

Percepción del equipo de atención primaria de la enfermera gestora de casos en la Vega Alta del Segura

Perception of the primary health team about the nurse case management in the Vega Alta Segura Area

Autoras: Cristina Campello Vicente (1), M^a Inmaculada Del Saz Caja (2), Lidia Solano García (3).

Dirección de contacto: cris.altair@hotmail.com

Cómo citar este artículo: Campello Vicente C, Del Saz Caja MI, Solano García L. Percepción del equipo de atención primaria de la enfermera gestora de casos en la Vega Alta del Segura. NURE Inv [Internet]. Mar-Abr 2015 [citado día mes año]; 12(75):[aprox. 14 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROYECTO/NURE75_proyecto_vega.pdf

Fecha recepción: 13/11/2014

Aceptado para su publicación: 05/02/2015

Resumen

La cronicidad de las enfermedades o el incremento de las personas con incapacidades es uno de los principales problemas de los diferentes sistemas sanitarios. Ante la necesidad de dar respuesta a la demanda que genera la cronicidad se elabora una serie de estrategias para la mejora de la atención domiciliaria entre las que se encuentra la implantación de la figura de la Enfermera Gestora de Casos o de enlace, que supone un proceso de colaboración con el paciente, mediante la coordinación con el equipo de Atención Primaria. Sin embargo, la implementación de este modelo puede resultar un desafío por cambios que no siempre todos los integrantes de los grupos profesionales están dispuestos a asumir, formando parte de las resistencias los intereses profesionales, las relaciones de poder, la formación y competencia profesional, las características de los Servicios de Salud y la legislación. Como objetivo nos planteamos conocer la percepción de los profesionales de Atención Primaria ante la labor desempeñada por la Enfermera Gestora de Enlace. Para ello, nos serviremos de la metodología cualitativa; la técnica de recogida de datos será a través de grupos focales y entrevistas en profundidad, transcribiéndose posteriormente para poder ser analizadas y establecer una serie de conclusiones que permitan elaborar estrategias con el que agilizar la implementación de forma consolidada del modelo de Enfermera Gestora de Casos.

Palabras clave

Atención Primaria de Salud; Enfermería de Práctica Avanzada; Enfermedad Crónica; Relaciones Interprofesionales; Investigación Cualitativa.

Abstract

The chronicity of illnesses or the increase of people with disabilities is one of the main problems for different health care systems. Faced with the need to respond to the greater demand generated, a number of strategies for improving home care, such as the introduction of the figure of Nurse Case Manager or liaison facilitating a way of collaboration between the patient and the primary care team. However, the introduction of this strategies can be a challenging as not all members of the team are willing to assume the changes required, mainly because of professional interests, power relationship, training, areas of expertise and the characteristics of the health services and its legislation. Our objective is to investigate the perception of primary care professionals of the work done by the Management Nurse Liaison position. To do this, we will use qualitative methodology; the technique of data collection will be through focus groups and interviews, then transcribed to be analyzed and a set of conclusions that will be used to develop strategies which streamline the implementation the Nurse Case Manager model.

Key words

Primary Health Care; Advanced Practice Nursing; Chronic Disease; Interprofessional Relations; Qualitative Research.

Categoría profesional y lugar de trabajo

- (1) Graduada en Enfermería. Doctorando en Ciencias Sociales y de la Salud en Universidad Católica San Antonio de Murcia.
- (2) Diplomada en Enfermería. Máster en Salud Pública. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor -Servicio Murciano de Salud.
- (3) Graduada en Enfermería. Máster en Investigación en Ciencias Sociosanitarias. Centro Médico La Villa.

ANTECEDENTES

En los últimos años, se están sucediendo una serie de cambios demográficos sobre la población española que están repercutiendo de manera directa sobre su estado de salud general y, consecuentemente, sobre sus necesidades y patrones de uso de los servicios sanitarios (1, 2). Entre los cambios sociodemográficos que mayor transformación está sufriendo se encuentra el aumento de la esperanza de vida junto con el de la población mayor de 65 años (3). Esta situación conlleva un aumento progresivo de las enfermedades crónicas, incrementando, por tanto la invalidez e incapacidades de la población que las padece, creando vulnerabilidad y fragilidad (2), además de suponer mayores necesidades de atención para las personas que las sufren (4). Estamos hablando de personas con necesidades múltiples, de carácter prolongado, en varios niveles asistenciales y en diferentes sistemas de atención, tanto sanitario como social. La literatura científica muestra evidencias de que este grupo de pacientes "complejos" reciben atenciones de cuidados puntuales y poco coordinados desde el conjunto de servicios socio-sanitarios (2, 5).

