

# MODELO DE GESTIÓN DE CASOS DEL SSPA

Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del  
Conocimiento.  
Estrategia de Cuidados de Andalucía.  
Consejería de Salud

## GRUPO DE TRABAJO

- Álvarez Tello, Margarita** (EGCc – DSAP Sevilla – Sevilla)
- Brea Ruiz, María Teresa** (EGCc – DSAP Sevilla – Sevilla)
- Cubillo Arjona, Guadalupe** (EGCh – Hospital Reina Sofía - Córdoba)
- Cuevas Fernández, Magdalena** (EGCc – DSAP Málaga - Málaga)
- Duarte Rodríguez, Miguel** (EGCc – DSAP Sevilla – Sevilla)
- Gala Fernández, Bienvenida** (DECA – Consejería de Salud)
- Navarro Torrente, María Dolores** (EGCh – Hospital Torrecárdenas – Almería)
- Pérez Trujillo, Ana María** (EGCc – DSAP Córdoba – Córdoba)
- Perteguer Huertas, Inmaculada** (EGCh – Hospital Puerta del Mar - Cádiz)
- Rivas Campos, Antonio** (Subdirector de Enfermería – Hospital Virgen de las Nieves – Granada)
- Morales Asencio, José Miguel** (Profesor Titular Univ. de Málaga – Málaga)  
(Apoyo metodológico)
- González Posada, Fernando** (EGCh – Hospital de Jerez – Jerez - Cádiz)  
(Coordinador)
- Rodríguez Bouza, Mónica** (Coordinadora de Innovación en Cuidados – DECA –  
Consejería de Salud)
- Padilla Marín, Concepción** (Directora – DECA – Consejería de Salud)

## INDICE

INDICE .....	3
PRESENTACION .....	4
INTRODUCCION.....	5
JUSTIFICACION.....	6
MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO DE GESTION DE CASOS EN EL SSPA	13
1. Definición de Gestión de Casos en el SSPA.....	13
2. Filosofía del servicio .....	14
3. Visión del servicio .....	15
4. Misión del servicio.....	15
5. Atributos del servicio: .....	15
6. Valores profesionales .....	16
7. Modelo de atención a la demanda.....	16
POBLACION DIANA.....	21
OBJETIVOS DE LA GESTION DE CASOS EN EL SSPA.....	24
OBJETIVOS EN SALUD .....	24
OBJETIVOS EN CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCION.....	24
OBJETIVOS DE EFICIENCIA Y UTILIZACION DE RECURSOS .....	24
ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DEL SERVICIO DE GESTION DE CASOS.....	28
ESTRUCTURAS DE COORDINACION .....	30
MECANISMOS DE CAPTACION. IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN, SELECCIÓN Y ESTRATIFICACIÓN DE CASOS .....	31
PERFIL COMPETENCIAL DEL ENFERMERO GESTOR O ENFERMERA GESTORA DE CASOS.....	32
PROPUESTA DE REDEFINICIÓN DE LAS ESTRATEGIAS FORMATIVAS EN GESTIÓN DE CASOS EN EL SSPA.....	34
BIBLIOGRAFIA.....	40
ANEXO 1 .....	44
ANEXO 2 .....	57

## PRESENTACION

El Modelo de Gestión de Casos (GC) viene implementándose en Andalucía desde hace 8 años, liderado por enfermeras y enfermeros del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), tanto en el ámbito comunitario como hospitalario.

Esta intervención se enmarca en un proceso de mejora continua, donde la ciudadanía se sitúa verdaderamente en el centro del sistema. Todo ello en un contexto de trabajo en equipo, donde la enfermera gestora de casos cobra verdadero sentido y funcionalidad.

Trascurrido este periodo desde la Estrategia de Cuidados de Andalucía se pone en marcha un proceso reflexivo que permita analizar el “Modelo de Gestión de Casos para el SSPA”. Para ello se constituye un Grupo de Trabajo formado por 13 profesionales de diferentes niveles asistenciales, con el objetivo de trabajar en la definición de un marco estratégico para la gestión de casos en el SSPA que incluyera:

- Analizar la situación actual de la provisión de gestión de casos en AP y AH.
- Analizar los resultados disponibles de la gestión de casos en el SSPA.
- Analizar las necesidades de servicios de la población andaluza susceptible de beneficiarse de la gestión de casos.
- Redefinir la cartera de servicios en función de este análisis, del contexto y de las mejores prácticas y evidencias en este campo.
- Consolidar y avanzar en la configuración de las características del modelo de práctica en gestión de casos en el SSPA.
- Diseñar una estrategia de implementación de las líneas estratégicas resultantes de este proceso.

El trabajo de este grupo ha servido de base para la elaboración de este documento.

## INTRODUCCION

La Consejería de Salud hace desde sus inicios una apuesta clara por la calidad en la atención sanitaria, entendida como un concepto integral donde intervienen múltiples variables, entre las cuales la satisfacción ciudadana es el elemento irrenunciable que define el enfoque de calidad que se persigue.

El I y II Plan de Calidad<sup>1,2</sup>, como referencias estratégicas de primer nivel de la Consejería de Salud, orientaron sus acciones teniendo en cuenta a la ciudadanía como elemento nuclear del sistema. Esta manera de entender la asistencia alrededor de la persona ha impregnado el Modelo de Calidad de Andalucía y ha ido creciendo, involucrando cada vez más al profesional en sus estrategias, promoviendo su desarrollo individual y colectivo para alcanzar un nivel de excelencia en los servicios acorde con el compromiso social adquirido con la ciudadanía. Este camino hacia la excelencia ha propiciado un avance a través de un proceso complejo de profunda transformación, que ha llevado hacia un Plan de Calidad del SSPA<sup>3</sup> en torno a tres escenarios: **ciudadanía, profesionales y espacio compartido**.

Este es el marco donde el modelo de “*gestión de casos*” para el SSPA debe consolidar el desarrollo que comenzó en el año 2002:

- **Ciudadanía:** *La gestión de casos* ,ofrece atención sanitaria las personas con elevada complejidad de cuidados, sus familias y cuidadores, con criterios de proximidad y personalización de la atención
- **Profesionales:** Con los y las profesionales de enfermería como elementos esenciales de este servicio
- **Espacio compartido:** Con el marco de la gestión clínica como ámbito natural de la actuación de la gestión de casos, donde se favorece la autonomía profesional, fortaleciendo su compromiso con la excelencia, la

innovación y el servicio público, potenciando el trabajo en equipo multidisciplinar y multiprofesional.

## JUSTIFICACION

El desarrollo del modelo de *gestión de casos* en el SSPA, como cualquier otra práctica en el ámbito sanitaria, debe estar sujeto a procesos de mejora continua y su redefinición en el sistema debe ir acorde con el desarrollo del sistema sanitario.

El servicio de *gestión de casos* surgió en el año 2002 en el SSPA como respuesta al Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas, con el objetivo de mejorar los cuidados domiciliarios de personas mayores, personas con discapacidad y sus cuidadores/as familiares<sup>4</sup> En su evolución se desarrolló igualmente en el ámbito hospitalario y como elemento garante de la continuidad de cuidados, ya que la mayor eficiencia de cuidados y procedimientos diagnósticos con la consecuente reducción de la estancia media, provoca un significativo aumento de personas con importantes necesidades de cuidados en el domicilio familiar, muchas de las cuáles aparecen derivadas del alta hospitalaria<sup>5</sup>.

Para ayudar a la reorientación del servicio, se ha realizado un análisis del desarrollo y actividad del servicio de gestión de casos en estos 9 años. Los datos más significativos son:

Nº de pacientes incluidos en el mapa de procesos asistenciales de la cartera de servicios de la EGC hospitalaria. AÑO 2009:	
Atención al proceso Pluripatológico	5946
Aquellos priorizados por el propio Hospital	2838
Cuidados paliativos	2692
Ataque cerebrovascular	2295
Fractura de cadera en el anciano	1817
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	1012
Demencias	881
Insuficiencia Cardiaca	881
Trastorno Mental grave	203
VIH – SIDA	113
<b>TOTAL ANDALUCIA</b>	<b>18678</b>

El análisis de la actividad del servicio de *gestión de casos* en los hospitales del SSPA sitúa a los pacientes con trastorno mental grave, insuficiencia cardiaca y EPOC con bajos niveles de cobertura mediante gestión de casos, (1,1%; 4,7% y 5,4%, respectivamente), mientras que la mayor parte de cobertura de las EGCH está dedicada a pacientes pluripatológicos (31,8%), procesos priorizados por el Hospital (15,2%), ACV (12,3%) y cuidados paliativos (14,4%). Cabe señalar que entre estos últimos, se incluyen con frecuencia grupos de pacientes con EPOC o insuficiencia cardiaca.

Sin embargo, los datos del Conjunto Mínimo de Datos de Andalucía (CMBD) en 2009, arroja un escenario de reingresos con el proceso ansiedad/depresión, trastorno mental grave, EPOC e insuficiencia cardiaca como aglutinadores de la mayoría de ellos, suponiendo los reingresos por procesos crónicos un 8,07% de las altas en 2009 (alrededor de 5.000 pacientes) (Tabla 3).

n	proceso	Media	IC 95%		Mediana	Desv. típ.
			INF	SUP		
38	Depresión Grave	14,04	9,10	18,97	10,56	15,01
46	TMG	10,54	8,28	12,79	10,94	7,59
82	EPOC	9,10	7,85	10,34	9,79	5,68
340	IC	6,25	5,19	7,30	4,54	9,89
82	Diabetes	3,82	2,89	4,75	2,50	4,25
59	Demencias	2,93	-0,59	6,45	0,00	13,52
81	ACV	2,56	1,96	3,17	1,93	2,73

**Tabla 1: Reingresos en Hospitales andaluces en 2009** (Fuente: CMBD 2009)

Estos datos contribuyen a reorientar la población diana y ámbitos de actuación en el entorno hospitalario y comunitario, de manera que la *gestión de casos* comience a centrar su trabajo en la disminución de los reingresos en pacientes crónicos.

En el caso de los pacientes pluripatológicos, al no tener correspondencia con el CIE-9 la información específica sobre reingresos es escasa, aún así, este grupo sin duda es ámbito de intervención para este tipo de cuidados avanzados.

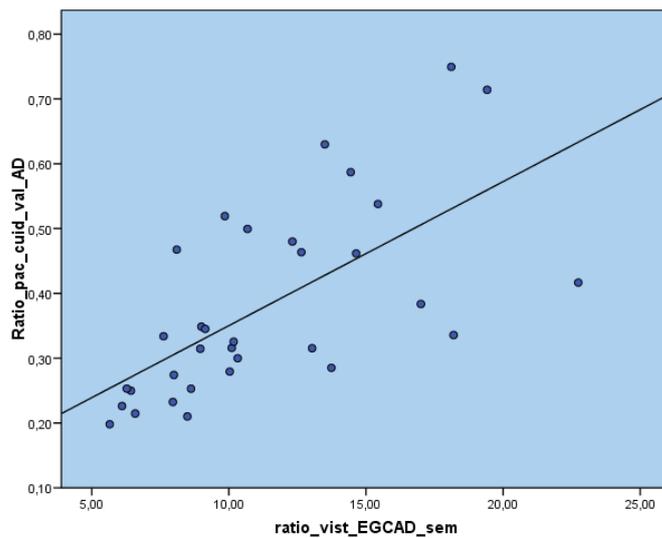
Por otra parte, las personas en fase final de la vida, con alta demanda de cuidados en domicilio, y que cada vez son menos frecuentadores de los centros Hospitalarios, son también subsidiarios de atención por parte de los y las profesionales de la gestión de casos.

En el entorno hospitalario, la media de pacientes atendidos mediante *gestión de casos* durante 2009, sobre el total de altas en Andalucía, se sitúa en torno al 6,6%. Esta cifra tiene una amplia dispersión entre Hospitales (rango: 1,18-30,29) y ha supuesto una asignación de pacientes por enfermera gestora de casos de hospital (EGCH) con una gran variabilidad (Rango: 127-874 / EGCH), sin que tenga relación con la dotación del nº de enfermeras gestoras de casos.

En el caso de la *gestión de casos* en Atención Primaria (EGCAP), se visitaron una media de 5.855 pacientes y cuidadoras en 2009 (IC al 95%: 4395-7314), existiendo una correlación positiva y significativa entre el número de visitas y la cobertura de pacientes y cuidadores de la cartera de servicios de atención domiciliaria ( $r=0,73$ ,  $p=0,0001$ ) (Fig. 7). El grueso de pacientes incluidos para recibir servicios de gestión de casos eran pacientes nuevos (65%, IC al 95%: 60-71) y la mayoría tenían resolución del caso cerrada (96%, IC al 95%: 87-100) (Tabla 4). La cobertura de pacientes y cuidadores con respecto a la CS de AD es del 35% (IC95%: 30-41) y del 43%(IC95%:36-51), respectivamente.

