

MGGC

**MODELO DE  
GESTIÓN DE  
CASOS DEL  
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD**

**GUÍA DE REORIENTACIÓN DE  
LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES  
DE LA GESTIÓN DE CASOS EN  
EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD**



# MODELO DE GESTIÓN DE CASOS DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

Guía de reorientación de las prácticas  
profesionales de la gestión de casos  
en el Servicio Andaluz de Salud

CONSEJERÍA DE SALUD  
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD  
ESTRATEGIA DE CUIDADOS DE ANDALUCÍA



Año de edición, 2017

### Equipo de trabajo de este documento

- Casado Mora, María Isabel. Enfermera. Estrategia de cuidados de Andalucía
- Cuevas Fernández, Magdalena. EGC de Atención Primaria. UGCs CSI-Teatinos y Portada Alta. DS Málaga
- González Posada, Fernando. EGC de Atención Hospitalaria. Hospital de Jerez. Cádiz
- Martín Santos, Francisco Javier. Director de Cuidados. DS Málaga-Guadalhorce
- Morillas Herrera, Juan Carlos. Director de la UGC de Gestión de casos. DS Málaga-Guadalhorce
- Perteguer Huertas, Inmaculada. EGC de Atención Hospitalaria. Hospital Puerta del Mar. Cádiz
- Toral López, Isabel. Coordinadora de Cuidados. CS Cartuja-Almanjayar. DS Granada

### Apoyo metodológico

- Gonzalo Jiménez, Elena. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública
- Martín Ruiz, Eva. Técnica de proyectos. Escuela Andaluza de Salud Pública

### Redacción

- Elena Gonzalo Jiménez

Para la elaboración del presente documento, el grupo de trabajo ha revisado y tomado como base los siguientes documentos previos:

- Modelo de Gestión de Casos del Sistema Sanitario Público de Andalucía (2010). Dirección de la Estrategia de Cuidados. Secretaría de Calidad y Modernización. Consejería de salud de la Junta de Andalucía.
- Revisión del Modelo de Gestión de Casos en el SSPA Grupo 7. Reorientación de la cartera de servicios (2014). Dirección de la Estrategia de Cuidados. Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

En el anexo 1 se relaciona el listado de profesionales que participaron en la elaboración de dichos documentos.

### Asesora técnica editorial

Antonia Garrido Gómez

### Maquetación y cubierta

Jesús Zamora Acosta



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons  
[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Edita:

© 2017 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Avenida de la Constitución 18, 41071 Sevilla

Tel. 955 01 80 00, fax 955 01 80 37

[www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud)

Disponible en: [www.picuida.es](http://www.picuida.es)

## SUMARIO

### INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

- 5 LA GESTIÓN DE CASOS: CONCEPTO, EXPERIENCIAS DE REFERENCIA, EFECTIVIDAD Y FACTORES DE ÉXITO
- 9 ¿POR QUÉ UNA GUÍA DE REORIENTACIÓN DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES DE LA GESTIÓN DE CASOS EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD?

### DEFINICIÓN DEL SERVICIO

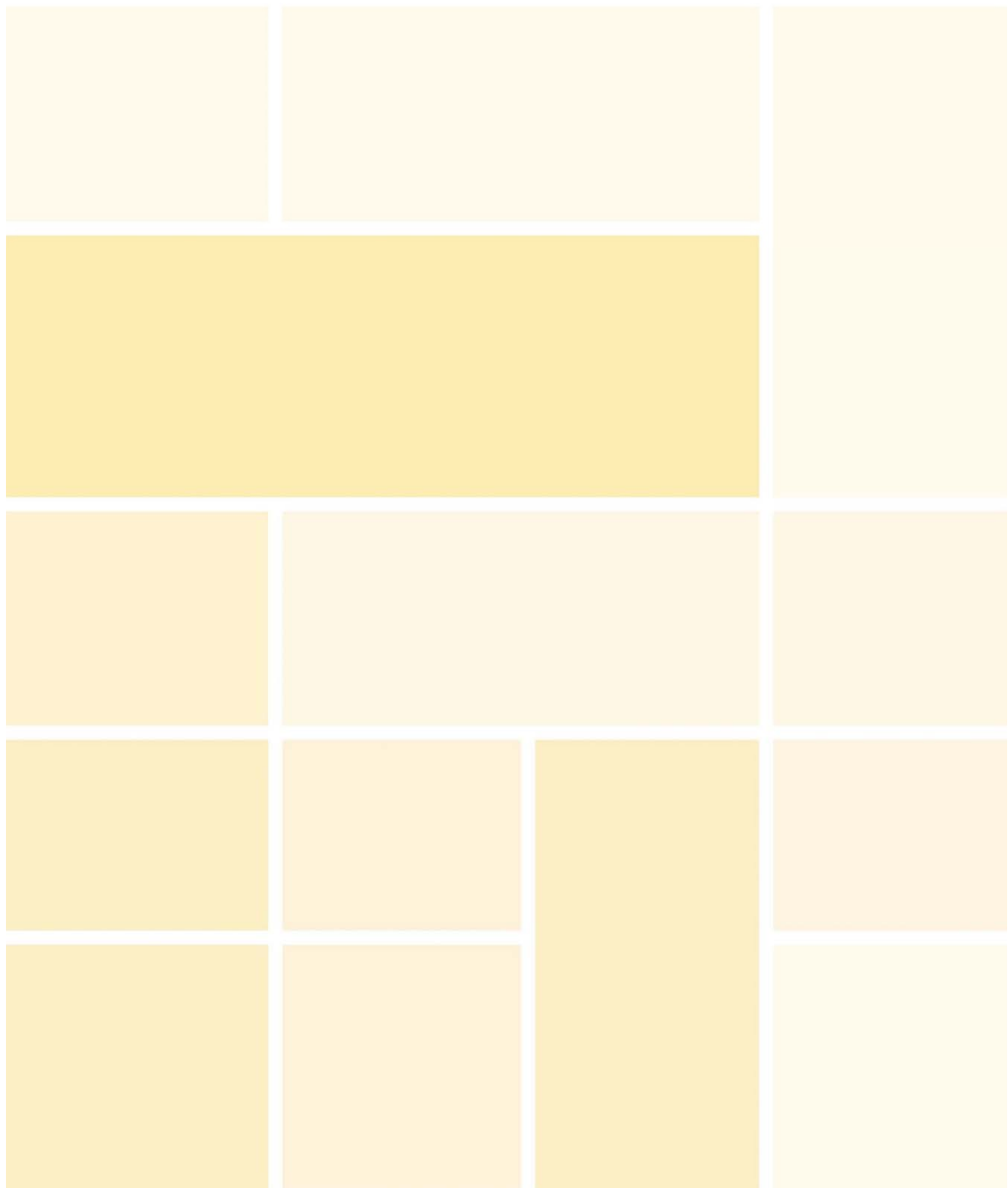
- 10 ¿EN QUÉ CONSISTE LA GESTIÓN DE CASOS?

### PROVISIÓN DEL SERVICIO

- 13 EL ROL DE LAS ENFERMERAS GESTORAS Y ENFERMEROS GESTORES DE CASOS
- 16 EL PROCESO DE GESTIÓN DEL CASO

### LA MONITORIZACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SERVICIO

- 32 BIBLIOGRAFÍA
- 34 Anexo 1. Equipo de trabajo de documentos previos
- 35 Anexo 2. Escala INTERMED



## INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

### LA GESTIÓN DE CASOS: CONCEPTO, EXPERIENCIAS DE REFERENCIA, EFECTIVIDAD Y FACTORES DE ÉXITO

La gestión de casos se ha incorporado en el sector sanitario como modalidad de atención a personas con problemas de salud de alta complejidad, que afectan a todas las dimensiones de la persona, y requieren diversidad de proveedores y entornos asistenciales. La gestión de casos persigue integrar los servicios asistenciales en torno a las necesidades de la persona, utilizando la valoración integral, la atención planificada, y la coordinación, para garantizar el acceso a los recursos que se necesiten en cada momento en un tránsito fluido por el sistema.

La nutrida experiencia internacional en metodologías de gestión de casos en el ámbito sanitario muestra una realidad diversa en cuanto a:

- ✓ **La población a la que se dirige:** personas frágiles o vulnerables, población geriátrica, personas con trastorno mental grave (TMG), personas con problemas crónicos complejos, o con una sola enfermedad crónica.
- ✓ **Los objetivos del modelo:** racionalizar la utilización de servicios, mejorar la accesibilidad, disminuir costes, gestionar la continuidad, mejorar la calidad, personalizar la atención.
- ✓ **Los entornos asistenciales implicados:** con base en el hospital -intramuros- o con base en el nivel primario -longitudinales-, incorporando o no al sector socio-sanitario.
- ✓ **El eje de las intervenciones:** coordinación/gestión de la atención, atención, coordinación+ atención.

La investigación sobre la efectividad de la gestión de casos está condicionada por la diversidad señalada, lo que hace necesario un análisis diferenciado de las experiencias. De esta manera, las evidencias de efectividad son abundantes:

- ✓ Mejoras en la capacidad funcional, manejo de la medicación, reducción de institucionalizaciones y uso de servicios en **población anciana** (1,2, 3).
- ✓ Reducción de ingresos en instituciones y días de estancia en **personas con demencia** (4,5).
- ✓ Mejoras en la adherencia al tratamiento, en la integración social y disminución de hospitalizaciones en **personas con trastorno mental grave** (6,7).
- ✓ Mejoras en el bienestar psicológico, calidad de vida y adherencia al tratamiento en **personas con enfermedades oncológicas** (8).
- ✓ Mejoras en los resultados clínicos, autopercepción de salud y satisfacción en **personas con diabetes** (9,10).
- ✓ Disminución de la mortalidad, ingresos hospitalarios, días de estancia y reingresos en **personas con insuficiencia cardiaca** (11, 12,).

- ✓ Mejoras en la accesibilidad, a través de la activación e implicación en el equipo asistencial de proveedores de servicios de trabajo social, fisioterapia, rehabilitación u otros. (Estudio ENMAD) (13).

Así mismo, experiencias internacionales de referencia en la aplicación de modelos de gestión de casos dirigidos a **personas con necesidades de cuidados de larga duración (LTC)**, o con **condiciones crónicas complejas**, muestran resultados muy esperanzadores respecto a las posibilidades que se derivan de la evolución de esta metodología (14). El “**Guided Care**” de la Johns Hopkins, por ejemplo (15), a través de un modelo con base en el nivel primario de atención, liderado por enfermeras con competencias de práctica avanzada, consigue aumentar la calidad percibida por pacientes y personas que cuidan, disminuyendo el coste medio/paciente, los reingresos y las visitas a urgencias, en un 25%, un 49% y un 17%, respectivamente, respecto al modelo convencional, y aumentando la satisfacción de los profesionales. Una experiencia más próxima a nosotros y muy documentada es la versión del Reino Unido del **Evercare** que, en su segunda fase, a través de un modelo con base en la atención primaria adaptado a las condiciones locales, y liderado por enfermeras especialistas, community matrons, con competencias clínicas avanzadas, sobre personas frágiles con alto grado de utilización de los servicios, consigue mejoras en la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes atendidos, así como en el manejo de la medicación y capacidad de respuesta ante las crisis, evitando ingresos hospitalarios y con una alta satisfacción de pacientes y cuidadoras (16).

