

La gestión de caso. Conceptualización, contexto y presencia social actual

Cristina Rimbau Andreu

Resumen

Este artículo presenta el marco social, histórico y teórico en el cual se arraiga y construye la orientación y la metodología de la gestión de caso (en adelante GdC) a fin de contextualizar él y los conceptos entorno la gestión de caso, mostrando los referentes teóricos y metodológicos que la sustentan. El primer apartado trata los inicios de la GdC impulsada en el marco de las teorías de la desinstitucionalización, en el ámbito de la salud mental, así como el análisis crítico de la “devolución a la comunidad” sin los apoyos necesarios y efectivos. Se analizan también otros factores sociales y de las políticas socio-sanitarias que, con sus postulados, han impulsado recientemente el desarrollo de la gestión de caso, desde la mitad del siglo XX hasta hoy día, en diversos ámbitos de la acción social. El segundo apartado trata del significado entorno la gestión de caso acuñados en la literatura internacional, mediante la presentación de los conceptos aportados por diversos autores así como por las asociaciones de trabajadores sociales y las de gestores de caso.

Palabras clave

Atención personalizada, continuidad de cuidados, coordinación sociosanitaria, cuidados de larga duración, gestión de caso, trabajo social en gestión de caso.

Abstract

This article refers to the social, historical and theoretical frames that constitute the approach and methodology of case management, with the aim to contextualize concepts and to show the theoretical and methodological referents that sustain it.

Its first section treats the initial starts of the case management that fell within the theories of deinstitutionalisation in the mental health field, theories that appeared in the USA around the middle of the last century, as well as the critical analysis of the so called “community devolution” without the necessary support. We also analyse other social and politics factors that more recently have impelled the further development of the case management up to now. The second section treats the significance of all the contributions around the case management made by many authors, as well by the social workers and case managers associations.

Keywords

Personalised care, care continuity, health and social care coordination, long-term care, case management, social work in case management.

Cristina Rimbau Andreu

Psicóloga y trabajadora social,
Investigadora y asesora en servicios sociales,
políticas sociales europeas. Miembro de SIPOSO.
mrimbau@ub.edu

1. El contexto histórico y el marco teórico. Cinco apuntes de un escenario dinámico y de historia reciente

Aunque en algunas latitudes se atribuye a la gestión de caso un viso de novedad, en cierto modo de modernidad, una breve mirada retrospectiva permite constatar una trayectoria consolidada –teórica y organizativamente– que supera con creces más de seis décadas de formulación teórica y metodológica, actuación y expansión profesional, así como un amplio reconocimiento social en las sociedades occidentales.

Antes de tratar de los inicios de la gestión de caso, cabe señalar brevemente su actual importancia profesional y social en las sociedades occidentales que, como ejemplo, puede visualizarse fehacientemente tomando el símbolo de las asociaciones de gestores de caso, las entidades de su representación social garantes de la función profesional así como exponentes de la actividad profesional de los gestores de caso desarrollada con anterioridad a la creación de las asociaciones. Para ello sirvan de ejemplo las asociaciones de Estados Unidos, en particular la *Case Management Society of América* (CMSA), creada en el año 1990, actualmente con más de 11.000 miembros y 20.000 suscriptores, que desarrolla un amplio programa de soporte profesional e incluye, entre otras actividades, formación, consejo, publicaciones, conexiones en red, difusión y certificación profesional. Citar también las numerosas asociaciones de GdC del Reino Unido, entre ellas la *Case Management Society UK* (CMSUK), fundada en el año 2001 que, con el objetivo de potenciar la calidad, promueve intercambios profesionales, impulsa una revista específica, elabora estándares de calidad y buenas prácticas. En el caso de los

gestores de caso especializados, sirva citar como ejemplo la *Asociación de gestores caso especializados en el ámbito del daño cerebral adquirido* (BABICM) del Reino Unido, creada en el año 1996. En todas ellas se puede apreciar la dimensión profesional y social de la gestión de caso y de los gestores de caso en las sociedades occidentales, principalmente en el área anglosajona y también en Alemania, Holanda, Canadá e Israel, entre otros.

En la actualidad resultan de especial interés para la profesión y la disciplina de Trabajo social, las recientes aportaciones de la *Asociación Americana de Trabajadores sociales* (National Association of Social Workers- NASW), que ha creado nuevos *Estándares del Trabajo social en Gestión de Casos* (2013), así como el *Certificado Superior de Trabajo social en Gestión de Casos* (Certified Advanced Social Work Case Manager) que habilita oficialmente para el ejercicio de “trabajador social gestor de casos”.

