

Fernando González Posada
Enfermero Gestor de Casos.
Hospital de Jerez.
Jerez de la Frontera, Cádiz

Luis Torres Pérez
Enfermero. Biólogo.
Jefe de Bloque de Calidad y
Procesos. Hospital Clínico
Universitario Virgen de la Victoria.
Málaga

Profesor Asociado. Escuela
Universitaria de Enfermería.
Diputación Provincial de Málaga

Profesor Colaborador. Escuela
Andaluza de Salud Pública

Contacto:
Fernando González Posada
fernando.gonzalez.sspa@juntadeandalucia.es

Tempus Vitalis
es propiedad de



Depósito Legal: AL-298-2001
ISSN: 1578-5963

Tempus Vitalis 2009; 9 (1): 1-11

RESUMEN

Introducción: A pesar de su relativamente larga trayectoria no existe consenso explícito sobre la definición del término gestión de casos, y son muchos los autores que identifican grandes diferencias entre las diversas experiencias de desarrollo e implantación de este modelo de trabajo. La provisión de servicios de las enfermeras gestoras de casos varía mucho de unos entornos a otros y responden a adaptaciones organizacionales e inclusive locales. En el entorno andaluz este modelo se implanta a través de la figura de la enfermera identificada originariamente "de enlace" comunitario y hospitalario. **Objetivo:** Analizar el desarrollo de este modelo y explorar sus oportunidades de mejora tras cinco años de implantación. **Método:** A través de la comparación del modelo de gestión de casos andaluz con otros modelos referidos en la literatura científica, criterios de calidad definidos por entidades acreditadoras y sociedades científicas, entrevistas a profesionales de la SSPA, opinión de informantes clave y en la propia reflexión de los autores basada en su experiencia como gestor de casos y gestor de equipos de cuidados en el entorno clínico andaluz. **Resultados:** Los resultados de este análisis se presentan en el presente artículo a partir del planteamiento de interrogantes del tipo ¿existe un modelo de práctica asimilable a la gestión de casos en nuestros hospitales?, ¿existe variabilidad en su práctica en nuestros hospitales?, ¿hay una cartera de clientes definida y común para las gestoras de casos de los hospitales? **Conclusiones:** En la actualidad, la naturaleza de la actividad de las enfermeras gestoras de casos de los hospitales andaluces viene dada por un proceso de maduración individual de sus profesionales y no por la consistencia del modelo de práctica instaurado. Su realidad se sustenta en elementos como la variabilidad de clientes y servicios, la indefinición de un modelo de práctica claro, el insuficiente nivel de empoderamiento de sus profesionales, el escaso dinamismo y repercusión del cuadro de mandos existente en la toma de decisiones estratégicas, la ausencia de una política eficaz de gestión del conocimiento del servicio y la contextualización del servicio en espacios rígidos y poco garantes de la continuidad y la prestación eficiente del servicio. Por ello, apostamos por la necesidad de implementar un cambio del modelo de gestión de casos que mejore la efectividad en la práctica de las enfermeras gestoras de casos en los hospitales andaluces y proponemos explorar nuevos escenarios de intervención.

PALABRAS CLAVE: gestión de casos, enfermera gestora de casos hospitalaria, modelos de práctica

ABSTRACT

Introduction: Despite its relatively long performance, there is no clear agreement about the definition of the term "case management", and many researchers and scholars identify great differences among experiences and development of this clinical model. Case management nurses' practice varies from one environment to another and respond to organizational and even local adaptations. In the Andalusian Public Health Service, this model was implanted through the originally identified as community or hospital "link nurse". **Objective:** The aim of this paper is to explore the development of this model, and its opportunities of enhancement after five years of performance. **Method:** Through the comparison of the Andalusian pattern of case management with other models referred in the literature, defined standards of quality agencies and scientific societies, interviews with professionals, key opinions of informants and the own reflexive work of the authors based on their experience as case managers in the Andalusian Health Service. **Results:** The results of this analysis are presented in form of essential queries as follows: Are we performing an alike case management model of practices in our hospitals?, does variability exist in this practice in our hospitals?, is there a defined and common selection of patients for case management in our hospitals? **Conclusions:** At present, the nature of the activity of case management nurses the Andalusian hospitals is drawn by a process of individual reflection of professionals, in spite of an established practice pattern. Its reality is sustained in elements like the variability of clients and services, the definition of a not clear practice model, the insufficient level of professional empowerment, the short influence in the existing control systems for strategic decisions, the absence of effective policies of knowledge management and the performance of practice in narrow and low-guaranteed of continuity scenarios. Hence, we bet for the need of a change in this model of practice in order to enhance the effectiveness of case management nursing Andalusian hospitals.

KEYWORDS: case management, hospital case management nurse, practice models

GESTIÓN DE CASOS

En los últimos años viene mostrándose de forma muy explícita en nuestro entorno la expresión *gestión de casos*. Cada vez con mayor frecuencia en reuniones científicas (mayoritariamente enfermeras) y en múltiples foros de debate profesional podemos escuchar hablar sobre aspectos que se relacionan, con mayor o menor acierto, con la gestión de casos. También referido a nuestro entorno, esto tiene también reflejo en la edición escrita a través de artículos

en revistas o libros. En nuestra comunidad autónoma esta explosión discurre en paralelo a la implantación de la figura de la enfermera de enlace tanto en el ámbito comunitario como hospitalario.

