

# La gestión de casos en el contexto socio-sanitario

## Case management in social & health context

Alicia Sarabia-Sánchez<sup>1</sup>

### Resumen

La necesidad de intervención de las áreas social y sanitaria para la atención a las personas con enfermedades crónicas complejas que precisan también apoyo social ha dado lugar a la puesta en marcha de programas de atención integral social y sanitaria en los que se promueve la gestión de casos como método de intervención. Este artículo trata de acotar este método y su adecuación al entorno de trabajo con personas que necesitan la colaboración de ambos sistemas para su atención.

**Palabras clave:** Gestión de casos, gestión de los cuidados, interdisciplinariedad.

### Abstract

The necessity of intervention in social and health care areas in order to attend to people with complex chronic diseases also in need of social support, has led to the implementation of programs of comprehensive social and health assistance. In this context, case management is promoted as a method of intervention. This article tries to define this method and its adaptation on working with people who need the cooperation of both systems for care.

**Key words:** Case management, care management, interdisciplinary nature.

*Para citar el artículo:* SARABIA-SÁNCHEZ, Alicia. La gestión de casos en el contexto socio-sanitario. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre 2015, n. 206, páginas 95-107. ISSN 0212-7210.

<sup>1</sup>Diplomada en Trabajo Social y licenciada en Sociología. Investigadora social. [alicia.sarabia@gmail.com](mailto:alicia.sarabia@gmail.com)

### El contexto actual: nuevas necesidades

En una sociedad en permanente cambio como es la actual, resulta complicado delimitar de manera tan clara como en épocas anteriores los campos de actuación de cada profesión.

Por una parte, el mercado laboral de hoy en día exige a los trabajadores, además de los conocimientos y habilidades propios de su disciplina, características como flexibilidad, capacidad de liderazgo, destrezas para el trabajo en equipo, iniciativa para la innovación, adaptabilidad, capacidad de análisis o habilidades en la resolución de problemas, por mencionar solo algunos de estos nuevos requerimientos. Sin embargo, éstos no son objeto de ninguna disciplina en concreto, ni se estudian como tales en ninguna Universidad, sino que son competencias transversales que cualquier trabajador de hoy día debe tener, por lo que no delimitan campos de actuación profesional.

Por otra parte, se ha producido una evolución en la percepción de los ciudadanos como titulares de derechos y no como meros receptores de servicios, aún en el actual contexto de deconstrucción conceptual y práctica del Estado del Bienestar. Esto obliga a profesionales e instituciones a organizar sistemas que den respuesta a las demandas de estos ciudadanos a la vez que se ajustan los modos de funcionamiento para mejorar la eficiencia en la utilización de unos recursos que siempre resultan escasos. De esta manera surgen la multidisciplinariedad y la interdisciplinariedad, que hacen todavía más borrosos los límites tradicionales entre las competencias de cada profesional.

En este entorno, los profesionales de la

salud y de lo social (entre otros) nos enfrentamos al doble reto de responder tanto a las exigencias de los nuevos modelos organizativos de las entidades para las que trabajamos como a las nuevas demandas de los usuarios.

Uno de los contextos en los que más palpable se hace este cambio es el denominado “espacio socio-sanitario”, en el que concurre, además, un tercer elemento: la confluencia de dos sistemas prestacionales de muy diferentes características y envergadura.

Así, el sistema sanitario, por su parte, presenta un largo recorrido histórico, un alto grado de estructuración y normatividad, una estructura jerárquica bien establecida, una definición y delimitación de roles profesionales de larga tradición y profundamente arraigada, así como unas expectativas claras por parte de los usuarios. Además, la ampliación del derecho a la atención sanitaria a la gran mayoría de la población, la existencia de una cartera de servicios garantizados y la asignación a los ciudadanos de un profesional de referencia (el médico de cabecera) la convierten en algo inserto en la vida cotidiana de las personas cuya utilización se asume con naturalidad, ya que todo ser humano, rico o pobre, puede tener problemas de salud que requieran de estos servicios.

