

ANEXO

Liderazgo enfermero para la consolidación estructural de una unidad propia de cuidados paliativos

Esquema comparativo: situación inicial vs. situación alcanzada

	ANTES (modelo compartido)	DESPUÉS (unidad propia)
Estructura	Modelo compartido con otra área sanitaria; sin autonomía organizativa propia	Unidad paliativa propia consolidada con separación organizativa formal
Circuitos	Activación no homogénea; dependiente de dinámicas informales y del profesional de turno	Circuitos hospital-AP formalizados y protocolizados; activación homogénea
Coordinación	Coordinación hospital-AP informal; sin protocolos escritos; relación con DCCU no estructurada	Coordinación protocolizada con MAP, enfermeras gestoras de casos y DCCU; envío semanal de listado de pacientes
Rol EPA	Parcialmente delimitado; funciones en proceso de consolidación	Definido funcionalmente con reconocimiento progresivo de funciones específicas
Logística	En consolidación: vehículo, material clínico y espacio físico pendientes	Completada: vehículo asignado, material disponible, espacio físico delimitado
Continuidad	Cobertura ampliada no estructurada; sin protocolo fuera de horario ordinario	Atención telefónica tarde + protocolo DCCU activo 24/7 + registro de intervenciones
Gobernanza	Sin gobernanza interna definida; Comisión de Paliativos inexistente	Gobernanza interna definida; Comisión de Paliativos en fase avanzada de formalización
Demoras	Primeras visitas domiciliarias: 7–14 días (recomendado: 24–72 h en alta complejidad)	Respuesta según prioridad: no demorable (<48 h), preferente (<5 días), normal (7–10 días)

*La reducción de la variabilidad organizativa no justificada constituye una intervención de humanización desde la calidad: **que la atención que recibe cada paciente no dependa de quién le atiende, en qué turno o por qué circuito accede.***

Indicadores de seguimiento del proyecto

Dimensión	Indicador	Tipo	Estado
Proceso	% pacientes con identificación paliativa formal en Diraya	Proceso	100%
Proceso	% pacientes con plan de cuidados registrado y actualizado	Proceso	100%
Proceso	% coordinación hospital-AP documentada en casos activos	Proceso	Alcanzado
Estructura	Separación organizativa formal del modelo compartido	Estructura	Alcanzado
Estructura	Definición funcional de roles documentada (EPA, FEA, DUE)	Estructura	Alcanzado
Estructura	Consolidación logística: vehículo, material clínico, espacio físico	Estructura	Alcanzado
Continuidad	Atención telefónica estructurada en horario de tarde	Continuidad	Operativo
Continuidad	Protocolo activo de coordinación con DCCU (cobertura 24/7)	Continuidad	Operativo
Continuidad	Registro documentado de intervenciones fuera de horario ordinario	Continuidad	Operativo

Datos clave del proyecto

Parámetro	Valor
Periodo de desarrollo	12 meses (febrero 2026 – enero 2027)
Pacientes atendidos	47 pacientes (ámbito mixto hospitalario y domiciliario)
Edad media	73 años (predominio oncológico avanzado)
Territorio	5 municipios, 3 ZBS, 1 hospital universitario, dispersión geográfica (hasta 2 h entre extremos)
Liderazgo	Subdirección de Enfermería del AGSCGE
Inversión tecnológica adicional	Ninguna — uso sistemático de herramientas ya disponibles (Diraya, HSD, V66.7)
Divulgación	Jornadas ANDE 2026 (Palma de Mallorca); TFM Máster Humanización UCA; Comisión Humanización AGSCGE

*La humanización no siempre requiere programas específicos ni inversiones extraordinarias.
A veces consiste en hacer bien lo básico para que cada paciente reciba una atención coherente,
equitativa y predecible.
Eso también es humanizar.*