Más allá de las diferencias observadas, la investigación disponible desvela que el éxito de la gestión de casos parece descansar en los siguientes factores (17):

- ✓ Asignación de la responsabilidad de gestión de casos a profesionales adecuados.
- ✓ Claridad sobre el papel a desempeñar por los/las gestores/as de casos y apoyo para garantizar las competencias clínicas y de gestión necesarias.
- ✓ Sistema de detección de casos que garantice que las intervenciones se dirigen a personas con necesidad de recibir el servicio.
- ✓ Asignación de un número de casos adecuado para que pacientes y personas que cuidan puedan recibir una atención óptima.
- ✓ Punto de acceso para la valoración y elaboración del plan de atención conjunto.
- ✓ Énfasis en garantizar la continuidad para reducir el riesgo de visitas a urgencias e ingresos hospitalarios no planificados.
- ✓ Intervenciones para mejorar el empoderamiento y la capacidad de autocuidado de pacientes y personas que cuidan.
- ✓ Integración y alineación entre los servicios sanitarios y sociales.
- ✓ Sistemas de información y comunicación accesibles que permitan la gestión proactiva, facilitando la previsión y anticipación a las necesidades.



## La experiencia del Sistema Sanitario Público de Andalucía en Gestión de Casos

En el sistema sanitario público de Andalucía esta modalidad de atención se introdujo en el año 2002, en el marco de las estrategias de mejora de la atención domiciliaria diseñadas para dar respuesta al Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas (18), extendiéndose poco después a los hospitales. En ambos niveles, el servicio de gestión de casos se asignó a enfermeras con amplia experiencia en atención primaria o en unidades hospitalarias seleccionadas para el puesto tras haber recibido una formación específica para ello.

El modelo de gestión de casos desarrollado en nuestra comunidad se orientó desde sus comienzos a la captación y mejora del acceso a los servicios de personas con problemas de salud complejos, a menudo con más de una enfermedad crónica, a los que con frecuencia se añadían factores sociales que aumentaban la vulnerabilidad, y cuyo manejo hacía necesaria la intervención de diversos profesionales, de diferentes niveles asistenciales e incluso de distintos sectores.

El desarrollo inicial, en el nivel de atención primaria, estuvo dirigido a pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria con cuidados de larga duración, en fase terminal, o con alta necesidad de cuidados por un periodo limitado, tras un episodio de hospitalización. La persona que en la familia tuviera asignado el papel de cuidadora o cuidador principal era considerada así mismo destinataria del servicio, en un intento de que la gestión de casos contribuyese a cambiar el modelo de relación entre los sistemas de cuidados informal y formal, de “cuidador/a-recurso” para el sistema a “cuidador/a-cliente” del mismo. Entre los rasgos distintivos del modelo destacaba la personalización, apoyada en un sistema estandarizado de valoración integral de pacientes y personas cuidadoras, la gestión del acceso a ayudas técnicas para el cuidado en el domicilio, así como la movilización y coordinación de proveedores adecuados a los problemas del/la paciente: equipo de referencia en atención primaria, profesionales de fisioterapia, trabajo social y/o diferentes servicios hospitalarios (19).

La gestión de casos desempeñó un papel catalizador de las innovaciones orientadas a mejorar la atención domiciliaria, contribuyendo al aumento de la eficiencia y efectividad del servicio, al influir positivamente sobre la recuperación funcional de pacientes, el acceso a profesionales y recursos, la satisfacción de pacientes y personas que cuidan, el manejo del régimen terapéutico, la sobrecarga de personas cuidadoras y la utilización de los servicios (20).

El diseño, inicialmente, pretendía instalar un modelo “longitudinal” con base en la atención primaria: los enfermeros y enfermeras gestores de casos (EGC), denominados entonces enfermeros o enfermeras comunitarias de enlace, asignadas a sus correspondientes centros de salud, “acompañarían” al paciente en su tránsito por el sistema, atravesando las fronteras del hospital para liderar la planificación del alta, o incorporar un servicio especializado al plan de gestión del caso, acudiendo al domicilio ante una situación de crisis para intervenir ante un riesgo de reingreso, o atendiendo a una consulta telefónica de la cuidadora

principal. De este modo, el papel de “enlace” en torno a la persona, de profesionales y recursos, contribuiría decisivamente a la continuidad y calidad de los cuidados. Pero las barreras entre organizaciones impidieron el desarrollo del modelo tal y como había sido concebido, al tiempo que el progresivo aumento de la población hospitalaria con alta necesidad de cuidados complejos aconsejó incorporar la figura de la EGC a los hospitales. En este entorno el papel de los y las EGC se ha centrado en la coordinación de servicios en torno al plan asistencial de pacientes extremadamente vulnerables, junto a quienes los cuidan, durante su estancia, apoyando a las enfermeras de referencia y promoviendo la adecuada transición al domicilio, a través de la planificación anticipada del alta (21). La extensión de la gestión de casos al hospital, en nuestro medio, ha demostrado ser efectiva sobre los cuidados transicionales, mejorando, además, la satisfacción de pacientes y personas que cuidan así como los niveles de sobrecarga de estas. (22) (23)

La evolución de la gestión de casos en nuestra comunidad ha discurrido sujeta a la influencia de varios factores:

1. **La demanda y características de la población diana:** La actividad de los y las EGC se ha ido incrementando tanto en hospitales como en atención primaria, donde, en 2014, se gestionaron los casos de 73.260 personas. En ese mismo año, el 73% de las mismas, pertenecían a procesos asistenciales relacionados con condiciones crónicas complejas. Atendiendo a estas características, en el año 2009 se amplió la población diana del servicio para incluir en ella a personas con problemas crónicos complejos, procesos de baja prevalencia pero necesitados de un abordaje específico, y problemas de salud de brusca aparición que implican cambios importantes en la forma de vida y entorno familiar de las personas<sup>1</sup>.
2. **Las políticas y estrategias institucionales:** El posicionamiento institucional del servicio ha ido oscilando durante estos años. En sus comienzos, la gestión de casos gozó de todo el respaldo institucional: la estrategia de implantación se dirigía desde el nivel central, los mecanismos de selección y desarrollo competencial de los y las EGC formaban parte de ella, y las personas que desempeñaban este rol se sentían reconocidas y empoderadas. Con el tiempo las directrices institucionales se han ido desdibujando y el nivel de consolidación y apoyo al servicio ha dependido de las decisiones de los equipos de dirección de distritos y hospitales. La consecuencia ha sido una amplia variabilidad en la práctica de la gestión de casos así como en la cobertura, calidad, organización y sistemas de gestión del servicio. En este momento la dotación de EGC se ha estabilizado en 348, 294 en AP y 54 en hospitales. Así mismo, a 15 años de la concepción del modelo, no existen sistemas estandarizados de captación, selección o derivación de pacientes, evaluación de resultados o asignación de profesionales. (25)
3. **El desarrollo competencial de las y los EGC:** Con el tiempo y el empoderamiento profesional, la gestión de casos se ha ido configurando, al

---

<sup>1</sup> Datos del CMBD 2014

igual que en el resto de países de nuestro entorno, como un rol de enfermería de práctica avanzada, que permite ejercer el liderazgo clínico en un espacio en el que pueden tomar decisiones con mayor autonomía que en los escenarios convencionales, y desarrollar competencias especializadas que proceden de su ámbito de conocimiento. En el año 2012 este rol se plasmó en un manual de competencias específico “de la enfermera gestora de casos del SSPA” (26), de acuerdo al cual, actualmente, están en proceso de acreditación el 27% de las y los EGC en ejercicio, habiéndose acreditado ya el 40%, de las mismas, el 46% de las cuales han alcanzado el nivel de “excelente”. El manual ha servido, también, de inspiración a los programas de formación continuada para EGC que se han desarrollado durante los últimos años: actualización en gestión de casos, prácticas clínicas avanzadas en pacientes crónicos complejos, educación terapéutica y prescripción colaborativa.

A pesar de estas medidas el desarrollo del rol de EGC ha dependido más de las características de los profesionales y del apoyo de su entorno de trabajo, que de decisiones institucionales. Esto ha dado lugar a una gran variedad de orientaciones y ejercicios profesionales: desde aquellos que asumen como propia la “abogacía” del paciente en su tránsito por el sistema y son capaces de aglutinar las voluntades del equipo profesional implicado, en un plan de gestión del caso personalizado, hasta aquellos otros que creen que el propósito fundamental de su trabajo es facilitar un determinado recurso.

### ¿POR QUÉ UNA GUÍA DE REORIENTACIÓN DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES DE LA GESTIÓN DE CASOS EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD?

- ⇒ Porque es necesario concentrar los esfuerzos y los recursos en las personas más frágiles, con condiciones crónicas complejas, y en sus familias, al ser las verdaderamente sensibles a la gestión de casos.
- ⇒ Porque las personas con condiciones crónicas complejas y quienes las cuidan necesitan urgentemente una mayor integración clínica entre la atención primaria y el hospital, con especial atención a las transiciones, y son las enfermeras y enfermeros gestores de casos quienes han desarrollado mejores capacidades para lograrlo.
- ⇒ Porque se conocen los factores de éxito de la gestión de casos y es necesario normalizar la práctica y la gestión del servicio en torno a ellos.
- ⇒ Porque la experiencia de 15 años de desarrollo de la gestión de casos en nuestra comunidad nos ha dejado un conjunto de buenas prácticas que es preciso socializar y extender a todo el sistema.
- ⇒ Porque para optimizar los resultados de la gestión de casos los y las profesionales necesitan una orientación clara sobre lo que hay que hacer, cómo hacerlo, los resultados que se esperan de su intervención, y un instrumento que proporcione información para identificar problemas, diseñar mejores intervenciones y modelarlas progresivamente hasta obtener los resultados deseados.

- ⇒ Porque el desarrollo de estrategias institucionales de nuestro Sistema Sanitario como, la Estrategia de Cuidados de Andalucía, el Plan de Renovación de la Atención Primaria de Salud, o la Innovación en la Atención a Personas con Enfermedades Complejas, deben incorporar la experiencia acumulada, el liderazgo y la actitud proactiva de las y los EGC.