Sin embargo, la situación de los servicios sociales es muy diferente. En primer lugar se trata de un sistema de muy reciente construcción: los servicios sociales en España se construyeron en su configuración actual a partir de los años 80 del siglo pasado; es decir, aunque había estructuras y recursos previos, la organización actual tiene menos de 40 años de vida, lo cual desde una perspectiva histórica es un lapso muy breve, y desde el punto de vista organizacional resulta un periodo escaso para haber alcanzado una ver-

dadera consolidación. Además, la transferencia de las competencias en esta área a las comunidades autónomas ha provocado una diferenciación tanto reguladora como organizativa entre los distintos territorios del país. A ello hay que sumar las competencias genéricas que la normativa que regula las administraciones locales ha atribuido a éstas en esa materia y que ha dado lugar a la implantación en los municipios de diferentes recursos en función de las decisiones de cada corporación local, sin que se estructurase una verdadera red que responda a una planificación supraterritorial de necesidades, sino a una mera yuxtaposición de recursos. Así pues, encontramos normas distintas según la zona, titulares diferentes para recursos parecidos, prestaciones desiguales en localidades cercanas (tanto geográfica como poblacionalmente), estructuras profesionales y organizativas heterogéneas. A ello hay que añadir una característica más de los servicios sociales: no son un derecho de los ciudadanos sino prestaciones dependientes de la disponibilidad presupuestaria, que además no suelen recibir asignaciones suficientes por parte de quienes se encargan de priorizar la distribución de los recursos económicos. Todo ello ha convertido a los servicios sociales en un conjunto de sistemas dispares que son percibidos, en general, como algo a lo que no se tiene derecho a menos que se sea pobre y sin red familiar de apoyo. Esta visión de los servicios sociales como un último recurso para quienes carecen de los medios económicos y/o familiares para solventar sus propios problemas causa que una porción considerable de la población se sienta remisa a acudir a este sistema, lo que a su vez perpetúa la imagen de los servicios sociales como algo residual a lo que no es ne-

cesario dedicar más fondos ni recursos puesto que es para un sector marginal (y muchas veces marginado) de la población. No obstante, esta perspectiva está cambiando a raíz de la aparición de la Ley de promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (LAPAD), que al instaurar una serie de prestaciones y servicios como un derecho universal ha abierto la puerta de los servicios sociales al conjunto de la población.

En este contexto, estos sistemas (el sanitario y los de servicios sociales) deben dar respuesta a las nuevas situaciones que están surgiendo debido a algunos de los cambios sociológicos que están teniendo lugar en la sociedad. Los más relevantes respecto al tema que nos ocupa son, entre otros:

- La mayor esperanza de vida y por tanto el aumento del número de personas mayores, con las inevitables secuelas que el envejecimiento causa en el estado de salud y la dependencia funcional, tal y como muestran los datos del INE (1).
- La disminución de la natalidad en la población autóctona, que implica una mayor proporción de personas mayores respecto a las jóvenes de sus propias familias, como señala Gil Alonso.
- La mayor prevalencia de situaciones de discapacidad y enfermedad crónica causada por los avances médico-sanitarios, que permiten una mayor supervivencia ante enfermedades y accidentes antes mortales.
- La incorporación generalizada de la mujer al mercado laboral, según recogen LARRAÑAGA y ECHEBERRÍA, que disminuye el número de posibles cuidadores familiares.

- La mayor movilidad geográfica de los trabajadores causada por un mercado laboral inestable, según indican entre otras las fuentes Hays y Nueva Empresa, que debilita la disponibilidad de las redes familiares y vecinales de apoyo.
- El aumento respecto a épocas anteriores de las familias monoparentales cuya responsable es una mujer sola con hijos (INE (2)) (lo que está denominando “familias monomarentales”), lo que incrementa su dificultad para ejercer, además, de cuidadora de personas ajenas al núcleo familiar.

Todas estas circunstancias han dado lugar a una creciente población de personas que, ante una situación de discapacidad o enfermedad crónica, carecen de los recursos sociales de soporte necesarios para afrontarla de manera autónoma y precisan por tanto del apoyo de las instituciones sanitarias y sociales simultáneamente. Sin embargo, la disparidad entre ambos sistemas, como hemos visto anteriormente, así como la falta de conexión entre ellos, crean huecos en la continuidad asistencial a través de los cuales caen los ciudadanos, y en estas caídas corren el riesgo de empeorar notablemente su situación.