Indudablemente, nuestra sociedad se enfrenta a nuevos retos económicos, políticos, demográficos, sociales y culturales que requieren de unos servicios sanitarios capaces de satisfacer las crecientes necesidades en salud de la población, obligando a reorientar el sistema sanitario, centrado hasta ahora en la atención a patologías agudas, para lograr una atención eficiente en el abordaje de los procesos crónicos en toda su dimensión (2, 4, 6). Para ello es necesario trabajar en todos los niveles, empezando por las decisiones políticas (4).

Se trata del mayor desafío actual para los servicios de salud, donde se evidencian el fracaso de las actuales políticas de salud pública traduciéndose en una interminable cascada de hospitalizaciones evitables, fallos en la continuidad asistencial y resultados adversos para los pacientes (2, 6). Ante estas necesidades, los actuales sistemas sanitarios disponen de una organización que provoca una fragmentación estructural de los servicios que ofrecen, con el agravante de la ausencia de mecanismos dinámicos de integración que permitan coordinar diferentes prestaciones y servicios (4).

Ante esta situación, son cada vez más numerosas las iniciativas para superar estos obstáculos y garantizar calidad, continuidad y accesibilidad (4, 6). Por lo que, para una correcta atención a los pa-

cientes complejos no puede pensarse únicamente en el ámbito sanitario, sino la coordinación entre todos los profesionales implicados: enfermeras, trabajadores sociales, médico, de los diferentes niveles asistenciales: Atención Primaria (AP) –como eje director del proceso–, Atención Especializada (AE) y socio-sanitaria, para lograr uno de los objetivos básicos de los sistemas de salud; la continuidad de cuidados (2, 4).

Algunos autores como Martínez-Riera, hace referencia en su artículo de 2008 a la figura del gestor o coordinador de casos (2). Se trata de un profesional especializado capaz de coordinar los diferentes cuidados que una persona de las características anteriormente mencionadas necesita en un momento determinado, así como los diferentes recursos, tanto sanitarios como sociales. Este profesional es el punto de contacto del paciente con la red de servicios socio-sanitarios continuados y trata de asegurar la detección precoz de necesidades, y su resolución y atención de la forma más eficiente (1, 2, 4).

En España son varias las comunidades autónomas que han puesto en marcha esta nueva figura que tiene un perfil diferenciado de competencias ampliadas, denominándola Enfermera Gestora de Casos (EGC) –aunque solo está legislada como tal en Andalucía bajo el Decreto del Plan de apoyo a las familias andaluzas (9)–, instaurada para hacer frente a la demanda de la atención de la población crónica compleja. Las EGC tienen una serie de objetivos específicos de atención desde una triple perspectiva: el equipo de Primaria de referencia, el trabajo coordinado con los servicios de Especializada y el trabajo coordinado con los profesionales de referencia para el abordaje de problemas de salud mental, problemas socio-sanitarios, etcétera (7, 8).

En la Región de Murcia, en el año 2010 se inicia un proyecto piloto en el Área de Salud (AS) de la Vega Alta del Segura dirigido por dos EGC. En Murcia, el ámbito de actuación de este profesional abarca tanto la Atención Primaria como Especializada. Las funciones de la EGC comunitaria y la hospitalaria recaen sobre una sola persona que se desplazará al lugar donde se encuentre tanto la persona a lo largo de la atención, cómo donde se encuentren las personas, profesionales y servicios de referencia de ésta, es decir el domicilio, el centro de salud, el centro de salud mental, el hospital, los recursos sociales, asociaciones, etc. (7).

El trabajo de la EGC comprende dos áreas de trabajo fundamentales, la primera de ellas se asocia a los usuarios, tanto paciente como familia, y se

centra en la mejora del estado funcional y de salud del paciente, el manejo de su problema de salud y el acceso a los servicios sanitarios. Además, implica un rol asociado a la organización donde se incluye el uso y redistribución adecuada de recursos. Las funciones que desempeña son: captación activa de su población diana, valoración integral individualizada, planificación asistencial e identificación de recursos, enlace de paciente con los servicios necesitados, implementación y coordinación del servicio, monitorización del servicio prestado y abogar por el paciente (9).

Para el logro de estos objetivos de atención, la EGC debe potenciar y mejorar la atención a las personas susceptibles de Atención Domiciliaria (AD), resultando imprescindible el trabajo conjunto y coordinado entre médico, personal de enfermería y trabajo social del centro de salud (1, 2, 4). Sin embargo, la implementación de este modelo puede resultar todo un desafío por cambios que no siempre todos los integrantes de los grupos profesionales están dispuestos a aceptar.