## DEFINICIÓN DEL SERVICIO

### ¿EN QUÉ CONSISTE LA GESTIÓN DE CASOS?

En el Servicio Andaluz de Salud:

- ⇒ La gestión de casos es una modalidad de atención dirigida a personas con elevada complejidad clínica y necesidad de cuidados de alta intensidad, cuyo objetivo es asegurar que reciben los servicios adecuados a su situación, de manera integrada, a través de un plan de gestión del caso personalizado acordado con ellas y con las personas de su red de apoyo, en el que colabora el conjunto de profesionales implicado en la atención.
- ⇒ El elemento nuclear de la gestión de casos es el trabajo interdisciplinar y en equipo, centrado en la persona, con una perspectiva de atención biopsicosocial, que pone énfasis en su bienestar y calidad de vida, utiliza la toma de decisiones compartida entre profesionales y pacientes, y fomenta la auto responsabilidad, la autonomía y el autocuidado como pilares para la autogestión de la propia salud y mantenimiento en la comunidad, así como el acompañamiento en la fase final de la vida.
- ⇒ La gestión de casos pone el acento en garantizar la continuidad de la atención en las transiciones entre profesionales, intervenciones, niveles asistenciales y sectores implicados.
- ⇒ La gestión de casos tiene entre sus objetivos la mejora en la accesibilidad a los servicios, en especial de los grupos de población más vulnerables, y la gestión de la continuidad. Esto incluye la gestión de cada caso en tres áreas interrelacionadas: a) Cambios en la enfermedad o en la persona; b) Modulación y cambios en la terapia y sus efectos; y c) Conductas de autocuidado que influyen sobre las anteriores.

### Son atributos de la Gestión de Casos:

- ⇒ La Personalización del servicio, entendida como disponibilidad de guía, acompañamiento y referencia profesional durante todo el proceso de atención de la persona y su entorno de cuidados.
- ⇒ La Atención integral que engloba todas las necesidades y expectativas manifestadas. Esta atención integral se basa en un enfoque biopsicosocial, que tiene en cuenta los factores biológicos, el contexto social, los acontecimientos vitales y la percepción subjetiva de la persona sobre su proceso.
- ⇒ La apuesta por un modelo de Decisiones Compartidas en un marco social de alianzas y de valores comunes a la ciudadanía y profesionales de la salud.

- ⇒ La Continuidad sustentada en el plan asistencial como eje de referencia transversal compartido entre profesionales, unidades, centros y niveles que intervienen en la atención, minimizando elementos de fragmentación, y/o duplicidades.
- ⇒ La Orientación a resultados que compromete al profesional responsable de la gestión del caso a velar porque se cumplan los objetivos del plan de gestión del caso, y a alimentar el sistema de información para que permita la evaluación de resultados y la identificación de oportunidades de mejora.
- ⇒ El fomento de la corresponsabilidad, el empoderamiento de las personas y la contribución a la sostenibilidad del sistema.
- ⇒ El carácter proactivo que consiste en anticiparse a la evolución de la enfermedad y del padecimiento facilitando los servicios y actuando ante los cambios en las necesidades de la persona en cada fase por la que atraviesa.
- ⇒ El domicilio como ámbito central de la provisión del servicio, mientras sea posible, y el hospital como recurso comunitario abierto, que aproxima al entorno del paciente una amplia variedad de profesionales, y lo sustituye, cuando la intensidad de la atención o la tecnología requeridas lo aconsejan.
- ⇒ El conocimiento y la capacidad de gestión/ coordinación de los recursos (personales, profesionales, organizativos, legales, materiales,...) disponibles en el entorno de las personas, con posibilidades de responder a sus necesidades.

### ¿A quién se dirige la gestión de casos?

La población diana de la gestión de casos, en nuestro sistema, está compuesta por pacientes con condiciones crónicas, y personas que se encuentran en la etapa final de la vida, con necesidades de cuidados complejos, que requieren intervenciones de alta intensidad, de diferentes tipos de profesionales, y en entornos diversos. Las personas que cuidan de las primeras son también sujetos de intervenciones de la gestión de casos. Se trata de captar a ese pequeño grupo de personas con complejas necesidades de cuidados<sup>2</sup>, representados en la figura 1.

---

<sup>2</sup> La mayoría de pacientes crónicos, tienen un nivel de complejidad que puede ser manejado potenciando el apoyo y el empoderamiento para el autocuidado. Un segundo grupo de pacientes con enfermedades ya instaladas y riesgo de complicaciones, requieren atención estructurada por procesos, a cargo de sus equipos de referencia, con una buena coordinación entre niveles de atención. Un último grupo, compuesto por personas con problemas de salud complejos, alto nivel de comorbilidad y consumo de recursos, que requieren múltiples proveedores y entornos, así como una adecuada coordinación y acceso a los mismos, necesita gestión de casos.



Fig. 1.- Morales Asencio JM y Martín Santos FJ. Estratificación de riesgos en pacientes crónicos. Adaptado del modelo Kaiser-Permanente

### ¿En qué contextos asistenciales se desarrolla la gestión de casos?

En Andalucía, los escenarios en los que se desarrolla la gestión de casos son: los hospitales, el domicilio de los pacientes, el centro de salud y algunas instituciones socio-sanitarias como las residencias para personas mayores.

Tradicionalmente, la gestión de casos en el hospital arranca de un episodio de crisis o de debut, que requiere hospitalización orientándose al seguimiento activo, así como a la coordinación interna y con atención primaria para la planificación anticipada del alta. En el sentido opuesto, el abordaje en el nivel primario de atención se orienta a mejorar la capacidad resolutoria, la continuidad y la coordinación con profesionales de diferentes servicios y niveles asistenciales, para evitar ingresos hospitalarios y promover el mantenimiento en la comunidad.

En nuestra comunidad el hecho de ubicar el servicio en ambos niveles asistenciales, y en las residencias en tanto que domicilios sustitutorios, responde a la propia división del sistema, así como a la necesidad de que quien se responsabilice de la gestión del caso conozca bien el medio y tenga establecida una red de relaciones que le permitan movilizar recursos y facilitar la coordinación. Pero la efectividad del servicio depende en gran medida de que consiga "atravesar" las fronteras entre instituciones y profesionales para que la persona obtenga una respuesta adecuada a su necesidad independientemente de donde se ubiquen los recursos, de ahí que, lejos de replicar la fragmentación existente, se pretenda fomentar un enfoque transversal en torno al paciente, según el cual los/las profesionales compartan "casos" y se muevan entre ambos niveles en función de aprovechar las oportunidades que ofrecen y no en base a la adscripción administrativa de cada puesto.



## PROVISIÓN DEL SERVICIO

### EL ROL DE LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS GESTORES DE CASOS

En nuestro sistema, la gestión de casos se considera una práctica avanzada de enfermería asumida por enfermeras y enfermeros con un perfil específico de competencias.

Las y los EGC son responsables de que cada paciente, o en su caso la diada paciente/personas de la red familiar que cuidan, reciban **atención integral y personalizada al conjunto de problemas y necesidades derivados de su situación de salud**. Para ello activan y desarrollan un proceso que incluye: la valoración multidimensional, el diseño del plan de intervención y la coordinación de la atención del conjunto de profesionales y servicios implicados, velando por la integración costo-efectiva de los recursos y contribuyendo a sortear los obstáculos que dificultan la continuidad de la atención.

El papel del / la EGC consiste en **velar para que se cumplan los objetivos del plan de gestión del caso**, lo que supone: la abogacía del paciente y personas que cuidan, la movilización de profesionales y recursos anticipándose a la evolución propia de la enfermedad, la coordinación de la atención en torno al "caso", la ayuda a la toma de decisiones informada a pacientes y personas que cuidan, así como el seguimiento proactivo y la intervención sobre los cambios en el paciente y su entorno, la terapia y sus efectos, y las conductas de autocuidado.

Uno de los principales retos que el SSPA tiene, actualmente, es reorientar el modelo de atención hacia las necesidades de las personas con problemas crónicos complejos. Las y los EGC, pueden desempeñar el papel de agentes de cambio del conjunto del sistema, en este proceso:

- ✓ Promoviendo que la atención a personas con problemas crónicos complejos se convierta en una prioridad, en la práctica real.
- ✓ Haciendo visibles las necesidades de atención que se derivan no sólo de la enfermedad sino también de la fase del "padecimiento" en que se encuentre la persona.
- ✓ Diseminando competencias entre las enfermeras y profesionales implicados.

### La Cartera de Servicios de las Enfermeras Gestoras y Enfermeros Gestores de Casos (EGC)

La evolución de la gestión de casos durante estos años ha sido heterogénea entre las diversas instituciones que componen nuestro sistema, respondiendo más a las competencias profesionales desarrolladas, al mayor o menor apoyo de los equipos de dirección, y a los recursos locales, que a cambios en las necesidades y en las estrategias del sistema.

Es necesario, pues, revisar y actualizar la cartera de servicios de las y los EGC para responder al reto que supone reorientar la atención de pacientes crónicos complejos.

## Servicios a proporcionar por las y los EGC

En el SAS, los servicios a proporcionar por las y los EGC a las personas de la población diana de Gestión de Casos son los siguientes:

1. Servicios orientados a facilitar el acceso a la atención requerida por las personas con condiciones crónicas complejas:
  - ✓ Captación activa de personas para la Gestión de Casos entre los grupos de población diana.
  - ✓ Valoración y estratificación de la complejidad y de las necesidades relacionadas con ella, mediante instrumentos normalizados.
  - ✓ Revisión periódica del nivel de complejidad: actualización frecuente de la valoración hasta estabilización del nivel.
  - ✓ Evaluación integral, biopsicosocial, de las necesidades de atención sanitaria y social anticipándose a los problemas futuros en base a la previsible trayectoria de la enfermedad y los cambios a afrontar por la persona.
  - ✓ Evaluación de la red de apoyo al cuidado que interviene en el cuidado y valoración exhaustiva de necesidades orientada a prevenir, y/o detectar precozmente, problemas de afrontamiento y sobrecarga.
2. Servicios orientados a proporcionar la diversidad de intervenciones multidisciplinares adecuadas a la situación, con la intensidad y calidad requeridas:
  - ✓ Diseño del Plan de asistencial en colaboración con las personas implicadas: paciente, personas que cuidan y equipo profesional de referencia. Supervisión, revisión y colaboración en la ejecución del plan. Éste incluirá medidas preventivas, anticipando las necesidades futuras que puedan presentarse, así como intervenciones educativas y de asesoramiento a la persona para la autogestión de su régimen terapéutico.
  - ✓ Planificación, ejecución, supervisión y revisión de los planes de atención centrados en la familia con especial atención a las personas que cuidan.
  - ✓ Seguimiento programado, presencial (consulta, domicilio, unidad de hospitalización, residencia) y telefónico, adaptado al nivel de complejidad de la persona, utilizando, según corresponda, vías clínicas, PAI, o protocolos consensuados.
  - ✓ Identificación y movilización de servicios o recursos de apoyo al cuidado.
3. Servicios orientados a garantizar la continuidad de la atención y la eficiencia de los procesos:
  - ✓ Creación de una red de comunicaciones que facilite al grupo de profesionales implicados en el caso, un rápido acceso a la información global sobre la situación, para intervenir precozmente ante problemas y crisis, promoviendo la utilización del plan de atención personalizado, de las vías clínicas, y las reuniones entre los miembros del equipo multidisciplinar.