Aunque para muchos se trate de un concepto novedoso la *gestión de casos* tiene sus inicios a mediados del siglo XIX con la coordinación de servicios públicos a clases pobres y enfermos en salas de beneficencia en los EEUU, aunque es en 1950 en ese mismo país cuando el término se consolida en los procesos de provisión de cuidados a pacientes del ámbito comunitario de salud mental y especialmente desde la desinstitucionalización de estas personas. Es la Enfermería protagonista y precursora en su desarrollo y aplicación junto con la incipiente disciplina de trabajo social.

Su impulso se ve acompañado en la última década del siglo XX con la transición desde sistemas de salud tradicionalmente fragmentados hacia la provisión de servicios de salud integrados y controlados desde la gestión de cuidados además de los sistemas de pago prospectivos. Es en este momento cuando se orienta el papel de la gestión de casos como mecanismo para coordinar la atención en los hospitales con el objetivo de controlar costes que pudieran ser resultantes de prolongaciones de hospitalizaciones o de duplicación de servicios. La gestión de casos también ha sido utilizada como mecanismo de coordinación entre servicios para facilitar el tránsito entre el hospital y el entorno comunitario para poblaciones específicas como puede ser la población anciana.

¿QUÉ ES LA GESTIÓN DE CASOS?

A pesar de esta relativamente larga trayectoria no existe consenso explícito sobre la definición del término gestión de casos¹. Para Texidor² *es el esfuerzo sistemático dirigido a la coordinación de la atención de la persona y de sus familiares... que metodológicamente se centra en la consecución de resultados... permite un mayor y más eficaz control del gasto sanitario...* y cuya cartera de clientes tipo se centra en personas afectadas por enfermedades complejas. Para la Case Management Society of Australia³ se trata de *"un proceso colaborativo de evaluación, planificación, facilitación y defensa de las opciones y servicios que precisan asignarse a las necesidades de salud específicas de un cliente a través de la comunicación y los recursos disponibles para conseguir resultados costo efectivos"*. Para el American Nurses Credentialing Center⁴ es *"un proceso de colaboración sistemático y dinámico que provee y coordina servicios sanitarios a una población concreta con una metodología participativa para facilitar opciones y servicios que cubran las necesidades del cliente, al mismo tiempo que reduce la fragmentación y duplicación de servicios y mejora la calidad y costo efectividad de los resultados clínicos"*. Para la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)⁵ es *"Control de casos específicos: coordinación de la asistencia y defensa de individuos concretos y poblaciones de pacientes respecto al marco de actuaciones en programa para reducir costes, disminuir el uso de recursos, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y conseguir los resultados deseados"*.

Lo cierto es que⁶ *"la falta de una definición clara o parámetros generalmente reconocidos en la gestión de casos ha dado lugar a grandes diferencias en los modelos y escasez de datos empíricos sobre la medida de sus resultados"*. Incluso Schwartz⁷ llega a insinuar que la gestión de casos *permite tantas interpretaciones como espectadores tenga*, especialmente condicionadas por su aplicación en escenarios clínicos diversos.

¿CUÁL ES LA POBLACIÓN DIANA DE LA GESTIÓN DE CASOS?

El proceso de gestión de casos puede ser desmenuzado en diferentes pasos⁸: captación, selección y descripción de caso, recogida y evaluación de la información relacionada, planificación, elaboración de informes escritos, consentimiento para el plan de intervención, coordinación y puesta en marcha del plan de acción, seguimiento de caso, evaluación y cierre de caso. Son mayoría los autores especializados en este modelo de práctica que abogan por priorizar la caracterización de los clientes (determinante para la captación y selección de caso) como paso inicial para delimitar un ámbito de intervención intensiva y eficiente del gestor de casos. Tanto los resultados como el abordaje del caso vendrán influenciados por el proceso de identificación de caso.

Tal y como establece en sus estándares de práctica para el gestor de casos la Case Management Society of América *"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”.⁹ Con ese objetivo, son muchas las variables consideradas como condiciones definitorias de caso en diferentes entornos y organizaciones:

- pertenencia a determinado proceso asistencial o diagnóstico médico,
- ser potencial receptor de alguna terapia compleja (ventilación mecánica, nutrición parenteral, oxigenoterapia domiciliaria, etc)
- tener un patrón de multi-ingresador
- tener un perfil de insuficiente o ineficiente utilización de servicios de salud
- estar comprometida la seguridad clínica
- haber sobrepasado el tiempo de estancia estimado al ingreso
- relacionarse en un mismo episodio con múltiples proveedores y servicios
- soportes de cuidado familiar y no remunerado ineficientes o de riesgo
- tener conocimientos deficientes o mal manejo del régimen terapéutico
- estar sometido a un régimen de polimedicación
- ser generador de un proceso de alta difícil, etc.

