



**D**ESARROLLO  
**C**OMPETENCIAL  
EN EL  
**M**ODELO DE **G**ESTION DE  
**C**ASOS DEL **SSPA**

Estrategia de Cuidados de Andalucía.  
Consejería de Salud

*Agradecimiento a todas las enfermeras y enfermeros gestores de casos del Sistema Sanitario Público Andaluz, por su esfuerzo para afrontar nuevos retos profesionales y a todos y cada uno de los profesionales, que han colaborado en la elaboración y desarrollo de este documento.*

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
ANÁLISIS DE SITUACIÓN	6
GESTION DE CASOS EN EL SSPA	12
Definición de Gestión de Casos en el SSPA	12
Filosofía del servicio	13
Visión del servicio	14
Misión del servicio	14
Valores profesionales	15
Atributos del servicio:	16
Naturaleza del Servicio	17
OBJETIVOS DE LA GESTION DE CASOS EN EL SSPA	18
Objetivos en salud	18
Objetivos en calidad de vida y satisfaccion	19
Objetivos de eficiencia y utilizacion de recursos	20
MODELO DE ATENCIÓN A LA DEMANDA	21
POBLACION DIANA	25
PERFIL COMPETENCIAL DEL ENFERMERO GESTOR O ENFERMERA GESTORA DE CASOS	27
Tablas competencias gestión de casos	29
BIBLIOGRAFIA	34

# INTRODUCCIÓN

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 la gestión de casos para el SSPA debe consolidar el desarrollo que comenzó en el año 2002:

**Ciudadanía:** La gestión de casos, ofrece atención sanitaria a personas con elevada complejidad de cuidados, sus familias y cuidadores, con criterios de proximidad y personalización de la atención

**Profesionales:** Colaborando y coordinándose entre los y las profesionales sanitarios, como elementos esenciales de este servicio

**Espacio compartido** en la actuación de la gestión de casos en el marco de la gestión clínica, 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. Espacio compartido entre paciente, familia y profesionales sanitarios, desde el respeto a la autonomía del paciente, el apoyo a la familia y la atención

integral, siendo la toma de decisiones consensuada, desde una comunicación asertiva entre los profesionales y la unidad paciente-familia.

El servicio de gestión de casos surgió en el año 2002 en el SSPA, con el objetivo de mejorar la atención de personas mayores, personas con discapacidad y sus cuidadores/as familiares<sup>4,5</sup> con un desarrollo progresivo hacia un modelo de

## Enfermera Práctica Avanzada

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>6</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>7</sup>, así como la integración de cuatro sub-roles: clínico experto, consultor, docente e investigador<sup>8</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, u otros programas formativos acreditados por el SSPA.

El modelo de gestión de casos en el SSPA, como cualquier otra práctica en el ámbito sanitaria, debe estar sujeto a *procesos de mejora continua*, así, se hace necesario el avanzar en el desarrollo del modelo de gestión de casos implantado en Andalucía, con la revisión del impacto en la salud de la población diana de este servicio, el modelo actual de atención a la demanda, así como la definición de un mapa competencial para las enfermeras gestoras de casos y su redefinición en el sistema, que ha de ir acorde con el desarrollo del propio sistema sanitario.

## ANÁLISIS DE SITUACIÓN

**E**l envejecimiento poblacional, la cronicidad compleja, el incremento de la dependencia, la disminución de la red de apoyo informal, la utilización inadecuada de servicios de salud, son factores que están generando nuevos retos en la atención sanitaria. Nueva situación que se aborda con viejas formulas y usos por parte de los Servicios de Salud<sup>9</sup>. Sirvan como ejemplo los estudios sobre hospitalización evitable: Aproximadamente un 15% de ingresos hospitalarios son evitables mediante una Atención Primaria efectiva y a tiempo, ya sea a través de prevención del inicio de la enfermedad, o bien controlando la aparición de un episodio agudo o tratando una enfermedad crónica<sup>10</sup>. Otro ejemplo lo constituyen las transiciones entre niveles de atención de los pacientes crónicos. La mayoría no están planificadas, pese a que los pacientes en estados de transición tienen su vulnerabilidad aumentada (funcionalidad, dolor, ansiedad, confusión), es muy frecuente que pacientes y cuidadores no estén preparados para lo que ocurrirá después y que se disparen las amenazas para la seguridad clínica<sup>11</sup>.