### Algunos retos a afrontar

En este contexto social y sanitario, y para dar respuesta a las necesidades expuestas, han ido surgiendo varios programas socio-sanitarios como modos de coordinación favorecedores de la continuidad asistencial dentro de las redes y los dispositivos implicados. Esta interacción de las diferentes redes y dispositivos pretende la óptima utilización de las capacidades y recursos de

los sistemas, de forma que se configuren progresivamente como una red interrelacionada e integrada de servicios a los usuarios, sin perjuicio de las competencias de cada departamento propias de su ámbito, sanitario o social. Todo esto implica generar una visión interdisciplinaria y transversal, imprescindible en la intervención de los profesionales que atienden y asesoran a las personas que sufren una problemática de salud y presentan a la vez problemas sociales. Se trata, en definitiva, de crear un modelo de interacción de los servicios sanitarios y sociales, elaborando planes de trabajo interdepartamental, que contribuya a generar un modelo de intervención global coordinada, con una misma visión de conjunto que tenga en cuenta la persona. Se busca también la interacción entre la red de atención especializada de salud y los servicios sociales básicos, para establecer mecanismos de coordinación que permitan hacer efectivas las necesidades de atención especializada, la continuidad asistencial y la prestación de servicios sociales, generando vías de interacción donde las personas y sus necesidades sean el centro de los servicios. Se pretende facilitar la continuidad asistencial en el domicilio para prevenir que las estancias hospitalarias se prolonguen inadecuadamente.

El desarrollo de los programas socio-sanitarios supone dar un impulso importante al modelo integral social y sanitario de atención a las personas. Esto conlleva la necesidad de llevar a cabo una reflexión sobre algunos aspectos funcionales relacionados con el desarrollo de la labor de los profesionales implicados y comporta una readaptación en la manera de hacer trabajo social tanto desde el ámbito de salud como desde servicios sociales. Así pues, los trabajadores

sociales nos encontramos con algunos retos profesionales concretos como serían:

1. La necesidad de diálogo y coordinación entre trabajadores sociales de diferentes instituciones: Con mucha frecuencia, y debido a las características antes reseñadas de los servicios sociales, las diversas instituciones de esta rama están profundamente desconectadas. Así, la atención primaria que realizan los municipios suele tener escasa conexión con los gestores de los recursos especializados (que suelen ser de ámbito supramunicipal: comarcal, provincial o autonómico) más allá de la tramitación puramente administrativa; y la información y coordinación no tiene lugar con la fluidez necesaria para abordar las situaciones de necesidad de los ciudadanos de manera integral. Ello se hace patente, por ejemplo, en las dificultades que habitualmente tiene la programación de altas hospitalarias respecto a la habilitación de recursos sociales en el entorno comunitario. Para dar respuesta en el marco de la coordinación sociosanitaria, son necesarios dos cambios. Uno institucional, ya que es necesario e imprescindible realizar las modificaciones organizativas y estructurales necesarias para hacer posible esta cooperación entre los distintos prestadores de servicios sociales, de manera que se pase de la actual coordinación informal a un modelo formalizado y con soporte institucional de trabajo en común. Esta modificación organizativa y estructural debe tener en cuenta la centralidad y la globalidad del usuario para flexibilizar

la oferta de manera que sea ésta la que se adecue a las necesidades, y no al contrario como suele ocurrir en la actualidad. Por otra parte, los trabajadores sociales de ambos ámbitos deberán instaurar cauces de cooperación y diálogo interdepartamentales operativos y vencer las resistencias provocadas por la pertenencia a distintos organismos administrativos. Además, sería imprescindible integrar en esta red de cooperación a los prestadores privados de servicios sociales (comerciales y no comerciales), rompiendo la dicotomía público/privado para alcanzar una eficacia real de las intervenciones.

2. La necesidad de diálogo y coordinación entre profesionales sanitarios y sociales: partiendo de la diferente posición y estatus de sus respectivos ámbitos, una de las quejas más frecuentes de los trabajadores sociales que ejercen en el entorno sanitario es la escasa relevancia que los profesionales de este sector suelen conceder al trabajo social. La visión tradicional de la función de los profesionales sanitarios como “sanadores” de enfermedades les ha hecho obviar en muchas ocasiones que la salud va más allá de la ausencia de enfermedad y abarca otros ámbitos como el emocional y el social. Por ello, sería necesaria una reformulación de los contenidos tradicionales de la atención a la salud en el sistema sanitario para incluir a los profesionales de lo social como miembros de pleno derecho de los equipos. Más aún, esta nueva conceptualización debería incluir no solo

a los trabajadores sociales del ámbito sanitario, sino hacerse extensiva a todos los servicios sociales entendiéndolos, para que pueda producirse un diálogo en igualdad de condiciones, como agentes de salud y elementos fundamentales para el abordaje de la atención integral a los ciudadanos con necesidad de intervención socio-sanitaria.

