

# LA GESTIÓ DE CASOS: UN MODEL D'ATENCIÓ A LA COMPLEXITAT I LA DEPENDÈNCIA

---

© Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC)

C. Diputació, 238 4t 1ª B

08007 – Barcelona

[aificc@aificc.cat](mailto:aificc@aificc.cat)

Primera edició, novembre de 2008

Dipòsit legal:

ISBN: 978-84-691-6089

Imprimeix: Conesa

Tirada: 1.000 exemplars

## **GRUP DE TREBALL GESTIÓ DE CASOS AIFICC:**

**Gemma Amorós** (infermera EAP Sant Martí ICS – Barcelona)

**Esther Boix** (Supervisora ABS Cassà de la Selva -IAS)

**Alba Brugués** (Vicepresidenta AIFICC)

**Neus Esgueva** (Coordinadora Programa Gestió de Casos Barcelona Ciutat AP ICS)

**Concha Juan** (Directora Infermeria CAPSE – Barcelona)

**Mercè Llorente** (infermera EAP Casc Antic ICS– Barcelona)

**Carlos Martínez** (infermer CAP Larrard – Barcelona)

**Anna Muñoz** (infermera Programa Gestió de Casos EAP Poble Sec ICS– Barcelona)

**Rosa M Riera** (Presidenta AIFICC)

**Nuria Tuset** (infermera EAP Les Planes– St. Joan Despí)

**Pablo Zamorano** (infermer EAP Can Bou CASAP- Castelldefels)

## INDEX:

---

1. PRESENTACIÓ	4
2. JUSTIFICACIÓ	5
3. REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA	7
▪ GESTIÓ DE CASOS ALS EEUU	8
▪ GESTIÓ DE CASOS AL REGNE UNIT	12
▪ GESTIÓ DE CASOS A ESPANYA: ANDALUSIA	17
4. MARC CONCEPTUAL DE LA GESTIÓ DE CASOS A CATALUNYA	21
5. CONCLUSIONS DEL GRUP GESTIÓ DE CASOS DE L'AIFICC	24
6. BIBLIOGRAFIA	28

# PRESENTACIÓ:

Rosa M Riera. Presidenta de l'Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya

---

És una satisfacció poder-vos presentar aquest treball que ha estat fruit de sis mesos de reunions, revisions i posades en comú de les infermeres que integren el grup de treball sobre "Gestió de Casos" de l'AIFICC.

Amb la voluntat d'aportar eines que ajudin a crear opinió dins del col·lectiu sobre temes d'actualitat, el treball que presentem consisteix en una revisió de models ja implantats que tracten la gestió de les necessitats d'un sector de població que, en el cas del nostre país, és de nova implantació. Aquest és el nostre punt de partida, tot i que sempre en el benentès que qualsevol fenomen desconegut vol un temps d'adaptació fins a integrar-se en el nostre model organitzatiu. Un cop haguem arribat a aquest estadi, podrem oferir una millor resolució de les cures en els casos de persones amb situacions d'alta complexitat i/o dependència.

El Grup de Gestió de Casos ha seguit una metodologia de treball en equip molt rigorosa i constant i el resultat el teniu a les mans. El debat dins del grup ha estat molt consciencios i s'ha basat en la pràctica real en diversos països d'arreu del món –Anglaterra i Estats Units- que ja disposen de models, així com en les primeres experiències que s'estan duent a terme al nostre entorn. A partir del seu estudi i a títol de cloenda, hem incorporat un corpus de conclusions.

Des de tots els components de grup i des de l'AIFICC desitgem que aquest treball us serveixi per situar-vos en el context que ens ocupa i us ajudi a crear-vos una opinió. Només a mesura que passi el temps podrem valorar-ne la implantació i els resultats per continuar treballant per respondre amb la màxima eficàcia a les necessitats de la població a qui va dirigida. Per tot el que s'ha explicat i per l'entrega incondicional amb la qual han treballat, vull agrair sincerament l'esforç de tots els integrants del grup.

Barcelona, a 8 de Febrer de 2008

## JUSTIFICACIÓ:

**Alba Brugués.** Vicepresidenta de l'Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya.

Membre del Grup de Treball "Gestió de Casos"

---

L'any 2006 a l'AIFICC ens varem plantejar la creació dels grups de treball amb la finalitat de buscar estratègies consensuades i actualitzades per a respondre a les demandes de la població i dels propis professionals d'infermeria que treballem als centres d'Atenció Primària de Salut.

El nombre i les necessitats de salut de la població han anat canviant degut a molts i variats factors. Aquesta circumstància ha comportat una major i variada demanda de serveis, precisant cada cop més especialització i coordinació dels diferents professionals i nivells assistencials, que reben i han de donar resposta a aquestes demandes. Actualment, varietat d'elements -sanitaris, socials, econòmics- comprometen el benestar de l'individu amb problemes de salut. Aquest fet fa que molts d'ells es converteixin en casos complexes, o casos d' alta complexitat, a l'hora de donar resposta i resolució a les seves necessitats i demandes.

Una de les funcions més importants que tenim les infermeres de l'atenció primària de salut és promoure el benestar de la persona, augmentar la seva qualitat de vida donant les cures necessàries adaptades a cada situació de salut i d'autonomia personal. La infermera, per poder aconseguir aquest fi, ha de analitzar, prioritzar, planificar i coordinar tot un seguit d'intervencions per atendre aquests casos complexes, sent bàsica la intervenció des de diferents àmbits.

El grup de "Gestió de Casos" va ser un dels primers grups de treball que es van crear ateses les necessitats de consens i de posar en comú aspectes com: la definició de la infermera gestora de casos, perfil professional, formació específica, població a qui van dirigides les intervencions, coordinació amb altres professionals de l'equip i d'altres serveis externs , així com establir línies de recerca i indicadors d'avaluació.

