

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA SANTA MADRONA
de la Fundación “la Caixa”

LA GESTIÓN DE CASOS

AUTORES: Rosa Arbonés Tost
Yolanda Martínez Muñoz
Petra Merino de los Santos
Ricard Peruga Rodríguez
Mónica Valverde Aivar

Trabajo presentado al curso de Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería para la obtención del Máster.

Trabajo dirigido por: Marisol Rodríguez

Comisión evaluadora

Montserrat Teixidor	Presidenta
Esteve Pont	Secretario
Marisol Rodríguez	Vocal
José Tejada	Vocal
Concepción Ferrer	Vocal

Presentado en fecha: junio de 2006

Aceptado en fecha: 12 de julio de 2006

Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización expresa por parte de los autores.

INDICE

1. Introducción general	
1.1 Justificación	5
1.2 Objetivos	8
 <u>Primera parte. Marco teórico</u>	
2. La Gestión de Casos	
2.1. Introducción	10
2.2 Historia del modelo de Gestión de Casos	12
2.2.1 La Gestión de Casos en España	17
2.3 Definición y consideraciones a tener en cuenta del modelo	19
2.3.1 El papel de la enfermera en la Gestión de Casos	27
2.3.2 Ventajas del modelo de Gestión de Casos	34
2.3.3 Inconvenientes del modelo de Gestión de Casos	37
2.4 Metodología de la Gestión de Casos	38
2.4.1 Las trayectorias clínicas	39
 <u>Segunda parte. Marco metodológico</u>	
3. Diseño del estudio	
3.1 Introducción	53
3.2 Hipótesis	54
3.3 Metodología	54
3.4 Variables	55
3.5 Población y muestra	61
3.6 Instrumentos de recogida de información	65
4. Resultados	
4.1 Análisis descriptivo. Caracterización de la muestra	
4.1.1 Variables personales	67
4.1.2 Variables sociolaborales	68
4.1.3 Variables de conocimiento de la Gestión de Casos	71
4.1.4 Variables de aplicabilidad de la Gestión de Casos	79
4.1.5 Variables formativas	83

4.2 Análisis inferencial	
4.2.1 Análisis de las variables en función de los hospitales	84
5. Conclusiones generales de la investigación	107
6. Propuestas de mejora y líneas futuras de investigación	111
7. Bibliografía	113
8. Agradecimientos	115

1. INTRODUCCIÓN GENERAL

1.1. JUSTIFICACIÓN

El gran aumento del gasto sanitario que se ha experimentado en los últimos treinta años junto a factores sociales, políticos y económicos, ha influido notablemente en el incremento de los costes destinados a la salud y ha contribuido a la aparición de nuevas realidades de Administración y Gestión en nuestro sistema sanitario.

Las causas que han producido este aumento espectacular del gasto sanitario, que ha pasado del 3% a casi el 8%, son múltiples y variadas, entre las que Rodríguez, M. ¹ destaca las siguientes:

- Aumento del crecimiento demográfico.
- Envejecimiento progresivo de la población.
- Cambios en las pautas de morbilidad, donde enfermedades que anteriormente producían un determinado coste han dado paso a otro tipo de enfermedades que producen un gasto sanitario mucho mayor.
- Progreso tecnológico que provoca un aumento en las expectativas y en la intensificación de los servicios sanitarios, con un aumento de las pruebas diagnósticas complementarias como consecuencia.
- Cambios en los modelos de financiación sanitaria.
- Incremento de la mano de obra.
- Mayor accesibilidad a los servicios sanitarios.
- Cambios en las costumbres “sanitarias” sociales.
- Aumento de la “morbilidad social”.

- Aumento de la renta por capita.

Si además de valorar todas estas causas del aumento del gasto sanitario tenemos en cuenta que los recursos disponibles son escasos y que existen unas finalidades alternativas para ellos que nos obligan a elegir entre unos u otros, surge una necesidad indiscutible de plantear estrategias de cambio en el sistema sanitario para dar respuesta a las nuevas demandas de la sociedad.

Hasta hace pocos años, los presupuestos de los centros sanitarios se basaban simplemente en establecer una relación de necesidades de personal, gastos para compras de bienes corrientes y de servicios, fármacos, inversiones, etc., sin conexión directa con la actividad asistencial y con los costes por unidad.

El sistema de financiación de nuestro sistema sanitario ha intentado adaptarse a esta situación creando estrategias para controlar el gasto basadas en medidas de control de calidad, de estancias medias, de gestión de los recursos, etc. Surge un nuevo modelo de financiación basado en el llamado “contrato programa”, donde se plantea una programación de los gastos partiendo de los ingresos a los que el centro tiene derecho en función de la actividad que previsiblemente tiene que realizar.

Actualmente, la realidad compleja del sistema sanitario que nos envuelve produce un fraccionamiento de la distribución de los servicios de salud y una demanda de mayor calidad por parte de los usuarios, lo que produce una gran preocupación por la productividad y la eficiencia, además de un incremento del control por asegurar la calidad.

Las nuevas líneas de gestión determinan la necesidad de desarrollar nuevos instrumentos de trabajo que permitan un aumento de la calidad asistencial así como la búsqueda de la eficacia y eficiencia de las prestaciones

sanitarias y, en definitiva, mejorar las expectativas y el bienestar de los ciudadanos.

Durante los últimos años se ha demostrado que la mejora en la planificación y protocolización de los servicios sanitarios mejora las estancias medias y la calidad de los mismos. El margen positivo que pueda conseguir cada centro es el aliciente que pueden tener los equipos de cada hospital para iniciar propuestas de mejora en beneficio de la asistencia y del usuario.

En este contexto surge en EE.UU. la Gestión de Casos como respuesta innovadora en la administración de los cuidados de salud para esas demandas de aumento de la calidad y contención y optimización de los recursos por parte del usuario y del sistema sanitario. Surge también con la necesidad de disponer de un sistema o método de provisión de cuidados que responda a las expectativas de usuarios, profesionales y gestores sanitarios:

- Sobre los usuarios, la Gestión de Casos centra los cuidados en las necesidades reales de los pacientes incrementando su bienestar y satisfacción.
- Sobre los profesionales produce un aumento de la motivación profesional y una potenciación de los roles.
- Sobre los gestores, la Gestión de Casos contribuye a la reducción de estancias hospitalarias y a la racionalización de los costes.

1.2 OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer el grado de conocimiento que tienen los profesionales de enfermería acerca de la Gestión de Casos en los tres hospitales objeto de nuestro estudio.

Objetivos específicos

- Demostrar que la Gestión de Casos es un método poco conocido y poco implantado en los hospitales objeto de nuestro estudio.
- Definir y presentar el modelo de Gestión de Casos.
- Realzar la importancia del papel de la enfermera* como gestora** de casos dentro de este modelo de gestión sanitaria.
- Revisar la eficacia de la Gestión de Casos conociendo los resultados que de su aplicación se derivan.
- Definir y presentar los instrumentos que utiliza el modelo como metodología de trabajo.

*Enfermera/o **Gestor/a

1ª PARTE

MARCO TEÓRICO

2. LA GESTIÓN DE CASOS

2.1. INTRODUCCIÓN

Actualmente la atención al usuario no depende tan solo de la suma de los cuidados que se dispensan si no que depende también de que estos cuidados no sean redundantes ni tampoco que se omitan. Esto adquiere mucha más importancia cuando nos enfrentamos a patologías múltiples que requieren la intervención de diferentes especialistas. Las personas afectadas por enfermedades complejas son grupos específicos para los que la Gestión de Casos es recomendable.

Sobre el modelo de Gestión de Casos se han descrito diferentes enfoques según la política del hospital que lo utiliza, pero a pesar de las divergencias que puedan surgir de la utilización que cada uno haga de ellos, los objetivos y principios que justifican el modelo son comunes para todos:

- Minimizar la fragmentación de los cuidados, sobre todo en pacientes pluripatológicos.
- Optimizar el autocuidado del paciente para reducir riesgos.
- Promover el uso eficiente de los recursos.
- Maximizar la coordinación de las actividades entorno al paciente.
- Potenciar el trabajo multidisciplinario.

La complejidad de los cuidados en salud aumentará en el nuevo milenio, y en esta complejidad los gestores de casos ocuparán posiciones importantes siendo partícipes directos en las futuras organizaciones.

La reingeniería de procesos apuesta por la Gestión de Casos como un método innovador en la administración de los cuidados, sobretodo en aquellas situaciones que requieren de una atención integral -no fragmentaria -del problema de salud.

La Gestión de Casos parece ser la herramienta adecuada para garantizar la rentabilidad, la utilización adecuada de los recursos y la calidad de atención, por lo que es importante que las instituciones y las direcciones de enfermería impulsen este sistema. (Teixidor, M.)².

2.2. HISTORIA DEL MODELO DE GESTIÓN DE CASOS

El modelo de Gestión de Casos emerge alrededor de los años 70 en EE.UU. cuando las asistentes sociales y enfermeras domiciliarias especializadas en cuidados en psiquiatría eran las responsables de la gestión de estos casos. En este contexto Merrill ³, identificó tres categorías en las que se observaba la aplicación de la Gestión de Casos:

- **Servicios Sociales:** En esta categoría la población diana estaba constituida por enfermos con patología crónica que se atendían en la comunidad y el objetivo consistía en disminuir sus estancias medias hospitalarias. Se inició la Gestión de Casos incidiendo en la población anciana y asegurar la independencia de los individuos a través de la maximización de los recursos de la familia y la comunidad era su principal objetivo. La aproximación multidisciplinaria para coordinar todos los cuidados del paciente también se convirtió en uno de los objetivos prioritarios. La mayor parte de los gestores de casos eran, en este modelo, trabajadores sociales.

- **Asistencia Primaria:** Se basaba en el modelo de atención médica. El objetivo era centrarse en un problema concreto de salud con el fin de prevenir visitas frecuentes hospitalarias. La Gestión de Casos la realizaba un médico con la responsabilidad de coordinar los servicios y los tratamientos del paciente. Uno de los mayores logros de este modelo fue la disminución de las hospitalizaciones y de los servicios médicos con la consecuente reducción de los costes y asegurando la calidad de los cuidados. Entre los ejemplos más destacados de este modelo se encuentran los desarrollados por las HMO (Health Maintenance Organization).

- **Asistencia Socio-Sanitaria:** Aquí, la población diana la componían los enfermos crónicos con riesgo de institucionalización. El objetivo de la Gestión de Casos era coordinar los servicios de salud con los servicios sociales y la

responsabilidad para ello podía recaer o en un médico, en un enfermero/a o en un trabajador social. Con este modelo se lograron disminuir los costes de los cuidados y se identificaron y coordinaron los servicios necesarios para asegurar una prestación adecuada de los cuidados.

	SERVICIOS SOCIALES	ASISTENCIA SANITARIA	SOCIO-SANITARIO
POBLACIÓN DIANA	• Enfermos crónicos	• Problema de salud concreto que requiere hospitalización frecuente	• Enfermos crónicos con frecuentes hospitalizaciones
OBJETIVOS	• Aumenta independencia enfermo • Maximización recursos familia/comunidad • Disminuye estancias hospitalarias	• Disminuye estancias hospitalarias • Aumenta la calidad asistencial • Disminuye costes	• Combina servicios sociales y servicios de salud • Disminuye costes cuidados hospitalarios. • Aumenta la calidad • Aumenta el acceso a otros servicios de salud • Aumentan los recursos alternativos comunitarios
GESTOR DE CASOS	• Trabajador social	• Médico	• Médico/Enfermera/ Trabajador social

En muchos hospitales se crea la figura del Gestor de Casos: Saint Joseph, Merci Hospital, Tucson Medical Center, Saint Michel.

Más tarde Zander, K. en su artículo “The Pinciples of Case Management”⁴ realiza también una descripción de los inicios del modelo en Estados Unidos:

El “Case Management” (Gestión de Casos) fue durante los años 50-60 un método de gestión “sin nombre” utilizado en la industria espacial y empezó a utilizarse y conocerse como tal durante los años 70 en la literatura relacionada con el bienestar social.

Ciertos elementos del modelo emergen, en sus inicios, como soluciones a necesidades específicas de la sociedad en un momento determinado. Los

avances del “Case Management” han sido secundarios casi siempre a proyectos gubernamentales relacionados sobretudo con el sector privado de la sanidad. La U.S Health Insurance Industry adoptó el modelo como método de control financiero de los servicios prestados.

No es hasta los años 80 cuando aparece definitivamente el concepto como tal, provocado por la demanda del gobierno de pagar a menor coste unos cuidados de mayor calidad. Aparece también, durante esta década, el nuevo sistema de pago prospectivo según la clasificación diagnóstica del cliente por patologías: el sistema DRG (Grupos de Diagnósticos Relacionados). En este contexto surgen dos hospitales pioneros en la Gestión de Casos y en la creación de la figura de la enfermera como gestora de casos: el New England Medical Center Hospital de Boston, pionero en desarrollar el trabajo de manera multidisciplinar, las trayectorias clínicas y la enfermera gestora de casos al frente de los cuidados de enfermos con patologías agudas; y el Carondelet Saint Mary’s Hospital en Tucson (Arizona), pionero en elaborar programas de continuidad de los cuidados en pacientes que necesitan atención después de un proceso agudo con la enfermera gestora de casos a nivel extrahospitalario.

Con la Gestión de Casos las enfermeras empezaron a buscar métodos que garantizaran, por un lado, la calidad - entendida como la satisfacción del cliente, de los profesionales, de los resultados clínicos obtenidos y de la salud – y, por otro, que resolviesen cuestiones relacionadas con los costes: en cuanto a la reducción de la fragmentación de los cuidados, de las estancias, reingresos, recursos limitados, enfermos crónicos, etc.

En este contexto, el colectivo enfermero ha sufrido cambios importantes en los últimos años. Analizando su evolución se observa que de trabajar con una distribución de los cuidados por tareas, donde las actividades se reducen casi exclusivamente al cumplimiento de las prescripciones médicas; se ha

pasado a trabajar por objetivos, donde la enfermera es la responsable de los cuidados que se prestan a los pacientes.

En esta evolución de la profesión enfermera tiene un importante papel K. Bower, Directora y Copropietaria del The Center for Case Management en South Natick (Massachusetts, EE.UU.), siendo la autora de relevantes publicaciones en el ámbito de la Administración y Gestión en Enfermería y siendo una de las primeras enfermeras en conceptualizar aspectos sobre la reforma de los procesos clínicos asistenciales a partir de una visión multidisciplinar y en promover el liderazgo de las enfermeras dentro de la Gestión de Casos.

Actualmente en los EE.UU. se ha integrado la Gestión de Casos en la mayoría de las políticas de salud federales y estatales con los objetivos de reducir la institucionalización de los pacientes, incrementar y monitorizar el acceso a otros servicios de salud, y extender y aumentar los recursos alternativos comunitarios para la atención sobretodo a pacientes crónicos. A modo de ejemplo cabe destacar que en la reforma sanitaria propuesta por la Administración bajo la presidencia de Bill Clinton se reconocía la Gestión de Casos como uno de los instrumentos de gestión sanitaria más eficaces. Además, es uno de los métodos de gestión utilizados por empresas como la IBM Credit Corporation o la Pacific Bell Telephone Company, en las que existen personas que dedican su trabajo a ciertos tipos de producción que requieren una atención o soporte especial por su mayor complejidad o concentración.

La mayoría de hospitales norteamericanos utilizan la Gestión de Casos como instrumento de apoyo en la gestión de los servicios sanitarios, siendo la enfermera el profesional sanitario que posee el rol de gestora de casos. Canadá, Australia y algunos países de Europa como por ejemplo Francia,

donde se le conoce como *Suivi Systématique des Clientèles*, también utilizan esta herramienta de gestión a nivel sanitario.

Si hacemos una revisión de los diferentes modelos de administración de cuidados observamos que todos ellos intentan dar soluciones a los problemas, sobretodo a aquellos relacionados con la economía y los derivados de la calidad asistencial. Es aquí donde surge el modelo de Gestión de Casos y con el que la gestión sanitaria se centra en el paciente de forma individual, utilizando un plan de cuidados interdisciplinario. La gestora de casos planifica y coordina la globalidad de los cuidados que precisa el enfermo garantizándose un nivel de calidad establecido previamente y una disminución de los costes derivados, entre otros motivos, de la fragmentación de los cuidados.

La Gestión de Casos es un modelo para ahora y para el futuro. Debe ser desarrollado y adaptado a nuestra cultura de cuidados y a nuestro sistema sanitario, por lo que es primordial la participación y el compromiso de los profesionales sanitarios en su aplicación.

2.2.1 La Gestión de Casos en España

En nuestro país la Gestión de Casos se introduce a través del Reino Unido a principios de los años 90, empezándose a plantear la idea de formar a profesionales de la salud con la finalidad de conocer el método y valorar su implantación a posteriori. A día de hoy empiezan a observarse movimientos en este sentido e inquietud por parte de algunos profesionales respecto a como van a influir los nuevos métodos de gestión en la prestación de los cuidados.

Hoy en día en España la Gestión de Casos es un método poco conocido e implantado en muy pocos hospitales, por lo tanto existen muy pocas experiencias previas respecto al tema y mucho menos que hayan sido publicadas, de aquí que la bibliografía sea tan escasa. La mayoría de la literatura existente se da en el área de la enfermería norteamericana. Los estudios publicados en español sobre la Gestión de Casos sirven como base para futuras investigaciones en enfermería, entre los que destacamos los siguientes:

- Foix, A; et al ⁵ presentan en su artículo el caso tipo de esquizofrenia y el plan de cuidados estandarizado en el campo de la salud mental.
- Solé, P; Olivares, M; Tejido, M ⁶; presentan en su artículo los pasos que siguieron para implantar la Gestión de Casos basándose en el caso tipo como del paciente con neoplasia de recto candidato a amputación perineal aunque no presentan resultados. El instrumento que utilizan para la implantación del modelo es la trayectoria clínica.
- Capsada, A. ⁷, demuestra en su estudio que la Gestión de Casos aumenta la eficacia del manejo de los pacientes con EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) evidenciándose en una disminución de los reingresos y las estancias medias al cabo de dos años de la implantación del modelo. Los

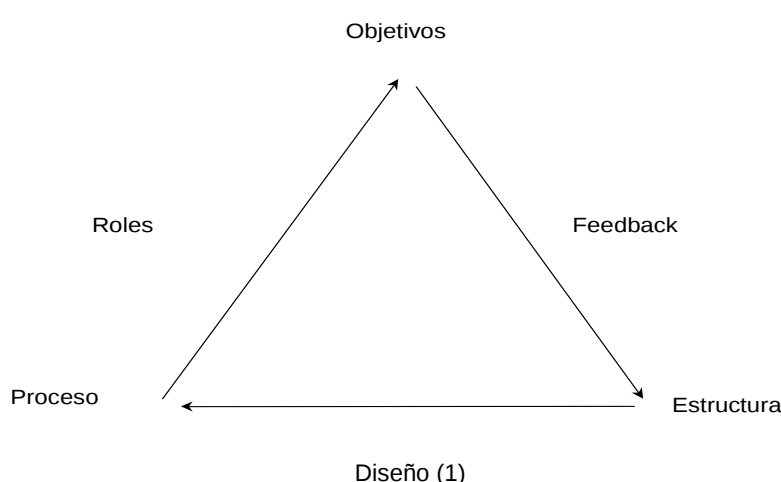
resultados que presenta en su artículo son los siguientes: de tener 145 reingresos en el inicio del modelo se pasa a 96 a los dos años, y de 10,48 días de estancia media se pasa a 7,87 días. Además, resalta la importancia de la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales que permite garantizar la comunicación, el seguimiento de la educación sanitaria y el aumento de la satisfacción del paciente y de sus familias.

- Antón, J; et al ⁸ también presentan la trayectoria clínica como herramienta de la Gestión de Casos en pacientes sometidos a intervenciones de hemilaminectomía lumbar.
- Casarín, A; et al ⁹ elaboran una definición de la Gestión de Casos partiendo de una revisión bibliográfica estadounidense sobre el tema.

2.3 DEFINICIÓN Y CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA DEL MODELO DE GESTIÓN DE CASOS

Dado que es un sistema de gestión joven no existe en la literatura una definición única del modelo de Gestión de Casos. Entre todas ellas podemos destacar las siguientes:

- Silver ¹⁰ describe la Gestión de Casos como “un modelo que promueve el máximo bienestar y ayuda a disminuir la institucionalización a cualquier nivel del sistema”.
- Karen Zander ¹¹, Director of Consultation for the Center for Nursing Case Management, opina que “el origen de la Gestión de Casos se encuentra en el propósito de ofertar una estructura interdisciplinaria de la asistencia sanitaria y en la necesidad del inicio de un sistema de pago prospectivo” y representa el modelo de Gestión de Casos como un triángulo en cuyos vértices se encuentran los objetivos de la institución, la estructura hospitalaria y el proceso de cuidados. Estos vértices se enlazan mediante el diseño del plan de trabajo, los roles de gestión clínica y el feedback.



Además Zander cree que en el diseño (1) de este método se deben desarrollar y dar respuestas a tres áreas importantes: ¿es el cuidado que se presta adecuado?, ¿es el cuidado eficiente?, ¿es el cuidado efectivo? Donde

apropiado significa la precisión de cada intervención, determinada por la evidencia y el consenso de profesionales, asociaciones e incluso del gobierno. Eficiencia la entiende como la relación óptima entre el trabajo hecho y el trabajo requerido, y los recursos empleados para ello como los requeridos para la mejora a producir. Efectividad entendida como la consecución de resultados.

El modelo de Gestión de Casos responde al diseño de nuevos métodos de gestión sanitaria que cuestionan si la atención sanitaria que recibe el paciente es adecuada, eficaz y eficiente. El modelo valora y trabaja con riesgos clínicos, financieros y del paciente, adelantándose a ellos y desplegando estrategias para prevenirlos; para finalmente coordinar los cuidados, conseguir resultados óptimos y contener los costes. Además, este modelo de gestión se fundamenta en la interdisciplinaridad, la continuidad de los cuidados, la toma de decisiones y el factor tiempo; incorporando también unas bases metodológicas tales como las vías clínicas estandarizadas, el análisis de resultados y la evaluación continuada.

El rol de la gestora de casos es el de coordinar y fomentar la colaboración interdisciplinaria entre todos los miembros del equipo que intervienen en el proceso y utiliza estándares idóneos que permitan conseguir la calidad de los cuidados en el tiempo establecido y consensuado. La gestora de casos también potencia la información que reciben los pacientes y familias para lograr que participen en la toma de decisiones, desplegando así una red de recursos para la gestión de la enfermedad y el autocuidado. Las relaciones interpersonales son la clave de este modelo.

Mediante el feedback se evalúan constantemente los resultados obtenidos, prioritariamente los objetivos conseguidos durante todo el proceso. La gestora de casos trabaja en colaboración con el equipo interdisciplinario para asegurar que los objetivos de cada paciente sean conseguidos en el espacio de tiempo que se especifica en las trayectorias clínicas. En la

consecución de los objetivos debe existir una armonía entre lo que se considera resultado del paciente y resultado de los profesionales. El seguimiento es continuo y la evolución del paciente es monitorizada durante todo el proceso. Toda desviación o variación que se produce en la trayectoria clínica de un paciente es detectada. La gestora de casos es la responsable de la identificación y prevención de las variaciones y pone en marcha acciones para rectificarlas y/o solucionarlas. La evaluación continuada de la calidad de los cuidados permite aplicar de inmediato las acciones correctoras cuando son necesarias. Este modelo de gestión relaciona las necesidades del paciente con los recursos sanitarios y organizativos, el profesional toma decisiones en base a los recursos que dispone, aceptando y adaptándose a ellos sin olvidar la calidad de los cuidados.

- “La Gestión de Casos es un método para planificar, coordinar, implantar y evaluar la eficacia y eficiencia de los cuidados que se proporcionan al enfermo y a la familia”. (C. Thibault y M. Nandon)¹⁰

- La definición que aporta la Asociación Americana de Enfermería (ANA)¹⁰ del modelo es la siguiente: “La Gestión de Casos es un método sistemático de acercamiento al cuidar. Sus objetivos principales son: proporcionar unos cuidados de calidad, reducir la fragmentación de los cuidados, mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud y la racionalización de los costes sanitarios. El marco conceptual para la Gestión de Casos incluye cinco componentes: valoración, planificación, implantación, evaluación e interacción”.

