

LA GESTIÓN DE CASOS APLICADA EN LA ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES

José Garcés Ferrer
Francisco José Ródenas Rigla
Universidad de Valencia

En este capítulo se describe el proyecto¹ de implantación de la Metodología de Gestión de Casos (“*Integrated Care*”) desarrollado entre 2003 y 2004 en el Departamento de Salud 06 de la Comunidad Valenciana (España). El centro de investigación *Polibienestar* de la Universitat de València-EG y la Generalitat Valenciana, a través de las Consellerías de Sanidad y de Bienestar Social, participaron en su puesta en marcha. El proyecto fue desarrollado en un centro de salud de atención primaria ubicado en Burjassot (Valencia), mediante la constitución de un equipo multidisciplinar compuesto por una médico, una enfermera y una trabajadora social (*Equipo de Gestión de Casos*). Durante dos años se monitorizaron un total de ciento sesenta y cuatro pacientes, con una edad media de setenta y siete años. En cada caso, se valoraron los aspectos de salud, sociales, familiares y de la vivienda para establecer las estrategias asistenciales, así como los itinerarios individuales de utilización de servicios sanitarios y sociales.

1. El proyecto ha recibido financiación de:

- Ministerio de Ciencia y Tecnología dentro del Plan Nacional de I+D+I (2000-2003), Referencia: SEC 2002-02634, con el proyecto “El principio de sostenibilidad y las nuevas estrategias para los cuidados sociosanitarios”.
- Generalitat Valenciana, Consellerías de Sanidad y de Bienestar Social, con el proyecto “Desarrollo de las líneas de investigación sociosanitaria. Aumentar la eficacia y eficiencia de la atención sociosanitaria mediante metodología de gestión de casos”.
- Generalitat Valenciana, Consellería de Empresa, Universidad y Ciencia, Programa I+D de ayudas para grupos de investigación para el ejercicio de 2005, Referencia: GRU-POS05/053.

El Equipo de Gestión de Casos fue dotado de la posibilidad de decidir sobre el uso de determinados recursos sanitarios (tales como camas en Hospitales para enfermos crónicos o en las Unidades de Hospitalización a Domicilio) y sociales (por ejemplo, plazas en de Centro de Día, del Servicio de Ayuda a Domicilio o de Ayudas Técnicas en casa). Los resultados muestran una mejora en la calidad asistencial, indicadores de mejora de la eficacia en la detección y solución de problemas sociosanitarios, una mejor coordinación e integración de los servicios y una mejora de la satisfacción de los sectores implicados (pacientes, cuidadores y profesionales). La principal conclusión del estudio es que la gestión de casos constituye una propuesta viable de mejorar de la asistencia sociosanitaria de las personas dependientes atendidas desde un centro de salud. Y se propone su utilización como instrumento de coordinación ante la confluencia de servicios y prestaciones en el ámbito local, derivado de la reciente aprobación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Diversos estudios europeos e internacionales (Comisión Europea, 2000; Jacobzone, 1999; Kalisch, 1998; Pacolet, 1998; OECD 1998; Consejo de Europa, 1997; Davies, 1995; OECD, 1995) confirman que el problema de la dependencia es uno de los grandes retos de la política social europea. Los expertos que investigan las consecuencias que para las sociedades modernas tiene el fenómeno de la dependencia coinciden en afirmar que el problema consiste en cómo afrontar eficaz y eficientemente desde las políticas públicas de protección social, con un enfoque interdisciplinar, la cobertura de las necesidades sociosanitarias de cuidados y atención de las personas dependientes, combinando los sistemas sanitario y social.