En aquest document hi trobareu tot un recull bibliogràfic sobre alguns models que hi ha descrits sobre la infermera gestora de casos. Tan la descripció de la gestió de casos on la infermera té implícita aquesta funció com activitat pròpia i integrada a la seva cartera de serveis, així com la figura d'una infermera gestora de casos referent per tot un equip d'atenció primària o bé com a membre d'un equip multidisciplinar. En tots els casos però, la infermera és l'eix vertebrador d'aquest servei definit com "atenció a la complexitat".

Aquest treball queda obert a futures revisions i a la incorporació per part del grup de resultats de l'evidència científica.

## REVISIÓ

## BIBLIOGRÀFICA

---

- LA GESTIÓ DE CASOS ALS ESTATS UNITS D'AMÈRICA 8
- LA GESTIÓ DE CASOS AL REGNE UNIT 12
- LA GESTIÓ DE CASOS A ESPANYA: ANDALUSIA 17

## LA GESTIÓ DE CASOS ALS ESTATS UNITS D'AMÈRICA (EEUU):

Concha Juan

---

### DEFINICIÓ de GESTIO DE CASOS als EEUU

La gestió de casos es defineix com un procés de col·laboració per assessorar, planificar, facilitar i defensar les opcions i els serveis que donen resposta a les necessitats de salut de les persones a través de la comunicació, i la organització dels recursos disponibles promovent resultats de qualitat i cost-efectius.

### EL PAPER de la GESTORA DE CASOS als EEUU

El gestor de casos coordina el pacient amb el seu metge, altres membres de l'equip de salut, la comunitat i el sistema de pagament en el cas americà i promou la responsabilitat i la participació del pacient en el seu pla de cures. Es podria entendre doncs com un catalitzador per el desenvolupament de cures eficients. Els americans identifiquen el rol clau del gestor de casos com aquell que assegura una bona adherència del pacient a les recomanacions basades en la evidència que requereix la seva malaltia.

El gestor de casos coordina processos, fa seguiment dels cuidadors informals i dels proveïdors de serveis per assegurar que el pla establert es desenvolupa de manera adequada, està clarament contractat, en el cas americà, i es monitoritza per una efectiva provisió de serveis basada en els resultats específics desitjats.

El metge als EEUU, com a últim responsable de proporcionar al pacient el tractament que correspon en el moment oportú, necessita identificar els recursos que l'ajudaran a aconseguir els millors resultats. Els gestors de casos poden esdevenir un recurs pels metges en la obtenció dels resultats dels seus pacients. Als EEUU s'espera que la col·laboració entre gestors de casos i metges tingui un impacte positiu en la millora dels sistemes sanitaris i per això la gestió de casos ha estat inclosa en

els programes formatius de medicina per incrementar la capacitat de treball en equip dels metges i el coneixement d'eines per el treball col·laboratiu com a escenari de futur.

Als EEUU fan gestió de casos professionals de la salut i altres professionals no sanitaris, personal administratiu, en general persones expertes en el sector de que es tracti i sempre han rebut formació específica..

### **FORMACIÓ ESPECÍFICA PER AL DESENVOLUPAMENT DEL ROL**

La formació específica que s'ofereix en les diferents associacions americanes i que permet l'acreditació d'una infermera com a gestor de casos incorpora les següents matèries:

- 1 Recursos sanitaris i socials disponibles i perfil dels usuaris corresponents.
- 2 Maneig clínic avançat de les patologies més prevalents, de les que provoquen la major sobreutilització de recursos o aquelles que les polítiques hagin prioritzat.
- 3 Desenvolupament d'estratègies de prevenció segons l'evidència disponible
- 4 Desenvolupament d'estratègies per millorar l'adherència dels pacients als plans de cures
- 5 Treball en equip.
- 6 Tècniques de comunicació avançada.
- 7 Gestió del temps.

### **POBLACIÓ A QUI VA DIRIGIDA**

En general tota població que tingui un problema de salut greu o es troba en situació de fragilitat i per tant necessita d'un abordatge multidisciplinar per optimitzar el seu procés sense el qual es produeix una sobreutilització dels recursos sanitaris :

- 1 Població infantil amb malalties cròniques que provoquen alta dependència o terminals.
- 2 Població adulta amb comorbiditat elevada
- 3 Població amb processos terminals
- 4 Població amb problemes severos de Salut mental
- 5 Població sobreutilitzadora de serveis sanitaris.
- 6 Població geriàtrica amb dependència .

## OBJECTIUS DE LA GESTIÓ DE CASOS als EEUU

S'han desenvolupat diferents models de gestió de casos amb diferents objectius cadascun d'ells:

- 1 En un model hospitalari el gestor de casos és assignat a pacients amb un diagnòstic o risc determinat amb l'objectiu de reduir l'estança i optimitzar la planificació de l'alta.
- 2 En un model de gestió de patologies el gestor de casos es centrarà en maximitzar els recursos disponibles pel pacient crònic.
- 3 En un model de cures domiciliàries, el gestor de casos es focalitzarà en la educació del pacient i la família per reduir la sobreutilització de serveis.

El gestor de casos d'una organització asseguradora que paga serveis, com el Medicare (asseguradora pública per a persones majors de 65 anys), té com objectiu la intervenció i assessorament en situacions de risc per disminuir costos i promoure la responsabilitat de l'autocura en els pacients.

## INTERVENCIONS REALITZADES PER LES INFERMERES GESTORES DE CASOS als EEUU

- 1 Planifica i estableix el pla de cures, i prioritza les intervencions
- 2 Posa al pacient al centre del sistema sanitari.
- 3 Promou la implicació del pacient en la definició del pla de cures
- 4 Promou l'autocura
- 5 Promou l'adherència al pla de cures
- 6 Monitoritza i avalua l'estat de salut.
- 7 Assessora al pacient, a la família i a la resta de l'equip assistencial.
- 8 Coordina als diferents proveïdors de serveis.
- 9 Realitza screenings
- 10 Gestiona els riscos potencials.
- 11 Fa seguiment dels objectius establerts.