- La Joint Comision on Accreditation of Health Care Organizations¹⁰, entidad dedicada a la evaluación de la calidad de los centros sanitarios en EE.UU. dice que : “la Gestión de Casos es el proceso de colaboración interdisciplinario que asesora, planifica, implementa, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y los

servicios para dar respuesta a las necesidades de salud de las personas, utilizando la comunicación y los recursos disponibles para promover la calidad de la asistencia y los resultados dentro de los parámetros de coste-efectividad”.

- En palabras de Teixidor, M ², la Gestión de Casos es: el esfuerzo sistemático dirigido a la coordinación de la atención de la persona y de sus familiares que se centra en la consecución de resultados, siendo una opción que permite un mayor y más eficaz control del gasto sanitario. La orientación de la Gestión de Casos destaca dos líneas fundamentales de actuación: por un lado, la calidad, entendida como la oferta de un servicio integral, personalizado y riguroso; por el otro, los costes, considerados como la óptima administración de los recursos de todo tipo imprescindibles para alcanzar los objetivos de salud.”

- Para K. Bower ¹² la Gestión de Casos es “un sistema, rol, tecnología, proceso y servicio”. Como sistema consta de varios elementos: valoración e identificación de problemas, planificación, realización y coordinación de actividades y servicios, y control y seguimiento para asegurar que el paciente ve satisfechas sus múltiples necesidades de salud. También se percibe como un sistema clínico centrado en el episodio de la enfermedad del paciente haciendo énfasis en los resultados que éste debe obtener en un período de tiempo y con unos recursos determinados. Es un rol porque es un método que debe llevarse a término por un gestor/a de casos cuyo papel principal es coordinar todas las actividades y servicios que precise el paciente y la familia en cada momento, y maximizar la contribución para ello de todos los profesionales de la salud. Como tecnología, la Gestión de Casos genera instrumentos y técnicas para planificar y organizar los cuidados y así obtener el mejor rendimiento del período y secuenciación de los múltiples, y a menudo complejos, servicios y cuidados. Como proceso, la Gestión de Casos amplía o complementa los componentes del proceso de atención de enfermería (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como servicio la Gestión de Casos facilita y obtiene servicios para el paciente y la familia, así las

decisiones que toman tanto los pacientes como los profesionales están basadas en las necesidades reales, habilidades, recursos y preferencias del paciente.

La Ley General de Sanidad ¹³ de 1986 establece que el objetivo del Sistema Nacional de Salud (SNS) es prestar una atención integral a toda la población. Para ello se configuraron diferentes niveles de asistencia que con la debida coordinación y utilización eficiente de los recursos debe atender a una población cuyas necesidades de salud aumentan continuamente. A nivel autonómico el Servei Català de Salut (SCS) también expresa la necesidad de coordinar los diferentes niveles asistenciales para asegurar una atención integral del usuario y una continuidad de los cuidados.

En este sentido Manito, I; et al ¹⁴ demostraron en su estudio que existía un desconocimiento importante por parte de los profesionales sanitarios del trabajo que realizan en los diferentes niveles asistenciales, sobretudo en atención primaria; y que este desconocimiento es mucho más acentuado entre el personal médico que en el enfermero. La desconexión que existe entre los diferentes niveles asistenciales es secundaria a diferentes factores entre los que destacan: la falta de coordinación, falta de comunicación, pérdida de información y falta de seguimiento en la evolución del paciente; lo que provoca una falta de continuidad de los cuidados.

El modelo se aplica a grupos de pacientes preseleccionados cuyas particularidades y procesos impactan en mayor cuantía en el gasto sanitario y tienen situaciones clínicas similares:

- pacientes con estancias medias largas
- con múltiples reingresos y repetitivas visitas a urgencias
- que precisen de diferentes niveles asistenciales para controlar correctamente el proceso

- multidisciplinaridad
- con dificultad en la accesibilidad al sistema sanitario
- y/o con criterios de alto riesgo debido a la patología o al entorno social y familiar

Bower y Falk ² indican que todos los pacientes necesitan que se gestionen sus cuidados, pero no todos necesitan un gestor para su caso. Indican también que sólo un 20% de los pacientes de la población total precisan una Gestión de Caso. Ello significa que esta se centra más en los individuos con necesidades complejas que en la gravedad de la afección de salud: en aquellos que requieren una interacción de múltiples factores físicos, sociales, económicos, emocionales, espirituales y del entorno; en los que sufren procesos de varias enfermedades que precisan la intervención de numerosos profesionales y diferentes servicios; y en aquellos que precisan atenciones imprevisibles o que no siguen ningún modelo. Estas situaciones suelen provocar elevados costes, dispersión y duplicidad de esfuerzos y readmisiones.

El control del gasto supone una redistribución de los recursos. Por tanto, podemos decir que este modelo responde a las exigencias que demanda la sociedad: calidad, eficacia, eficiencia y equidad.

Una de las particularidades de este modelo es que se adapta a las características específicas de cada institución y puede ajustarse a las demandas y necesidades de cada centro.

Existen diferentes enfoques de modalidades en la puesta en práctica de la Gestión de Casos. En cuanto a los enfoques encontramos el interno o intercentro y el externo o multicentro: con el que el centro establece conexiones con otros centros de salud, servicios de atención primaria, residencias, etc.; facilitando las transiciones del paciente de un ámbito sanitario a otro

dependiendo de sus necesidades. En cuanto a las modalidades encontramos las características de la institución sanitaria que aplica el modelo en cuanto a la respuesta organizacional y a la cultura.

Es importante desarrollar estrategias de cambio planificado para la implantación de la Gestión de Casos, que deben incluir procesos de información, formación y motivación. Además en la implantación del modelo de Gestión de Casos la gestora debe ser una buena conocedora de las necesidades específicas para cada tipo de pacientes, así como conocer también los estándares institucionales existentes, los recursos que posee el paciente y la institución, las redes sociales y los problemas que se deben abordar para poder predecirlos y estandarizarlos.

En conclusión, podríamos decir que la Gestión de Casos constituye una respuesta innovadora en la administración de los cuidados de salud. Es un sistema de atención al usuario focalizado en la consecución de objetivos específicos estructurado en un tiempo previamente establecido y que utiliza correctamente los recursos adecuados para conseguir dichos objetivos. Por medio de la Gestión de Casos se integran y coordinan los diferentes protocolos de cuidados de salud de diferentes profesionales, adaptándolos a los recursos del centro y a las particularidades del paciente, permitiendo modificar en caso necesario los estándares de cuidados. Así, constituye un proceso mediante el cual se casan las necesidades de los usuarios y se coordina y controla la ejecución de los cuidados en el tiempo que previamente se ha establecido en el plan de actuación interdisciplinario.

Por tanto diremos que la Gestión de Casos es un método de provisión de cuidados al enfermo y a su familia basado en una concepción interdisciplinaria que trata de negociar, obtener y coordinar recursos para orientar y reconducir pacientes complejos, y obtener los resultados clínicos

esperados mediante una conexión entre la calidad de los cuidados y los costes asociados.

La meta de la Gestión de Casos es tratar que los pacientes tengan el máximo nivel de confort, funcionalidad e independencia y conseguir la mínima intensidad de asistencia a los servicios sanitarios y asegurar el nivel asistencial adecuado en cada momento.

2.3.1 El papel de la enfermera en la Gestión de Casos

Las personas con carencias reales o potenciales de salud, ya sea a nivel físico, psíquico o emocional, son la razón de ser de la profesión enfermera y el cuidar de ellas es su papel, esta tarea es tan antigua como el acompañamiento en el sufrimiento y en las necesidades humanas no satisfechas (Teixidor, M.).

La enfermera es el profesional sanitario que proporciona cuidados y acompaña al individuo las veinticuatro horas del día y su trabajo se desarrolla en estrecha colaboración con el paciente. Posee una visión global del mismo, lo que le permite conocer y detectar problemáticas de salud, valorar las necesidades y recursos que precise el paciente y su familia y estar en condiciones de evaluar los efectos de la atención proporcionada. Con todo esto, se erige como el profesional más capacitado para detectar las necesidades del individuo, sobretudo en aquellas en las que se manifiestan carencias.

Históricamente la enfermera está dotada de aptitudes para la detección de problemas, previsión, organización, coordinación y comunicación con otros profesionales. Asimismo, enfermería es buena conocedora de las instituciones, de sus circuitos y de su economía “doméstica” y sabe gestionar los recursos en su nivel más básico. Implícitamente las enfermeras siempre han realizado funciones de gestión de casos y su trabajo ha estado marcado por la polivalencia, flexibilidad y multidisciplinaridad. La enfermera es el profesional ideal para llevar a cabo la Gestión de Casos pues es la que mejor preparada está para ello por definición de su profesión.

No existe una profesión que genere por si misma gestores de casos, pero muchos artículos, tales como Zander (1991), Montiel (1995), Teixidor (1997) y Bower (2005), definen a la enfermera como el profesional más idóneo

para ejercer este papel. Estas autoras describen una serie de requisitos que habilitan a la enfermera para llevar a cabo el papel de gestora de casos:

- profesional experto en la práctica clínica diaria de los casos tipo
- profesional que obtiene las evidencias necesarias del día a día
- buen comunicador
- planificación y realización de intervenciones educativas
- gran capacidad de coordinación y análisis de la situación
- capacidad de casar necesidades con recursos
- capacidad de previsión y detección de problemáticas y variaciones
- visión de futuro, con capacidad de adelantarse a los acontecimientos
- capacidad de liderazgo
- capacidad de delegación
- conocimientos de gestión e informática
- experiencia en metodología. Capacidad para diseñar trayectorias clínicas y mapas de cuidados
- autoridad reconocida por la institución
- control de la correcta ejecución de los cuidados
- planificación de los cuidados junto al equipo interdisciplinario y junto con el paciente/familia
- buena coordinadora de los diferentes sistemas asistenciales, ya sean intrahospitalarios o extrahospitalarios
- evaluación constante de todo el proceso
- gran flexibilidad de movimientos y horarios
- capacidad para la investigación
- capacidad para la innovación y descubrir soluciones nuevas
- experiencia en negociar recursos
- ser una buena intermediaria entre el enfermo, su familia y los recursos disponibles

Todas estas características configuran en su conjunto tres roles básicos de la gestora de casos:

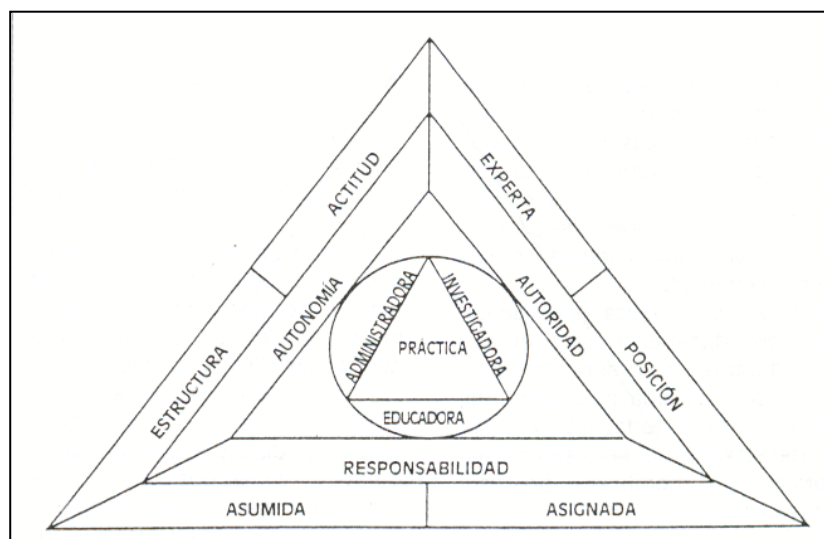
- *Rol clínico*: Es la responsable del asesoramiento del paciente y familia e informa acerca de los factores de salud asociados con el problema de salud.
- *Rol económico*: Colabora con los profesionales de salud en la producción del proceso de cada paciente y utiliza herramientas para la gestión del proceso de forma económica.
- *Rol coordinador*: Responsabilidad administrativa del paciente durante la hospitalización.

Además Teixidor, M ², describe los principales roles que la gestora de casos debe poseer:

- *Un rol social*: la enfermera proporciona un servicio a los miembros de la comunidad y es un elemento para el logro de actuaciones eficaces, eficientes y solidarias.
- *Un rol de educadora*: la enfermera como referente a la educación del cliente. Debe actuar desde la vertiente preventiva y de promoción de la salud implicando a la persona, la familia y los cuidadores con el fin de conseguir la independencia de la persona.
- *Un rol de gestora, de coordinadora y de colaboración*: Aunque la gestora colabore con otros profesionales es ella quien debe liderar el equipo multidisciplinario. Debe conocer los diferentes recursos y servicios del sistema sanitario y debe saber crear sistemas que coordinen la atención continuada del paciente y su seguimiento.

- *Un rol de consejera*: Implica la asunción de responsabilidades, saber escuchar, saber observar y dar respuesta a las necesidades de las personas; y orientar a las enfermeras clínicas formándolas en sus especializaciones.
- *Un rol en la gestión de conflictos, en finanzas y negociación*: Competencia para dialogar cuando existan conflictos y negociación con todos los miembros del equipo multidisciplinario.
- *Un rol investigador*: Se adquiere una responsabilidad respecto a la práctica profesional y la meta de ello es conseguir unos resultados basados en la evidencia científica, garantizando intervenciones que procuren calidad de vida y bienestar.
- *Un rol en el acompañamiento*: La enfermera debe tener competencia para acompañar a la persona en situaciones complejas y saber comunicarse (capacidad para dar y recibir).
- *Un rol en la consecución de resultados*: Los resultados permiten valorar si los procesos o recursos utilizados son efectivos o si deben ser modificados. La enfermera debe tener definidos qué resultados quiere obtener y debe implicar al paciente y su familia en conseguirlos. Es importante también tener sistemas de valoración de la efectividad y resolver las posibles desviaciones. La utilización de protocolos, trayectorias o mapas de cuidados obliga a marcar de forma anticipada los objetivos.
- *Un rol en el diseño de instrumentos y planificación y evaluación de los cuidados*: Competencia en diseñar instrumentos eficaces que permitan la personalización y competencia para evaluar globalmente las situaciones de salud y detectar los núcleos problemáticos.

Guerri S. Lamb¹⁰ representa el rol de la enfermera gestora de casos con el siguiente esquema:



Donde el centro de actuación de la enfermera se apoya en la práctica clínica unida a la función educadora, investigadora y administradora. Este profesional cuenta con un grado de autonomía que le viene dado por la estructura y por su propia actitud, con la autoridad que le confiere el hecho de ser una experta en cuidados y la posición que ocupa dentro del equipo interdisciplinario, y con la responsabilidad que se le asigna y ella asume.

En cualquier caso, el modelo de Gestión de Casos permite desarrollar la vertiente autónoma del rol de la enfermera y dota a ésta de más relevancia en el sistema sanitario y en la sociedad, pasando la enfermera a ocupar una posición central dentro del equipo interdisciplinario. Kerouac et al² enfatizan la importancia de hacer visible la incidencia de los cuidados enfermeros en la gestión de casos e indican que estos pueden contribuir a un ejercicio profesional avanzado al responsabilizar a la enfermera en el aspecto clínico y financiero y al potenciar su autonomía y autoridad cuando asume el rol de gestora de casos.

La Gestión de Casos precisa de prácticas avanzadas en enfermería y debe ser encomendada a enfermeras con competencias clínicas de alto nivel y cuidados integrales, así como a aquellas con capacidad de liderar equipos y competencias en la gestión de recursos y servicios sanitarios y de comunidad (Teixidor, M.)

La enfermera gestora de casos debe tener entre sus funciones prioritarias el asegurar la continuidad de los cuidados que ofrece por sí misma y también por parte de otros profesionales sanitarios. Esta tarea exige una buena coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. La continuidad asistencial se define como una visión longitudinal y compartida del trabajo asistencial, en el que intervienen múltiples profesionales, en diferentes centros de trabajo, que actúan en tiempos distintos con un objetivo común: la salud del ciudadano.

Bower ¹² define también cuatro áreas importantes de trabajo para la gestora de casos:

<i>Gestión reingresos</i>	- Averiguar/investigar el origen(sistema, clínico, enfermo/familia)
<i>Gestión alta</i>	- Capacidad de negociación - Valorar la red de gestión de casos = recursos asistenciales - Valorar barreras que impiden al alta - Valorar responsables de los cuidados
<i>Gestión de recursos</i>	- Valorar costes/beneficios - Eficiencia - Identificar alternativas - Negociar - Evaluar
<i>Gestión enfermedades</i>	- Conocimientos exhaustivos patologías - Conocimientos patologías comunitarias

Las cuatro líneas de intervención básicas de la gestora de casos son:

- Evaluación global del paciente dentro de un enfoque multidisciplinar.
- Identificación de diagnósticos y /o problemas y priorización de estos.
- Concretar resultados a obtener asignándoles unas prioridades de manera cronológica.
- Evaluación.

El centro de la asistencia de la gestora es el paciente y su familia. Dado que las personas no viven aisladas los cuidados deben ir dirigidos también a la familia y/o a las personas significativas de los pacientes. El modelo da la posibilidad al paciente de sentirse más cercano y unido a su familia en el transcurso de su enfermedad y obtener su apoyo y soporte para lograr afrontar mejor su proceso.

Para Tonges¹⁰, la gestora de casos debe ser una enfermera clínica que coordine los cuidados y actividades que precise el paciente proporcionando soporte a la enfermera asistencial sin proporcionar cuidados directos y el número de pacientes que coordina va a depender de la institución.

En opinión de Zander¹¹, la enfermera gestora de casos debe proporcionar los cuidados asumiendo la coordinación de los mismos en su conjunto y tiene asignado un número de pacientes que suele ser menor que en la modalidad anterior.

Teixidor, M.² resalta la importancia de no olvidar que la Gestión de Casos necesita de prácticas avanzadas en enfermería y que, por tanto, debe ser encomendada a enfermeras que hayan demostrado competencias clínicas de alto nivel y cuidados integrales, así como a aquellas con capacidad de liderar grupos y competencias en la gestión de recursos y servicios sanitarios y de la comunidad.

2.3.2 Ventajas del modelo de Gestión de Casos

Diversos trabajos de investigación (estadounidenses y españoles) realizan una argumentación teórica de las ventajas y virtudes de la Gestión de Casos, entre los que destacamos los siguientes:

- Carcagno & Kemper ¹⁵ demuestran la eficacia de la Gestión de Casos en la coordinación e integración de los servicios sociales y de salud en los cuidados a enfermos con patología crónica, demostrando la consecución de unos objetivos que pretenden mejorar la calidad de vida de estos pacientes y la reducción del tiempo empleado en los cuidados de los mismos con la consecuente disminución de los costes.
- Para López, Montiel y Rojo ¹⁶ la Gestión de Casos mejora la planificación y protocolización de los servicios sanitarios y mejora las estancias medias, lo que incide en la consecución de una mayor calidad de los mismos. Además, se integran y coordinan los diferentes protocolos médicos y enfermeros adaptándolos a los recursos del centro y a las particularidades del paciente y se coordina y controla la ejecución de los cuidados en el plan de actuación interdisciplinario.
- Monrás y Noguera ¹⁷ defienden la necesidad de tener en cuenta la organización por procesos como una forma de desarrollar un modelo asistencial hospitalario orientado al paciente e inspirarse en sus necesidades, detectar con claridad los procesos asistenciales en relación a su prevalencia y requerimientos, y promover un cambio hacia la organización por actividades.
- La Generalitat de Catalunya en el documento Catalunya Demà¹⁸, publicado en las II Jornadas de Debate en Junio Del 2001, reconoce la necesidad de encontrar sistemas de mejora continua de los servicios sanitarios y de adecuar a los profesionales para poder conseguir la máxima efectividad, eficiencia y

calidad del servicio. Además, cita que la introducción del sistema de Gestión de Casos permitirá atender mejor las necesidades globales de atención de los diferentes tipos de pacientes, lo que implica que un profesional pueda hacerse responsable de gestionar la atención continua y coherente de determinados tipos de enfermos complejos que lo requieran. La Generalitat de Catalunya contempla también la necesidad de crear servicios o equipos interdisciplinarios con una nueva organización, que sean los ejes de atención de las nuevas líneas de servicios para los ciudadanos. Estos servicios deben transformarse en unidades básicas de gestión con capacidad de decisión en aspectos de selección, retribución e incentivos, y con la responsabilidad de los presupuestos internos pactados, de los objetivos de actividad, política de calidad y de resultados en un entorno de objetivos estratégicos institucionales.

- Capsada. A.⁷, (estudio ya mencionado anteriormente en este trabajo) demuestra en su artículo que con este modelo se logra aumentar la eficacia en el manejo de los enfermos afectados por EPOC (Enfermedad pulmonar Obstructiva Crónica) evidenciándose en una disminución de los reingresos y las estancias medias al cabo de dos años de la implantación de la gestión de casos.

Otros autores insisten en que estos nuevos sistemas pueden evidenciar los cuidados opacos cotidianos de la enfermera y como consecuencia potenciar su papel autónomo profesional.

Otras ventajas y virtudes que se describen en la bibliografía revisada acerca del modelo de Gestión de Casos son las siguientes:

- Las personas con problemas de salud no son vistas como objetos sino como sujetos de unos cuidados
- Este método se centra en un abanico completo de necesidades que presenta el paciente y su familia.

- Aumenta la satisfacción del usuario porque queda implicado en la elaboración de los objetivos del proceso de cuidados.
- Potencia la toma de decisiones y el autocuidado del enfermo.
- Aumenta la calidad de las prestaciones.
- Permiten la gestión clínica y económica de todo el proceso de cuidados.
- Promueve una buena relación coste/efectividad de los cuidados al disminuir su fragmentación, maximizar la coordinación de las actividades, evitar la duplicidad de servicios y pruebas, coordinar los diferentes niveles asistenciales, etc.
- Disminuye las estancias medias, reingresos y visitas a servicios de urgencias.
- Mejora la toma de decisiones de los profesionales y fomenta el trabajo en equipo favoreciendo la aproximación interdisciplinaria para consensuar los objetivos del paciente y del propio equipo.
- Favorece la coordinación de los profesionales que intervienen en un proceso de cuidados fomentando la comunicación, la colaboración y el desarrollo profesional.
- Aumenta la satisfacción de los profesionales porque se potencian sus roles clínicos.
- Facilita el registro enfermero mediante la utilización de instrumentos tales como los planes de cuidados estandarizados y las trayectorias clínicas; por tanto es un método con el que se demuestra la práctica enfermera y su profesionalidad. Se potencia el rol autónomo de enfermería.
- Evalúa objetivos, gestiona las divergencias y mejora los resultados.
- Permite monitorizar los resultados de salud.
- Facilita datos para la investigación en enfermería y otras disciplinas sanitarias y permite realizar procesos estadísticos basados en la evidencia científica.
- Mejora la visión social del rol de la enfermera.
- Obtiene instrumentos para evaluar la eficacia y la eficiencia de los cuidados.

2.3.3 Inconvenientes del modelo de Gestión de Casos

La Gestión de Casos es un método de gestión muy joven que se utiliza en países con culturas y organizaciones sanitarias diferentes a las nuestras, por lo tanto es un modelo que debe adaptarse a nuestra cultura de cuidados y a nuestro sistema sanitario. Como todo proceso de adaptación requiere de paciencia y de procesos de aprendizaje que pueden o no llegar a buen término.

Algunos autores creen que estos nuevos sistemas de gestión clínica están más fundamentados en valores economicistas que en valores cualitativos y éticos existiendo el peligro de una individualización insuficiente de los cuidados.

También surgen miedos de que, al ser enfoques multidisciplinarios, puedan generar relaciones de dependencia de la enfermera respecto a otros colectivos y pérdidas de poder de los profesionales de la salud frente a los gestores.

2.4 METODOLOGIA DE LA GESTIÓN DE CASOS

La Generalitat de Catalunya ¹⁸ habla de la importancia de generalizar el uso de guías y protocolos de tratamiento clínico basados en pruebas, realizadas en colaboración entre profesionales de diversos niveles implicados en el tratamiento de cada caso, dado que han resultado ser instrumentos adecuados para planificar, coordinar la atención de grupos de pacientes homogéneos, aumentar la calidad y mejorar la gestión de los recursos.