Sea cual sea el resultado final de la caracterización y elección del cliente diana de la gestión de casos, este será producto de una toma de decisión elaborada en dos fases:

- Una primera fase puede pasar por la utilización de modelos predictivos con herramientas rápidas de detección temprana de complejidad de caso o de detección de riesgos al alta que sean capaces de tener ajustado su valor predictivo negativo y positivo. Además, esta fase es susceptible de utilizar como facilitador la tecnología disponible en relación a los sistemas de información y las TIC’s.
- En un segundo momento es imprescindible que el gestor de casos realice un análisis minucioso y sistemático del caso individual para valorar la pertinencia de su inclusión en la cartera de clientes y su priorización. Este proceso sistemático debe contar con una valoración integral de componentes que incluya variables como función física y psíquica, entorno y vivienda, dinámicas familiares, cultura, situación económica, capacidad de aprendizaje, conocimientos previos, calidad de vida, participación en los autocuidados, expectativas, factores que condicionan el paso a domicilio, etc.

¿QUÉ SERVICIO OFERTA LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS?

La provisión de servicios por gestores de casos varía, de unos entornos a otros, al igual que ocurre en la cualificación de las enfermeras que gestionan los casos, los mecanismos de captación y la manera en que se accede a los servicios, los instrumentos de valoración de los pacientes e inclusive en la participación de los pacientes en la financiación del servicio.¹⁰ Son numerosos los autores que señalan que las intervenciones y actividades de las enfermeras gestoras de casos son muy variantes según los estudios analizados¹¹ y responden en muchas ocasiones a adaptaciones organizacionales e inclusive locales, con mayor o menor acierto, según sus políticas y procedimientos, situación financiera u objetivos.

Como referencia muestra señalemos que, por ejemplo, en *The Case Manager’s Handbook*¹² se dice que la gestión de casos es un proceso altamente individualizado que tiene como objetivos:

- identificar a los pacientes de mayor riesgo, más vulnerables, que precisan cuidados más intensivos y más costosos
- evaluar las opciones terapéuticas y oportunidades de coordinar la atención
- definir programas de intervención que mejoren la calidad y la eficiencia de los cuidados
- controlar costes y
- gestionar los cuidados al paciente de modo que garanticen unos resultados óptimos.

En cualquier caso, parece claro que en las múltiples aplicaciones de modelos de gestión de casos en hospitales es una constante el valor que dentro de sus carteras de servicios tiene la orientación a la coordinación, facilitación y planificación de los procesos de alta y transición desde el hospital al entorno de atención primaria. Como refiere Torres¹³, desde un punto de vista procesual podría contemplarse la gestión de casos como un proceso de soporte –en sentido amplio- orientado a los escenarios que en los procesos asistenciales se relacionan con la planificación de alta.

Paralelamente, y refiriéndonos a gestoras de caso enfermeras, debemos considerar la aportación específica de la enfermería, el cuidado, reconocida mediante el Real Decreto 1231/2001¹⁴:

Artículo 54. Cuidados de enfermería: "Los cuidados de enfermería comprenden la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna".

Como refieren Sandhu¹⁵ y Williams¹⁶, es importante hacer visible la conceptualización de la ciencia enfermera también en la gestión de casos.

DESARROLLO DEL MODELO DE GESTIÓN DE CASOS EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

Desde hace unos años la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía viene señalando entre sus prioridades de forma significativa un buen número de iniciativas que guardan estrecha relación con la prestación de servicios enfermeros (desarrollo e innovación en los cuidados al ciudadano, planes de apoyo a los cuidadores familiares, mejora de la continuidad de cuidados, fomento de la resolución domiciliaria de problemas sanitarios, integración del contexto sanitario con el contexto socio-comunitario, identificación de población vulnerable, personalización de la atención, mejora de la accesibilidad a los recursos sanitarios, participación del ciudadano en la toma de decisiones estratégicas y clínicas, etc). Ya en el III Plan Andaluz de Salud 2003-2008¹⁷, inspirador del II Plan de Calidad del SSPA, se analiza la provisión de servicios sanitarios en Andalucía y reflexiona acerca de los cambios necesarios en los entornos asistenciales:

Señala este plan como retos clave:

- la organización de los servicios de atención a las personas dependientes, sus familias y cuidadores, con criterios de proximidad y personalización de la atención
- y la intervención sobre los problemas de salud que afectan a las personas y poblaciones de riesgo o situación de exclusión social, en función de su especificidad en cuanto a necesidades, expectativas, autonomía y apoyo social.

Consecuentemente a estas premisas estratégicas, en abril del año 2002 se aprueba el Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas¹⁸ por la Consejería de Presidencia de la Junta de Andalucía, con desarrollo en los decretos 18/2003 y 7/2004 publicados en marzo de 2004. De especial interés para el ámbito sanitario, en su Capítulo VII se explicita la necesidad de promover medidas a favor de los mayores y las personas con discapacidad.