No obstante, en los estados de bienestar europeos la coordinación entre los diferentes recursos y los niveles de intervención sanitaria y social no han sido todo lo efectivos que se esperaba (Garcés, Ródenas & Sanjosé, 2003) a la hora de dar respuesta a la gran variedad de necesidades de las personas mayores (Ikegami & Campbell, 1999), en su mayoría dependientes (Fine & Glendinning, 2005), y ha puesto de manifiesto la incapacidad de adaptación de la oferta y de la ordenación de servicios respecto a dichas necesidades. Los ajustes derivados de las propuestas de reducción o control del gasto público (Comas, et al. 2006) han inducido un estancamiento en la oferta pública de recursos y la derivación a ofertas o soluciones privadas y/o de cuidados familiares o informales (Field & Peck, 2003; Knapp, 2000).

Diferentes informes han reiterado la recomendación de seleccionar un grupo de profesionales que pueda desarrollar una atención y gestión individualizada, y proponer las actuaciones adecuadas a las necesidades y a la disponibilidad de servicios, siendo este uno de los puntos en los que se sustenta la gestión de casos (Parker & Patrick, 2002).

De esta forma, en el ámbito de las políticas sociales para mayores, la gestión de casos es una estrategia efectiva de atención e integración de servicios y una metodología de coordinación adecuada entre los diferentes profesionales y niveles asistenciales que intervienen en la prestación de cuidados de larga duración a dicho grupo de población (Moxley, 1989). Por ello, y aunque su origen y mayor desarrollo se sitúa en Estados Unidos (Carpenter, et al. 1999), en el contexto europeo la aplicación de la gestión de casos en los cuidados sociosanitarios de personas mayores ha experimentado un auge en las últimas décadas (Challis, 1994; Scharlach, Giunta & Mills-Dick, 2001). Se ha convertido en una de las estrategias básicas de los procesos de integración de cuidados, junto con la creación de “co-location of services”, es decir, agencias locales destinadas a la atención de las personas mayores con necesidades sociosanitarias (como las de Québec, Canadá o Flint, USA), y las redes de cuidados, como las existentes en Noruega que ofrecen asistencia las veinticuatro horas del día (Who, 2002, citando a Kodner, 1993).

En España la introducción de la gestión de casos ha estado motivada principalmente, al igual que en otros países europeos, por la necesidad de descarga hospitalaria en el ámbito de la atención a pacientes mayores. Cuando los pacientes son derivados del hospital a la comunidad y a servicios domiciliarios, es necesaria la coordinación entre los recursos sanitarios y sociales (Glasby, Littechild & Pryce 2004; Appebaum et al., 2002). En Europa las primeras propuestas de descarga, basadas en la metodología de gestión de casos, para integrar los servicios sanitarios y sociales se realizaron en el Reino Unido (Challis et al., 2001; Engel & Engels, 2000; Davies, 1994). Optimizar el coste de los recursos hospitalarios, los cuales son altamente necesarios pero están saturados, requiere el control exacto de los tiempos de la ocupación de las camas (Garcés, Ródenas y Sanjosé, 2004). Este control se podría mejorar con la participación de los equipos de gestión de casos en la atención primaria, que utilizando los datos clínicos y sociales de los pacientes, facilitarían la toma de decisiones consensuadas y apropiadas sobre el adecuado uso de la red asistencial (Walsh & Clark, 2002; Smith et al., 2000).

Plantear el estado de la cuestión en España implica reconocer que existen pocas experiencias reales de implantación de programas de gestión de casos y su desarrollo ha sido muy desigual (IMSERSO, 2005), aunque se haya iniciado un proceso de organización y coordinación de servicios sociales y sanitarios, en el marco de Planes Autonómicos Sociosanitarios como el de Cataluña activado en 1993, Castilla y León en 1998, Cantabria en 1999, Galicia en 1999 o más recientemente Extremadura en 2006. El paciente sociosanitario puede utilizar varios tipos de servicios de apoyo y cuidados, sin que se realice una evaluación global desde un equipo gestor para determinar que servicios son necesarios y más adecuados, supervisando posteriormente el itinerario asistencial (Garcés, Ródenas y Sanjosé, 2006). Ello pese a que diversos estudios inciden en la necesidad de actuar sobre los inconvenientes derivados de la falta de armonía entre el sistema

sanitario y social, que conlleva una asignación disfuncional de recursos (IMSER-SO 1999 y 2001; Garcés, 2000; Durán, 2000; Defensor del Pueblo, 1999).