3. El trabajo en equipos interdisciplinarios y el reparto de roles: la propia naturaleza de la coordinación socio-sanitaria implica las exigencias de cooperación, integración de sistemas, interdisciplinariedad, transversalidad o continuidad asistencial. Este concepto de la atención a personas con necesidades tanto sanitarias como sociales hace necesario delimitar las competencias propias de cada uno de los profesionales participantes, de modo que interdisciplinariedad no se convierta en sinónimo de “todo el mundo puede hacer cualquiera de las tareas y funciones”, especialmente en detrimento del trabajo social. Si bien la flexibilidad de roles es necesaria para garantizar la cobertura de las necesidades de los usuarios, también es importante garantizar el nivel de calidad en el contenido de cada uno de los servicios y prestaciones del sistema. De lo contrario, se corre el riesgo de caer en uno de los fallos tradicionales de los servicios sociales (como buenos herederos de la beneficencia): puesto que se suele pensar que todos los que están en ese campo lo hacen porque son buenas personas, cualquier buena persona puede hacer cualquie-

ra de las tareas y funciones propias del trabajo social. Esto, que puede parecer una caricatura para los ajenos a este ámbito, suele ser una realidad palpable en algunas parcelas de la intervención social.

En esta situación, nos encontramos con que algunos de los nuevos programas orientados hacia la coordinación socio-sanitaria promueven la implantación del método de trabajo denominado gestión de casos.

### La gestión de casos como respuesta

El “case management”, que se ha traducido como “gestión de casos”, surgió en Estados Unidos en los años 70 para afrontar la fragmentación en la provisión de servicios. De hecho, su situación era muy similar a la nuestra actual: en los ámbitos de la educación, la sanidad y los servicios sociales, cada estamento (atención primaria, atención especializada, atención institucional, niveles local, provincial, regional, departamental, estatal) se regía por sus propias normas, que, la mayoría de las veces, no tenían en cuenta la coordinación con el resto. Cada nivel asistencial era concebido como un mundo en sí mismo, ajeno a lo que pasase fuera de él. En esta situación, tanto los usuarios como los profesionales se cuestionaban la fragmentación de las intervenciones por parte de cada uno de estos niveles de atención, que no tienen en cuenta que la persona es sólo una, que sus circunstancias son cambiantes y que la tipología e intensidad de las intervenciones han de variar de forma tan fluida como lo hace la vida del ser humano.

Los orígenes de la gestión de casos propiamente dicha se hallan en la que se podría

traducir como Ley estadounidense de Servicios Enlazados (*Allied Services Act*) de 1971, que reconocía la necesidad de mejorar la interrelación entre los programas de ámbito estatal y local de los departamentos de Salud, Educación y Bienestar. Para ello se implantaron una serie de proyectos piloto de mecanismos de coordinación, principalmente a nivel local, que incluían el desarrollo de nuevos sistemas de información y referencia, sistemas de seguimiento de clientes, centros de servicios integrales y procedimientos de gestión de casos.

Esos proyectos piloto se desarrollaban mediante un “nuevo” modo de intervención al que se denominó “case management”, que iba destinado a proporcionar una atención integral e integrada en la que el cliente y sus necesidades fueran el centro de la intervención, y que incluía una función de promotor de cambios en el sistema. La aplicación de este método a los distintos ámbitos de necesidades sociales dio lugar a diferentes formas de “hacer” gestión de casos, principalmente en función del grupo poblacional en el que se aplicaran. Uno de los ámbitos en que con más fuerza se impuso este método fue en el de los cuidados de larga duración y el de los pacientes con necesidades complejas de atención, el “care management”. La similitud entre las palabras “case” (caso) y “care” (cuidados) ha provocado que en numerosas ocasiones se utilicen como sinónimas y se confundan la una con la otra, reduciendo la gestión de casos a gestión de los cuidados. Incluso, en un contexto de reducciones presupuestarias, se han llegado a asimilar estos dos términos con un tercero, el “managed care”, cuya función principal es controlar los costes mediante la adecuada asignación de los recursos más económicos que sean apropiados.