- ✓ Coordinación de las relaciones y derivaciones, tanto en atención primaria como intrahospitalarias y entre ambos niveles, en colaboración con los equipos de referencia de la persona.
  - ✓ Planificación y ejecución de las transferencias de la atención y el proceso de transición de un nivel asistencial a otro, en especial, la planificación anticipada del alta hospitalaria. Las y los EGC, pondrán énfasis en implicar a los diferentes actores involucrados y en facilitar información relevante para lograr la ubicación más adecuada a la intensidad de cuidados requerida por la persona, y de esta manera prevenir reingresos o visitas a urgencias potencialmente evitables.
4. Servicios de atención directa a la persona y su entorno de cuidados:
- ✓ Intervenciones educativas en pacientes y personas que cuidan sobre: acceso y utilización de servicios, manejo de medicación y dispositivos, reconocimiento de síntomas de agudización y actuación ante los mismos, actuaciones preventivas y de rehabilitación funcional, mejora del afrontamiento u otros.
  - ✓ Revisión y modificación de las pautas o dosis de medicación, según protocolo de prescripción colaborativa, indicación, prescripción y uso productos farmacéuticos, indicación y uso de medicamentos no sujetos a prescripción médica.
  - ✓ Solicitud de pruebas complementarias, según protocolo consensuado con otros profesionales, según corresponda.
  - ✓ Intervenciones de apoyo a las personas que cuidan, dirigidas a proteger su salud y bienestar, a la distribución equitativa de las tareas de cuidado entre los miembros de la red de apoyo, a facilitar el acceso a diferentes servicios y, en su caso, a orientar sobre alternativas posibles ante la opción de no cuidar.
  - ✓ Asesoramiento a la persona y a su familia para tomar decisiones informadas sobre su salud y bienestar así como sobre la organización de su propio soporte y asistencia.
  - ✓ Apoyo en la fase final de la vida, facilitando el acceso a servicios de cuidados paliativos que proporcionen control de los síntomas, alivio del dolor, atención psicoemocional, apoyo espiritual y ayuda en la fase duelo.
5. Servicios orientados a la protección de los derechos de la persona y su entorno de cuidados
- ✓ Representación ante profesionales e instituciones, negociando en nombre de la persona cuyo caso se gestiona, que así lo solicite, con su consentimiento explícito.
  - ✓ Ayuda a la protección y defensa de los derechos del individuo y de las personas clave para su cuidado, identificación, valoración, discusión y documentación de los potenciales dilemas éticos que puedan tener lugar durante el proceso.

## EL PROCESO DE GESTIÓN DEL CASO

El proceso de gestión de casos se desarrolla a través de cinco componentes "clave":

- ✓ La identificación del caso.
- ✓ La valoración personalizada que incluye, la revisión de la complejidad y la evaluación integral, multidimensional de las necesidades de atención sanitaria y social actuales y futuras.
- ✓ El diseño del Plan de Gestión del Caso.
- ✓ La coordinación de las intervenciones.
- ✓ El cierre del caso.

### La identificación del "Caso"

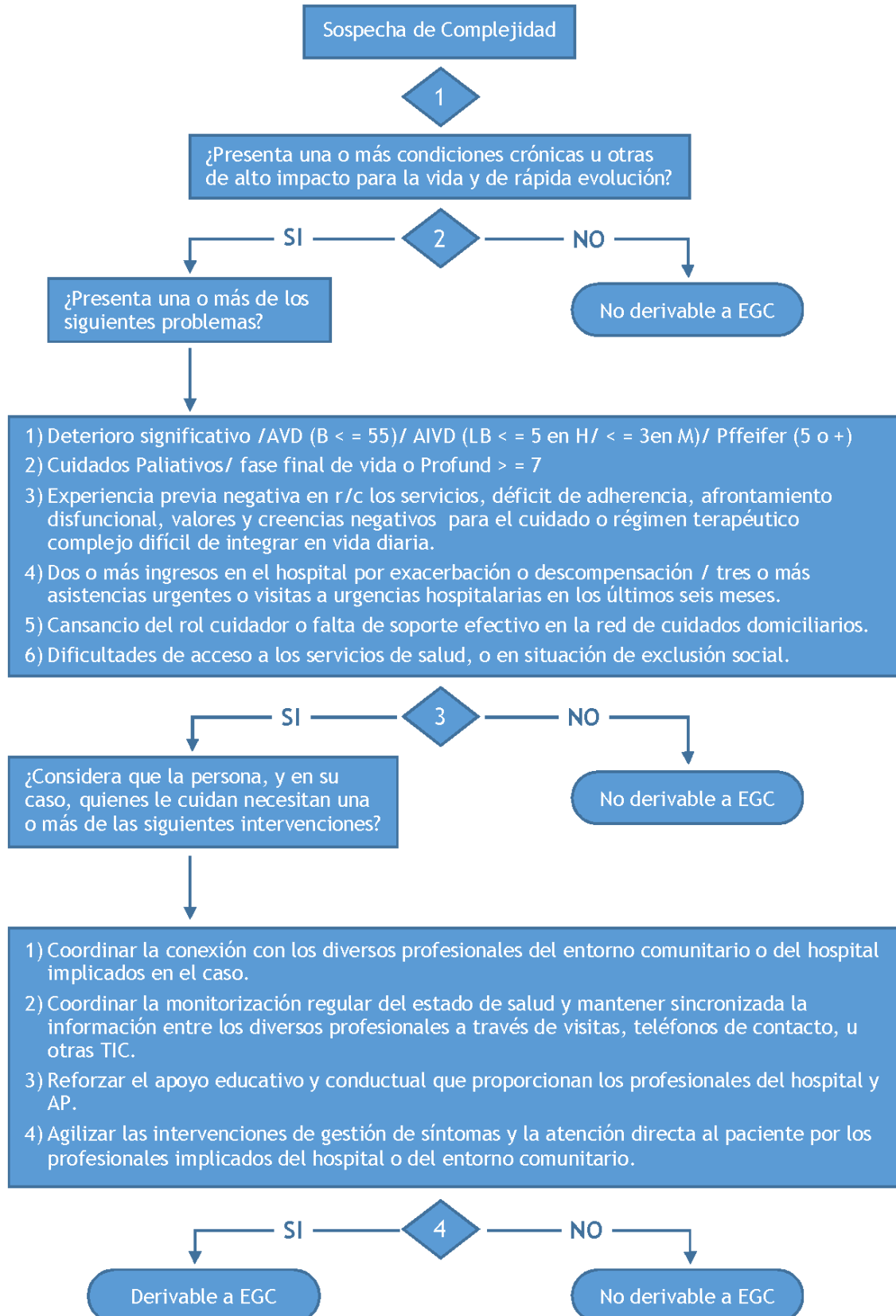
Teniendo en cuenta la experiencia en gestión de casos, en nuestra comunidad y en otros entornos, la mayoría de la población susceptible de necesitar este modelo de atención pertenece a alguno de los siguientes grupos:

- ✓ Personas incluidas en los procesos asistenciales integrados de condiciones crónicas, especialmente: pluripatología, riesgo vascular, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diferentes tipos de cáncer, enfermedades neurodegenerativas, enfermedad renal crónica avanzada, cuidados paliativos y enfermedades raras, tanto en personas adultas como en la infancia.
- ✓ Personas mayores frágiles, con síndromes geriátricos.
- ✓ Personas incluidas en el programa de atención domiciliaria.
- ✓ Personas hospitalizadas por situaciones agudas con potencial de complicaciones de alto impacto sobre la calidad de vida (por ejemplo ACVA).
- ✓ Personas en situaciones que implican una muerte próxima.

Esto no significa que todas las personas pertenecientes a los grupos anteriores necesiten gestión de casos, sino que requieren especial atención para confirmar o descartar la necesidad del servicio. **La gestión de casos es un servicio costoso y no es efectivo en cualquier tipo de pacientes**, por esta razón es importante que el o la profesional se asegure de que la situación que está valorando necesita esta modalidad de atención.

Las vías de acceso a la gestión de casos son múltiples: puede solicitar la intervención de un/ una EGC cualquier profesional (de la medicina, enfermería, trabajo social u otros), de diferentes ámbitos asistenciales (centros de salud, domicilios, urgencias, unidades de hospitalización, centros socio-sanitarios) que esté tratando a una persona de elevada complejidad y, que tras hacer su valoración, considere que puede beneficiarse de este tipo de intervención.

En el Servicio Andaluz de Salud se ha definido un proceso, apoyado en una serie de criterios, para facilitar la decisión de derivar o no al o la EGC. El proceso está representado a continuación.



## Valoración Personalizada

La valoración del “caso” se basa en dos perspectivas complementarias que pueden abordarse simultáneamente: la valoración de la complejidad y la valoración integral de las necesidades de la persona y, en su caso, de quien proporciona cuidados en el entorno familiar.

Valoración integral de necesidades:

- ✓ Los casos de complejidad alta o media requieren de la EGC una valoración exhaustiva, clínica, funcional, psico-afectiva y socio-familiar, así como de los factores relevantes que puedan afectar a la salud, a los cuidados, o actuar como barreras para la gestión del caso (factores relativos a la vivienda, educación, motivación, nivel socioeconómico y situación laboral).
- ✓ La valoración de necesidades para la gestión del caso tiene un **carácter integral u holístico**, en base a la recogida de información sobre los **aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales de la persona**, que se requiera para elaborar el plan de atención, y utilizando las escalas o test adecuados a las dimensiones a explorar.
- ✓ Ya que lo deseable es que las personas con condiciones crónicas complejas puedan, siempre que la situación lo permita, recibir la atención que necesitan en su propio entorno, resultará particularmente importante **valorar las necesidades, actitud, competencia y recursos, de la red de apoyo de dichas personas, al ser la familia más cercana, quien habitualmente asume la gran mayoría de la carga que genera su cuidado.**
- ✓ Uno de los valores de la gestión de casos en el SAS es la atención a las personas que cuidan, reconociéndolas como “clientes” de los servicios sanitarios, cuya labor, indispensable para la sostenibilidad del sistema, no está exenta de riesgos y consecuencias negativas para la salud. El o la EGC ejercerá un papel de “recurso” fundamental para estas personas, de ahí que la valoración integral del caso deba incluir **las características de la red de cuidados en el hogar, y, si lo hubiera, la valoración exhaustiva de las necesidades del cuidador o cuidadora principal, explorando su salud física y psicológica, con especial atención a los síntomas de sobrecarga, stress, ansiedad o depresión y aislamiento social.**
- ✓ Un factor clave del éxito de la gestión de casos es la supervisión de la evolución del paciente, actualizando la valoración con la frecuencia adecuada a la complejidad, lo que permite incorporar colaboraciones o recurrir a recursos adicionales para lograr una situación estable lo antes posible.
- ✓ Las y los EGC, deberán garantizar esta supervisión adoptando una orientación proactiva para anticiparse a los problemas y prevenir complicaciones, situaciones de crisis y reingresos.