**Tabla 1: Resumen de la actividad de gestión de casos en atención domiciliaria en 2009** (Fuente: Sistemas de Información del Servicio Andaluz de Salud)

	Media	IC al 95%		Cuartiles			Perc. 90
		Inf	Sup	25	50	75	90
Pacientes y cuidadores visitados	5.855	4.395	7.314	2.677	3.888	8.720	11.178
Ratio de visitas por EGCAD a la semana	11,31	9,79	12,84	8,05	10,11	14,09	18,16
Ratio de pacientes y cuidadores valorados	0,38	0,33	0,43	0,26	0,33	0,47	0,61
Ratio de pacientes y cuidadores nuevos valorados	0,65	0,60	0,71	0,58	0,66	0,76	0,83
Ratio de pacientes y cuidadores con GC cerrada	0,96	0,87	1,04	0,87	0,95	1,02	1,26
Cobertura de pacientes de la cartera de servicios	0,35	0,30	0,41	0,23	0,33	0,43	0,63
Cobertura de cuidadores de la cartera de servicios	0,43	0,36	0,51	0,28	0,35	0,55	0,72
Nº EGCADs	10,24	8,46	12,03	6,50	10,00	13,00	16,20



#### **Correlación entre las visitas semanales de EGCAD y la cobertura de cartera de servicios de atención domiciliaria**

Hay un rango de frecuentación al domicilio muy disperso (5-22 visitas/semana/EGCAD), con una media de 11 visitas/semana/EGCAD (IC al 95%: 9,79-12,84). La frecuentación al domicilio depende de otros factores distintos al nº de EGCAD, como la complejidad de las necesidades de cuidados de los pacientes, dispersión geográfica, consolidación del modelo de atención domiciliaria en AP o los recursos socio-sanitarios existentes en la zona.

Pese a esta variabilidad, ya existen estudios en nuestro entorno que han medido la efectividad de la implantación de un modelo de *gestión de casos* guiado por profesionales de enfermería, que hace más eficiente el acceso a los recursos y servicios de salud, con un impacto positivo sobre la capacidad funcional de pacientes y la sobrecarga de la persona que cuida, con elevados niveles de satisfacción<sup>6</sup>.

Respecto a las personas que cuidan, la implantación de la *gestión de casos* ha supuesto un cambio en el modelo de atención tradicional a las personas que cuidan. El Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas establecía la necesidad de implantar medidas de apoyo para estas personas. La *gestión de casos* y posteriormente el Plan de Mejora de la Atención a personas cuidadoras en Andalucía han servido de base para que las personas que cuidan dejen de ser

un recurso para pasar a ser población diana específica de nuestro sistema sanitario<sup>7</sup>. Así, puede verse la evolución que han tenido las actividades específicas (talleres de apoyo al cuidado) realizadas por EGC con las personas que cuidan en el ámbito de AP.



Además del estudio anteriormente citado, se puede referenciar otro en nuestro entorno que ha demostrado como las intervenciones de las EGC mejoran la salud emocional de las personas que cuidan y sitúa a éstas en disposición de asumir el cuidado en el domicilio, lo que tiene impacto directo en la estancia media y sus costes asociados<sup>8</sup>

Otros estudios en el ámbito hospitalario muestran cómo la gestión de casos puede reducir la institucionalización en pacientes geriátricos<sup>9</sup>, previene reingresos<sup>10,11</sup> e influye en las disminuciones significativas en la hospitalización<sup>12</sup>. Existen datos también sobre la influencia de la misma sobre la disminución de costes<sup>13</sup>.

Por tanto, la atención a las personas que cuidan, con intervenciones avanzadas de apoyo, formación y asesoramiento en el ámbito familiar, debe seguir siendo uno de los valores de la *gestión de casos* en el SSPA.

Por otra parte, esta nueva mirada a la *gestión de casos* se hace necesaria aún más cuando es preciso garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público, mediante la corresponsabilidad ciudadana y una adecuada gestión de los recursos disponibles. Esta sostenibilidad debe ir unida al aumento de expectativas que la población tiene sobre los sistemas sanitarios.

Existe amplia evidencia de que los pacientes atendidos en los servicios de salud han aumentado su nivel de complejidad como resultado de su comorbilidad y pluripatología y de la innovación, desarrollo y especialización de la asistencia sanitaria.

Está además en el escenario de la atención sanitaria la puesta en valor de elementos que tienen que ver con la consideración de nuevos valores y expectativas con respecto a la relación entre organizaciones sanitarias, profesionales y ciudadanía: una asistencia cada vez más personalizada, la toma de decisiones compartida y el paciente como “experto” en el manejo de su enfermedad además de una población cada vez mejor formada e informada.

Estos cambios se unen a nuevos desarrollo competenciales en la disciplina enfermera encaminados a proporcionar a la ciudadanía cuidados de mayor calidad.

La *gestión de casos* surge en Andalucía para dar respuesta a las necesidades de la población, con un desarrollo progresivo hacia un modelo de práctica avanzada. La enfermería de práctica avanzada (EPA) se caracteriza por ofrecer un nivel avanzado de práctica enfermera, que maximiza la utilización de competencias especializadas y de conocimiento enfermero a fin de responder a las necesidades de los clientes en el dominio de la salud<sup>14</sup>.

Se entiende además por práctica avanzada la capacidad de ejercer liderazgo clínico y prestar cuidados de alta calidad y gran efectividad en la toma de decisiones<sup>15</sup>, así como la integración de cuatro sub-roles: clínico experto, consultor, docente e investigador<sup>16</sup>.

Las posibles áreas de intervención para las prácticas avanzadas se relacionan directamente con grupos específicos de población o contextos, determinados habitualmente por las necesidades que presentan los sistemas sanitarios para dar respuestas costo-efectivas.

En dichos ámbitos, lo que caracteriza esencialmente a las EPA no son las tareas o técnicas realizadas, (independientemente de la complejidad de las mismas) sino el conocimiento experto, la autonomía para la toma de decisiones complejas, las habilidades clínicas necesarias para hacerse cargo de los pacientes, tales como: utilización de sistemas de valoración avanzada, juicio diagnóstico, o prescripción de fármacos y las competencias en docencia, investigación y/o gestión de los cuidados.

Este ámbito o área de intervención en el SSPA fue en principio determinado por el contexto y la población (la necesidad de reorientar los cuidados enfermeros prestados a las personas incluidas en el programa de Atención Domiciliaria en el Servicio Andaluz de Salud), que progresivamente se fue ampliando a otras áreas y prácticas, pero con un escenario principal **como es la Atención Primaria**, protagonizado por el conjunto de profesionales que componen su equipo básico de salud.

Por otra parte, las especialidades de enfermería aprobadas en el Real Decreto 450/2005 de 22 de abril y que paulatinamente se han ido resolviendo en las diferentes Ordenes Ministeriales, marcan un nuevo escenario con profesionales con un mayor nivel formativo, por lo que el SSPA apostará por un modelo donde convivan de manera estructurada el desarrollo de prácticas avanzadas y el desarrollo de las especialidades de enfermería. En todo caso, la especialidad de Enfermería de familia y Comunitaria, se perfila como especialidad previa para la formación adecuada de la enfermería gestora de casos en Andalucía, sin menoscabo de futuros programas de formación especialista, como puede ser el programa de Enfermería Especialista en Cuidados Médicos Quirúrgicos, pendiente todavía de definir.

## MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO DE GESTIÓN DE CASOS EN EL SSPA

Para dar respuesta al desarrollo y avance del modelo de *gestión de casos* en el SSPA, es necesario redefinir el marco conceptual donde se desarrolle el modelo de manera que de respuesta a los diferentes escenarios de desarrollo

Tras la revisión de diferentes modelos<sup>5,17,18,19,20,21</sup>, en otros entornos y el trabajo realizado por el grupo de expertos, el modelo andaluz de gestión de casos quedará definido por:

1. Definición de gestión de casos
2. Filosofía del servicio
3. Visión
4. Misión
5. Atributos del servicio
6. Valores
7. Modelo de atención a la demanda

### 1. Definición de Gestión de Casos en el SSPA

*Práctica avanzada de cuidados mediante la cual se desarrolla un proceso de colaboración para satisfacer las necesidades de salud de personas con elevada complejidad clínica y/o necesidades de cuidados, así como de su entorno cuidador.*

La *gestión de casos* se lleva a cabo mediante un proceso de valoración, planificación y coordinación, facilitando la provisión, monitorización y evaluación de las opciones y recursos profesionales u organizativos que sean necesarios para la resolución del caso.

Los y las profesionales de enfermería que realizan *gestión de casos* promoverán además que se alcancen los objetivos previstos en el plan terapéutico con resultados en salud de calidad y costo-efectivos.

Está ampliamente descrito en la bibliografía que el modelo de *gestión de casos* obtiene su respuesta mas costo-efectiva en escenarios marcados por la alta complejidad (vulnerabilidad, barreras a la accesibilidad del ciudadano a las prestaciones y proveedores, desconocimiento de derechos y prestaciones, multiplicidad de proveedores implicados, incertidumbre en los procesos de toma de decisiones, ineficiencia de la red de soporte de cuidados, manejos terapéuticos ineficaces,...) y que cuando las necesidades clínicas son altas, la personalizada intensiva, y continua, intervención por profesionales de enfermería de gestión de casos puede mejorar la calidad de vida y los resultados en salud de estas personas<sup>22</sup>.

## 2. Filosofía del servicio

Basado en el trabajo interdisciplinar y en equipo, se ofrece un entorno centrado en la persona y familia desde una perspectiva de atención biopsicosocial, busca lograr el mayor bienestar y calidad de vida posibles en la persona, promueve la auto responsabilidad, la autonomía y el autocuidado como pilar para la recuperación funcional y reincorporación a la comunidad, así como el acompañamiento en la fase final de la vida, además de contribuir a la toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes.

La *gestión de casos* es un beneficio para la sostenibilidad del sistema cuando las personas:

- Obtienen un nivel óptimo de bienestar, de autogestión y de capacidad funcional
- Tienen activados eficientemente sus sistemas de apoyo y los sistemas de prestación de asistencia sanitaria y social

El modelo de *gestión de casos* permite aprovechar las posibilidades de continuidad e integración asistencial que ofrece nuestro sistema sanitario al

tiempo que mejora la capacidad de respuesta a la demanda, coordinando los diferentes niveles asistenciales que participan en la atención de la persona.

### 3. Visión del servicio

Orientar el servicio de gestión de casos hacia la excelencia en los cuidados y poner a disposición de la población con mayor complejidad de cuidados los recursos sanitarios, fomentando la corresponsabilidad como garante de la sostenibilidad del sistema y coordinando la actuación de cada profesional que interviene en el caso.

### 4. Misión del servicio

Ofrecer cuidados integrales centrados en la persona, con un servicio de calidad que responda a sus valores, sus necesidades y sus expectativas, que promueva su autorresponsabilidad e independencia, contribuya en el seno del equipo a la toma de decisiones compartida y colabore en la continuidad del proceso asistencial. Contribuir desde su aportación específica a la mejora de la calidad de vida y al logro de los objetivos del plan terapéutico, asegurando además un uso eficiente de los recursos.

### 5. Atributos del servicio:

- **Personalización del servicio.** Entendida la personalización como guía, acompañamiento y referencia profesional durante todo el proceso del continuum salud-enfermedad de la persona y su entorno de cuidados.
- **Atención integral** que englobe todas las necesidades y expectativas manifestadas. Esta atención integral apuesta por un modelo biopsicosocial de atención, que integre los factores biológicos, el contexto social, los acontecimientos vitales y la percepción subjetiva del proceso vital de la persona.
- **Consideración de la ciudadanía como centro del sistema,** tal y como establece el I, II y III Plan de Calidad del SSPA, con dos premisas: opinión como elemento de mejora continua para la toma de decisiones y apuesta por un marco social de alianzas y de valores entre ciudadanía y profesionales de la salud en un escenario compartido de trabajo y relación.

- **El domicilio como ámbito central de la provisión de servicios.** El hospital es un ámbito temporal de provisión de cuidado y en él el objetivo último de la gestión de casos debe ser la reincorporación planificada de la persona a su domicilio y comunidad. La gestión de casos vela para que se cumplan los objetivos del plan asistencial independientemente de donde se sitúe el paciente, pero con el horizonte del escenario natural del domicilio.