En el párrafo anterior hemos resaltado la palabra “nuevo” al referirnos al método de gestión de casos porque, como sostienen AUSTIN y MCCLELLAND, resulta irónico que se considere a la gestión de casos como uno de los “nuevos” abordajes más populares cuando en realidad las raíces de la gestión de casos se remontan a los inicios del trabajo social y al énfasis que Mary Richmond ponía en la importancia que tenían los enfoques centrados en el cliente para la coordinación y la cooperación entre agencias.

Fruto de estos fundamentos, la gestión de casos en Estados Unidos bebió inicialmente de las fuentes del trabajo social. Sin embargo, su adopción en el Reino Unido, donde existía un sistema sanitario sólido como el español, dio lugar a su aplicación mayoritariamente en el ámbito de la salud. Esto, junto a la similitud fónica con el “care management” y a la tradicional preponderancia del sistema sanitario sobre el de servicios sociales, ha causado que su aplicación en el contexto europeo se ha ido escorando hacia su concepción como servicio en el marco sanitario, y por tanto como propia de los profesionales sanitarios.

Pero, ¿qué es en realidad la gestión de casos? Aunque hay numerosas definiciones, reseñaremos algunas de las más relevantes:

Según INTAGLIATA, la gestión de casos es “un proceso o método dirigido a garantizar que se proporcionan al consumidor cualesquiera servicios que necesite, de forma coordinada, efectiva y eficiente”.

Austin afirma que “la gestión de casos es vista de forma amplia como un mecanismo dirigido a vincular y coordinar segmentos de un sistema de provisión de servicios [...] para garantizar [...] el programa más integral para satisfacer las necesidades de atención de un cliente individual”.

La Asociación Nacional de Trabajadores Sociales de EE.UU. define la gestión de casos como “un método de provisión de servicios en el que un profesional del trabajo social valora las necesidades del cliente, y de su familia cuando sea adecuado, y organiza, coordina, monitoriza, evalúa y apoya (media) un grupo de múltiples servicios para satisfacer las necesidades complejas de un cliente específico... La gestión de casos en trabajo social tiene naturaleza tanto micro como macro, y la intervención tiene lugar tanto en el nivel del cliente como en el del sistema”.

### ■ No se debe usar la “gestión de casos” como término paraguas que incluya cualquier intento de coordinación de servicios.

Como advierte HUNTER, no se debe usar la “gestión de casos” como término paraguas que incluya cualquier intento de coordinación de servicios. Tampoco, como se ha comentado antes, hay que confundirla con la “gestión de los cuidados” (care management) ni con el *managed care* (que está diseñado para evitar o acortar al máximo la hospitalización y reducir sus costes), con el “trabajador de referencia” (cuyo papel es mucho más limitado, adscrito a un servicio concreto y por un tiempo limitado) o con los “coordinadores” (que están orientados hacia la gestión de los servicios y no hacia las necesidades del usuario).

A pesar de las diversas formas que puede adoptar la gestión de casos, existe consenso profesional sobre sus funciones fundamentales, independientemente de cómo se apliquen en la práctica en cada contexto. Así, la gestión de casos incluye el desarrollo

secuencial de todos y cada uno de los siguientes pasos:

- Acotar el ámbito: es necesario definir claramente la esfera de acción del programa concreto, con el fin de seleccionar a los destinatarios más adecuados.
- Cribado: supone la valoración inicial de los potenciales usuarios para establecer su elegibilidad según su adecuación al perfil de población diana seleccionado.
- Valoración integral: se trata de recoger información en profundidad sobre la situación social de una persona y su entorno y sobre su funcionamiento físico, mental y psicológico, lo cual permite la identificación de las necesidades de dicha persona y sus necesidades de apoyo. Suele incluir el uso de instrumentos estandarizados de valoración y puede tener tres enfoques: sobre los problemas, sobre las necesidades o sobre las fortalezas.
- Planificación del caso: con la información recogida durante el proceso de valoración, el gestor de casos y el usuario realizan conjuntamente una prescripción escrita y formalizada (un “paquete”) de servicios. Existe el riesgo, que debe ser tenido en cuenta, de enfocar la planificación en función de los servicios disponibles, y no en función de las necesidades del interesado y su plan de intervención adecuado. En este sentido, el gestor de casos tiene que buscar las alternativas que mejor se adecuen al perfil del usuario, procurando lidiar con la estandarización de los servicios propia de los sistemas burocráticos.
- Implementación del plan y concertación de servicios: es el proceso mediante el



cual, como apoyo al usuario (o sustitución si éste no pudiera), se establece contacto con los servicios, tanto formales como informales, incluidos en el plan de atención, para la prestación efectiva de dichos servicios. Normalmente implica negociaciones con los distintos proveedores de estos servicios.