## INDICADORS D'AVUACIÓ

Els estàndards d'avaluació estan agrupats en diferents conceptes:

- 1 Col·laboració
- 2 Comunicació
- 3 Coordinació
- 4 Defensa dels interessos del pacient
- 5 Gestió de recursos
- 6 Responsabilitat dels participants en els processos gestionats
- 7 Professionalitat.

## BARRERES IDENTIFICADES ALS EEUU PER EL DESENVOLUPAMENT DE LA GESTIÓ DE CASOS

Diversos estudis han detectat barreres que dificulten el desenvolupament de la gestió de casos:

1. Dèficits de recursos financers i de suport
2. Dèficit en els sistemes d'informació clínica adequada
3. Falta de temps dels metges.
4. Proveïdors no incentivats per la provisió de cures d'alta qualitat
5. Resistència dels metges al canvi.

## FACILITADORS IDENTIFICATS ALS EEUU EN EL DESENVOLUPAMENT DE LA GESTIÓ DE CASOS:

1. Cultura organitzacional de millora de la qualitat
2. Sistemes electrònics d'informació
3. Plans estratègics definits en les organitzacions sanitàries
4. Suport de plans de salut estatals
5. Lideratge clínic i de gestió.

Algunes organitzacions de metges americanes reclamen incentius pel compliment dels programes de gestió de casos per l'increment de feina que suposa. Sembla necessari alinear objectius entre metges, pacients i gestors de casos.

## GESTIÓ DE CASOS AL REGNE UNIT:

Carles Martínez i Neus Esgueva

---

### DEFINICIÓ de GESTIO DE CASOS al REGNE UNIT

La GESTIÓ DE CASOS ha estat definida com un procés de planificació, coordinació, gestió i seguiment de l'estat i les cures de les persones amb condicions més complexes. El seu objectiu és el desenvolupament de mesures eficients, cost-efectives i coordinades per a la millora de la seva qualitat de vida

### EL PAPER de la GESTORA DE CASOS al REGNE UNIT

Les infermeres dels programes de gestió de casos acompanyen als pacients durant el seu procés a través dels diferents escenaris, coordinen els recursos en funció de les seves necessitats, i vetllen per a que participin en totes aquelles decisions rellevants per a la seva salut.

Aquest procés el realitza el "gestor del cas" conjuntament amb els professionals de referència del pacient. Aquest gestor del cas és generalment una infermera, tot i que també pot ser realitzat per professionals d'altres àmbits (treballador socials, fisioterapeutes o metges).

La Infermera Gestora de Casos (IGC) actuarà com a defensora i consellera, assistint els processos de la persona, i evitant les fragmentacions dintre del sistema. En aquests casos la IGC serà el principal contacte entre el pacient i el sistema de salut.

El seu rol és de coordinar i facilitar l'accés apropiat i a temps als serveis i les cures de salut, assegurar la continuïtat al llarg de la cobertura del procés.

### FORMACIÓ ESPECÍFICA PER AL DESENVOLUPAMENT DEL ROL

Recentment s'estan desenvolupant programes de formació específics per a les infermeres gestores de casos. Un exemple és el postgrau "Community Matrons Practice" organitzat pel Buckinghamshire

Chilterns University College.

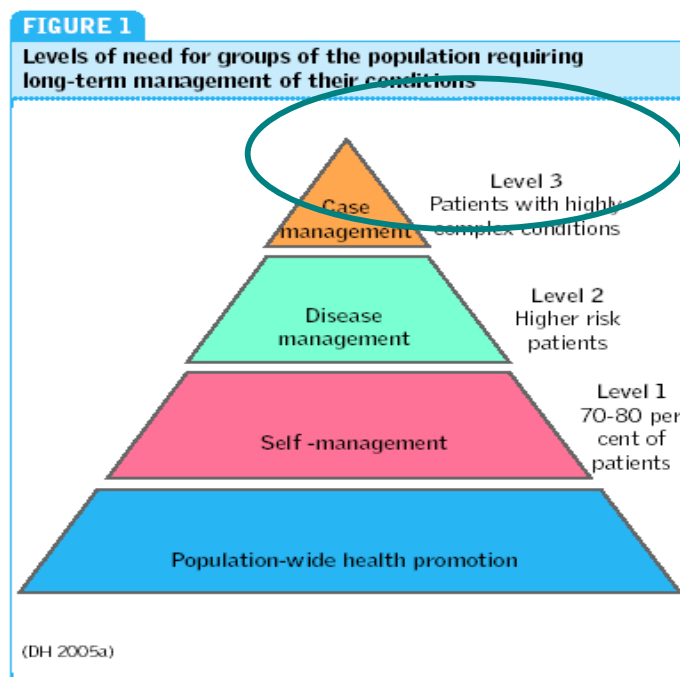
**Duració:** 8 mesos

**Estructura del curs:** El programa consisteix en tres mòduls:

1. Maneig de persones amb patologia crònica
2. Lideratge, planificació estratègica i Innovació pràctica
3. Avaluació física

## POBLACIÓ DIANA

La població a qui van dirigits les intervencions de les infermeres gestores de casos són aquells amb condicions de més alta complexitat.



(La punta del triangle representa individus amb condicions d'alta complexitat o amb una alta intensitat de cures)

Aquesta complexitat s'acota mitjançant una sèrie de criteris. Són inclosos dintre dels programes de gestió de casos aquells usuaris que compleixen 4 o més dels següents criteris:

- Ser major de 65 anys
- Tenir 4 o més patologies cròniques
- Prendre 5 o més fàrmacs o psicofàrmacs de forma continua

- Patir un procés terminal
- Índex de Barthel: 55 o menys
- Test Cognitiu de Pfeiffer: 5 o més errors
- 2 o més ingressos no planificats a l'hospital per exacerbació en els últims 12 mesos
- 3 o més visites a urgències hospitalàries en els últims 12 mesos.
- Viure sol
- Haver patit dos o més caigudes en els últims 6 mesos.