En España, más de la mitad de las estancias hospitalarias que se producen, son personas con más de 65 años<sup>12</sup>, siendo los mayores usuarios de los servicios sanitarios<sup>13</sup>, con unas características de dependencia y discapacidad superiores al resto. Las enfermedades crónicas en nuestro país suponen una importante carga, según se refleja en la Encuesta Nacional de Salud de 2006<sup>14</sup>

Estos elementos muestran la necesidad de cambiar las estructuras y formas de trabajar con los pacientes crónicos, orientándolas hacia una visión integradora, con valoraciones personales de las capacidades y habilidades de adaptación a su enfermedad y actuaciones preventivas individualizadas.

El estudio IBERPOC cifró en un 9,1% la prevalencia de EPOC en sujetos de entre 40-69 años, subiendo a un 20% por encima de esta edad<sup>15</sup>. El 75% de los pacientes con EPOC sufren alrededor de dos agudizaciones al año, ocasionando gran morbi-mortalidad, y siendo la cuarta causa de muerte en España, produciendo un gran consumo de recursos y un gasto sanitario elevado.. El abordaje asistencial de la EPOC supone el 13,5% del total del gasto sanitario, cuantía sólo superada por las enfermedades cardiovasculares.

En cuanto a la IC se estima que en España es una de las dos causas de ingreso más frecuentes en los hospitales y la primera en mayores de 65 años. La prevalencia detectada ronda el 1% en mayores de 40 años, doblándose por cada diez años de edad<sup>16</sup>. Es responsable del 4 al 8% de las muertes totales del país y del 12 al 20% de la mortalidad cardiovascular. Sus efectos sobre la calidad de vida son muy incapacitantes, reduciéndola en mayor medida que otras enfermedades crónicas<sup>17</sup>.

En cuanto a la situación en Andalucía para hacer frente al reto que suponen las enfermedades crónicas, un análisis de la submuestra andaluza de la Encuesta Nacional de Salud, sitúa a Sevilla, Málaga y Cádiz como las provincias con mayor autodeclaración de enfermedades crónicas<sup>14</sup>. En esta submuestra, se comprueba que las personas con enfermedad crónica autodeclarada tienen casi 2 veces más riesgo de haber ingresado en el Hospital (OR: 1,91; IC95%: 1,37-2,65) o de haber acudido a Urgencias en los últimos 12 meses (OR: 1,89; IC95%: 1,56-2,28).

Los datos extraídos 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 1) .



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)

## Análisis de la Gestión de Casos

En Andalucía, desde hace varios años, se han desarrollado estrategias y planes de acción que han estado orientados en mayor o menor grado a personas con enfermedades crónicas. Así, es inevitable el vínculo entre esta demanda y la gestión por Procesos Asistenciales Integrados<sup>18</sup>, o los Planes Integrales de Diabetes<sup>19</sup>, Cardiopatías<sup>20</sup>, Tabaquismo<sup>21</sup>, Oncología<sup>22</sup>, Obesidad infantil<sup>23</sup>, el Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada<sup>24</sup>, o las Estrategias de Mejora de la Atención Domiciliaria, junto con otras medidas incluidas en el Plan de Apoyo a las Familias, que instauraban, entre otras, medidas para mejorar los cuidados enfermeros a domicilio para las personas mayores o con discapacidad, apoyo y formación a las cuidadoras familiares en su labor, refuerzo de los equipos enfermeros de los grandes núcleos de población y sobre todo la implantación de la gestión de casos y el despliegue de ayudas técnicas y rehabilitación y fisioterapia domiciliaria<sup>25</sup>.

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). El análisis de la gestión de casos en el SSPA sitúa a los pacientes con trastorno mental grave, insuficiencia cardíaca y EPOC con bajos niveles de cobertura por este servicio, (1,1%; 4,7% y 5,4%, respectivamente), mientras que la mayor parte de cobertura de las EGC está dedicada a pacientes pluripatológicos (31,8%), procesos priorizados por los centros hospitalarios (15,2%), ACV (12,3%) y cuidados paliativos (14,4%).