Abandonando momentáneamente el escenario actual, veamos ahora, mediante cinco apuntes, hasta cuándo y hacia dónde nos lleva la mirada retrospectiva sobre los inicios y las orientaciones teóricas que sustentan la gestión de caso.

1.1.- La gestión de caso como alternativa a la desinstitucionalización sin apoyos

El enfoque retrospectivo permite identificar, en primer lugar, como la orientación teórica y metodológica de la gestión de caso tiene sus raíces en los años cincuenta del siglo XX, en los Estados Unidos de América, en pleno proceso crítico sobre el modelo de las instituciones totales y las consiguientes teorías y procesos de *desinstitucionalización que se produjeron en el ámbito de la salud mental* (Nadeau, B., 1989). Unos años más tarde, en la década de

los años setenta, Ronald D. Laing en Gran Bretaña, y Franco Basaglia, en Trieste (Italia), lideran el movimiento crítico de la “antipsiquiatría” iniciando, en este marco teórico, procesos de desinstitucionalización de los pacientes con enfermedades mentales internados en centros psiquiátricos de diseño total y estimulando su devolución a las familias y a su comunidad de origen.

Es precisamente en el análisis de los *procesos de desinstitucionalización y de devolución a la comunidad* donde emerge la orientación y la metodología de la gestión de caso. Pero vayamos por partes. ¿Por qué la devolución a la comunidad? Un conjunto de factores acompañan esta alternativa de atención asistencial comunitaria en el caso de la salud mental. En primer lugar cabe señalar -en oposición al modelo asistencial de reclusión- *la valoración de la comunidad* como el conjunto simbólico de referencia del sujeto, el “ethos del sujeto”, de los ciudadanos. El escenario idóneo para la atención psicosocial, fuente del patrimonio relacional y del acceso a los recursos y servicios requeridos por el paciente. Paralelamente confluyen en aquellos años, las orientaciones terapéuticas de la psicología y de la psiquiatría dinámica que postulan trabajar el vínculo y la relación del paciente con su entorno (familiar y comunitario) como escenario de tratamiento y de pertenencia del paciente. Así mismo, complementariamente las posibilidades de nuevos tratamientos farmacológicos facilitaron la asistencia terapéutica en la comunidad. En este escenario, la desinstitucionalización y la devolución a la comunidad auguraban el inicio de procesos terapéuticos positivos en los cuales los elementos relacionales y sociales adquirirían un significado relevante.

Los análisis críticos de J. Intagliata y F. Baker (1991), en Estados Unidos, sobre los aludidos

procesos, identificaron elementos de distorsión y malestar en la dinámica y en los resultados de la *devolución a la comunidad sin los soportes* adecuados. Su análisis puso de relieve diversos problemas producidos en el paciente (principal sujeto de atención), en sus familiares y también en el entorno comunitario. En síntesis, constataron situaciones de desamparo frecuentes, nuevos conflictos en la comunidad, no se producía la esperada integración social, ni la creación de redes sociales de soporte y ayuda de forma espontánea, así como la no efectividad de la “reubicación en la comunidad sin más”. Este diagnóstico crítico podría haber conducido a los analistas, a postular el retorno a los modelos de atención institucional en los cuales el-los conflictos se encapsulan en los centros residenciales, se densifican en ellos y se convierten en invisibles, distantes y opacos a la sociedad. Pero, desde la orientación teórica de la desinstitucionalización, los autores citados postularon lo contrario. Proponen buscar, pensar, inventar, *nuevas formas alternativas de ayuda en y con la comunidad, y reconducir “las devoluciones a capela” dotándolas del soporte psicosocial continuado, necesario*. La **gestión de caso** fue la orientación y la metodología identificada como idónea para dicho soporte a los pacientes, a sus familiares y a la comunidad.

Desde aquellos inicios en la mitad de los años cincuenta, el desarrollo de la GdC ha sido fecundo en Estados Unidos, en donde el *Acta de Servicios Coordinados* de 1971, propuso un conjunto de programas a fin de mejorar los anteriores programas de salud, de servicios sociales y de educación, implementando proyectos piloto que incluían nuevos sistemas de información, seguimiento de los pacientes, centros de servicios integrados y procedimientos de gestión de caso (Sarabia, A., 2007). En el Reino Unido, la GdC fue oficialmente

te reconocida e introducida en el año 1989 a raíz del Informe *Cuidando a las personas* (Caring for people) que identificó la gestión de caso y la evaluación como las piezas angulares de la calidad asistencial (Challis, D., 2005).