## 6. Valores profesionales

Los y las profesionales que desarrollan la gestión de casos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía asumen establecer su relación con ciudadanía, profesionales, y organizaciones de acuerdo los valores del **SSPA**:

- Respeto, para reconocer y aceptar las opiniones y valores de ciudadanía, profesionales, y organizaciones
- Integridad, manteniendo la confidencialidad y la privacidad de la población que se atiende.
- Colaboración, en el compromiso de trabajar por el logro de soluciones mutuamente aceptables con ciudadanía, profesionales, y organizaciones.
- Excelencia, con el compromiso por lograr los mejores resultados basados en la mejor evidencia
- Promoción del desarrollo profesional.
- Capacidad de adaptación a los nuevos requerimientos sociales y de salud.

## 7. Modelo de atención a la demanda

En el análisis anterior de la actividad realizada por las y los EGC desde sus inicios, puede verse como la población mayoritariamente atendida corresponde a personas con enfermedades crónicas y/o elevada complejidad de cuidados. Se hace necesario entonces en este momento avanzar en la aproximación sistemática para el cuidado y manejo de este tipo de pacientes.

Se propone por tanto un acercamiento específico del modelo de gestión de casos en el SSPA hacia la atención a personas con procesos crónicos complejos, sin obviar la atención al debut de procesos complejos donde no se espere una

curación y aquellos agudos que por su complejidad necesiten de la intervención de la gestión de casos, como se verá mas adelante en la definición de la población diana, por lo que es importante su identificación y estratificación para diferenciar sus necesidades de atención.

Ello ayudará a consolidar el enfoque proactivo, preventivo y eficiente que caracteriza la gestión de casos, especialmente para aquellas personas con enfermedades crónicas y necesidad de intervención profesional de alta intensidad, de manera que se adecue la intensidad de intervención y la complejidad de la necesidad a satisfacer.

La atención y gestión de la pluripatología (la llamada epidemia del siglo XXI <sup>23</sup>) es compleja para los servicios de salud. Debido a su vulnerabilidad, determinadas situaciones sociosanitarias pueden hacer que su condición se deteriore rápidamente e incida en una consecuente pérdida de autonomía y/o en un aumento exponencial del uso de recursos de salud (ingresos hospitalarios, visitas a áreas de urgencias, consumo de fármacos, institucionalización,...).

Frente a esta realidad el modelo de *gestión de casos* debe y puede ofrecer un efecto aglutinador e integrador orientado a las necesidades de la persona y la familia y el entorno dando respuesta eficiente y sostenible a las situaciones de complejidad desde un abordaje multidimensional e interdisciplinar en las situaciones de complejidad, dependencia y fragilidad.

Para ello, la caracterización de la población anteriormente mencionada como paso inicial para delimitar un ámbito de intervención intensivo y eficiente de la *gestión de casos* es fundamental, tal y como establece en sus estándares de práctica para la *gestión de casos* la Case Management Society of América<sup>24</sup> “el primer paso en el proceso de gestión de casos es identificar a las personas que más pueden beneficiarse de los servicios del gestor de casos”, por lo que tanto los resultados como el abordaje del caso estarán determinados por ese proceso de identificación.

Por todo lo anteriormente descrito, para definir la población diana susceptible de beneficiarse de la gestión de casos en el SSPA pueden seguirse las directrices que estableció la OMS <sup>25</sup> para hacer frente a los problemas crónicos de salud como son:

- Apoyar el cambio de la primacía del modelo de atención aguda hacia un modelo de atención a la cronicidad,
- Impulsar la atención integrada como protección frente a la prevalente fragmentación de los servicios,
- Generar modelos nuevos de competencias basados en la evidencia para manejar los problemas crónicos de salud
- Enfatizar la auto responsabilidad del paciente en la atención a su proceso de salud-enfermedad.

Diferentes intervenciones deberían utilizarse ante pacientes con diferentes grados de necesidad. El modelo de atención que se propone establece un sistema de provisión de servicio muy relacionado con el “Modelo de la Pirámide de Riesgo”, procedente de la Organización Kaiser Permanente (KP) y adaptado para el SSPA por Morales Asencio:



Este modelo, inspirado en el Modelo de cuidados crónicos de Wagner (CCM), estratifica la población susceptible de recibir atención por procesos crónicos en tres niveles, con arreglo a su grado de complejidad y comorbilidad y el uso de recursos. Según este modelo, es posible organizar la atención de los pacientes en función de la complejidad del caso y, por tanto, permite una mejor utilización de los recursos.

Así, la mayoría de pacientes crónicos, tienen un nivel de complejidad que puede ser manejado potenciando el apoyo para el autocuidado y el empoderamiento de su capacidad para manejar su enfermedad y corresponderían a la base de la pirámide de riesgo. En segundo lugar, habría pacientes con morbilidad intermedia y alto riesgo de complicaciones, que entrarían en los planes clásicos de gestión de enfermedades, orientados a una

atención estructurada por procesos, en torno a períodos críticos de la historia natural de la enfermedad, desplegando intervenciones sustentadas en guías de práctica y sistemas de ayuda a la toma de decisiones, llevadas a cabo por equipos multidisciplinares bien coordinados a lo largo de los distintos niveles de atención. En último lugar estarían los pacientes crónicos complejos, con alto nivel de comorbilidad y consumo de servicios, que requieren múltiples proveedores y entornos, así como una adecuada coordinación y acceso a los mismos, siendo el modelo de gestión de casos el modelo de intervención que dentro de la actuación del equipo asistencial contribuya a satisfacer estas necesidades.

Este modelo se está viendo plasmado en estrategias de intervención de diversas organizaciones e instituciones sanitarias como es el caso del Modelo Galés de Atención a la Persona con enfermedad Crónica<sup>26</sup>

En el mismo sentido, el servicio vasco de salud, Osakidetza, inicia en 2010 un plan estratégico de atención a la persona con problemas crónicos de salud que incluye la incorporación al escenario asistencial de profesionales de enfermería con rol de gestión de casos<sup>27</sup>.

También en el año 2010 se publica la guía de las enfermeras gestoras de casos del Instituto Catalán de la Salud con una clara orientación de su cartera de clientes hacia aquellos con un patrón definido de comorbilidad o pluripatología y características de complejidad<sup>28</sup>

## POBLACION DIANA

El desarrollo y consolidación de los procesos asistenciales en el SSPA permite establecer poblaciones de referencia lo que favorece la atención.

Antes de definir la población susceptible beneficiaria de la gestión de casos, se realizó una técnica de consenso de grupo entre todos y todas las EGC del SSPA, donde se definieron aquellos procesos donde mayoritariamente trataban casos de mayor complejidad.

El resultado fue el siguiente:

ARTROPLASTIA DE CADERA	DEMENCIA
ASMA DEL ADULTO	DIABETES MELLITUS TIPO 1
ASMA EN LA EDAD PEDIÁTRICA	DIABETES MELLITUS TIPO 2
ATAQUE CEREBROVASCULAR	DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO
ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
ATENCIÓN AL TRAUMA GRAVE	FIBROMIALGIA
CÁNCER COLORRECTAL	FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO
CÁNCER DE CÉRVIX - CÁNCER DE ÚTERO	INSUFICIENCIA CARDIACA
CÁNCER DE MAMA. DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA	RIESGO VASCULAR
CÁNCER DE PULMÓN	TTO. SUSTITUTIVO INSUFIC. RENAL CRÓNIC: DIÁLISIS, TRASPLANTE RENAL
CUIDADOS PALIATIVOS	VIH/SIDA
	ENFERMEDADES O PROCESOS DE BAJA PREVALENCIA QUE PRECISAN ABORDAJE ESPECÍFICO Y DIFERENCIADO (ELA, ESCLEROSIS MÚLTIPLE, LESIONES MEDULARES, ENFERMEDADES RARAS, NIÑOS CON PROCESOS INCAPACITANTES...)

En función a la casuística de los procesos atendidos, y teniendo en cuenta el modelo de gestión de casos, la población susceptible puede buscarse mediante la aplicación de herramientas y criterios de selección de casos sobre grupos de población como los que a continuación se describen:

- **Personas incluidas en el programa de atención a domicilio de la cartera de servicios del SAS con complejidad clínica.** La población en AD dentro del SAS ascendía en 2009 a 148.806 personas<sup>i</sup>

<sup>i</sup> Fuente: Sistema Integrado para la gestión en Atención Primaria (SIGAP). Servicio Andaluz de Salud

- **Personas con enfermedades o procesos de baja prevalencia pero que necesitan un abordaje específico y diferenciado** (ELA, enfermedades raras, etc.). En Andalucía, alrededor de 500.000 personas están diagnosticadas de alguna enfermedad rara que en el período 2000/2004 supusieron el 5,27% del total de altas hospitalarias<sup>ii</sup>.
- **Personas ingresadas en centros hospitalarios con situaciones de salud de brusca aparición, que suponen un cambio en sus condiciones de vida y su entorno familiar.** Entre las más frecuentes se encuentran: AVC, con una : prevalencia en Andalucía del 7% en mayores de 65 años (5,6 en mujeres y 7,3 en hombres)<sup>iii</sup>, fractura de cadera, con una Incidencia estatal de 517 casos por cada 100.000 hab mayores de 65 años y año<sup>iv</sup> y las lesiones medulares con una incidencia de entre 1,5/2 casos/100.000 hab/año<sup>v</sup>
- **Daño Cerebral Adquirido:** hemorragias intracraneales, TCE, intervenciones quirúrgicas sobre el cerebro que dejen grandes secuelas etc.
- **Personas con tres o más enfermedades crónicas o dos enfermedades crónicas avanzadas con múltiples ingresos hospitalarios o múltiples visitas a urgencias.** Las personas incluidas en el proceso pluripatológico suponen el 3% de los mayores de 65 años<sup>vi</sup>
- **Personas en situación final de la vida:** En Andalucía, alrededor de 14.500 personas incluidas en el proceso cuidados paliativos, que supone aproximadamente el 0,2% de la población general<sup>vii</sup>, dentro de las líneas de trabajo del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos.

---

<sup>ii</sup> Fuente: Plan de Atención a personas afectadas con enfermedades raras. Consejería de Salud. 2007

<sup>iii</sup> Fuente: Plan Integral de Ictus (pendiente de publicación). Consejería de Salud

<sup>iv</sup> Fuente: Serra JA et als. Epidemiología de la fractura de cadera en España. Anales de Medicina Interna. 19 (8), 389-395. 2002

<sup>v</sup> Fuente: Plan Integral de Atención a la Accidentabilidad. Consejería de Salud.

<sup>vi</sup> Fuente: Cuadro de mandos procesos asistenciales. Dirección General de Asistencia Sanitaria. SAS. 2009

<sup>vii</sup> Fuente: Cuadro de mandos procesos asistenciales. Dirección General de Asistencia Sanitaria. SAS. 2009

- Personas que por su situación clínico-social necesitan de múltiples y necesarias coordinaciones e intervenciones multidisciplinares para dar una adecuada respuesta a esa situación
- Personas con déficit de autocuidados/autonomía con ausencia de apoyo o apoyo inadecuado en su entorno
- Personas que cuidan a las incluidas en los grupos anteriores

## OBJETIVOS DE LA GESTION DE CASOS EN EL SSPA

### OBJETIVOS ASISTENCIALES

- Identificar la población con mayor complejidad clínica y/o elevada necesidad de cuidados atendida en el SSPA, dentro del marco de colaboración del equipo de salud.
- Asegurar la continuidad de cuidados y la coordinación entre los diferentes niveles de atención como elemento fundamental de calidad asistencial.

### OBJETIVOS EN CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCION

- Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes y personas que cuidan de la población diana del servicio de gestión de casos
- Fomentar el autocuidado, la autogestión y la independencia
- Mejorar la satisfacción respecto a la atención de los servicios de salud de la población diana.
- Coordinar la gestión de cuidados y atención en el final de la vida de la población diana, dentro del marco general que establece la Ley 2/2010 de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte

### OBJETIVOS DE EFICIENCIA Y UTILIZACION DE RECURSOS

- Participar en la planificación de cuidados de la población diana
- Asegurar intervenciones que reduzcan la frecuentación en los centros y la tasa de reingresos de la población diana
- Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante el uso racional de recursos de apoyo al cuidado
- Trabajar en coordinación con la red social en salud
- Asesorar en cuidados dentro de los equipos asistenciales

## METODOLOGIA DE TRABAJO

La metodología de trabajo de los y las EGC con el resto de los profesionales de enfermería se basa en los procesos de:

- ✓ Coordinación
- ✓ Colaboración
- ✓ Intervención

Mediante estos procesos, la relación de los y las profesionales de la gestión de casos con el resto de profesionales, puede resumirse de la siguiente manera:

- EGC/profesionales de enfermería: Cuando el o la EGC recibe un caso, trabajará de manera colaborativa con el o la profesional de enfermería referente del paciente o con la supervisión/coordinación de cuidados de la Unidad. El plan de cuidados se elaborará conjuntamente y las intervenciones se realizarán por cada profesional según los recursos disponibles y/o el nivel de complejidad de las mismas.
- EGC/referente para la gestión de casos en el ámbito hospitalario: Se recomienda la actuación de la EGC del hospital como mediadora para la gestión de casos en las UGC con mayor número de casos complejos y elevada necesidad de cuidados. En otras unidades de menor complejidad, la supervisión de la unidad podrá asumir la referencia para la gestión de casos.
- EGC/ resto de profesionales del equipo: Una vez terminada la intervención, el o la profesional hará explícita en la historia clínica de la persona la resolución de la gestión del caso o las intervenciones realizadas, si el caso sigue en curso, además de mantener informado al equipo del resultado de sus intervenciones.