En el caso de la gestión de casos en Atención Primaria, 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. 1). El grueso de pacientes incluidos para recibir servicios de gestión de casos eran pacientes nuevos

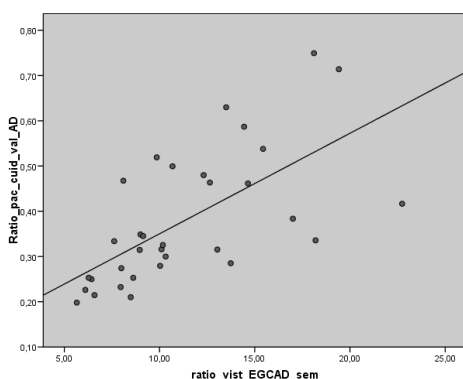


Ilustración 1 Relación entre las visitas Semanales

(65%, IC al 95%: 60-71) y la mayoría tenían resolución del caso cerrada (96%, IC al 95%; 87-100). La cobertura de pacientes y cuidadores con respecto a la Cartera de Servicio de Atención Domiciliaria es del 35% (IC95%: 30-41) y del 43% (IC95%:36-51), respectivamente.

El rango de frecuentación al domicilio muy disperso (5-22 visitas/semana/EGC), con una media de 11 visitas/semana/EGC (IC al 95%: 9,79-12,84). La frecuentación al domicilio depende de factores como la complejidad de las necesidades de cuidados de los pacientes, la dispersión geográfica, la consolidación del modelo de atención domiciliaria en AP o los recursos socio-sanitarios existentes en la zona.

Pese a esta variabilidad, en el estudio ENMAD<sup>26</sup>, realizado en nuestro entorno, ha medido la efectividad de la implantación de un modelo de gestión de casos guiado por profesionales de enfermería. Entre las principales conclusiones de este estudio se destacan:

- La intervención de gestión de casos en el entorno comunitario del SSPA, **mejora significativamente la autonomía** para la realización de las actividades de la vida diaria medida a través del Índice de Barthel en los pacientes en cartera de “Inmovilizados” a los 6 meses de intervención y en el programa de “Altas hospitalarias” a los 12 meses de intervención
- La intervención de gestión de casos **mejora significativamente la activación de proveedores de servicios** relacionados con el trabajo social y la fisioterapia y rehabilitación.

- La intervención de gestión de casos **disminuye la carga de la persona cuidadora** significativamente a los 12 meses de intervención medido a través del Índice de Sobrecarga de la Cuidadora Zarit.
- La intervención de gestión de casos **mejora** significativamente el **manejo del régimen terapéutico** del paciente a los 6 y 12 meses de intervención.
- La intervención de gestión de casos **disminuye significativamente la frecuentación del centro de salud** por las personas cuidadoras.

## *Persona Cuidadora*

Respecto a las personas que cuidan, la implantación de la gestión de casos ha supuesto un cambio en el modelo de atención tradicional a estas personas. El Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas establecía la necesidad de implantar medidas de apoyo para las cuidadoras. 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>27</sup>.

En el estudio realizado en nuestro entorno por García Fernández et col, se destaca 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>28</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.

En estudios realizados por diferentes autores se muestra cómo la gestión de casos puede **reducir la institucionalización en pacientes geriátricos**<sup>29</sup>, previene reingresos<sup>30,31</sup> e influye en las disminuciones significativas en la hospitalización<sup>32</sup>. Existen datos también sobre la influencia de la misma en la disminución de costes<sup>33</sup>.

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.

Este análisis, unido a las características de los pacientes atendidos en los servicios de salud, a la innovación, al desarrollo y especialización de la



asistencia sanitaria. Así como la puesta en valor, en el escenario de la atención sanitaria, 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, hacen

necesario una **reorientación del modelo de atención y del desarrollo competencial de las enfermeras gestoras de casos en el SSPA.**

# LA GESTIÓN DE CASOS EN EL SSPA

Para dar respuesta al desarrollo y avance de la 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>5,34,35,36,37,38</sup> en otros entornos, y el trabajo realizado por el grupo de expertos, se definen los siguientes conceptos:

- a) Definición de gestión de casos
- b) Filosofía del servicio
- c) Visión
- d) Misión
- e) Valores
- f) Atributos del servicio
- g) Naturaleza del Servicio



## Definición de Gestión de Casos en el SSPA

*La gestión de casos es un proceso de colaboración en el cual se valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles que promuevan resultados de calidad y costo-efectivos.* Es un proceso dirigido a identificar los problemas, diseñar un plan de intervención y coordinar las actividades con los profesionales y familiares implicados, mediante el cual la enfermera gestora de casos, vela para que el paciente alcance los objetivos marcados en su plan asistencial, movilizandolos recursos necesarios garantizando una atención

integral y continuada que resuelva las necesidades del paciente y su cuidadora.

