaboración y/o actualización de protocolos consensuados o Guías de Práctica Clínica para dar respuesta a problemas clínicos en su mismo nivel o en distintos niveles asistenciales, en los últimos 5 años.	**Prueba:** Certificado de la Dirección del Centro Hospitalario, Área de Gestión Sanitaria o Distrito de Atención Primaria sobre participación en la elaboración y/o actualización de protocolos consensuados oGuías de Práctica Clínica, en el que consten loselementos recogidos en la evidencia y la fecha de su realización o actualización.	III
*Cumplimentación de una de las 3 evidencias.		
Criterio 6. Actitud de progreso y desarrollo profesional		
Competencia 1. Actitud de aprendizaje y mejora continua		
Buena Práctica 06.01_00: El/la profesional realiza acciones formativas y mantiene una reflexión activasobre su trabajo, para mejorar la atención sanitaria.		

Evidencia 01: Al menos 3,5 créditos de formación continuada acreditada relacionada con las competencias del puesto en los últimos 24 meses.	**Prueba:** Documento acreditativo del organismoque imparte la formación.	I
Evidencia 02: Participación como docente en una sesión de formación continuada interna en los 12 últimos meses.	**Prueba:** Certificado de la Dirección del Centro Hospitalario, Área de Gestión Sanitaria o Distrito de Atención Primaria de haber impartido una sesión de formación continuada interna en los últimos 12 meses.	I
Evidencia 03: Al menos 5,5 créditos de formación continuada acreditada relacionada con las competencias del puesto en los últimos 24 meses.	**Prueba:** Documento acreditativo del organismoque imparte la formación.	II
Evidencia 04: Participación como docente en 3 sesiones de formación continuada interna en los 12 últimos meses.	**Prueba:** Certificado de la Dirección del Centro Hospitalario, Área de Gestión Sanitaria o Distrito de Atención Primaria de haber impartido tres sesiones de formación continuada interna en los últimos 12 meses.	II
Evidencia 05: Realización de una actividad de formación continuada acreditada en los últimos 5 años relacionada con alguna de las siguientes temáticas: • Intervención antitabaco. • Bioética. • Prevención o abordaje de la obesidad. • Manejo del dolor. • Formación básica en el abordaje sanitario del Maltrato contra las mujeres. • Manejo de procesos con alta repercusión sobrela cronicidad.	**Prueba:** Documento acreditativo del organismoque imparte la formación.	II
Evidencia 06a*: Realización de actividades de cooperación al desarrollo o ayuda humanitaria enel ámbito de la salud en los últimos 5 años.	**Prueba:** Documento acreditativo de participación en proyecto de ayudahumanitaria o participación in situ en zonas incluidas en alguna de las categorías de crisis.	III
Evidencia 06b*: Implantación en el servicio/unidad de aquellos conocimientos o habilidades adquiridas a través de programas de formación o a través de estancias programadas en otras unidades/centros sanitarios de, al menos, 10 días1, que mejoran la calidad asistencial y la eficiencia en los últimos 5 años. 1Se considera válida la aportación de un sumatorio de 10 días repartidos en diferentes estancias.	**Prueba:** Certificado de la Dirección del Centro Hospitalario, Área de Gestión Sanitaria o Distrito de Atención Primaria sobre actividad formativa recibida o estancias programadas realizadas, e implantación en el Centro de las contenidos recibidos o capacitación adquirida, especificando descripción de la actividad y de la implantación realizada.	III
*Cumplimentación de una de las 2 evidencias.		
Evidencia 08: Análisis e informe anual de un aspecto de su labor asistencial y comparación conestándares o datos de otros centros o con bibliografía actualizada.	**Prueba:** Informe de reflexión sobre análisis comparativo de la propia práctica asistencial.	III
Criterio 7. Compromiso con la docencia		
Competencia 1. Capacidad docente		
Buena Práctica 07.01_00: El/la profesional está comprometido con la función docente de su trabajo en elSSPA.		
Evidencia 01a*: Realización de una actividad de formación acreditada o impartida por centros universitarios u otras instituciones públicas en temáticas relacionadas con aspectospedagógicos[1], en los últimos 5 años. [1]Se consideran temáticas relacionadas con aspectos pedagógicos los siguientes: metodología docente, técnicas didácticas, formador de formadores, tutor e-learning, uso de plataformas virtuales y/o herramientas 2.0 para la tutorización/formación.	**Prueba:** Documento acreditativo del organismo responsable de la formación.	
Evidencia 01b*: Tutorización de alumnos de grado, de postgrado o de formación sanitaria especializada o profesor asociado de Ciencias de la Salud, en los últimos 5 años.	**Prueba:** Documento acreditativo del organismo correspondiente.	