## OBJECTIUS

Els objectius de la infermera gestora de casos (*"Community Matrons"*) són:

- 1 Prevenir admissions a urgències dels hospitals innecessàries
- 2 Reduir les estades hospitalàries
- 3 Millorar els resultats de salut dels pacients
- 4 Integrar tots els elements del tenir cura
- 5 Millorar la qualitat de vida dels pacients
- 6 Garantir als pacients la permanència al domicili

## INTERVENCIONS

- Treball en col·laboració amb tots els professionals, cuidadors i familiars per entendre tots els aspectes del pacient, tant físics, socials com medi ambientals.
- Treball en equip amb els pacients del metge de família, compartint la informació i fent els plans de cures conjuntament.
- Treball com a membre de l'equip d'atenció primària per donar suport a l'equip en els cures.
- Desenvolupament un pla de cures personal amb el pacient, cuidadors, familiars, professionals de la salut, basat en una completa avaluació mèdica, infermera i social de les necessitats dels cures. El pla inclou mesures preventives i requeriments futurs anticipats.
- Manteniment i monitorització regular de la condició del pacient mitjançant visites a domicili o amb contacte telefònic.

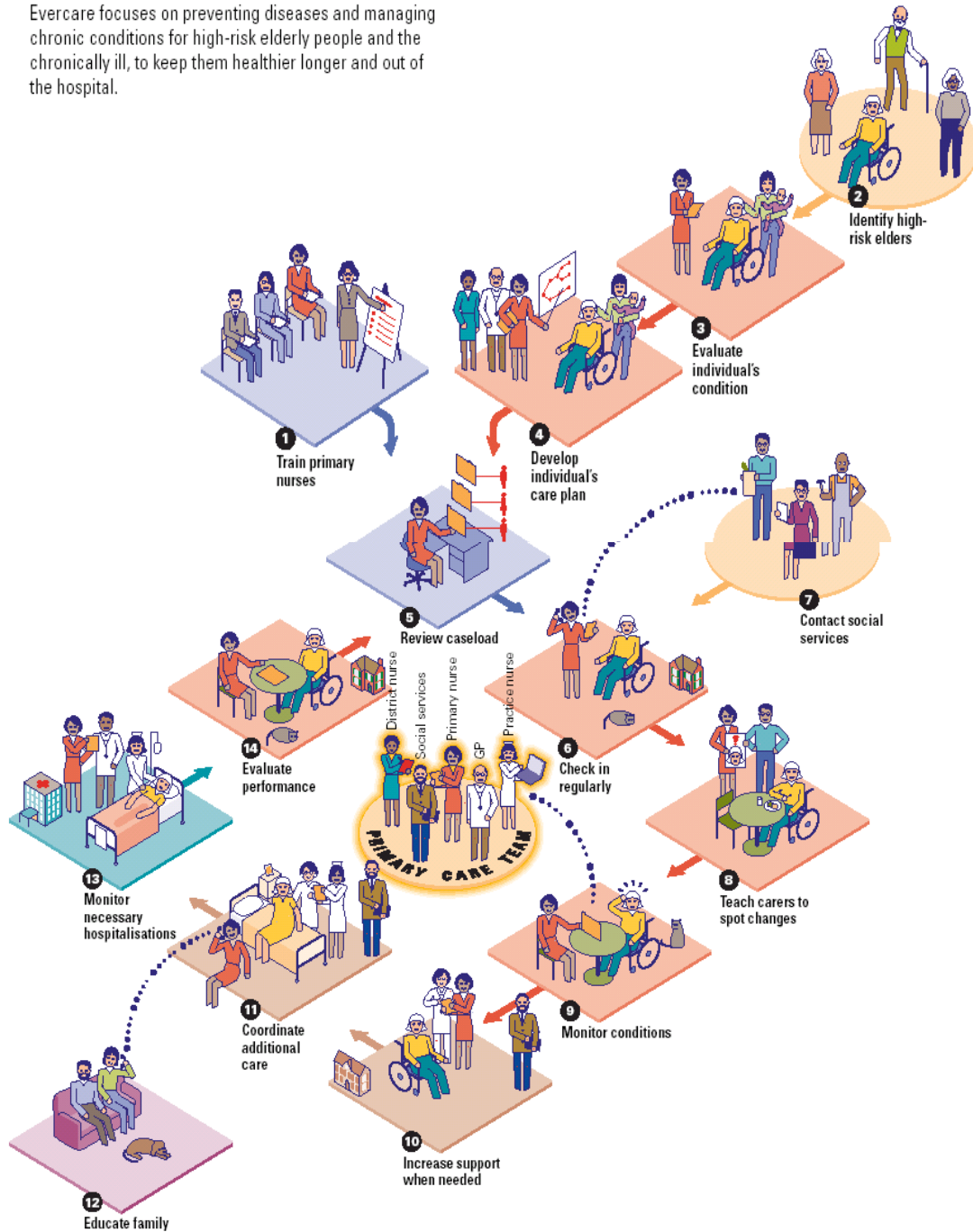
- Actualització dels registres mèdics dels pacients, i informar als altres professionals sobre els possible canvis
- Treball en equip amb altres agències locals com els serveis socials, per mobilitzar els recursos quan siguin necessaris.
- Mostrar als cuidadors i als familiars com identificar petits canvis que podem portar a complicacions, problemes, malalties... i com demanar ajuda i a qui.
- Generar tràmits inicials per suports addicionals en funció de les necessitats•  
Responsabilitzar al pacient de la seva autocura
- Preparar al pacient i a la família pels possibles canvis del pacient, i donar suport als canvis i a les cures del final de la vida.
- Avaluar els resultats en col·laboració amb el metge de família i els col·legues de l'hospital.