Valoración y estratificación de la Complejidad:

- ✓ El tipo y grado de intervención de la o el EGC está determinado por el nivel de complejidad de la persona y los criterios de resultados esperados
- ✓ En el Servicio Andaluz de Salud se estima conveniente avanzar en la valoración estandarizada de la complejidad pero en este momento no existe un instrumento validado que suscite el suficiente grado de acuerdo como para normalizar su uso en nuestra comunidad. Para avanzar en esta línea se propone el pilotaje de la versión en castellano de la escala INTERMED<sup>3</sup> (anexo 2), cuyo objetivo es proporcionar una rápida pero completa visión de la persona que necesita atención sanitaria, con vistas a planificar su asistencia desde una perspectiva multidisciplinar. La herramienta permite valorar las dimensiones, biológica, psicológica, social, y de relación con los servicios de salud de la persona, contemplando la trayectoria temporal de la situación, al recoger información sobre los antecedentes previos a la valoración, la situación actual y el pronóstico de futuro (27) (28) (29).

### Diseño del Plan de gestión del caso

El plan de gestión del caso constituye el eje que deberá completarse con los planes específicos a desarrollar por cada miembro del equipo de intervención, desde la perspectiva de su propia disciplina (plan de atención médica, plan de cuidados de enfermería y otros). El proceso de planificación debe relacionar las circunstancias de la persona (incluyendo la situación de la vivienda, las prestaciones sociales y la disponibilidad de cuidado informal) con las necesidades de atención.

- ✓ El objetivo de este proceso es trazar un plan que satisfaga las necesidades, con la prestación de servicios, por lo que es fundamental involucrar a la persona, y a quienes le apoyan en el cuidado, facilitando la toma de decisiones compartida y la elección entre posibles alternativas; la experiencia demuestra que es más probable un control efectivo de la enfermedad cuando la persona afronta la situación desde una posición activa y comprometida (30). La implicación y activación en esta fase de los y las profesionales con un papel relevante en la atención a la persona, es también un elemento clave del proceso de planificación.
- ✓ El objetivo principal del plan asistencial, desde el punto de vista de la gestión de casos, es proporcionar una estructura para el cuidado de la persona y para asegurar que los objetivos de los diferentes servicios estén alineados entre sí. Una vez diseñado, constituye una herramienta de

<sup>3</sup> La escala INTERMED fue diseñada por el European Consultation-Liaison Workgroup for General Hospital Psychiatry and Psychosomatics (ECLW), en un contexto de preocupación por la creciente fragmentación de la atención sanitaria, para aportar una visión biopsicosocial de los pacientes y mejorar la utilización de los recursos asistenciales. El INTERMED se ha validado en diferentes idiomas y demostrado en numerosos estudios su validez para anticipar cursos hospitalarios complicados y alta necesidad de cuidados al alta. La versión española ha sido validada por E. Lobo y colaboradores (27). Su utilización, mediante entrevistas llevadas a cabo por enfermeras entrenadas ha sido ampliamente documentada. El punto de corte para separar cursos previsiblemente complejos de los que no lo son se ha establecido en 20-21 puntos. El tiempo medio de cumplimentación de la escala es de 15 a 20 minutos.

referencia para explorar los servicios a incluir así como su frecuencia e intensidad.

En nuestro medio, el plan de gestión del caso debe permitir a la o el EGC:

- ✓ Identificar los diferentes servicios que deberán intervenir.
- ✓ Coordinar los servicios con los que mantener contacto.
- ✓ Asegurar que se establezcan los contactos con el conjunto de profesionales que debe intervenir, y que cada cual dispone de las referencias e información necesarias.
- ✓ Monitorizar los progresos reevaluando la situación de la persona, transmitiendo la información a quien deba hacer uso de ella, e incorporando los cambios oportunos.

El plan asistencial es un documento dinámico, que la o el EGC debe revisar continuamente para adaptarlo a las necesidades de atención, un instrumento de referencia que cambia conforme cambian las condiciones de la persona atendida. La planificación debe entenderse, por tanto, como un proceso continuo que hace posible proveer la atención que sea necesaria, a lo largo del tiempo.

### La coordinación de las intervenciones

Se dice que la coordinación de la atención es la esencia de la gestión de casos. Ello implica mantener la comunicación con las y los pacientes, las personas que cuidan y los diferentes profesionales y servicios que intervienen en el plan asistencial. En nuestro sistema, desarrollar este componente de coordinación supone para las y los EGC organizar la atención y colaborar en la atención directa, con mayor o menor intensidad dependiendo del caso, facilitando y complementando el trabajo de los equipos de referencia tanto en atención primaria como en el hospital.

Las y los EGC no se ocupan habitualmente de todo el cuidado de la persona, pero si asumen la responsabilidad de supervisar y coordinar la atención ofreciendo ayuda para “navegar” por el sistema, especialmente en el tránsito de un nivel asistencial a otro.

El apoyo para transitar por el sistema es muy importante en las personas que necesitan gestión de casos ya que, lo más frecuente, es que tengan que utilizar servicios y procesos de más de un proveedor, en cuyo caso, contar con un/ una profesional como punto fijo de referencia durante el curso de la atención, o al menos mientras dure la situación de complejidad, ha demostrado ser un elemento clave para garantizar la continuidad.

Las intervenciones más frecuentes de las gestoras y gestores de casos en este componente se describen con mayor detalle a continuación:

- ✓ Gestión del régimen terapéutico: las y los EGC garantizarán la adecuación, actualización y seguimiento del régimen terapéutico de la persona, incluyendo la titulación de fármacos, el fomento de la adherencia y la



prevención de efectos adversos<sup>4</sup>. Para ello se mantendrá comunicación frecuente con pacientes, personas que cuidan y profesionales de referencia.

- ✓ Apoyo al autocuidado: las y los EGC promoverán con intervenciones educativas y de asesoramiento que la persona (con o sin la ayuda de su red de cuidados) asuma o colabore (el nivel dependerá de la situación) a gestionar su propia salud.
- ✓ Representación y abogacía: una de las responsabilidades de las y los EGC es promover el acceso a los servicios, equipos o medicamentos identificados en el plan de atención, negociando si es necesario en nombre de la persona y haciendo valer sus derechos.
- ✓ Apoyo psicoemocional: el apoyo psicológico forma parte del proceso de construcción de una relación terapéutica profesional- paciente y constituye una estrategia clave para apoyar el autocuidado, mejorar el afrontamiento y la adherencia al régimen terapéutico así como promover la adaptación de la persona en las diferentes fases del padecimiento. El contacto regular EGC/ paciente le sitúa en condiciones óptimas para construir una relación terapéutica que genere confianza y contribuya al bienestar del o la paciente<sup>5</sup>
- ✓ Revisión y seguimiento: El plan asistencial debe permitir a los y las EGC verificar si la persona está recibiendo el conjunto de servicios adecuado a su situación. La frecuencia del seguimiento dependerá del nivel de complejidad y de las necesidades de la persona, puede llevarse a cabo a diario, semanal o mensualmente, hacerlo presencialmente, a través del teléfono o recurriendo a las TIC, personalmente o con la colaboración del equipo de atención directa, pero es muy importante que mientras se mantenga la necesidad de gestión del caso, se garantice un proceso de seguimiento que permite introducir los cambios necesarios en los planes de atención.

## El Cierre del caso

La gestión de casos es una modalidad de atención limitada en el tiempo destinada a evitar situaciones de crisis y complicaciones, por ello es esencial definir criterios claros de cierre del caso; la sostenibilidad del modelo a largo plazo y su capacidad de garantizar el acceso y soporte adecuado a las personas con mayor necesidad, depende de las posibilidades de descarga periódica de pacientes.

<sup>4</sup> Se estima que alrededor del 7% de los ingresos hospitalarios se asocian a efectos adversos de los medicamentos, muchos de los cuales se pueden prevenir (Pirmohamed et al 2004), y que entre un tercio y la mitad de los medicamentos prescritos a pacientes con condiciones crónicas de larga duración no se usan conforme a las recomendaciones (Nunes et al 2009).

<sup>5</sup> Existe abundante evidencia del apoyo psicosocial que se ofrece en la relación entre gestoras y gestores de casos y pacientes, aprovechando que aquellos les dedican relativamente más tiempo que el resto de profesionales, lo que hace que las personas se sientan más "atendidas" y sean proclives a compartir su estado de ánimo, preocupaciones y temores de una manera que no hacen con el resto de profesionales (Brown et al 2008; Leighton et al 2008). El contacto regular con las personas de referencia para la gestión del caso, y la escucha activa de alguien que conoce sus necesidades y preferencias se considera una fuente importante de apoyo entre pacientes y personas que cuidan, especialmente en las etapas de duelo (Sargent et al 2007), (Goodman et al 2010).

En la práctica, en nuestro sistema, utilizaremos tres criterios posibles de salida de la gestión de casos:

- ✓ Muerte de la persona. La o el EGC cerrará el caso una vez encaminado el proceso de duelo, de las personas que cuidaban, si las hubiera.
- ✓ Decisión de la persona de abandonar el servicio.
- ✓ Decisión del gestor o gestora de casos: el o la profesional en una decisión compartida con el equipo multidisciplinar, puede decidir la suspensión del servicio porque el nivel de complejidad haya disminuido hasta un punto que se considere manejable sin la gestión de casos, bien porque la atención se ha optimizado y el equipo de atención directa puede hacerse cargo de la situación sin la intervención de gestión de casos, o bien porque requiera un nivel de atención menos intensiva y continua.

## LA MONITORIZACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SERVICIO

El sistema de monitorización y evaluación debe ser útil, en primer lugar, para orientar la práctica profesional de los y las EGC hacia los factores críticos de éxito de la gestión de casos y, en segundo, aunque no menos importante, para ayudar a los equipos de dirección de las organizaciones a reconocer los elementos sobre los que poner énfasis en la gestión y mejora continua del servicio.

La reorientación del modelo de gestión de casos que se propone en este documento deberá ser validada a través de la evaluación. La batería de indicadores que se propone a continuación debe permitir:

- ⇒ Comparar las características de las personas atendidas por los y las EGC con las definidas para la población diana del servicio.
- ⇒ Identificar las desviaciones en los componentes clave del proceso de gestión de casos respecto al modelo definido.
- ⇒ Estudiar los resultados obtenidos en las diferentes áreas sobre las que se pretende incidir, su relación con los objetivos esperados y con las características del proceso.

A continuación se enuncia una batería exhaustiva de indicadores para la evaluación del servicio en atención primaria y hospitalaria.