La Gestión de Casos pasa a trabajar por objetivos teniendo en cuenta los diferentes recursos humanos, materiales y culturales que dispone la institución y genera instrumentos metodológicos, tales como las trayectorias clínicas, para la consecución de resultados.

Son muchos los instrumentos metodológicos que se revelan útiles para la Gestión de Casos. Podemos destacar, entre otros, los documentos de recogida de datos, evaluación del estado de salud, informes de progreso, informes de relevo de turno, datos relativos a la duración de las estancias, datos referentes a la calidad, mapas de cuidados, etc.

En nuestro trabajo nos extenderemos en definir el instrumento que parece haber encontrado un sitio en nuestro contexto profesional durante los últimos años y que se ha implantado en la práctica diaria en algunos hospitales de Cataluña, nos referimos a las trayectorias clínicas.

2.4.1 Las trayectorias clínicas

La trayectoria clínica es un plan de acción interdisciplinario, abreviado y definido para los “casos tipo”, adaptado para cada paciente, en el que se reflejan las intervenciones y objetivos clave que permiten asegurar la calidad y la estancia media previamente establecida, eliminando los procesos no apropiados. Se adapta individualmente para cada paciente las primeras veinticuatro horas y es utilizada a lo largo de todo el proceso enfatizando sobretodo en la planificación al alta.

Las trayectorias clínicas son instrumentos de soporte que utiliza la Gestión de Casos para *organizar los objetivos e intervenciones del personal enfermero, médico y de otros profesionales de la salud para cada “caso tipo”*. Se basan en la evidencia, en la práctica y en el consenso de un *equipo multidisciplinar* y dan lugar a los llamados Mapas de cuidados. Estos son trayectorias clínicas más elaboradas que muestran la relación entre intervenciones y resultados esperados a lo largo de un período de tiempo más prolongado (semanas, meses o años) y suelen aplicarse a procesos patológicos crónicos, actuando de referencia y guía de todas las intervenciones.

Tienen la función de convertir los planes de cuidados habituales en planes de cuidados muy precisos que engloban las participaciones interdisciplinarias. El cálculo de los medios necesarios por usuario obliga a contabilizar la cantidad de horas de cuidados enfermeros empleadas a lo largo de la estancia en el hospital. Este cálculo se realiza a través de herramientas de análisis de cargas de cuidados como puede ser el sistema PRN descrito por Bisly, M ¹⁹, con el que se puede evaluar la carga de cuidados de enfermería requeridos por cada usuario desde una perspectiva de 24 horas.

Según Bower ¹² las trayectorias clínicas se definen como un entramado que describe, en un eje horizontal, los problemas de posible aparición y las intervenciones que los profesionales deben desarrollar, y en un eje vertical, el tiempo. Se desarrollan por un equipo multidisciplinario y en ellas quedan representados los máximos aspectos del episodio de cuidados para grupos de usuarios homogéneos con una previsión razonable, clasificados a partir de DRG (Grupos de Diagnósticos Relacionados). Para Bower las trayectorias clínicas son adecuadas sólo para un 60-70% de usuarios de la población total y deben ser modificadas para satisfacer las necesidades individuales de los usuarios. Bower propone la utilización de las trayectorias clínicas para aquellos pacientes que no precisan de un gestor de casos,

Bower¹², describe que las trayectorias clínicas deben tener los siguientes componentes:

- Cronología, dependiendo del tipo de paciente
- Índice de problemas y Diagnósticos de Enfermería
- Resultados intermedios
- Resultados del proceso (NOC: Nursing Outcomes Category)
- Intervenciones para conseguir objetivos (NIC: Nursing Interventions Category)
- Valoración del paciente
- Pruebas complementarias y tratamientos
- Educación al paciente/familia
- Planificación/coordinación del alta. El alta del enfermo se contempla desde el inicio de la trayectoria clínica
- Hoja de variaciones

La definición que propone Teixidor, M² es la siguiente: “Las trayectorias clínicas son los planes de cuidados estándar elaborados en equipo pluridisciplinario a partir de la clasificación de diagnósticos del cliente (DRG).

Estos planes sirven para la gestión de los episodios de cuidados previsibles en función de la duración de la estancia prevista. Para los cuidados enfermeros estos planes integran diagnósticos de enfermería reales o de riesgo que se desprenden de las reacciones de la persona frente a los problemas de salud, las complicaciones reales o potenciales derivadas de la patología, los resultados intermedios y finales, y las intervenciones autónomas y de colaboración llevadas a cabo a lo largo de toda la estancia. Las trayectorias clínicas integran, también, las intervenciones de educación dirigidas a la persona y a la familia, así como la planificación del alta. La aproximación por resultados garantiza una práctica profesional pluridisciplinaria basada en evidencias científicas. Han de tener en cuenta los instrumentos de recogida de datos y las modificaciones clínicas o variaciones que se producen en relación con el plan establecido, deben posibilitar la personalización de los cuidados y deben estar encuadradas en un marco conceptual de enfermería.”

Las trayectorias clínicas representan un diseño gráfico de un plan de cuidados dirigido y abreviado con contribuciones interdisciplinarias. En este diseño se deben contemplar los siguientes aspectos:

- desde cuando se inicia (ingreso, tipo intervención quirúrgica, etc.)
- objetivos que se persiguen
- tiempo estimado (dependiendo del GDR, estancia media, etc.)
- días de ingreso (si los cuidados que se prestan son hospitalarios o en centros sanitarios)
- pruebas complementarias y tratamiento
- cuidados de enfermería (como guía pueden utilizarse los planes de cuidados estandarizados de enfermería)

Los profesionales que van a intervenir en su elaboración los decide la propia institución y es imprescindible la participación de este equipo

interdisciplinario para conseguir la adaptación de estos instrumentos de trabajo a la cultura y a los sistemas asistenciales actuales.

Las fases que se utilizan en la elaboración de una trayectoria clínica son similares a las que utiliza el método científico de resolución de problemas:

<i>Método científico</i>	<i>Planificación de cuidados</i>
• Observación de los hechos	• Valoración
• Definición del problema	• Identificación de problemas
• Formulación de la hipótesis	• Formulación Diagnóstico enfermero
• Planificación de la investigación	• Planificación de los cuidados
• Realización de la investigación	• Ejecución
• Verificación de resultados y conclusiones	• Evaluación

Las fases que se utilizan en la elaboración de una trayectoria clínica son:

1. *Determinación del “caso tipo”* en el que se van a enfocar los cuidados.
2. *Valoración* estado de salud del enfermo.
3. Determinación de *Diagnósticos de enfermería e identificación de unos Problemas*.
4. Formulación de unos *objetivos*.
5. Programación de unas *actividades* a realizar.
6. *Ejecución* del plan establecido
7. *Evaluación* continuada de todo el proceso.

1. Determinación del “caso tipo”

Lo que llamamos “caso tipo” hace referencia a aquel grupo de pacientes con características comunes, como pueden ser:

- condición de salud
- características de la población a quien se dirigen los cuidados
- características del entorno de cuidados
- diagnóstico médico
- diagnóstico enfermero
- edad
- residencia, centro socio-sanitario
- etc.

El 70% de los pacientes que pertenezcan al denominado “caso tipo” deben reflejar la misma norma y experiencia y los cuidados de enfermería que se les prestan deben ser cuidados predecibles. La decisión del tipo de enfermo que va a “disfrutar” de unos cuidados estandarizados será producto de la decisión y consenso de un equipo interdisciplinario.

Tanto las características de este grupo de pacientes como los criterios de inclusión y exclusión serán también decisión del mismo equipo interdisciplinario. La cronología que va a tener la trayectoria clínica depende del “caso tipo” y también la decide el equipo interdisciplinario.

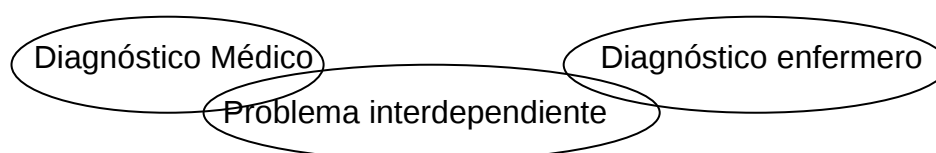
2. Valoración del estado de salud del paciente

En esta etapa principal el papel de la enfermera consiste en recoger el mayor número posible de datos relacionados con el estado de salud del paciente mediante la utilización de instrumentos de registro destinados para ello, como pueden ser las hojas de historial de enfermería basadas en la clasificación que hace Virginia Henderson de las catorce Necesidades

Fundamentales o la clasificación que hace Marjorie Gordon con los once Patrones Funcionales de Salud; o mediante la revisión del historial clínico, entrevista con el paciente/familia, etc.

3. Realización de Diagnósticos e identificación de unos Problemas

Después de un correcto análisis e interpretación de los datos recogidos anteriormente se identifican los Diagnósticos de enfermería que presente el paciente y/o los problemas interdependientes. Según Carpenito¹², existe un punto intermedio entre un diagnóstico de enfermería y un diagnóstico médico, es en este punto donde se pueden encontrar los *problemas interdependientes*:



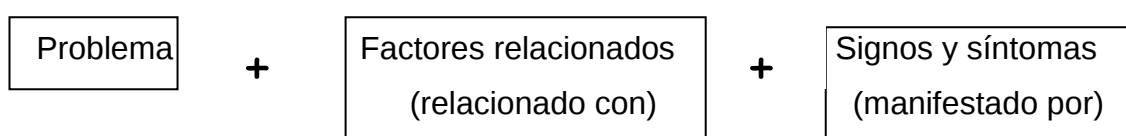
Aquí los diagnósticos de enfermería tratan las esferas bio-psico-sociales del paciente y los problemas interdependientes tratan el área fisiopatológica.

La definición que nos da la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) ¹⁰ en 1990 de Diagnóstico de Enfermería es la siguiente: “Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales y a procesos vitales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones con el propósito de conseguir los objetivos que son responsabilidad de la enfermera”. La NANDA¹⁰ clasifica los diagnósticos en tres tipos:

- Los *Reales*: describen problemas de salud que existen en el individuo, familia o comunidad.
- Los de *Riesgo*: el problema no está presente pero puede aparecer si no se actúa. Aquí es donde se realizan actividades preventivas.

- Los de *Salud*: Hacen referencia al área de la promoción de la salud, Se utilizan sobretodo en el área de asistencia primaria.

El formato que propone la NANDA para el enunciado de los diagnósticos es:



Los factores relacionados se refieren a aquellos factores ambientales, fisiopatológicos o personales que aumentan la vulnerabilidad del individuo, familia o comunidad ante un acontecimiento negativo para la salud. Los signos y síntomas son manifestaciones del diagnóstico. Si estos signos y síntomas quedan registrados en otro lugar, como puede ser el curso de enfermería, podría anularse su aparición en el enunciado.

4. Formulación de unos objetivos.

El equipo interdisciplinario identifica metas para cada población diana o “caso tipo”.

Según la ANA (American Nursing Association) ¹⁰ un objetivo: “es una meta esperada y medible centrada en el cliente, que se ha de conseguir en un futuro específico”, “el resultado esperado de las acciones de enfermería, lo que la enfermera quiere conseguir con el usuario y que tiene el propósito de prevenir, mejorar y resolver problemas identificados como competencia de la enfermera”.

Con las trayectorias clínicas se pasa de trabajar por tareas a un enfoque pluridisciplinar que se centra en los resultados clínicos.

Los objetivos deben ser medibles y observables, realistas para las capacidades del paciente, para la enfermera y para los recursos de los que se dispone; congruentes con otras terapias y deben estar enfocados al paciente y familia. Además te indican donde, cuándo (deben contemplar la fecha de la consecución) y cómo llegar. Dirigen las intervenciones y son instrumentos de medición que permiten la evaluación continuada del grado de eficacia de las intervenciones que se realizan. Son medidas de calidad, describen la condición deseada del paciente en su enfermedad o al final del tratamiento, reflejan la respuesta que da el paciente al tratamiento, permiten establecer una comunicación / negociación con el paciente y son reflejos de las intervenciones de enfermería. Pueden clasificarse en tres tipos:

- *Financieros*. Son aquellos relacionados con aspectos a nivel económico, como pueden ser días de estancia, coste por caso, reingresos...
- *De satisfacción*. Relacionados con el nivel de satisfacción del paciente respecto al cuidado recibido.
- *Clínicos*. Describen la condición deseada o usual del paciente en su enfermedad o al final del tratamiento. Reflejan la respuesta del paciente al tratamiento. Este tipo de objetivo, a su vez, puede ser: de salud, de actividad /funcionalidad, de conocimientos paciente/ familia, de gestión de complicaciones, de confort y control del dolor.

Existen objetivos intermedios que describen la situación del enfermo en determinados puntos del proceso y del tratamiento, además sirven de guía para saber si el paciente progresa tal y como estaba planeado.

El enunciado de un objetivo debe seguir el formato siguiente:

Comportamiento enfermo	+	Criterios de resultado	+	Tiempo	+	Condiciones
-------------------------------	---	-------------------------------	---	---------------	---	--------------------

Donde el comportamiento del enfermo se refiere a la conducta o actividad observable que se presta a mejora o solución, los criterios de

resultado son indicadores que demuestran la consecución del objetivo, en el tiempo se debe especificar cuando el objetivo debe conseguirse y las condiciones son circunstancias que pueden darse o no para la consecución del objetivo.

Los objetivos siempre se plantean y enuncian de forma breve en términos de comportamiento del paciente y no de acciones de enfermería.

5. Programación de las actividades a realizar. Planificación.

La planificación consiste en determinar y desarrollar estrategias para la administración de los cuidados de manera organizada e individualizada.

Las actividades que se planifican se realizan para ayudar al enfermo a conseguir los objetivos, promover la máxima salud e independencia y prevenir, resolver o controlar un problema. Son actividades que no siempre deben ir relacionadas con los objetivos establecidos pero si todas se realizan por y para el paciente.

Deben describir qué se debe hacer, cuando y con qué frecuencia, duración de la actividad, si son necesarias actividades de seguimiento, quién las hace y las registra.

Se clasifican según su relación con:

- El *rol independiente/ autónomo*. Son actividades relacionadas con procedimientos propios de enfermería, como por ejemplo: la información al paciente, educación sanitaria, prevención /observación, satisfacción de las necesidades del paciente, planificación al alta, etc.
- El *rol de colaboración*. Son aquellas actividades que están relacionadas las prescripciones médicas.

6. Ejecución del plan establecido.

Las actividades de enfermería dirigidas a la resolución de los problemas de salud del paciente, deben ponerse en práctica con conocimiento de causa y buena voluntad. La ejecución del plan concluye una vez completadas las actividades y registradas las respuestas del paciente a las mismas.

Enfermería también puede delegar ciertas actividades a otros miembros del equipo, siempre y cuando se asegure la capacidad y limitaciones de estos miembros del equipo, seleccionando las personas más apropiadas y supervisando el desempeño de dichas actividades.

7. Evaluación del plan

Durante esta fase enfermería ha de determinar si se han alcanzado los objetivos realizando un análisis de las respuestas del paciente a las actividades y comparando las reacciones con los criterios establecidos como resultados. Siempre debe haber asignada una persona que se responsabilice de identificar y evaluar los resultados.

Es importante tener en cuenta que el alta no es el resultado de nuestras intervenciones si no que los resultados de ellas nos llevan al alta.

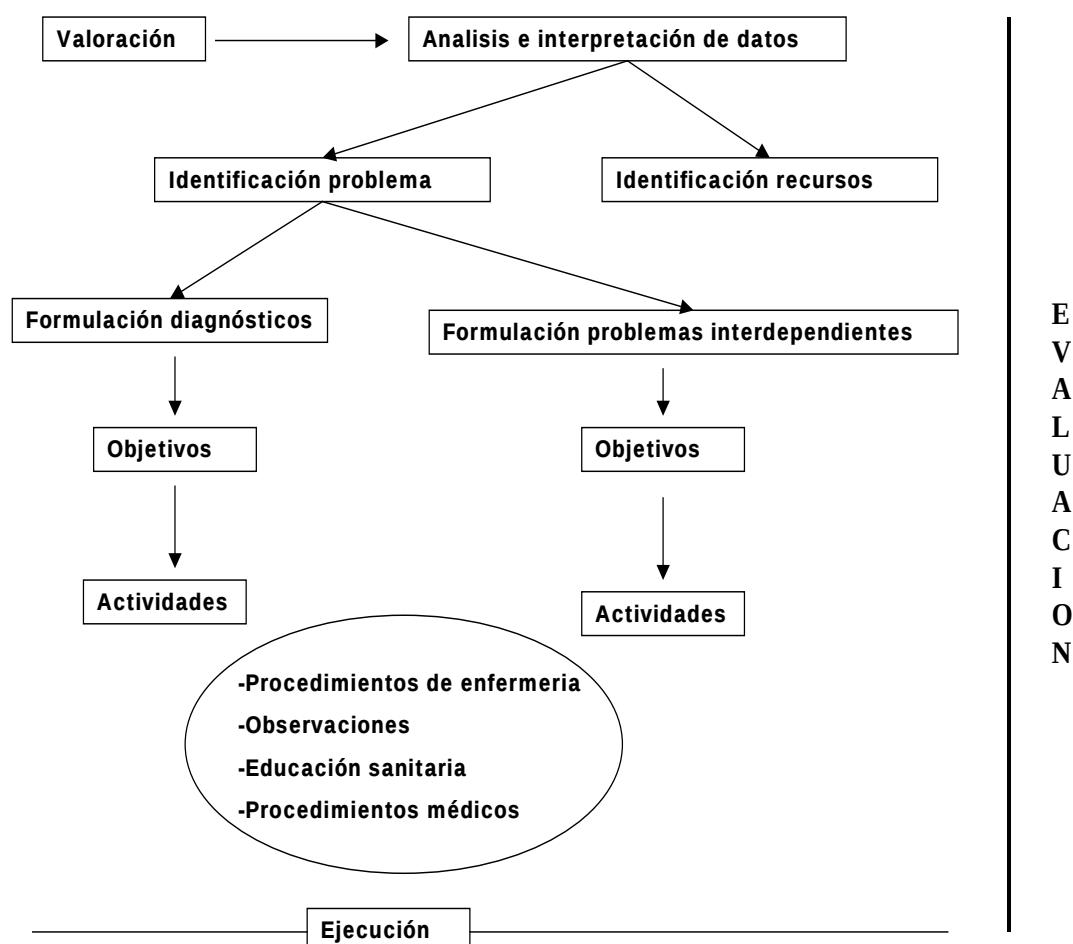
La evaluación debe realizarse desde el inicio del proceso y durante las diferentes etapas del mismo:

- En la etapa de valoración se debe evaluar el cambio del estado de salud que ha experimentado el paciente y asegurarnos que los datos recogidos son los correctos.
- En cuanto al Diagnóstico debemos evaluar si éste es correcto o no.

- Durante la planificación se evalúan los objetivos logrados y si las actividades que se han realizado para conseguirlos han sido las correctas o no.
- En la ejecución se evalúa si el plan se ha realizado dentro del tiempo previsto o no. También es aquí donde se identifican los posibles factores que hayan podido dificultar o facilitar el proceso.

A veces es necesaria realizar una nueva planeación y modificación del proceso según los resultados que se desprendan de la evaluación.

A modo esquemático, a partir del “caso tipo” establecido:



El formato que deben de tener las trayectorias clínicas debe ser adecuado y práctico, caracterizado por su simplicidad, evitando redundancias y duplicidades y siempre sujeto a variaciones.

Una de las características de las trayectorias clínicas es que permite realizar una GESTIÓN DE LAS DIVERGENCIAS, es decir, observar la diferencia que existe entre las intervenciones y objetivos perfilados y esperados en la trayectoria y la condición real del paciente:

Gestión de la divergencia = diferencia entre lo esperado y lo real

Gracias a la gestión de las divergencias podemos evaluar y corregir cuando sea necesario estudiando lo que ocurre y falla. Monitorizando el proceso se produce un aumento de la calidad de los cuidados y probablemente como consecuencia una disminución de los costes. La consecución de la mejora es un factor que incita además a la investigación, por lo tanto:

Gestión de la divergencia → Gestión de la Calidad
→ Investigación

La gestión de las divergencias permite también identificar qué pacientes son susceptibles de aplicárseles la Gestión de Casos e incorporarlos al modelo:

Gestión de la Divergencia  Gestión de Casos

Las enfermeras norteamericanas tienen codificadas las variaciones, lo que les permite establecer un código de actuación ante aquellas que resultan repetitivas.

En el registro de una variación debe constar la fecha en la que se produce dicha variación, tipo, causa y acción que se realiza. Un ejemplo de formato puede ser el siguiente:

HOJA DE VARIACIONES				
Día	Hora	Variación	Causa	Acciones realizadas

El análisis de las variaciones permite identificar si el paciente debe ser excluido del programa, cambiar de trayectoria clínica y/o modificar la trayectoria del caso tipo.

La detección constante de las variaciones permite la evaluación continuada de la consecución de los objetivos. Además posibilita rectificar y variar estrategias para solucionar problemas concretos y detectar desajustes estructurales.

2ª PARTE

MARCO METODOLÓGICO

3. DISEÑO DEL ESTUDIO

3.1 INTRODUCCIÓN

La bibliografía revisada demuestra las experiencias de países como Canadá y Estados Unidos acerca de la Gestión de Casos como un método que impacta en el gasto sanitario y facilita el autocuidado del paciente mediante el enfoque de los procesos asistenciales desde diferentes ángulos: el interdisciplinario, el económico, el familiar y el social.

A pesar de haberse demostrado la eficacia del método, en España las experiencias de la Gestión de Casos son escasas y en muchas ocasiones mal denominan Gestión de Casos a algunas estrategias de gestión asistencial que se hayan implantadas. Por otro lado, se desconoce el área de desarrollo que tiene la enfermería dentro de este modelo.

Los conocimientos que de ello poseemos los miembros del equipo de este trabajo, así como la credibilidad que depositamos en dicho método, nos sugirieron emplearlo como tema para realizar nuestro trabajo de investigación.

Consecuencia de esta reflexión surgen nuestros objetivos de conocer el estado de la cuestión actual de la Gestión de Casos en nuestro entorno para finalmente apoyar nuestra hipótesis. Sólo conociendo su actual eficacia y sus posibles limitaciones podemos pretender defender su aplicación en la práctica profesional. Para ello contamos con la experiencia previa de uno de nuestros hospitales de referencia objeto de nuestra investigación donde la Gestión de Casos empieza a formar parte del sistema de gestión del hospital y empiezan a conocerse indicios de resultados positivos que se consiguen con su utilización en diferentes ámbitos.

Intentamos averiguar cuál es el grado de conocimiento que tienen los profesionales de enfermería que trabajan en los hospitales sobre el modelo de Gestión de Casos y acerca de la metodología de trabajo que utiliza, incidiendo más en las trayectorias clínicas, pues parece que es el instrumento del modelo que ha encontrado un lugar dentro de las instituciones sanitarias.

3.2. HIPÓTESIS

En el ámbito de la enfermería hospitalaria la Gestión de Casos es una herramienta poco conocida y poco implantada.

3.3. METODOLOGÍA

El estudio que realizamos está orientado en determinar el nivel de conocimientos que poseen los profesionales de enfermería acerca de la Gestión de Casos como herramienta innovadora de gestión en las instituciones sanitarias, especialmente hospitalarias.

El estudio se enmarca dentro de la metodología descriptiva y transversal, mediante un estudio de casos.

El ámbito de estudio abarca tres hospitales: el Hospital Santa Maria de Lleida, la Fundación Althaia de Manresa y el Hospital Son Llàtzer de Palma de Mallorca.

3.4. VARIABLES

Las variables estudiadas son:

1. Variable dependiente: El grado de conocimiento que tienen los profesionales de enfermería acerca del modelo de Gestión de Casos.
2. Variable independiente: La Gestión de Casos.
3. Variables intervinientes: Encontramos 11 variables de este tipo (ver clasificación realizada en las tablas a continuación). De éstas 8 son de carácter cualitativo: género, titulación académica, actividad que realiza, turno de trabajo, situación laboral, hospital donde trabaja, tipo de formación continuada y servicio de trabajo actual; y 3 son cuantitativas: edad, años de experiencia y grado de importancia que se le otorga al modelo de Gestión de Casos.