La superación de estos retos va a precisar de la intervención de profesionales capaces de identificar necesidades, con conocimientos y habilidades para gestionar el espacio sociosanitario, y con capacidad de decisión para gestionar cada caso de forma personalizada y para garantizar que el ciudadano recibe los servicios adecuados a su situación. Por ello entre las principales actuaciones consecuentes destacan la asignación de enfermera a cada paciente-familia para la personalización de la atención y la creación de la figura de la Enfermera de Enlace, basada en el modelo de gestión de casos, para la continuidad de cuidados.

En este marco, y en el ámbito de atención primaria, el Servicio Andaluz de Salud pone en marcha en el año 2002 el servicio de *Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE)* con el fin de mejorar los cuidados domiciliarios de personas mayores, personas con discapacidad y sus cuidadores familiares mediante el uso de un modelo de trabajo de gestión de casos¹⁹. Tras esta primera experiencia, la evaluación de los servicios prestados, la percepción de los usuarios y la evidencia de necesidad de coordinación interna en los hospitales, durante el año 2003 comienzan a gestarse experiencias de desarrollo de la figura de *Enfermera Hospitalaria de Enlace (EHE)* en el Hospital Torrecárdenas de Almería y en el Hospital de la Axarquía de Vélez-Málaga.

El que la Atención Especializada esté prestando servicios a una población cada vez más envejecida, y con múltiples y complejos problemas socio-sanitarios es circunstancia que impulsa en Andalucía la presencia de una enfermera en el ámbito hospitalario dedicada a la gestión de casos para la población más vulnerable. Entre los objetivos de estos nuevos profesionales destacan la coordinación con otros profesionales para llevar a cabo el plan asistencial durante la estancia hospitalaria, apoyar a la enfermera referente del paciente en el desarrollo del plan de cuidados establecido, promover la adecuada transición del paciente y familia desde el hospital hasta su domicilio y servir de agente de cambio que ayude a reorientar los cuidados hacia el aseguramiento de la continuidad.

Resultado de estas experiencias iniciales el Servicio Andaluz de Salud amplía su oferta de servicio enfermero de enlace a numerosos hospitales de su red para "*proveer una asistencia sanitaria de alta calidad y coste-efectiva en Atención Especializada, adaptándose a los cambios que está sufriendo la población*"²⁰. Transcurridos cinco años desde la implementación del modelo de gestión de casos en los hospitales del Servicio Andaluz de Salud entendemos que es oportuno analizar reflexivamente su desarrollo y explorar las oportunidades de mejora identificadas y fundamentadas en la comparación del modelo de gestión de casos andaluz con otros modelos referidos en la literatura científica, criterios de calidad definidos por entidades acreditadoras y sociedades científicas, entrevistas a profesionales del SSPA y opinión de informantes clave en Sesión Fórum y en la reflexión de los autores basada en su experiencia como gestor de casos y gestor de equipos de cuidados en el modelo andaluz.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE CASOS EN LOS HOSPITALES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

1- ¿Existe un modelo de práctica asimilable a la gestión de casos en nuestros hospitales?

Respuesta: diversidad de opiniones

El modelo de Enfermería de Enlace andaluz ha generado interesantes debates donde se perciben posiciones y discursos bien diferenciados y hasta antagonistas. Podemos citar entre estos:

- ...el modelo de gestión de casos y el de las enfermeras de enlace andaluzas son imágenes especulares.
- ...se responde, desde una posición ecléctica, que la realidad asistencial existente concilia aspectos del modelo de gestión de casos con necesidades y condicionantes diferenciales de nuestro entorno que determinan el modelo de las enfermeras de enlace andaluzas. Entre estos condicionantes pueden identificarse la búsqueda concomitante de vertebración del Plan de Apoyo a las Familias, el establecimiento de vectores de diseminación de la metodología de cuidados, el fomento de la personalización en la prestación de cuidados, la asignación y distribución de material ortoprotésico al domicilio.
- ...el modelo de enfermería de enlace andaluz, independientemente de sus resultados, no puede reconocerse como de gestión de casos. Quienes apoyan este argumento significan, en muchos casos, que la enfermera de enlace ha concluido en un profesional que adopta funciones de enfermera a la que se reconoce de modo implícito un nivel experto en la provisión de cuidados integrales, en el uso de la metodología y taxonomías enfermeras, en sus capacidades relacionales con clientes y otros profesionales e inclusive en su nivel de compromiso con la organización. En conclusión, las características de la provisión de sus servicios más la catalogan como gestora avanzada de cuidados que como gestora de casos.

2- ¿Existe variabilidad en la práctica en las enfermeras gestoras de casos en nuestros hospitales?

Respuesta: Sí

Si nos atenemos a las indicaciones del SAS, en sus hospitales las Enfermeras Gestoras de Casos²¹:

- "Coordinan cuidados con otros profesionales para llevar a cabo el plan asistencial durante la estancia hospitalaria"
- "Apoyan a la enfermera responsable del paciente en el desarrollo del plan de cuidados establecido"
- "Planifican con la enfermera gestora de casos de Atención Primaria la adecuada transición del paciente y la cuidadora al domicilio".

