



ORIGINAL

La gestión de casos como metodología para la conexión de los sistemas sanitario y social en España



Jorge Garcés y Francisco Ródenas*

Instituto de Investigación Polibienestar, Universidad de Valencia, Valencia, España

Recibido el 14 de marzo de 2014; aceptado el 4 de noviembre de 2014

Disponible en Internet el 2 de enero de 2015

PALABRAS CLAVE

Gestión de casos;
Atención sanitaria;
Cuidados de larga
duración;
Atención integral;
Pacientes crónicos
mayores

Resumen

Objetivo: El objetivo de este artículo es presentar la evaluación de un proyecto de gestión de casos con pacientes crónicos en Valencia para la integración de la atención social y sanitaria. Este proyecto está vinculado con el «Modelo sociosanitario sostenible».

Emplazamiento: Departamento de Salud 6, Comunidad Valenciana.

Participantes: Pacientes con patologías crónicas de 65 o más años.

Intervenciones: Estudio comparativo con un grupo control y otro de intervención, no aleatorizado ni ciego. La intervención consistió en la creación de un equipo interdisciplinar de gestión de casos, el uso de una cartera común de recursos y su aplicación a una muestra piloto. Duración de la intervención: 6-9 meses.

Mediciones principales: Enfermedades (CIE-9), capacidad funcional, uso de recursos sanitarios y sociales, satisfacción y coste unitario prestación de servicios.

Resultados: Un incremento en el uso combinado de recursos sanitarios y sociales en el grupo de intervención, que incluye centros de día (el 21,8% frente al 9,8% en el de control) en coordinación con los centros de atención primaria (en el 55,4% único recurso sanitario propuesto); una disminución de las consultas médicas en el grupo de intervención (el 43,6% frente al 74,5% en el de control); una mayor satisfacción en los pacientes (el 55,5% frente al 29,4%), y un 4,4% extra de pacientes atendidos, como mínimo, en recursos hospitalarios sin incrementar los costes.

Conclusiones: La gestión de casos, con una cartera común de recursos sanitarios y sociales, mejora la coordinación de recursos, aumenta la satisfacción de los pacientes e incrementa la capacidad de atención de los recursos hospitalarios.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: francisco.rodenas@uv.es (F. Ródenas).

KEYWORDS

Case management;
Health care;
Long-term care;
Integrated care;
Elderly chronic
patients

Case management as a methodology for connecting the health and social care systems in Spain**Abstract**

Objective: The aim of this paper is to present the assessment of a case management project, implemented with chronic patients in Valencia, for the integration of health and social care. This project is linked with the 'Sustainable Socio-Health Model'.

Location: Health department 06 in Valencia.

Participants: The target groups were chronic patients of 65 years and over.

Interventions: A non-randomized non-blinded comparative study with an intervention and control group. The intervention consisted in the creation of an interdisciplinary case management team, the use of a common portfolio of resources, and its application to a pilot sample with an intervention period of 6-9 months.

Main measurements: Diseases (ICD-9), functional capacity, use of health and social resources, satisfaction, unit cost services.

Results: There was an increase in the combined use of health and social resources in the intervention group, which included social day centers (21.8% in the intervention group compared to 9.8% in the control group), in coordination with primary care (suggested as the only health resource in 55.4% of cases). There was a decrease in the number of medical visits in the intervention group (43.6% versus 74.5% in the control group). Increased patient satisfaction (55.5% in the intervention group compared to 29.4% in the control group) was observed. At least an extra 4.4% of patients were treated using hospital resources without increasing costs.

Conclusions: Case management using a common unique portfolio of health and social resources can improve the coordination of resources, increases patient satisfaction and increases the capacity of using of hospital resources.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La atención integrada de pacientes mayores crónicos combina elementos del sistema sanitario y de servicios sociales, y requiere una cooperación intersistemas para poder ofrecer servicios individualizados que cubran las necesidades y las preferencias de las personas mayores, con un control de los costes¹⁻³. No obstante, encontramos obstáculos en la integración de los servicios en muchos Estados de la Unión Europea^{4,5}. Estos obstáculos afectan a las estructuras que ofrecen los servicios, que carecen de perfiles profesionales que asuman la responsabilidad sobre la atención al paciente y la coordinación de las actuaciones de diferentes servicios. Pero también a los procesos, con deficiencias en la transmisión de la información, falta de cooperación y de responsabilidades compartidas entre servicios hospitalarios y servicios de atención primaria, y entre la atención sanitaria y social⁶.