Evidencia 01c*: Al menos 5 horas como docente en formación continuada acreditada, enseñanzas universitarias oficiales o en actividades del Programa de Formación en Competencias Transversales (PCCT) o del Programa de Formación en Competencias Específicas (PFCE) de formación sanitaria especializada en los últimos 24 meses.	**Prueba:** Documento acreditativo del organismo responsable de la formación.	
Evidencia 01d*: Pertenencia a un grupo de trabajo autonómico del SSPA para la Mejora de la Formación de Profesionales en Ciencias de la Salud, en los últimos 5 años.	**Prueba:** Documento acreditativo del organismo responsable del grupo de trabajo.	I
Evidencia 01e*: Coordinación de una actividad de formación continuada acreditada en los últimos 5 años.	**Prueba:** Documento acreditativo del organismo responsable de la formación.	I
*Cumplimentación de una de las 5 evidencias.		
Evidencia 02a*: Responsable de formación continuada de la Unidad de Gestión Clínica durante, al menos, 24 meses, en los últimos 5 años.	**Prueba:** Certificado de la Dirección del Centro Hospitalario, Área de Gestión Sanitaria o Distrito de Atención Primaria de ser responsable de formación continuada de la Unidad de Gestión Clínica	II
Evidencia 02b*: Al menos 15 horas como docente en formación continuada acreditada, enseñanzas universitarias oficiales o en actividades del Programa de Formación en Competencias Transversales (PCCT) o del Programa de Formación en Competencias Específicas (PFCE) de formación sanitaria especializada en los últimos 24 meses.	**Prueba:** Documento acreditativo del organismo responsable de la formación.	II
Evidencia 2c*: Tutor clínico[1] o tutor de formación sanitaria especializada durante, al menos, 24 meses de manera continuada, en los últimos 5 años. [1]La acreditación como tutor clínico será el nombramiento a tal efecto emitido por la Universidad o la Dirección Gerencia del centro sanitario.	**Prueba:** Documento acreditativo del organismo correspondiente.	II
Evidencia 2d*: Acreditación como Profesor Contratado Doctor con Vinculación Clínica en los últimos 5 años.	**Prueba:** Documento acreditativo de la Agencia Andaluza del Conocimiento.	II
Evidencia 2e*: Pertenencia a 3 grupos de trabajo autonómicos del SSPA para la Mejora de la Formación de Profesionales en Ciencias de la Salud o miembro de una Comisión de Docencia durante, al menos, 24 meses, en los últimos 5 años.	**Prueba:** Documento acreditativo del organismo responsable de los grupos de trabajo o certificado de la Dirección del Centro Hospitalario, Área de Gestión Sanitaria o Distrito de Atención Primaria.	II
Evidencia 2f*: Coordinación de 5 actividades de formación continuada acreditada en los últimos 5 años.	**Prueba:** Documento acreditativo del organismo responsable de la formación.	II
Evidencia 2g*: Dirección o codirección de títulos propios universitarios de, al menos, 30 ECTS en los últimos 24 meses.	**Prueba:** Documento acreditativo del organismo responsable de la formación.	II
*Cumplimentación de una de las 7 evidencias.		
Evidencia 3a*: Dirección o codirección de Máster o Experto Universitario[1] en los últimos 24 meses. [1]Se consideran válidos títulos propios y títulos oficiales.	**Prueba:** Documento acreditativo del organismo responsable de la formación.	III
Evidencia 3b*: Al menos 40 horas como docente en formación continuada acreditada, enseñanzas universitarias oficiales o en actividades del Programa de Formación en Competencias Transversales (PCCT) o del Programa de Formación en Competencias Específicas (PFCE) de formación sanitaria especializada en los últimos 24 meses.	**Prueba:** Documento acreditativo del organismo responsable de la formación.	III
Evidencia 3c*: Profesor Contratado Doctor, Profesor Titular o Catedrático, con plaza vinculada y en activo durante, al menos, 24 meses, en los últimos 5 años.	**Prueba:** Documento acreditativo emitido por la Universidad.	III

Evidencia 3d*: Miembro de la Comisión Nacionalde la Especialidad durante, al menos, 24 meses, en los últimos 5 años.	**Prueba:** Documento acreditativo del organismo correspondiente.	III
Evidencia 3e*: Coordinación de actividades de formación continuada acreditada en los últimos 5 años.	**Prueba:** Documento acreditativo del organismo responsable de la formación.	III
Evidencia 3g*: Responsable de formación continuada del Centro Hospitalario, Área de Gestión Sanitaria o Distrito de Atención Primaria o Jefe de Estudios durante, al menos, 24 meses, en los últimos 5 años.	**Prueba:** Certificado de la Dirección del Centro Hospitalario, Área de Gestión Sanitaria o Distrito de Atención Primaria de ser responsable de formación continuada del Centro Hospitalario, Área de Gestión Sanitaria o Distrito de Atención Primaria o Jefe de Estudios.	III
*Cumplimentación de una de las 7 evidencias.		