Inevitablemente, todo intento de ampliar el diámetro del espacio competencial, implica cambios que no siempre se están dispuestos a asumir, bien por razones conceptuales, de formación y competencia profesional, deontológicas, legislativas o incluso por el mero temor de afrontar lo desconocido. Existen conflictos relacionados con la ambigüedad y la heterogeneidad del concepto de EGC, lo que implica que las competencias de esta enfermera de práctica avanzada no estén bien definidas (10). A su vez y relacionado con el punto anterior, existen posturas contrapuestas que abogan por la asimilación de la EGC al ejercicio especializado y viceversa, creando importantes conflictos internos dentro de la enfermería. Esta situación puede convertirse en una barrera para la definitiva implantación del modelo si no se articula bien la convivencia entre las partes implicadas (11).

A su vez, los diferentes grados de capacitación, entrenamiento y formación académica y los esfuerzos de la EGC para ganar posicionamiento, en ocasiones generan un conflicto entre enfermeras con menos formación, disminuyendo la unión entre el colectivo enfermero, ya considerado por algunos autores como *"un gremio débil sin una estructura de organización sólida con necesidad de una mayor concienciación del poder y conocimientos que tiene la enfermería"* (12).

Entre las barreras que Morales Asensio (2012) reconoce, se encuentran las legislativas, donde la descentralización en las Comunidades Autónomas

(CCAA) puede resultar desfavorecedor, como ya ocurriera en el caso de la prescripción enfermera (10).

En definitiva, la invisibilidad de las co-actividades de la EGC, la falta de cohesión e integración del equipo junto con la falta de códigos y estatutos que regulen la actividad conjunta puede dificultar las actividades y la aceptación de la EGC en el equipo de Primaria. A su vez, puede que alguno de los protagonistas del equipo vea amenazado su estatus, puesto que la llegada de esta nueva figura a los equipos de AP altera el orden interno de las agrupaciones establecido en la institución.

Para entender mejor la definición de orden interno, Nadel (1974) utiliza conceptos como poder, autoridad, posición social, jerarquía y prestigio dentro de un grupo, pero todos estos conceptos dependen de las circunstancias y de los intereses que existan fuera del grupo, es decir del orden externo, que puede verse alterado cuando existen antagonismos y competencias entre las diferentes comunidades que son potencialmente hostiles pero interdependientes, como puede ser la comunidad de médicos, enfermeras y trabajadores sociales. En estos casos, cita el autor, que *"un cuerpo gobernante especial dispone de los medios de fuerza y administra los mecanismos reguladores de la situación"* (13). Pero ese cuerpo, en la actualidad no tiene suficiente fuerza para eliminar el orden social establecido y legitimado a través de lo que Bourdieu llama *"la violencia simbólica"* ejercida con la complicidad de los grupos dominados y perpetuada a lo largo de los tiempos creando un *"hábitus"* que reproduce las relaciones de dominación del cuerpo médico sobre la enfermería, siguiendo un proceso de naturalización de las relaciones histórica y socialmente conformadas (14). La profesionalización de la enfermería, las fuerzas sociales y los acontecimientos como la cronicidad de enfermedades en la población está modificando los esquemas generativos y el modelo tradicional se está transformando adoptando un patrón de trabajo donde médicos, enfermeras y trabajadores sociales son partes equivalentes en el equipo de atención al paciente.

La vulneración de los intereses profesionales de algunos de los grupos que intervienen en la gestión de casos son puntos de conflicto (15). En el caso de los médicos de AP a menudo se resisten a las implementaciones de este nuevo modelo, por la amenaza percibida en la continuidad de la atención y de su papel como gestor de la trayectoria de sus pacientes. También existen estudios que muestra los conflictos de roles que surgen entre EGC y los servicios sociales (16).

En definitiva, la EGC se debe enfrentar con estrategia a los conflictos y ser un agente de cambio en el campo de la atención al paciente crónico complejo, por ello es esencial conocer la opinión de los protagonistas del equipo de atención sanitaria de este tipo de pacientes porque de la relación que exista entre la EGC y el equipo de Primaria depende la calidad de la atención y seguridad del paciente crónico complejo. Por ello, es importante comprender los factores históricos que determinan los roles y las responsabilidades de cada grupo profesional, así como las áreas de conflicto y discrepancias. Tal y como comenta Vítolo en su artículo de 2012 *"Solo comprendiendo el fenómeno se pueden formular recomendaciones que estimulen el compromiso, la colaboración y el apoyo entre los diferentes grupos profesionales"* (17).

Son escasas las publicaciones que estudian la implantación de modelos de práctica avanzada de enfermería en el ámbito de la atención primaria. Delamaire y Lafortune desarrollaron en el año 2010 un estudio para evaluar la experiencia de implantación de estas experiencias en 12 países y entre las conclusiones relacionadas con las barreras y facilitadores del modelo, señalaron que las asociaciones de enfermería y de medicina juegan un papel muy importante para extender la nueva práctica y son los profesionales de la medicina los que más se oponen a esta experiencia (18) coincidiendo con los resultados de otro estudio de corte cualitativo desarrollado en Inglaterra que concluye que la introducción de la enfermera de práctica avanzada puede ser percibida negativamente por el cuerpo médico y perturbar las relaciones de trabajo entre los dos estamentos (19). En esta misma línea el estudio desarrollado en París pone de relieve la importancia de detectar los líderes de opinión y la masa crítica de opositores para acelerar los procesos de implementación, especialmente entre los médicos de atención primaria que asumen con más dificultad que las enfermeras los cambios (20).