Si analizamos los entornos clínicos los informantes identifican la variabilidad entre centros, inclusive entre profesionales, como característica que envuelve el desempeño asistencial de las profesionales identificadas en el SSPA como enfermeras de enlace o enfermeras gestoras de casos. Las áreas de incertidumbre que manejan en la propia definición de su cartera de servicios, de sus resultados esperados o en la identificación de su posición en el sistema organización-proveedores-clientes hacen que asistamos a múltiples escenarios en la provisión de sus servicios. Estos servicios están influidos en la mayor parte de las ocasiones por necesidades, variables e intereses locales muchas veces no coincidentes ni en su activación (cartera de clientes), ni en su respuesta (cartera de intervenciones).

3- ¿Existe un plan definido para la implantación del modelo de gestión de casos en los hospitales?

Respuesta: No, al menos conocido por los informantes implicados

La incapacidad de integrar con éxito modelos de práctica avanzada y/o innovadora en los equipos clínicos existentes en la organización a menudo está relacionada con la falta de un adecuado plan estratégico de implantación. El desarrollo de la gestión de casos en los hospitales de Andalucía ha respondido a una estrategia de implementación que ha priorizado como resultado su aparición más que su calidad de implantación. La entrada de enfermeras gestoras de casos en una estructura tan jerarquizada y donde los debates corporativos tienen tantos escenarios y están tan arraigados como un hospital, tenía riesgo de exacerbar conflictos en todos sus niveles, desde el nivel clínico hasta en la más alta dirección. Por ello la estrategia de implantación se percibe que ha respondido a aprovechar una oportunidad benévola en espacio y tiempo donde pudieran controlarse y minimizarse los riesgos de conflictos y resistencias. Buena prueba de ello es que se optó por esperar a que estuviera suficientemente consolidado el modelo en el ámbito comunitario.

Es relevante señalar que en atención primaria por el contrario sí fue visible un modelo de implantación muy definido, empoderado, con respaldo institucional explícito, con jornadas de presentación masivas con presencia de profesionales de la alta dirección, con campañas mediáticas globales.

4- ¿Hay una cartera de clientes definida y común para las gestoras de casos de los hospitales?

Respuesta: Sí, pero con escasa capacidad de discriminación y priorización.

En nuestro entorno, y según las recomendaciones del SAS publicadas, las enfermeras gestoras de casos de Andalucía centran su práctica profesional en actuar como población diana con grupos de pacientes y familias especialmente vulnerables²⁰, que incluyen a *todas aquellas personas ingresadas en el hospital que, por la complejidad de su estado de salud, requieran la coordinación con diferentes profesionales/servicios y la movilización de los recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada a sus necesidades de cuidados y las de sus cuidadoras*. Esta consideración afecta a pacientes incluidos en el mapa de procesos asistenciales, pacientes con procesos crónicos incapacitantes, pacientes con deterioro cognitivo, pacientes con deterioro funcional, ancianos frágiles, pacientes crónicos con descompensaciones frecuentes, especialmente aquellos con hospitalizaciones reiteradas, pacientes que requieren para su tratamiento y cuidados de tecnología avanzada en el domicilio y cuidadores familiares de los anteriores.

Otra realidad es la operativización de sistemas de identificación de potenciales clientes que respondan a la aseveración anterior y que ponderen entre población diana y recursos disponibles (medidos en número de enfermeras gestoras de casos y en intensidad de intervención posible):

- Si en los clientes potenciales identificamos a toda persona incluida en Procesos Asistenciales Integrados (PAI's) como Fractura de Cadera en Ancianos, Pacientes Pluripatológicos o Cuidados Paliativos como queda reflejado en la cartera de clientes definida por el SAS²⁰, ¿cómo dar respuesta con mínimas garantías de resultado desde el modelo de gestión de caso?. La ratio resultante *clientes/EGC's* en un día cualquiera de actividad de un hospital de nuestra red sería en la práctica un indicador de *calidad imposible* y además respondería a una selección de clientes con escasísima especificidad y capacidad de discriminación.

- Si la cartera de clientes identifica a aquellas personas con complejidad de estado de salud en proceso de alta, ¿cómo medimos la vulnerabilidad y/o complejidad de una forma sistematizada?, ¿cuáles son las variables que relacionan complejidad con riesgos al alta?, ¿podemos anticipar tempranamente esta relación en los clientes concretos? Hoy por hoy las respuestas están siendo locales, intuitivas y variables.
- Pero además, ¿disponemos de sistemas de información ágiles que permitan a la enfermera gestora de casos tener la relación inmediata de los clientes ingresados en el hospital ese mismo día con el perfil de PAI, o de reingresador, o de vulnerabilidad/complejidad? La respuesta es NO.

Se precisa determinar sistemas de información y herramientas validadas que capten, discriminen y prioricen a los clientes potenciales de la gestión de caso en nuestros hospitales y de las que actualmente carecemos.

5- ¿Existe un modelo de formación orientado a la gestión de casos en nuestros hospitales?

Respuesta: Sí pero con dudosa orientación a la gestión de casos.