#### INDICADORS D'AVUACIÓ

- Reducció ingressos hospitalaris
- Reducció visites a urgències
- Reducció dies estada hospitalària
- Reducció de la mortalitat
- Millora qualitat de vida pacient

## PROCÉS GESTIÓ DE CASOS (\*):

Evercare focuses on preventing diseases and managing chronic conditions for high-risk elderly people and the chronically ill, to keep them healthier longer and out of the hospital.



(\*) National Health Service. Adapting the Evercare Programme for the National Health - Background, Principles, Components, Pathway, Consistency with NSF, Benefits, Adapting the Model. Disponible en <http://www.natpact.nhs.uk/uploads/commissioning/evercareprog.doc>

## GESTIÓ DE CASOS A ESPANYA: ANDALUSIA

“Enfermeras Comunitarias de Enlace”

Mercè Llorente, Gemma Amorós i Núria Tuset

---

### DEFINICIÓ

La Gestió de Casos es defineix com el procés de col·laboració on la infermera proporciona cures amb la finalitat que el pacient pugui resoldre els seus objectius proposats en el seu pla assistencial mitjançant la coordinació amb diferents professionals i la mobilització dels recursos necessaris per garantir una atenció integral i continuada que pugui assegurar el compliment de les necessitats del pacient i els seus cuidadors.

### PAPER de la GESTORA DE CASOS (INFERMERA COMUNITÀRIA D'ENLLAÇ) a ANDALUSIA:

La infermera comunitària d'enllaç (ECE) s'emmarca dins la gestió de casos amb una pràctica clínica avançada.

La ECE pren decisions que impliquen l'elaboració de judicis, intervencions i avaluacions, en les quals, es requereix un alt grau d'autonomia i responsabilitat. El perfil professional es fonamenta en la gestió de casos, definida per la Case Management Society of America com “un procés de col·laboració on es valoren, planifiquen, s'apliquen, coordinen, monitoritzen i avaluen les opcions, i serveis necessaris per satisfer les necessitats de salut d'una persona, articulant la comunicació i recursos disponibles per promoure resultats de qualitat i cos-efectiu”.

La coordinació de serveis de salut es pot portar a terme de forma episòdica o continua.

### FORMACIÓ ESPECÍFICA PER AL DESENVOLUPAMENT DEL ROL

La infermera comunitària d'enllaç es proposa el nivell competencial 5, ja que la complexitat i varietat de les preses de decisions implica l'elaboració de judicis, intervencions i avaluacions, on es

requereix un alt grau d'autonomia i responsabilitat.

El nivell 5 implica que es requereix una autonomia personal molt important i, amb freqüència, gran responsabilitat respecte al treball d'altres i a la distribució de recursos substancials. D'aquesta manera, es requereix responsabilitat personal en matèria d'anàlisis i diagnòstics, disseny, planificació, execució i avaluació. La formació de ECE d'atenció domiciliària en gestió de casos és d'un curs de 60 hores enfocat a infermeres que puguin acreditar coneixements sobre Infermeria clínica bàsica sobre pacients vulnerables ( terminals, immobilitzats,...) efectivitat clínica i coneixements de continuïtat de cures.

### **POBLACIÓ DIANA**

Es compon d'aquelles persones susceptibles de rebre atenció al domicili, per presentar gran complexitat en el seu procés o situació de salut, com:

- 1 Persones afectades per processos crònics incapacitants.
- 2 Pacients pluripatològics i amb deteriorament funcional.
- 3 Persones amb processos terminals, amb símptomes múltiples de gran impacte emocional en el pacient i família.
- 4 Pacients que necessiten continuïtat de cures després alta hospitalària
- 5 Cuidadors familiars d'aquests malalts.

### **OBJECTIUS**

L'objectiu principal de la valoració integral és poder dissenyar el pla assistencial del pacient, és a dir, identificar aquells problemes susceptibles de ser atesos pels serveis sanitaris i socials disponibles, on queda inclòs el pla de cures consensuat amb altres professionals, així com la coordinació amb els serveis soci sanitaris, altres recursos comunitaris i altres nivells assistencials.

### **INTERVENCIONS /ACTIVITATS**

1. Realitzar el cribatge de pacients, criteris d'inclusió per a la gestió de casos amb els recursos de l'equip d'atenció primària.

2. Col·laborar en la planificació de l'alta hospitalària de pacients amb criteris d'inclusió en serveis d'atenció domiciliària
3. Realitzar la valoració multidimensional de pacients.
4. Informe al pacient i a la família sobre els serveis que ofereix i opcions d'intervenció, de cara a facilitar una presa de decisions informada.
5. Proposar i comentar el pla assistencial amb els diferents professionals de l'equip que han d'intervenir, segons la valoració.
6. Orientar i coordinar les intervencions cap als objectius assistencials.
7. Realització del pla de cures que pugui incloure el pla d'atenció a les necessitats del pacient i família.
8. Sol·licitar i gestionar els recursos característics de l'hospitalització a domicili
9. Sol·licitar i gestionar ajudes tècniques d'acord al pla assistencial.
10. Sol·licitar i coordinar la derivació a serveis professionals d'acord al pla assistencial o a demanda dels professionals responsables de l'atenció directa a fisioterapeuta, podòleg.
11. Realitzar el seguiment i avaluació dels plans assistencials juntament amb l'equip, vetllant per la satisfacció de necessitats del pacient i la continuïtat de cures.
12. Promoure la formació, el desenvolupament professional i la millora contínua dels processos en atenció domiciliària.
13. Incloure en les intervencions l'ús sistemàtic de seguiment a distància de pacients i cuidadors específics en els quals s'ha evidenciat l'efectivitat d'aquesta intervenció.
14. Participar en els fòrums de coordinació entre nivells o intersectorials (Comissions de cures d'àrea, unitats de cuidats per a pacients dependents)