En las tablas que presentamos a continuación quedan registradas la totalidad de las variables que intervienen en nuestro estudio y sus características definitorias.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	FUNCIÓN / TIPO	CONTROL	INSTRUMENTO	ESCALA DE MEDIDA
Edad	Nº de años desde el nacimiento hasta la fecha actual	Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cuantitativa: nº de años
Género	Sexo fisiológico de la persona	Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa: - hombre - mujer
Titulación académica	Certificado universitario imprescindible para ejercer la profesión	Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa: - DUE
Actividad que realiza	Función que desempeña en su organización	Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa: - asistencial - supervisión - gestor/a de casos
Turno de trabajo	Franja horaria en la que desempeña su función habitualmente	Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa: - mañana - tarde - noche - rotatorio
Situación laboral actual	Tipo de contratación laboral que posee en la actualidad	Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa: - contratación fija - suplente - interino

Hospital de trabajo	Institución donde ejerce sus servicios	Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa: - Hospital Santa. Maria de Lleida - Fundación Althaia de Manresa - Hospital Son Llàtzer de Palma de Mallorca
Años de experiencia	Nº de años que hace que realiza su función desde la titulación académica	Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cuantitativa: - nº de años
Tipo de formación continuada	Nombre del curso, horas correspondientes e institución organizadora de dichos cursos realizados en los últimos 2 años	Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa: -cuadro de formación abierto
Servicio de trabajo actual	Unidad/es donde habitualmente desempeña su tarea	Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa: - 1... - 6
Conocimiento del modelo de Gestión de Casos	Afirmación o negación de tener información del modelo	Dependiente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa: - si - no
Definición de Gestión de Casos	Método para planificar, coordinar, implantar y evaluar la eficacia y eficiencia de los cuidados que se proporcionan al enfermo y familia	Dependiente	Manipulación intencional	Cuestionario	Cualitativa: - 1 - 2 - 3 - 4
Profesional más adecuado	Categoría profesional más capacitada para liderar el método de Gestión de Casos	Dependiente	Unificación de categorías	Cuestionario	Cualitativa: - médico -asistente social - enfermera

Trabajo del gestor de casos	Conocimiento sobre la función que realiza el gestor de casos	Dependiente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa: - si -no
Gestor de casos en su hospital	Conocimiento de existencia de la figura del gestor de casos en su hospital	Dependiente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa: - si -no -lo desconozco
Líneas intervención básicas del gestora da casos	Conocimiento de las líneas de intervención del gestor de casos	Dependiente	Manipulación intencional	Cuestionario	Cualitativa: - 1... - 6
Desempeño del rol de gestor de casos	Categoría profesional encargada de la Gestión de Casos en caso de existir dicho rol en su institución	Dependiente	Unificación de categorías	Cuestionario	Cualitativa: - médico -asistente social - enfermera - otros
Grado de importancia del método	Grado de importancia que da el personal a la Gestión de Casos en general	Dependiente	Estadístico	Cuestionario	Cuantitativa/Escala numérica 1→10 siendo 1 “nada importante” y 10 “muy importante”
Resultados que se pueden obtener	Resultados globales que se pueden conseguir derivados de la utilización de la Gestión de Casos	Dependiente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa: - 1... - 6
Tipo de pacientes susceptibles de Gestión de Casos	Grupo de pacientes que por sus características son susceptibles de aplicárseles la Gestión de Casos	Dependiente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa: - 1... - 6

Caso tipo	Grupo de pacientes con características comunes	Dependiente	Manipulación intencional	Cuestionario	Cualitativa: - pacientes con características comunes - pacientes con misma patología
Instrumentos que utiliza la Gestión de Casos	Metodología utilizada para desarrollar la aplicabilidad del modelo	Dependiente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa: - 1 - 4
Formación respecto a la Gestión de casos	Haber recibido formación continuada en relación a la Gestión de Casos	Dependiente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa: - si -no
Conocimiento de las trayectorias clínicas	Afirmación o negación de haber recibido información sobre las trayectorias clínicas	Dependiente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa: - si -no
Definición de trayectoria clínica	Instrumento que organiza objetivos e intervenciones de los profesionales que intervienen en un proceso de salud	Dependiente	Manipulación intencional	Cuestionario	Cualitativa: - 1 - 2 - 3
Utilización de las trayectorias clínicas	Utilización de las trayectorias clínicas como instrumento de trabajo dentro de su institución	Dependiente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa: - si -no -lo desconozco
Elaboración de las trayectorias clínicas	Elaboración del instrumento mediante la aportación de diferentes profesionales	Dependiente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa: - si -no -lo desconozco

<i>Tipo de enfermos a los cuales se aplica la trayectoria clínica</i>	Grupo de pacientes a los que se les aplica la trayectoria clínica debido a sus necesidades asistenciales	Dependiente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa: - 1... - 7
<i>Seguimiento trayectorias clínicas</i>	Profesional encargado de realizar el seguimiento y de garantizar la continuidad de las trayectorias clínicas en su hospital	Dependiente	Unificación de categorías	Cuestionario	Cualitativa: - 1... - 6
<i>Formación respecto a las trayectorias clínicas</i>	Haber recibido algún tipo de formación en relación a la utilización de las trayectorias clínicas	Dependiente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa: - si -no

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

Para realizar la definición de la población objeto de nuestro estudio se ha tenido en cuenta la accesibilidad, el coste económico y tiempo necesarios para ello. Se realiza un muestreo intencional por accesibilidad a los datos.

La población se centra en tres hospitales concretos que, por sus características se consideran representativos. De los tres hospitales, dos pertenecen a la XHUP (Red Hospitalaria de Utilización Pública) y un tercero pertenece a la Red Pública de la Consejería de Salud y Consumo de las Islas Baleares. Estos hospitales son:

1. Fundación Althaia de Manresa (Hospital A). Donde existe la figura de la enfermera como gestora de casos y utilizan las trayectorias clínicas en su práctica diaria,
2. Hospital Santa Maria de Lleida (Hospital B). Donde trabajan con trayectorias clínicas.
3. Hospital Son Llàtzer de Palma de Mallorca (Hospital C) donde todavía no están implantados estos métodos de trabajo.

La muestra consta de un total de 363 diplomadas universitarias en enfermería de los tres hospitales objeto del estudio.

Características de los hospitales

1. Fundación Althaia de Manresa

La Fundación Althaia de Manresa se constituyó en diciembre del 2002 fruto de la fusión hospitalaria de dos centros: el Centro Hospitalario y Cardiológico y el Hospital General. El centro está regido por un patronato de 5 instituciones: Ayuntamiento de Manresa, Orden de San Juan de Dios, Mutua Manresana, Caixa de Manresa y Generalitat de Catalunya.

Es un hospital de segundo nivel que ofrece un servicio integral a las personas y abarca desde la asistencia primaria, pasando por servicios sociosanitarios y otras especialidades como medicina del deporte y salud mental, hasta la atención hospitalaria.

Las áreas de procedencia de los usuarios a los que presta la atención sanitaria son: Cerdanya, Solsonès, Berguedà y Bages.

2. Hospital Santa Maria de Lleida

El Hospital Santa Maria de Lleida- antiguo hospital provincial- hasta que se constituyó en 1992 dentro de la empresa pública con personalidad jurídica propia: Gestió de Serveis Sanitaris (GSS). Es un hospital de segundo nivel con elevado grado de autonomía transferido en la misma fecha a la Generalitat de Catalunya.

El Hospital Santa Maria de Lleida dispone de diversas líneas asistenciales como la atención especializada, atención socio sanitaria, asistencia primaria y además cuenta la asistencia en rehabilitación y salud mental pública de toda la provincia.

Las comarcas de procedencia de los usuarios son: La Noguera, el Segrià, la Segarra, les Garrigues, el Pla D'Urgell... entre otras.

3. Hospital son Llàtzer de Palma de Mallorca

La Fundación Hospital Son Llàtzer de Palma de Mallorca se inauguró oficialmente en diciembre del 2001. Es un hospital joven de segundo nivel con un elevado grado de autonomía e integrado en la red pública de la Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears, a la que fue transferido en enero del 2002. El centro está regido por un patronato constituido por representantes de la Conselleria de Salut i Consum, del IB-Salut, del Ayuntamiento de Palma y del hospital.

El Hospital Son Llàtzer presta atención especializada a los ciudadanos de un amplio sector de Mallorca y a los millones de personas que visitan cada año la isla.

Las áreas de salud de referencia son: Marratxí, El Camí, Es Raiger, Migjorn, Serra Nord, Trencadors y Palma.

HOSPITAL	<i>FUNDACIÓ ALTHAIA DE MANRESA</i>	<i>HOSPITAL SON LLÀTZER DE MALLORCA</i>	<i>HOSPITAL SANTA MARIA DE LLEIDA</i>
POBLACIÓ	188.000 habitantes	240.000 habitantes	300.000 habitantes
CARTERA DE SERVICIOS	- Hospitalización convencional - Hospital de día - Asistencia primaria - Asistencia socio sanitaria - Atención ambulatoria - Urgencias - Servicios centrales - Medicina del deporte - Quirófanos	- Hospitalización convencional - Hospital de día - Atención domiciliaria - Atención ambulatoria - Urgencias - Servicios centrales - Quirófanos	- Hospitalización convencional - Hospital de día - Asistencia primaria - Asistencia socio sanitaria - Atención ambulatoria - Servicios centrales - PADES - Rehabilitación - Quirófanos
ÁREAS ASISTENCIALES HOSPITALARIAS	1. Traumatología 2. Área médica 3. Área materno-infantil 4. Área de Críticos (Urgencias/UCI/Reanimación) 5. Área quirúrgica 6. Área socio-sanitaria 7. Salud Mental 8. Sistema de Emergencias Médicas.	1. Área de aparato locomotor 2. Área de Críticos (Urgencias/UCI/Reanimación) 3. Área materno-infantil 4. Área médica 5. Área quirúrgica 6. Salud Mental.	1. Traumatología 2. Área quirúrgica 3. Medicina Interna 4. Cirugía general 5. Área socio-sanitaria 6. Salud Mental 7. Área de Críticos (Urgencias/UCI/Reanimación)
DOTACIÓN DE CAMAS DE AGUDOS	426	326	150
PLANTILLA DE RECURSOS HUMANOS	1.542 - directivos: 9 - facultativos: 303 - enfermería: 451 - DUE: 205	1.259 - directivos: 5 - facultativos: 228 - enfermería: 580 - DUE: 352	650 - directivos: 5 - facultativos: 191 - enfermería: 370 - DUE: 180

3.6. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Con el fin de obtener los datos que verifiquen nuestra hipótesis planteada se ha diseñado un instrumento para recoger de forma individual y anónima el grado de conocimiento que tienen los profesionales de enfermería acerca del modelo de Gestión de Casos.

El instrumento diseñado es un cuestionario elaborado a partir de la bibliografía consultada y el análisis realizado del marco teórico. Está constituido por 30 ítems distribuidos en tres apartados donde se presta atención a datos que hacen referencia a (Anexo nº 1):

- 1ª parte: datos personales y de identificación de los profesionales encuestados.
- 2ª parte: datos relacionados con el conocimiento de la Gestión de Casos como modelo.
- 3ª parte: datos relacionados con la metodología utilizada por la Gestión de Casos- las trayectorias clínicas-.

Existen en el cuestionario cuatro preguntas elaboradas con respuestas correctas e incorrectas con el fin de obtener un control de las variables a las que se refieren dichas preguntas mediante una manipulación intencional.

El cuestionario ha sido validado por nueve jueces que fueron seleccionados para ello por sus conocimientos acerca del tema tanto por el contenido como por la forma.

La participación de los encuestados se ha realizado de forma voluntaria y los cuestionarios han sido distribuidos, recogidos y procesados de forma anónima siendo los autores del mismo los encargados de realizar estas tareas.

El número aproximado de cuestionarios presentados es de 705, repartidos entre los tres hospitales objeto de nuestro estudio. Cabe destacar que de la Fundación Althaia de Manresa se ha utilizado la Unidad Asistencial de San Juan de Dios como referencia de esta institución para distribuir las encuestas para facilitar la accesibilidad a los datos. En conjunto, de los tres hospitales se han obtenido 363 respuestas, lo que supone el 51,5% de los cuestionarios repartidos.

El periodo de recogida de datos fue entre febrero y marzo del 2006 y el análisis de los resultados se realizó entre abril y mayo de 2006; para ello se empleó el paquete informático estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), implicando tanto estrategias de análisis descriptivo como inferencial.

Para una mejor comprensión de los resultados se ha organizado su presentación atendiendo al orden establecido en el propio cuestionario. De ahí que en un primer momento, se atienda a la caracterización de la muestra para posteriormente centrar la atención en algunos cruces de interés para la investigación.

4. RESULTADOS

4.1 ANALISIS DESCRIPTIVO. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA.

4.1.1 Variables personales

La **edad** media del grupo de análisis es de 34,09 años, con un valor mínimo de 21 y un máximo de 62, y una desviación de 8,465 años. Distribuidos por intervalos: entre 21 y 35 años en un 63,9%(232), entre 36 y 50 años en un 30%(109) y entre 51 y 62 años en un 3,3%(12).

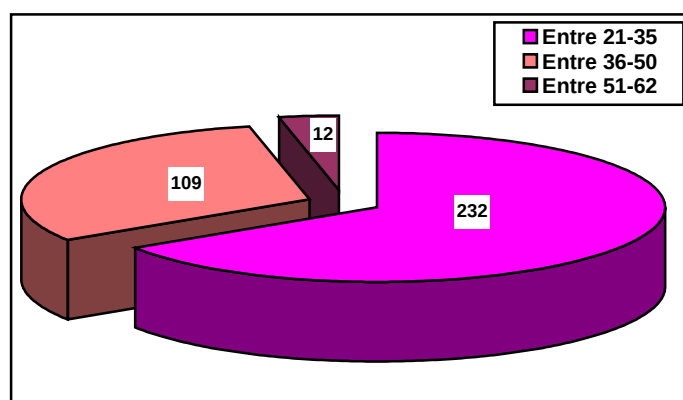


Gráfico 1.- Distribución de la Edad

El **género** se distribuye en un 17 % hombres y en un 83% mujeres.

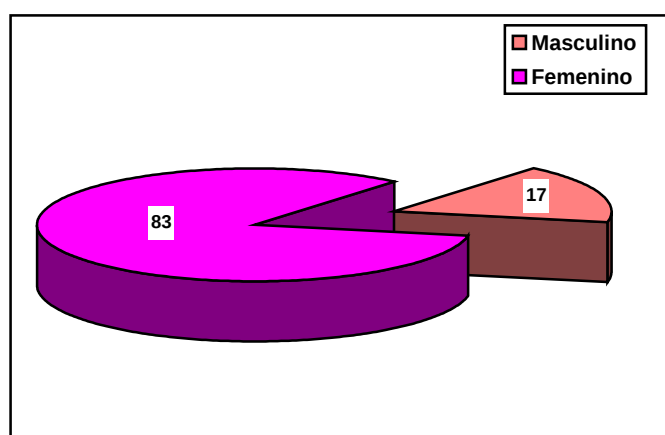


Gráfico 2.- Distribución del Género

4.1.2 Variables sociolaborales

El **tipo de actividad principal** es mayoritariamente el asistencial con un 92,9%, un 6,6% en el área de la supervisión y un inapreciable 0,3% en gestor/a de casos.

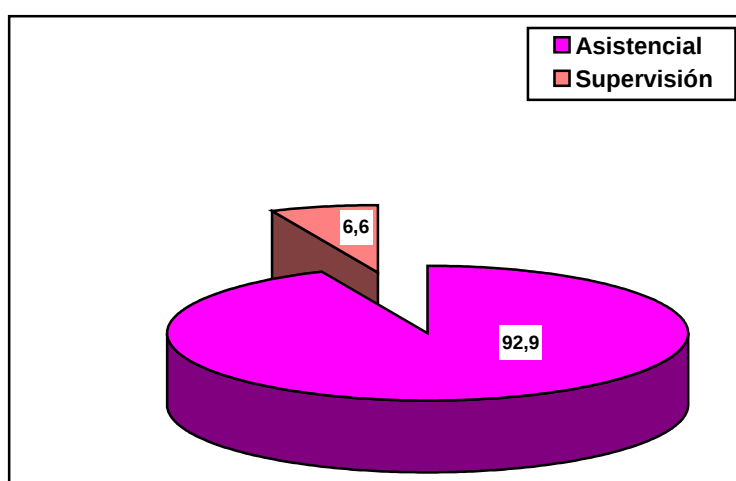


Gráfico 3.- Distribución de la actividad principal

Los **turnos de trabajo** en los que se distribuye la muestra son en un 26,6% de mañana, un 9,6% de tarde, un 10,2% de noche y un 53% en turno rotatorio.

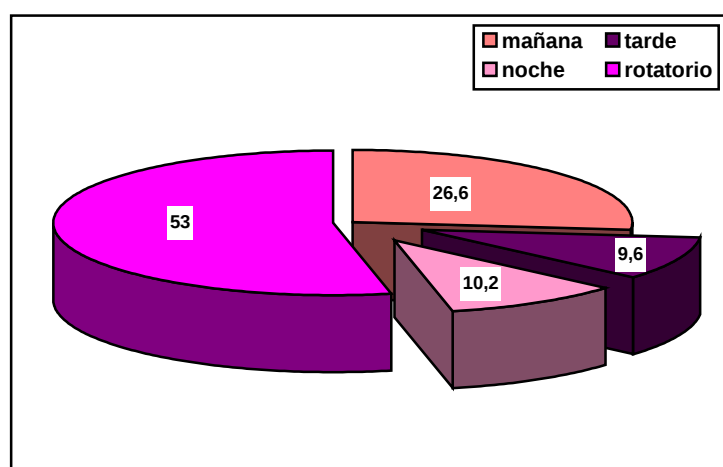


Gráfico 4.- Distribución del turno de trabajo

La **situación laboral** en la que se distribuye la muestra es en un 57,7% en contrataciones fijas, un 24,2% en suplencias y un 17,6% en interinidades.

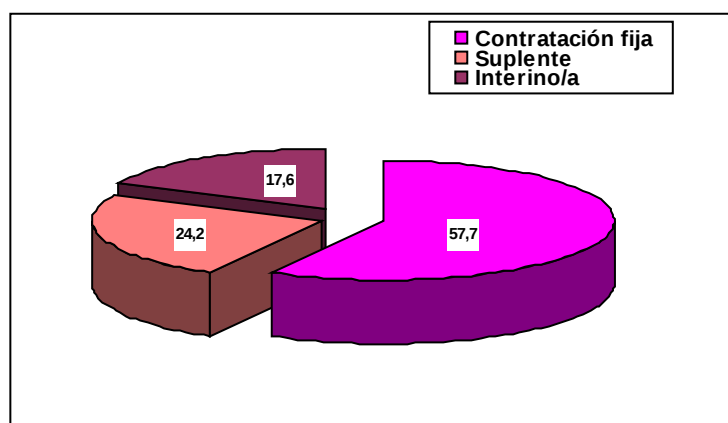


Gráfico 5.- Distribución de la situación laboral actual

Los encuestados trabajan en **tres hospitales diferentes**, en las siguientes proporciones: un 24,2% en la Fundación Althaia de Manresa, un 28,8% en el Hospital Santa Maria de Lleida y un 47% en el Hospital Son Llàtzer de Mallorca. Esta distribución está en consonancia con las respectivas poblaciones de origen. Tal y como puede verificarse en el apartado muestra 3.5., donde prácticamente la mitad de la población la constituye el Hospital de Son LLàtzer y en los otros dos hospitales se distribuye el resto.

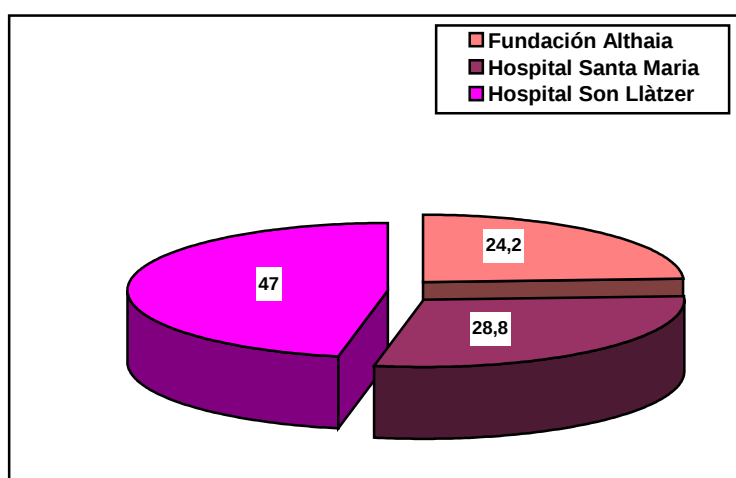


Gráfico 6.- Distribución de la muestra respecto a los hospitales

A este respecto el número total de encuestas repartidas es de 705 de las cuales 363 han sido contestadas y 342 no contestadas. En el cuadro siguiente se observa la distribución de las encuestas según los centros:

	ALTHAIA	SON LLÀTZER	SANTA MARIA
DUE	205	352	150
Encuestas contestadas	88	171	104
%sobre DUE	43 %	48,5 %	69 %
% sobre total encuestas	24,2 %	47 %	28,2 %

Los **años de experiencia profesional** de los encuestados se distribuyen en los siguientes intervalos: menos de 5 años en un 33,7%(123), entre 6 y 10 años en un 28,5%(104), entre 11 y 20 años en un 20,3%(74) y más de 20 años en un 14,7%(54). La media de años de experiencia es de 10,50, siendo su valor mínimo de 1 y su valor máximo de 40, con una desviación típica de 8,22.

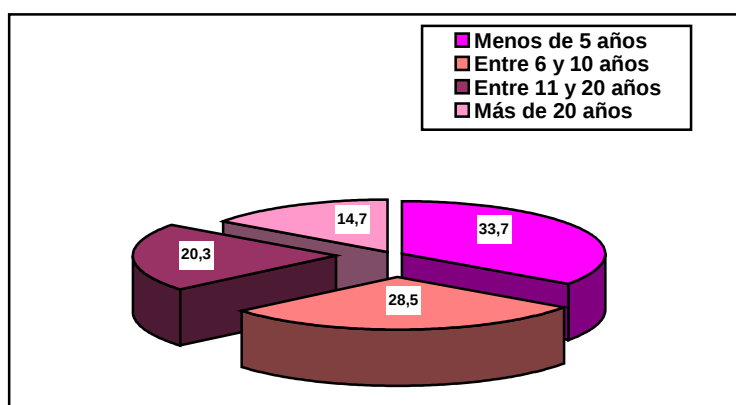


Gráfico 7.- Distribución de los años de experiencia profesional

La **distribución de los servicios** en los que trabaja la muestra se presenta con los siguientes porcentajes: el 16,8% trabaja en urgencias, el 15,1% en servicios hospitalarios quirúrgicos, el 14,3% en cirugía, el 15,4% en medicina interna, el 8% en traumatología, el 6,9% en materno-infantil, el 8,2% en psiquiatría, el 8% en consultas externas, el 4,4% en UCI y el 15,4% en otros servicios hospitalarios.

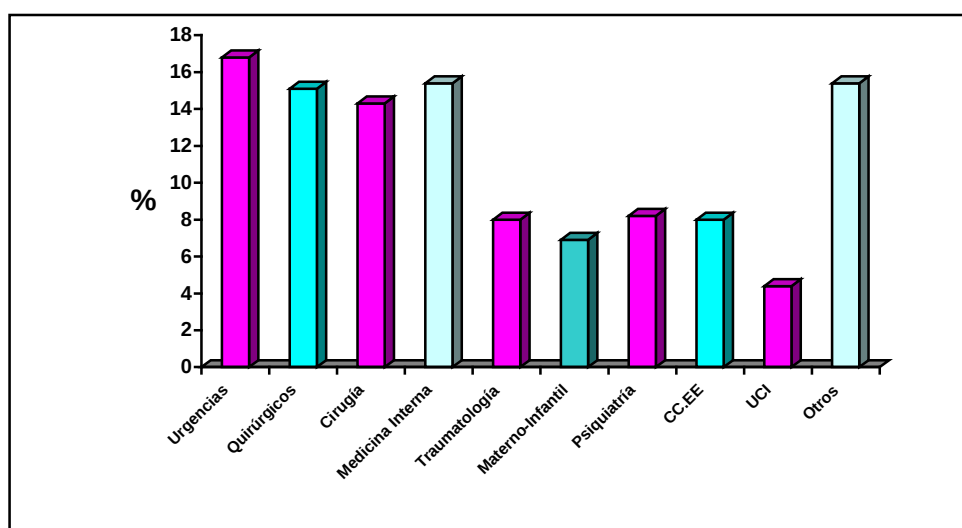


Gráfico 8.- Distribución de la muestra por servicios hospitalarios

4.1.3 Variables de conocimiento sobre la Gestión de Casos

Respecto al **modelo de Gestión de Casos** un 14% de la muestra afirma que lo conoce frente a un 86% que afirma desconocerlo.