El nivel de complejidad y los criterios de resultados esperados, marcarán el grado de intervención de la o el EGC.

Así, ante situaciones de complejidad alta, la EGC tendrá ante sí un caso de su cartera de clientes para una intervención de alta intensidad, que se relaciona

con un tiempo de dedicación alto, una batería de intervenciones compleja y una estrategia de seguimiento y revaloración de alta intensidad y frecuencia.

Esta intervención, se relaciona con casos donde los recursos del o la enfermera de referencia o supervisión/coordinación de cuidados de la Unidad, no le permiten alcanzar el criterio de resultado enfermero más elevado para el paciente y la persona que lo cuida.

En los casos de complejidad media, se espera una intervención de menor intensidad, se relaciona con un tiempo de dedicación menor, una batería de intervenciones menos complejas o simples y una estrategia de seguimiento y revaloración de baja intensidad y frecuencia.

En los casos de complejidad baja la o el EGC tendrá ante sí un caso ajeno a su cartera de clientes y que requerirá una intervención de baja intensidad, donde ejercerá el rol consultor y asesor..

Estudios que han medido criterios de resultado enfermero donde se ha realizado gestión de casos muestran, como aumentan con dicha intervención, así, el criterio de resultado enfermero *“Conocimiento: régimen terapéutico (1813)”* medido mediante una escala tipo Likert de 1 a 5 (donde 1 es ninguno y 5 es extenso) aumenta con la intervención del o la EGC.

Ejemplo:

## CONOCIMIENTO: REGIMEN TERAPEUTICO (1813)

Conocimiento: régimen terapéutico. Puntuación global



## ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DEL SERVICIO DE GESTIÓN DE CASOS

El servicio de gestión de casos debe estar centrado en la atención a la población diana, promoviendo la organización más eficiente del equipo y logrando una mejor coordinación con los recursos sanitarios y sociales del entorno, para superar la actual compartimentalización de niveles. Es por ello que el servicio de gestión de casos debe funcionar como uno solo para facilitar el cumplimiento de los objetivos del plan terapéutico del paciente.

Además, la organización del servicio tiene que partir de la premisa de que el entorno de la persona con una enfermedad crónica compleja o un proceso de salud de elevada complejidad clínica son la **comunidad y el domicilio**. En ella, el objetivo último de la gestión de casos es la adaptación de la persona a su entorno en función de sus características y permanencia en él siempre que sea posible.

En el tránsito entre los diferentes niveles asistenciales, las enfermeras y enfermeros gestores de casos realizan el proceso de “tomar a cargo” sin olvidar cual es el entorno de la persona.

En cuanto a la organización del servicio de gestión de casos, ésta debe hacerse de acuerdo a los avances de la organización con relación a la Gestión Clínica. Para ello, La enfermera gestora de casos en AP será un o una profesional de enfermería adscrito a una o varias UGC de referencia, en función del tamaño de la población y dispersión geográfica. El Distrito de AP/ Área de Gestión Sanitaria y la Dirección de la UGC garantizarán que los objetivos individuales de los y las enfermeras gestoras de casos estén en consonancia con la línea estratégica de gestión de casos del SSPA.

En este entorno será la responsable de la gestión del caso y en aquellas situaciones en las que la persona requiera de algún recurso hospitalario trabajará de manera directa y coordinada con el o la enfermera gestora de casos del hospital o referente para la gestión de casos en las unidades de menor complejidad.

De igual forma y en el contexto de la gestión clínica el enfermero o enfermera gestora de casos en AH, debe ubicarse en aquellas unidades donde se encuentran los pacientes de mayor complejidad de casos, en base a la casuística del centro, o en relación aquellas estrategias de mejora en la atención de los cuidados a pacientes complejos en el SSPA.

La adscripción a estas unidades hará que el o la EGC actúe en el resto de unidades del hospital mediante interconsultas por parte del resto de profesionales de las unidades donde pueda haber pacientes susceptibles de beneficiarse de estas intervenciones.

El centro y la Dirección de la UGC garantizarán que los objetivos individuales de los y las enfermeras gestoras de casos estén en consonancia con la línea estratégica de gestión de casos del SSPA. Asimismo facilitarán también el trabajo en red mediante las interconsultas al servicio de gestión de casos.

Las EGC serán las responsables de trabajar de manera conjunta para que el tránsito de la persona por el nivel hospitalario facilite su vuelta o integración en el entorno comunitario y de garantizar la continuidad de cuidados siendo el o la EGC de AH el conductor referente de la gestión de casos hacia el ámbito comunitario

## ESTRUCTURAS DE COORDINACION

Para el proceso de mejora continua del servicio de gestión de casos y la implantación del nuevo modelo, se potenciará el trabajo en red a través del desarrollo de comisiones provinciales. Estas comisiones provinciales se coordinarán a través de las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Salud y tendrán como objetivo garantizar el funcionamiento del servicio. La vigencia de este Comité y la periodicidad de sus reuniones serán acordadas por sus miembros en función de las necesidades que el propio proceso de consolidación del nuevo modelo exija. Se trata de un comité operativo y por tanto deberá mantener la agilidad y flexibilidad necesaria para hacer eficiente y útil su labor.

Sus objetivos son:

- Dar uniformidad al desarrollo del servicio de gestión de casos en el SSPA
- Trabajar en la homogeneización de la práctica de gestión de casos
- Trabajar conjuntamente en procesos de mejora de coordinación y continuidad de cuidados para la atención de los pacientes población diana de la gestión de casos a nivel local
- Desarrollar estrategias locales para la participación de pacientes y personas que cuidan.

Los perfiles profesionales de la composición de la comisión podrán ser representantes de:

- Profesionales de enfermería del servicio de gestión de casos
- Responsables de UGC
- Dirección de Cuidados/Dirección de Enfermería de los centros de referencia
- Otros miembros de los equipos de salud a decisión de la Delegación Provincial, siempre que sea necesario

Estas estructuras de coordinación son totalmente complementarias a las locales que se establezcan en cada centro.

## MECANISMOS DE CAPTACION. IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN, SELECCIÓN Y ESTRATIFICACIÓN DE CASOS

Como se menciona anteriormente, la identificación de la población diana es el primer paso para asegurar la mayor eficiencia de las intervenciones de la gestión de casos, por ello, es clave tener instrumentos comunes para la selección de casos que resulten útiles a todas las EGC del SSPA. Ello facilitará la mejora en la definición, selección, gradación de la intervención y devolución del caso.

El proceso de selección de casos incluye:

- Una primera fase que utilice modelos predictivos con herramientas rápidas de detección temprana de complejidad de caso. En esta fase es susceptible de utilizar como facilitador la tecnología disponible en relación a los sistemas de información y las TIC.
- En un segundo momento es imprescindible que el o la EGC realice un análisis sistemático del caso individual para valorar la pertinencia de la inclusión en su cartera de clientes y su priorización. Este proceso sistemático debe contar con una valoración integral que asegure el abordaje multiprofesional de la situación de salud de la persona. La EGC además, no solo centra su atención en las personas que a iniciativa propia o de otro profesional solicitan su intervención, deberá identificar su población diana<sup>29</sup> de manera proactiva.

El uso de de herramientas validadas en nuestro entorno y que facilitan el intercambio de información interprofesional en cada una de las etapas (identificación, evaluación, selección y estratificación) debe ser el horizonte de excelencia hacia el que camine la gestión de casos y pretende que pueda ser implantado y utilizado por todos los miembros del equipo asistencial. **(Anexo 1)**

## PERFIL COMPETENCIAL DEL ENFERMERO GESTOR O ENFERMERA GESTORA DE CASOS

Se entiende competencia<sup>30</sup> como el estado de tener el conocimiento, juicio, habilidades, energía, experiencia y motivación necesarios para responder adecuada y eficientemente a las demandas derivadas de las propias responsabilidades profesionales. A su vez, se considera marco competencial al conjunto de competencias que han de considerarse fundamentales para cumplir con la práctica profesional encomendada sin necesidad de supervisión de otro profesional.

Por tanto, la implementación de un marco competencial para las EGC del SSPA se basa en tres características:

- Específico para la gestión de casos.
- Coherente: definido en relación a la cartera de clientes y servicios y alimentado de las estrategias puestas en marcha para la práctica enfermera avanzada.
- Reconocible y reconocido: incluido y considerado en los procesos de selección de EGC, conocido por todos los profesionales del SSPA, presente en los procesos de acreditación de profesionales establecidos por el SSPA y referente para el diseño de estrategias de evaluación profesional y para las relaciones interdisciplinarias enmarcadas en el trabajo de los equipos clínicos y organizativos.

En definitiva, las recomendaciones iniciales son:

1. Describir un marco competencial ajustado a la prestación de un servicio de práctica avanzada de gestión de casos y a clientes de alta complejidad, en un modelo de atención a personas con problemas crónicos de salud.
2. Establecer relación entre el marco competencial y los procesos formativos específicos en gestión de casos.

3. Vincular el marco competencial a un proceso de acreditación específico para EGC en colaboración con la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
4. Definir criterios y procedimientos de evaluación profesional de EGC vinculados a este marco competencial.

De los resultados de un proceso de revisión bibliográfica<sup>31,32,33,34,35</sup>, análisis de experiencias en otros entornos y de una técnica de consenso Delphi con 36 panelistas con perfil de EGC del SSPA, se ha concluido una propuesta de marco competencial para el modelo andaluz de gestión de casos que se describe en su primer nivel como:

- Práctica avanzada de enfermería clínica
- Coordinación de cuidados complejos
- Gestión proactiva de problemas crónicos de salud
- Apoyo al autocuidado, la autogestión y la independencia
- Práctica profesional y liderazgo
- Identificación de personas de alto riesgo, promoción de la salud y prevención de enfermedades
- Gestión de cuidados en el final de la vida
- Trabajo interinstitucional y en asociación

En el **anexo 2** se relacionan con más detalle cada uno de estos niveles

## PROPUESTA DE REDEFINICIÓN DE LAS ESTRATEGIAS FORMATIVAS EN GESTIÓN DE CASOS EN EL SSPA.

La estrategia propuesta pivota sobre la implementación de un marco formativo:

- Coherente con las competencias definidas para el gestor de casos.
- Permanente: estable en el tiempo
- Planificado: orientado desde la identificación permanente e intencional de necesidades formativas, coherente con los objetivos de la prestación de servicios de la EGC en el SSPA.
- Innovador: estimulador de prácticas innovadoras, eficientes y avanzadas.
- Evaluable: tanto de la propia acción formativa como de los discentes (teórica pero sobre todo del traslado del aprendizaje a su práctica clínica).
- Participado: Definido y tutorizado desde la Consejería de Salud con líneas de aportación de propuestas desde otros ámbitos (profesionales del SSPA, movimientos asociativos de usuarios o profesionales,...).
- Acreditado

En definitiva, las recomendaciones iniciales son:

- Aumentar el peso relativo de los contenidos y competencias propias de la gestión de casos.
- Definir escenarios formativos estratificados en gestión de casos (nivel previo, nivel básico y nivel avanzado) que incluyan tanto a profesionales de nueva incorporación a la gestión de casos como a aquellos que vengan desarrollando esta labor en el pasado.
- Mejorar la accesibilidad de los procesos formativos en gestión de casos mediante el uso de las TIC
- Definir los contenidos formativos adaptados a la cartera de clientes y servicios y al marco competencial de la enfermera gestora de casos propuesta en este informe.
- Homogeneizar los procesos de selección de candidatos a participar en la formación básica del SSPA en gestión de casos y dotarlos de elementos

de decisión fuertemente fundamentados en la evaluación de competencias y la práctica profesional.