Ante la situación descrita, los equipos de gestión de casos multidisciplinares pueden contribuir a mejorar la integración de los servicios y la gestión de procesos, en particular la atención tras un alta hospitalaria^{7,8}. La implementación de la metodología de la gestión de casos puede influir positivamente en la reducción del número de hospitalizaciones y readmisiones, contribuir a retrasar el ingreso en residencias, mejorar el grado de satisfacción del paciente con el sistema y reducir la carga de los cuidadores no profesionales^{9,10}. En esta línea, este artículo recoge la evaluación de un proyecto de gestión de casos de pacientes crónicos mayores para la

integración de la atención social y sanitaria, desarrollado en la Comunidad Valenciana.

Material y métodos**Diseño y ubicación**

En este artículo se presenta un estudio retrospectivo, no aleatorizado ni ciego, con una comparación entre un grupo de intervención y otro de control. La intervención está vinculada con el «Modelo sociosanitario sostenible» (SSHM), que propone el uso conjunto de una cartera única de servicios sanitarios y sociales, gestionada por equipos multidisciplinares con criterios de proximidad, mejora de la eficiencia y de la calidad de los servicios, para atender a pacientes mayores con patologías crónicas¹¹⁻¹⁵. El proyecto se desarrolló en 2004 en el centro de atención primaria de Burjassot, en el departamento de salud 6 de la Comunidad Valenciana¹⁶.

Participantes

La muestra estaba compuesta por 152 pacientes con patologías crónicas que cumplían las siguientes condiciones: tenían 65 años o más, comorbilidad, no presentaban diagnósticos psiquiátricos o demencia, estaban en sus domicilios y eran pacientes del centro de atención primaria de Burjassot (Valencia). Las patologías crónicas más frecuentes eran

las cardiovasculares, osteoarticulares, respiratorias y neuromusculares.

Los pacientes fueron derivados al equipo multidisciplinar de gestión de casos (EGC) por los médicos, las enfermeras y la trabajadora social del centro de atención primaria. El EGC utilizó como criterios de inclusión, además de las condiciones señaladas en el párrafo anterior, las siguientes variables relativas a la capacidad funcional: movilidad reducida, necesidad de apoyo para realizar las actividades básicas de la vida diaria (transferencias, deambulación, ducha, vestirse) y/o necesidad de apoyo para realizar tareas domésticas. Y las siguientes variables sociales: apoyo socio-familiar escaso (o inexistente) o sobrecarga del cuidador no profesional, y barreras arquitectónicas y/o técnicas en la vivienda (requiere adaptación del baño y uso de ayudas técnicas). El EGC asignó a los pacientes en el grupo de control ($n = 51$) y de intervención ($n = 101$), y actuó con estos últimos. A cada paciente se le pidió que diese su consentimiento por escrito antes de ser incluido en el estudio.

Intervención

El EGC estaba integrado por 3 profesionales: una médico, una enfermera y una trabajadora social, todas del mismo centro de atención primaria. El EGC se convirtió, a diferencia del modelo tradicional, en el referente en todo el proceso tanto para el paciente y sus familiares, como para otros profesionales, sin reemplazar a estos últimos en la prestación de cuidados. El EGC realizó una valoración geriátrica integral del paciente en su domicilio. A partir de esta evaluación, el EGC diseñó el plan de cuidados, que acordó con el paciente y sus familiares, e informó del mismo al profesional que previamente había tratado con el paciente. A continuación, comenzó la intervención que, a diferencia de la actuación tradicional, implicaba la definición de un paquete de servicios para cada paciente (itinerario asistencial) que establecía detalladamente las prestaciones y los cuidados que debía recibir y el tiempo que requería. El EGC monitorizó el proceso y realizó los reajustes necesarios en cada caso. El tiempo de seguimiento de los casos fue de un mínimo de 6 meses y un máximo de 9 meses.