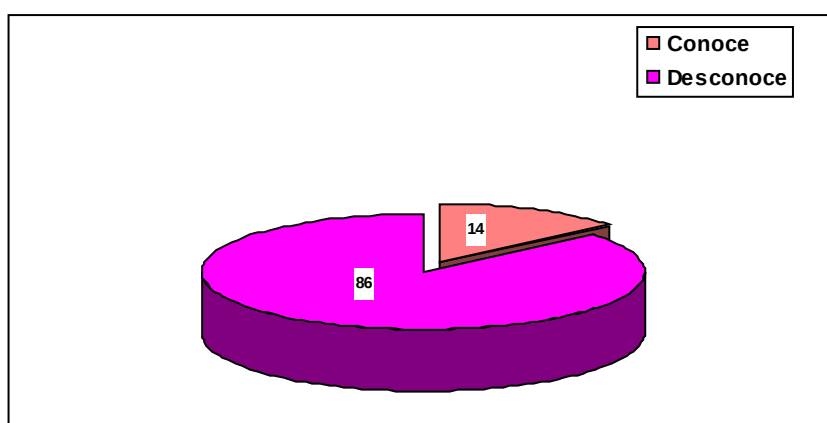


Gráfico 9.- Distribución del conocimiento del modelo de Gestión de Casos

Respecto a la **definición de la Gestión de Casos** un 58,3% de los encuestados señalan en el cuestionario la opción correcta y un 41,7% responden incorrectamente.

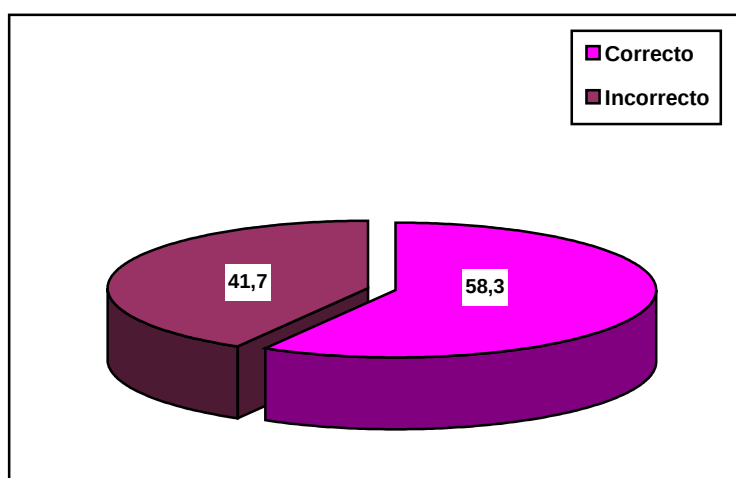


Gráfico 10.- Distribución de la definición de la Gestión de Casos

El **profesional** que aparece como el más adecuado para liderar la Gestión de Casos es en un 72,9% la enfermera, en un 12,5% el médico y en un 14,6% otros.

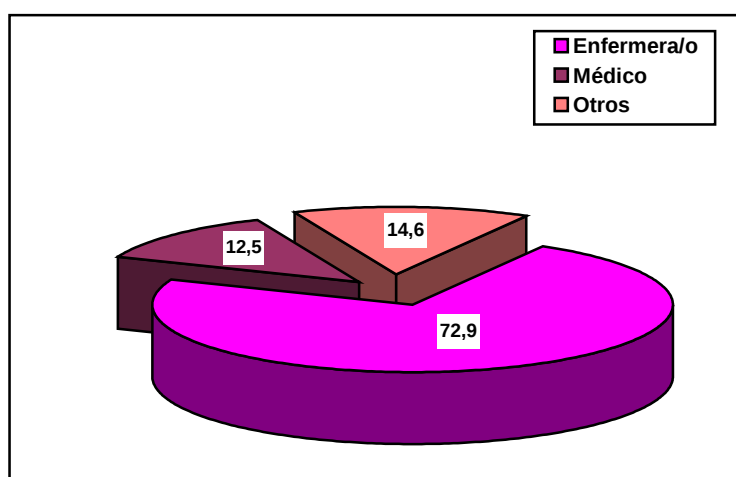


Gráfico 11.- Distribución del profesional más adecuado

Los encuestados creen en un 54,9% **conocer el trabajo que realiza el gestor/a de casos** y en un 45,1% desconocerlo.

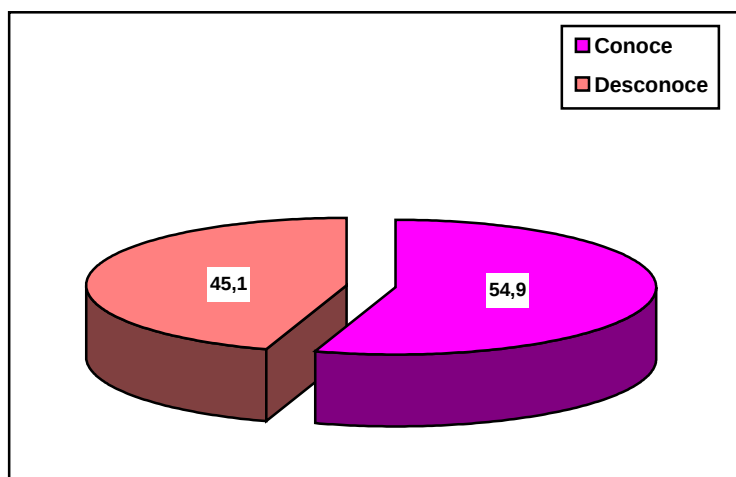


Gráfico 12.- Distribución del conocimiento de la función del gestor/a de casos

Los resultados obtenidos en cuanto a las **líneas de intervención básicas** del gestor/a de casos son:

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN	SI	NO
1.Evaluación global con enfoque multidisciplinar	90,2	9,8
2.Gestión de recursos económicos del paciente	15,7	84,3
3. Identificación de diagnósticos y/o problemas	84,3	15,7
4. Concretar datos cronológicamente	66,7	33,3
5. Evaluar procesos	92,2	7,8
6. Calcular costes proceso	54,9	45,1

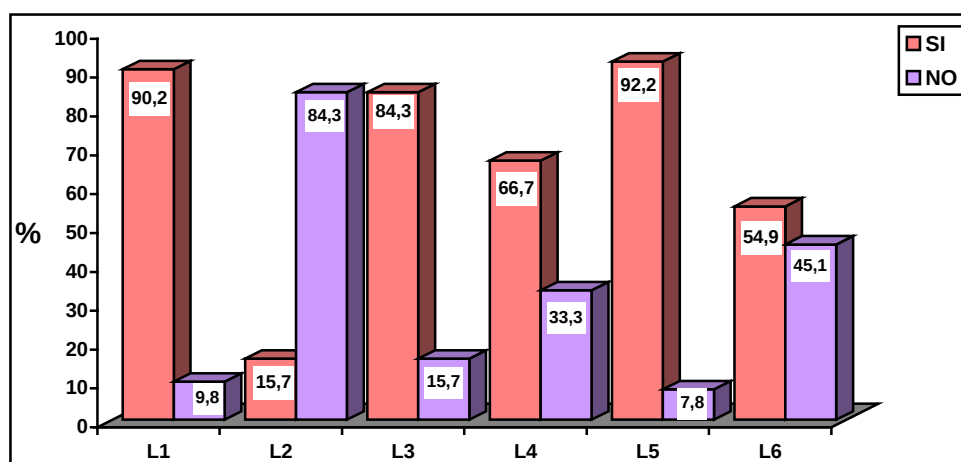


Gráfico 13.- Distribución de las líneas de intervención del gestor/a de casos

La figura del gestor/a de casos existe en los hospitales en un 31,4%, frente a un 23,5% donde no existen y un 45,1% donde desconocen su existencia o no.

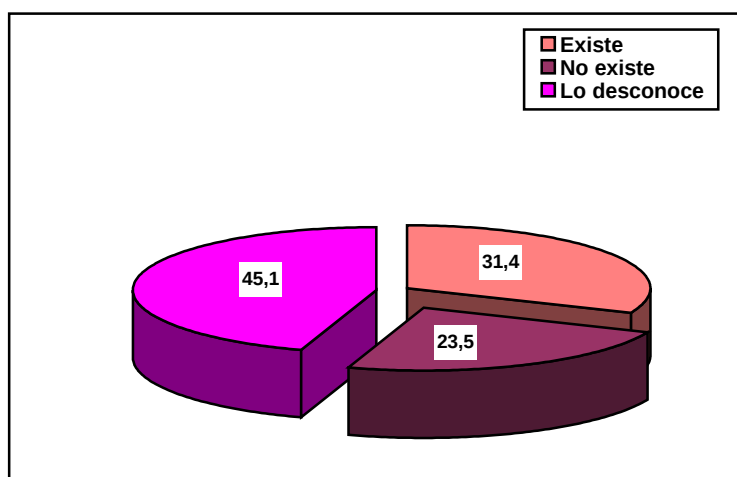


Gráfico 14.- Distribución de la existencia del gestor/a de casos en los hospitales

Respecto a los que afirman que **si hay gestor/a de casos en su hospital**, un 83,3% son enfermeras las que desempeñan este rol y un 16,7% son otros profesionales los que lo llevan a cabo.

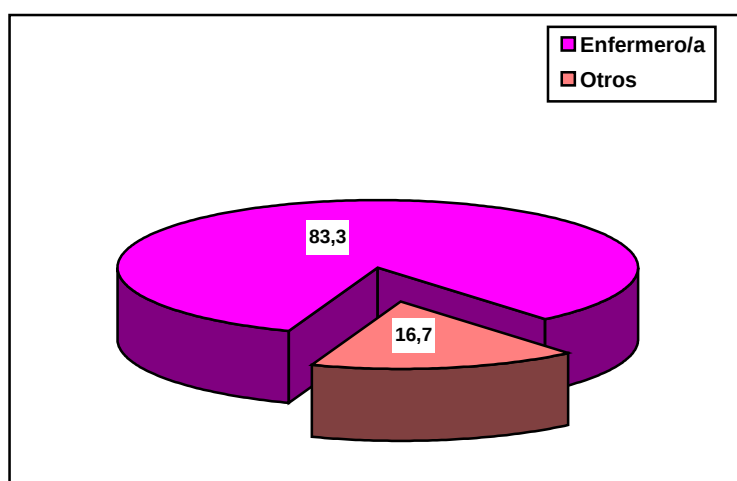


Gráfico 15.- Distribución del profesional que desempeña el rol

El **grado de importancia que se otorga al modelo** en una escala del 1 al 10 es en media de 8,04 y una desviación típica de 1,534; teniendo un 2 como puntuación mínima y un 10 como puntuación máxima.

Los **resultados** que la muestra cree que se pueden obtener con la aplicación de la Gestión de Casos son:

RESULTADOS	SI	NO
1.Contención de costes	58	42
2.Continuidad de los cuidados	82	18
3. Potenciar el trabajo multidisciplinar	86	14
4. Aumentar la satisfacción del usuario	80	20
5. Uso eficiente de los recursos	90	10
6. Aumenta la calidad de los cuidados	84	16
7. Otros	14	86

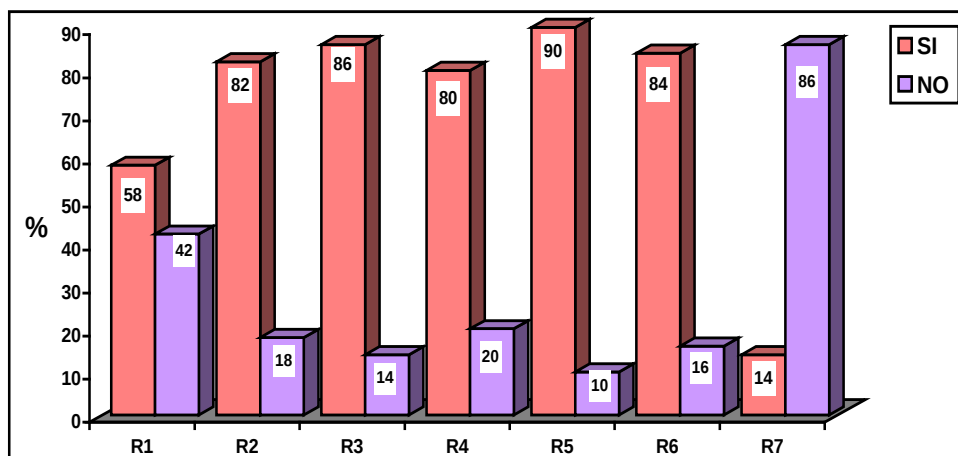


Gráfico 16.- Distribución de los resultados a obtener con el modelo

La muestra otorga porcentajes elevados a los 6 resultados.

Los **pacientes susceptibles de aplicárseles la Gestión de Casos** según los encuestados son:

TIPO DE PACIENTES	SI	NO
1. Pacientes con estancias medias largas	70	30
2. Pacientes atendidos en urgencias	26	74
3. Pacientes con atención en diferentes niveles asistenciales	74	26
4. Pacientes con patología aguda	22	78
5. Pacientes con múltiples ingresos	72	28
6. Enfermos con pluripatología	72	28
7. Enfermos con problemas sociales	54	46

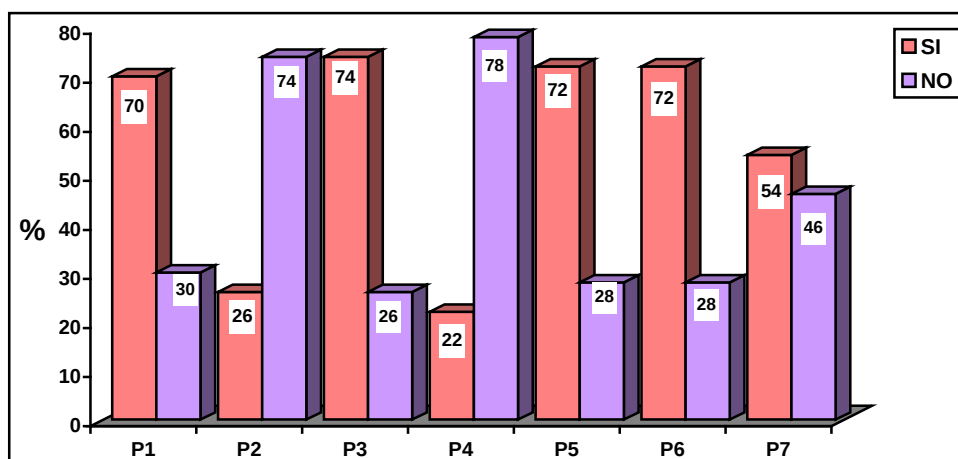


Gráfico 17- Distribución del tipo de pacientes susceptibles de GC

Respecto a la definición del “**caso tipo**” los encuestados responden correctamente en un 63,3% e incorrectamente en un 36,7%.

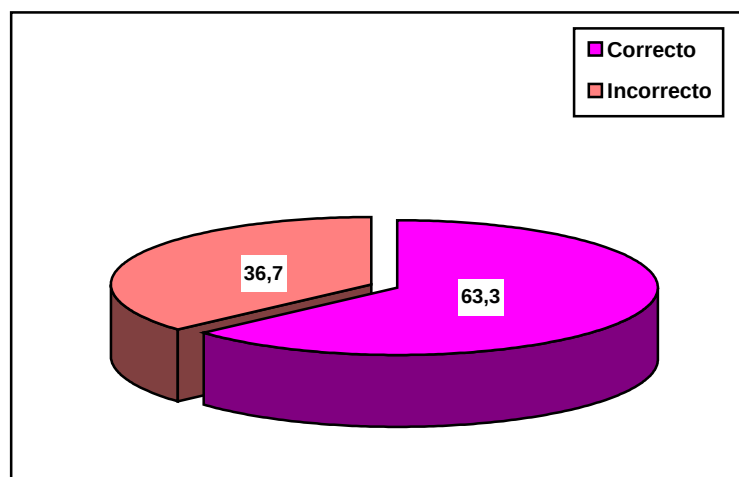


Gráfico 18- Distribución de la definición “caso tipo

Los **instrumentos** que la muestra cree que utiliza la Gestión de Casos son:

INSTRUMENTOS	SI	NO
1. Protocolos	59,6	40,4
2. Planes de cuidados estandarizados	45,8	54,2
3. Trayectorias clínicas	71,4	28,6
4. Otros	12,2	87,8

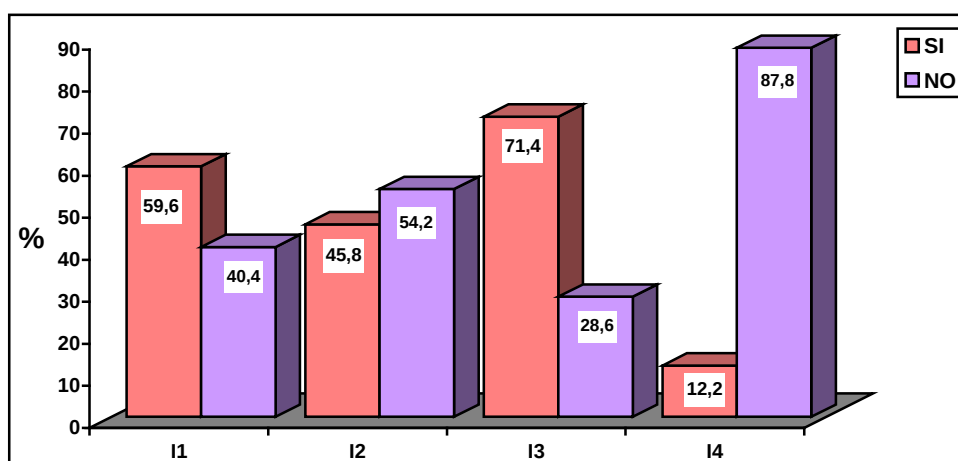


Gráfico 19- Distribución de los instrumentos que utiliza la Gestión de Casos

La trayectoria clínica es el instrumento más utilizado por el modelo según la muestra.

4.1.4 Variables de aplicabilidad de la gestión de casos

El 46,4% de los encuestados **conocen las trayectorias clínicas** y el 53,6% las desconocen.

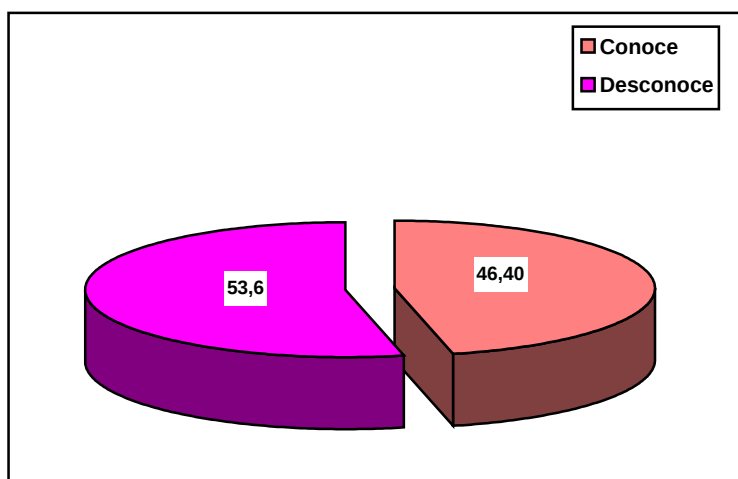


Gráfico 20- Distribución del conocimiento de las TC

Definen correctamente la trayectoria clínica un 74,6% de la muestra e incorrectamente un 21,3%, desconociendo su definición un 4,1%.

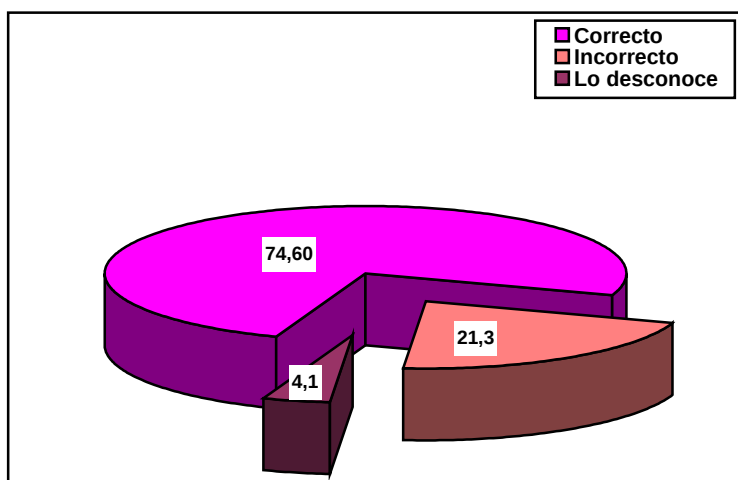


Gráfico 21- Distribución de la definición TC

Un 78,7% afirma **utilizar las trayectorias clínicas** en su hospital, un 7,1% no las utiliza y un 14,2% desconoce si esta metodología está implantada en su centro de trabajo.

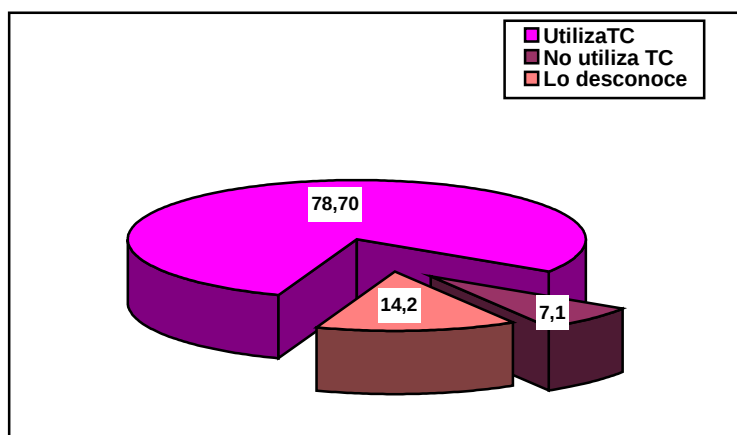


Gráfico 22- Distribución del uso de las TC

De los sujetos que afirman que utilizan las trayectorias clínicas en sus centros habituales de trabajo un 55,6% afirma que la **elaboración de las mismas se ha realizado por consenso multidisciplinar** respecto a un 4,7% que considera que se han elaborado mediante otros métodos. Un 39,6% desconoce el proceso de elaboración de dichos instrumentos.