El hecho de que se esté desarrollando un proyecto piloto del modelo de EGC en un área sanitaria de la Región de Murcia, con el interés de las autoridades sanitarias de ampliarlo a otras Áreas de Salud, es lo que nos motiva a tratar de comprender la imagen que tienen de este nuevo modelo de gestión del paciente crónico complejo los diferentes grupos de profesionales que intervienen en el proceso, con el fin de identificar los factores facilitadores y detectar las barreras que crean tensión y ponen en riesgo su implantación definitiva en la Región Murcia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Hernández RM, López Alonso SR, Lacida Baro M, Rodríguez Gómez S. La Enfermera Comunitaria de Enlace en el Servicio Andaluz de Salud. *Enferm Comun.* 2005;1(1):43-48.
2. Martínez Riera JR. Intervención de Enfermería ante las Enfermedades Crónicas. La situación en España. *Práctica Clínica.* 2008;16(9): 402-409.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. IMSERSO Las personas mayores en España. Informe 2012. IMSERSO; 2012.
4. Gómez Picard P, Fuster Culebras J. Atención a la cronicidad: desafío estratégico, macrogestión y políticas de salud. *Enferm Clin.* 2014;24(1):12-17.
5. López Martín I. Nuevas demandas sociales ligadas al envejecimiento de la población; *Educare21* [Internet] 2004 [Citado 2014 Abril 5]. Disponible en: <http://enfermeria21.com/educare/educare08/aprendiendo/aprendiendo2.htm>
6. Sánchez Martín I. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico.* *Enferm Clin.* 2014; 24(1):79-89.
7. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud; 2010. *Enfermera Gestora de Casos en el Servicio Murciano de Salud, Programa Pilotaje.* [Internet] 2010. [Citado 6 Abril 2014]. Disponible en: http://www.ffis.es/ups/taller_gestion_casos_2010/triptic_formacion_harvard_2009_4.pdf
8. American Nurses Credentialing Center (NCC). *Nursing case management catalog.* Washington, DC: ACNN; 1998.
9. Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de salud. Consejería de salud. *Manual de la gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en atención primaria.* [Internet] 2007 [Citado 1 Marzo 2014]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0245.pdf>
10. Morales Asencio JM. Barreras para la implantación de los modelos de práctica avanzada en España. *Metas de Enfermería.* 2012;15(6):26-32.

11. Samitier P. Relaciones y expectativas de la Enfermera Comunitaria, la Gestora de casos y la futura especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Biblioteca Lascasas.2010;6(3).
12. Gómez Torres D, Luzia Leite L, Vasconcelos Moura MA. Conflicto generado por la designación de enfermeras para la dirección hospitalaria –una visión periodística. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008 mar;12(1):102-7.
13. Nadel SF. Agrupaciones. En Fundamentos de Antropología Social. Madrid:Fondo de Cultura Económica; 1974.
14. Bordieu Gutierrez A. Poder, hábitos y representaciones: recorrido por el concepto de violencia simbólica en Pierre Bordieu. Revista Complutense de Educación. 2004;15(1):289-300.
15. Vedel I, Ghadi V, De Stampa M, Routelous C, Bergman H, Ankri J et al. Diffusion of a collaborative care model in primary care: a longitudinal qualitative study. BMC Family Practice. 2013;14:3.
16. Sánchez Robles M. Trabajo Social Sanitario y Enfermería Gestora de casos: Crónica de un conflicto anunciado. Documentos de Trabajo Social. 2011;49
17. Vítolo F. Relación médico-enfermera. Noble Cía, de Seguros; 2012.
18. Delamaire M, Lafortune G. Nurses in advanced roles: a description an evaluation of experiences in 12 developed countries. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development. Directorate for employment, labour and social affairs health committee;2010 [internet] 2010 [citado 2 Abril 2014]. Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en
19. Iliffe S, Drennan V, Manthorpe J, Gage H, Davies SL, Massey H, Scott C, Brearley S, Goodman C. Nurse case management and general practice: implications for GP consortia. Br J Gen Pract 2011;61(591):658-65.
20. Vedel I, Ghadi V, De Stampa M, Routelous C, Bergman H, Ankri J, Lapointe L. Diffusion of a collaborative care model in primary care: a longitudinal qualitative study. [internet] 2013 [citado 2014 abril 2] BMC Family Practice 14:3 Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/3>
21. Glaser BJ, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Aldine, New York; 1967.
22. Pérez Andrés C. Sobre la metodología cualitativa. Rev Esp Salud Pública. 2002;76:373-380.
23. Salgado Lévano AC. Investigación cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabit. 2007;13:71-78.
24. De la Cuesta Benjumea C. Desafíos de la investigación cualitativa. Rev Nure Inv. 2006;1,1-2.
25. Flick, U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata, 2007
26. Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. Aten Primaria. 2002 abril 15;29(6):366-373.
27. Del Rincón Igea D, Arnal Agustín J, Latorre Beltrán A, Sans Martín A. Observación participante. En Dykinson (Ed.), Técnicas de investigación en ciencias sociales. Madrid; 1995:261-303.
28. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: editorial Universidad de Antioquia, 2002.