Criterio 8. Compromiso con la investigación		
Competencia 1. Aplicación de técnicas de investigación		
Buena Práctica 08.01_00: El/la profesional está comprometido con la función investigadora de su trabajoen el SSPA.		
Evidencia 01a*: Realización de una de las siguientes actividades en los últimos 5 años: • Miembro de grupo Plan Andaluz de Investigación, Desarrollo e Innovación (PAIDI). • Miembro de equipo de investigación en proyectos presentados a convocatoria competitiva de agencias autonómicas o nacionales. • Participación en ensayos clínicos fase III o en estudios observacionales.	**Prueba:** Documento acreditativo del organismo responsable de la investigación.	I
Evidencia 01b*: Realización de una actividad de formación acreditada sobre metodología básica de investigación en los últimos 3 años.	**Prueba:** Documento acreditativo del organismo responsable de la formación.	I
*Cumplimentación de una de las 2 evidencias.		
Evidencia 02a*: Publicación en revista indexada entre los 3 primeros autores o último autor, en los últimos 5 años.	**Prueba:** Documentoacreditativo de la publicación.	I
Evidencia 02b*: Presentación de una comunicación como primer autor congresos/reuniones científicas en de nacional, en los últimos 3 años. ámbito	**Prueba:** Documento acreditativo de ponenciaso comunicaciones presentadas en congresos.	I
*Cumplimentación de una de las 2 evidencias.		
Evidencia 03: Realización de una de las siguientes actividades en los últimos 5 años: • Miembro de grupo con financiación competitiva (o grupo PAIDI con financiación). • Miembro de equipo de investigación en proyectos financiados en convocatoria competitiva de agencias autonómicas o nacionales. • Miembro de grupo de investigación con Proyecto Europeo solicitado. • Líder en ensayos clínicos fase III o en estudios observacionales. • Participación en Ensayos Clínicos Académicos.	**Prueba:** Documento acreditativo del organismo responsable de la investigación.	II
Evidencia 04a*: Publicación en revistas incluidasen el Journal Citation Reports (JCR) en los últimos5 años.	**Prueba:** Documentoacreditativo de la publicación.	II
Evidencia 04b*: Presentación de una ponencia en congresos/reuniones científicas de ámbito regional o nacional, en los últimos 5 años.	**Prueba:** Documento acreditativo de ponencias presentadas en congresos.	II
Evidencia 04c*: Autor de un capítulo de libro publicado en editorial científica reconocida en los últimos 5 años.	**Prueba:** Documentoacreditativo de la publicación.	II
*Cumplimentación de una de las 3 evidencias.		

Evidencia 05a*: Realización de una de las siguientes actividades en los últimos 5 años: • Investigador principal de grupo con financiación competitiva. • Coordinador o miembro de grupo deinvestigación en Centros de Investigación Biomédica en Red (CIBER) / Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud (RETICS) / Red (Grupo) SSPA / Red Europea / proyecto europeo financiado. • Miembro de un Consejo Científico externo. • Investigador en ensayos clínicos Fase I/II. • Investigador principal en Ensayos Clínicos Académicos. • Intensificación en convocatoria competitiva.	**Prueba:** Documento acreditativo del organismo responsable de la investigación.	III
Evidencia 05b*: Evaluador de proyectos de investigación de agencias públicas reconocidas enlos últimos 5 años.	**Prueba:** Documento acreditativo del organismo correspondiente.	III
Evidencia 05c*: Patentes e innovaciones tecnológicas o creación/colaboración con empresas biotecnológicas en los últimos 5 años.	**Prueba:** Documento acreditativo del organismo correspondiente.	III
Evidencia 05d*: Dirección o codirección de tesis doctoral leída en los últimos 24 meses.	**Prueba:** Documento acreditativo del organismo correspondiente.	III
*Cumplimentación de una de las 4 evidencias.		