El modelo formativo es considerado carencial en cuanto a la gestión de casos. La estructura formativa de inicio responde a un perfil de gestor de cuidados experto más que a la de gestor de casos. De hecho las enfermeras gestoras de casos han sido utilizadas como formadoras y facilitadoras en la implantación de metodología de cuidados y lenguajes estandarizados enfermeros. De alguna manera se ha seguido en este caso recomendaciones como las de Hanson y Ashley²², que recomiendan que sean enfermeras de práctica avanzada las que lideren los procesos de cambio e incorporen la investigación como herramienta de trabajo.

6- ¿Existe reconocimiento formal explícito del rol y competencias de las enfermeras gestoras de casos de los hospitales?

Respuesta: Sí pero con importantísimas carencias, más documental que operativo

Estamos ante un modelo de gestión de casos poco empoderizado, donde la referencia clínica y funcional del gestor de casos responde a un proceso de ganancia individual, donde cada profesional o grupo de profesionales gana sobre el terreno su espacio de intervención, sin estructura previa, casi sin condiciones previas y con consignas orientadas a perfil de conflicto bajo en el posicionamiento. Son numerosas las enfermeras gestoras de casos del sistema que afirman que su capacidad de resolución en las necesidades de los clientes que tiene que ver con la coordinación de intervenciones de otros profesionales y/o servicios está más relacionada con su sistema personal de relaciones que con la competencia transferida desde la organización al rol desempeñado. Todavía son frecuentes las frases "te lo hago como favor" o la paradigmática "¿es familia tuya?". El débil posicionamiento institucional se observa, sirva como ejemplo, en el desigual nivel de implantación por provincias y por hospitales. En la práctica la asignación de enfermeras al desempeño de este rol ha estado sujeta a decisiones directivas de ámbito local.

7- ¿Está definido el entorno físico de intervención de la enfermera gestora de casos de hospital de manera que pueda responder con eficiencia a las necesidades del cliente?

Respuesta: Sí, pero se hace necesario explorar nuevos modelos alternativos y analizar su impacto

En la actualidad los modelos de gestión de casos desarrollados en el SSPA vienen delimitados, en mayor o menor medida, por los entornos de la atención primaria y la atención especializada u hospitalaria. Así, aun cuando la cartera de servicios de las enfermeras identificadas como gestoras de casos en ambos entornos incluye la orientación hacia el aseguramiento de la continuidad en los procesos de cuidados, es difícil concluir que el modelo imperante de traspaso bidireccional de responsabilidad sobre los cuidados de una persona y su familia reúna las mejores cualidades para ello.

Este modelo de continuidad tiende a establecer procesos de intercambio en espacio ajeno y tiempo único. De manera simbólica se nos ocurre explicar que se asemeja a un contacto aduanero, de frontera. Es decir, lo que entendemos como coordinación para la continuidad de cuidados puede reducirse a un intercambio de información clave que tiende a proveerse en un encuentro casi único y en un espacio marcado por los profesionales. La coordinación para la

continuidad dentro del proceso asistencial se produce sobre una delgada línea que separa el ámbito de responsabilidad hospitalaria del ámbito de responsabilidad de atención primaria.

En el momento del alta el paciente-familia es despedido por el equipo de cuidados en el hospital, equipo con el que se han generado lazos de confianza terapéutica, y se ve obligado a relacionarse con un nuevo equipo de cuidados, que en muchas es desconocido para ellos. Este proceso de continuidad puede resultar especialmente frágil en aquellos casos de debut en las situaciones de dependencia y vulnerabilidad para pacientes-familias que no estaban previamente captados por los programas de atención domiciliaria y de gestión de casos de los equipos de atención primaria. Un caso ejemplificador podría ser el de la persona previamente independiente que sufre un proceso de ACV con consecuentes alteraciones en las capacidades de autocuidado individuales y familiares.

Una alternativa a este modelo de potencial riesgo podría implicar intercambios en los espacios y tiempos de intervención. De manera simbólica podría decir que se asemejaría a un contacto *de fagocitosis*. La unidad paciente-familia es acompañada por la enfermera gestora de casos del hospital al interior de la célula comunidad y equipo de atención primaria hasta que se integre como una parte más de ella, hasta que sus cuidados sean fagocitados por completo. Durante este período desarrollarían estrategias de coordinación y valoración conjunta con los profesionales de atención primaria, de generación de confianza terapéutica con los nuevos profesionales implicados, de adecuación de expectativas y necesidades de paciente y familia a las capacidades del sistema de cuidados, de prevención de efectos adversos relacionados con los procesos de continuidad, de seguimiento y evaluación inmediata de los planes de cuidados terapéuticos iniciados en el hospital y de adaptación al nuevo entorno junto al equipo de atención primaria, etc.

En este sentido puede valorarse el intento de generar espacios de coordinación hospital-atención primaria con la visita pre-alta de la enfermera gestora de casos comunitaria al hospital para la planificación temprana del alta del paciente. Sin embargo puede cuestionarse que este sea el más adecuado en esos casos donde la unidad paciente-familia no había sido captada y valorada por la enfermera gestora de caso de atención primaria (EGCc) con anterioridad al episodio. Esta valoración se produciría sobre un caso previamente desconocido, en un entorno ajeno al propio del paciente (el hospital), en una situación clínica aguda que condiciona sin duda las prioridades y expectativas de paciente y familia, con la presión de la variable tiempo, etc.