En Comunidades Autónomas como Valenciana, Cataluña o Navarra, la gestión de casos se ha utilizado como método para conseguir la continuidad asistencial de los servicios sanitarios y sociales en la atención a personas mayores con problemas sociosanitarios, ubicando los equipos en los servicios de atención primaria de salud, que actúan como puerta de entrada a los sistemas sanitario y social. Aunque en la mayoría de los casos se han creado equipos multidisciplinares, el perfil profesional considerado más idóneo para realizar las funciones de gestor de casos suele ser el de enfermería. En otras Comunidades, como Castilla y León, la gestión de casos se ha asociado casi de forma exclusiva a la elaboración y cumplimentación de una herramienta de valoración compartida por todos aquellos profesionales que intervienen en la atención a un paciente. Esta forma tan limitada de interpretarla no se ha considerado en este estudio.

Los investigadores, con la ayuda de las Consellerías de Sanidad y de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana, pusieron en marcha una unidad piloto de gestión de casos en el Departamento de Salud 06. Esta unidad fue creada en un centro de salud de atención primaria de Burjassot (Valencia) y estaba compuesta por un equipo multidisciplinar integrado por una médico, una trabajadora social y una enfermera. Al equipo se le dotó de protocolos de actuación (por ejemplo, para la derivación y valoración) y documentación específica, y se acordó el método de funcionamiento interdisciplinar. Así mismo, se les facilitó una cartera de servicios sanitarios y sociales, y la capacidad de tomar decisiones sobre su utilización.

Objetivos del proyecto

El objetivo del estudio era ensayar un modelo asistencial sociosanitario, para pacientes mayores atendidos desde el sistema sanitario, basado en la observación directa, valoración de casos y propuesta de itinerarios asistenciales individualizados. Para ello se dispuso de servicios públicos sanitarios y sociales de la Administración autonómica y local, y del sector sociosanitario privado. La finalidad última era reforzar y mejorar la utilización de los servicios, sanitarios y sociales, comunitarios y de atención domiciliaria disponibles, y evitar la sobrecarga innecesaria de los servicios hospitalarios.

La hipótesis de trabajo es que la metodología de gestión de casos supone una mejora de la atención que reciben los pacientes mayores que requieren cuidados sociosanitarios domiciliarios, y permite optimizar la red asistencial.

La mejora de la atención se ha operativizado considerando dos factores: en primer lugar, la detección y revisión de problemas de salud no atendidos por los

servicios sanitarios, y la actualización y control de tratamientos eliminando la automedicación; y en segundo lugar, el incremento de la satisfacción de los pacientes/cuidadores y profesionales, que se obtiene al reforzar el contacto humano y el acercamiento a sus realidades.

La optimización de la red asistencial se define, en este proyecto, como la utilización combinada de recursos sanitarios y sociales, junto a una disminución de las consultas médicas y de los ingresos hospitalarios.

El proyecto estaba vinculado con las prioridades de investigación del Plan Nacional I+D+i, activo en el periodo temporal que abarca el estudio, concretamente con la cuarta línea prioritaria del Programa Nacional de Socioeconomía denominada "*Decisiones públicas y eficiencia de la Administración*", al incidir sobre el análisis de las políticas dirigidas a asegurar y mejorar el bienestar de los ciudadanos, racionalizando la cartera de recursos y prestaciones del sistema sanitario a través del modelo de atención sociosanitaria. Así mismo, se enmarca en las políticas europeas en materia de atención sociosanitaria, donde convergen las áreas de bienestar social y de salud para desarrollar programas dirigidos a aumentar la eficiencia en la prestación de cuidados a las personas dependientes en hospitales y residencias, optimizando los servicios comunitarios y de proximidad. En la Comunidad Valenciana este proyecto contribuye a configurar el Sistema de Atención Sociosanitaria, que implica a corto plazo la vertebración de una oferta de recursos de la Administración Autonómica dirigida a garantizar la prestación de servicios a los grupos de población con problemas derivados de situaciones de dependencia. A esta *novedad*, hay que añadir la *relevancia* que supone la futura estructuración y activación de la participación del mercado en la creación de nuevas infraestructuras sociosanitarias y en la gestión de las mismas.