Evidencia 06a*: Realización de una de las siguientes actividades en los últimos 5 años: • 3 publicaciones en revistas incluidas en el Journal Citation Reports (JCR). • Una publicación en el primer o segundo cuartil en revistas incluidas en el Journal Citation Reports (JCR).	**Prueba:** Documentoacreditativo de la publicación.	III
Evidencia 06b*: Presentación de una ponencia en congresos/reuniones científicas de ámbito internacional, en los últimos 5 años.	**Prueba:** Documento acreditativo de ponencias presentadas en congresos.	III
Evidencia 06c*: Autor de libro completo o de, al menos, 3 capítulos de libro publicado en editorial científica reconocida en los últimos 5 años.	**Prueba:** Documentoacreditativo de la publicación.	III
Evidencia 06d*: Miembro del comité editor, científico o revisor de artículos de revistas científicas indexadas, en los últimos 5 años.	**Prueba:** Documentoacreditativo de la publicación.	III
Evidencia 06e*: Componente de grupo nominal o revisor externo de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA) en los últimos 5 años.	**Prueba:** Documento acreditativo de la Agenciade Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.	III
*Cumplimentación de una de las 5 evidencias.		
Competencia 2. Atención Sanitaria Basada en la Evidencia		
Buena Práctica 08.02_00: El/la profesional aplica las bases de la Atención Sanitaria Basada en laEvidencia, la epidemiología clínica y/o los estándares de calidad internacionales a la práctica diaria.		
Evidencia 01: Conocimiento de los niveles de evidencia científica y grados de recomendación.	**Prueba:** Análisis de caso contextualizado sobre niveles de evidencia científica y grados de recomendación.	I
Evidencia 02a*: Lectura crítica de un artículo científico y conocimiento sobre interpretación y empleo de las herramientas de la Atención Sanitaria Basada en la Evidencia.	**Prueba:** Análisis de caso contextualizado donde se apliquen las herramientas de lecturacrítica de un artículo científico.	II
Evidencia 02b*: Aplicación en la práctica clínica de evidencia científica procedente de revisión bibliográfica.	**Prueba:** Informe de práctica sobre revisión bibliográfica aplicada a un caso concreto atendido en los últimos 12 meses.	II
*Cumplimentación de una de las 2 evidencias.		
BLOQUE IV. La eficiencia		
Criterio 9. Uso eficiente de los recursos		
Competencia 1. Adecuada utilización de los recursos disponibles		

Buena Práctica 09.01_00: El/la profesional identifica y/o moviliza los recursos para ayudar al individuo ensu proceso de recuperación y mejorar su bienestar e integración en la comunidad.		
Evidencia 01: Adopción de medidas para favorecer una adecuada transición al domicilio y evitar posibles reingresos en pacientes con alta complejidad de cuidados.	**Prueba:** Informe de reflexión sobre las medidas y estrategias que favorecen una adecuada transición al domicilio y evitan posibles reingresos en pacientes con alta complejidad de cuidados.	I
Evidencia 02: Utilización de asociaciones, grupos de apoyo u otros recursos externos no sanitarios establecidos en su área y de las posibilidades de intervención que ofrecen a los pacientes y/o su familia.	**Prueba:** Informe de práctica de 2 pacientes alos que se les haya informado/remitido a asociaciones de apoyo externo en los últimos 12 meses.	II
Buena Práctica 09.02_00: El/la profesional hace un uso eficiente del tiempo.		
Evidencia 01a*: Seguimiento telefónico de la población de riesgo susceptible.	**Prueba:** Informe de reflexión sobre seguimiento telefónico de población de riesgo susceptible.	I
Evidencia 01b*: Establecimiento de circuitos y criterios de derivación de pacientes entre los profesionales referentes de las distintas unidades hospitalarias.	**Prueba:** Informe de reflexión sobre los circuitos y criterios de derivación de pacientespara priorizar la atención del paciente hospitalizado según procesos.	I
*Cumplimentación de una de las 2 evidencias.		
Evidencia 02: Gestión de casos resuelta superioral 90% de los casos atendidos.	**Prueba:** Autoauditoría de historias de salud de pacientes atendidos en los últimos 12 meses.	
BLOQUE V. Los resultados		
Criterio 10. Orientación a resultados en el desempeño profesional		
Competencia 1. Orientación a resultados		
Buena Práctica 10.01_00: El/la profesional orienta su trabajo a alcanzar unos resultados que mejoren lasalud de la población.		