OBJETIVOS

General

- Analizar la percepción de los profesionales de Atención Primaria ante la labor desempeñada por la enfermera gestora de casos en el Área de Salud IX del Servicio Murciano de Salud.

Específicos

- Mostrar la opinión y satisfacción del equipo de Primaria con el programa de enfermera de gestión de casos.
- Examinar la percepción del equipo de Primaria sobre las competencias de la enfermera gestora de casos.
- Relacionar la comunicación y coordinación entre la enfermera gestora de casos y los profesionales del equipo de Atención Primaria.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este proyecto de investigación, se desarrollará una investigación cualitativa siguiendo la Teoría Fundamentada (TF) (21). La investigación cualitativa puede ser vista como el intento de obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal como nos la presentan las personas (22-23). El planteamiento básico de la TF es que proposiciones teóricas surgen de los datos obtenidos en la investigación, más que de los estudios previos (21, 23).

La elección de esta perspectiva teórica está justificada en el estudio porque ofrece una manera de representar la realidad, que ayuda a comprender de una forma más completa el fenómeno estudiado, por lo que una de sus aportaciones más relevantes es su poder explicativo en relación a las conductas humanas dentro de un campo de estudio (24). Tras realizar la revisión bibliográfica encontramos que el fenómeno de investigación seleccionado ha sido poco o nada explorado hasta el momento, lo que supone otro punto de apoyo para nuestra elección. En resumen, nos interesa conocer los discursos de los profesionales sanitarios que trabajan en el centro de salud conjuntamente con la EGC, para comprender sus vivencias, opiniones, expectativas, percepciones..., de tal manera que las acciones, normas y valores sean vistos desde su perspectiva.

Emplazamiento y población de estudio

El estudio se desarrollará a lo largo de un año en el área de salud situada en La Vega Alta del Segura, situada a unos 30 Km del área metropolitana de Murcia. Dentro del Sistema Sanitario del Servicio Murciano de Salud, este territorio pertenece al Área de Salud IX que engloba los municipios de Cieza, Abarán, Blanca y las pedanías de la Hoya del Campo y Estación de Blanca, de forma que el área queda dividida en tres Zonas Básicas de Salud: Cieza, Blanca y Abarán. Esta Área de Salud está dotada de un total de 33 médicos, 33 enfermeras, un trabajador social de Atención Primaria, un trabajador social del ayuntamiento y 2 EGC.

La población de estudio estará formada por profesionales que participan en el programa de gestión de casos. Se atenderá a los siguientes criterios de inclusión: enfermeras, médicos y trabajadores sociales del Área IX que accedan voluntariamente a participar en el estudio; trabajar conjuntamente con la EGC del equipo de Atención Primaria y llevar más de un año desarrollando su labor en el puesto de trabajo.

Muestreo y tamaño muestral

La elección de los participantes se llevará a cabo por muestreo intencional para asegurar la representatividad estructural de los profesionales que intervienen en el proceso. Emplearemos los criterios de adecuación de los participantes a la información, basándonos en la conveniencia y la suficiencia, así como en la diversidad de puntos de vista con objeto de enriquecer el discurso. Se trata de recoger la mayor cantidad posible de visiones diferentes en torno al fenómeno de estudio. Por esta razón, se hará una determinación a priori de la estructura de la muestra atendiendo a las recomendaciones de Flick (25). Se realizará un muestreo de casos que representen de la forma más equilibrada posible los diferentes grupos según recursos disponibles y metas del estudio, que agruparemos en tres categorías profesionales: médicos de atención primaria, enfermeras de atención primaria y trabajadores sociales resultando una muestra estimada de 8 informantes de cada categoría, exceptuando la de trabajador social que solo tiene dos representantes en el área, lo que suma un total de 18 participantes.