En el proceso de intervención se definieron y aplicaron los siguientes criterios para la integración de los cuidados:

- Posicionar al paciente en el centro de la intervención, tratándolo de forma integral.
- Definir procedimientos para mejorar los flujos de información entre servicios y profesionales dentro del sistema sanitario y con el sistema social, que afectaban a la agilización de trámites y a la gestión de prestaciones.
- Crear una cartera común de recursos sanitarios y sociales. En el proyecto se incluyeron los siguientes recursos: centro de atención primaria de Burjassot y hospital de atención a pacientes crónicos (Hospital Dr. Moliner), plazas de media estancia en residencia (Residencia Velluters en Valencia), plazas de centro de día (centro de día de la empresa Geriser), servicios sociales de atención domiciliaria (gestionados por el ayuntamiento) y transporte adaptado (ambulancias no medicalizadas).

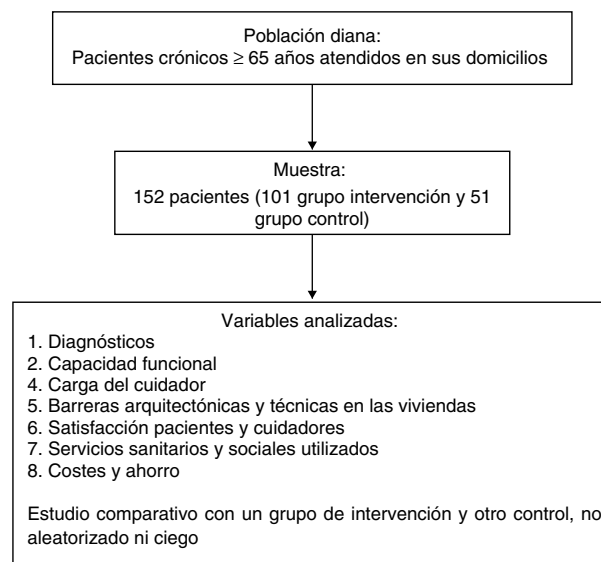
- La puesta en marcha del EGC de referencia en atención primaria requiere una liberación de agendas, espacios comunes de reunión y disponer de la capacidad de decisión real —y en un tiempo breve— sobre el uso de una cartera común de recursos sanitarios y sociales.

Estrategia de análisis y fuentes de datos

Los datos iniciales de los pacientes procedían de su historia clínica y social; los datos posteriormente recogidos por el EGC se incluyeron en dichas historias. A estos datos solo tenía acceso el personal sanitario autorizado. Para recoger información sobre diagnósticos, se utilizó la historia clínica; para obtener información sobre la capacidad funcional, se utilizaron los test de Barthel¹⁷ y Lawton y Brody¹⁸; la sobrecarga del cuidador se definió con el test de Zarit¹⁹; la satisfacción de los pacientes se midió con un cuestionario de satisfacción de 4 ítems (con escala Likert de 5 niveles), y el uso de recursos sanitarios y sociales pre y postintervención se registró en la historia clínica. Los datos procesados por el equipo de investigación fueron anonimizados, protegiendo así los datos personales de los pacientes.

El análisis de costes/ahorro se centra en el uso de los hospitales para pacientes crónicos. Las bases de datos y los registros oficiales de estos hospitales proporcionan información sobre sexo, edad, diagnósticos, tratamientos y estancias de los pacientes, así como datos agregados (coste anual y total de estancias), que permite establecer el coste medio por estancia. Ha sido necesario definir el número de pacientes con características similares a los del estudio de Burjassot, utilizando para ello los datos de un estudio anterior^{11,12}. La propuesta implica una reducción de la estancia media de los pacientes.

En el estudio se realizaron análisis estadísticos descriptivos y bivariados utilizando el SPSS versión 19. Se calculó la distribución de pacientes en las variables consideradas y se utilizaron la *t* de Student, la χ^2 al cuadrado (χ^2) y la prueba exacta de Fisher.