De los resultados de de una técnica de consenso Delphi con 140 panelistas con perfil de EGC del SSPA sobre “formación para EGC en el SSPA”, se concluyeron una propuesta de contenidos a desarrollar en las acciones formativas futuras de manera que den respuesta al nuevo marco teórico y competencial para este nuevo modelo. Se establecieron tres niveles de competencias adquiridas mediante la formación:

- Previo: conocimientos que ya debe tener la persona por el perfil profesional que se requiere
- Básico: conocimientos a adquirir en la formación previa a la selección
- Avanzado: conocimientos a adquirir durante el desempeño de la función

Cod.	ÁREA FORMATIVA (1er nivel de descripción)	Nivel formativo
F1	El Sistema Público Sanitario de Andalucía. Valores de la organización. Misión. Cartera de Servicios. Plan Andaluz de Salud. Plan de Calidad. Plan de apoyo a las familias andaluzas. Plan de atención a las cuidadoras. Procesos Asistenciales Integrados. Gestión Clínica.	Nivel formativo <u>PREVIO</u>
F2	Conceptualización de la gestión de casos: evolución histórica, modelos de gestión de casos, concepto de gestión de casos, definición y métodos de identificación de clientes externos, competencias del gestor de casos, modelos de relación del gestor de casos con clientes externos e internos, criterios de evaluación de la práctica de la gestión de casos.	Nivel formativo <u>BÁSICO</u>
F3	Modelo andaluz de gestión de casos. Resultados. Competencias. Principios inspiradores: orientación humanista, visión holística del hombre, personalización y continuidad de la atención, atención a la vulnerabilidad, la diferencia y la complejidad. Ubicación del gestor de casos en el organigrama.	Nivel formativo <u>BÁSICO</u>
F4	Identificación y manejo de criterios y herramientas de detección de complejidad y selección de casos. Adaptación del Modelo Kaiser para la provisión de atención y relación con la gestión de casos. Identificación de clientes.	Nivel formativo <u>BÁSICO</u>

F5	Rol del gestor de casos, resultados esperados y herramientas de apoyo a la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas en la atención a las personas con problemas de salud crónicos complejos.	<p>Nivel formativo PREVIO  Nivel formativo BÁSICO  Nivel formativo AVANZADO</p>
F6	Habilidades de valoración, evaluación clínica, prescripción y prevención secundaria en los procesos crónicos de salud más prevalentes. Insuficiencia cardiaca. EPOC. Diabetes. ACV.	<p>Nivel formativo PREVIO  Nivel formativo BÁSICO  Nivel formativo AVANZADO</p>
F7	Rol del gestor de casos, resultados esperados y herramientas de apoyo a la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas en la atención a las personas con necesidad de cuidados oncológicos y/o paliativos y/o en fase final de la vida.	<p>Nivel formativo PREVIO  Nivel formativo BÁSICO  Nivel formativo AVANZADO</p>
F8	Rol del gestor de casos, resultados esperados y herramientas de apoyo a la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas en la atención a personas con características especiales de complejidad: personas cuidadoras, personas con enfermedades raras, niños con alta dependencia de cuidados, personas inmigrantes y en situación de exclusión social, víctimas de violencia,...	<p>Nivel formativo AVANZADO</p>
F9	Entrevista clínica	<p>Nivel formativo PREVIO  Nivel formativo BÁSICO</p>
F10	Estrategias para la adhesión al régimen terapéutico desde la gestión de casos.	<p>Nivel formativo BÁSICO  Nivel formativo AVANZADO</p>
F11	Procesos asistenciales, vías clínicas y gestión de casos. Estrategia de procesos asistenciales integrados en Andalucía. Rol de la enfermera gestora de casos.	<p>Nivel formativo PREVIO  Nivel formativo BÁSICO</p>
F12	Cuidados transicionales. Seguridad clínica y cuidados transicionales. Planificación de alta. Métodos y modelos para la planificación del alta hospitalaria. Herramientas de predicción de complejidad y selección de casos.	<p>Nivel formativo BÁSICO  Nivel formativo AVANZADO</p>
F13	Conductas y comportamientos de los seres humanos en las situaciones de crisis. Intervención en crisis.	<p>Nivel formativo BÁSICO  Nivel formativo AVANZADO</p>

<b>F14</b>	Valoración, diagnóstico e intervención sobre el entorno familiar. Definición e interpretación del genograma. Cuidados centrados en la familia.	Nivel formativo BÁSICO Nivel formativo AVANZADO
<b>F15</b>	Ética aplicada a la asistencia sanitaria. Dilemas éticos. Funcionamiento de los comités éticos. Derechos y garantías del paciente en el SSPA: voluntades anticipadas, segunda opinión, libre elección, garantía de plazos,...	Nivel formativo PREVIO Nivel formativo BÁSICO Nivel formativo AVANZADO
<b>F16</b>	Recursos de apoyo al cuidado (Ley de dependencia, entorno residencial, instituciones proveedoras de recursos de apoyo, asociaciones, grupos de autoayuda, Tarjeta +Cuidado, Programa de Rehabilitación Domiciliaria, Programa de material de apoyo domiciliario al cuidado, servicios para la Telecontinuidad,...).	Nivel formativo BÁSICO Nivel formativo AVANZADO
<b>F17</b>	Identificación de problemas sociosanitario, servicios ofertados y tipos de respuestas de los Servicios Sociales: coordinación y derivación entre Enfermera Gestora de Casos (Primaria y Especializada) y Trabajadora Social.	Nivel formativo BÁSICO
<b>F18</b>	Atención a las cuidadoras familiares: Plan atención a las cuidadoras familiares en Andalucía. Plan de Cuidadoras de Gran Discapacitados.	Nivel formativo PREVIO Nivel formativo BÁSICO
<b>F19</b>	Trabajo en equipo. Estrategias de coordinación. Negociación. Sesiones clínicas para la toma de decisiones. Priorización de ideas.	Nivel formativo BÁSICO Nivel formativo AVANZADO
<b>F20</b>	Coordinación interprofesional en EBAP, Atención especializada y otros sectores.	Nivel formativo PREVIO Nivel formativo BÁSICO
<b>F21</b>	Método clínico en enfermería: valoración, diagnóstico, intervenciones y resultados.	Nivel formativo PREVIO
<b>F22</b>	Metodología avanzada de cuidados. Uso de DREOM, AREA,...	Nivel formativo BÁSICO

F23	Sistemas de información y evaluación. Cuadro de mandos.	Nivel formativo BÁSICO Nivel formativo AVANZADO
F24	Agenda del gestor de casos. Gestión del tiempo.	Nivel formativo BÁSICO
F25	Habilidades en comunicación. Instrumentos necesarios para el desarrollo de una entrevista clínica eficaz. Empatía y asertividad en el manejo de situaciones difíciles.	Nivel formativo BÁSICO Nivel formativo AVANZADO
F16	Recursos de apoyo al cuidado (Ley de dependencia, entorno residencial, instituciones proveedoras de recursos de apoyo, asociaciones, grupos de autoayuda, Tarjeta +Cuidado, Programa de Rehabilitación Domiciliaria, Programa de material de apoyo domiciliario al cuidado, servicios para la Telecontinuidad,...).	Nivel formativo BÁSICO Nivel formativo AVANZADO
F17	Identificación de problemas sociosanitario, servicios ofertados y tipos de respuestas de los Servicios Sociales: coordinación y derivación entre Enfermera Gestora de Casos (Primaria y Especializada) y Trabajadora Social.	Nivel formativo BÁSICO
F18	Atención a las cuidadoras familiares: Plan atención a las cuidadoras familiares en Andalucía. Plan de Cuidadoras de Gran Discapacitados.	Nivel formativo PREVIO Nivel formativo BÁSICO
F19	Trabajo en equipo. Estrategias de coordinación. Negociación. Sesiones clínicas para la toma de decisiones. Priorización de ideas.	Nivel formativo BÁSICO Nivel formativo AVANZADO
F20	Coordinación interprofesional en EBAP, Atención especializada y otros sectores.	Nivel formativo PREVIO Nivel formativo BÁSICO
F21	Método clínico en enfermería: valoración, diagnóstico, intervenciones y resultados.	Nivel formativo PREVIO

<b>F22</b>	Metodología avanzada de cuidados. Uso de DREOM, AREA,...	Nivel formativo BÁSICO
<b>F23</b>	Sistemas de información y evaluación. Cuadro de mandos.	Nivel formativo BÁSICO Nivel formativo AVANZADO
<b>F24</b>	Agenda del gestor de casos. Gestión del tiempo.	Nivel formativo BÁSICO
<b>F25</b>	Habilidades en comunicación. Instrumentos necesarios para el desarrollo de una entrevista clínica eficaz. Empatía y asertividad en el manejo de situaciones difíciles.	Nivel formativo BÁSICO Nivel formativo AVANZADO

## BIBLIOGRAFIA

1. Plan Marco de Calidad y Eficiencia. 2000. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla
2. II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla.
3. Plan de Calidad. Un espacio compartido. Sistema Sanitario Público de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla. 2010.
4. Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, 4 de mayo de 2002; 52: 7127-34
5. Manual de la gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en el hospital. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla, 2006. Disponible en [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentos.asp?pagina=pr\\_CalidadAsistencial](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentos.asp?pagina=pr_CalidadAsistencial) [Consultado el 25.6.2010]
6. Morales-Asencio JM y col. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. BMC Health Services Research 2008; 8:193.
7. Plan de Atención a Cuidadoras Familiares en Andalucía. 2005-2007. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2005.
8. García-Fernández, F.P.; Carrascosa-García, M<sup>a</sup>.I.; Rodríguez-Torres, M<sup>a</sup>.C. Gila-Selas, C.; Laguna-Parras, J.M.; Cruz-Lendínez, A.J: Influencia de las enfermeras gestoras de casos hospitalarias sobre la preparación de las cuidadoras para asumir el cuidado domiciliario. GEROKOMOS 2009; 20 (4): 152-158
9. Steeman E, Moons P, Milisen K et al. Implementation of discharge Management for geriatric patients at risk of readmission or institutionalisation. Int J Qual Health Care 2006; 18 (5): 352-8.

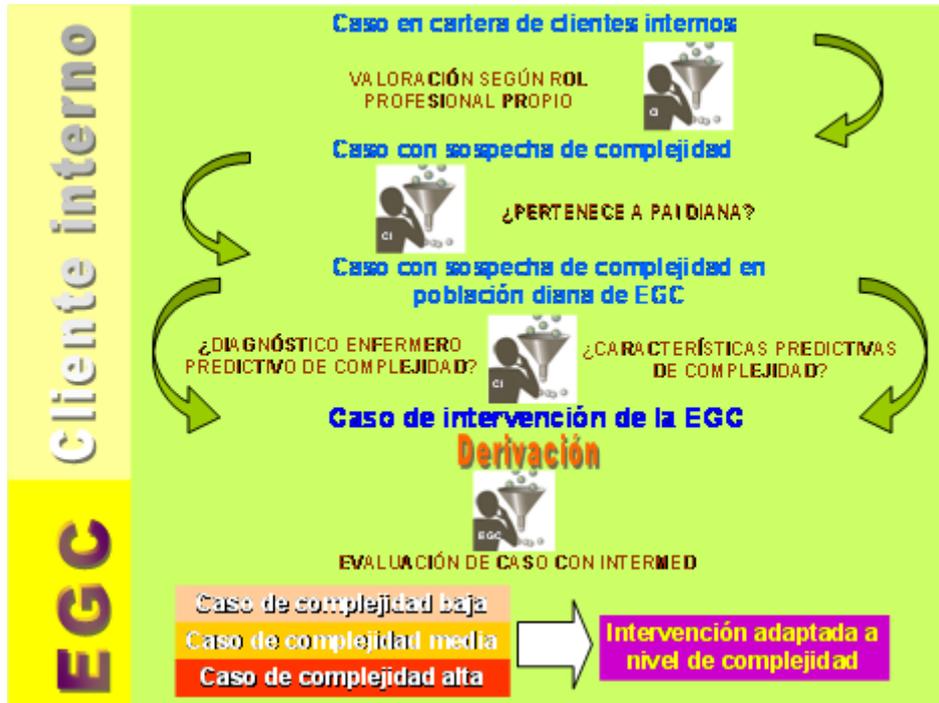
10. Leyva-Moral JM. Gestión de Casos: aproximación teórica. Rev Rol de Enfermería 2008; 31 (4): 259-64.
11. Gorey KM, Leslie DR, Morris T, Carruthers WV, John L Chacko J. Effectiveness of case management with severely and persistently mentally ill people. Community Mental Health J 1998; 34 (3): 241-50.
12. Riegel B, Carlson B, Cop Z, Le Petri B, Glaser D, Unger A. Effect of a standardized nurse case-management telephone intervention on resource use in patients with cronical Heart failure. Acrh Intern Med 2002; 162: 705-12
13. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. Psychiatr Ser 2000; 51: 1410-21.
14. Ramírez García P, et al. Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. ENFERMERÍA CLÍNICA 2002;12(6):286-9
15. Clegg A: Advanced nursing practice in intermediate care. Nursing Standard 2001; 15(30). 33-35
16. Manley K: A conceptual framework for advanced practice: An action research project operationalizing and advanced practitioner/consultant nurse role. Journal of Clinical Nursing 1997; 6-3. 179-190
17. Teixidor M. 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. Barcelona: Fundación La Caixa, 2005:63-86.
18. Case Management. A framework for success. Canberra: CRS Australia, 2006:4
19. American Nurses Credentialing Center. Nursing case management catalog. Washington, DC: ACNN, 1998.
20. Moreo K y col. CMSA Updates Standards of Practice for Case Management. The Case Manager 14, no. 3 (2003):54.