PERFIL DE LA POBLACIÓN ATENDIDA		
	Indicador	Población de referencia
Atención Primaria	Personas incluidas en GC <sup>6</sup> según: sexo, grupo de edad, proceso asistencial (IC, EPOC, Paliativos...) y servicio de la cartera de AP al que estén asignadas (atención a personas que cuidan, personas Inmovilizadas o altas hospitalarias)	Personas citadas en agenda de EGC
	Citas según proceso asistencial y servicio de la cartera de AP en el que estén incluidas (atención a personas que cuidan, personas Inmovilizadas o altas hospitalarias)	Citas en agenda de EGC
Hospital	Personas atendidas <sup>7</sup> según sexo, grupo de edad y proceso asistencial (IC, EPOC, procesos oncológicos, enfermedades neurodegenerativas, procesos Oncológicos, paliativos, ACV...)	

CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA		
	Indicador	Población de referencia
Atención Primaria	Personas con IC compleja (NYHA III-IV) incluidas en GC	(1) Altas hospitalarias con IC/ año
		(2) Población con IC según prevalencia estimada
	Personas con EPOC y O2 domiciliario incluidas en GC	(1) Altas hospitalarias con EPOC/ año
		(2) Población con EPOC según prevalencia estimada
Personas con ICTUS complejos (BARTHEL<35) incluidas en GC	Altas hospitalarias con debut de ICTUS en el año	
	Personas captadas por EGC-AP para inclusión en Proceso de Cuidados Paliativos	Personas en PAI cuidados paliativos
Hospital	Personas con IC compleja (NYHA III-IV) incluidas en GC	Ingresos hospitalarios con IC /año

<sup>6</sup> Se considerarán sólo personas distintas

CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA		
	Indicador	Población de referencia
Hospital	Personas con EPOC y O2 domiciliario incluidas en GC	Ingresos hospitalarios con EPOC /año
	Personas que debutan con ICTUS complejos (BARTHEL<35) incluidas en GC	Ingresos hospitalarios por debut de ICTUS/año/año
	Personas captadas por EGC-H para inclusión en Proceso de Cuidados Paliativos	Ingresos hospitalarios en proceso de cuidados paliativos/ año

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN		
	Indicador	Población de referencia
Atención Primaria	Personas derivadas por EGC-H a EGC-AP	Personas incluidas en GC en el hospital
	Personas a quienes se ha realizado Planificación conjunta del alta entre EGC-H y EGC-AP	Personas dadas de alta incluidas en GC en el hospital
	Personas con problemas crónicos complejos (IC, EPOC, DM, ICTUS con criterios dintel) a quienes se ha realizado valoración de transferencia que incluya: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conciliación del tratamiento y adherencia</li> <li>• Necesidad de soporte de cuidados para dependencia</li> <li>• Necesidad de auto-monitorización de signos de alarma</li> <li>• Contactos en caso de descompensación</li> </ul>	Personas derivadas a EGC-AP
	Personas con quienes EGC-AP ha establecido contacto telefónico en las siguientes 48 horas a la transferencia del caso	Personas derivadas a EGC-AP
	Personas a quienes EGC-AP ha visitado en el domicilio en las siguientes 72 horas a la transferencia del caso	Personas derivadas a EGC- AP
	Personas a quienes EGC-AP ha derivado a su EF para monitorización de síntomas	Personas incluidas en GC de AP

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN		
	Indicador	Población de referencia
Atención Primaria	Contactos establecidos por la GC en personas con problemas crónicos complejos (IC, EPOC, DM, ICTUS Atención Primaria con criterios dintel) en el año	Personas con problemas crónicos complejos (IC, EPOC, DM, ICTUS con criterios dintel) en AP
	Contactos establecidos por profesionales distintos a EGC en personas con problemas crónicos complejos (IC, EPOC, DM, ICTUS con criterios dintel) en el año	Personas con problemas crónicos complejos (IC, EPOC, DM, ICTUS con criterios dintel) en cartera de AP
	Personas a quienes EGC-AP ha derivado a diferentes servicios, según servicio: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo social</li> <li>• Equipo móvil de RHB domiciliaria</li> <li>• Terapia ocupacional</li> <li>• Psicología</li> <li>• Recurso asociativo</li> <li>• Unidad de nutrición</li> <li>• Consulta de ICC</li> <li>• Unidad de ICTUS</li> <li>• Neumología</li> <li>• Cardiovascular</li> <li>• Podología</li> <li>• Consulta pie diabético</li> <li>• Estomaterapia</li> </ul>	Personas en GC en AP
	Personas en GC en AP incluidas en PAI Cuidados Paliativos o servicio a Personas Inmovilizadas, con registro del PAD en su historia.	Personas incluidas en PAI Cuidados Paliativos o servicio a Personas Inmovilizadas
Hospital	Estancias transcurridas entre ingreso y derivación a GC <sup>7</sup>	Personas incluidas en GC en el hospital
	Personas derivadas por EGC-H a EGC-AP	Personas en GC dadas de alta en el hospital/ año

<sup>7</sup> Evalúa proactividad en la derivación a GC. Resultado oscilará entre los valores 0 y 1: Mejor indicador con cifras bajas y peor indicador con cifras próximas a 1

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN		
	Indicador	Población de referencia
Hospital	Personas a quienes se ha realizado Planificación conjunta del alta entre EGC-H y EGC-AP.	Personas dadas de alta incluidas en GC en el hospital
	Personas a quienes EGC-AHP ha derivado a diferentes servicios, según servicio: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo social</li> <li>• Equipo móvil de RHB domiciliaria</li> <li>• Terapia ocupacional</li> <li>• Psicología</li> <li>• Recurso asociativo</li> <li>• Unidad de nutrición</li> <li>• Consulta de ICC</li> <li>• Unidad de ICTUS</li> <li>• Neumología</li> <li>• Cardiovascular</li> <li>• Podología</li> <li>• Consulta pie diabético</li> <li>• Estomaterapia</li> </ul>	Personas en GC en el hospital
	Personas en GC en el hospital, incluidas en PAI Cuidados Paliativos o servicio a Personas Inmovilizadas con registro del PAD en su historia.	Personas en GC en el hospital incluidas en PAI Cuidados Paliativos o servicio a Personas Inmovilizadas
	Personas con problemas crónicos complejos (IC, EPOC, DM, ICTUS con criterios dintel) a quienes se ha realizado valoración de transferencia que incluya: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conciliación del tratamiento y adherencia</li> <li>• Necesidad de soporte de cuidados para dependencia</li> <li>• Necesidad de auto-monitorización de signos de alarma</li> <li>• Contactos en caso de descompensación</li> </ul>	Personas en GC en el hospital derivadas a EGC-AP

ADHERENCIA AL RÉGIMEN TERAPÉUTICO		
	Indicador	Población de Referencia
Atención Primaria	Personas en GC en el hospital en cuya historia consta el diagnóstico de "Manejo efectivo del régimen terapéutico"	Personas en GC en AP que tienen al menos un ingreso en el hospital en el año
Hospital	Personas derivadas a EGC en AP en cuya historia consta el diagnóstico de "Manejo efectivo del régimen terapéutico"	Personas en GC en el hospital dadas de alta en el año

INGRESOS/REINGRESOS/ATENCIÓN DE URGENCIAS		
	Indicador	Población de referencia
Atención Primaria	Ingresos hospitalarios/ año de personas en GC en AP, por descompensación de IC	Personas con IC en GC en AP
	Visitas a los servicios de urgencias/ año (sin ingreso) de personas en GC, por descompensación de la IC	Personas con IC en GC en AP
	Visitas del DCCU/ año (sin ingreso) a personas en GC en AP, por descompensación de la IC	Personas con IC en GC en AP
	Ingresos hospitalarios/ año de personas en GC en AP oxígeno-dependientes, por descompensación de EPOC	Personas con EPOC oxígeno-dependientes en GC en AP
	Visitas a urgencias/ año (sin ingreso) en personas en GC de AP oxígeno-dependientes, por descompensación de la EPOC	Personas con EPOC oxígeno-dependientes en GC en AP
	Visitas del DCCU/ año (sin ingreso) en personas en GC de AP oxígeno-dependientes, por descompensación de la EPOC	Personas con EPOC oxígeno-dependientes en GC en AP
	Ingresos hospitalarios/ año en personas en GC de AP por complicaciones de ICTUS	Personas con ICTUS complejo en GC de AP
	Visitas a urgencias/ año (sin ingreso) en personas en GC de AP por complicaciones de ICTUS	Personas con ICTUS complejo en GC de AP
	Visitas del DCCU/ año (sin ingreso) en personas en GC de AP por complicaciones de ICTUS	Personas con ICTUS complejo en GC de AP

INGRESOS/REINGRESOS/ATENCIÓN DE URGENCIAS		
	Indicador	Población de referencia
Hospital	Ingresos hospitalarios/año de personas de pie diabético en GC -excluido el ingreso en que se captó-	Personas con pie diabético en GC de AP
	Ingresos hospitalarios/ año de personas en GC en, por descompensación de IC	Personas con IC en GC dadas de alta en el hospital
	Visitas a los servicios de urgencias/ año (sin ingreso) de personas en GC, por descompensación de IC	Personas con IC en GC dadas de alta en el hospital
	Visitas del DCCU/ año (sin ingreso) a personas en GC, por descompensación de IC	Personas con IC en GC dadas de alta en el hospital
	Ingresos hospitalarios/ año de personas en GC oxígeno-dependientes, por descompensación de EPOC	Personas con EPOC oxígeno-dependientes en GC dadas de alta en el hospital
	Visitas a urgencias/ año (sin ingreso) en personas en GC oxígeno-dependientes, por descompensación de EPOC	Personas con EPOC oxígeno-dependientes en GC dadas de alta en el hospital
	Visitas del DCCU/ año (sin ingreso) en personas en GC de AP oxígeno-dependientes por descompensación de la EPOC	Personas con EPOC oxígeno-dependientes en GC dadas de alta en el hospital
	Ingresos hospitalarios/ año en personas en GC, por complicaciones de ICTUS	Personas con ICTUS complejo en GC dadas de alta en el hospital
	Visitas a urgencias/ año (sin ingreso) en personas en GC, por complicaciones de ICTUS	Personas con ICTUS complejo en GC dadas de alta en el hospital

INGRESOS/REINGRESOS/ATENCIÓN DE URGENCIAS		
	Indicador	Población de referencia
Hospital	Visitas del DCCU/ año (sin ingreso) en personas en GC, por complicaciones de ICTUS	Personas con ICTUS complejo en GC dadas de alta en el hospital
	Ingresos hospitalarios/año de personas de pie diabético en GC -excluido el ingreso en que se captó-	Personas con pie diabético en GC dadas de alta en el hospital