Evidencia 01: Mejoría objetiva de la situación inicial NOC (Nursing Outcomes Classification) en los siguientes diagnósticos: • Temor. • Sufrimiento espiritual. • Afrontamiento inefectivo. • Conflicto de decisiones. • Conocimientos deficientes. • Manejo inefectivo del régimen terapéutico. • Incumplimiento del tratamiento prescrito.	**Prueba:** Informe de práctica de 2 pacientes con mejoría objetiva de la situación inicial NOCen los diagnósticos seleccionados en los últimos 12 meses.	II
Evidencia 02: Mejoría objetiva de la situación inicial NOC (Nursing Outcomes Classification) en los siguientes diagnósticos: • Ansiedad. • Aflicción crónica. • Desesperanza. • Duelo complicado. • Cansancio del rol de cuidador. • Riesgo de cansancio del rol de cuidador. • Afrontamiento familiar comprometido. • Afrontamiento familiar incapacitante	**Prueba:** Informe de práctica de 2 pacientes con mejoría objetiva de la situación inicial NOCen los diagnósticos seleccionados en los últimos 12 meses.	III
Evidencia 03: Mejoría objetiva del nivel del dolortras las intervenciones realizadas.	**Prueba:** Informe de práctica de 2 pacientes con mejoría objetiva del nivel del dolor tras las intervenciones realizadas en los últimos 12meses.	III
Competencia 2. Metodología de calidad		
Buena Práctica 10.02_00: El/la profesional realiza actividades de mejora continua en relación con laevaluación de sus resultados.		
Evidencia 01: Introducción de mejoras en algún aspecto concreto de su práctica diaria en losúltimos 24 meses.	**Prueba:** Informe de reflexión siguiendo el ciclo completo de garantía de calidad incluyendo medidas correctoras adoptadas para mejorar algún aspecto relevante de la práctica clínica.	II

Evidencia 02: Puesta en marcha de algún proyecto de mejora de la atención sanitaria en losúltimos 5 años.	**Prueba:** Informe de reflexión sobre la puesta en marcha de algún proyecto de mejora de la atención sanitaria y certificado de la Direcciónde l Centro Hospitalario, Área de Gestión Sanitaria o Distrito de Atención Primaria.	III

Anexo 4: Competencia secundarias por dominio y nivel de progresión (esencial, mejorado y experto) del navegador, de acuerdo al NHS.

1. Comunicación efectiva	La excelente comunicación es la base de la atención centrada en la persona y ayuda a construir relaciones de confianza duraderas. La navegación del cuidado requiere que las personas puedan comunicarse de manera efectiva, tanto verbalmente como por escrito, con una amplia gama de personas de diferentes trasfondos culturales y organizativos, incluyendo sectores de salud, sociales y voluntarios. Por lo tanto, un individuo podrá:
Esencial	· Comunicarse de manera clara, sensible y efectiva con pacientes, familiares y otros profesionales. · Comunicarse de manera cálida y empática. · Mantener un enfoque tranquilo y sensible al tratar con personas en situación de angustia. · Realizar una evaluación holística básica de las necesidades de los pacientes por teléfono y cara a cara. · Escribir y mantener registros claros y precisos de la información de los pacientes en diversos formatos (electrónico y en papel). · Presentar información de manera clara y efectiva al hablar con otros. · Adaptar el estilo y método de comunicación para apoyar mejor las preferencias y necesidades del paciente. · Demostrar la importancia de los factores culturales en la comunicación con las personas. · Comprender y utilizar terminología común en los ámbitos social y de atención médica.
Mejorado	· Comunicarse de manera efectiva para apoyar el autocontrol y el cambio de comportamiento. · Aplicar habilidades y técnicas (verbales y no verbales) para resolver conflictos, reducir la angustia y la ira. · Expresar ideas y opiniones de manera respetuosa y positiva que defiendan las necesidades y deseos del paciente.
Experto	· Comunicarse de manera efectiva utilizando una amplia gama de habilidades y herramientas para apoyar el autocontrol y el cambio de comportamiento*. · Presentar y comunicar información a una amplia variedad de audiencias y agencias, dentro y fuera de la organización. · Gestionar conflictos dentro de equipos, con colegas y otras agencias de manera diplomática y positiva. *(por ejemplo, habilidades de coaching de salud o entrevistas motivacionales).
2. Facilitación del acceso a servicios	La navegación del cuidado implica señalar el camino y permitir que las personas accedan a servicios apropiados, basados en sus necesidades y preferencias, de una amplia gama de organizaciones y sectores. Esto puede no ser necesariamente mejor atendido por profesionales de la salud o servicios sociales tradicionales. La "sabiduría local" de los servicios disponibles debería ser construida por aquellos en roles de navegación y equipos, con un espíritu de "curiosidad persistente y positiva". Por lo tanto, un individuo será capaz de:
Esencial	· Acceder a información actualizada y precisa sobre una variedad de servicios para brindar apoyo a un individuo y a su cuidador. · Comprender los acuerdos/departamentos locales de referencia para un apoyo integral de una amplia gama de sectores. · Señalar el camino y facilitar el contacto para el paciente/cuidador hacia servicios apropiados, con el consentimiento del individuo. · Demostrar iniciativa al buscar contactos con servicios locales relevantes. · Adoptar un enfoque proactivo y de resolución de problemas para ayudar a las personas a conectarse y acceder a servicios.