21. Intagliata J. A Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management. Schizophrenia Bulletin. Vol 8, nº 4, 1982.
22. Supporting people and integration with Long Term Conditions. An NHS and Social Care Model to support local innovation and integration. NHS 2005.
23. Goiri F y Juárez JM. Lunes, 18 de Enero de 2010 - Gestión integral del paciente crónico. Diario Medico
24. The case management work format and process. En: The case manager´s handbook. Sudbury: Jones and Barlett Publishers, 2004: 294.
25. Cuidado innovador para las condiciones crónicas: agenda para el cambio. Informe Global. Organización Mundial de la Salud 2002.
26. Designed to improve Health and the Management of Chronic Conditions in Wales. An integrated model and framework. Department for Health and Social Services. Welsh Assembly Government Welsh Assembly Government 2007
27. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Departamento de Sanidad Y Consumo. Gobierno Vasco. 2010
28. Unidades de atención a la complejidad clínica a los equipos de salud. Aplicación del modelo de gestión de casos en la atención primaria de Salud. Instituto Catalán de la Salud. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud 2010.
29. Torres-Pérez L. Gestión de la información en el servicio de cuidados críticos y urgencias: hacia un modelo de gestión de casos. Tempus Vitalis 2005; 5(1).
30. Roach, M. S. (1992). The Human Act of Caring. Ottawa, Ontario: Canadian Hospital Association Press.
31. Guy DA; Hamill T. Case management organization accreditation under way. TCM 1999.
32. Rufus H. Principles and objectives for developing standard measures. TCM 2005.

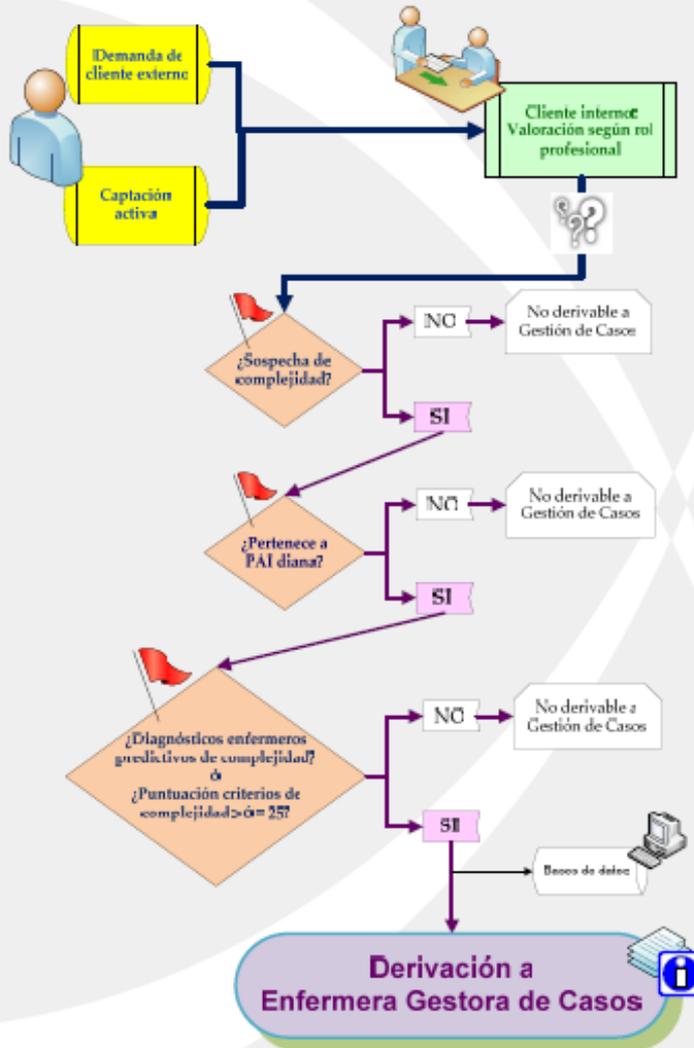
33. Canadian Standards of Practice for Case Management. Draft document. National Case Management Network of Canada 2008.
34. Case management competences framework. For the care of people with long term conditions. NHS Modernisation Agency and Skills for Health 2005.
35. Assuring competence: a guide for community matrons and case managers. NHS 2005.

## ANEXO 1

El proceso de identificación, captación, selección y estratificación de casos en la cartera de las EGC del SSPA puede representarse gráficamente como sigue:



## Identificación de caso susceptible de derivación a Enfermera Gestora de Casos



Grupo Modelo Andaluz de Gestión de Casos  
 Dirección de Estrategia de Cuidados de Andalucía  
 Planificación General de Cuidados, Investigación y Gestión del Conocimiento  
 Consejería de Salud de Andalucía

Este proceso se presenta de forma más detallada a continuación:

Etapa 1. Herramientas rápidas de detección temprana de complejidad de caso  
Cualquier profesional del equipo (clientes internos de la gestión de casos) realiza su valoración del caso de acuerdo a los criterios y procedimientos propios de su rol profesional. En este proceso de valoración los clientes internos pueden identificar la existencia de criterios tipo que definen un potencial cliente de las EGC según las tablas que a continuación se muestran.

A- Condición inicial.

Personas incluidas o susceptibles de ser incluidas en los siguientes Procesos Asistenciales Integrados <sup>viii ix</sup>

<b>ARTROPLASTIA DE CADERA</b>	<b>DEMENCIA</b>
<b>ASMA DEL ADULTO</b>	<b>DIABETES MELLITUS TIPO 1</b>
<b>ASMA EN LA EDAD PEDIÁTRICA</b>	<b>DIABETES MELLITUS TIPO 2</b>
<b>ATAQUE CEREBROVASCULAR</b>	<b>DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO</b>
<b>ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS</b>	<b>ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA</b>
<b>ATENCIÓN AL TRAUMA GRAVE</b>	<b>FIBROMIALGIA</b>
<b>CÁNCER COLORRECTAL</b>	<b>FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO</b>
<b>CÁNCER DE CÉRVIX - CÁNCER DE ÚTERO</b>	<b>INSUFICIENCIA CARDIACA</b>
<b>CÁNCER DE MAMA. DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA</b>	<b>RIESGO VASCULAR</b>
<b>CÁNCER DE PULMÓN</b>	<b>TTO. SUSTITUTIVO INSUFIC. RENAL CRÓNIC: DIÁLISIS, TRASPLANTE RENAL</b>
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	<b>VIH/SIDA</b>
	<b>ENFERMEDADES O PROCESOS DE BAJA PREVALENCIA QUE REQUIERAN UN ABORDAJE ESPECÍFICO Y DIFERENCIADO (ELA, ESCLEROSIS MÚLTIPLE, LESIONES MEDULARES, ENFERMEDADES RARAS, NIÑOS CON PROCESOS INCAPACITANTES...)</b>

<sup>viii</sup> Esta selección de PAI se ha elaborado mediante técnicas de consenso de grupo y uso de técnicas de priorización. Para ello se ha trabajado desde la visión de un modelo de gestión de casos orientado a la intervención sobre personas con problemas crónicos de salud y alta complejidad

<sup>ix</sup> Se han obviado los PAI "Trastorno Mental Grave" y "Ansiedad, Depresión, Somatizaciones", seleccionados inicialmente, por la recomendación final del grupo de que estos sean situados en cartera de clientes de un modelo de gestión de casos específico e integrado en el ámbito de la salud mental. También se han obviado los PAI "Transplante Cardíaco", "Transplante Pulmonar", "Transplante hepático" y "Transplante de Páncreas" por la consideración final del grupo de que estos procesos, si bien son de alta complejidad, ya están vinculados a importantes estrategias de coordinación y volcado de recursos.



<b>Derivados de las características del paciente (P)</b>
Condiciones que tienen que ver con su propia situación de salud: dependencia, vulnerabilidad, conocimientos, competencias y actitudes ante su enfermedad, experiencias con servicios de salud...
<b>Derivados de las características de la atención sanitaria (A)</b>
Condiciones que tienen que ver con la complejidad de los servicios prestados: cuidados requeridos, soportes para los cuidados, multiplicidad de profesionales, procesos de circulación entre diversos niveles de atención, intensidad de la medicación, acceso a la atención....
<b>Derivados de las características del entorno socio-familiar (E)</b>
Condiciones que tienen que ver con la interrelación entre el paciente y su entorno de cuidados: soporte familiar, eficiencia del mismo, apoyo social, adecuación del entorno para los cuidados, cultura o creencias que condicionan los cuidados, calidad de las relaciones familiares....

Se describen 35 características o criterios<sup>xi</sup> tipo que pueden ayudar a definir, por sí solas o por asociación, personas susceptibles de beneficiarse de una intervención eficiente de gestión de casos por su complejidad previsible. Además, todas ellas se han clasificado dependiendo del peso específico asignado como identificador predictivo de caso.

<b>Criterios tipo I</b>		
<b>P1</b>	<b>Comorbilidad asociada: tres o más enfermedades crónicas o dos enfermedades crónicas avanzadas con descompensaciones o incapacitante</b>	<b>20 ptos.</b>
<b>P2</b>	<b>Impacto de la enfermedad sobre la capacidad de autocuidado y la autonomía personal con deterioro significativo de varias de las principales actividades involucradas en la vida diaria (Índice de Barthel: 55 ptos. o menos) o de varias de las actividades instrumentales de la vida diaria (Test de Lawton &amp; Brody <math>\leq</math> 5 puntos en mujeres, o de <math>\leq</math> 3 puntos en hombres) con ausencia de sistemas de apoyo en su entorno que lo palien</b>	<b>20 ptos.</b>
<b>P3</b>	<b>Proceso terminal</b>	<b>20 ptos.</b>

<sup>xi</sup> Se han obtenido tras la selección inicial, agrupación, evaluación y asociación de 80 características o criterios identificados por revisión bibliográfica, experiencias en otros entornos (Servicio Murciano de Salud, Instituto Catalán de Salud, NHS Evercare Pilots, Centro Runcorn de Castlefields) o por elaboración propia del grupo de trabajo.

<b>A1</b>	<b>Múltiples y obligadas coordinaciones e intervenciones interdisciplinarias para dar eficiente respuesta a sus necesidades y a sus problemas, multiplicidad de recursos a activar o que para el traslado de un nivel asistencial a otro, necesita la movilización y coordinación de distintos profesionales y recursos</b>	<b>20 ptos.</b>
<b>A2</b>	<b>Dos o más ingresos no planificados en el hospital por exacerbación o descompensación de su enfermedad crónica en los últimos 6 meses</b>	<b>20 ptos.</b>
<b>A3</b>	<b>Déficit de adherencia al tratamiento y /o de seguimiento: no recogida de recetas de crónicos o de dispensación de receta XXI, y/o no acude a consulta de Atención Primaria en mas de 2 ocasiones y/o no acude a consulta de Salud Mental en 1 o más ocasiones en los últimos 3 meses</b>	<b>20 ptos.</b>
<b>A4</b>	<b>Por encima del percentil 97 de frecuentación</b>	<b>20 ptos.</b>
<b>A5</b>	<b>Costes de prescripción por encima de 120 euros mensuales</b>	<b>20 ptos.</b>
<b>E1</b>	<b>Claudicación familiar</b>	<b>20 ptos.</b>
<b>E2</b>	<b>Personas cuidadoras con capacidad limitada del soporte (las cuidadoras &gt; 75 años, o aquellas con un resultado en Test de Lawton &amp; Brody ≤ 5 puntos en mujeres, o de ≤ 3 puntos en hombres).</b>	<b>20 ptos.</b>