En el SSPA *la Gestión de Casos es una 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.

Los y las profesionales de enfermería que realizan gestión de casos promoverán que se alcancen los objetivos previstos en el plan terapéutico, articulando la comunicación y recursos, personales, profesionales y organizativos disponibles para promover 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>39</sup>.



### 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. Velando

porque el paciente y familia alcancen los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica o proceso asistencial, identificando las opciones de atención más eficientes y aceptadas por el cliente, asegurando la continuidad de la atención y buscando la adecuación de los costes.

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 y 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.



### **Visión del servicio**

La gestión de casos, es un servicio que se orienta hacia la ***excelencia en los cuidados*** y pone a disposición de la población con mayor complejidad clínica y/o 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.***



### **Misión del servicio**

La Gestión de Casos es el servicio que ***garantiza una atención excelente, personalizada y coordinada*** a las personas que requieren de una prestación sanitaria de alta complejidad, impulsando los ***Valores de la Organización*** y colaborando, con el uso adecuado de los recursos disponibles, a la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Por ello la Misión queda definida de la siguiente forma:

Proporcionar **cuidados excelentes** a las personas con necesidad de cuidados complejos, dependencia y fragilidad, de una forma **cálida, humana y personalizada** potenciando las actividades preventivas que fomenten el **autocuidado** de las personas para la mejora de su calidad de vida, colaborando en el manejo de su enfermedad y **fomentando el acompañamiento en el final de la vida**. Con este propósito, las enfermeras gestoras de casos **ayudan al paciente y familia a recorrer el sistema de salud con eficiencia, minimizando elementos de fragmentación, discontinuidad y/o duplicidad en la asistencia prestada al usuario**.

Contribuir al **cuidado de las cuidadoras** y a todo el entorno familiar, favoreciendo que puedan desarrollar su labor cuidadora a través de la identificación y atención de sus **necesidades personales** así como proporcionándoles la formación necesaria para desarrollar adecuadamente el cuidado de las personas a las que atienden.

**Colaborar con todos los profesionales de la Organización** para facilitar la atención de los usuarios de alta complejidad de atención, promoviendo mecanismos de participación en la gestión de los mismos, para así asegurar la **respuesta a las necesidades y expectativas de los usuarios** favoreciendo la **continuidad entre los distintos niveles asistenciales** y **realizando un racional uso de los recursos**.



## **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 a 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.



### **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 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.

**La coordinación**, como instrumento clave para alcanzar los objetivos terapéuticos.



## Naturaleza del Servicio

La naturaleza del servicio de gestión de casos en el SSPA está basada en los atributos que lo caracterizan y que han definidos anteriormente en este documento.

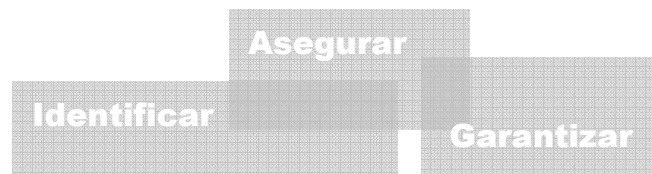
La gestión de casos en el SSPA ha de pasar de un enfoque reactivo, no planificado y episódico de atención, a un enfoque proactivo, preventivo y eficiente, especialmente para aquellas personas con enfermedades crónicas y necesidad de intervención profesional de alta intensidad, con la adecuación entre intensidad de intervención y la complejidad de la necesidad a satisfacer.

***El nivel de complejidad y los criterios de resultados esperados, marcarán el grado de intervención de la enfermera gestora de casos (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, ***coordinada con los profesionales del EBAP referentes del paciente.***

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.