## INDICADORS D'AVUACIÓ

1. Nombre de persones que cursen alta hospitalària amb criteris d'inclusió en atenció domiciliària i reben el servei en el període estudiat / N° total de persones que cursen alta amb criteris d'inclusió en atenció domiciliària
2. Nombre de pacients que cursen alta i reben AD que pateixen reingressos (pel mateix procés) en un període de 1-3 mesos posteriors al alta/ número total de pacients que cursen alta i reben AD en el període estudiat.
3. Nombre de pacients amb els problemes que van motivar la inclusió en el servei resolts, del total de pacient en AD, en el període estudiat. Específic per a cada tipus de problema.
4. Nombre de pacients i cuidadors que van rebre diferents recursos socio-sanitaris del total de pacients per als quals es van sol·licitar, en el període estudiat. Específic per a cada tipus de recurs
5. Grau de satisfacció dels usuaris amb el servei.
6. Realitzar registres de les intervencions efectuades per part de la infermera gestora de casos ( infermera d'enllaç), la infermera de referència i la resta de professionals que hagin intervingut en el cas. Documents de continuïtat de cures.
7. La infermera d'enllaç al costat de la resta de membres de l'equip, participarà com membre actiu en les Comissions de cures d'àrea i treballaran perquè la informació rellevant a l'alta ( informe de continuïtat de cures de l'hospital) sigui rebuda en el centre d'atenció primària en el termini acordat.

# LA GESTIÓ DE CASOS A CATALUNYA

---

A Catalunya, fa uns anys que existeixen alguns programes de Gestió de Casos però han estat experiències aïllades. No ha estat fins recentment que s'han començat a posar en marxa programes de Gestió de Casos de manera més generalitzada, especialment a l'Atenció Primària de Salut.

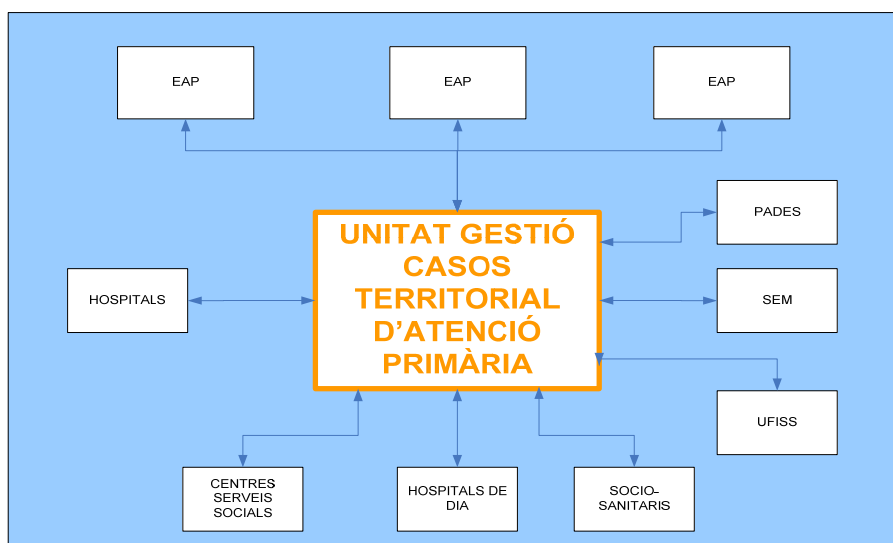
Gairebé a tots els territoris existeixen experiències i programes que s'inicien amb la figura de la infermera com a gestora de casos en l'atenció a la complexitat i/o dependència. Tot i això, existeixen diferències tant en la implementació dels programes, les intervencions i les activitats realitzades per aquestes infermeres en els diferents àmbits, determinades per les possibilitats que s'han tingut a cada territori (implicació de les direccions, recursos humans, àrea de treball, població, etc).

En un intent de classificar el diferents models d'implementació, podríem dir que existeixen bàsicament dos escenaris:

1. UNITATS DE GESTIÓ DE CASOS
2. INFERMERES GESTORES DE CASOS INTEGRADES ALS EQUIPS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

### UNITATS DE GESTIÓ DE CASOS

Les unitats de gestió de casos (ex. Unitat de Complexitat i Atenció a la Dependència de Tarragona-Reus – Institut Català de la Salut) són unitats funcionals formades per equips multidisciplinaris que funcionen de manera autònoma i interaccionant amb la resta de serveis de la xarxa de salut.



La seva finalitat és la disminució de complicacions relacionades amb els problemes de salut, la millora de l'autonomia de l'usuari, la disminució de la morbiditat en els cuidadors, la reducció dels dies d'estada hospitalària i l'estalvi de la despesa sanitària (incloent la despesa farmacèutica).

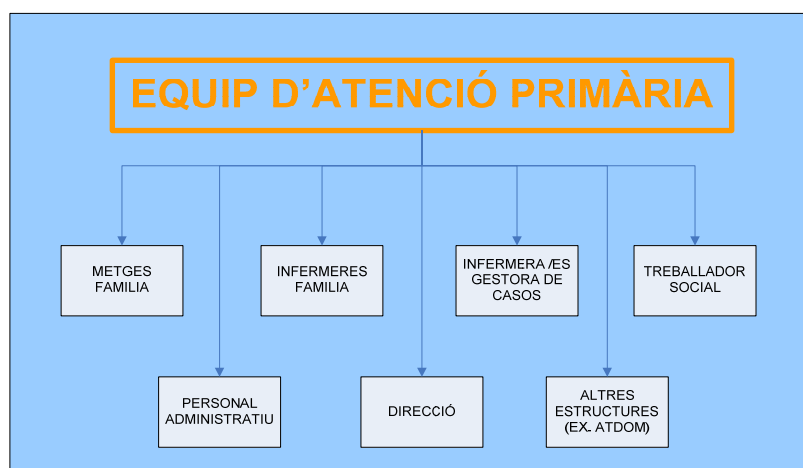
Les seves línies de servei podrien agrupar-se en tres grans blocs:

- 1.- Avaluació i coordinació/transferència
- 2.- Consultoria, planificació i coordinació de recursos
- 3.- Prestació de serveis assistencials en el domicili.