<b>Criterios tipo II</b>		
<b>P4</b>	<b>Deterioro cognitivo (test cognitivo de Pfeiffer: 5 errores o más)</b>	<b>10 ptos.</b>
<b>P5</b>	<b>Exacerbación o descompensación de enfermedad crónica en los últimos 30 días</b>	<b>10 ptos.</b>
<b>P6</b>	<b>Formas disfuncionales de enfrentarse a las crisis: autopercepción negativa incapacitante, negación, sobrevaloración de sus propias capacidades de afrontamiento, violencia auto o heterodirigida</b>	<b>10 ptos.</b>
<b>A6</b>	<b>Dos o más asistencias emergentes en los últimos 6 meses</b>	<b>10 ptos.</b>
<b>A7</b>	<b>Estancia total en el hospital por encima de cuatro semanas en un año</b>	<b>10 ptos.</b>
<b>A8</b>	<b>Cinco o más contactos con servicios sociales para evaluación en 6 meses</b>	<b>10 ptos.</b>
<b>A9</b>	<b>Régimen terapéutico muy complejo (plurimedicación, dieta específica, ejercicio físico, autocontroles frecuentes...) o dificultad para la integración de aspectos del régimen terapéutico en la vida cotidiana</b>	<b>10 ptos.</b>
<b>A10</b>	<b>Tres o más visitas a urgencias hospitalarias en los últimos 6 meses</b>	<b>10 ptos.</b>

<b>E3</b>	<b>Historia de violencia doméstica, de género, infantil o del anciano</b>	<b>10 ptos.</b>
<b>E4</b>	<b>Relaciones familiares disfuncionales o graves conflictos en el seno de la familia</b>	<b>10 ptos.</b>
<b>E5</b>	<b>Deficiente red apoyo social: Escala de Valoración de riesgo social Sociofamiliar de Gijón &gt;10</b>	<b>10 ptos.</b>
<b>E6</b>	<b>Sin apoyo familiar o fragilidad en soportes familiares</b>	<b>10 ptos.</b>

<b>Criterios tipo III</b>		
<b>P7</b>	<b>Situación de Riesgo de Fragilidad en Salud: Test de Barber &gt; 1</b>	<b>5 ptos.</b>
<b>P8</b>	<b>Duelo reciente que condiciona riesgo de declive de situación clínica (muerte de un cónyuge o miembro de la familia en los últimos 6 meses)</b>	<b>5 ptos.</b>
<b>P9</b>	<b>Experiencias anteriores negativas o conflictivas con la prestación de servicios de los profesionales del SSPA</b>	<b>5 ptos.</b>
<b>P10</b>	<b>Más de dos caídas injustificadas en los últimos 2 meses</b>	<b>5 ptos.</b>
<b>P11</b>	<b>Diferencias personales (educativas -analfabetismo funcional-, culturales, idiomáticas, ...) que condicionan inequidad en la prestación de servicios de salud</b>	<b>5 ptos.</b>
<b>A11</b>	<b>Conflicto en el equipo para la toma de decisiones</b>	<b>5 ptos.</b>
<b>A12</b>	<b>Cinco o más fármacos o psicofármacos prescritos de forma continua por 6 meses o más</b>	<b>5 ptos.</b>
<b>A13</b>	<b>Tres o más peticiones de atención en centro de salud no planificadas en 3 meses</b>	<b>5 ptos.</b>
<b>A14</b>	<b>Dificultad de acceso al servicio de salud (distancia, recursos escasos, comunicaciones...)</b>	<b>5 ptos.</b>
<b>E7</b>	<b>Preparación insuficiente de la persona cuidadora para el manejo adecuado de los cuidados</b>	<b>5 ptos.</b>
<b>E8</b>	<b>Familias con duelos patológicos previos no resueltos</b>	<b>5 ptos.</b>
<b>E9</b>	<b>Valores o creencias que entran en contradicción con la demanda de cuidados</b>	<b>5 ptos.</b>
<b>E10</b>	<b>Existencia de barreras arquitectónicas que dificulta el cuidado o vivienda con malas características higiénicas</b>	<b>5 ptos.</b>

El proceso de decisión acerca de la oportunidad de derivación de caso a EGC, o de captación activa por parte de la propia EGC, se apoyará en la siguiente pauta:

<b>Caso susceptible de Gestión de Casos (20 ptos.)</b>
<b>Un criterio Tipo I</b>
<b>Dos criterios Tipo II</b>
<b>Un criterio Tipo II + Dos criterios Tipo III</b>
<b>Cuatro criterios Tipo III</b>

El cliente interno, una vez identificada la adecuación del caso a la cartera de clientes de la EGC, procede a la derivación con informe escrito donde consten los criterios que la determinan.

Etapa 2. Valoración de pertinencia, inclusión y priorización en cartera de clientes de ECG.

La EGC recibe el caso, realiza su evaluación e identifica su nivel de complejidad apoyándose en los criterios establecidos en la herramienta INTERMED para posteriormente definir la intensidad de intervención requerida desde su rol profesional <sup>xii</sup>.

### Tablas de Evaluación de Complejidad (INTERMED)<sup>xiii</sup>

<sup>xii</sup> El objetivo de la INTERMED es proporcionar una rápida, pero completa, evaluación de una persona que precisa atención sanitaria, que apoya la planificación y gestión de casos individuales y permite el desarrollo de una base de datos empíricos sobre las necesidades complejas de atención sanitaria para apoyar la planificación, evaluación e intervención.

Su propósito es mejorar la capacidad de los proveedores de salud integrando la evaluación sistemática de riesgos y necesidades a través de la Tabla de Evaluación de Complejidad. Los riesgos son predictivos de los resultados negativos de los cuidados.

La herramienta contiene elementos de valoración integrales (ámbito biológico, psicológico, social y de relación con los servicios de salud) y considera la temporalidad de la situación (historia previa a la valoración, la situación actual y el pronóstico de futuro en cada una de las áreas de valoración de la persona).

<sup>xiii</sup> La puntuación global tiene un margen entre 0 y 60 puntos y refleja el nivel de complejidad del caso.

Puntuaciones individuales: la vinculación de la información clínica recogida durante la entrevista con una puntuación conduce a un nivel de actuación. Las puntuaciones de 2 y 3 merecen estrategias de acción; las puntuaciones de 1 de seguimiento y evaluación.

Biologico	ANTECEDENTES		ESTADO ACTUAL		PRONÓSTICO DE VULNERABILIDAD	
	Cronicidad (HB1)		Severidad de la enfermedad (CB1)		Complicaciones y amenazas para la vida (VB)	
	0	Una persona sin un período de enfermedad física que haya dado lugar a un período de más de 3 meses de disfunción física.	0	No hay síntomas o son síntomas reversibles sin necesidad de esfuerzos terapéuticos intensos.	0	No hay riesgo de limitación en las actividades de la vía diaria.
	1	Una persona con una enfermedad previa o trauma que haya dado lugar a un período de más de 3 meses de disfunción física o varios períodos de menos de 3 meses de disfunción física.	1	Síntomas de leves a moderados, que no interfieren con el funcionamiento actual.	1	Riesgo leve de limitación en las actividades de la vía diaria.
	2	Persona con una enfermedad crónica.	2	Síntomas de moderados a graves, que interfieren en el funcionamiento actual.	2	Riesgo moderado de permanente o sustancial limitación de las actividades de la vía diaria.
	3	Persona con 2 o más enfermedades crónicas.	3	Síntomas severos, que condicionan incapacidad para realizar actividades funcionales.	3	Grave riesgo de complicaciones físicas con severos y permanentes déficits funcionales y/o fallecimiento.
	Incertidumbre diagnóstica (HB2)		Cambios diagnósticos y terapéuticos (CB2)			
	0	No hay períodos de complejidad diagnóstica.	0	Resultos diagnósticos y/o tratamiento no complicado.		
	1	El diagnóstico y la etiología se aclaró rápidamente.	1	Sencillo diagnóstico diferencial y/o diagnóstico abordable con tratamientos sencillos.		
	2	El dilema diagnóstico se ha resuelto pero con un esfuerzo considerable.	2	Dificultad para diagnosticar y tratar por razones de origen físico y del tratamiento esperado.		
3	El dilema diagnóstico no se ha resuelto a pesar de considerables esfuerzos.	3	Dificultad para diagnosticar y tratar. Otras causas no físicas interfieren con el proceso diagnóstico y terapéutico.			

Puntuaciones totales: la puntuación total es el indicador (primero / principal) del nivel de complejidad de un paciente. La investigación ha informado de una correlación positiva entre la puntuación y los resultados negativos de la atención sanitaria.

Social	ANTECEDENTES		ESTADO ACTUAL		PRONÓSTICO	
	Problemas de empleo y actividad de ocio (HS1)		Inestabilidad de residencia (CS1)		Vulnerabilidad social (VS)	
	0	Dispone de un puesto de trabajo y actividades de ocio.	0	Persona con situación de vivienda estable que es plenamente capaz de una vida independiente.	0	No se esperan cambios en su situación de vida, apoyo social e integración y no necesita cuidados no sanitarios adicionales.
	1	Dispone de un puesto de trabajo pero no de actividades de ocio.	1	Persona con situación de vivienda estable que es incapaz de vivir sin apoyo o una persona (familia, atención domiciliaris,...) o que temporalmente vive en un marco institucional.	1	No se esperan cambios en la situación de vida, pero necesita incrementar el apoyo social o integración o cuidados no sanitarios adicionales.
	2	Desempleado durante, al menos, los últimos 6 meses. Dispone de actividades de ocio.	2	Persona con signos de inestabilidad de vivienda que no dispone de ningún apoyo en el hogar o vive en residencia tipo albergue. Requiere cambio de situación de vida actual.	2	Riesgo de necesidad de estancia temporal en un centro o institución en un futuro previsible.
3	Desempleado durante, al menos, los últimos 6 meses. No dispone de actividades de ocio.	3	Persona sin hogar, con hogar de riesgo y/o que requiere cambio inmediato de situación de vida.	3	Se espera estancia permanente en un centro o institución después del alta o de forma eminente.	
Disfunción social (HS2)		Restricciones de las redes sociales (CS2)				
0	No hay disfunción social.	0	Fácil accesibilidad a familia, amigos y/o conocidos como los compañeros de trabajo en todo momento.			
1	Leve disfunción personal; problemas interpersonales.	1	Posible retraso en el acceso a familia, amigos y/o conocidos como los compañeros de trabajo.			
2	Moderada disfunción social, como la incapacidad para iniciar o mantener relaciones sociales.	2	Accesibilidad limitada a familia, amigos y/o conocidos como los compañeros de trabajo.			
3	Grave disfunción social, como la participación en relaciones sociales perturbadoras o aislamiento social.	3	No hay disponibilidad de acceso a familia, amigos y/o conocidos como los compañeros de trabajo.			

Psicológico	ANTECEDENTES		ESTADO ACTUAL		PRONÓSTICO DE VULNERABILIDAD	
	Dificultades de afrontamiento (HP1)		Resistencia al tratamiento (CP1)		Amenazas para la salud mental (VP)	
	0	Capacidad y habilidad para manejar el estrés.	0	Interesado en recibir tratamiento y dispuesto a cooperar activamente de él.	0	No hay riesgo de trastorno de salud mental
	1	Habilidades de afrontamiento limitadas (falta de control, negación, irritabilidad,...).	1	Alguna ambivalencia sobre el tratamiento pero dispuesto a cooperar activamente de él.	1	Riesgo leve de síntomas de salud mental como ansiedad, estrés, abuso de sustancias o alteración cognitiva. Leve riesgo de resistencia al tratamiento.
	2	Deterioro de las habilidades de afrontamiento. Incluye abuso de sustancias sin consecuencias importantes sobre la salud física, mental o social.	2	Resistencia considerable, como una falta de adherencia con hostilidad o indiferencia hacia los profesionales de la salud y sus tratamientos.	2	Riesgo moderado de trastornos de salud mental que requiere cuidados psiquiátricos. Resistencia moderada de resistencia al tratamiento.
3	Mínimas habilidades de afrontamiento que se manifiesta por conductas destructivas, consumo adictivo de sustancias, enfermedad mental, riesgo de autolesión o suicidio,...	3	Aresistencia activa a los cuidados de los profesionales de la salud.	3	Grave riesgo de trastorno de salud mental que requiere frecuentes visitas a servicios de atención urgente y/o ingresos hospitalarios. Riesgo de rechazo al tratamiento para trastornos mentales graves.	
Disfunción psiquiátrica premorbidia (HP2)		Severidad de los síntomas psicológicos (CP2)				
0	No hay antecedentes de disfunción psiquiátrica.	0	Personas sin síntomas psiquiátricos o cuyos síntomas psiquiátricos se consideran remitidos.			
1	Historia de disfunción psiquiátrica sin efectos claros sobre el funcionamiento diario.	1	Persona con leves síntomas psiquiátricos, tales como problemas para la concentración o sensación de tensión, pero que sin embargo no precisa atención directa ni evaluación por profesional de salud mental.			
2	Historia con un claro impacto negativo en el funcionamiento diario.	2	Persona con moderados síntomas psiquiátricos, tales como ansiedad, depresión o confusión o que necesita atención por especialista en salud mental.			
3	Historia de al menos una hospitalización psiquiátrica y/o efectos permanentes en la función diaria.	3	Persona con claros y graves síntomas psiquiátricos (agitación, manía, fobia, delirio, disociación,...) con trastornos de comportamiento tales como violencia o comportamientos que generan daño físico a uno mismo.			