En el modelo que ahora proponemos explorar el espacio de coordinación recorrería el proceso en sentido contrario. Sería la enfermera gestora de casos de hospital (EGCh) quien acompañaría al paciente y familia en el proceso de cuidados durante un tiempo crítico (según caso entre 7 y 15 días) tras el alta.

Hipótesis que precisarían ser investigadas de este modelo incluirían:

- El proceso de coordinación se produce fundamentalmente en el entorno propio del paciente y familia, mejorando, así lo intuimos, la valoración de riesgos, la adaptación de las intervenciones previstas, las estrategias de reorganización familiar asesoradas, etc.
- El paciente y familia disponen de un referente profesional de confianza que les ayuda y acompaña en el proceso de conocer a un nuevo equipo de atención, el de primaria.
- Se aseguraría al paciente-familia lo que algunos autores solicitan, dar el *tempo* a los procesos de cuidado, evitar el someter al paciente a las cronas impuestas por los profesionales y las organizaciones.
- En este entorno se planificarían valoraciones y planes conjuntos de intervención entre enfermera comunitaria y hospitalaria de enlace para el período crítico que en muchos casos supone el post-alta inmediata.
- La enfermera comunitaria de enlace dispondría de un tiempo para ajustar a su agenda la inclusión de un nuevo cliente sin merma para otros clientes incluidos en su cartera ni en el caso abordado.
- La enfermera hospitalaria de enlace dispone de tiempo para asegurar la ejecución de intervenciones planificadas ya iniciadas en el hospital y que deben concluir con el logro inmediato de resultados en el propio entorno de autocuidado.

- Podría mejorar la prevención de efectos adversos en ese tiempo. No hay que olvidar que estos períodos post-alta se relacionan en muchas ocasiones con quebras en seguridad clínica relacionadas con la continuidad asistencial.
- Permitiría continuar la gestión de casos incluidos en cartera de clientes de EGCh y no de EGcC.
- Se facilitarían altas hospitalarias al contar el equipo asistencial hospitalario con la posibilidad de seguimiento por parte de un profesional del equipo que conoce el caso.
- El paciente-familia se sentiría acompañado en el tránsito entre equipos por un profesional que ya conoce y que le conoce.

En nuestra opinión, debe ser posible optar por una u otra fórmula de gestión de la continuidad (liderada por la enfermera gestora de caso del hospital o de atención primaria). La decisión de optar por una de ellas es necesario que se contextualice en cada caso, y el criterio clave es que lidere el proceso de gestión de caso el profesional que se encuentre en la mejor situación competitiva de acuerdo a variables como la relación terapéutica establecida, distribución del peso de intervención entre hospital y atención primaria, etc.

8- ¿Existe un sistema de información central y único que facilite y documente el proceso de gestión de casos de los hospitales?

Respuesta: No

Los sistemas de información clínica en los hospitales del sistema se han canalizado a través de los diferentes módulos del proyecto de Historia Digital única DIRAYA, en concreto para la información directamente relacionada con la gestión de cuidados en el módulo AZAHAR. En este espacio digital, hasta la fecha no tiene cabida la información específica de gestión de caso. El profesional se ve obligado a adaptarse a una estructura orientada a la gestión de cuidados o bien recurrir a sistemas de información paralelos y de génesis local. Es cierto que en el último año ha venido trabajando un grupo de enfermeras gestoras de casos liderado por el SAS con el objetivo de definir una aplicación compatible e integrada con el módulo AZAHAR propia para gestores de caso.

9- ¿Existe un cuadro de mandos integral (balanced scorecard) central y único que traduzca la misión, visión y estrategias del servicio de gestión de casos de los hospitales?

Respuesta: No

Los indicadores son herramientas de medida del rendimiento que pueden utilizarse como guías para supervisar, evaluar y mejorar la calidad de la gestión de casos y de la atención al cliente. Sin embargo, son raros los indicadores específicos relacionados con la gestión de casos y muy pocos son los publicados²³. Ello es un importante obstáculo pues la falta de medición de la producción de un servicio es una de las razones clave que determinan las ineficiencias de sus actuaciones. Además, la implantación de indicadores nunca es neutra. Por un lado es un ejercicio de transparencia que incrementa la responsabilidad del equipo y, de alguna manera, disminuye su autonomía en el sentido que permite determinar y leer a terceros la consecución de los objetivos estratégicos del servicio.

En el caso del modelo de gestión de casos andaluz si bien es cierto que²¹ *“con el fin de poder asegurar la homogeneización de la práctica clínica de las Enfermeras Gestoras de Casos de los hospitales del SSPA, la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados establece mecanismos de seguimiento y evaluación”* en nuestro entorno hasta el momento no se han definido ni consensuado líneas estratégicas de actuación para la profesión en este ámbito y, como consecuencia tampoco se han desarrollado los indicadores y los sistemas de información necesarias para evaluarlas y mejorarlas, aunque a nivel local se hayan desarrollado iniciativas al respecto.