1.2.- Crecimiento, multiplicación, fragmentación de servicios y el laberinto asistencial

Moviendo de nuevo el caleidoscopio retrospectivo, una nueva situación social revela, en los años setenta, la necesidad de un soporte profesional específico de ayuda personalizada, mejor dicho de ayuda centrada en la persona, a fin de lograr el acceso a los servicios adecuados para cada persona, cada situación y su continuidad asistencial. Nos referimos al *crecimiento y la expansión de servicios de bienestar social, incluidos los específicamente sociales y los sociosanitarios, que tuvo lugar en las décadas de los años 1970 a 1990*, el período denominado “los treinta gloriosos” (Hobsbawm, E., 1994; Wallerstein, I., 2006; Castells, M., 2001). En esta época se constatan en los Estados Unidos y en la Europa nórdica, central y noratlántica, los efectos de los pactos sociales posteriores a la segunda guerra mundial. Se promueven los derechos civiles, sociales y económicos (Marshall, TH., 1949) y con ellos un incremento cuantitativo de servicios de bienestar, pero que no alcanzan a dar una respuesta cualitativa y adecuada a las necesidades de atención. Si bien se dispone de un amplio abanico de recursos, medidas legales y de servicios, se produce una *multiplicación de servicios y funciones, con áreas saturadas de un mismo tipo de servicios para una misma población diana, mientras otras necesidades de la misma u otras poblaciones, se hallan sin oferta adecuada*. Este crecimiento de servicios cursa con cierta opacidad social y descoordinación entre servicios de un mismo sistema de protección social, o entre sis-

temas de bienestar de distinta naturaleza, constatándose empíricamente que crecimiento no es sinónimo de acceso a los servicios, ni de adecuación de éstos a las necesidades de las personas necesitadas y de sus familiares. En este escenario, los ciudadanos frecuentemente no disponen de la información sobre los servicios, las medidas reguladoras, los programas, los derechos sociales... existentes, ni de sus límites y posibilidades. Es decir, no disponen del conocimiento y la información necesaria para tomar sus decisiones. La oferta asistencial se convierte para los ciudadanos en un laberinto -laberinto de Ariadna- amargo y doliente por el cual transcurren los tiempos, la lesión de derechos sociales y las expectativas de atención de los ciudadanos. Así, complementariamente al impulso de buenas estrategias comunicativas, el caminar operativo por los vericuetos del laberinto asistencial, requiere el soporte profesional personalizado que ofrezca información adecuada y genere confianza. Atributos, como veremos en el apartado siguiente, que corresponden plenamente a la gestión de caso.

1.3.- La perspectiva holística de la salud y los determinantes sociales

Un cambio transcendental para la humanidad y que impulsa la necesidad de figuras profesionales como la gestión de caso, es el acaecido en el concepto de salud, que abandonando una definición basada en la relación causa-efecto de la salud con la atención sanitaria, se orientó *hacia una perspectiva holística, dinámica y multidimensional de la salud, tanto a nivel individual como colectivo*. La propuesta y ratificación de la OMS en su Conferencia Internacional de Salud de 1946, como es sabido pero es oportuno recordar, conceptualiza la salud como *“El estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausen-*

*cia de enfermedad o de afecciones*¹. Este nuevo concepto, incorporado a la Constitución de la Organización internacional, vincula la salud a causas heterogéneas, múltiples y complejas, relacionadas con factores sociales, económicos, medio ambientales y emocionales.

Este nuevo enfoque presenta a nivel internacional, hitos importantes como son, por ejemplo: la *Conferencia Internacional de Alma-Ata* (1978), la *Carta de Ottawa* (1986), la *Estrategia de la OMS "Salud para todos"* (1987) y la *Declaración Mundial de la Salud* (1998). Una década más tarde, el "Informe sobre los determinantes de la salud" (OMS, 2008) reafirmó y desarrolló la concepción holística de salud y el impacto de los factores sociales en ella. Recordar aquí brevemente, que los determinantes de salud incluyen, conjuntamente con los factores biogenéticos personales, un amplio abanico de factores ambientales, culturales, relacionales, económicos y políticos, como son: los estilos de vida individual, las redes sociales y comunitarias, las condiciones de vida y de trabajo, la ocupación (y desocupación), la educación, las condiciones sociales y económicas, así como los sistemas sanitarios y sociales, como sintéticamente puede visualizarse en la figura de Dalhgren y Whitehead (1991).