A les Unitats de Gestió de Casos, les infermeres disposen de capacitat d'autonomia i representativitat davant la resta d'equips i organitzacions. La pertinença a una unitat funcional facilita la coordinació interprofessional, afavoreix una major rapidesa i efectivitat per mobilitzar i gestionar els recursos, i permet el treball i la responsabilitat compartida davant les decisions clíniques.

### INFERMERES GESTORES DE CASOS EN ELS EQUIPS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Es tracta d'infermeres dedicades exclusivament a la gestió dels casos complexos integrades als equips d'atenció primària. És el model d'implementació més estès a l'atenció primària de Catalunya però existeixen petites diferències en quant al tipus d'intervenció, població diana, criteris d'inclusió, etc. entre els diferents territoris que han posat en marxa aquest model.



La integració als EAPs permet una interacció i comunicació més directa amb la resta dels membres de l'EAP, un coneixement directe de les seves peculiaritats i circumstàncies, del territori i de la població. Tot i això, es produeix una sensació de solitud davant les activitats i decisions pròpies de la infermera gestora de casos i una debilitat representativa davant altres equips o institucions.

Tot i les diferències en els models d'implementació, ambdós models comparteixen una mateixa base conceptual. Actualment, existeixen diversos programes pilots que es troben en fase d'avaluació. És per això que encara no estem en situació de definir quin model demostra més efectivitat en resultats de salut i econòmics.

# CONCLUSIONS DEL GRUP DE TREBALL GESTIÓ DE CASOS de l'AIFICC

---

Després de revisar la bibliografia existent a d'altres entorns i les experiències endegades al nostre territori, podríem concloure que la gestió de casos es podria definir com un *procés de valoració, planificació, col·laboració i assessorament on la infermera es coordina amb altres professionals, serveis i recursos, i exerceix de garant per a pacients amb processos de dependència i/o alta complexitat i els seus cuidadors amb l'objectiu de promoure resultats de qualitat assistencial i cost-efectivitat.*

Per les capacitats i habilitats inherents a la disciplina professional creiem que **les infermeres tenim el perfil i les característiques** adients per desenvolupar de forma explícita i formal l'atenció al **pacient amb processos d'alta complexitat i/o dependència des de l'àmbit de la salut** de forma eficaç i cost efectiva. Per tant, com a professió no podem deixar passar l'oportunitat de desenvolupar i assumir aquestes noves competències que es deriven de les situacions canviants de la societat de la que tenim cura.

Les experiències en implementació del model de gestió de casos en salut han demostrat millores en els resultats de salut dels pacient, millora de la qualitat de vida, utilització més cost-efectiva dels recursos i un augment de la capacitat resolutiva de l'atenció primària. Al nostre país podem dir que entre les diferents experiències existeixen algunes diferències que fan difícil la comparació dels resultats obtinguts. Tot i així, aquesta heterogeneïtat inicial propicia l'experimentació necessària que ajudarà a determinar i clarificar quin serà el model més efectiu i eficaç que s'haurà d'impulsar a cada territori. En tot nou projecte, es precis valorar com afectarà a la professió, quines seran les necessitats formatives, les implicacions laborals, els aspectes legals i la repercussió social. Estem, ara, en aquest **moment de reflexió** sobre quina ha de ser la millor estratègia per al desenvolupament professional en aquestes **noves competències**. La gestió del cas en salut és una pràctica avançada d'infermeria que requereix d'uns coneixements, habilitats i actituds específiques. Per tant, la **formació** en metodologia de gestió de casos ha de ser específica i reglada.

Malgrat tot, tenim clar que l'èxit de la implementació de la metodologia de gestió de casos en salut depèn del suport i de l'aposta ferma del Departament de Salut, de tots els proveïdors i institucions

implicats, així com de la resta de membres dels equips d'atenció primària, especialment metges de família i treballadors socials. La coordinació entre el sistema de salut i serveis socials (Departament de Salut i Departament d'Acció social i Ciutadania) és un altre dels factors clau. La interrelació entre ambdós sistemes ha de facilitar l'intercanvi d'informació per poder actuar de manera coordinada i eficaç.

La gestió de casos infermera és una eina i una oportunitat potenciadora del rol autònom infermer en Atenció Primària que requereix del recolzament de les institucions i professionals vinculats per aconseguir els resultats desitjats.

Des de'l grup de Gestió de Casos de l'AIFICC creiem que el model d'organització ha de ser flexible, donada la variabilitat d'expertesa dels professionals en els diferents equips d'atenció primària, de les característiques territorials i de la pròpia complexitat i característiques de la població que atenem en cada cas. Aquestes variables son les que ens determinaran per quin model organitzatiu intern apostem en cada un del centres de salut. Tot això amb la garantia que l'usuari tingui les mateixes atencions, sigui quin sigui el model escollit.