Esquema del estudio

Tabla 1 Características de los pacientes de la muestra

		Grupo de intervención (n = 101)	Grupo de control (n = 51)	
Edad (media $\pm$ DE) ^a		79,9 $\pm$ 7,072	80,86 $\pm$ 6,519	t = -0,706 p = 0,482
Sexo (n, %)	Hombres	32 (31,7%)	14 (27,5%)	$\chi^2 = 0,288$ p = 0,592
	Mujeres	69 (68,3%)	37 (72,5%)	
Movilidad reducida (silla de ruedas, en cama) (n, %)		30 (29,7%)	11 (21,6%)	$\chi^2 = 1,138$ p = 0,286
Necesidad ayuda diaria o totalmente dependiente para las ABVD (n, %)		77 (76,2%)	34 (66,7%)	$\chi^2 = 1,576$ p = 0,209
Necesidad de apoyo diario o totalmente dependientes para tareas domésticas (n, %)		92 (91,1%)	47 (92,2%)	$\chi^2 = 0,049$ p = 0,824
Ningún tipo de apoyo social/familiar (n, %)		8 (7,9%)	2 (3,9%)	$\chi^2 = 0,882$ p = 0,348
Con barreras arquitectónicas en las viviendas (n, %)		77 (76,2%)	40 (78,4%)	$\chi^2 = 0,092$ p = 0,762
Instalaciones y equipamiento de las viviendas no adecuado (n, %)		58 (57,4%)	34 (66,7%)	$\chi^2 = 1,211$ p = 0,271

Fuente: adaptado de Ródenas et al.¹⁶.^a Se ha producido una pérdida de 17 casos al realizar los cálculos relativos a la edad, al no disponer de la fecha exacta de nacimiento.

Resultados

La muestra estaba compuesta por 46 hombres, con una edad media $\pm$ desviación estándar de 78,8 $\pm$ 6,67 años, y 106 mujeres cuya edad media era de 81,0 $\pm$ 6,87 años. Los grupos de intervención y de control eran comparables (tabla 1); se comprobó que no existían diferencias significativa entre ellos respecto a la edad y que no había una asociación significativa en relación con la variable sexo. Tampoco existía una asociación significativa entre la pertenencia al grupo de intervención o al de control y los criterios de inclusión considerados, es decir, movilidad, capacidad funcional, barreras arquitectónicas en las viviendas e instalaciones y equipamientos no adecuados para atender las necesidades de los pacientes. En 125 casos (82,2%) el paciente contaba con cuidador no profesional, aunque en 53 de estos casos se detectó sobrecarga en el cuidador (42,2%), los diagnósticos más frecuentes eran hipertensión, osteoartritis y diabetes, con una distribución del 53,5, el 49,5 y el 36,6%, respectivamente. Durante el periodo considerado para el seguimiento, no se produjeron defunciones ni abandonos en la muestra.

En el momento de su derivación al EGC, los pacientes estaban utilizando, además del centro de atención primaria (100%), servicios hospitalarios de consultas externas (el 29,7 y el 33,3% en el grupo de intervención y de control, respectivamente), centro de especialidades (el 13,9 y el 15,7%, respectivamente), servicios de ayuda a domicilio (el 28,7 y el 25,5%, respectivamente) y teleasistencia (el 13,9 y el 11,8%, respectivamente), principalmente. No había una asociación estadísticamente significativa entre ambos grupos y el uso de ninguno de estos recursos.

Los pacientes del grupo de control continuaron utilizando los mismos recursos y, en el caso de los pacientes del grupo de intervención, el EGC propuso itinerarios asistenciales alternativos. En el 55,4% de los casos únicamente se requería una intervención sanitaria desde el centro de atención primaria, que se completaba con recursos sociales. Tras la intervención (tabla 2) se aprecia una asociación entre el uso de diferentes recursos (sanitarios y sociales) y el tipo de grupo, que muestran una tendencia significativa. Así, el grupo de intervención utilizó en mayor medida recursos sociales como los centros de día y menos recursos sanitarios, como las consultas externas en hospitales de agudos.