- Puesto que no es posible implementar con éxito el plan de atención si la comunidad no tiene suficiente oferta de servicios, una función que algunos autores añaden, complementaria a la anterior, es la de la defensa de los intereses del usuario frente a los proveedores de servicios para obtener los servicios adecuados y frente a la organización burocrática para que ponga en marcha los servicios necesarios.
- Seguimiento: permite al gestor responder rápidamente a los cambios en la situación del usuario y aumentar, disminuir o suprimir la prestación de los servicios según sea necesario en cada momento. Su frecuencia es variable, dependiendo de la intensidad de las necesidades del individuo y su entorno, su previsible cronicidad y del tipo de servicio que se está dispensando. El grado de reacción a los cambios en las necesidades del usuario puede tener un fuerte impacto tanto en su bienestar como en el coste de los servicios.
- Re-valoración: puede ser preestablecida o realizarse en respuesta a cambios detectados durante el seguimiento. En ella se valoran de nuevo la situación y funcionamiento del usuario para identificar cambios desde la anterior valoración. Las re-valoraciones preestablecidas sir-

ven también para comprobar los avances hacia las metas recogidas en el plan.

Moxley (1989) añade otra función que considera fundamental:

- Implicación: significa la creación de una relación de apoyo del gestor de caso con sus usuarios, en función de las necesidades y los deseos de éstos.

Según Austin, los objetivos referidos al apoyo a las personas que necesitan cuidados de larga duración han de ser de dos tipos:

#### **Orientados hacia el usuario:**

- Asegurar que los servicios proporcionados son adecuados para las necesidades de ese usuario específico.
- Supervisar las condiciones del usuario para garantizar la adecuación de los servicios.
- Servir como único punto de contacto que coordina la provisión de servicios que provienen de sistemas distintos y fragmentados.
- Mejorar el acceso y la continuidad de y entre los servicios.
- Apoyar a los cuidadores y personas de apoyo del usuario.
- Servir de enlace entre el sistema institucional (basado en instituciones) y el sistema de atención basado en la comunidad.

#### **Orientados hacia el sistema:**

- Identificar carencias y fallos de servicios en la comunidad.
- Facilitar el desarrollo de más servicios en la comunidad.
- Promover la calidad y la eficiencia en la provisión de servicios.
- Mejorar la coordinación entre los proveedores de servicios.

- Prevenir institucionalizaciones inadecuadas mediante la detección de casos susceptibles de atención en el entorno mediante la gestión de casos.
- Controlar los costes, especialmente a los más caros, examinando su adecuación y la ausencia de alternativas más eficientes.

La provisión de servicios y el funcionamiento de los programas están sometidos a una serie de parámetros fiscales, programáticos y organizativos, entre los cuales Sullivan identifica nueve variables clave: duración de los servicios; intensidad del contacto; enfoque del servicio; disponibilidad del servicio; lugar de la intervención; dirección por el usuario; capacitación de los profesionales; autoridad de los profesionales; y estructura del equipo. Cada una de ellas influye en cómo se lleven a cabo las funciones de la gestión de casos. Por tanto, la gestión de casos puede ser implementada en múltiples formas que variarán en cuanto a la intensidad de cada uno de los parámetros mencionados, conformando procedimientos similares aunque no iguales. De hecho, la gran flexibilidad de la gestión de casos es uno de sus mayores atractivos, ya que permite su adaptación a las características tanto de los usuarios particulares como de los entornos culturales en que se aplique.

La realización de estas tareas requiere una amplia preparación por parte del gestor de caso. Es preciso un conocimiento profundo del sistema local de provisión de servicios, de los proveedores, de los servicios, de los programas, de los requisitos de acceso a cada uno de ellos, de la gestión económica; exige habilidades de valoración, empatía, negociación y capacidad de planificación y resolución de problemas flexible y creativa. Las destrezas fundamentales que debe tener un gestor de casos incluyen:

**De valoración:** debe incluir a todos los individuos significativos de la vida del usuario y explorar todos los factores incidentes y todas las fortalezas existentes. Se ha de analizar la interrelación entre los factores físicos, contextuales, conductuales, psicológicos, económicos y sociales y se deben valorar los apoyos formales e informales, el funcionamiento social, los aspectos económicos y de vivienda y los factores culturales e ideológicos (incluyendo los religiosos).