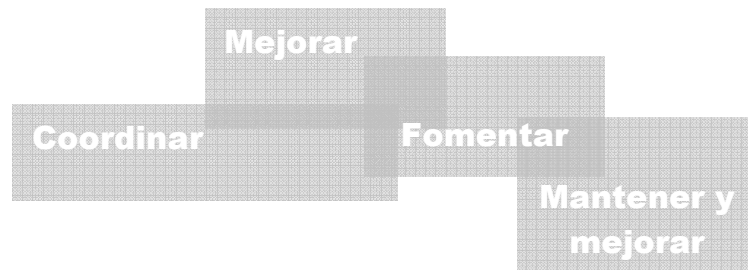
# OBJETIVOS DE LA GESTIÓN DE CASOS EN EL SSPA

## OBJETIVOS ASISTENCIALES.

- a) Participar en la Identificación de 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.
- b) Asegurar la **continuidad asistencial** en su cartera de clientes, erigiéndose como elemento integrador entre niveles de atención, profesionales, unidades y sectores, como elemento fundamental de calidad asistencial.
- c) Asegurar la **coordinación** entre los diferentes **niveles** de atención y entre los **profesionales** (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc.) que intervienen en la atención al paciente y su familia.
- d) Garantizar el **cumplimiento del plan terapéutico** de los pacientes, definidos a través de vías críticas, rutas de atención de pacientes, procesos asistenciales integrados, etc.

## OBJETIVOS EN CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN.

- a) 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
- b) Fomentar el **autocuidado**, la autogestión y la independencia
- c) Mejorar **la satisfacción** respecto a la atención de los servicios de salud de la población diana.
- d) Contribuir con los recursos avanzados de cuidados paliativos a la coordinación de la gestión de cuidados en la **atención al 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 UTILIZACIÓN DE RECURSOS.**

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

# MODELO DE ATENCIÓN A LA DEMANDA

**E**n 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 **atención al final de la vida**, 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, con enfermedades en situación terminal 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 denominada epidemia del siglo XXI<sup>40</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,...). Por otro lado con el progresivo envejecimiento de la población y los avances de la biotecnología, cada vez será mayor el número de pacientes que alcancen estados más avanzados de su enfermedad cualquiera que sea su etiología y precisen de cuidados paliativos, con una

intensificación y especificidad en la asistencia con objeto de conseguir la mayor calidad de vida posible en el final de la vida.

### *Necesidades individuales*

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, 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.

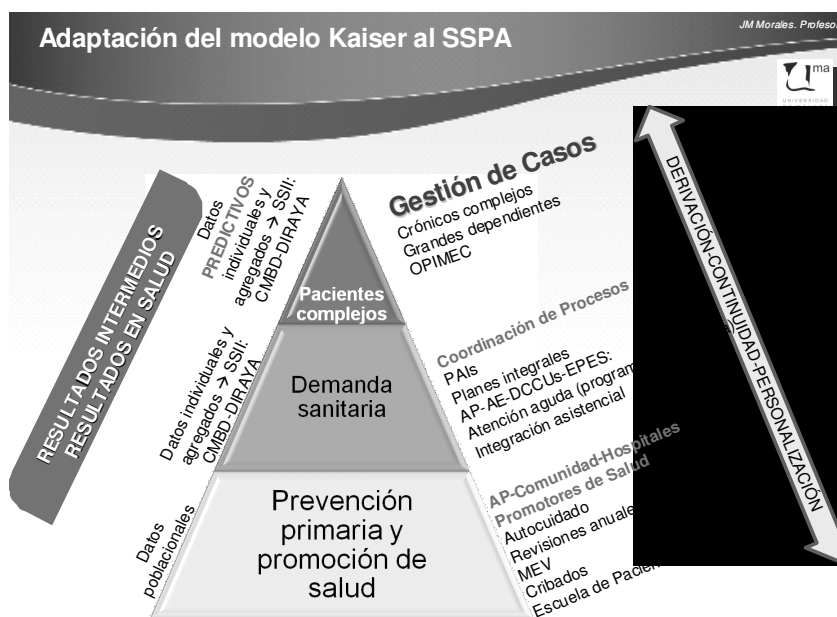
Para ello, la caracterización de la población anteriormente mencionada como paso inicial para delimitar un ámbito de intervención intensivo y eficiente de la gestión de casos es fundamental. Tal y como establece en sus estándares de práctica para la gestión de casos la Case Management Society of América<sup>41</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 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>42</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>43</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>44</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>45</sup>

## POBLACIÓN DIANA

**E**l desarrollo y consolidación de los procesos asistenciales en el SSPA permite establecer poblaciones de referencia lo que favorece la atención. 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>.
- **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 mas 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>ii</sup>, fractura de cadera, con una Incidencia estatal de 517 casos por cada 100.000 hab mayores de 65 años y año<sup>iii</sup> y las lesiones medulares con una incidencia de entre 1,5/2

---

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

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

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

casos/100.000 hab/año<sup>iv</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>v</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>vi</sup>.
- **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.**

---

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

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

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

# PERFIL COMPETENCIAL DE LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS

Se entiende competencia<sup>46</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 interdisciplinares enmarcadas en el trabajo de los equipos clínicos y organizativos.