ENTORNO DE CUIDADOS		
	Indicador	Población de referencia
Atención Primaria	Personas en GC con red de cuidados estudiada <sup>8</sup>	Nº de personas en GC
	Personas que cuidan en GC con DDE "Cansancio Rol del Cuidador" a quienes se ha valorado la NOC 2508: Bienestar del cuidador familiar/Nº de personas que cuidan en GC con DDE "Cansancio Rol del Cuidador"	Personas que cuidan en GC con DDE "Cansancio Rol del Cuidador"
	Personas que cuidan en GC con DDE "Riesgo de Cansancio Rol del Cuidador" a quienes se ha valorado las NOC 2208: Factores estresantes del cuidador y 2202 Preparación del cuidador familiar	Personas que cuidan en GC con DDE "Riesgo Cansancio Rol del Cuidador"
	Personas que cuidan en GC con DDE "afrontamiento familiar incapacitante" que han recibido asesoramiento sobre recursos para el cuidado (centros de día, institucionalización etc.)	Personas que cuidan en GC con afrontamiento familiar incapacitante
	Número de personas que cuidan en GC con intervenciones (según intervención): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar afrontamiento</li> <li>• Apoyo al cuidador</li> <li>• Guías del SS</li> <li>• Grupos de apoyo</li> <li>• Enseñanza cuidados directos</li> <li>• Fomentar la implicación familiar</li> <li>• Participación decisiones sanitarias</li> </ul>	Personas que cuidan en GC

<sup>8</sup> Se persigue que las y los EGC puedan contribuir a un reparto más equitativo de los cuidados en el hogar

ENTORNO DE CUIDADOS		
	Indicador	Población de referencia
Hospital	Personas en GC con red de cuidados estudiada <sup>9</sup>	Personas en GC
	Personas que cuidan en GC con DDE "Cansancio Rol del Cuidador" con intervenciones (NIC): Fomento de la implicación familiar y apoyo al cuidador principal.	Personas en GC
	Personas que cuidan en GC con DDE "Riesgo de cansancio Rol del Cuidador" con intervenciones (NIC): Fomento de la implicación familiar y apoyo al cuidador principal.	Personas en GC
	Personas que cuidan en GC con intervenciones: (según intervención): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar afrontamiento</li> <li>• Apoyo al cuidador</li> <li>• Guías del SS</li> <li>• Grupos de apoyo</li> <li>• Enseñanza cuidados directos</li> <li>• Fomentar la implicación familiar</li> <li>• Participación decisiones sanitarias</li> </ul>	Personas en GC

SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA		
	Indicador	Población de referencia
Atención Primaria	Personas que cuidan, en GC, con Índice SATISFAD obtenido	Personas cuidadoras en GC
	Personas en GC con índice SATISFAD obtenido	Personas en GC
Hospital	Personas que cuidan, en GC, con índice de satisfacción (NOC) obtenido	Personas cuidadoras en GC
	Personas en GC con índice de satisfacción (NOC) obtenido	Personas en GC



CALIDAD DE VIDA		
	Indicador	Población de referencia
Hospital	Personas con IC compleja en GC con MLHQL realizado	Personas con IC compleja en GC sin deterioro cognitivo
	Personas con EPOC oxígeno-dependientes en GC con CAT realizado	Personas con EPOC oxígeno-dependientes en GC sin deterioro cognitivo
	Personas con ICTUS complejos en GC con Escala de Calidad De Vida para el Ictus (ECVI-38)-CUIDADOR realizado	Personas con ICTUS complejos en GC

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Low L-F, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res.* 2011; 11:93.57.
- (2) Morilla-Herrera JC, Garcia-Mayor S, Martín-Santos FJ, Kaknani Uttumchandani S, Leon Campos Á, Caro Bautista J, et al. A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *Int J Nurs Stud.* 2016 JAN; 53: 290-307.
- (3) Oeseburg B, Wynia K, Middel B, Reijneveld S. Effects of case management for frail older people or those with chronic illness: A systematic review. *Nurs Res.* 2009; 58: 201---10.
- (4) Pimouguet C, Lavaud T, Dartigues JF, Helmer C. Dementia case management effectiveness on health care costs and resource utilization: A systematic review of randomized controlled trials. *J Nutr Health Aging.* 2010; 14:669---76.54.
- (5) Robinson L, Iliffe S, Brayne C, Goodman C, Rait G, Mant-horpe J, et al. Primary care and dementia. 2. Long-term care at home: Psychosocial interventions, information provision, career support and case management. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2010; 25:657---64.
- (6) Ziguras SJ, Stuart GW: A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv* 2000, 51:1410-1421
- (7) Goodwin N, Lawton-Smith S. Integrating care for people with mental illness: the Care Programme Approach in England and its implications for long-term conditions management. *Int J Integr Care.* e 2010, 10.
- (8) Gilbert JE, Green E, Lankshear S, Hughes E, Burkoski V, Sawka C. Nurses as patient navigators in cancer diagnosis: Review consultation and model design. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2011; 20: 228---36
- (9) Gabbay R, Lendel I, Saleem T, Shaeffer G, Adelman A, Mauger D, et al. Nurse case management improves blood pressure, emotional distress and diabetes complication screening. *Diabetes Res Clin Pract.* 2006; 71:28-35.
- (10) Ishani A, Greer N, Taylor B, Kubes L, Cole P, Atwood M, et al. Effect of nurse case management compared with usual care on controlling cardiovascular risk factors in patients with diabetes: A randomized controlled trial. *Diabetes Care.* 2011; 34: 1689-94.
- (11) Huw DW, Cashmore D, Newcombe RG, Roberts C, Vincent J, Elwyn G. Impact of case management by advanced practice nurses in primary care under unplanned hospital admissions: A controlled intervention study. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8: 115.
- (12) Chouinard MC, Hudon C, Dubois MF, Roberge P, Loignon C, Tchouaket E, et al. Case management and self-management support for frequent users with chronic disease in primary care: A pragmatic randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res.* 2013; 13: 49.
- (13) Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martín-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdrán-Mañas M, Millán Carrasco A, et al. 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.* MAR; 2008; 8:193.
- (14) Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clin.* 2014; 24(1):23-34
- (15) Boyd CM, Reider L, Frey K, Scharfstein D, Leff B, Wolff J, et al. The effects of guided care on the perceived quality of health care for multimorbid older persons: 18-month outcomes from a cluster-randomized controlled trial. *J. Gen. Intern. Med.* Mar; 2010; 25(3):235-42.
- (16) Boaden R, Dusheiko M, Gravelle H, Parker S, Pickard S, Roland M, et al. Evercare: Evaluation of the Evercare approach to case management: National Primary Care Research and Development Centre (NPCRDC). University of Manchester. 2006. Final report. Disponible en: <http://www.population-health.manchester.ac.uk/primarycare/npcrdc-archive/Publications/NOV06%20EVERCARE%20FINAL%20REPORT.pdf> (Consultado el 4 de mayo de 2016).

- (17) Ross S, Curry N, Goodwin N (November 2011). Case management What it is and how it can best be implemented. The King's Fund London W1G OAN. D. Disponible en [www.kingsfund.org.uk](http://www.kingsfund.org.uk) (Consultado el 5 de junio de 2016)
- (18) Decreto 137/ 2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, 4 de mayo de 2002; 52: 7127-34.
- (19) Gonzalo Jiménez E, Toral López I, Ruiz Barbosa C, Martín Santos FJ y Morales Asencio JM. Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía. Servicio Andaluz de Salud: Sevilla, 2002.
- (20) Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martín-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdrán-Mañas M, Millán Carrasco A, et al. 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. MAR; 2008; 8:193.
- (21) Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Manual de la gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en el hospital. Sevilla, 2006. Disponible en: [www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentos](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentos) (consultado el 25 de junio de 2010)
- (22) 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
- (23) Perteguer-Huerta I. la gestión de casos: haciendo camino. Enferm Clin. 2014; 24(3):159-161
- (24) Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Dirección de la Estrategia en Cuidados. Secretaría de Calidad y Modernización. Desarrollo Competencial en el Modelo de Gestión de Casos del SSPA. 2010. Informe. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=.../contenidos/gestioncalidad/desarrollocompetencial.pdf>
- (25) Revisión del Modelo de Gestión de Casos en el SSPA Grupo 7. Reorientación de la cartera de servicios (2014). Dirección de la Estrategia de Cuidados. Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.
- (26) Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Manual de Competencias de la Enfermera Gestora de Casos del Servicio Andaluz de Salud. 2012. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr\\_estratcuidados\\_2\\_2\\_5](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_estratcuidados_2_2_5)
- (27) Lobo E, de Jongeb P, Frits JH. Rabanaque M.J, Suárez J, Lobo A, et al. Predicción temprana de necesidades de intervención psicosocial especializada en pacientes con enfermedades pulmonares a partir de evaluaciones por enfermeras. Med Clin (Barc). 2008; 131(19):731-6
- (28) Lobo E, Bellido M, Campos R, Saz P, Huyse F, de Jonge P, et al. Primera validación en español del método INTERMED: Un sistema de temprana detección de problemas biopsicosociales y de consumo de servicios en pacientes médico-quirúrgicos. Med. Psicosom, 2003; 67 / 68.
- (29) Lobo E, Soto-Terceño N. Hacia un cuidado integral. Valoración de enfermería con el método INTERMED, de una paciente compleja. Enferm Clin.2010; 20(5):309-312
- (30) Hudon C, Chouinard MC, Diadiou F, Lambert M, Bouliane D. Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases: A Qualitative Study of Patient and Family Experience. Ann Fam Med 2015; 13: 523-528.

## Anexo 1. Equipo de trabajo de documentos previos

- Ana María Pérez Trujillo. EGC de Atención Primaria. DSAP Córdoba. Córdoba.
- Ana Medina Carmona. EGC de Atención Hospitalaria. HRU de Málaga.
- Antonio Rivas Campos. Subdirector de Enfermería. Hospital Virgen de las Nieves. Granada
- Bienvenida Gala Fernández. DECA. Consejería de Salud.
- Concepción Padilla Marín. Directora. DECA. Consejería de Salud
- Cristina Santa-Cruz Ballet. Trabajadora Social. UGC Trinidad. Málaga
- Fernando González Posada. EGC de Atención Hospitalaria. Hospital de Jerez. Cádiz
- Francisco Javier Martín Santos. Director de Cuidados. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga
- Guadalupe Cubillo Arjona. EGC de Atención Hospitalaria. Hospital Reina Sofía. Córdoba.
- Inmaculada Perteguer Huertas. EGC de Atención Hospitalaria. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.
- José Antonio González Pastor. Médico de Familia. Director UGC El Consuelo. Málaga
- José Miguel Morales Asencio. Profesor Titular Univ. de Málaga. Málaga.
- Magdalena Cuevas Fernández-Gallego. EGC de Atención Primaria. UGCs CSI-Teatinos y Portada Alta. Málaga
- Margarita Álvarez Tello. EGC de Atención Primaria. DSAP Sevilla. Sevilla.
- María Dolores Navarro Torrente. EGC de Atención Hospitalaria. Hospital Torrecárdenas. Almería.
- María Teresa Brea Ruiz. EGC de Atención Primaria. DSAP Sevilla. Sevilla.
- Miguel Duarte Rodríguez. EGC de Atención Primaria. DSAP Sevilla. Sevilla.
- Mónica Rodríguez Bouza. Coordinadora de Innovación en Cuidados. DECA. Consejería de Salud.
- Susana Pascual Lavería. FEA de Medicina Interna. Paliativista UCP de Málaga.