Al comparar cuántos pacientes de ambos grupos estaban utilizando exclusivamente recursos sanitarios, se detectó una asociación estadísticamente significativa respecto a esta variable. En el grupo de intervención esta situación afectaba al 33,3% de los pacientes, mientras que en el grupo de control se producía en el 68,6% ($\chi^2 = 11,061$; p = 0,001). También se comprobó si la actuación del EGC había influido en el número de pacientes que realizaban consultas a médicos (en cualquier nivel de atención); esta situación se producía en 43,6% de los casos del grupo de intervención frente al 74,5% del grupo de control ($\chi^2 = 8,891$; p = 0,003). Al finalizar la intervención, los pacientes del grupo de intervención mostraron un nivel de satisfacción mayor. El 55,4% estaba muy satisfecho con la atención sanitaria recibida frente al 29,4% en el grupo de control ($\chi^2 = 17,215$; p = 0,004).

Por último, se estimó el ahorro potencial al reducir las estancias medias de algunos pacientes en los hospitales de

Tabla 2 Recursos utilizados por los pacientes tras la intervención^a

Recursos utilizados	Grupo de intervención (n = 101)		Grupo de control (n = 51)		
<i>Sanitarios</i>					
Consultas externas hospital de agudos	25	(24,8%)	20	(39,2%)	$\chi^2 = 3,401p = 0,065^c$
Centro de especialidades	8	(7,9%)	8	(15,7%)	$\chi^2 = 2,170 p = 0,141$
Hospital de agudos y unidades de corta estancia	1	(1,0%)	–		–
Unidad de salud mental	2	(2,0%)	1	(2,0%)	$\chi^2 = 0,000 p = 0,994$
Unidad de hospitalización domiciliaria	2	(2,0%)	–		–
Hospital de día	2	(2,0%)	–		–
Hospital de crónicos	3	(3,0%)	–		–
<i>Sociales</i>					
Servicio de ayuda domiciliaria	32	(31,7%)	15	(29,4%)	$\chi^2 = 0,082 p = 0,775$
Teleasistencia	25	(24,8%)	10	(19,6%)	$\chi^2 = 0,506 p = 0,477$
Ayudas técnicas ^b	4	(4,0%)	2	(4,0%)	$\chi^2 = 0,000 p = 0,991$
Centro de día	22	(21,8%)	5	(9,8%)	$\chi^2 = 3,329p = 0,068^d$

Fuente: adaptado de Ródenas et al.¹⁶.

^a Los datos posteriores a la intervención (postintervención) presentan los resultados obtenidos después de 6-9 meses de observación.

^b Ayudas técnicas: grúa, colchón para prevenir las úlceras por presión, andador y silla de ruedas.

^c La prueba exacta de Fisher nos da una significación exacta (1 cara) de $p = 0,050$.

^d La prueba exacta de Fisher nos da una significación exacta (1 cara) de $p = 0,051$.

crónicos de la Comunidad Valenciana (tabla 3). Los costes asociados al uso de recursos incluidos en la cartera de servicios del EGC, con precios oficiales para el año 2004, son menores que el coste medio de la estancia en estos hospitales. Así, el coste de la asistencia en residencia podría oscilar entre 29,90 € y 43,74 € día (según el nivel de dependencia y el requerimiento de cuidados), el centro de día 25,00 € por día y el servicio de ayuda a domicilio estaría entre 8,00 € y 12,00 € hora. Los escenarios alternativos requieren de decisiones sobre el momento en el que los pacientes pueden ser derivados, reduciendo el tiempo promedio de permanencia en el hospital sin riesgos para su estado de salud, vinculado a estancias excesivas o innecesarias.

En la tabla 4 se muestran 2 posibles escenarios; en el primero, se considera una reducción del 10% en el tiempo promedio de estancia hospitalaria. El segundo escenario fija el número promedio de estancias y, aunque se ha escogido de forma arbitraria con fines didácticos, esta media supera ampliamente las medias de pacientes con perfiles de baja dependencia. De esta forma, el nuevo escenario de derivación no les afecta y, desde luego, no afecta a los enfermos no estabilizados cuya derivación nunca se considera. Por lo tanto, la propuesta solamente afectaría, estadísticamente hablando, a los pacientes con perfiles parecidos a los que ha gestionado el EGC, cuyo estado de salud no es agudo y está estabilizado.