Metodología y plan de trabajo

El proyecto se desarrolló en 2003 y 2004 en el Centro de Salud de atención primaria existente en el municipio de Burjassot -Departamento de Salud 06- (Valencia). Este centro dispone, según datos de la Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana, entre otros profesionales de: diecinueve médicos/as generales, veintiún enfermeros/as, dos fisioterapeutas y una trabajadora social. La ratio de médicos por habitantes es de 1/1588 y la de enfermería es de 1/1874. Los criterios por los que se seleccionó este municipio fueron:

- 1) Tamaño y características sociodemográficas de la población atendida. Burjassot es uno de los municipios más grandes de la Comunidad Valenciana. En 2004 tenía una población total de 37.330 personas, de ellas unas 5.340 -es decir, el 14,3%- eran mayores de 65 años (Instituto Valenciano de Estadística 2005). La Consellería de Sanidad estima que un

8,78% de estas personas, es decir 470 ancianos, requerían asistencia sanitaria a domicilio (Generalitat Valenciana, 2004).

- 2) Red de recursos disponibles. Burjassot pertenece al Departamento de Salud 06, que dispone de los siguientes servicios sociosanitarios: una Unidad de hospitalización a domicilio (en el Hospital Público Arnau de Vilanova), una unidad de cuidados paliativos en el Hospital Público de Larga Estancia Doctor Moliner, y una unidad de Salud Mental Pública.
- 3) Facilidades de para la dirección y coordinación del proyecto. Burjassot se encuentra muy cerca de los Servicios Centrales de la Conselleria de Sanidad, lo que permite la tutorización del proyecto y un fácil seguimiento del desarrollo del trabajo.
- 4) Varios profesionales del Centro de Salud de Burjassot se ofrecieron voluntariamente para llevar a cabo la fase directa de aplicación del proyecto.
- 5) La Conselleria de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana facilitó para la puesta en marcha del proyecto: dos plazas de larga estancia en la residencia pública para mayores de Velluters (Valencia), diez plazas de estancias temporales en la residencia para mayores de Velluters (Valencia), seis plazas en Centro de Día para mayores en Burjassot gestionados por la empresa Geriser. Así mismo, se establecieron algunos procedimientos de agilización de trámites sociales y sanitarios relativos a los expedientes de teleasistencia, de transporte adaptado sanitario, de ayudas técnicas, de concesión de prestaciones complementarias no farmacéuticas y de eliminación de barreras arquitectónicas.

El trabajo directo sobre los pacientes que participaron en el proyecto fue llevado a cabo por un equipo multidisciplinar, formado por una médico, una enfermera y una trabajadora social, motivados por el tema y voluntariamente implicados y adiestrados para tal fin. El equipo de Gestión de Casos de Atención Primaria se encargó de: 1) la valoración de necesidades individuales, 2) el diseño y puesta en marcha de itinerarios asistenciales individuales, 3) el control de la calidad de las prestaciones y 4) el seguimiento y revisión continua de la estrategia empleada. Esta configuración es acorde con el modelo de gestión de casos adoptado, el *Integrated care*, cuya meta principal es asegurar la continuidad asistencial a través de la red de servicios eliminando (o reduciendo) las duplicidades, donde el perfil del gestor está vinculado a un equipo multidisciplinar que limita su autoridad. Este modelo implica la existencia de un sistema completo de atención de larga estancia y está orientado a pacientes con deterioro funcional y alto riesgo de institucionalización (Scharlach, Giunta & Mills-Dick, 2001).

En el año 2004 la Conselleria de Sanidad estimó que había 65.000 enfermos mayores de sesenta y cinco años que requerían cuidados sociosanitarios a domicilio en la Comunidad Valenciana (Generalitat Valenciana, 2004). En el proyecto, desarrollado en 2003 y 2004, se utilizó una muestra compuesta por un total de ciento sesenta y cuatro casos, con una tasa de reposición del 23,5% de los pacientes de 2003, atendidos desde los dos centros de salud ubicados en el municipio de Burjassot. El error muestral total es del 7,65, con $p=q=0,5$ y un nivel de confianza del 95%, y la fracción de muestreo es 0,252%.

Los primeros cincuenta y un casos se utilizaron en el estudio piloto realizado en 2003, con el objetivo de ajustar los protocolos de interacción entre profesionales y de asistencia a los pacientes, así como los instrumentos de valoración sanitarios y sociales. En esta etapa se utilizó el instrumento denominado "Orientación Multidimensional Gerontológica-OMG" (Generalitat de Catalunya, 1996), usado en Cataluña para valorar las necesidades de las personas mayores, pero también con aplicación en la gestión de recursos y programas. La experiencia y los resultados obtenidos en el estudio piloto, apuntaron la conveniencia de adaptar los instrumentos y la metodología de gestión de casos a la realidad valenciana.

En 2004 se continuó trabajando con los pacientes que participaron en el estudio el año anterior y no habían fallecido (39 pacientes), se sustituyeron los exitus (12) y se amplió el grupo en cincuenta nuevos casos. Así mismo, se incorporo al estudio un grupo de comparación compuesto por otros cincuenta y un casos nuevos. De esta forma, durante este año integran el estudio un total de ciento cincuenta y dos pacientes (n), distribuidos en dos grupos: uno de intervención (101 pacientes) y otro de comparación (51 pacientes). El error muestral total es del 7,95, con $p=q=0,5$ y un nivel de confianza del 95%, y una fracción de muestreo 0,234%.

La población atendida desde los centros de salud en su domicilio (universo muestral), según datos del Iniciativa para la Mejora de la Atención Domiciliaria -IMAD- (Generalitat Valenciana, 2004), son en su mayoría mujeres (70,9%) con una edad media 83,7 años. Son enfermos crónicos pluripatológicos (79,1%), con problemas cardiovasculares (77,1%), osteoarticulares (53,0%), endocrino-metabólicos (39,2%), respiratorios (25,6%) y neuromusculares (23,6%). La inclusión de un paciente en el programa de atención domiciliaria está motivada en casi el 90% de los casos por la imposibilidad de desplazamiento de la persona mayor al centro de salud. De hecho, un 47,5% de estos pacientes presentan una dependencia total, grave o moderada para las AVD básicas (utilizando el test de Barthel). En el 82,4% de los casos tienen cuidador, la mayoría son familiares: mujeres (77,7%) con una edad media de 54,3 años, y el 47,7% de ellos percibe una sobrecarga intensa, según el test de Zarit.

Tabla 1. *Características de la población dependiente atendida en domicilio desde atención primaria de salud.*

		N Población atendida en domicilio en la Comunidad Valenciana (2004)	n Población incluida en el proyecto de gestión de casos (2004)
Sexo paciente	Varón	29,1% (18915)	29,6% (45)
	Edad media (DS)	81,9 (7,26)	78,8 (6,67)
	Mujer	70,9% (46085)	70,4% (107)
	Edad media (DS)	83,7 (7,42)	81,0 (6,87)
Pacientes crónicos pluripatológicos		79,1% (51415)	79,2% (120)
Dependencia moderada, grave o total del paciente para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria -AVDI - Lawton (Lawton, & Brody, 1969)		89,3% (58045)	86,1% (131)
Dependencia moderada, grave o total del paciente para las Actividades Básicas de la Vida Diaria -AVDB - Barthel (Mahoney & Barthel, 1965)		47,5% (30875)	52,5% (80)
Pacientes con cuidador informal		82,4% (53560)	82,2% (125)
Sexo y edad del cuidador	Varón	22,3% (11944)	24,8% (31)
	Edad media (DS)	60,4% (25,97)	59,7 (17,87)
	Mujer	77,7% (41616)	75,2% (94)
	Edad media (DS)	54,3 (22,24)	57,2 (13,98)
Sobrecarga subjetiva intensa de los cuidadores (Zarit)		47,7% (25548)	42,2% (53)

Fuente: Polibienestar - Universitat de València, 2006. A partir de datos de la Consellería de Sanidad, Plan de Pilotaje IMAD, 2005. (N = 65.000; n = 152).