Mejorado	· Demostrar un entendimiento detallado de los servicios locales en una amplia variedad de sectores. · Demostrar persistencia y resiliencia al enfrentarse a barreras para acceder a servicios.

	· Buscar ayuda apropiada al enfrentarse a barreras para acceder a servicios. · Proporcionar retroalimentación oportuna a colegas sobre temas relacionados con el acceso a servicios.
Experto	· Demostrar un entendimiento detallado de los servicios locales y nacionales para apoyo integral en una amplia gama de sectores. · Demostrar un entendimiento detallado de los acuerdos de referencia hacia proveedores locales en una amplia gama de sectores. · Proporcionar retroalimentación oportuna a autoridades relevantes a nivel estratégico, para ayudar a mejorar los servicios. · Participar en la supervisión de estándares y proyectos de mejora de servicios. · Educar e informar a otros empleados y colegas sobre el acceso y la disponibilidad de servicios.
3. Personalización	La personalización es un término más comúnmente utilizado en el cuidado social y es aplicable a todos los sectores de servicios. La personalización se trata de adoptar un enfoque que respalde la elección, los deseos y las necesidades de una persona en la medida de lo posible, permitiéndoles estar en control de su propia vida. La navegación del cuidado busca brindar apoyo y cuidado, definido por las necesidades holísticas de una persona, no simplemente estandarizado según su condición o diagnóstico. El apoyo se adapta a las necesidades y aspiraciones del individuo. Por lo tanto, un individuo será capaz de:
Esencial	· Determinar con precisión las necesidades básicas de apoyo de los pacientes por teléfono o cara a cara. · Actuar de manera que reconozca las creencias, preferencias y elecciones expresadas por las personas. · Ayudar a las personas a identificar y utilizar sus fortalezas y recursos para alcanzar sus propios objetivos de bienestar. · Demostrar un enfoque positivo y centrado en soluciones para promover la independencia y el bienestar. · Demostrar un entendimiento básico de asuntos financieros apropiados relacionados con el apoyo personalizado (por ejemplo, presupuestos personales).
Mejorado	· Determinar con precisión las necesidades holísticas de apoyo de los pacientes por teléfono o cara a cara. · Identificar personas en situación de riesgo y potencialmente vulnerables, utilizando métodos apropiados (según lo determinen los acuerdos locales). · Contribuir al desarrollo de planes de cuidado para satisfacer las necesidades de salud y bienestar de las personas, en colaboración con el paciente y la familia/cuidador. · Derivar a los pacientes a apoyo relevante para asuntos financieros importantes (es decir, presupuestos personales y beneficios).
Experto	· Asistir a los pacientes en asuntos financieros apropiados relacionados con el apoyo personalizado, como presupuestos personales y beneficios. · Identificar y priorizar las necesidades complejas de salud, salud mental y de cuidado social de los pacientes. · Derivar a los pacientes con necesidades complejas de salud, de salud mental y de cuidado social a los profesionales, equipos y servicios apropiados.
4. Coordinación e integración	La navegación del cuidado implicará la coordinación de atención y apoyo, para asegurar que la experiencia de una persona a través de los servicios de salud, sociales y voluntarios sea lo más "fluida" posible. Todas las personas involucradas en el apoyo, incluido el paciente/cuidador, deben saber quién es el punto de contacto clave para obtener ayuda y quién es responsable de su cuidado. Esto es especialmente importante y debe ser oportuno, cuando hay cambios significativos en las necesidades de una persona, por ejemplo, un deterioro repentino en la salud o la transición del cuidado entre proveedores. Por lo tanto, un individuo será capaz de:
Esencial	· Compartir información relevante, decisiones y discusiones realizadas por equipos de atención médica y social, con el paciente (y cuidador si corresponde).

	· Comprender los principios de atención y apoyo integrados. · Proporcionar información sobre cuándo y cómo el paciente (y cuidador) puede contactar a la persona/profesional relevante. · Actualizar y compartir información apropiada con un supervisor y profesionales/agencias de manera oportuna*. · Implementar puntos clave de acción de planes de cuidado/reuniones, con supervisión. · Mostrar iniciativa para volver a referir a una persona si se sabe que está en servicios y no ha habido contacto apropiado. *por ejemplo, con el líder clínico del equipo multidisciplinario.
Mejorado	· Implementar y dar seguimiento a puntos clave de acción de planes de cuidado/reuniones, con mínima supervisión. · Comunicar de manera efectiva las necesidades de los pacientes en un entorno de reunión de equipo multidisciplinario.