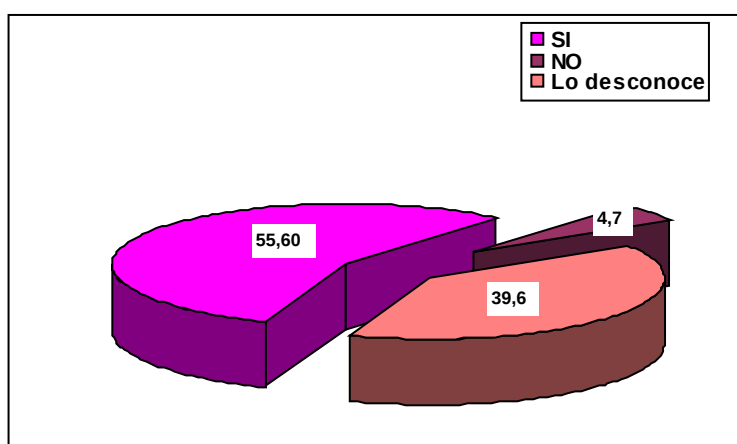


Gráfico 23- Distribución de la elaboración de las TC de forma multidisciplinar

La **aplicación** de las trayectorias clínicas se distribuye de la siguiente manera entre los diferentes tipos de enfermos:

TIPO DE PACIENTES	SI	NO
1. Enfermos con hospitalización en domicilio	14,3	85,1
2. Enfermos con patología crónica	21,4	78,6
3. Enfermos quirúrgicos	78,6	21,4
4. Enfermos atendidos en urgencias	11,3	88,7
5. Enfermos oncológicos	13,7	86,3
6. Enfermos con problemática sociosanitaria	12,5	87,5
7. Otros	26,2	73,8

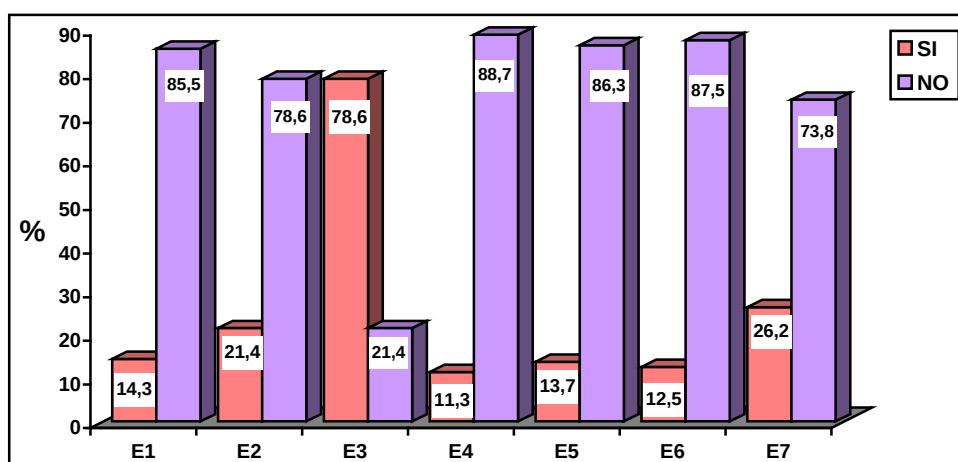


Gráfico 24- Distribución del tipo de enfermos a los que se les aplica la TC

Los **responsables de realizar el seguimiento** de las trayectorias clínicas son;

RESPONSABLES SEGUIMIENTO	SI	NO
1.Supervisora	20,2	79,8
2.Personal de enfermería	39,3	60,7
3. Área de docencia	7,1	92,9
4 Control de calidad	13,1	86,9
5. Lo desconoce	39,9	60,1
6. Otros	2,4	97,6

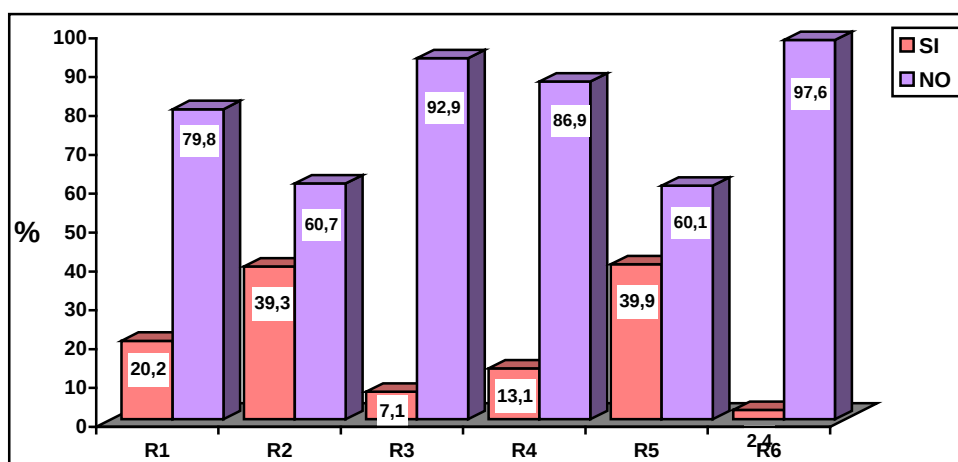


Gráfico 25- Distribución de los responsables del seguimiento de las TC

4.1.5 Variables formativas

Un 18,4% de la muestra refiere haber recibido **formación respecto a la Gestión de Casos** contrariamente a un 81,6% que refiere no haberla recibido,

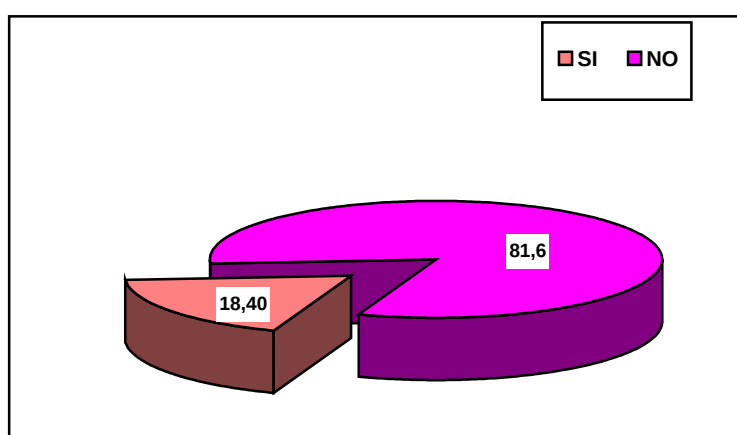


Gráfico 26- Distribución de la formación sobre GC

Un 28,6% de los encuestados refieren haber recibido **formación respecto a las trayectorias clínicas** contrariamente a un 71,4% que refiere no haberla recibido,

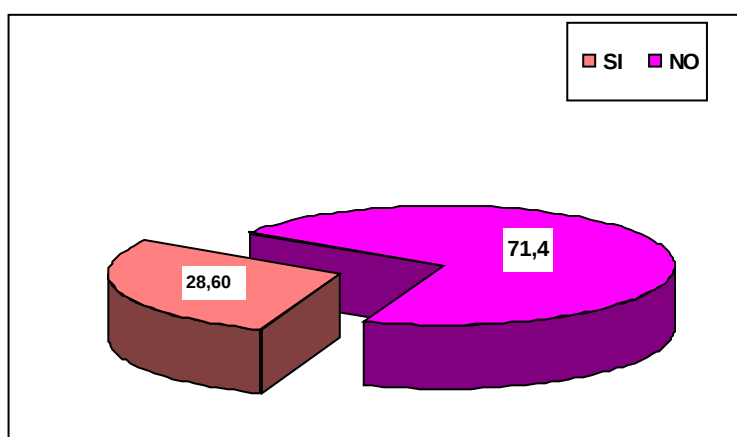


Gráfico 27- Distribución de la formación sobre TC

4.2 ANÁLISIS INFERENCIAL

4.2.1 Análisis de las variables en función de los hospitales

La siguiente tabla y gráfico reflejan la distribución de **género** en los tres hospitales.

Hospital/Género	Hombre %	Mujer %
1.Hospital A	8	92
2.Hospital B	11,5	88,5
3.Hospital C	25,1	74,9

$\chi^2 = 15,285$ $p = 0,000$

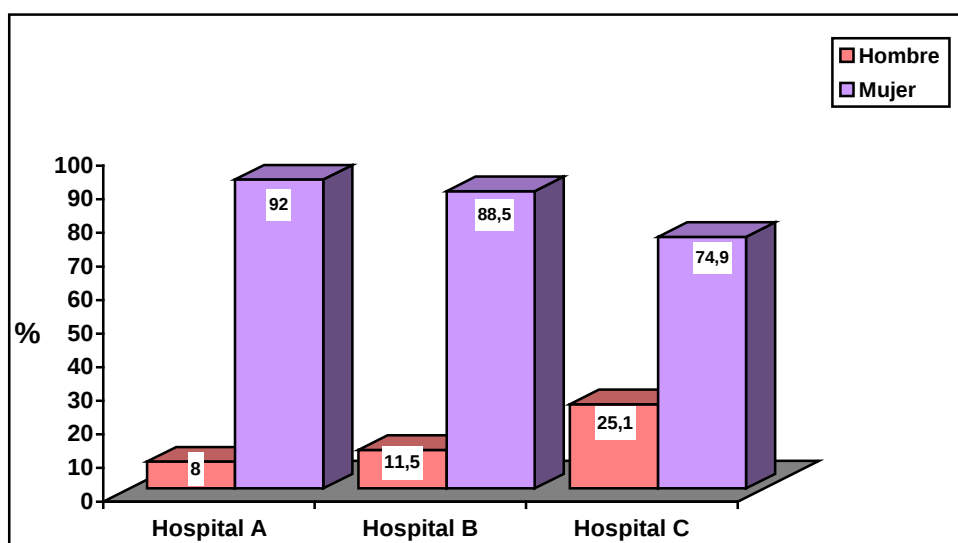


Gráfico 28- Distribución del género

El género predominante en los tres hospitales es el femenino, observándose una mayor presencia del género masculino en el hospital C. Las diferencias entre los tres hospitales son significativas al 95% de probabilidad.

En la gráfica siguiente se especifica el **tipo de actividad principal** que realizan los encuestados.

Hospital/Tipo de actividad principal	Asistencial %	Supervisión %
1.Hospital A	93,2	6,8
2.Hospital B	91,3	6,7
3.Hospital C	93,6	6,4

$\chi^2 = 5,033$ $p = 0,540$

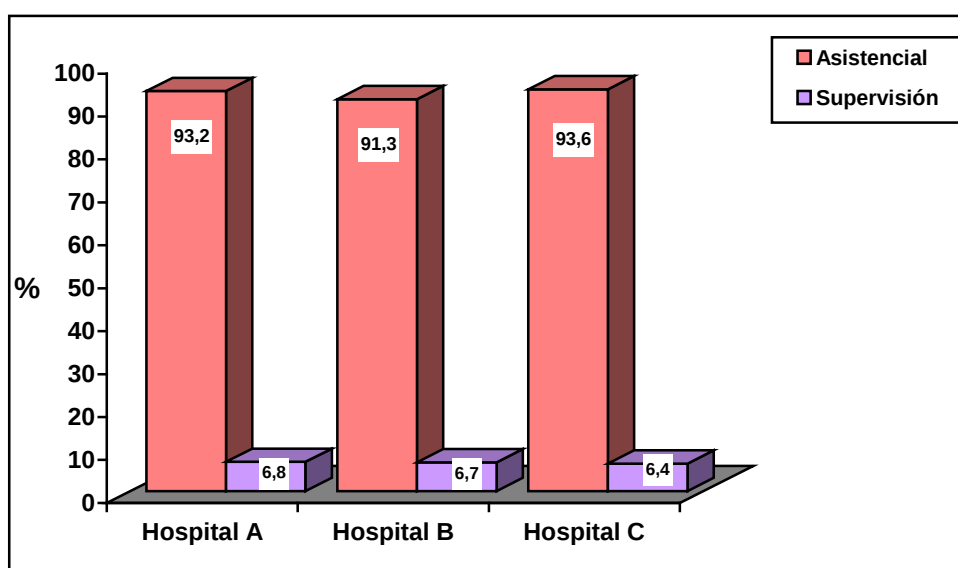


Gráfico 29- Distribución del tipo de actividad principal que se realiza

Como puede observarse la actividad principal de la muestra es la asistencial en los tres hospitales sin diferencias significativas entre ellos.

La siguiente tabla y gráfico reflejan la distribución del **turno de trabajo** de los tres hospitales.

Turno de trabajo	Mañana %	Tarde %	Noche %	Rotatorio %
1.Hospital A	29,5	20,5	22,7	27,3
2.Hospital B	46,1	15,7	15,7	22,5
3.Hospital C	13,5	0,6	0,6	85,4

$\chi^2 = 148,881$ $p = 0,000$

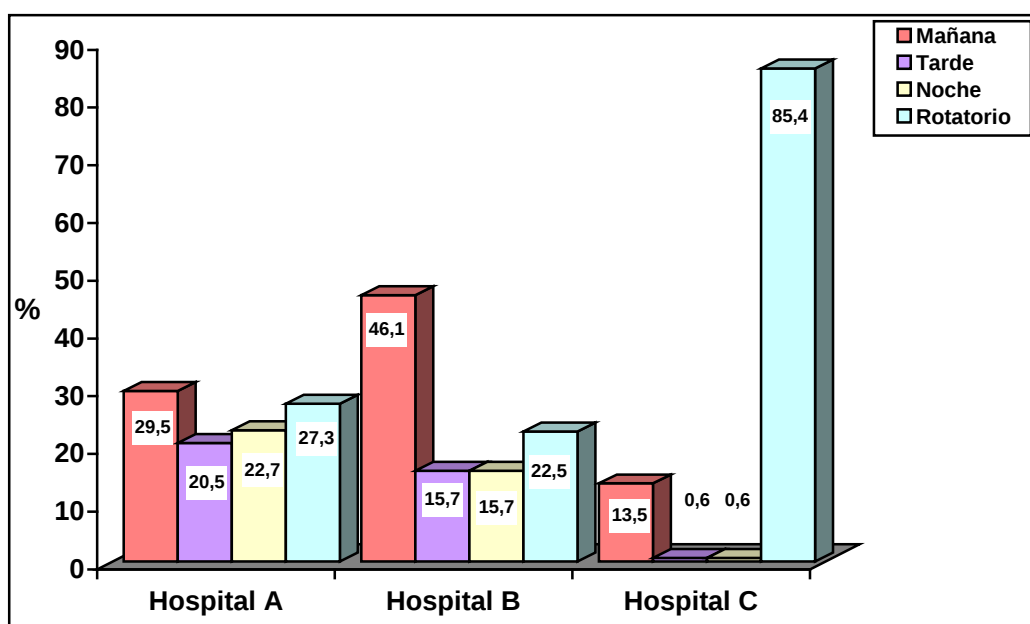


Gráfico 30- Distribución de los turnos de trabajo

Se observa en la gráfica que en el hospital A no hay ningún turno que predomine, en el hospital B el turno que predomina es el de mañana y en el C es el rotatorio el turno que se diferencia respecto a los demás. Por otro lado la organización por turnos es clara y significativamente diferente entre los tres hospitales, como indica el valor de la χ^2

En la gráfica y tabla siguiente se especifica la **situación laboral actual** en relación a los tres hospitales.

Situación laboral actual	Fijo	Interino	Suplente
1.Hospital A	85,2	0	14,8
2.Hospital B	65,7	21,6	12,7
3.Hospital C	39,2	24,6	36,3

$\chi^2 = 62,614$ $p=0,000$

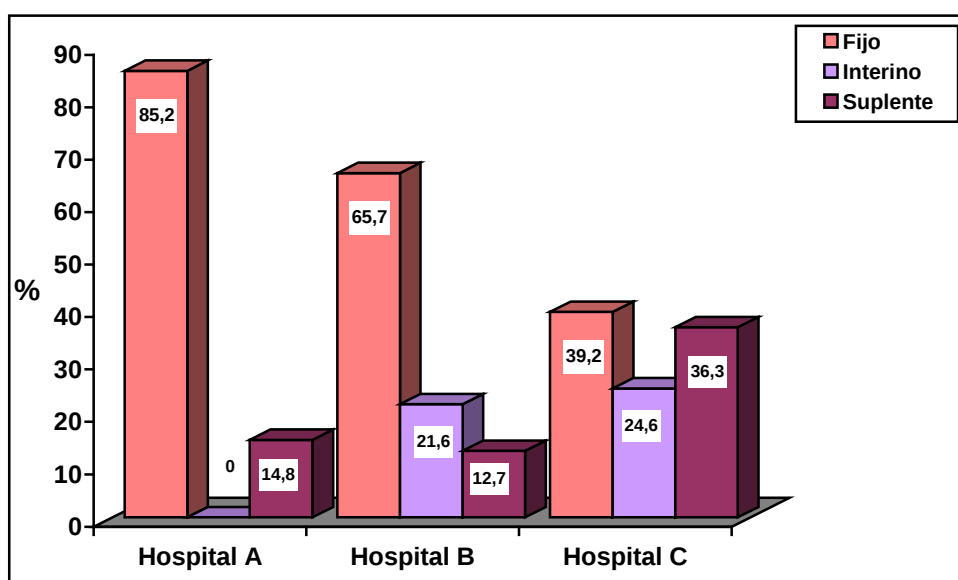


Gráfico 31- Distribución de la situación laboral

En el Hospital A no hay personal interino y la mayoría de los encuestados son fijos. En el hospital B la mayor parte de la muestra también es fija y en el C las tres categorías se distribuyen de forma más proporcional. Las diferencias entre ellos son significativas.

La siguiente tabla y gráfico reflejan la distribución de **los años de experiencia profesional** desde la titulación en los tres hospitales.

Años de experiencia	Media
1.Hospital A	11,8
2.Hospital B	15,89
3.Hospital C	6,47

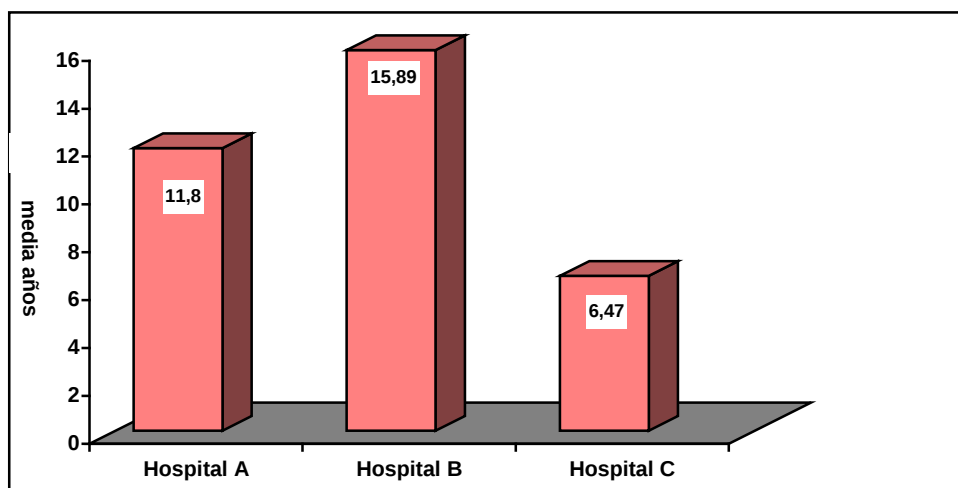


Gráfico 32- Distribución de los años de experiencia profesional

La media de años de experiencia es similar en los hospitales A y B, destacan los pocos años de experiencia en el hospital C.

La siguiente tabla y gráfico reflejan **los servicios hospitalarios donde trabaja actualmente** la muestra:

Servicio Hospitalario	Hospital A %	Hospital B %	Hospital C %
Urgencias	17,0	2,9	25,1
Área quirúrgica	21,6	14,6	12,3
Cirugía	23,9	14,6	9,4
Medicina Interna	14,8	15,5	15,8
Traumatología	12,5	8,7	5,3
Materno-infantil	12,5	0	8,2
Psiquiatría	12,5	13,6	2,9
CCEE	2,3	17,5	4,7
UCI	0	10,7	2,9
Otros	2,3	25,2	16,4

Servicio Hospitalario	χ^2	p
Urgencias	22,682	0,000
Área quirúrgica	3,953	0,139
Cirugía	9,944	0,007
Medicina Interna	0,046	0,977
Traumatología	4,232	0,120
Materno-infantil	12,361	0,002
Psiquiatría	12,340	0,002
CCEE	19,612	0,000
UCI	14,529	0,001
Otros	19,351	0,000

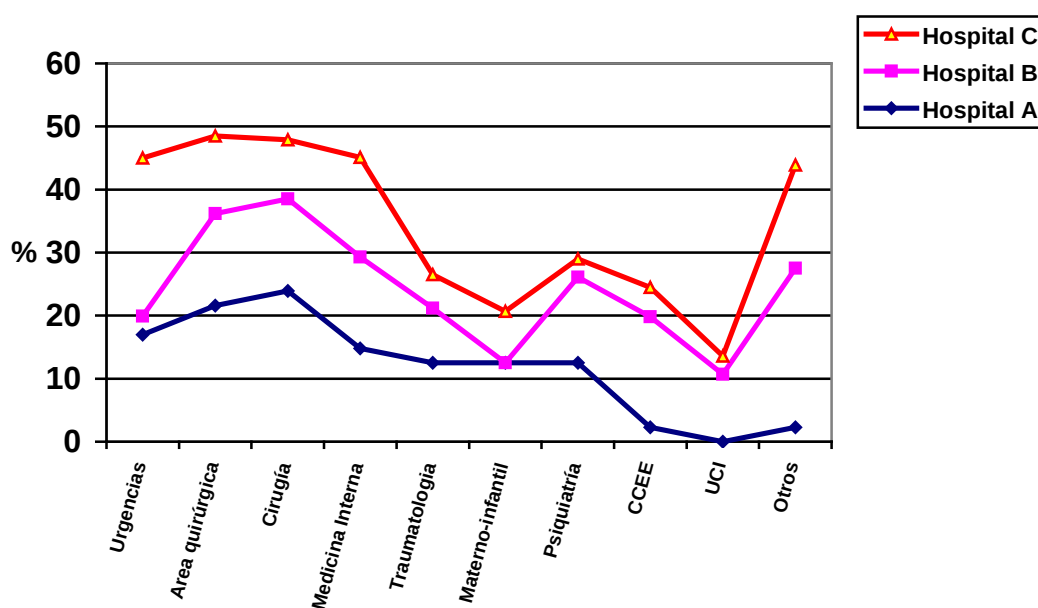


Gráfico 33- Distribución de los servicios de trabajo

Tanto en la tabla como en el gráfico se observa que en general hay diferencias notables y significativas en cuanto al servicio en el que trabajan los/as enfermeros/as. Por ejemplo, hay diferencias muy grandes en urgencias, cirugía, consultas externas y UCI. Los tres únicos servicios en los que no hay diferencias significativas son: área quirúrgica, medicina interna y traumatología

En la gráfica y tabla siguiente se especifica el **conocimiento sobre la Gestión de Casos**:

Conocimiento sobre la Gestión de Casos	Conoce	No conoce
1.Hospital A	25	75
2.Hospital B	11,5	88,5
3.Hospital C	9,9	90,1

$\chi^2 = 11,671$
 $p = 0,003$

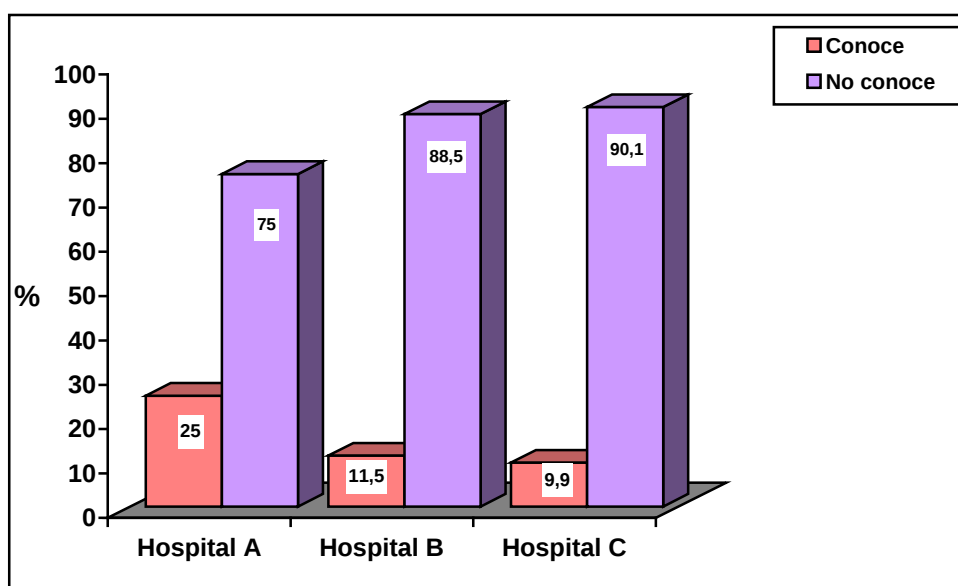


Gráfico 34- Distribución del conocimiento sobre la Gestión de Casos

Es evidente que el modelo de Gestión de Casos no es conocido en ninguno de los tres hospitales, aunque en el hospital A, donde está implantado el método, refieren conocerlo en un porcentaje mayor. Por otro lado, el conocimiento es significativamente diferente entre los tres hospitales.