En definitiva, las recomendaciones iniciales para el marco competencial son:

- 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.

- Establecer **relación** entre el marco competencial y los **procesos formativos específicos** en gestión de casos.
- Vincular el marco competencial a un proceso de **acreditación específico para EGC** en colaboración con la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
- Definir **criterios y procedimientos de evaluación profesional** de EGC vinculados a este marco competencial.

De los resultados de un proceso de revisión bibliográfica<sup>47,48,49,50,51</sup>, análisis de experiencias en otros entornos y de una técnica de consenso Delphi con 36 panelistas, 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 las siguientes tablas se relacionan con más detalle cada uno de estas áreas competenciales.

Cod	ÁREA COMPETENCIAL	Cod	COMPETENCIA
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 tratamientos
		A7	Indicar productos farmacéuticos para personas con problemas crónicos de salud

Cod	ÁREA COMPETENCIAL	Cod	COMPETENCIA
B	COORDINACIÓN DE CUIDADOS COMPLEJOS	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 a sus cuidadores
		B3	Desarrollar planes de gestión de riesgos que favorezcan la independencia de la persona y el desarrollo saludable de la vida cotidiana en su hogar
		B4	Identificar servicios útiles para la persona
		B5	Gestionar el uso de los recursos físicos de apoyo al cuidado
		B6	Ayudar a la protección y defensa de los derechos del individuo y de las personas clave para su cuidado
		B7	Gestionar y coordinar el uso de los recursos institucionales y del entorno sociosanitario de apoyo al cuidado
		B8	Usar y desarrollar métodos y sistemas de ayuda a la comunicación, registro e informe
		B9	Identificar, valorar, discutir y documentar potenciales dilemas éticos que condicionen la atención a la persona
		B10	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
		B11	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
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	ÁREA COMPETENCIAL	Cod	COMPETENCIA
D	GESTIÓN PROACTIVA DE PROBLEMAS CRÓNICOS DE SALUD	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	ÁREA COMPETENCIAL	Cod	COMPETENCIA
E	APOYO AL AUTOCUIDADO, LA AUTOGESTIÓN Y LA INDEPENDENCIA	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 y/o familia 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	ÁREA COMPETENCIAL	Cod	COMPETENCIA
F	PRÁCTICA PROFESIONAL Y LIDERAZGO	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	ÁREA COMPETENCIAL	Cod	COMPETENCIA
G	IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS DE ALTO RIESGO, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES	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	ÁREA COMPETENCIAL	Cod	COMPETENCIA
H	GESTIÓN DE CUIDADOS EN EL FINAL DE LA VIDA	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 y familia en fase de duelo
		H3	Ayuda a la persona y familia en el proceso de morir

Cod	ÁREA COMPETENCIAL	Cod	COMPETENCIA
I	TRABAJO INTERINSTITUCIONAL Y EN ASOCIACIÓN	I1	Trabajar con los equipos y las organizaciones para evaluar los progresos y el rendimiento de las acciones e identificar oportunidades de mejora
		I2	Planificar y ejecutar la transferencia de la atención y el proceso de alta de la persona y sus cuidadores
		I3	Evaluar e interpretar los sistemas de información propios y de otros para adaptar su oferta y demanda de servicio
		I4	Liderar el desarrollo de acuerdos de trabajo y revisión de su eficacia
		I5	Gestionar una carga de trabajo que permita conseguir los mejores resultados posibles para el individuo

## 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. Ramírez García P, et al. Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. ENFERMERÍA CLÍNICA 2002;12(6):286-9
7. Clegg A: Advanced nursing practice in intermediate care. Nursing Standard 2001; 15(30). 33-35
8. 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
9. World Health Organization. Innovative Care for Chronic Conditions. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002
10. Alfonso Sánchez JL, Sentís Vilalta J, Blasco Perepérez S, Martínez Martínez I. Hospitalización evitable en España. Med Clin (Barc) 2004;122(17):653-8.
11. Coleman EA, Mahoney E, Parry C. Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective: the care transitions measure. Med Care. 2005;43(3):246-55