## Anexo 2. Escala INTERMED

Versión española del INTERMED. Validación por Lobo E, Bellido M, Campos R, Saz P, Huyse, De Jonge P (2003)

Adaptación al sistema sanitario de Andalucía de los criterios de la dimensión “Disponibilidad y facilidad de acceso a la atención sanitaria”, en el área de atención sanitaria

		ANTECEDENTES	ESTADO ACTUAL	PRONÓSTICO	
		<i>Cronicidad</i>	<i>Severidad de la enfermedad</i>	<i>Amenazas para la vida</i>	
BIOLÓGICO	0	Menos de 3 meses de disfunción física.	0 Sin síntomas, o síntomas reversibles sin esfuerzos intensivos.	0 No hay riesgo de limitaciones en las actividades de la vida diaria.	
	1	Más de 3 meses de disfunción física o varios periodos de menos de 3 meses.	1 Síntomas leves o moderados que no interfieren en el funcionamiento actual.	1 Riesgo leve de limitaciones en las actividades de la vida diaria.	
	2	Una enfermedad crónica.	2 Síntomas moderados con tendencia a graves que interfieren en el funcionamiento actual.	2 Riesgo moderado de limitaciones permanentes y/o sustanciales para las actividades de la vida diaria.	
	3	Varias enfermedades crónicas.	3 Síntomas graves que conllevan incapacidad para llevar a cabo cualquier actividad funcional.	3 Alto riesgo de complicaciones físicas con graves déficits funcionales permanentes y/o muerte.	
			<i>Incertidumbre diagnóstica</i>	<i>Retos diagnóstico-terapéuticos</i>	
	0	No ha habido periodos de complejidad diagnóstica.	0 Diagnóstico claro y/o tratamiento sin complicaciones.		
	1	Los diagnósticos y la etiología se aclararon rápidamente.	1 Diagnóstico diferencial claro y/o diagnóstico esperado con tratamiento claro.		
	2	Se resolvió el dilema diagnóstico pero tras un esfuerzo considerable.	2 Dificultad para diagnosticar y tratar por factores de origen físico y del tratamiento esperado.		
	3	No se resolvió el dilema diagnóstico a pesar de considerables esfuerzos.	3 Dificultad para diagnosticar y tratar por otros factores de origen diferente al físico que interfieren en el proceso de diagnóstico y tratamiento.		
		ANTECEDENTES	ESTADO ACTUAL	PRONÓSTICO	
PSICOLÓGICO	<i>Barreras para el afrontamiento</i>		<i>Resistencia al tratamiento</i>	<i>Amenazas para la salud mental</i>	
	0	Capacidad para manejar el estrés, tal como búsqueda de apoyo o hobbies.	0 Interesado en recibir tratamiento y deseando cooperar activamente.	0 No hay riesgo de trastorno psiquiátrico.	

	1	Restricción en la capacidad de afrontamiento, tal como necesidad de control, negación de la enfermedad o irritabilidad.	1	Algunas ambivalencias aunque deseando colaborar en el tratamiento.	1	Leve riesgo de síntomas psiquiátricos; pe, estrés, ansiedad, sentirse triste, abuso de sustancias o trastorno cognitivo; riesgo leve de resistencia al tratamiento (ambivalencia).
	2	Deterioro de la capacidad de adiestramiento, tal como quejas o abuso de sustancias pero sin impacto importante en el trastorno biológico, salud mental o situación social.	2	Resistencia considerable (no adherencia con hostilidad/indiferencia hacia los profesionales sanitarios).	2	Riesgo moderado de trastorno psiquiátrico que precisa atención psiquiátrica; riesgo moderado de resistencia al tratamiento.
	3	Mínima capacidad de afrontamiento, con comportamientos destructivos, como dependencia de sustancias, trastorno psiquiátrico, auto-mutilación o intento de suicidio.	3	Resistencia activa hacia los cuidados sanitarios.	3	Grave riesgo de trastorno psiquiátrico que requiere frecuentes visitas a urgencias y/o ingreso hospitalario psiquiátrico; riesgo de rechazo del tratamiento por trastorno psiquiátrico grave.
	Disfunción psiquiátrica		Síntomas psiquiátricos			
	0	Sin evidencia de disfunción psiquiátrica.	0	Inexistencia de síntomas psiquiátricos.		
	1	Síntomas psiquiátricos sin claros efectos en el funcionamiento diario.	1	Síntomas psiquiátricos leves (problemas de concentración o sentirse tenso).		
	2	Síntomas psiquiátricos sin claros efectos en el funcionamiento diario.	2	Síntomas psiquiátricos moderados (ansiedad, depresión o deterioro cognitivo leve).		
3	Ingreso(s) psiquiátrico (s) y/o efectos permanentes en el funcionamiento diario.	3	Síntomas psiquiátricos graves y/o alteraciones conductuales (violencia, conducta de autoinfligirse daños, delirium, psicosis o manía).			
SOCIAL	<b>ANTECEDENTES</b>		<b>ESTADO ACTUAL</b>		<b>PRONÓSTICO</b>	
	<i>Problemas con el trabajo y actividades de ocio</i>		<i>Inestabilidad de la vivienda</i>		<i>Vulnerabilidad social</i>	
	0	Tiene trabajo (incluyendo tareas del hogar, jubilación o estudios) y actividades de ocio.	0	Situación estable de vivienda; totalmente capaz de vivir independientemente.	0	No hay riesgo de cambios en la situación de vivienda; adecuado apoyo social e integración.
	1	Tiene trabajo (incluyendo tareas del hogar, jubilación o estudios) pero no tiene actividades de ocio.	1	Situación estable de vivienda con el apoyo de otros (familia, atención domiciliaria, o en un entorno institucional).	1	No hay riesgo de cambios en la situación de vivienda pero se necesita apoyo social adicional y/o mayor integración; pe, atención domiciliaria.

	2	En paro durante al menos los seis últimos meses, con actividades de ocio.	2	Situación inestable de vivienda (sin apoyo en casa o viviendo en refugio; se necesita un cambio de la actual situación de vivienda).	2	Riesgo de necesitar, ahora, ingreso temporal/ permanente en institución o residencia en un futuro previsible.
	3	En paro durante al menos los seis últimos meses, sin actividades de ocio.	3	Actualmente sin vivienda satisfactoria (pe, vivienda temporal o en un entorno peligroso; se necesita un cambio inmediato).	3	Riesgo de necesitar ingreso temporal o permanente en una institución o residencia.
	<i>Disfunción social</i>		<i>Apoyo social</i>			
	0	No hay disfunción social.	0	Ayuda fácilmente disponible de familia, amigos o conocidos, tales como compañeros de trabajo, a todas horas.		
	1	Leve disfunción social; problemas interpersonales.	1	Ayuda fácilmente disponible de familia, amigos o conocidos, tales como compañeros de trabajo, pero posibles retrasos.		
	2	Disfunción social moderada; pe, incapacidad para iniciar o mantener relaciones sociales.	2	Limitada ayuda disponible de familia, amigos o conocidos, tales como compañeros de trabajo.		
	3	Grave disfunción social; pe, verse envuelto en relaciones sociales perjudiciales o aislamiento social.	3	No hay ayuda disponible de familia, amigos o conocidos, tales como compañeros de trabajo.		
ATENCIÓN SANITARIA	ANTECEDENTES		ESTADO ACTUAL		PRONÓSTICO	
	<i>Acceso a los cuidados/ atención sanitaria</i>		<i>Disponibilidad y facilidad de acceso a la atención sanitaria</i>		<i>Barreras del sistema sanitario</i>	
	0	Acceso adecuado a los cuidados (atención sanitaria)	0	Requiere sólo la atención del equipo básico de atención primaria (o de salud mental/ drogodependencias) y/o facilidad de acceso al entorno clínico.	0	No se prevén barreras de acceso y/o coordinación en los servicios requeridos.
1	Alguna limitación en el acceso a los cuidados (atención sanitaria) debido a problemas de disponibilidad de servicios, razones geográficas, de idioma o barreras culturales.	1	Además del equipo básico de atención (o de salud mental/ drogodependencias) requiere la implicación de otros profesionales de AP y/o especialistas del hospital, fácilmente accesibles.	1	Ligero riesgo de dificultades en la atención requerida: problemas de disponibilidad o lejanía de los servicios, limitada comunicación entre profesionales y coordinación de los cuidados.	



2	Dificultad de acceso debido a problemas con el seguro, razones geográficas, de idioma o barreras culturales.	2	Requiere que se involucren en la atención múltiples especialistas del hospital y / u otras instituciones separados entre sí, con dificultades de coordinación.	2	Riesgo moderado de dificultades en la atención requerida: problemas de disponibilidad o lejanía de los servicios, barreras de comunicación en incoherencias entre los servicios.
3	No hay acceso adecuado debido a problemas con el seguro, razones geográficas, de idioma o barreras culturales.	3	Requiere hospitalización, con múltiples especialistas involucrados y/o se encuentra en fase de transición (de AP al hospital o en sentido inverso) con dificultades de coordinación y/o acceso a servicios.	3	Grave riesgo de dificultades en la atención requerida: imposibilidad de acceso a los servicios, resistencia a la comunicación y coordinación de cuidados.
<i>Experiencias con el tratamiento</i>		<i>Coordinación</i>			
0	No ha habido problemas con los profesionales de la salud.	0	Buena comunicación entre profesionales. Documentación unificada y coordinación adecuada.		
1	Alguna experiencia negativa con los profesionales de la salud (propia o de algún familiar)	1	Comunicación y coordinación entre profesionales limitada, alguna barrera de acceso a la información clínica. El equipo básico de AP, o el equipo de referencia hospitalario, coordinan los servicios.		
2	Ha requerido segunda opinión o cambio de médico más de una vez; múltiples proveedores y problemas para mantener a los preferidos de manera estable.	2	Prácticamente no hay comunicación y coordinación entre los profesionales involucrados con barreras persistentes de acceso a la información clínica. No hay equipo habitual de referencia para la atención.		
3	Repetidos conflictos con los profesionales, frecuentes visitas a urgencias o ingresos involuntarios, la persona se ha visto forzada a permanecer con un proveedor no deseado debido a los costes, a las opciones de la red de servicios, o a otros motivos.	3	No hay comunicación y coordinación entre los profesionales involucrados, con falta de acceso a la información clínica. Se utilizan las urgencias de AP u hospitales ante problemas que no requieren atención urgente.		

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

**Complejidad alta (> de 39 ptos.)**

La EGC tendrá ante sí un caso de su cartera de clientes para una intervención de alta intensidad, que se relaciona con un tiempo de dedicación alto, una batería



de intervenciones compleja y una estrategia de seguimiento y revaloración de alta intensidad y frecuencia.

**Complejidad media (entre 30 y 39 ptos.)**

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

**Complejidad baja (< de 30 ptos.).**

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





MGC



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD**