

La gestió de casos en el context socio-sanitari

Case management in social & health context

Alicia Sarabia-Sánchez¹

Resum

La necessitat d'intervenció de les àrees social i sanitària per a l'atenció a les persones amb malalties cròniques complexes que necessiten també suport social ha donat lloc a la posada en funcionament de programes d'atenció integral social i sanitària en els quals es promou la gestió de casos com a mètode d'intervenció. Aquest article prova d'acotar aquest mètode i la seva adequació a l'entorn de treball amb persones que necessiten la col·laboració dels dos sistemes per a la seva atenció.

Paraules clau: Gestió de casos, gestió de les cures, interdisciplinarietat.

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.

Per citar l'article: SARABIA-SÁNCHEZ, Alicia. La gestió de casos en el context socio-sanitari. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, desembre 2015, n. 206, pàgines 95-107. ISSN 0212-7210.

¹ Diplomada en Treball Social i llicenciada en Sociologia. Investigadora social. alicia.sarabia@gmail.com

El context actual: noves necessitats

En una societat en canvi permanent com és l'actual, resulta complicat delimitar de manera tan clara com en èpoques anteriors els camps d'actuació de cada professió.

D'una banda, el mercat laboral d'avui exigeix als treballadors, a més dels coneixements i habilitats propis de la seva disciplina, característiques com flexibilitat, capacitat de lideratge, destreses per al treball en equip, iniciativa per a la innovació, adaptabilitat, capacitat d'anàlisi o habilitats en la resolució de problemes, per esmentar només alguns d'aquests nous requeriments. No obstant això, aquests no són objecte de cap disciplina en concret, ni s'estudien com a tals en cap Universitat, sinó que són competències transversals que qualsevol treballador d'avui ha de tenir, i per tant no delimiten camps d'actuació professional.

De l'altra, s'ha produït una evolució en la percepció dels ciutadans com a titulars de drets i no com a simples receptors de serveis, encara en el context actual de deconstrucció conceptual i pràctica de l'Estat del Benestar. Això obliga a professionals i institucions a organitzar sistemes que donin resposta a les demandes d'aquests ciutadans alhora que s'ajusten els modes de funcionament per millorar l'eficiència en la utilització d'uns recursos que sempre resulten escassos. D'aquesta manera sorgeixen la multidisciplinarietat i la interdisciplinarietat, que fan encara més borrosos els límits tradicionals entre les competències de cada professional.

En aquest entorn, els professionals de la salut i del camp social (entre d'altres)

ens enfrontem al doble repte de respondre tant a les exigències dels nous models organitzatius de les entitats per a les quals treballem com a les noves demandes dels usuaris.

Un dels contextos en què aquest canvi es fa més palpable és l'anomenat "espai sociosanitari", en el qual es dona, a més, un tercer element: la confluència de dos sistemes prestacionals de característiques i envergadura molt diferents.

Així, el sistema sanitari, per la seva banda, presenta un recorregut històric llarg, un grau d'estructuració i normativitat alt, una estructura jeràrquica ben establerta, una definició i delimitació de rols professionals de llarga tradició i profundament arrelada, així com unes expectatives clares per part dels usuaris. A més, l'ampliació del dret a l'atenció sanitària a la gran majoria de la població, l'existència d'una cartera de serveis garantits i l'assignació als ciutadans d'un professional de referència (el metge de capçalera) la converteixen en alguna cosa inserida en la vida quotidiana de les persones la utilització de la qual s'assumeix amb naturalitat, ja que tot ésser humà, ric o pobre, pot tenir problemes de salut que requereixin aquests serveis.

No obstant això, la situació dels serveis socials és molt diferent. En primer lloc és un sistema de construcció molt recent: els serveis socials a Espanya es van construir en la seva configuració actual a partir dels anys 80 del segle passat; és a dir, encara que hi havia estructures i recursos previs, l'organització actual té menys de 40 anys de vida, la qual cosa des d'una perspectiva històrica és un lapse molt breu, i des del punt de vista organitzacional re-

sulta un període escàs per haver aconseguit una veritable consolidació. A més, la transferència de les competències en aquesta àrea a les comunitats autònomes ha provocat una diferenciació tant reguladora com organitzativa entre els diferents territoris del país. A això cal sumar les competències genèriques que la normativa que regula les administracions locals ha atribuït a aquestes en aquesta matèria i que ha donat lloc a la implantació en els municipis de diferents recursos en funció de les decisions de cada corporació local, sense que s'estructurés una veritable xarxa que respongui a una planificació supraterritorial de necessitats, sinó a una mera juxtaposició de recursos. Així doncs, trobem normes diferents segons la zona, titulars diferents per a recursos semblants, prestacions desiguals en properes (tant geogràficament com poblacionalment), estructures professionals i organitzatives heterogènies. A això cal afegir-hi una característica més dels serveis socials: no són un dret dels ciutadans sinó prestacions dependents de la disponibilitat pressupostària, que a més no solen rebre assignacions suficients per part dels que s'encarreguen de prioritzar la distribució dels recursos econòmics. Tot això ha convertit els serveis socials en un conjunt de sistemes dispars que són percebuts, en general, com una cosa a la qual no es té dret si no s'és pobre i sense xarxa familiar de suport. Aquesta visió dels serveis socials com un últim recurs per als qui no disposen dels mitjans econòmics i/o familiars per solucionar els seus propis problemes causa que una porció considerable de la població se senti reticent a acudir a aquest sistema, el que al seu torn perpetua la imatge dels serveis socials com una

cosa residual a la qual no cal dedicar més fons ni recursos, ja que és per a un sector marginal (i molts cops marginat) de la població. No obstant això, aquesta perspectiva està canviant arran de l'aparició de la Llei de promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a la Dependència (LAPAD), que en instaurar un seguit de prestacions i serveis com un dret universal ha obert la porta dels serveis socials al conjunt de la població.

En aquest context, aquests sistemes (el sanitari i els de serveis socials) han de donar resposta a les noves situacions que estan sorgint a causa d'alguns dels canvis sociològics que s'estan produint en la societat. Els més rellevants en relació amb el tema que ens ocupa són, entre altres:

- La major esperança de vida i per tant l'augment del nombre de persones grans, amb les seqüeles inevitables que l'envelliment causa en l'estat de salut i la dependència funcional, tal com mostren les dades de l'INE (1).
- La disminució de la natalitat en la població autòctona, que implica una proporció més gran de persones grans en relació amb les joves de les seves pròpies famílies, com assenyala Gil Alonso.
- La més gran prevalença de situacions de discapacitat i malaltia crònica causada pels avenços medicosanitaris, que permeten una més gran supervivència davant de malalties i accidents abans mortals.
- La incorporació generalitzada de la dona al mercat laboral, segons recullen LARRAÑAGA i ECHEBERRÍA, que disminueix el nombre de possibles cuidadores familiars.

- La més gran mobilitat geogràfica de les treballadores causada per un mercat laboral inestable, segons indiquen entre altres les fonts Hays i Nova Empresa, que debilita la disponibilitat de les xarxes familiars i veïnals de suport.
- L'augment en relació amb èpoques anteriors de les famílies monoparentals la responsable de les quals és una dona sola amb fills (INE (2)) (que s'anomena "famílies monomarentals"), el que incrementa la seva dificultat per exercir, a més, de cuidadora de persones alienes al nucli familiar.

Totes aquestes circumstàncies han donat lloc a una població creixent de persones que, davant una situació de discapacitat o malaltia crònica, no disposen dels recursos socials de suport necessaris per afrontar-la de manera autònoma i necessiten per tant el suport de les institucions sanitàries i socials simultàniament. No obstant això, la disparitat entre els dos sistemes, com hem vist anteriorment, així com la manca de connexió entre ells, creen buits en la continuïtat assistencial a través dels quals cauen els ciutadans, i en aquestes caigudes corren el risc d'empitjorar notablement la seva situació.

Alguns reptes a afrontar

En aquest context social i sanitari, i per donar resposta a les necessitats exposades, han anat sorgint diversos programes sociosanitaris com maneres de coordinació afavoridores de la continuïtat assistencial dins de les xarxes i els dispositius implicats. Aquesta interacció de les diferents xarxes i dispositius pretén l'òptima utilit-

zació de les capacitats i recursos dels sistemes, de manera que es configuren progressivament com una xarxa interrelacionada i integrada de serveis als usuaris, sense perjudici de les competències de cada departament pròpies del seu àmbit, sanitari o social. Tot això implica generar una visió interdisciplinària i transversal, imprescindible en la intervenció dels professionals que atenen i assessoren les persones que pateixen una problemàtica de salut i presenten alhora problemes socials. És qüestió, en definitiva, de crear un model d'interacció dels serveis sanitaris i socials, elaborant plans de treball interdepartamental, que contribueixi a generar un model d'intervenció global coordinada, amb una mateixa visió de conjunt que tingui en compte la persona. Es busca també la interacció entre la xarxa d'atenció especialitzada de salut i els serveis socials bàsics, per establir mecanismes de coordinació que permetin fer efectives les necessitats d'atenció especialitzada, la continuïtat assistencial i la prestació de serveis socials, generant vies d'interacció on les persones i les seves necessitats siguin el centre dels serveis. Es pretén facilitar la continuïtat assistencial en el domicili per evitar que les estades hospitalàries es prolonguin inadecuadament.

El desenvolupament dels programes sociosanitaris suposa donar un impuls important al model integral social i sanitari d'atenció a les persones. Això comporta la necessitat de dur a terme una reflexió sobre alguns aspectes funcionals relacionats amb el desenvolupament de la tasca dels professionals implicats i comporta una readaptació en la manera de fer treball social tant des de l'àmbit de salut com des

de serveis socials. Així doncs, els treballadors socials ens trobem amb alguns reptes professionals concrets com serien:

1. La necessitat de diàleg i coordinació entre treballadors socials de diferents institucions: Molt sovint, i a causa de les característiques abans esmentades dels serveis socials, les diverses institucions d'aquesta branca estan profundament desconnectades. Així, l'atenció primària que fan els municipis sol tenir escassa connexió amb els gestors dels recursos especialitzats (que solen ser d'àmbit supramunicipal: comarcal, provincial o autonòmic) més enllà de la tramitació purament administrativa; i la informació i coordinació no té lloc amb la fluïdesa necessària per abordar les situacions de necessitat dels ciutadans de manera integral. Això es fa palès, per exemple, en les dificultats que habitualment té la programació d'altres hospitalàries respecte a l'habilitació de recursos socials en l'entorn comunitari. Per donar resposta en el marc de la coordinació socio-sanitària, són necessaris dos canvis. Un institucional, ja que és necessari i imprescindible fer les modificacions organitzatives i estructurals necessàries per fer possible aquesta cooperació entre els diferents prestadors de serveis socials, de manera que es passi de l'actual coordinació informal a un model formalitzat i amb suport institucional de treball en comú. Aquesta modificació organitzativa i estructural ha de tenir en compte la centralitat i la globalitat de l'usuari per flexibilitzar

l'oferta de manera que sigui aquesta la que s'adeqüi a les necessitats, i no al contrari com sol ocórrer en l'actualitat. D'altra banda, els treballadors socials de tots dos àmbits han d'instaurar vies de cooperació i diàleg interdepartamentals operatius i vèncer les resistències provocades per la pertinença a diferents organismes administratius. A més, seria imprescindible integrar en aquesta xarxa de cooperació els prestadors privats de serveis socials (comercials i no comercials), trencant la dicotomia públic/privat per aconseguir una eficàcia real de les intervencions.

2. La necessitat de diàleg i coordinació entre professionals sanitaris i socials: partint de la diferent posició i estatus dels seus àmbits respectius, una de les queixes més freqüents dels treballadors socials que exerceixen en l'entorn sanitari és l'escassa rellevància que els professionals d'aquest sector solen concedir al treball social. La visió tradicional de la funció dels professionals sanitaris com "sanadors" de malalties els ha fet obviar en moltes ocasions que la salut va més enllà de l'absència de malaltia i abasta altres àmbits com l'emocional i el social. Per això, caldria una reformulació dels continguts tradicionals de l'atenció a la salut en el sistema sanitari per incloure els professionals del camp social com a membres de ple dret dels equips. Més encara, aquesta nova conceptualització hauria d'incloure no només els treballadors socials de l'àmbit sanitari, sinó fer-se

extensiva a tots els serveis socials entenent-los, perquè pugui produir-se un diàleg en igualtat de condicions, com a agents de salut i elements fonamentals per a l'abordatge de l'atenció integral als ciutadans amb necessitat d'intervenció sociosanitària.

3. El treball en equips interdisciplinaris i el repartiment de rols: la mateixa naturalesa de la coordinació socio-sanitària implica les exigències de cooperació, integració de sistemes, interdisciplinarietat, transversalitat o continuïtat assistencial. Aquest concepte de l'atenció a persones amb necessitats tant sanitàries com socials fa necessari delimitar les competències pròpies de cada un dels professionals participants, de manera que interdisciplinarietat no es converteixi en sinònim de "tothom pot fer qualsevol de les tasques i funcions", especialment en detriment del treball social. Si bé la flexibilitat de rols és necessària per garantir la cobertura de les necessitats dels usuaris, també és important garantir el nivell de qualitat en el contingut de cada un dels serveis i prestacions del sistema. Altrament, es corre el risc de caure en un dels errors tradicionals dels serveis socials (com a bons hereus de la beneficència): ja que se sol pensar que tots els que estan en aquest camp ho fan perquè són bones persones, qualsevol bona persona pot fer qualsevol de les tasques i funcions pròpies del treball social. Això, que pot semblar una caricatura per als aliens a aquest àmbit, sol

ser una realitat palpable en algunes parcel·les de la intervenció social.

En aquesta situació, ens trobem que alguns dels nous programes orientats cap a la coordinació sociosanitària promouen la implantació del mètode de treball denominat gestió de casos.

La gestió de casos com a resposta

El "case management", que s'ha traduït com a "gestió de casos", va sorgir als Estats Units als anys 70 per afrontar la fragmentació en la provisió de serveis. De fet, la seva situació era molt similar a la nostra actual: en els àmbits de l'educació, la sanitat i els serveis socials, cada estament (atenció primària, atenció especialitzada, atenció institucional, nivells local, provincial, regional, departamental, estatal) es regia per les seves pròpies normes, que, la majoria de les vegades, no tenen en compte la coordinació amb la resta. Cada nivell assistencial era concebut com un món en si mateix, aliè al que passés fora. En aquesta situació, tant els usuaris com els professionals es qüestionaven la fragmentació de les intervencions per part de cada un d'aquests nivells d'atenció, que no tenen en compte que la persona és només una, que les seves circumstàncies són canviants i que la tipologia i intensitat de les intervencions han de variar de forma tan fluïda com ho fa la vida de l'ésser humà.

Els orígens de la gestió de casos pròpiament dita es troben en la qual es podria traduir com a Llei estatunidenca de Serveis enllaçats (*Allied Services Act*) de 1971, que reconeixia la necessitat de millorar la interrelació entre els programes d'àmbit

estatal i local dels departaments de Salut, Educació i Benestar. Per a això es van implantar una sèrie de projectes pilot de mecanismes de coordinació, principalment a escala local, que incloïen el desenvolupament de nous sistemes d'informació i referència, sistemes de seguiment de clients, centres de serveis integrals i procediments de gestió de casos.

Aquests projectes pilot es desenvolupaven mitjançant un “nou” mode d'intervenció que es va anomenar “case management”, que anava destinat a proporcionar una atenció integral i integrada en la qual el client i les seves necessitats fossin el centre de la intervenció, i que incloïa una funció de promotor de canvis en el sistema. L'aplicació d'aquest mètode als diferents àmbits de necessitats socials va donar lloc a diferents formes de “fer” gestió de casos, principalment en funció del grup poblacional al qual s'apliquessin. Un dels àmbits en què amb més força es va imposar aquest mètode fou en el de les cures de llarga durada i el dels pacients amb necessitats complexes d'atenció, el “care management”. La similitud entre les paraules “case” (cas) i “care” (cures) ha provocat que en nombroses ocasions s'utilitzin com a sinònims i es confonguin l'una amb l'altra, reduint la gestió de casos a gestió de les cures. Fins i tot, en un context de reduccions pressupostàries, s'han arribat a assimilar aquests dos termes amb un tercer, el “managed care”, la funció principal del qual és controlar els costos mitjançant l'assignació adequada dels recursos més econòmics que siguin apropiats.

En el paràgraf anterior hem ressaltat la paraula “nou” en referir-nos al mètode de gestió de casos perquè, com sostenen

AUSTIN i MCCLELLAND, resulta irònic que es consideri a la gestió de casos com un dels “nous” abordatges més populars quan en realitat les arrels de la gestió de casos es remunten als inicis del treball social i l'èmfasi que Mary Richmond posava en la importància que tenien els enfocaments centrats en el client per a la coordinació i la cooperació entre agències.

Fruit d'aquests fonaments, la gestió de casos als Estats Units va beure inicialment de les fonts del treball social. No obstant això, la seva adopció al Regne Unit, on existia un sistema sanitari sòlid com l'espanyol, va donar lloc a la seva aplicació majoritàriament en l'àmbit de la salut. Això, juntament amb la similitud fònica amb el “care management” i amb la preponderància tradicional del sistema sanitari sobre el de serveis socials, ha causat que la seva aplicació en el context europeu s'ha anat escorant cap a la seva concepció com a servei en el marc sanitari, i per tant com a pròpia dels professionals sanitaris.

Però què és en realitat la gestió de casos? Tot i que hi ha nombroses definicions, en ressenyarem algunes de les més rellevants:

Segons INTAGLIATA, la gestió de casos és “un procés o mètode adreçat a garantir que es proporciona al consumidor qualsevol servei que necessiti, de manera coordinada, efectiva i eficient”.

Austin afirma que “la gestió de casos és vista de forma àmplia com un mecanisme dirigit a vincular i coordinar segments d'un sistema de provisió de serveis [...] per garantir [...] el programa més integral per satisfer les necessitats d'atenció d'un client individual”.

L'Associació Nacional de Treballadors

Socials dels EUA defineix la gestió de casos com “un mètode de provisió de serveis en el qual un professional del treball social valora les necessitats del client, i de la seva família quan sigui adient, i organitza, coordina, monitoritza, avalua i dóna suport (fa de mitjancer) un grup de múltiples serveis per satisfer les necessitats complexes d'un client específic... La gestió de casos en treball social té naturalesa tant micro com macro, i la intervenció té lloc tant en el nivell del client com en el del sistema”.

■ No s'ha de fer servir la “gestió de casos” com a terme paraigües que inclogui qualsevol intent de coordinació de serveis.

Com adverteix HUNTER, no s'ha de fer servir la “gestió de casos” com a terme paraigües que inclogui qualsevol intent de coordinació de serveis. Tampoc, com s'ha comentat abans, s'ha de confondre amb la “gestió de les cures” (care management) ni amb el *managed care* (que està dissenyat per evitar o escurçar al màxim l'hospitalització i reduir-ne les despeses), amb el “treballador de referència” (el paper del qual és molt més limitat, adscrit a un servei concret i per un temps limitat) o amb els “coordinadors” (que estan orientats cap a la gestió dels serveis i no cap a les necessitats de l'usuari).

Malgrat les diverses formes que pot adoptar la gestió de casos, existeix consens professional sobre les seves funcions fonamentals, independentment de com s'apliquin en la pràctica en cada context. Així, la gestió de casos inclou el desenvolupa-

ment seqüencial de tots i cadascun dels passos següents:

- Acotar l'àmbit: cal definir clarament l'esfera d'acció del programa concret, amb l'objectiu de seleccionar els destinataris més adients.
- Cribratge: suposa la valoració inicial dels usuaris potencials per establir la seva elegibilitat segons la seva adequació al perfil de població diana seleccionat.
- Valoració integral: és qüestió de recollir informació en profunditat sobre la situació social d'una persona i el seu entorn i sobre el seu funcionament físic, mental i psicològic, i això permet la identificació de les necessitats d'aquesta persona i les seves necessitats de suport. Acostuma a incloure l'ús d'instruments estandaritzats de valoració i pot tenir tres enfocaments: sobre els problemes, sobre les necessitats o sobre les fortaleses.
- Planificació del cas: amb la informació recollida durant el procés de valoració, el gestor de casos i l'usuari fan conjuntament una prescripció escrita i formalitzada (un “paquet”) de serveis. Existeix el risc, que s'ha de tenir en compte, d'enfocar la planificació en funció dels serveis disponibles, i no en funció de les necessitats de l'interessat i el seu pla d'intervenció adequat. En aquest sentit, el gestor de casos ha de buscar les alternatives que millor s'adeqüin al perfil de l'usuari, procurant lluitar amb l'estandardització dels serveis pròpia dels sistemes burocràtics.

- Implementació del pla i concertació de serveis: és el procés mitjançant el qual, com a suport a l'usuari (o substitució si aquest no pogués), s'estableix contacte amb els serveis, tant formals com informals, inclosos en el pla d'atenció, per a la prestació efectiva d'aquests serveis. Normalment implica negociacions amb els diferents proveïdors d'aquests serveis.
- Com que no és possible implementar amb èxit el pla d'atenció si la comunitat no té prou oferta de serveis, una funció que alguns autors afegeixen, complementària a l'anterior, és la de la defensa dels interessos de l'usuari davant els proveïdors de serveis per obtenir els serveis adients i davant l'organització burocràtica perquè posi en funcionament els serveis necessaris.
- Seguiment: Permet al gestor respondre ràpidament als canvis en la situació de l'usuari i augmentar, disminuir o suprimir la prestació dels serveis segons que calgui en cada moment. La seva freqüència és variable, depenent de la intensitat de les necessitats de l'individu i el seu entorn, la seva previsible cronicitat i del tipus de servei que s'està dispensant. El grau de reacció als canvis en les necessitats de l'usuari pot tenir un fort impacte tant en el seu benestar com en el cost dels serveis.
- Revaloració: pot ser preestablerta o realitzar-se en resposta a canvis detectats durant el seguiment. S'hi valoren de nou la situació i funcionament de l'usuari per identificar canvis des de la valoració anterior. Les revaloracions

preestablertes serveixen també per comprovar els avenços cap a les metes recollides en el pla.

MOXLEY (1989) hi afegeix una altra funció que considera fonamental:

- Implicació: significa la creació d'una relació de suport del gestor de cas amb els seus usuaris, en funció de les necessitats i els seus desitjos.

Segons Austin, els objectius referits al suport a les persones que necessiten cures de llarga durada han de ser de dos tipus:

Orientats envers l'usuari:

- Assegurar que els serveis proporcionats són adequats per a les necessitats d'aquell usuari específic.
- Supervisar les condicions de l'usuari per garantir l'adequació dels serveis.
- Servir com a únic punt de contacte que coordina la provisió de serveis que provenen de sistemes diferents i fragmentats.
- Millorar l'accés i la continuïtat de i entre els serveis.
- Donar suport als cuidadors i persones de suport de l'usuari.
- Servir d'enllaç entre el sistema institucional (basat en institucions) i el sistema d'atenció basat en la comunitat.

Orientats envers el sistema:

- Identificar mancances i errades de serveis a la comunitat.
- Facilitar el desenvolupament de més serveis a la comunitat.
- Promoure la qualitat i l'eficiència en la provisió de serveis.
- Millorar la coordinació entre els proveïdors de serveis.

- Prevenir institucionalitzacions inadequades mitjançant la detecció de casos susceptibles d'atenció en l'entorn mitjançant la gestió de casos.
- Controlar les despeses, especialment les més cares, examinant-ne l'adequació i l'absència d'alternatives més eficients.

La provisió de serveis i el funcionament dels programes estan sotmesos a una sèrie de paràmetres fiscals, programàtics i organitzatius, entre els quals SULLIVAN identifica nou variables clau: durada dels serveis; intensitat del contacte; enfocament del servei; disponibilitat del servei; lloc de la intervenció; direcció per l'usuari; capacitat dels professionals; autoritat dels professionals; i estructura de l'equip. Cadascuna influeix en com es duguin a terme les funcions de la gestió de casos. Per tant, la gestió de casos pot ser implementada en múltiples formes que variaran pel que fa a la intensitat de cada un dels paràmetres esmentats, conformant procediments similars encara que no iguals. De fet, la gran flexibilitat de la gestió de casos és un dels seus majors atractius, ja que permet la seva adaptació a les característiques tant dels usuaris particulars com dels entorns culturals en què s'apliqui.