Discusión

Los resultados del estudio muestran diferencias en el uso de recursos sanitarios y sociales entre el grupo de intervención y el grupo de control, motivadas por la actuación del EGC. Este hecho tuvo consecuencias en la satisfacción de los pacientes. Las estimaciones sobre el ahorro que supondría la colaboración de los EGC en la gestión de altas de pacientes ingresados en hospitales de crónicos indican que se podrían atender en estos hospitales, sin ningún coste adicional, entre un 4,4 y un 19,4% de pacientes extra. Con el modelo propuesto, se habría alcanzado un ahorro máximo superior a los 3 millones de euros anuales, solo considerando este tipo de hospitales, lo que hubiese supuesto la atención de unos 800 pacientes más al año sin ningún coste adicional.

Una de las limitaciones del estudio es que se implementó solo en un departamento de salud y durante un breve periodo. El proyecto no fue implementado simultáneamente en varios departamentos de salud y se desconoce cómo se producirían las interacciones a largo plazo entre todos los elementos implicados. Con la intención de dar respuesta a esta limitación, los autores han diseñado un simulador denominado Long-Term Care Multi-Agent System (LTCMAS)¹⁵, que permite aplicar el modelo considerando dimensiones poblacionales y temporales mucho mayores. Uno de los sesgos del proyecto está vinculado con el personal involucrado en la intervención, ya que presentaba diferentes

Tabla 3 Datos relativos a estancias y costes en hospitales para pacientes crónicos de la Comunidad Valenciana^a (año 2004)

Indicadores	
Total pacientes atendidos	6.400
Total estancias	139.528
Media de estancias	21,80
Total coste (€)	20.704.075,00
Coste por estancia (€)	148,39
% pacientes con perfiles similares a los atendidos por el EGC en Burjassot ^b	67,80%
Total pacientes con perfiles similares a los atendidos por el EGC en Burjassot	4.339
Estimación del n.º de estancias anuales generadas ^c	115.856,64
Porcentaje sobre el total de estancias	83,03
Media de estancias de estos pacientes	26,70
Coste anual por paciente (€)	3.961,92
Coste anual del total del grupo de pacientes (€)	17.191.564,16

Fuente: datos elaborados a partir de los informes de los hospitales para pacientes crónicos de la Comunidad Valenciana, Conselleria de Sanidad, correspondientes a los Hospitales Dr. Moliner (Valencia), San Vicente del Raspeig (Alicante) y la Magdalena (Castellón).

^a En 2004 había 3 hospitales de estas características en la Comunidad Valenciana: Dr. Moliner, San Vicente del Raspeig y La Magdalena.

^b Este porcentaje se ha calculado a partir de datos recogidos en Garcés, Ródenas y Sanjosé, 2004 y 2006^{11,12}. En este estudio poblacional realizado en la Comunidad Valenciana se definen los perfiles de los pacientes que utilizaban diferentes recursos que ofrecían cuidados de larga duración, entre ellos, los hospitales para pacientes crónicos.

^c La estimación del número de estancias de este grupo se ha realizado partiendo de la siguiente hipótesis metodológica: «Estadísticamente, las personas que generan menor número de estancias son independientes o presentan dependencias leves, mientras que las personas con dependencias altas producirán en promedio mayor número de estancias. Este es el grupo que nos interesa». La relación entre dependencia y número de estancias no tiene que ser necesariamente proporcional. Partiendo de la hipótesis anterior, el procedimiento utilizado para estimar el total de estancias de las personas con perfiles similares a los del proyecto de Burjassot fue el siguiente:

- Colocar a los pacientes en orden decreciente según el número de estancias/año.
- Sumar el total de estancias correspondiente a los pacientes hasta alcanzar el número estimado de pacientes incluidos en el grupo.

culturas y estilos profesionales (atención sanitaria y social, atención hospitalaria y domiciliaria), así que hubo que realizar esfuerzos encaminados a que los equipos trabajasen de forma interdisciplinar, no consiguiéndose en todos los casos.