Recogida de datos

La recogida de datos se realizará a través de dos técnicas diferentes: Grupos Focales (GF) (26) y Observación participante. El trabajo de campo se hará en los lugares de trabajo de los participantes y dentro de su jornada laboral procurando un ambiente relajado y distendido. Los grupos serán moderados por una enfermera con habilidad, sensibilidad y formación para llevar a cabo la discusión, que sepa qué preguntas hacer y cómo hacerlas; dirigiendo a los participantes para obtener la información clave del estudio. Además, se dispondrá de dos observadoras que permitirán el máximo grado de imparcialidad y objetividad, que irán tomando notas de las observaciones pertinentes, valorando el entorno y las dificultades en las que se desenvuelve el trabajo profesional, así como de constatar las opiniones que se transmiten durante la actividad de grupo, facilitando su posterior análisis. Para seguir una pauta en el desarrollo de los grupos de discusión se desarrolla un cuestionario a modo de guía para el moderador (**Anexo 1**).

La técnica de observación participante facilitará la comprensión del entorno del centro de salud y el marco de relaciones en el que desarrollan las actividades las enfermeras de Atención Primaria y la realizaremos siguiendo las indicaciones que describe Del Rincón, Arnal, Latorre y Sans (27).

Cada GF estará compuesto por un número aproximado de 6-8 profesionales. La duración aproximada será de una hora para evitar que el cansancio de los participantes pueda interferir en los objetivos del grupo focal en perjuicio de los resultados. Se atenderá como criterio de homogeneidad intragrupo el pertenecer todos los profesionales al mismo equipo de Atención Primaria, es decir, al mismo centro de salud y como criterio de heterogeneidad la agrupación de profesionales de diferentes categorías. Los discursos de los grupos focales serán grabados y transcritos para facilitar el posterior análisis.

Se recogerán las variables sociodemográficas que permitan conocer los diferentes atributos de los participantes, tales como: edad (en años), categoría profesional (médico, enfermera, asistente social), centro de trabajo (zona básica de Abarán, Blanca o Cieza), tiempo de trabajo en centro de salud (en años), nivel de conocimientos sobre EGC (desconocimiento, ha oído o leído sobre EGC, conocimiento total) (**Anexo 2**).

Análisis de los datos

El análisis cualitativo que se seguirá no parte de categorías pre-establecidas sino que se irán construyendo a partir de un juego inductivo-deductivo entre los datos y los presupuestos de los investigadores. Para ello se seguirán las pautas de la teoría fundamentada de Strauss y Corbin tomando como punto de partida el microanálisis, es decir en un principio se fragmentará el texto en códigos para posteriormente integrar las partes en categorías para una mejor comprensión del fenómeno (28). En el proceso analítico de las transcripciones utilizaremos tres procedimientos: la codificación abierta, la codificación axial y la codificación selectiva. El proceso se iniciará con la codificación abierta y hacia el final del análisis la codificación selectiva pasará a primer plano. Una vez realizadas y transcritos los discursos de los grupos focales el análisis se realizará con la ayuda del soporte informático Atlas-ti.

- **Codificación abierta.** Se realizará línea por línea y párrafo a párrafo para identificar los conceptos más significativos y asignarles un nombre o código con el propósito de descomponer y comprender el texto y desarrollar posteriormente categorías agrupando los códigos similares en torno a los fenómenos descubiertos en los datos que son relevantes para los objetivos de la investigación.

- **Codificación axial.** Las categorías más relevantes para la pregunta de investigación se seleccionarán a partir de los códigos desarrollados y se realizará una codificación más específica en relación a las categorías seleccionadas y se profundizará en los significados y las relaciones entre las categorías y sus subcategorías.
- **Codificación selectiva.** Su propósito es elaborar la categoría central en torno a la cual las otras categorías desarrolladas se puedan refinar e integrar.

Serán tres investigadoras las que realizarán este proceso de forma independiente con la finalidad de realizar una posterior triangulación de resultados para minimizar las desviaciones derivadas del investigador como persona. También se realizará una triangulación de los resultados obtenidos del análisis de los discursos con los datos de la observación participante durante el desarrollo de las sesiones de grupo.

En todo este proceso se remarcarán los temas emergentes y las diferentes perspectivas de los participantes del grupo de discusión y los grupos profesionales que intervienen.

Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones de este estudio destaca la dificultad en el acceso al campo de trabajo y el contexto local del mismo. Como solución a la dificultad para acceder a la muestra contamos con la colaboración del Servicio Murciano de Salud. Por otro lado, al contar con la colaboración del Servicio Murciano de Salud puede existir un sesgo de deseabilidad social que se intentará reducir insistiendo en la protección de los datos mediante el consentimiento informado y la declaración de los investigadores de no existir ningún conflicto de interés. Igualmente puede que exista un sesgo por el hecho de que las investigadoras pertenezcan a la profesión enfermera y para evitar que esto influya en el análisis de los datos se intensificará la capacidad reflexiva para mantener la máxima objetividad. La reflexividad garantiza el rigor de la investigación cualitativa y por ello es necesario indagar y reflexionar sobre los posicionamientos de los investigadores para poder entender el proceso en su totalidad de forma que las propias representaciones de los investigadores no influyan en la interpretación de las representaciones de los diferentes participantes del estudio.