Cuidados de la salud	ANTECEDENTES		ESTADO ACTUAL		PRONÓSTICO	
	Acceso al cuidado (HHS1)		Complejidad de la organización (CHS1)		Barreras del sistema de salud (VHS)	
	0	Acceso adecuado a la atención.	0	Sólo precisa atención por equipo de atención primaria.	0	No hay riesgo de barreras para la coordinación de la atención sanitaria. Precisar sólo atención de servicios sanitarios no relacionados con la salud mental.
	1	Alguna limitación en el acceso a la atención por problemas de aseguramiento, razones geográficas, barreras idiomáticas o culturales,...	1	Precisa atención por profesionales de hospital.	1	Leve riesgo de barreras para la coordinación de la atención sanitaria. Precisar cuidados como los descritos en la puntuación 0 y además cuidados de salud mental o formas sencillas de cuidados coordinados.
	2	Dificultades claras para el acceso a la atención por problemas de aseguramiento, razones geográficas, barreras idiomáticas o culturales,...	2	Precisa atención de cuidados generales de salud y cuidados de salud mental o por trastornos de abuso de sustancias.	2	Riesgo moderado de barreras para la coordinación de la atención sanitaria. Precisar consultas con médicos especialistas de hospital.
	3	No hay acceso a la atención por problemas de aseguramiento, razones geográficas, barreras idiomáticas o culturales,...	3	Hospitalización o en fase de transferencia desde hospital a entorno de atención primaria.	3	Grave riesgo de barreras para la coordinación de la atención sanitaria. Precisar gestión de casos para coordinación interdisciplinar, incluidos cuidados de salud mental.
	Experiencia con el tratamiento (HHS2)		Coordinación de la atención (CHS2)			
	0	No hay problemas con los profesionales de la salud.	0	Completa y eficiente comunicación y coordinación de la atención entre los profesionales de la salud intervinientes.		
	1	Alguna experiencia negativa con los profesionales de la salud (experiencia propia o a través de algún familiar).	1	Limitada comunicación y/o coordinación de la atención entre los profesionales de la salud intervinientes.		
	2	Ha requerido ejercer la segunda opinión o cambio de profesional de la salud más de una vez.	2	Falta de comunicación y/o coordinación de la atención entre los profesionales de la salud intervinientes.		
3	Está en conflicto con profesionales de salud, realiza frecuentes visitas a servicios de atención urgente o ha tenido ingresos involuntarios.	3	No hay comunicación y coordinación de la atención entre los profesionales de la salud intervinientes. Uso de servicios de atención emergente para necesidades de salud no emergentes.			

### Etapa 3. Estratificación de complejidad.

La EGC estratifica la complejidad del caso y el perfil e intensidad de intervención requerido desde su rol profesional.

Para ello apoya esta toma de decisiones en los siguientes criterios:

#### Puntuación de las variables e interpretación

La puntuación global tiene un margen entre 0 y 60 puntos y refleja el nivel de complejidad del caso:

Complejidad alta (> de 39 pts.).

La EGC tendrá ante sí un caso de su cartera de clientes para una intervención de alta intensidad, que se relaciona con un tiempo de dedicación alto, una batería de intervenciones compleja y una estrategia de seguimiento y revaloración de alta intensidad y frecuencia.

Complejidad media (entre 30 y 39 pts.).

La EGC tendrá ante sí un caso de su cartera de clientes para una intervención de menor intensidad, que se relaciona con un tiempo de dedicación menor, una batería de intervenciones menos complejas o simples y una estrategia de seguimiento y revaloración de baja intensidad y frecuencia.

Complejidad baja (< de 30 ptos.).

La EGC tendrá ante sí un caso ajeno a su cartera de clientes y que requerirá una intervención de baja intensidad, que se relaciona con un tiempo de dedicación bajo, una batería de intervenciones que se ciñen a su rol consultor y asesor, y una estrategia de devolución y cierre de caso con un informe anexo donde se muestren al propio paciente y al profesional origen de la derivación las recomendaciones de intervención, revaloración o redirección identificadas.

## ANEXO 2

Cod.	ÁREA COMPETENCIAL	Cod.	COMPETENCIA (1er nivel de descripción)
A	PRÁCTICA AVANZADA DE ENFERMERÍA CLÍNICA	A1	Obtener información para documentar la valoración de la persona
		A2	Identificar las capacidades funcionales de la persona en el contexto del manejo clínico de sus condiciones clínicas crónicas
		A3	Evaluar y diagnosticar a la persona enferma en el contexto del manejo clínico de sus condiciones clínicas crónicas
		A4	Planificar, ejecutar, supervisar y revisar intervenciones terapéuticas en personas que tienen problemas crónicos de salud
		A5	Evaluar, identificar y presentar las necesidades, preferencias y sistema de valores de la persona
		A6	Ayudar y capacitar a las personas con problemas crónicos de salud para autogestionar sus medicamentos
		A7	Prescribir medicación para personas con problemas crónicos de salud

Cod.	ÁREA COMPETENCIAL	Cod.	COMPETENCIA (1er nivel de descripción)
	COORDINACIÓN DE	B1	Planificar, ejecutar, supervisar y revisar los planes individuales de atención a las personas con problemas crónicos de salud y a sus cuidadores
		B2	Coordinar y revisar la provisión de los planes de atención para satisfacer las necesidades de las personas con problemas crónicos de salud y

<b>B</b>	<b>CUIDADOS COMPLEJOS</b>		a sus cuidadores
		<b>B3</b>	Desarrollar planes de gestión de riesgos que favorezcan la independencia de la persona y el desarrollo saludable de la vida cotidiana en su hogar
		<b>B4</b>	Identificar servicios útiles para la persona
		<b>B5</b>	Gestionar el uso de los recursos físicos de apoyo al cuidado
		<b>B6</b>	Ayudar a la protección y defensa de los derechos del individuo y de las personas clave para su cuidado
		<b>B7</b>	Gestionar y coordinar el uso de los recursos institucionales y del entorno sociosanitario de apoyo al cuidado
		<b>B8</b>	Usar y desarrollar métodos y sistemas de ayuda a la comunicación, registro e informe
		<b>B9</b>	Identificar, valorar, discutir y documentar potenciales dilemas éticos que condicionen la atención a la persona
		<b>B10</b>	Negociar con otros y ejercer la representación ante los profesionales e instituciones en nombre de la persona que así lo solicita y con su consentimiento explícito
		<b>B11</b>	Evaluar e identificar las necesidades de atención de personas de poblaciones con características especiales de complejidad (dependencia infantil, exclusión social, víctimas de violencia,...) y coordinar sus planes de atención

Cod.	ÁREA COMPETENCIAL	Cod.	COMPETENCIA (1er nivel de descripción)
------	-------------------	------	--

C	GESTIÓN PROACTIVA DE PROBLEMAS CRÓNICOS DE SALUD	C1	Desarrollar prácticas que promueven la elección, el bienestar y la protección de la persona
		C2	Evaluar las necesidades de salud de la persona con problemas crónicos de salud y acordar su plan de cuidados
		C3	Capacitar a la persona con problemas crónicos de salud para tomar decisiones informadas sobre su salud y bienestar
		C4	Apoyar a la persona a vivir en su hogar
		C5	Ayudar a la construcción de las relaciones saludables entre el equipo de atención, la persona y los cuidadores
		C6	Planificar, intervenir y evaluar estrategias para la adhesión al régimen terapéutico y la promoción de conductas de salud en la persona
		C7	Identificar de forma proactiva las barreras y las estrategias facilitadoras para el logro de los resultados previstos
		C8	Evaluar las necesidades de salud familiar y planificar, ejecutar, supervisar y revisar los planes de atención centrados en la familia
		C9	Promover, supervisar y mantener la salud y seguridad en el entorno de trabajo
		Cod.	<b>COMPETENCIA (1er nivel de descripción)</b>

		D1	Identificar las necesidades de salud mental
		D2	Orientar a la persona sobre los servicios de salud mental y otros
		D3	Contribuir a la evaluación de las necesidades y la planificación, evaluación y revisión del programa de cuidados individualizado para la persona
		D4	Implementar partes específicas de los programas individualizados de cuidados
		D5	Facilitar a la persona el acceso a la ayuda psicológica
		D6	Capacitar a las personas cuidadoras familiares para apoyar a la persona con problemas crónicos de salud
		D7	Capacitar a las personas con problemas crónicos de salud para presentar su punto de vista y organizar su propio soporte y asistencia
		D8	Promover la inclusión social de las personas con problemas crónicos de salud y facilitar su participación en actividades sociales y culturales y en redes
		D9	Luchar frente a la injusticia y las desigualdades en el acceso a las prestaciones del sistema y la organización de las personas con problemas crónicos
		D10	Identificar, evaluar e intervenir sobre las conductas y comportamientos relacionadas con la salud de las personas en situación de crisis
		Cod.	<b>COMPETENCIA (1er nivel de descripción)</b>

		E1	Ayudar a la persona con problemas crónicos de salud a modificar sus conductas para reducir el riesgo de complicaciones y mejorar su calidad de vida
		E2	Asesorar a la persona para valorar y contactar con redes de apoyo
		E3	Capacitar a la persona para utilizar dispositivos y tecnología de apoyo
		E4	Ayudar a la persona con problemas crónicos de salud para afrontar los cambios en su salud y bienestar
		E5	Determinar los objetivos del plan de atención de forma consensuada con la persona a través de criterios mensurables y los documenta
		E6	Favorecer el aprendizaje grupal
		E7	Favorecer el aprendizaje individual, especialmente el aprendizaje autodirigido
		E8	Proporcionar información y asesoramiento para apoyar a la persona en la realización de actividades ocupacionales laborales y no laborales
		Cod.	<b>COMPETENCIA (1er nivel de descripción)</b>
		F1	Promover los valores y principios que sustentan las mejores practicas y ejercer el liderazgo para su implementación
		F2	Actuar dentro de los límites de su competencia y autoridad

		F3	Desarrollar, mantener y evaluar el trabajo de colaboración con otros
		F4	Aplicar con pericia la metodología de resolución de problemas
		F5	Aplicar con pericia la capacidad de comunicación escrita y verbal por múltiples canales
		F6	Ejercer el liderazgo para facilitar el desarrollo de las políticas y estrategias de la organización e institución
		F7	Ejercer el liderazgo clínico y tomar la responsabilidad para el desarrollo profesional continuo, propio y de otros
		Cod.	<b>COMPETENCIA (1er nivel de descripción)</b>
		G1	Trabajar en asociación con otros para promover la salud y el bienestar y reducir los riesgos en una cartera de clientes definida
		G2	Trabajar en asociación con las comunidades para mejorar su salud y bienestar en una cartera de clientes definida
		G3	Identificar y manejar criterios y herramientas de detección de complejidad y selección de casos
		G4	Trabajar en colaboración con profesionales de la Salud Pública para analizar e interpretar los datos y la información acerca de la salud y el bienestar y/o factores de estrés para la salud y el bienestar en una cartera de clientes definida

		G5	Comunicarse con las personas, grupos y comunidades sobre la promoción de su salud y bienestar en una cartera de clientes definida
		G6	Gestionar la aplicación a la persona de las estrategias de coordinación de servicios previstas en la organización
		G7	Comunicar la información acerca de la salud y el bienestar y/o factores de estrés para la salud y el bienestar en una cartera de clientes definida
		G8	Comunicar la información acerca de la salud y el bienestar y/o factores de estrés para la salud y el bienestar en una cartera de clientes definida
		Cod.	<b>COMPETENCIA (1er nivel de descripción)</b>
		H1	Trabajar en colaboración con profesionales de la Salud Pública para analizar e interpretar los datos y la información acerca de la salud y el bienestar y/o factores de estrés para la salud y el bienestar en una cartera de clientes definida
		H2	Apoyo a la persona en fase de duelo
		H3	Ayuda a la persona en el proceso de morir
		Cod.	<b>COMPETENCIA (1er nivel de descripción)</b>
		I1	Trabajar con los equipos y las organizaciones para evaluar los progresos y el rendimiento de las acciones e identificar oportunidades de mejora

		2	Planificar y ejecutar la transferencia de la atención y el proceso de alta de la persona y sus cuidadores
		3	Evaluar e interpretar los sistemas de información propios y de otros para adaptar su oferta y demanda de servicio
		4	Liderar el desarrollo de acuerdos de trabajo y revisión de su eficacia
		5	Gestionar una carga de trabajo que permita conseguir los mejores resultados posibles para el individuo