Figura de Dalhgren y Whitehead (1991).

En esta perspectiva, la gestión de la salud implica la participación de profesionales de diversas disciplinas, entre ellas las psicosociales, así como la coordinación profesional de servicios y de sistemas que, como indica Casado (2009), debe producirse dentro de un mismo sistema de bienestar y rama, así como entre servicios de distintas ramas.

1.4.- (Dis)continuidad asistencial y gestión de caso

Centrándonos en el ámbito sanitario, la misma concepción holística e integral citada, nos conduce a una cuarta razón social que impulsa la necesidad de la gestión de caso. Nos referimos al *continuum asistencial*, el proceso de atención sanitaria y social en el cual se articulan (deberían articularse) las actuaciones profesionales y de los servicios necesarios para la *adecuada atención sociosanitaria simultánea y continua* del paciente. Tres condiciones -adecuación, simultaneidad y continuidad- que definen el grado de la calidad asistencial y el logro de objetivos de salud de los afectados. Si bien el *continuum asistencial* es deseable y necesario en todo tipo de asistencia sanitaria o social, su importancia se acentúa en la atención socio sanitaria, especialmente en la atención de situaciones complejas y en el cuidado de larga duración (CLD) vividas por pacientes de cualquier edad. En estas casuísticas el *continuum asistencial se convierte en el eje básico de seguridad y confianza del paciente y familia* por el cual discurren las actuaciones socio terapéuticas necesarias de diversa índole.

NOTAS

¹ La nueva definición fue operativamente incorporada dos años más tarde, el 7 de abril de 1948.

Pero, si bien el postulado no ofrece dudas en su aceptación y goza de la defensa de profesionales y de la población afectada, en la práctica profesional cotidiana, en los entornos familiares y también en las charlas amicales, el *(dis)continuum asistencial* es objeto frecuente de preocupación y debate.

Así por ejemplo lo manifiesta el informe “Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave” (IMSERSO, 2007) que reafirma la necesidad de la atención continuada, simultánea y flexible en la atención a las personas con graves problemas de salud, limitaciones funcionales y/o riesgo de exclusión social, manifestando que cuando no se produce *“se provocan graves situaciones de desatención a los pacientes y a sus familiares, causa malestar, angustia e incremento de la afección de salud”*. El informe refiere el fenómeno de “la puerta giratoria” como exponente de mala práctica, de la multifragmentación y de la descoordinación de servicios y políticas sociosanitarias, subrayando el desconcierto y desamparo de pacientes y familiares que *se hallan atrapados en un recorrido sin sentido*. Apuesta por una gestión personalizada, próxima y en la comunidad del paciente, como postula la orientación de la gestión de casos, profundizando su propuesta más allá de la coordinación de servicios. En la misma orientación se pronuncia el Informe Final del grupo de expertos, realizado en el año 2009, para la evaluación del desarrollo y aplicación de la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia, que aconseja la extensión normalizada en el conjunto del sistema de atención y prevención de la dependencia del gestor de caso (Cervera, M. et al., 2009)

Como método idóneo en la atención a las personas afectadas de dependencia funcional o/y cognitiva y que actualmente no ha sido aún desarrollado.

1.5.- La participación del sujeto en su salud y la orientación colaborativa de la gestión de caso

Un último factor merece ser destacado en el relato de este reciente contexto histórico. Se trata de *la orientación participativa del sujeto en su salud y la dimensión comunitaria de la salud*. Por lo que se refiere a la salud individual y familiar, las orientaciones de la OMS, incorporadas en los postulados de las leyes y en las orientaciones de los sistemas sanitarios, sociales y sociosanitarios, *designan al paciente como sujeto activo, central y protagonista de su salud*, en contraposición a la figura del “paciente-paciente” que añade a su condición de sujeto doliente, la de sujeto receptivo, aceptante, huérfano de saberes sobre sí mismo y frecuentemente sin voz reconocida. Participación y empoderamiento se hallan en la base de este cambio de rol, de status, en la figura del “paciente ciudadano” en su relación con los sistemas de bienestar y con su entorno social. El impulso de este nuevo perfil, implica cambios direccionales y de poder en la relación “profesional-paciente-profesional” y en las metodologías de atención de los profesionales y los servicios plenamente coincidente con los postulados de la gestión de caso, como veremos en el apartado siguiente al tratar de los elementos constitutivos de la GdC.

2. Conceptos entorno la gestión de caso

La literatura especializada ofrece actualmente una amplia pléyade de autores que trabajan en el análisis y conceptualización de la gestión de caso como objeto teórico y como praxis profesional consolidada, mediante artículos, obras especializadas, voces en las obras enciclopédicas del sector

social y en páginas web. En España, cabe citar por ejemplo el número monográfico sobre Gestión de Caso de la revista Políticas sociales en Europa (2009), que constituye una muestra del interés por el tema. En el artículo de Alicia Sarabia, investigadora social, socióloga y trabajadora social, y en el mío propio, se presentan aportaciones de diversos autores y asociaciones profesionales de gestores de caso y de trabajadores sociales². Aquellas aportaciones, así como las de los autores que seguidamente se referencian, permite afirmar que *ante la pluralidad de escenarios sociales en los que se desarrolla la gestión de caso y de los autores que aportan análisis a su conocimiento teórico y metodológico, existe un conjunto de conceptos comunes que construyen el concepto referencial básico de la gestión de caso*.

Ampliando el panorama presentado en la revista citada, resulta interesante citar las aportaciones de William Horder que, en la voz “case management” de la Encyclopedia of Social work. (2000-2005:44), conceptualiza la GdC como una orientación y como un método, para lograr la continuidad de los cuidados requeridos por individuos frágiles y vulnerables, con el fin de continuar viviendo en la comunidad. Concretamente formula que es: “Una orientación centrada en el cliente para coordinar los servicios adecuados a las necesidades de los individuos vulnerables. Principalmente las personas mayores, las personas con enfermedades mentales, o con discapacidades, a fin de habilitarles para vivir en la comunidad mediante el acceso apropiado a los servicios de ayuda”. Sus objetivos son la continuidad de los cuidados y la personalización de la ayuda, mediante un proceso metodológico que incluye la valoración, la construcción del plan de cuidados, la intervención, la monitorización y la evaluación. Horder destaca la diversidad de modalidades de la GdC, destacando

la importancia de los estándares de calidad (construidos y aprobados por las asociaciones de gestores de casos) como garantes del proceso y de la ética profesional del gestor de caso, a fin de obtener resultados eficaces y eficientes, subrayando que las modalidades intensivas de GdC obtienen resultados más positivos para los clientes.

El profesor Robert L. Barker (2003) aporta información sobre la GdC en el contexto de las organizaciones, *vinculando trabajo social y gestión de caso*. Considera la GdC como “el proceso para planear, buscar, abogar y supervisar los servicios adecuados en nombre de un cliente³ o de las organizaciones de salud y de servicios sociales”. Este proceso permite a los trabajadores sociales, en una organización o en diferentes organizaciones, coordinar sus esfuerzos para servir a un cliente determinado mediante el trabajo profesional en equipo, ampliándose así la gama de servicios ofrecidos que pueden ser ubicados en una sola organización o repartidos en muchas otras organizaciones. La GdC puede desarrollarse dentro de una sola organización (en el caso de organizaciones de tamaño superior) o de un programa, con el fin de coordinar los servicios internos y lograr los ajustes necesarios, para superar los obstáculos derivados de la fragmentación y de la insuficiente coordinación entre los proveedores de servicios, así como por la rotación de personal.

notas

² Alicia Sarabia, artículo “Los agentes de la gestión de caso”. Cristina Rimbau, artículo “La Gestión de Caso: aproximaciones y experiencias en España”.

³ Se mantiene el término cliente respetando las denominaciones de los textos referenciados. Este término encierra controversia ideológica en el espacio social europeo, siendo ampliamente usado en el mismo espacio social en Estados Unidos. El debate sobre las denominaciones usuarios, pacientes, beneficiarios... sobrepasa las coordenadas de este artículo.

La gestión de caso. Conceptualización, contexto y presencia social actual

En la década de los años ochenta, Intagliata (1982) definía la GdC como “un proceso centrado en la persona que requiere servicios, como un método dirigido a garantizar el acceso al cliente a los servicios existentes que requiere, mediante una coordinación efectiva y eficiente”, acompañando su definición con la descripción detallada del enfoque, los objetivos y del proceso metodológico. En su relato destaca la centralidad en el cliente, en sus necesidades, intereses, cultura, recursos propios y capacidades personales, en síntesis: una orientación “a medida” (tailored). Este acento personalizador no corresponde a un orientación servi-

lista de las preferencias del cliente, sino a la basculación de la centralidad, que pretende desplazar la lógica asistencial y sus dinámicas, de la centralidad institucional y depositarla en la atención a la persona. Intagliata describe también la secuencia metodológica, que se inicia con la valoración de la situación que, a su vez, incluye valoración de las prioridades, riesgos, urgencia, etc. a partir de la cual se elabora y propone al cliente, el plan de cuidados, y se seleccionan los objetivos operativos. La GdC trabaja desde un enfoque de proximidad y de colaboración con el cliente mediante la escucha activa y la participación del cliente en la

National Association of Social Work-NASW	Case Management Society of America -CMAS	Case Management Society UK - CMSUK
Proceso. Método. Acción profesional.	Proceso. Método.	Proceso cooperativo
Aconseja, articula, planifica, coordina, monitoriza y supervisa, evalúa, defiende del cliente.	Asesoramiento, planificación, facilitar acceso a servicios, defensa intereses cliente.	Valora, planifica, implementa, coordina, monitoriza, evalúa.
Trabaja colaborativamente con el cliente.	Trabaja mediante comunicación cliente	Trabaja mediante comunicación cliente
Coordina y busca las mejores opciones.	Busca las mejores opciones.	Busca las mejores opciones
Centrado en el individuo-cliente.	Centrado en el individuo-cliente.	Centrado en el individuo-cliente.
Propone “paquetes de servicios y medidas” Promueve servicios.	Recursos disponibles (cliente y sociedad)	Recursos disponibles (cliente y sociedad)
Objetivo: promover acceso de calidad, eficaz y eficiente, a los servicios adecuados. Incidir en las políticas sociales de bienestar.	Objetivo: promover calidad y eficacia de costes en los resultados	Objetivo: promover resultados eficientes y de calidad.

Elaboración propia-2014.

construcción del plan de cuidados, actuando el/la gestor de casos el seguimiento activo del caso y la coordinación y mediación con los servicios.

Debemos referirnos también y especialmente a las definiciones que ofrecen las asociaciones de gestores de caso, como por ejemplo, la Asociación de Gestores de Caso de América (Case Management Society of América), la Sociedad de Gestores de Caso del Reino Unido (Case Management Society UK - CMSUK) y la Asociación de Trabajadores sociales de América (National Association of social work-NASW) que ofrecen sendas definiciones en las que pueden observarse fuertes similitudes y también algunas diferencias, como sintetiza la tabla de la izquierda⁴.

Como J. Intagliata describió en la década de los años ochenta, el profesor de la Universidad de Manchester, David Challis (2005) ofrece, más recientemente, la descripción de seis elementos constitutivos del *care management*. Nos parece oportuno indicar que Challis, usa el termino *care management* (gestión del cuidado) de forma equivalente al case management, señalando que el término care management se utilizó en el Reino Unido a partir del año 1990, a raíz del Informe “Cuidando a las personas” (1989) anteriormente citado, que como puede observarse seguidamente, es plenamente coincidente con la orientación, metodología y objetivos de la gestión de caso.

Challis define *care management* como “un proceso de identificación y de organización del ‘paquete de servicios’ personalizado y apropiado para los individuos que requieren cuidados de larga duración, habitualmente en sus propios domicilios”. Para completar esta definición el autor describe seis características básicas del care management.

- Consiste en la actuación de un conjunto de funciones nucleares del gestor de caso, que constituyen una secuencia articulada iniciada con la valoración y concluye con la evaluación de los resultados.
- El gestor de caso tiene la función de ordenar (en el doble sentido de secuenciar y priorizar, y el de encargar), conjuntamente con el cliente y de forma adecuada, el cuidado requerido.
- Tiene objetivos explícitos definidos como, por ejemplo, conseguir el manteniendo del paciente en su comunidad.
- Es principalmente adecuado para las personas con necesidades de cuidados de larga duración.
- Determina la duración y la intensidad de la atención, así como la amplitud del servicio abarcado. Estas características diferencian el care management de otras actividades profesionales realizadas en la comunidad.
- Su función es dual, en la medida que incide en los servicios y en los clientes, y de forma general, a un nivel superior, influenciando en los modelos de servicios.