Consideraciones éticas

Antes de comenzar a desarrollar el proyecto de investigación, se contará con los permisos pertinentes por parte de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SMS. Previo desarrollo de los grupos focales se dispondrá de la firma del Consentimiento Informado por parte de los participantes, que podrá ser revocado en cualquier momento. Ofreceremos a su vez una documentación informativa a los profesionales de las características del estudio, propósito y metodología del mismo, así como la presentación de los investigadores. Del mismo modo, se garantizará la confidencialidad, voluntariedad y el anonimato de los participantes, destinando los datos obtenidos sólo a fines científicos (**Anexos 3 y 4**).

RELEVANCIA CIENTÍFICA Y APLICABILIDAD SOCIO SANITARIA

Todavía hay una considerable incertidumbre que rodea a los desafíos en la implementación del modelo de EGC. Por tanto, es importante obtener una mejor comprensión de sus factores constituyentes mediante la colaboración de los integrantes de los equipos sanitarios que trabajan conjuntamente con la EGC.

Se trata, en definitiva de desarrollar estrategias que puedan resultar útiles para acelerar el proceso de difusión y maximizar los beneficios de la implementación del modelo de EGC.

CRONOGRAMA

El cronograma se detalla en la **Figura 1**.

RECURSOS Y PRESUPUESTO

El material necesario para llevar a cabo este proyecto se compondrá de (**Figura 2**):

- Recursos humanos compuesto por dos enfermeras con Máster en Investigación en Ciencias Sociosanitarias y una enfermera con Máster en Salud Pública.
- Un lugar para la realización de la actividad grupal, en concreto será el Centro de Salud de Abarrán y Cieza dado que es la zona de estudio.

- El programa de Atlas-ti para transcribir y analizar los discursos de los participantes.
- Una impresora
- Un ordenador portátil para realizar todo el proceso de transcripción de discursos y desarrollo del trabajo.
- Dos grabadoras durante la actividad grupal para poder apreciar todos los discursos correctamente.
- Material fungible como bolígrafos, folios, tinta para la impresora, etcétera.
- Gastos de movilidad y dietas de las investigadoras para llevar a cabo el proyecto.
- Divulgación científica y asistencia a congresos.

AGRADECIMIENTOS

Al Servicio Murciano de Salud y al Sindicato de Enfermería SATSE por la ayuda aportada.

Figura 1. Cronograma de desarrollo de proyecto de investigación.

Actividades	Meses											
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Revisión bibliográfica	■	■	■	■								
Contactos y permisos				■								
Recogida de datos					■	■	■	■				
Transcripción						■	■	■	■			
Análisis						■	■	■	■			
Resultados							■	■	■	■	■	
Conclusiones											■	■

Figura 2. Recursos humanos, materiales y presupuesto para el desarrollo del proyecto de investigación.

Recursos humanos: 2 enfermeras Máster en Investigación en Ciencias Sociosanitarias, 1 enfermera Máster en Salud Pública	0,00 €
Infraestructura del CS de Abarán y Cieza	0,00 €
Material informático: Programa Atlas ti	A consultar
1 Impresora	200,00 €
1 Ordenador portátil	500,00 €
2 Grabadoras	200,00 €
Material fungible	300,00 €
Gastos de movilidad y dietas	500,00 €
Divulgación científica y asistencia a congresos	700,00 €
TOTAL AYUDA SOLICITADA	2.400,00 €

ANEXO 1

HOJA DE GUÍA DE PREGUNTAS DE LOS GRUPOS FOCALES

1. ¿Cómo está organizado el trabajo en su Centro de Salud?
2. ¿Cree importante la labor desempeñada por la EGC? ¿Por qué sí/no?
3. ¿Cómo es su relación con la EGC? ¿Beneficios y/o desventajas?
4. ¿Estaría usted dispuesto/a a asumir ciertos cambios en el ámbito profesional para que este proyecto sea desarrollado?
5. ¿Está usted de acuerdo, con que el trabajo en equipo, en este caso entre médicos, enfermeros/as y trabajadores/as sociales es fundamental para una correcta e integral atención hacia estas personas?
6. Qué opinan de la EGC
7. Cómo definirían el trabajo que realiza la EGC
8. ¿Qué opinión tienen acerca del liderazgo que protagonizaría la EGC dentro del equipo de Atención Primaria? ¿Por qué?
9. ¿Cómo influye la EGC en su trabajo?
10. ¿Creen que la EGC debería constituirse como especialista? ¿Por qué sí/ no?
11. ¿Creen necesario la implementación del modelo de EGC para asegurar la continuidad de cuidados en pacientes complejos? ¿Por qué sí/ no?
12. ¿Qué aportaciones consideran (o no) que supone la EGC en el SNS?
13. ¿Qué ventajas o inconvenientes consideran que pueden surgir como consecuencia de implantar la figura de EGC? ¿Por qué?
14. Si las hay, ¿qué cambios observan desde que están presentes en el sistema la EGC?
15. Díganme cómo perciben la comunicación entre el equipo de AP y la EGC