El proyecto presentado es acorde con el modelo de gestión de casos denominado «Integrated care»²⁰, cuyo objetivo es asegurar la continuidad asistencial²¹ de pacientes con

Tabla 4 Coste y ahorro de los escenarios alternativos en hospitales para pacientes crónicos (año 2004)

Escenarios	
<i>Actual</i>	
Estancia promedio	26,70
Coste total (€)	17.191.564,16
<i>Escenario 1</i>	
Estancia promedio reducida en un 10%	24,03
Ahorro (€)	760.534,81
Coste total (€)	16.431.029,35
N.º de pacientes extra atendidos al año	192
% extra sobre el total de pacientes atendidos	4,42
<i>Escenario 2</i>	
Estancia promedio fijada	15,00
Ahorro (€)	3.332.680,65
Coste total (€)	13.858.883,51
N.º de pacientes extra atendidos al año	841
% extra sobre el total de pacientes atendidos	19,39

Fuente: datos elaborados a partir de los informes de los hospitales para pacientes crónicos de la Comunidad Valenciana, Conselleria de Sanidad, correspondientes a los Hospitales Dr. Moliner (Valencia), San Vicente del Raspeig (Alicante) y la Magdalena (Castellón).

deterioro funcional y alto riesgo de institucionalización a través de una red compleja de servicios, eliminando la duplicidad en las intervenciones y utilizando equipos multidisciplinares. Otros estudios similares²²⁻²⁴ muestran la utilidad de incluir grupos de comparación para mostrar el uso diferente de recursos, tal y como se planteó en el proyecto valenciano. Estos estudios señalan 2 elementos comunes en un sistema integrado y eficaz de atención: la utilización de la gestión de casos y la evaluación geriátrica integral por equipos multidisciplinares, tal y como se ha desarrollado empíricamente en el proyecto de Burjassot.

El diseño y los resultados del proyecto muestran numerosas coincidencias con modelos como el PALKO finlandés²⁵, que propone programas de intervención basados en el paciente que, a través de equipos multidisciplinares respaldados por servicios sanitarios y sociales, mejoren la atención de los pacientes mayores crónicos. Esta mejora implica un ahorro en costes vinculado con la reducción de las estancias hospitalarias o las visitas a otros centros sanitarios.

La evaluación del proyecto de gestión de casos realizado en la Comunidad Valenciana permite plantear 2 cuestiones que afectan a la práctica profesional. La primera de ellas es que es posible mejorar la conexión de los sistemas sanitario y social, y la continuidad asistencial, si se realizan cambios estructurales (creación de EGC en primaria) y en los procesos (valoración geriátrica integral y sistemas compartidos de información). La segunda es que se puede controlar el gasto

sin que empeore la calidad de la atención. La activación de procesos de integración de cuidados, en los que los recursos hospitalarios para pacientes crónicos están conectados con EGC en primaria, puede contribuir a reducir la estancia media hospitalaria al disponer de alternativas asistenciales reales.

- Las actuales estrategias de asistencia a pacientes crónicos mayores han trasladado el énfasis de la atención del paciente institucionalizado a la atención primaria.
- Existe una desconexión entre el sistema sanitario y social.
- La gestión de casos puede mejorar la coordinación de los recursos sanitarios y sociales para la atención de pacientes crónicos mayores, así como la continuidad asistencial.
- La gestión de casos puede contribuir al control de costes, influyendo en la estancia media hospitalaria, al disponer de alternativas asistenciales reales.

Financiación

El estudio presentado en este trabajo recibió financiación de la Conselleria de Sanidad y de la Conselleria de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana (2002-2004).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos a los investigadores del Instituto de Investigación Polibienestar de la Universidad de Valencia sus aportaciones y la revisión del texto.