CONCLUSIÓN

Hoy por hoy, en la práctica clínica de las enfermeras gestoras de casos de los hospitales del sistema público de salud de Andalucía su *corporeidad* viene dada por un proceso de maduración individual de sus profesionales y no por la madurez del modelo de práctica instaurado.

Su realidad viene condicionada por elementos como:

- la variabilidad en la adopción de clientes y servicios,
- la indefinición de un modelo de práctica con un constructo claro de gestión de casos,
- el insuficiente nivel de empoderamiento de los profesionales que lo desempeñan,
- el escaso dinamismo y repercusión del cuadro de mandos existente en la toma de decisiones estratégicas y operativas del modelo y
- la ausencia de una política eficaz de gestión del conocimiento del servicio.

Y por tanto, **¿Necesitamos implementar un cambio del modelo de gestión de casos que normalice y mejore la efectividad de su práctica en los hospitales andaluces?**

Respuesta: Sí

Una vez expuesto el estado actual de la cuestión, revisados los conocimientos existentes y analizadas las oportunidades estratégicas de mejora nuestra propuesta es que es posible disminuir la variabilidad no justificada, focalizar con resultados eficientes la gestión de casos sobre entornos de población concretos, empoderizar el rol de práctica avanzada y definir el espacio competencial en la organización de la enfermera gestora de casos de hospital a través de un proceso de normalización de su modelo de práctica con la definición de elementos clave como:

- la misión,
- el *target* o características que determinan la consideración como cliente potencial de la gestión de casos,
- los criterios de satisfacción de los clientes externos,
- el servicio competitivo diferencial del gestor de casos,
- el ámbito y entorno de intervención e interrelación del gestor de casos con su cliente y
- un cuadro de mandos que haga visible de forma ágil, evolutiva, flexible y comparable la prestación del servicio; y que traduzca la visión, líneas y objetivos estratégicos a través de un conjunto coherente de indicadores.

Este marco actuaría como facilitador para poder definir el mapa de competencias, las estrategias formativas, los procesos de acreditación, los procesos de reclutamiento y las oportunidades de mejora e investigación del servicio de gestión de casos en el SSPA.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Evans C y col. Practice nurses and older people: a case management approach to care. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 51(4): 343-352
- 2 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
- 3 Case Management. A framework for success. Canberra: CRS Australia, 2006:4
- 4 American Nurses Credentialing Center. Nursing case management catalog. Washington,DC: ACNN, 1998
- 5 McCloskey J, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Madrid: Elsevier España, 2005: 249
- 6 Kersbergen AL. Case Management: a rich history of coordinating care to control cost. *Nurs Outlook* 1996; 44:169-172
- 7 Schwartz SR y col. Case management for the chronic mentally ill: model and dimensions. *Hosp Community Psychiatry* 1982; 33(12):1006-1009
- 8 The case management work format and process. En: *The case manager's handbook*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2004: 193
- 9 The case management work format and process. En: *The case manager's handbook*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2004: 294.

- 10 Toral I. Estrategias de mejora de la efectividad de la atención domiciliar a personas incapacitadas y sus cuidadoras. La enfermera comunitaria de enlace. Disponible en:
http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/6/documentos_estrategias.pdf [Consultado el 18.7.2008]
- 11 Hallberg, I.R., Kristensson, J., 2004. Preventive home care of frail older people: a review of recent case management. *Studies. Journal of Clinical Nursing* 13 (6B),112-120
- 12 The case manager as catalyst, problem solver, educador. En: *The case manager's handbook*. Sudbury: Jones and Barlett Publishers, 2004: 3-24
- 13 Torres-Pérez L y Jiménez M. Registro informatizado para la gestión de casos en el Hospital Virgen de la Victoria. 2008. Málaga (documento inédito)
- 14 Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería.
Disponible: <http://www.lexureditorial.com/boe/0111/20934.htm> [Consultado el 11.6.2008]
- 15 Sandhu BK y col. Case management: the nursing business of care or cost. *Nursing Quebec* 1992; 12(5):31-37
- 16 Williams BS. The utility of nursing theory in nursing case management practice. *Nursing Administration Quarterly* 1991; 15(3):60-65
- 17 III Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentos.asp?pagina=pr_CalidadAsistencial [Consultado el 25.7.2008]
- 18 Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, 4 de mayo de 2002; 52: 7127-34
- 19 Memoria 2003. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla
- 20 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 [Consultado el 25.7.2008]
- 21 Los cuidados en el Servicio Andaluz de Salud. Anuario 2006. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla 2006
- 22 Hanson JL, Ashley B. Advanced practice nurse' application of the Stetler model for research utilization: improving bereavement care. *Johns Hopkins Oncology Center, Baltimore, MD Oncol Nurs Forum* 1994; 21(4):720-724
- 23 Provincial Case Management Standars Project. Preliminary Draft Case Management Indicators. Ontario Case Managers' Association. Companion document. 2000; (3)