Experto	· Implementar y dar seguimiento a puntos de acción de planes de cuidado/reuniones sin supervisión. · Dirigir de manera efectiva reuniones de equipo multidisciplinario. · Supervisar y coordinar un camino de apoyo acordado apropiado para un paciente.
5. Construcción y mantenimiento de relaciones profesionales	La navegación del cuidado es un enfoque centrado en la persona, por lo tanto, si el cuidado y el apoyo realmente envuelven las necesidades de una persona, el apoyo integrado debe trascender fronteras y llegar a agencias más amplias dentro de los sectores de salud, social y voluntario. Las relaciones son la base de un trabajo intersectorial efectivo y son habilidades que las personas en roles de navegación necesitan desarrollar. La capacidad de establecer y mantener relaciones de trabajo clave es fundamental para trabajar con pacientes, sus familias y con miembros de equipos multidisciplinarios. Por lo tanto, un individuo será capaz de:
Esencial	· Construir y trabajar para mantener relaciones de confianza y profesionales con pacientes y su red de apoyo más amplia. · Reconocer cuándo y cómo cerrar relaciones profesionales con pacientes y sus cuidadores. · Mantener un claro sentido de rol y responsabilidad dentro de un equipo. · Ser solidario y servicial hacia otros miembros del equipo. · Relacionarse y trabajar con personal clínico y no clínico en otras organizaciones, construyendo relaciones constructivas entre sectores. · Valorar los roles de otros claves que trabajan dentro y fuera de la organización.
Mejorado	· Buscar activamente contactos relevantes y apropiados para desarrollar una red en una amplia gama de sectores, incluidos los sectores de salud, social y voluntario. · Promover el intercambio de recursos e información de una amplia gama de fuentes para beneficiar a pacientes y sus cuidadores.
Experto	· Brindar oportunidades para que los colegas bajo supervisión establezcan contactos y desarrollen relaciones profesionales intersectoriales. · Identificar oportunidades para trabajar en colaboración con otros a través de redes, en beneficio de pacientes y sus cuidadores. · Actuar como un modelo a seguir positivo para los miembros del equipo y colegas.
6. Conocimiento para la práctica	La navegación del cuidado es un enfoque centrado en la persona, por lo tanto, si el cuidado y el apoyo realmente se ajustan a las necesidades de una persona, el apoyo integrado debe trascender fronteras y llegar a agencias más amplias dentro de los sectores de salud, social y voluntario. Las relaciones son la base de un trabajo efectivo entre fronteras y son habilidades que las personas en roles de navegación necesitan desarrollar. La capacidad de establecer y mantener relaciones laborales clave es fundamental para trabajar con pacientes, sus familias y con miembros de equipos multidisciplinarios. Por lo tanto, un individuo será capaz de:
Esencial	· Demostrar conciencia y comprensión básica de la protección de adultos vulnerables, cuidado al final de la vida, las necesidades de adultos mayores y condiciones y síntomas de salud mental (incluyendo demencia).

	· Estar consciente del concepto de crisis de salud mental, el impacto potencial en el comportamiento de una persona y buscar ayuda apropiada de manera oportuna. · Mostrar conciencia de las condiciones comunes de salud física y mental a largo plazo que afectan el bienestar de una persona. · Entender el principio básico del autocuidado para personas con condiciones a largo plazo. · Valorar el lugar que ocupa la organización dentro del contexto más amplio del NHS y los sistemas de atención social. · Comprender la importancia y propósito de la promoción de la salud.
Mejorado	· Brindar consejos básicos para promover comportamientos y actividades saludables. · Demostrar conocimiento y conciencia de la política nacional y local sobre condiciones a largo plazo y atención integrada. · Reconocer síntomas y comportamientos importantes que puedan indicar una crisis de salud mental y buscar ayuda apropiada de manera oportuna. · Demostrar conocimiento y comprensión de la legislación relevante en salud mental (por ejemplo, Ley de Capacidad Mental).
Experto	· Demostrar comprensión de los problemas de salud pública, tanto a nivel local como nacional. · Mostrar un entendimiento completo y actualizado de las condiciones a largo plazo, la política de atención integrada en salud y social (a nivel local y nacional). · Mantener un conocimiento actualizado de la política y práctica relacionada con los problemas de salud y atención social de adultos.