12. Ministerio de Sanidad y Política Social. Encuesta de Establecimientos en Régimen de Internado. 2008.
13. Suárez F, Oterino de la Fuente D, Peiró S et al. Factores asociados con el uso y adecuación de la hospitalización en personas mayores de 64 años. *Rev Esp de Salud Pública*, 2001; 75: 237-248.
14. Ministerio de Sanidad y Política Social e INE. Encuesta Nacional de Salud de España 2006
15. Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF, et al. Estudio IBERCOP en España: prevalencia de los síntomas respiratorios habituales y limitación crónica al flujo aéreo. *Arch Bronconeumol* 1999; 35: 159-166
16. Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR, Guallar P. Epidemiología de la Insuficiencia Cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2004; 57(2):163-70
17. Johansson P, Agnebrink M, Dahlström U, Broström A. Measurement of health-related quality of life in chronic heart failure, from a nursing perspective-a review of the literature. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2004;3(1):7-20
18. Torres Olivera A. La gestión por procesos asistenciales integrales: una estrategia necesaria *Aten Primaria* 2003;31(9):561-3
19. Aguilar Diosdado M, Amo Alfonso M, Lama Herrera C, Mayoral Sánchez E. II Plan Integral de Diabetes de Andalucía 2009-2013. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla, 2009.
20. Vázquez García R, Álvarez Bueno JM, Álvarez Madrid AM y cols. Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía 2005-2009. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla, 2005.
21. Mesa Cruz P, Amo Alfonso M, Aranda Regules JM y cols. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla, 2005.
22. Expósito Hernández J, Escalera de Andrés C, Torró García-Morato C, y cols. II Plan Integral de Oncología de Andalucía 2007-2012. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla, 2007
23. Martínez Rubio A, Soto Moreno AM, Ramírez de Arellano A y cols. Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía 2007-2012. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla, 2007.

24. Dirección General de Salud Pública y Participación. Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada 2004-2008. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla, 2004.
25. Orden de 9 de marzo de 2004, por la que se publica un texto integrado de los decretos 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, 18/2003, de 4 de febrero, y 7/2004, de 20 de enero, ambos de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas. BOJA 56, de 22 de marzo
26. 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.
27. Plan de Atención a Cuidadoras Familiares en Andalucía. 2005-2007. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2005.
28. 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
29. 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.
30. Leyva-Moral JM. Gestión de Casos: aproximación teórica. Rev Rol de Enfermería 2008; 31 (4): 259-64.
31. 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.
32. 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 chronic Heart failure. Arch Intern Med 2002; 162: 705-12

33. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Ser* 2000; 51: 1410-21.
34. 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.
35. Case Management. A framework for success. Canberra: CRS Australia, 2006:4
36. American Nurses Credentialing Center. Nursing case management catalog. Washington, DC: ACNN, 1998.
37. Moreo K y col. CMSA Updates Standards of Practice for Case Management. *The Case Manager* 14, no. 3 (2003):54.
38. 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.
39. Supporting people and integration with Long Term Conditions. An NHS and Social Care Model to support local innovation and integration. NHS 2005.
40. Goiri F y Juárez JM. Lunes, 18 de Enero de 2010 - Gestión integral del paciente crónico. *Diario Medico*
41. The case management work format and process. En: *The case manager's handbook*. Sudbury: Jones and Barlett Publishers, 2004: 294.
42. Cuidado innovador para las condiciones crónicas: agenda para el cambio. Informe Global. Organización Mundial de la Salud 2002.
43. 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
44. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Departamento de Sanidad Y Consumo. Gobierno Vasco. 2010
45. 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.
46. Roach, M. S. (1992). *The Human Act of Caring*. Ottawa, Ontario: Canadian Hospital Association Press.
  47. Guy DA; Hamill T. *Case management organization accreditation under way*. TCM 1999.
  48. Rufus H. *Principles and objectives for developing standard measures*. TCM 2005.
  49. *Canadian Standards of Practice for Case Management*. Draft document. National Case Management Network of Canada 2008.
  50. *Case management competences framework. For the care of people with long term conditions*. NHS Modernisation Agency and Skills for Health 2005.
  51. *Assuring competent: a guide for community matrons and case managers*. NHS 2005.