Desde un punto de vista conceptual es necesario detenerse brevemente en el concepto de “paquete de servicios” (‘services packaged’ o ‘welfare packadge’) citado por Challis, que no

notas

⁴ Las definiciones de las asociaciones citadas pueden consultarse en los artículos de A. Sarabia y de C.Rimbau, en el número 25-26 de la Revista Políticas Sociales en Europa (2009). Así como en las páginas web de estas organizaciones, citadas en la bibliografía de este artículo.

debe ser confundido con las carteras o catálogos de servicios y prestaciones públicas. El concepto de paquete de servicios corresponde a la orientación centrada en el cliente que caracteriza la GdC y a la identificación -previa valoración- del conjunto de medidas y servicios adecuados para una determinada situación personal a fin de lograr la máxima calidad y eficiencia de resultados. Puede incluir servicios y medidas de carteras públicas conjuntamente con otros servicios, prestaciones y medidas de carácter privado, social o mercantil, a los que tenga acceso el cliente. Por ejemplo, mediante mutuas aseguradoras, colegios profesionales, políticas sociales de las empresas, participación en entidades cooperativas, grupos de ayuda mutua, etc. O bien promoviendo el acceso a ellos. La identificación del paquete de servicios con las carteras públicas no corresponde en absoluto a la orientación de la GdC, puesto que el trabajo del GdC no significa la adecuación, o reducción, de las necesidades asistenciales del cliente a los recursos disponibles, sino la búsqueda de la mejor opción para el cliente, investigando los servicios existentes y proponiendo alternativas.

Este breve recorrido conceptual permite identificar algunas ideas clave de la gestión de caso y entre ellas, destacamos las siguientes:

- Una orientación basada en el marco teórico de la personalización de la atención a las necesidades individuales (y familiares), los derechos humanos y la libertad de decisión individual.
- Un proceso, una metodología de trabajo colaborativo y dinámico centrado en la persona, que incluye la valoración, la construcción de un plan de cuidados, la monitorización, la coordinación de medidas y servicios, la defensa de

los intereses y derechos del cliente, así como la evaluación de resultados.

- Se dirige a personas y necesidades diversas. Trabaja en el ámbito social, la salud, la educación, el cuidado de la infancia, en temas sociojurídicos, en el consumo de tóxicos, etc. Principalmente adecuado en la atención de personas vulnerables, cuidados de larga duración y en asuntos sociosanitarios.
- Contempla los intereses y recursos económicos, sociales, capacidades personales del cliente y sus formas culturales.
- Persigue la continuidad asistencial y la continuidad en la comunidad de los clientes.
- Busca la máxima calidad, eficiencia y eficacia de los resultados.
- El gestor de caso trabaja como profesional autónomo y también en organizaciones.

3. Conclusiones

La gestión de caso es una orientación y un método consolidado que goza de amplio reconocimiento profesional en las sociedades occidentales anglosajonas y centroeuropeas, pero no así en otras latitudes coincidentes con modelos de bienestar social menos desarrollados.

La gestión de caso tiene sus raíces en el ámbito de la salud mental, en el marco de las teorías de la desinstitucionalización, en la década de los años cincuenta en los Estados Unidos de América y en la mitad de la década de los setenta en el Reino Unido e Italia. Los análisis críticos de la devolución

de los pacientes a la comunidad sin los soportes necesarios, constituyen la cuna de la gestión de caso como orientación y método para la atención en la comunidad, modelo alternativo a la atención institucional residencial.

Conceptualmente existe un amplio consenso entre los autores que analizan y teorizan su orientación, metodología y práctica profesional, que a su vez es fundamentalmente compartida por las organizaciones profesionales de gestores de caso y de trabajadores sociales.

Como orientación y método, la gestión de caso, presenta múltiples coincidencias con las orientaciones, ética y metodología de la disciplina del Trabajo social, aunque el perfil profesional de los gestores de caso es diverso, incluyendo en gran manera a los trabajadores sociales, como por ejemplo visualiza la creación del Certificado superior de Trabajador social gestor de caso, en los Estados Unidos.

La GdC incluye diversos ámbitos temáticos y actúa mediante sub-modelos según el ámbito temático y características de la población con la que trabaja, su intensidad o especialización de atención, siendo especialmente adecuada en los cuidados de larga duración y en poblaciones frágiles y vulnerables.