**De gestión:** la gestión de casos tiene, en algunas intervenciones, aspectos gerenciales (por ejemplo, con personas incapacitadas mentalmente que carecen de familiares de apoyo). Por tanto, es necesario tener destrezas en la toma de decisiones. También es aspecto fundamental la relación interpersonal, por lo que es fundamental la presencia de habilidades de comunicación y empatía, la capacidad de aceptar las diferencias (de edad, de raza, de principios o creencias) y la facilidad para relacionarse simultáneamente con diversos entornos (empresas proveedoras de servicios, profesionales de otros sistemas o ramas, entidades de voluntariado, etc.).

**Confidencialidad:** puesto que este método implica trabajar un entorno de cooperación y coordinación entre entidades y servicios, es necesario explicitar a los usuarios y sus familias cuáles son sus derechos respecto a la confidencialidad. Para ello es preciso establecer acuerdos concretos al respecto.

**De apoyo:** el gestor de caso establece con el usuario y/o su familia una relación que se prolonga a lo largo del tiempo. Por ello, el gestor de caso tiene que ser capaz de alcanzar un equilibrio entre la empatía y la objetividad y dejar claros los límites de la relación.

## Perfil profesional del gestor de casos

Como hemos expuesto, la gestión de casos demanda unas competencias que incluyen capacidades para trabajar con problemas complejos, con las familias y sus múltiples necesidades, con diferentes interlocutores públicos, empresariales y privados, de contener con el sistema burocrático. El gestor de caso actúa como consejero, asesor, mediador, facilitador, defensor, administrador y evaluador, y es necesaria una formación específica en todas esas tareas.

Tal y como se ha visto anteriormente, en Estados Unidos la gestión de casos es una función propia de los trabajadores sociales. Muchos autores sostienen que el Trabajo Social proporciona esa formación, si bien coinciden en que la preparación básica de la diplomatura resulta insuficiente para el adecuado ejercicio simultáneo de todos estos roles. Por ello numerosas escuelas de Trabajo Social de EE.UU. desarrollan módulos de formación de postgrado específicos en gestión de casos. También muchas entidades de bienestar social realizan cursos de especialización de sus profesionales sobre esta materia y muchos estados de ese país están exigiendo una especialización en esta área a sus gestores de caso, que incluye horas de prácticas tuteladas.

De hecho, la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales de Estados Unidos ha creado un Certificado de Trabajador Social Gestor de Casos; para acceder a él se requieren la diplomatura en Trabajo Social y al menos 1.500 horas de ejercicio profesional de gestión de casos supervisadas por otro trabajador social gestor de casos —con al menos cinco años de experiencia si tiene ni-

vel de diplomado y dos si tiene nivel de licenciado. También ha puesto en marcha el Certificado Avanzado de Trabajador Social Gestor de Casos (destinado a los licenciados en Trabajo Social, en las mismas condiciones que el anterior). Estos certificados tienen una validez de dos años, y para su renovación se requiere acreditar al menos 20 horas de formación presencial especializada durante dicho período.

Sin embargo, en Gran Bretaña son numerosos los profesionales de la enfermería que realizan esta función, aunque ello puede estar influido por el campo de aplicación ya que en este último país la gestión de casos se encuentra muy ligada, desde sus inicios, a la planificación de los cuidados de larga duración para personas mayores y con discapacidades que presentan limitaciones severas (con lo que se aproxima más al care management —gestión de los cuidados— que al case management propiamente dicho).

Para analizar cuáles serían los profesionales cuyo perfil formativo capacita más adecuadamente para la gestión de casos en España hemos examinado los planes de estudios universitarios de los grados en Educación Social, Enfermería, Trabajo Social y Psicología. Una vez vistas las asignaturas troncales y obligatorias (puesto que las optativas y de libre configuración quedan a elección del alumno y por tanto no se garantiza su realización), queda patente que la diplomatura en Trabajo Social proporciona la formación inicial más ajustada, seguida por la diplomatura en Educación Social y la licenciatura en Psicología, en tanto la formación proporcionada por Enfermería tiene un enfoque profundamente clínico y bastante alejado de las funciones a desarrollar por un gestor de casos. No obstante, en ninguna de

ellas se cubren en su totalidad los requerimientos específicos necesarios para llevar a cabo de forma adecuada la Gestión de Casos, por lo que en todas ellas serían necesarios cursos de especialización que proporcionen los conocimientos y habilidades precisos.