Bibliografía

1. Allen K, Bednárík R, Campbell L, Dieterich A, Hirsch Durrett E, Emilsson T, et al. Governance and finance of long-term care across Europe 2011. INTERLINKS Overview report #4 [consultado 15 Dic 2014]. Disponible en: http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/1%20WP6_GOV_FIN_final.pdf
2. European Union. The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060). European Economy, 2012 2 [consultado 15 Dic 2014]. Disponible en: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2.en.pdf
3. OECD. Health at a Glance 2013 OECD INDICATORS [consultado 23 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
4. Economist Intelligence Unit. The future of healthcare in Europe. A report from the Economist Intelligence Unit. 2011 [consultado 15 Dic 2014]. Disponible en: <http://www.economistinsights.com/sites/default/files/legacy/mgthink/downloads/EIU-Janssen%20Healthcare.Web%20version.pdf>
5. Kraus M, Riedel M, Mot E, Willemé P, Röhrling G, Czipionka T. A typology of long-term care systems in Europe. Brussels: CEPS (Social welfare policies, ENEPRI Research Reports); 2010 [consultado 15 Dic 2014]. Disponible en: <http://www.ceps.eu/book/typology-long-term-care-systems-europe>
6. Currie C. Health and social care of older people: Could policy generalise good practice? *J Integr Care*. 2010;18:19-26.
7. Lee R, Mason A, Cotlear D. Some economic consequences of global aging. A discussion note for the World Bank. 2010 [consultado 13 Oct 2014]. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13603>
8. Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing health care in the European Union. Observatory Studies Series n.º 17, 2009 [consultado 23 Jun 2014]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/98307/E92469.pdf
9. Hammar T, Rissanen P, Perälä ML. The cost-effectiveness of integrated home care and discharge practice for home care clients. *Health Policy*. 2009;92:10-20.
10. Carretero S, Garcés J, Ródenas F. Evaluation of the home help service and its impact on the informal caregiver's burden of dependent elders. *Int J Geriatr Psych*. 2007;22:738-49.
11. Garcés J, Ródenas F, Sanjosé V. Care needs among the dependent population in Spain: An empirical approach. *Health Soc Care Comm*. 2004;12:466-74.
12. Garcés J, Ródenas F, Sanjosé V. Sustainability of the health and social care resources for persons requiring long-term care in Spain: an empirical approach. *Health Policy*. 2006;75:121-30.
13. Garcés J, Carretero S, Ródenas F. Readings of the social sustainability theory. Applications to the long-term care field. Valencia: Tirant Lo Blanch; 2011.
14. Garcés J, Ródenas F, Hammar T. Converging methods to link social and health care systems and informal care—confronting nordic and Mediterranean approaches. Chapter 5. En: Liechsenring K, Billing J, Nies H, editores. *Long-term care in Europe*. London: Palgrave Macmillan; 2013. p. 100-7.
15. Grimaldo F, Orduña JM, Lozano M, Ródenas F, Garcés J. Towards a Simulator of Integrated Long-term Care Systems for Elderly People. *Int J Artif Intell T*. 2014;23, 1440005.
16. Ródenas F, Garcés J, Carretero S, Megía M. Case management method applied to older adults in the primary care centres in Burjassot (Valencian Region Spain). *Eur J Ageing*. 2008;5:57-66.
17. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
18. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9:179-86.
19. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980;20:649-54.
20. Scharlach AE, Giunta N, Kelly Mills-Dick MSW. Long-term care integration: An overview of current programs and evaluations, University of California, Berkeley, Center for the Advanced Study of Aging Services, 2001 [consultado 12 Jun 2014]. Disponible en: <http://cssr.berkeley.edu/pdfs/CaseManLTC.pdf>
21. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327:1219-21.
22. Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: A synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psych*. 2003;18:222-35.
23. Gobet P. Case management for patients of lower socio-economic status experiencing complex somatic and psychosocial problems

- (Kompass). 2011 [consultado 3 Jun 2014]. Disponible en: <http://interlinks.euro.centre.org/model/example/Kompass>
24. Naiditch M. Coordinating Care for Older People (COPA), 2011 [consultado 23 June 2014]. Disponible en: <http://interlinks.euro.centre.org/model/example/CoordinatingCareForOlderPeopleCOPA>
25. Perälä, M. L. & Hammar, T. (2003). PALKO-malli - Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä [PALKOmodel-Integrated services in the practice of discharge and home care across organisations]. Helsinki: Stakes (aiheita 29).