La realització d'aquestes tasques requereix una àmplia preparació per part del gestor de cas. Cal un coneixement profund del sistema local de provisió de serveis, dels proveïdors, dels serveis, dels programes, dels requisits d'accés a cada un d'ells, de la gestió econòmica; exigeix habilitats de valoració, empatia, negociació i capacitat de planificació i resolució de problemes flexible i creativa. Les destreses fonamentals que ha de tenir un gestor de casos inclouen:

De valoració: ha d'incloure a tots els individus significatius de la vida de l'usuari i explorar tots els factors incidents i totes les fortaleses existents. S'ha d'analitzar la interrelació entre els factors físics, contextuals, conductuals, psicològics, econòmics i socials i s'han de valorar els suports formals i informals, el funcionament social, els aspectes econòmics i d'habitatge i els factors culturals i ideològics (incloent els religiosos).

De gestió: la gestió de casos té, en algunes intervencions, aspectes gerencials (per exemple, amb persones incapacitades mentalment que no tenen familiars de suport). Per tant, cal tenir destreses en la presa de decisions. També és aspecte fonamental la relació interpersonal, per la qual cosa és fonamental la presència d'habilitats de comunicació i empatia, la capacitat d'acceptar les diferències (d'edat, de raça, de principis o creences) i la facilitat per relacionar-se simultàniament amb diversos entorns (empreses proveïdores de serveis, professionals d'altres sistemes o branques, entitats de voluntariat, etc.).

Confidencialitat: com que aquest mètode implica treballar un entorn de cooperació i coordinació entre entitats i serveis, cal explicitar als usuaris i les seves famílies quins són els seus drets respecte a la confidencialitat. Per a això cal establir acords concrets al respecte.

De suport: el gestor de cas estableix amb l'usuari i/o la seva família una relació que es perllonga al llarg del temps. Per això, el gestor de cas ha de ser capaç d'arribar a un equilibri entre l'empatia i l'objectivitat i deixar clars els límits de la relació.

Perfil professional del gestor de casos

Com hem exposat, la gestió de casos demanda unes competències que inclouen capacitats per treballar amb problemes complexos, amb les famílies i les seves múltiples necessitats, amb diferents interlocutors públics, empresarials i privats, de contendre amb el sistema burocràtic. El gestor de cas actua com a conseller, assessor, mediador, facilitador, defensor, administrador i avaluador, i és necessària una formació específica en totes aquestes tasques.

Tal com s'ha vist anteriorment, als Estats Units la gestió de casos és una funció pròpia dels treballadors socials. Molts autors sostenen que el Treball Social proporciona aquesta formació, si bé coincideixen que la preparació bàsica de la diplomatura resulta insuficient per a l'adequat exercici simultani de tots aquests rols. Per això nombroses escoles de Treball Social d'EUA desenvolupen mòduls de formació de postgrau específics en gestió de casos. També moltes entitats de benestar social realitzen cursos d'especialització dels seus professionals sobre aquesta matèria i molts estats d'aquest país estan exigint una especialització en aquesta àrea als seus gestors de cas, que inclou hores de pràctiques tutelades.

De fet, l'Associació Nacional de Treballadors Socials dels Estats Units ha creat un Certificat de Treballador Social Gestor de Casos; per accedir-hi es requereixen la diplomatura en Treball Social i almenys 1.500 hores d'exercici professional de gestió de casos supervisades per un altre treballador social gestor de casos amb almenys cinc anys d'experiència si té

nivell de diplomad i dos si té nivell de llicenciat. També ha posat en marxa el Certificat Avançat de Treballador Social Gestor de Casos (destinat als llicenciats en Treball Social, en les mateixes condicions que l'anterior). Aquests certificats tenen una validesa de dos anys, i per a la seva renovació es requereix acreditar almenys 20 hores de formació presencial especialitzada durant aquest període.

No obstant això, a la Gran Bretanya són nombrosos els professionals de la infermeria que realitzen aquesta funció, encara que això pot estar influït pel camp d'aplicació ja que en aquest últim país la gestió de casos es troba molt lligada, des dels seus inicis, a la planificació de les cures de llarga durada per a gent gran i amb discapacitats que presenten limitacions severes (amb el que s'aproxima més al care management –gestió de les cures– que el case management pròpiament dit).