En última instancia, y apoyando lo que mantienen muchos de los autores especialistas en esta materia, la gestión de casos no puede servir como mero cambio de nombre de la atención que actualmente se dispensa desde los servicios sanitarios y sociales, sino que es un modelo de intervención

■ **La gestión de casos no puede servir como mero cambio de nombre de la atención que actualmente se dispensa desde los servicios sanitarios y sociales.**

holístico, centrado en el cliente como un todo inserto en un entorno, que potencia la autonomía personal y la participación social, que promueve cambios en el sistema y, sobre todo, que hace accesibles recursos coordinados que respondan a las necesidades integrales de los clientes.

## Bibliografía

- AUSTIN, C. “Case management in long-term care: Options and opportunities”, en *Health and Social Work*, nº 8 (1983), vol 1. Pág. 16.
- AUSTIN, C. “Aging and long-term care”, en AUSTIN, C. y McCLELLAND, R. *Perspectives on case management practice*. Milwaukee: Families International, Inc., 1996. Pág. 78. ISBN 0-87304-285-9.
- AUSTIN, C. y MACLELLAND, R. “Introduction: Case management. Everybody is doing it”, en AUSTIN, C. y McCLELLAND, R. *Perspectives on case management practice*. Milwaukee: Families International, Inc., 1996. Pág. 4 y 78. ISBN 0-87304-285-9.
- GIL ALONSO, F. “Los estudios sobre el descenso histórico de la fecundidad en España y sus pautas territoriales: un estado de la cuestión”, en *Biblio 3W. Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales*. [En línea]. Barcelona: Universitat de Barcelona, 15 de julio de 2011, Vol. XVI, nº 931. ISSN 1138-9796. Septiembre 2015. <http://www.ub.edu/geocrit/b3w-931.htm>
- HAYS. Guía del mercado laboral 2013. En [http://www.hays.es/cs/groups/hays\\_common/documents/digitalasset/hays\\_725697.pdf](http://www.hays.es/cs/groups/hays_common/documents/digitalasset/hays_725697.pdf) . Septiembre 2015.
- HUNTER, D. J. *Bridging the gap. Case management and advocacy for people with physical handicaps*. Londres: King's Fund Publishing Office. 1988. Pág. 105 -110. ISBN 1-870551-83-4.
- INE (1). Esperanzas de vida en salud. En <http://www.ine.es/daco/daco42/discapa/espe.pdf>. Agosto 2015.
- INE (2) <http://www.ine.es/revistas/cifraine/0604.pdf>. Septiembre 2015.
- INTAGLIATA, J. “Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management”, en *Schizophrenia Bulletin*, nº 8 (1982). Pág. 657.
- LARRAÑAGA SARRIEGUI, M. y ECHEBARRÍA MIGUEL, C. “Actividad laboral femenina en España e igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres”, en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, nº 55. Pág. 65-80. En [http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub\\_electronicas/destacadas/revista/numeros/55/Est04.pdf](http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/55/Est04.pdf). Septiembre 2015.
- NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS. *NASW Standards for Social Work case management*. Washington, DC, 1992. Pág. 5.
- NUEVA EMPRESA. *Fuerte aumento de la cifra de trabajadores expatriados*. En <http://www.nuevaempresa.com/expatriaciones-trabajadores-gran-aumento-ano-pasado/> 5 de marzo de 2015. Septiembre 2015.
- OMS. Determinantes sociales de la salud. En [http://www.who.int/topics/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/topics/social_determinants/es/) . Septiembre 2015.
- SARABIA SÁNCHEZ, A. “La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional”, en *Zerbitzuan*, nº 42 (2007). Pág. 7-17.
- WEIL, M. “Key components in providing efficient and effective services”, en WEIL, M. y KARLS, J. (Eds). *Case management in human service practice*. San Francisco: Jossey-Bass, 1985. Pág. 29-71.