En la gráfica y tabla siguiente se especifica el **conocimiento de la definición del modelo de Gestión de Casos** en relación a los tres hospitales.

Conocimiento de la definición del modelo	Correcto	Incorrecto
1.Hospital A	55	45
2.Hospital B	63,6	36,4
3.Hospital C	58,8	41,1

$\chi^2 = 3,531$
 $p = 0,740$

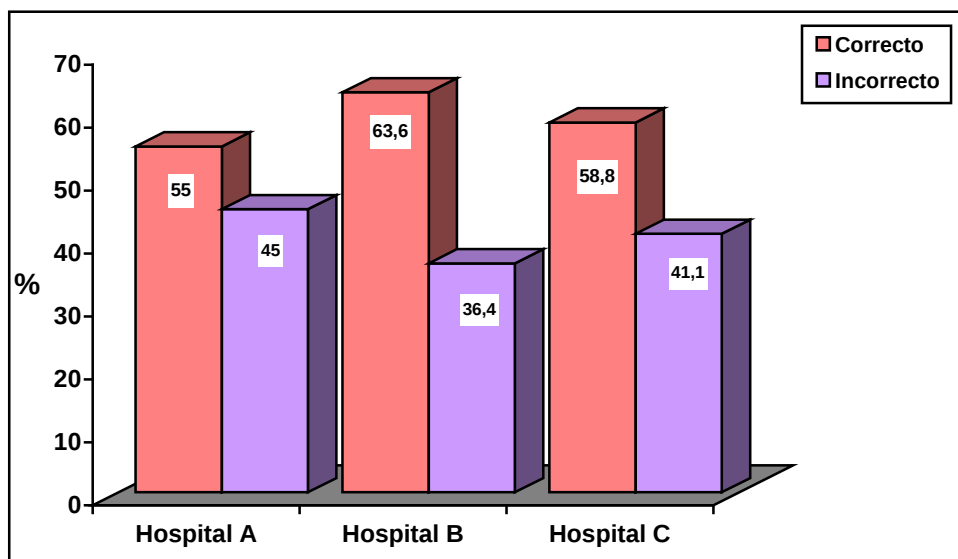


Gráfico 35- Distribución del conocimiento sobre la definición del modelo

No hay diferencias significativas en los tres hospitales, la mitad de la muestra responde correctamente a la definición del modelo.

En la gráfica y tabla siguiente se especifica el **profesional idóneo para liderar la Gestión de Casos:**

Profesional idóneo	Médico	Enfermera	Otros
1.Hospital A	10	80	10
2.Hospital B	8,3	83,3	8,3
3.Hospital C	18,8	56,3	25

$\chi^2 = 3,492$ $p = 0,479$

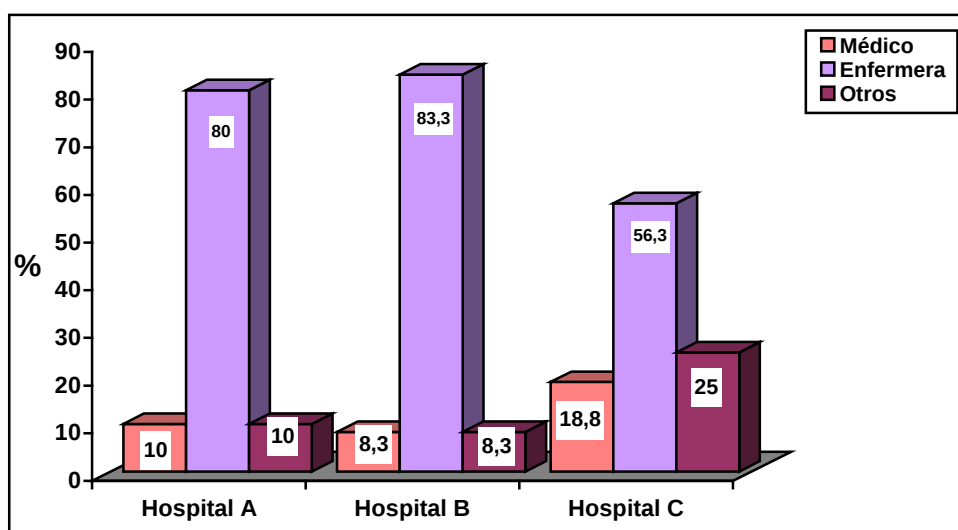


Gráfico 36- Opinión profesional idóneo para liderar la Gestión de Casos

La mayoría opinan que el profesional idóneo para liderar la Gestión de Casos es la enfermera, aunque el hospital C en menor proporción aumentando el porcentaje de otros profesionales. Las diferencias de porcentajes no son significativas.

En la gráfica y tabla siguiente se especifica **el conocimiento sobre el trabajo del gestor de casos** en relación a los tres hospitales

Conocimiento sobre el trabajo	Si %	No %
1.Hospital A	45,5	54,5
2.Hospital B	75	25
3.Hospital C	52,9	47,1

$$\chi^2 = 2,777$$

$$p = 0,249$$

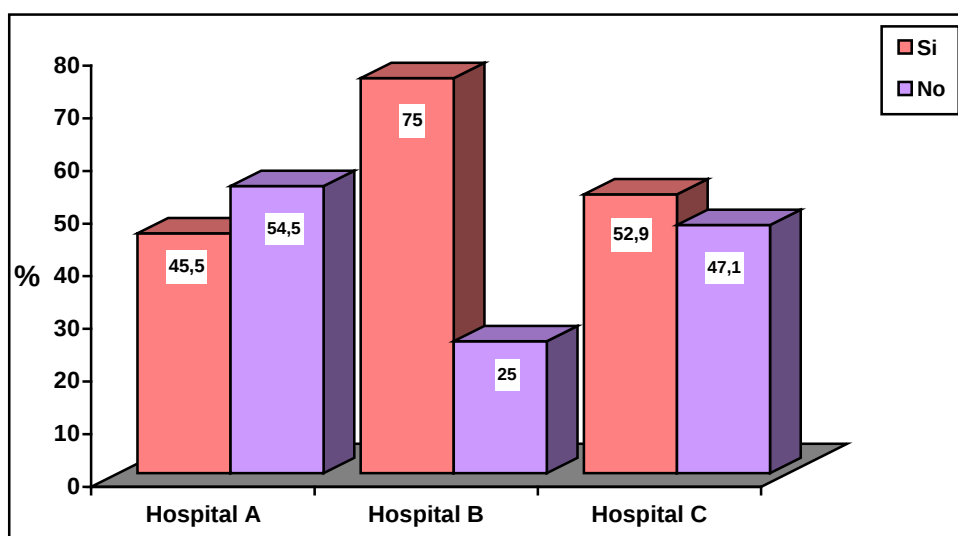


Gráfico 37- Distribución del conocimiento sobre el trabajo del gestor de casos

El hospital B es el centro que cree conocer en mayor porcentaje el trabajo del gestor de casos.

En la gráfica y tabla siguiente se especifica la respuesta afirmativa a **las líneas básicas de intervención del gestor de casos** en relación a los tres hospitales

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN	A %	B %	C %
1.Evaluación global con enfoque multidisciplinar	86,4	91,7	94,1
2.Gestión de recursos económicos	18,2	8,3	17,6
3. Identificación de diagnósticos y/o problemas	81,8	91,7	82,4
4. Concretar datos cronológicamente	63,6	50	82,4
5. Evaluar procesos	81,8	100	100
6. Calcular costes	40,9	58,3	70,6

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN	χ^2	p
1.Evaluación global con enfoque multidisciplinar	0,690	0,708
2.Gestión de recursos económicos	0,644	0,725
3. Identificación de diagnósticos y/o problemas	0,644	0,725
4. Concretar datos cronológicamente	3,473	0,176
5. Evaluar procesos	5,721	0,057
6. Calcular costes	3,486	0,175

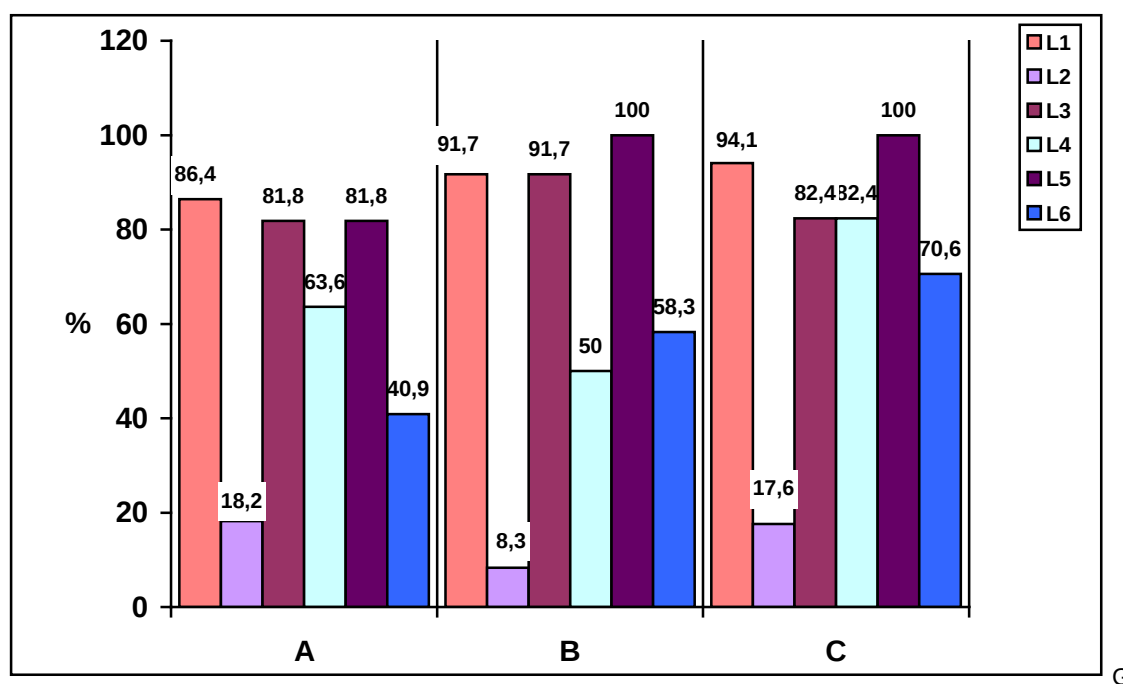


Gráfico 38- Las líneas básicas de intervención del gestor de casos

Las líneas 1, 3, 4 y 5 son las consideradas como correctas y se observa que en los tres centros el porcentaje de respuesta acertada se mantiene elevado, mientras que las respuestas a la líneas 2 y 6 (incorrectas) son bastante elevadas sobre todo en el hospital C.

En la gráfica y tabla siguiente se especifica **la existencia de la figura del gestor de casos** en relación a los tres hospitales

Existencia de la figura del gestor	Si %	No %	Desconoce %
%1.Hospital A	59,1	0	40,9
2.Hospital B	0	75	25
3.Hospital C	17,6	17,6	64,7

$\chi^2 = 31,720$ $p = 0,000$

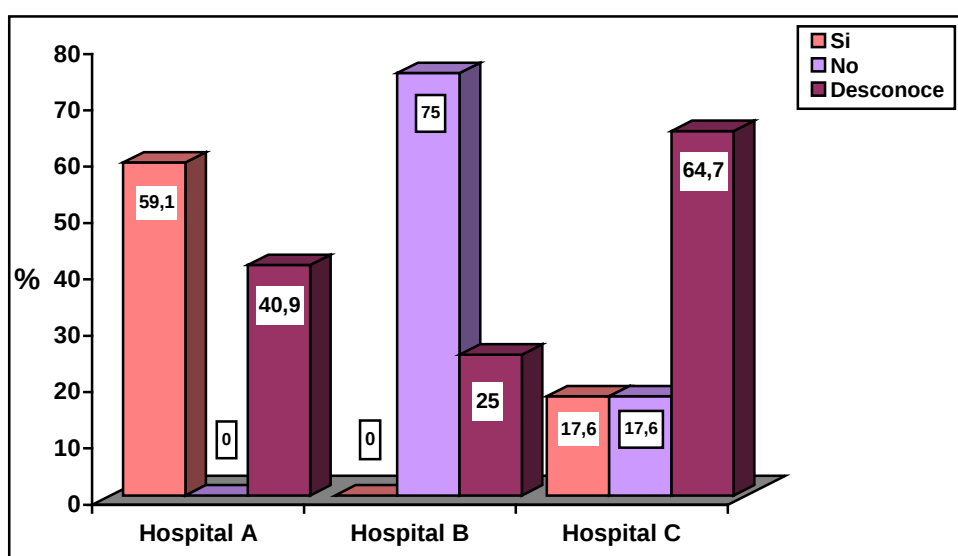


Gráfico 39- Existencia de la figura del gestor

En el hospital C desconocen mayoritariamente la existencia de la figura del gestor, el hospital A tienen más certeza de la presencia de esta figura y en el hospital B un 75% sabe correctamente que no existe tal figura en su hospital.

En la tabla y gráficos siguientes se especifican **los resultados que se obtienen con la aplicación de la Gestión de Casos** por hospitales:

RESULTADOS	A %	B %	C %
1.Contención de costes	54,5	75	50
2.Continuidad de los cuidados	86,4	83,3	75
3. Potenciar el trabajo multidisciplinar	90,9	75	87,5
4. Aumentar la satisfacción del usuario	72,7	91,7	81,3
5. Uso eficiente de los recursos	90,9	83,3	93,8
6. Aumenta la calidad de los cuidados	86,4	75	87,5
7. Otros	4,5	33,3	12,5

RESULTADOS	χ^2	p
1.Contención de costes	1,952	0,377
2.Continuidad de los cuidados	0,829	0,661
3. Potenciar el trabajo multidisciplinar	1,676	0,433
4. Aumentar la satisfacción del usuario	1,764	0,414
5. Uso eficiente de los recursos	0,863	0,650
6. Aumenta la calidad de los cuidados	0,960	0,619
7. Otros	5,389	0,068

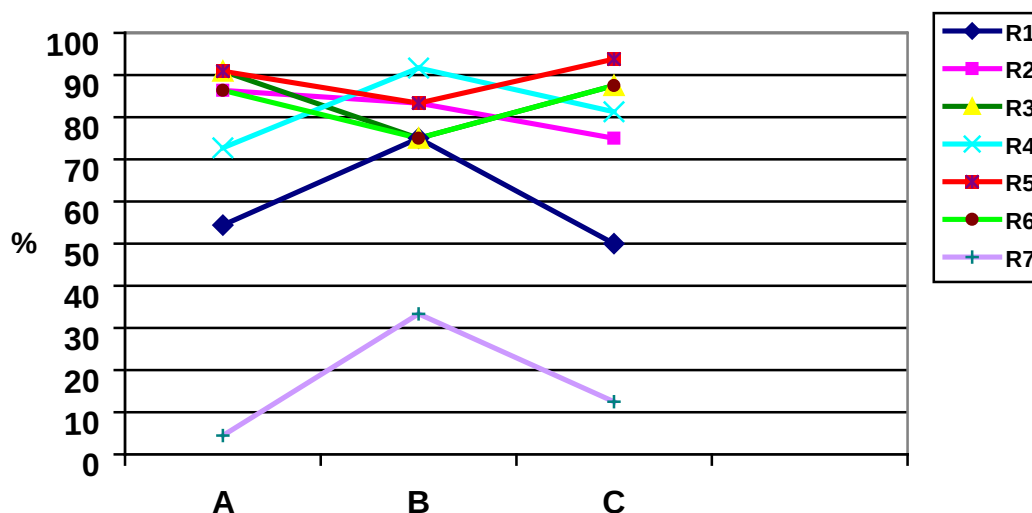


Gráfico 40- Resultados de la aplicación del modelo

La muestra valora como muy positivos todos los resultados que se pueden obtener con la aplicación del modelo de Gestión de Casos. No hay diferencias significativas entre los tres hospitales a este respecto.

En la gráfica y tabla siguiente se especifica **los pacientes que son susceptibles de aplicarles el modelo** en relación a los tres hospitales

TIPO DE PACIENTES	A %	B %	C %
1. Pacientes con estancias medias largas	68,2	50	87,5
2. Pacientes atendidos en urgencias	13,6	41,7	31,3
3. Pacientes que precisen atención en diferentes niveles	68,2	66,7	87,5
4. Pacientes con patología aguda	9,1	41,7	25
5. Pacientes con múltiples ingresos	68,2	58,3	87,5
6. Enfermos con pluripatología	63,6	83,3	75
7. Enfermos con problemas sociales	45,5	58,3	62,5

TIPO DE PACIENTES	χ^2	p
1. Pacientes con estancias medias largas	4,654	0,098
2. Pacientes atendidos en urgencias	3,508	0,173
3. Pacientes que precisen atención en diferentes niveles	2,238	0,327
4. Pacientes con patología aguda	4,925	0,085
5. Pacientes con múltiples ingresos	3,178	0,204
6. Enfermos con pluripatología	1,599	0,499
7. Enfermos con problemas sociales	1,203	0,548

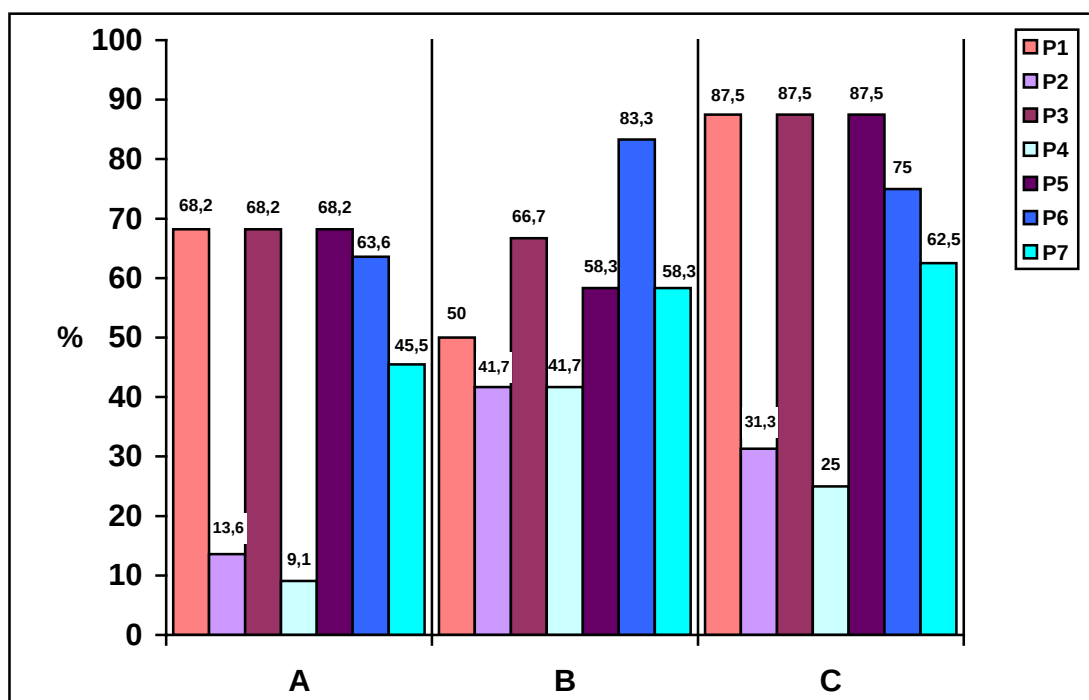


Gráfico 41- Pacientes susceptibles del modelo

Se observa que en los tres centros el porcentaje de respuesta acertada se mantiene elevado, mientras que las respuestas a los pacientes 2 y 4 se mantienen bajos en los tres centros. Pero en ningún caso las diferencias son significativas.

En la gráfica y tabla siguiente se especifica **I** que entiende la muestra por **caso tipo**:

Caso tipo	Correcto %	Incorrecto %
1.Hospital A	61,9	38,1
2.Hospital B	41,7	58,3
3.Hospital C	81,3	18,8

$\chi^2 = 4,652$ $p = 0,098$

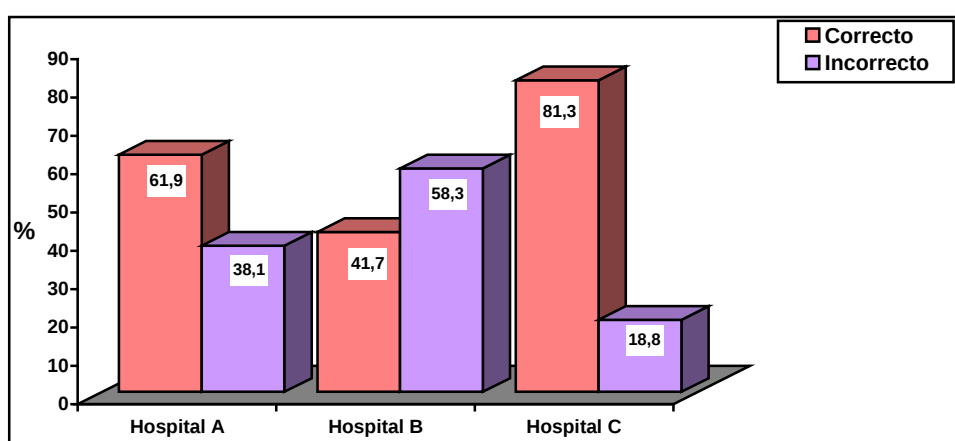


Gráfico 42- Definición caso tipo

Los encuestados de los hospitales A y C responden correctamente con porcentajes elevados respecto a los del hospital B.

En la gráfica y tabla siguiente se especifica **la formación** que han recibido acerca del modelo los encuestados en relación a los tres hospitales.

Formación respecto al modelo	SI %	NO %
1.Hospital A	20	80
2.Hospital B	8,3	91,7
3.Hospital C	23,5	76,5

$\chi^2 = 1,143$ $p = 0,565$

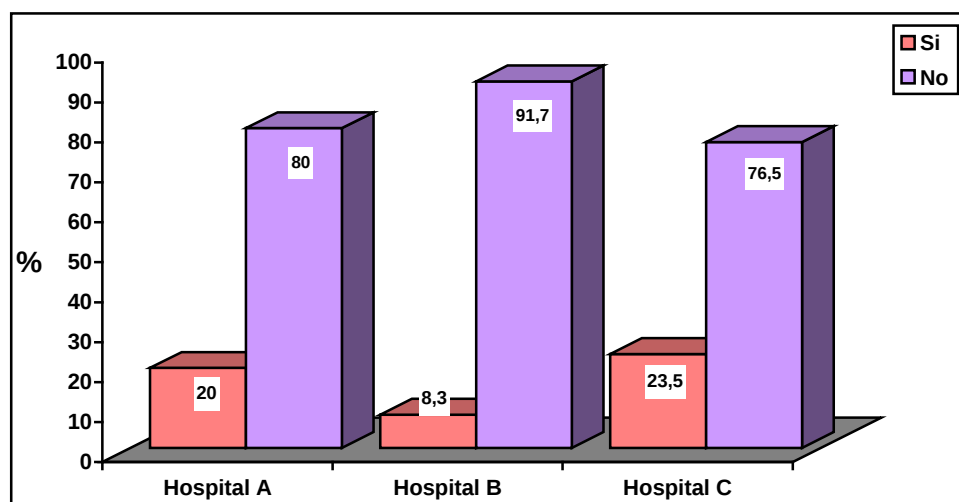


Gráfico 43- Distribución de la formación sobre el modelo

Se refleja de manera evidente que la mayoría de los encuestados de los diferentes centros no han recibido formación respecto a la Gestión de Casos. Llama la atención el bajo porcentaje en el hospital A, a pesar de ser el único centro donde el modelo está implantado.