ANEXO 2

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

*Obligatorio

NOMBRE Y APELLIDOS *

FECHA DE NACIMIENTO *

TITULACIÓN *

AÑO FIN DE LA TITULACIÓN *

CENTRO DE SALUD DE TRABAJO *

CATEGORÍA PROFESIONAL *

AÑOS TRABAJADOS *

CONOCIMIENTOS SOBRE LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS (EGC) *

ALTO (HE LEÍDO SOBRE EL TEMA)
MEDIO (HE LEÍDO U OÍDO ALGO)
BAJO (DESCONOCE LAS COMPETENCIAS DE LA EGC)

ANEXO 3

HOJA DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIO

Título del estudio

“Percepción del equipo de atención primaria de la enfermera gestora de casos en la Vega Alta del Segura”

Investigadores principales

Cristina Campello Vicente, M^a Inmaculada Del Saz Caja, Lidia Solano García

Introducción

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda juzgar si quiere participar o no en este estudio. Para ello, puede leer esta hoja informativa, y en caso de que, tras la información recibida, le surgieran dudas o preguntas nosotros podremos aclarárselas. Además, puede consultar con las personas que considere oportunas.

Participación voluntaria

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que eso suponga ninguna consecuencia para usted.

Descripción general del estudio

El estudio en el que va a participar pretende conocer la percepción que el equipo de Atención Primaria tiene sobre la figura de la Enfermera Gestora de Casos por la importancia que tiene la opinión y coordinación de todos los profesionales implicados en la atención de pacientes crónicos complejos para el buen funcionamiento del modelo. La metodología que se utilizará será cualitativa. Los datos se obtendrán a través de Grupos Focales formados por las diferentes categorías profesionales que intervienen en el equipo de Atención Primaria, siendo transcritos posteriormente para poder ser analizados y establecer conclusiones que ayuden a detectar las dificultades de implantación del modelo de Enfermera Gestora de Casos en la Vega Alta del Segura.

Procedimiento del estudio

El trabajo con los Grupos Focales se realizarán en un aula pendiente de confirmar que garantice unas condiciones mínimas de intimidad y confortabilidad y tendrá una duración aproximada de 60 minutos. Formarán parte de los Grupos Focales aquellos profesionales implicados en el modelo de gestión de casos (médicos, enfermeros y trabajadores sociales), exceptuando las Enfermeras Gestoras de Casos del área con la finalidad de no condicionar la respuesta de los participantes. Podrán participar en esta investigación aquellas profesionales que lleven más de un año trabajando en el área y acepten firmar el consentimiento informado de forma voluntaria. Para poder analizar las aportaciones se grabarán los discursos manteniendo rigurosamente el anonimato en la elaboración de los informes. Los Grupos Focales estarán dirigidos por enfermeras externas al Servicio Murciano de Salud con formación en el desarrollo de este tipo de investigación tras obtener los permisos pertinentes.

Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio

Es posible que no obtenga ningún beneficio directo en este estudio. Al igual que no se deriva ningún riesgo de su participación. El interés de esta entrevista se haya en conocer los posibles factores que pudiesen condicionar la prestación de los cuidados de la Enfermera Gestora de Casos.

Confidencialidad

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a los investigadores principales del estudio.

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Título del estudio

“Percepción del equipo de atención primaria de la enfermera gestora de casos en la Vega Alta del Segura”

Investigadores principales

Cristina Campello Vicente, M^a Inmaculada Del Saz Caja, Lidia Solano García

Para poder analizar la percepción del equipo de Atención Primaria de la Vega alta del Segura.

Los Grupos Focales no durarán más de 60 minutos, los datos serán grabados para su posterior transcripción y análisis, por este motivo es necesario el consentimiento de las personas que participan. Se mantendrá el anonimato en la elaboración de los informes.

Yo (nombre, apellidos)

- He leído la hoja de información que se me ha entregado
- He podido hacer preguntas sobre la técnica de recogida de datos
- He recibido suficiente información sobre el desarrollo de los grupos focales
- He hablado con las investigadoras principales
- Comprendo que mi participación es voluntaria
- Comprendo que puedo dejar la investigación:
 - 1) Cuando quiera
 - 2) Sin tener que dar explicaciones
 - 3) Sin que esto repercuta sobre mi trabajo

Por consiguiente:

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del participante:

Fecha:.....

En caso de **revocación** del Consentimiento:

Firma:

Fecha:.....