## BIBLIOGRAFIA

---

- ACGME Outcome Project. Accreditation Council for Graduate Medical Education. ([www.acgme.org](http://www.acgme.org))
- Aubert RE et al. Nurse case management to improve glycemic control in diabetic patients in health maintenance organization. *Annals Int Med.* 1998;129:605-12
- Banks P (2004). 'Case management' in *Integrating Services for Older People: A resource book for managers*, Nies H, Berman P eds. Dublin: EHMA.
- Billinh K. Community Matrons: outcome of meeting held on 12th August 2004.. Consultat 09/01/07
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K, Improvin primary care for patients with chronic illness. *Jama.* 2002;288;15:1909-14
- Braden CJ. Involvement participation empowerment and knowledge outcome indicators of case management. Little Rock, AR: Case Management Society of America;2002
- Casalino L et al. External incentives, information technology, and organized processes to improve health care quality for patients with chronic diseases. *Jama.* 2003;289;4:434-41.
- Department of Health (2000). *Out in the Open: Breaking down the barriers for older people.*
- Drennan V, Goodman C and Leyshon S. Supporting the expert nurse to work in community settings, 09 November 2005. Disponible en: [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk) Consulta el 22 de Setembre del 2006
- Evercare (2003) *Adapting the Evercare Programme for the National Health - The Role of the Nurse.* Disponible en: <http://www.natpact.nhs.uk/uploads/commissioning/evercarenurse.doc>
- Harvey A (2005). *The Work of Skills for Health and Community Matrons, Programme Manager (Long Term Conditions).* Birmingham Botanical Gardens
- Hutt R, Rosen R, McCauley J. (2004). *Case Managing Long-Term Conditions. What impact does it have in the treatment of older people?.* Disponible a: [http://www.kingsfund.org.uk/resources/publications/case\\_managing.html](http://www.kingsfund.org.uk/resources/publications/case_managing.html). Consultat el 7 d'Agost de 2006.

- Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21 Centutr. Wasington DC: National Academy Press; 2003:2
- Instituto Madrileño de Salud. Enfermería en Atención Primaria. Disponible en: [http://www.faecap.com/Documentos.nueva/Documentos\\_Especialidad/DOCUMENTOENFERMERIAJUNIO2003.pdf](http://www.faecap.com/Documentos.nueva/Documentos_Especialidad/DOCUMENTOENFERMERIAJUNIO2003.pdf). Consultat el 7 d'Agost de 2006.
- Killick S. Community Matrons, Institute of Health Sciences Institute of Health Sciences. University of Reading
- Murphy E. Case management and community matrons for long term conditions BMJ 2004 329;1251-1252 doi:10.1136/bmj.329.7477.1251.
- National Health Service (2005). Chief Executive's Report to the NHS. Department of Health.
- National Health Service. A Guide To Developing Local Strategies And Good Practice. Department of Health (DH), Self Care, National Health Services (NHS). Disponible en: [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk) Consultat el 9 de Gener de 2007
- National Health Service. Adapting the Evercare Programme for the National Health - Background, Principles, Components, Pathway, Consistency with NSF, Benefits, Adapting the Model. Disponible en <http://www.natpact.nhs.uk/uploads/commissioning/evercareprog.doc>
- National Health Service. Caring for people with long term conditions: an education framework for community matrons and case managers. Disponible en: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/13/40/12/04134012.pdf>. Consultat el 7 d'Agost de 2006
- National Health Service. Case Management Competences Framework, NHS Modernisation Agency and Skills for Health. 17 Aug 2005. Disponible en: [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk) Consulta el 22 de Setembre del 2006
- National Health Service. Caring for people with long term conditions: an education framework for community matrons and case managers, Department of Health. April 2006. Disponible en: [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk) Consultat el 10 de Gener de 2007

- National Health Service. Community Matrons: up date. Workforce Change Project in Long Term Conditions.
- National Health Service. Evaluation of the modern matron role in a sample of NHS trusts. Disponible en: [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk) Consultat el 9 de Juny de 2006
- National Health Service. Roles of primary nurse – appendix 1 cdr . Disponible en: [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk) Consultat el 9 de Juny de 2006
- National Health Service. Supporting People with Long Term Conditions, An NHS and Social Care Model to support local innovation and integration Liberating the Talents, helping Primary Care Trusts and nurses to deliver the NHS Plan. Department of Health 1st February 2005 Disponible en: [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk) Consulta el 22 de Setembre del 2006
- National Health Service. Supporting people with long term conditions to self care – A guide to developing local strategies and good practice, Department of Health. 24 February 2006. Disponible en: [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk) Consulta el 22 de Setembre del 2006
- National Health Service. Supporting People with long term conditions: an NHS and social care model to support local innovation and integration, Department of Health. January 2005. Disponible en: [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk) Consultat el 9 de Gener de 2007
- National Standards of Practice for Case management 2004. Case Management Society of America ([www.cmsa.org](http://www.cmsa.org))
- Pérez Hernández RM, López Alonso SR, Lacida Baro M, Rodríguez Gómez S. La Enfermera Comunitaria de Enlace en el Servicio Andaluz de Salud. Enferm Comun 2005; 1(1). Disponible en <[http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1\\_articulo\\_43-48.php](http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_43-48.php)> Consultat el 31 de Juliol de 2006.
- Rundall TG et al. As good as it gets? Chronic care management in nine leading US physiciaanorganisations. BMJ.2002;325:958-61
- Servicio Andaluz de Salud (2003). Manual de procedimientos enfermeras comunitarias de enlace. Objetivos / Actividades. Versión 3.

Disponible <[http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/servicioandaluzdesalud/contenidos/./contenidos/gestioncalidad/Manual\\_PECE.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/servicioandaluzdesalud/contenidos/./contenidos/gestioncalidad/Manual_PECE.pdf)>. Consultat en 31 de Juliol de 2006.

- University of Birgmingham & National Health Service. Improving care for people with long-term conditions. A review of UK and international frameworks. Disponible en: <http://www.institute.nhs.uk/NR/rdonlyres/039D50E5-207B-43A0-AA4E-F92E9638A95C/0/Reviewofinternationalframeworks.pdf>. Consultat el 7 d'Agost de 2006
- Wagner EH. More than case manager. *Anal Int Med*. 1998;129:654-56.