7. Desarrollo personal y aprendizaje	Las personas necesitan estar comprometidas con el aprendizaje continuo y entusiasmarse por aplicar nuevos conocimientos y habilidades. Aquellos que desempeñan roles de navegación en el cuidado aprenden significativamente a través de la experiencia y trabajando dentro de contextos locales; por lo tanto, la reflexión sobre la práctica, tanto a nivel individual como en equipo, es de importancia central para el desarrollo personal y del servicio. Por lo tanto, un individuo será capaz de:
Esencial	· Mostrar disposición para aprender y desarrollarse dentro del rol. · Demostrar responsabilidad en la autorreflexión y el desarrollo personal. · Comprender y participar en el proceso de evaluación.
Mejorado	· Promocionar el propio rol y los servicios de navegación a otras personas que trabajan dentro y fuera de la organización. · Proporcionar retroalimentación de apoyo y constructiva a otros empleados. · Contribuir a la entrega de educación, capacitación y supervisión a otros.
Experto	· Contribuir a la planificación y entrega de educación, capacitación y supervisión a otros. · Identificar las necesidades de capacitación del personal actual y futuro. · Coordinar y llevar a cabo evaluaciones del personal de navegación. · Brindar retroalimentación de apoyo sobre el aprendizaje y la evaluación en la práctica. · Actuar como un modelo a seguir positivo para los demás.
8. Manejo de datos e información	La información y los datos precisos y accesibles son la base de una navegación del cuidado efectiva. Los fallos en la comunicación entre organizaciones, sectores y pacientes/cuidadores pueden llevar a una atención desarticulada y deficiente. Las personas que trabajan para proporcionar una navegación del cuidado efectiva necesitan ser capaces de utilizar de manera apropiada registros electrónicos relevantes, bases de datos para acceder, ingresar, almacenar y recuperar información. Los datos también son importantes para la evaluación y mejora del servicio. Por lo tanto, un individuo será capaz de:
Esencial	· Acceder, ingresar y utilizar datos de registros electrónicos, bases de datos y hojas de cálculo apropiadas. · Utilizar tecnología y recursos adecuados para encontrar y procesar información. · Aplicar los principios de protección de datos trabajando dentro de las limitaciones legales con el acceso y almacenamiento de datos.

	· Comprender y cumplir con los estándares de datos y confidencialidad específicos de la organización. · Priorizar la carga de trabajo utilizando el tiempo y los recursos de manera efectiva. · Comprender los principios de auditoría y mejora de la calidad. · Estar organizado en la realización de tareas administrativas (incluidas citas, agendas, registros de pacientes). · Mantener un "directorio" actualizado de servicios locales.
Mejorado	· Gestionar y mantener actualizado electrónicamente un "directorio" de servicios locales. · Demostrar habilidades analíticas en el uso de datos y procesamiento de información. · Investigar e interpretar información relevante de una variedad de fuentes. · Analizar y presentar datos e información a equipos y comisionados. · Participar en auditorías y mejora de calidad.
Experto	· Evaluar el impacto de un servicio para informar sobre la mejora de los servicios locales y demostrar el impacto. · Investigar y evaluar críticamente información de una variedad de fuentes. · Utilizar auditorías y otros enfoques para monitorear estándares y proponer mejoras cuando sea necesario. · Evaluar la validez y el sesgo potencial de la información. · Contribuir a problemas de planificación estratégica. · Evaluar datos, incluida la experiencia del paciente y los resultados, para mejorar los servicios de navegación y participar en la mejora de la calidad.
9. Profesionalismo	El profesionalismo puede ser difícil de describir o definir. Para la navegación del cuidado, se resumen aquí competencias básicas que intentan capturar alguna esencia del comportamiento, actitudes y atributos profesionales. Estas están fundamentadas en los aspectos éticos, morales y legales del cuidado y apoyo, basadas en los principios del cuidado centrado en el paciente. El compromiso de desarrollar experiencia, autoconciencia, límites del alcance de la práctica y trabajar con integridad son algunas características importantes. Este dominio presenta competencias transversales en todos los niveles (esencial, mejorado y experto) para la navegación del cuidado. Por lo tanto, un individuo será capaz de:
Esencial	· Demostrar una actitud no juzgadora y respetuosa hacia los demás. · Actuar de manera que promueva valores de igualdad y diversidad. · Ser emocionalmente resiliente y mantener la calma bajo presión. · Manejar el estrés con mecanismos saludables de afrontamiento.
Mejorado	· Defender los principios de confidencialidad. · Reconocer las propias limitaciones y trabajar dentro de los límites del rol, buscando ayuda cuando sea necesario. · Ser honesto y abierto de manera consistente con pacientes y colegas.
Experto	· Identificar cuándo un paciente necesita ayuda urgente e intervenir adecuadamente alertando a los profesionales relevantes. · Mostrar consideración y compasión hacia los demás.