En la gráfica y tabla siguiente se especifica el **conocimiento sobre las trayectorias clínicas** en relación a los tres hospitales

Conocimiento sobre las trayectorias clínicas	Conoce %	No conoce %
1.Hospital A	82,6	17,4
2.Hospital B	62,5	37,5
3.Hospital C	18,7	81,3
$\chi^2 = 108,708$	$p = 0,000$	

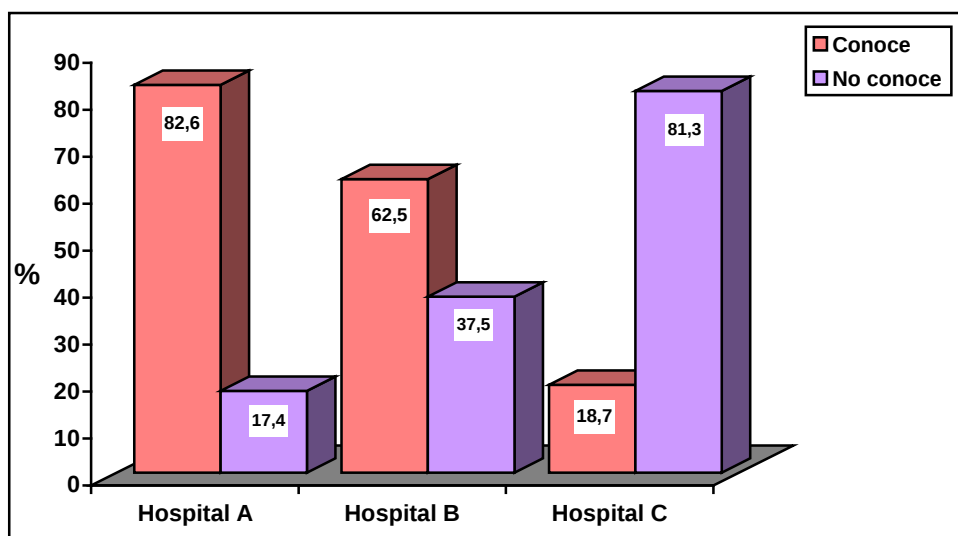


Gráfico 44- Distribución del conocimiento sobre las trayectorias clínicas

Las trayectorias clínicas son conocidas en los hospitales A y B en un porcentaje bastante elevado pues es en estos centros donde se trabajan con ellas. El hospital C no conoce las trayectorias clínicas pues no trabaja con ellas.

En la gráfica y tabla siguiente quedan reflejadas las respuestas correctas que la muestra da respecto a **la definición de las trayectorias clínicas** en relación a los tres hospitales

Definición de trayectoria clínica	Correcto %	Incorrecto %	Desconoce %
1.Hospital A	72,2	27,8	0
2.Hospital B	72,3	24,6	3,1
3.Hospital C	84,4	0	15,6
$\chi^2 = 22,427$	$p = 0,000$		

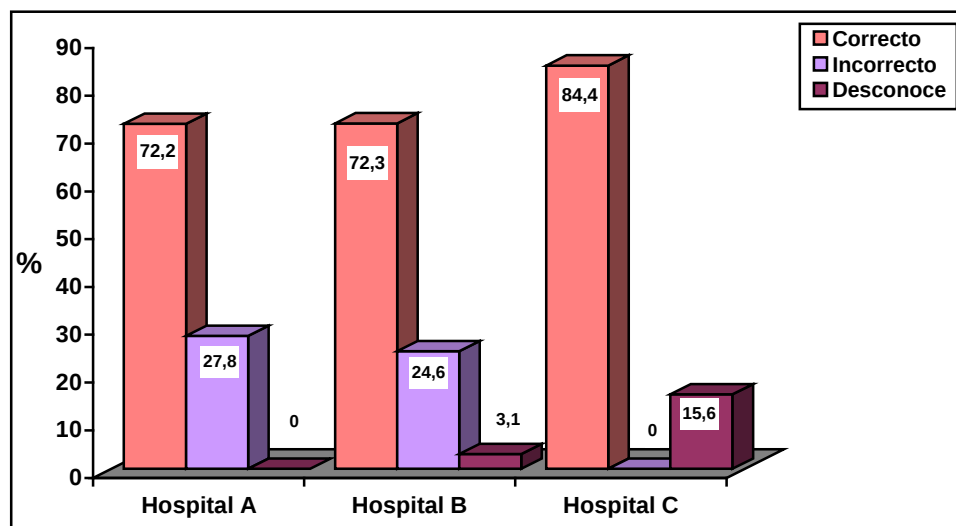


Gráfico 45- Distribución de la definición de trayectoria clínica

El gráfico refleja que los en los tres centros tienen un nivel elevado de conocimiento acerca de la definición de las trayectorias clínicas.

En la gráfica y tabla siguiente se especifica **la utilización de las trayectorias clínicas** en relación a los tres hospitales

Utilización de las trayectorias clínicas	SI %	NO %
1.Hospital A	90,3	8,3
2.Hospital B	87,7	7,7
3.Hospital C	34,4	3,1
$\chi^2 = 75,875$	$p = 0,000$	

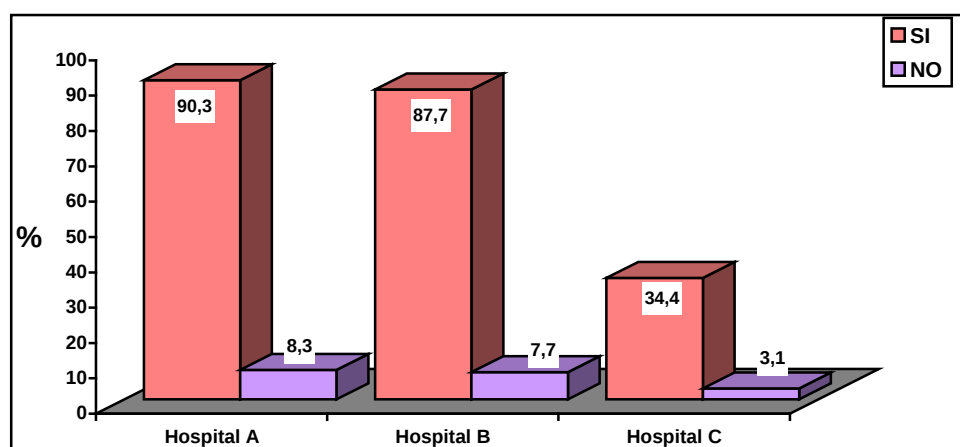


Gráfico 46- Distribución de la utilización de las trayectorias clínicas

En el gráfico se evidencia que los hospitales A y B utilizan en su práctica diaria las TC, y en el hospital C en menor porcentaje.

En la gráfica y tabla siguiente se especifica **los tipos de enfermos a los que se les debería aplicar las trayectorias clínicas** en relación a los tres hospitales

TIPO DE PACIENTES	A %	B %	C %
1.Enfermos con hospitalización en domicilio	7	9,2	40,6
2.Enfermos con patología crónica	22,5	10,8	40,6
3. Enfermos quirúrgicos	84,5	87,7	46,9
4. Enfermos atendidos en urgencias	14,1	4,6	18,8
5. Enfermos oncológicos	7	7,7	40,6
6. Enfermos con problemática sociosanitaria	7	7,7	34,4
7. Otros	25,4	29,2	21,9

TIPO DE PACIENTES	χ^2	p
1. Enfermos con hospitalización en domicilio	27,450	0,000
2. Enfermos con patología crónica	11,442	0,003
3. Enfermos quirúrgicos	23,729	0,000
4. Enfermos atendidos en urgencias	5,215	0,074
5. Enfermos oncológicos	24,282	0,000
6. Enfermos con problemática sociosanitaria	17,307	0,000
7. Otros	0,645	0,724

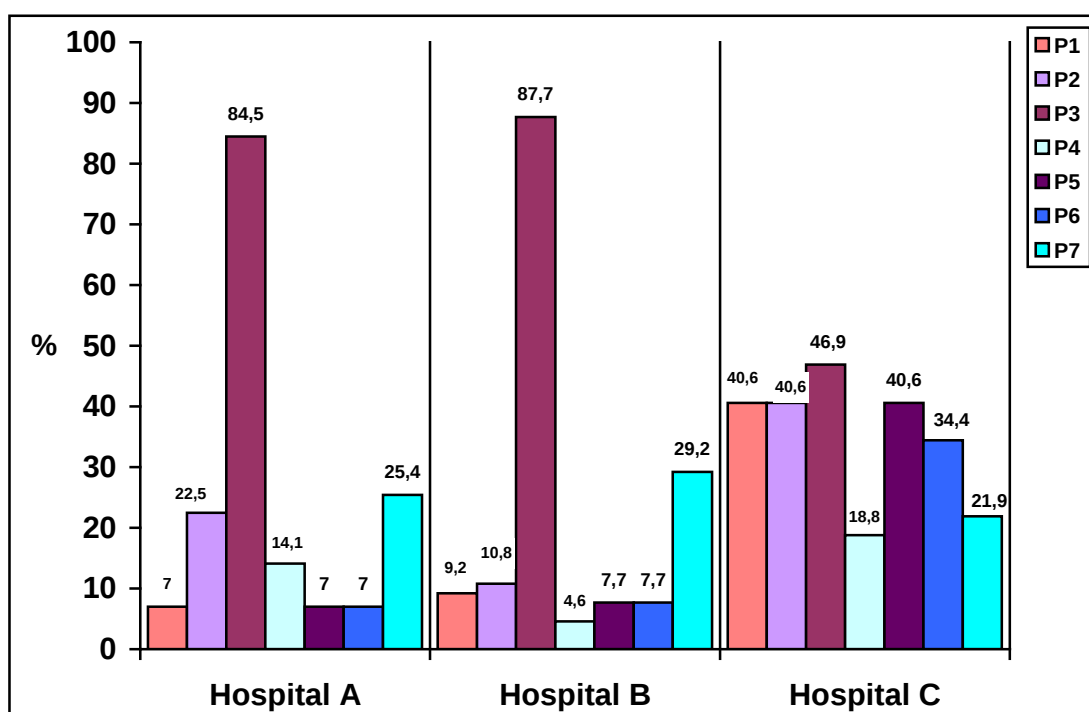


Gráfico 47- Distribución del tipo de enfermos a los que se les debería aplicar la TC

La gráfica nos muestra que son a los pacientes quirúrgicos a los que más se les aplica las TC. Pero las diferencias entre hospitales son significativas en casi todos los casos.

En la gráfica y tabla siguiente se especifica **la formación acerca de las trayectorias clínicas**:

Formación acerca de las trayectorias clínicas	SI %	NO %
1.Hospital A	38	62
2.Hospital B	27,7	72,3
3.Hospital C	9,4	90,6

$$\chi^2 = 8,914 \quad p = 0,012$$

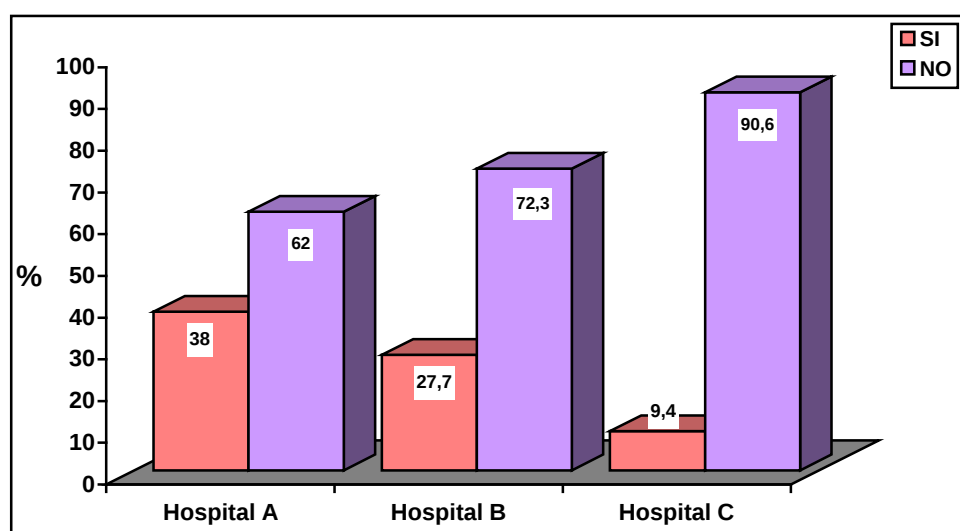


Gráfico 49- Distribución de la formación acerca de las trayectorias clínicas

En la gráfica se observa que en el centro C los encuestados no han recibido formación sobre las TC y en los centros A y B si han recibido formación en un porcentaje aceptable. Las diferencias son significativas.

5. CONCLUSIONES GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

A modo de introducción creemos importante destacar antes de iniciar la exposición de las conclusiones de nuestro estudio un resumen de los datos descriptivos obtenidos de la muestra:

- La muestra proviene en un 24,2% del centro A, donde existe la figura del gestor de casos y además se trabaja con trayectorias clínicas.
- Un 28,8% de la muestra pertenece al centro B, en el que la Gestión de Casos no está implantada pero si trabajan con trayectorias clínicas.
- El mayor porcentaje de los encuestados, un 47%, pertenece al centro C. Aquí, el modelo no está implantado ni tampoco se trabaja con trayectorias clínicas.

La edad media de la población encuestada es de 34,09 años, siendo el género predominante el femenino y la actividad principal que se realiza la asistencial.

La situación laboral predominante es la contratación fija aunque existe un elevado porcentaje de contrataciones suplentes e interinajes en el hospital C, lo que puede ser secundario a la reciente creación del centro.

Se observa que la muestra presenta una media de 10,5 años de experiencia profesional.

Por otro lado la organización por turnos es clara y significativamente diferente entre los tres hospitales.

Una vez contrastados los datos y valorados los resultados en el estudio en relación a la hipótesis de nuestra investigación obtenemos las siguientes conclusiones:

- Es importante destacar que tan solo un 14 % de la muestra manifiesta de manera positiva conocer el modelo de Gestión de Casos. Este 14 % responde, en general, correctamente a todas las preguntas que en el cuestionario se refieren al modelo. Sorprende observar que el método de Gestión de Casos es poco conocido incluso en el hospital donde está implantado (A) en un porcentaje bastante elevado (75%) y preocupa también en este sentido que se desconozca en un 40,9% la existencia de la figura del gestor de casos cuando es precisamente en este hospital donde se da este rol.

Todo esto puede ser debido a que, como mencionamos en nuestro marco teórico, nos encontramos ante un método novedoso que cuenta con pocos años de experiencia en nuestro país.

- Los profesionales otorgan un elevado grado de importancia al modelo; se obtiene una media de 8,04 (en una escala del 1 al 10, de menor a mayor importancia), aunque el 86% de la muestra lo desconozca. Este dato induce a pensar que implícitamente los profesionales de enfermería necesiten de nuevas tendencias en administración y gestión de los procesos. El hecho de que se valore tan positivamente el modelo podría interpretarse como la necesidad que tienen los profesionales de enfermería en adaptarse a la realidad y problemáticas de los pacientes que se atienden en los centros de salud.

- El profesional que se perfila para liderar la Gestión de Casos es Enfermería pues un elevado número de encuestados lo ven como personal idóneo para llevar a cabo el rol de gestor de casos, quizás debido a la naturaleza de la

profesión enfermera, responsable del paciente las 24 horas del día y con una amplia visión holística.

- Según nuestro estudio los profesionales de enfermería esperan resultados positivos derivados de la aplicación de la Gestión de Casos. Esta afirmación refleja claramente los valores enfermeros, ya que mediante la Gestión de Casos, entre otros factores descritos en nuestro marco teórico, aumentamos la calidad de los cuidados (que es la esencia de la profesión), potenciamos el trabajo multidisciplinar, mejoramos la satisfacción del usuario, conseguimos un uso eficiente de los recursos y monitorizamos los costes.
- Sorprende que se desconozca la existencia del modelo en el hospital donde está implantado (A) y que se apliquen trayectorias clínicas donde no están instauradas (C). Esta incongruencia nos sugiere pensar que los profesionales de dichos hospitales pueden confundir el concepto del modelo de Gestión de Casos y las trayectorias clínicas con otros métodos de gestión y de trabajo.
- La formación respecto al modelo de Gestión de Casos y de las trayectorias clínicas como herramienta del mismo es deficiente. El colectivo enfermero con más años de experiencia laboral no está instruido en el modelo, debido posiblemente a que éste no formaba parte de los estudios universitarios que realizaron en su momento. También se detecta un déficit de conocimientos en este ámbito del personal más joven o de nueva incorporación, indicativo de que en nuestras universidades a día de hoy siguen sin impartirse clases sobre el modelo de Gestión de Casos.
- Los resultados obtenidos no pueden contrastarse con ningún otro trabajo ya que no existen estudios similares.
- En resumen, las conclusiones más importantes que podemos sacar de nuestro estudio son: que la muestra de nuestro estudio es poco conocedora del

modelo de Gestión de Casos, que los encuestados que lo conocen lo conocen bien aunque no hayan recibido formación respecto al mismo y que lo que más conoce la muestra del modelo es su metodología de trabajo (las trayectorias clínicas) pues es lo que en los últimos años se ha puesto de moda en las instituciones sanitarias, sobretodo en Cataluña. Destacar en este sentido que de alguna forma la Gestión de Casos está encontrando un punto de entrada a nuestras instituciones sanitarias y parece ser que ha sido la trayectoria clínica la encargada de realizar este papel.

Para finalizar, y según lo expuesto, podemos aseverar que se confirma nuestra hipótesis de trabajo de que la Gestión de Casos es un método poco conocido e implantado en nuestros hospitales.

6. PROPUESTAS DE MEJORA Y FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACION

Tras observar las conclusiones obtenidas en nuestro estudio e intentar elaborar unas propuestas en relación con el tema, entendemos que las actuaciones que se debieran llevar a cabo irían encaminadas a las siguientes intervenciones:

- Invitar a los gestores de los centros sanitarios a impulsar la Gestión de Casos y las trayectorias clínicas.
- Estimular e incentivar a los profesionales a participar en este modelo de gestión de procesos para ofrecer cuidados de calidad y avanzar en la profesión.
- Profundizar en el análisis de la utilización en los centros sanitarios de este modelo. Se debería realizar dicho análisis a partir de un estudio exhaustivo de sus propias “realidades”. Preguntas como: ¿están preparados los hospitales para plantearse nuevas herramientas de gestión y administración?, ¿son necesarias actualmente?, ¿se aceptan cambios en este sentido? Si las respuestas obtenidas son afirmativas, la Gestión de Casos podría ser una alternativa de elección para muchos hospitales.
- Las trayectorias clínicas parecen haber encontrado una puerta de entrada en nuestras instituciones sanitarias. Sería conveniente investigar sobre el tema en relación a las mejoras que reporta este hecho para nuestros hospitales y para los pacientes que atendemos y lograr un mayor interés del personal de enfermería en el desarrollo y aplicación de estos nuevos instrumentos, en sustitución de aquellos que van quedando desfasados entre la teoría y la práctica clínica diaria.

- Sugerimos a las escuelas de Enfermería incluir en su formación la creación - o incremento en el caso de que ya existan- de seminarios o talleres que den a conocer a los alumnos de pregrado la existencia de los diferentes modelos, sobretodo el de Gestión de Casos; y de las herramientas que existen actualmente en la gestión de cuidados, como es el caso de las trayectorias clínicas.
- Abrir nuevas líneas de investigación que determinen las posibles causas del desconocimiento del modelo de Gestión de Casos cuando existen experiencias y referencias previas descritas en la bibliografía de otros países como puede ser EE.UU.
- Otras líneas de investigación podrían ser las relacionadas con temas como: la visión que tienen sobre la Gestión de Casos los cargos directivos de nuestros hospitales, el interés que despierta el modelo en otros profesionales y cuál sería su grado de participación en el mismo, el interés por obtener formación, etc.

En este sentido sería positivo promover marcos interdisciplinarios de investigación para situar las relaciones de los profesionales del equipo de salud.

7. BIBLIOGRAFÍA

- 1-Rodríguez, M. (2004) Entorno Sanitario. Primer bloque lectivo del Master en Administración y Gestión en Enfermería. Barcelona, 9 de noviembre.
- 2-Teixidor, M. (1997) La reforma de los procesos asistenciales y los nuevos roles profesionales: importancia de la Gestión de Casos en los enfermos de Alzheimer. En El Alzheimer un reto para la Enfermería. Fundación La Caixa. Barcelona, 2005.
- 3-Merrill, JC (1985). Defining Case Management. Business and Health, 3, 5-9.
- 4-Zander, K. The Principles of Case Management.
- 5- Foix, A; et al (1988). Gestión de Casos y planes de cuidados. Centro de Salud Mental. Revista ROL de Enfermería, 235, 23-31.
- 6- Solé, P; Olivares, M; Tegido, M (1998). Gestión de Casos: Paciente con neoplasia de recto candidato a amputación abdominoperineal. Revista Enfermería Clínica, 8 nº 5, 215-223.
- 7- Capsada, A (2002). La Gestión de Casos para el manejo de enfermos con Patología Respiratoria Crónica. Revista Gestión Sanitaria, 43, 21-24.
- 8- Anton, J; et al (2003). Gestión de Casos: Paciente intervenido de hemilaminectomía lumbar. Revista Enfermería Clínica, 13 nº 1, 59-70.
- 9- Casarín, A: et al (Marzo 2003). Gerencia de Casos: análisis de concepto. Revista Investigación y Educación en Enfermería, XXI (1), 14-25.
- 10- Montiel, M. (2000). Algunas consideraciones sobre la Gestión de Casos. Curso de Postgrado de Gestión de Cuidados en Enfermería (Gestión de Casos). Barcelona, 15 de mayo.
- 11- Zander, K (1991). Case Management. The Case Manager, 2: 39-43.
- 12- Bower, K. (2005) Sistemas de Organización en Enfermería. Decimoquinto bloque lectivo del Master en Administración y Gestión en Enfermería. Barcelona, 20-21 y 22 de junio.
- 13- Ley General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 14- Manito, I; Ondiviela, A; Servera, M; Tomàs, M (). Estudio sobre las dificultades en la implantación y seguimiento de la continuidad asistencial entre

niveles (hospital sociosanitario y atención primaria) (Tesis de Master en Administración y Gestión en Enfermería, Universitat de Barcelona).

15-Carpagno GS, Kemper P (1988). The evolution of the National Long Term Case Demonstration: An overview of the Channelling Demonstration and its evaluation. Health Services Research, 23, 1-22.

16-López C, Montiel M, Rojo J (1995). Gestión de Casos. Desarrollo de un nuevo modelo organizativo. Revista ROL de Enfermería, 202, 53-58.

17-Monràs P, Nogueras A (1997). Reingeniería de procesos. Revista ROL de Enfermería, 221, 19-26.

18-Generalitat de Catalunya (2001). Catalunya Demà.I Jornades de debat octubre 1997/maig1998.II Jornades de debat setiembre 2000/junio2001. Barcelona

19- Bisly, M. (2005) Gestión de servicios en enfermería. Décimo sexto bloque lectivo del Master en Administración y Gestión en Enfermería. Barcelona, 19 y 20 de septiembre.

- Tejada, J (1997). El proceso de investigación científica. Barcelona: Fundació "La Caixa".

- La recerca en Administració i Gestió en Infermeria (1996). Barcelona: Fundació "La Caixa". E.U.I Santa Madrona

- La recerca en Administració i Gestió en Infermeria. (1998). Vol. II Barcelona: Fundació "La Caixa". E.U.I Santa Madrona

- Carpenito, L (1994). Planes de cuidados de enfermería clínica. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.

- Luis, MT (2000). Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Barcelona: Masson.

-www.gencat.com

-www.cbuc.es/ccuc/

-teledoc.urv.es/cuidatge/

-www.index-f.com

-www.c17.net

-www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi

8. AGRADECIMIENTOS

A las direcciones de enfermería de los hospitales Fundación Althaia de Manresa, Santa Maria de Lleida y Son Llàtzer de Mallorca.

A las supervisoras de los tres hospitales por facilitar tanto el acceso al personal de Enfermería así como la cumplimentación de las encuestas.

A las personas que han actuado de jueces para validar el cuestionario: Teresa Martín, Montserrat Teixidor, Pepe Tejada, Marilena Colom, Pilar Sanmartín y Sisco Abella, por su rigurosidad y profesionalidad.

A Montse y Pepe por las revisiones de nuestro trabajo y sus aportaciones metodológicas. Gracias por sus consejos y por estar ahí en momentos de desánimo.

Gracias también a Marisol Rodríguez, nuestra tutora de trabajo, por sus interesantes aportaciones y sobretodo la paciencia que ha demostrado en momentos difíciles.

A todos aquellos que han invertido parte de su tiempo en completar las encuestas.

Y a las mejores familias que unos estudiantes puedan tener por la fe que han demostrado también en este proyecto.