Per analitzar quins serien els professionals el perfil formatiu dels quals capacita més adequadament per a la gestió de casos a Espanya hem examinat els plans d'estudis universitaris dels graus en Educació Social, Infermeria, Treball Social i Psicologia. Un cop vistes les assignatures troncales i obligatòries (ja que les optatives i de lliure configuració queden a elecció de l'alumne i per tant no es garanteix la seva realització), queda palès que la diplomatura en Treball Social proporciona la formació inicial més ajustada, seguida per la diplomatura en Educació Social i la llicenciatura en Psicologia, mentre la formació proporcionada per Infermeria té un enfocament profundament clínic i bastant allunyat de les funcions a desenvolupar per un gestor de casos. No obstant això, en cap

d'elles es cobreixen íntegrament els requeriments específics necessaris per dur a terme de forma adequada la Gestió de Casos, pel que en totes elles serien necessaris cursos d'especialització que proporcionin els coneixements i habilitats necessaris.

En última instància, i donant suport al que mantenen molts dels autors especialistes en aquesta matèria, la gestió de casos no pot servir com a mer canvi de nom de l'atenció que actualment es dispensa des dels serveis sanitaris i socials, sinó que és un model d'intervenció holístic, centrat en

■ **La gestió de casos no pot servir com a mer canvi de nom de l'atenció que actualment es dispensa des dels serveis sanitaris i socials.**

el client com un tot inserit en un entorn, que potencia l'autonomia personal i la participació social, que promou canvis en el sistema i, sobretot, que fa accessibles recursos coordinats que responguin a les necessitats integrals dels clients.

Bibliografia

- AUSTIN, C. . “Case management in long-term care: Options and opportunities”, en *Health and Social Work*, núm. 8 (1983), vol 1. Pàg. 16.
- AUSTIN, C. “Aging and long-term care”, en AUSTIN, C. i McCLELLAND, R. *Perspectives on case management practice*. Milwaukee: Families International, Inc., 1996. Pàg. 78. ISBN 0-87304-285-9.
- AUSTIN, C. i MACLELLAND, R. “Introduction: Case management. Everybody is doing it”, en AUSTIN, C. i MACLELLAND, R. *Perspectives on case management practice*. Milwaukee: Families International, Inc., 1996. Pàg. 4 i 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 línia]. Barcelona: Universitat de Barcelona, 15 de juliol de 2011, Vol. XVI, núm. 931. ISSN 1138-9796. Setembre 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 . Setiembre 2015.
- HUNTER, D. J. *Bridging the gap. Case management and advocacy for people with physical handicaps*. Londres: King's Fund Publishing Office, 1988. Pàg. 105 -110. ISBN 1-870551-83-4.
- INE (1). Esperanzas de vida en salud. En <http://www.ine.es/daco/daco42/discapa/espe.pdf>. Agost 2015.
- INE (2) <http://www.ine.es/revistas/cifraine/0604.pdf>. Setembre 2015.
- INTAGLIATA, J. “Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management”, en *Schizophrenia Bulletin* , núm. 8 (1982). Pàg. 657.
- LARRAÑAGA SARRIEGUI, M. i 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*, núm. 55. Pàg. 65-80. Setiembre 2015.
- NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS. *NASW Standards for Social Work case management*. Washington, DC, 1992. Pàg. 5.
- NUEVA EMPRESA. *Fuerte aumento de la cifra de trabajadores expatriados*. En <http://www.nuevaempresa.com/expatriaciones-trabajadores-gran-aumento-ano-pasado/> 5 de març de 2015. Setembre 2015.
- OMS. Determinantes sociales de la salud. En http://www.who.int/topics/social_determinants/es/ . Setembre 2015.
- SARABIA SÁNCHEZ, A. “La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional”, en *Zerbitzuan*, núm. 42 (2007). Pàg. 7-17.
- WEIL, M. “Key components in providing efficient and effective services”, en WEIL, M. i KARLS, J. (Eds). *Case management in human service practice*. San Francisco: Jossey-Bass, 1985. Pàg. 29-71.