Bibliografía

- British association of injury case management (BABIMIC) <http://www.babimc.org>.
- Barker, R. L. (2003). *The social work dictionary* (5th ed.). Washington DC: NASW Press. Recuperado el 3 de Julio de 2014.
- Casado, D. (2008). *Coordinación (gruesa y fina) en y entre los servicios sanitarios y sociales*. Barcelona: Hacer Editorial.
- Casado, D. Coord. (2009). *Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales*. Barcelona: Hacer Editorial.
- Castells, M. (2001). *La era de la información. El poder de la identidad*. México, DF: Siglo XXI editores.
- Da Roit, B. (2004). *Welfare systems, welfare packaging and coping strategies of social risks: the case of elderly dependence in a comparative perspective*. Tesis doctoral Università degli Studi di Milano-Bicocca y CNRS-CEVIOF, Institut d'Etudes Politiques de Paris. Documento técnico.
- Challis, D. (2005). *The Blackwell Encyclopedia of Social work*. USA, UK, Australia: Martin Davis (Ed).
- Evashwick, C, y Aaronson, W. (2006). The continuum of care today After 20 Years, What Is the Status of Integration of Services. *Health progress Review* Setiembre –Octubre, 46-55: USA.
- Hobsbawm, E. (1995). *Age of Extremes: the short twenty century, 1914-1991*. London. (Traducción en castellano: Historia del siglo XX. Madrid: Ed. Crítica)
- Horder, W. (2005). *The Blackwell Encyclopedia of Social work*. USA, UK, Australia: Martin Davis (Ed).
- IMSERSO (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave* www.imsero.es/imsero_01/.../IM_031028... Colecciones; > Colección Documentos; > Serie Documentos Técnicos; > 21005 / 21006 /. Recuperado el 9 de Julio de 2014.
- Intagliata, J. (1982). "Improving the quality of community care for the chronically mentally disable: the role of case management". *Schizophrenia bulletin*, nº 8. UK, USA: Oxford University Press Ed.
- Intagliata, J., Baker, F. (1991). Case management. *Handbook of psychiatric rehabilitation*. New York: RP Liberman (Ed).
- Marshall, TH. (1994). Ciudadanía y clase social. www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_079_13.pd. Recuperado el 4 de Julio de 2014.
- Nadeau, B. (1989). Le case management au carrefour de l'intervention clinique et communautaires. *Santé mentale au Québec*. Vol XIV, nº 2. Montréal (Québec).
- National Association of Social Workers. www.socialworkers.org/

La gestión de caso. Conceptualización, contexto y presencia social actual

National Association of Social Workers (2013). *Standards for Social Work Case Management*. <https://www.socialworkers.org/practice/naswstandards/CaseManagementStandards2013.pdf>. Recuperado el 7 de Julio de 2014.

National Association of Social Workers (2001) *Certified Advanced Social Worker Case Managers* (C-ASWCM) <http://www.naswdc.org/credentials/specialty/c-aswcm.asp>. Recuperado el 14 de Julio de 2014.

Case management Society UK. www.cmsuk.org/

OMS (1978). *Conferencia Internacional de Alma-Ata*. whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf. Recuperado el 12 de mayo de 2014.

OMS (1986). *Carta de Ottawa*. webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf. Recuperado el 12 de mayo de 2014.

OMS (1987). *Informe Salud para todos*. www.famp.es/racs/intranet/.../SALUD%2021.pdf. Recuperado el 15 de mayo de 2014.

OMS (1998). *Declaración mundial de la salud*. www.famp.es/racs/intranet/.../SALUD%2021.pdf. Recuperado el 15 de mayo de 2014.

OMS (2008). *Informe sobre los determinantes sociales de la salud*. www.who.int/social.../csdh_report_wrs_es.pdf. Recuperado el 12 de mayo de 2014.

Rimbau, C., (2009). La gestión de caso: aproximaciones y experiencias en España. En Casado, D. (Coord.) *Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales*. (177-192). Barcelona: Hacer Editorial.

Sarabia, A., (2007). La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. Revista ZERBITUAN nº 42. San Sebastián: SIIS Centro de Documentación y Estudios. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Sarabia, A., (2009). Los agentes de la gestión de caso. En D. Casado (Coord) *Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales*. (pp.193-204). Barcelona: Hacer Editorial.

Stewart, K., Huges, J., Challis, D., Weiner, K., (2003). Care Management for Older People: Access, Targeting and the Balance Between Assessment, Monitoring and Review. *Research Policy and Planning*. vol. 21 no. 3. Universidad de Manchester y Universidad de Kent.

ssrg.org.uk/wp-content/uploads/.../article2.pdf. Recuperado el 6 de Julio de 2014.

Wallerstein, I. (2006) *Análisis de sistemas-mundo*. Una introducción. Madrid: Siglo XXI Editores.