En la tabla 1 se recoge comparativamente el perfil del conjunto de población atendida en su domicilio (N), que acabamos de comentar, y el de la población estudiada durante el año 2004 en el proyecto de gestión de casos que se presenta (n). Como puede observarse las diferencias son escasas, lo que apoya la idea de representación de la muestra seleccionada respecto al universo de referencia.

Para establecer la línea base, y confirmar la comparabilidad de ambos grupos, se comprobó que no existían diferencias significativas entre los grupos respecto a la edad ($t = -1,752$; $p = 0,082$); no había una asociación significativa entre los grupos de intervención y comparación y la variable sexo ($\chi^2 = 0,288$; $p = 0,592$); y no existían diferencias significativas entre grupos respecto a los discriminantes sanitarios ($t = 0,624$; $p = 0,534$) y sociales ($t = -0,651$; $p = 0,516$) considerados (ver tabla 2).

Tabla 2. Comparabilidad entre grupos de intervención y comparación respecto a la edad, discriminantes sanitarios, discriminantes sociales y sexo.

		Grupo intervención	Grupo comparación	t	gl	p
Edad	\bar{X}	75,88	79,45	-1,752	150	0,082
	DS	12,771	9,797			
Discriminantes sanitarios ¹	\bar{X}	20,68	19,81	0,624	150	0,534
	DS	8,132	8,138			
Discriminantes sociales ²	\bar{X}	32,48	33,59	-0,651	150	0,516
	DS	10,813	7,980			
				χ^2	gl	p
Sexo	Varón %	31,7	27,5	0,288	1	0,592
	Mujer %	68,3	72,5			

1. Se consideraron 13 discriminantes sanitarios: incoherencia en la comunicación, movilidad, contención de esfínteres, estado emocional, capacidad de vestirse, limitación visual, trastornos de la conducta, capacidad de asearse, limitación auditiva, trastornos de la memoria, alimentación, orientación espacio/temporal y estabilidad del estado de salud.

2. Se utilizaron 6 discriminantes sociales: cobertura de necesidades primarias, realización de tareas domésticas de la vida diaria, comunicación y relación social, apoyo social recibido, estado de las relaciones familiares y adecuación de la vivienda (barreras, habitabilidad, instalaciones y equipamiento). Fuente: Polibienestar - Universitat de València, 2006.

Las fases del proyecto fueron las siguientes:

- 1^a. Elaboración del soporte documental. El estudio piloto proporcionó un dossier básico de documentación que fue reelaborado, mediante incorporación de las propuestas de mejora obtenidas tras su aplicación y durante todo el periodo de estudio fue sometido a un proceso de revisión y adaptación continua, de forma que el equipo disponía en cada sesión de trabajo del dossier completo actualizado. Se diseñó un documento específico para recoger en cada sesión de trabajo las observaciones, sugerencias y aspectos relacionados con la aplicación e interpretación de los diferentes instrumentos que integran el dossier de documentación (ver cuadro 1). Durante el estudio no se disponía de herramientas tan útiles como “The Case Coordination Activity Tracking tool” (Sagan, Hadjistavropoulos & Bierlein, 2004).
- 2^a. El estudio y seguimiento de los casos. En esta fase se incluye la selección, valoración, estudio y análisis por el equipo de gestión de casos, propuestas de planes de actuación, gestión de recursos y seguimiento de casos y adaptación de las actuaciones.
- 3^a. Grabación del audiovisual. Como apoyo a la formación de futuros equipos de gestión de casos se grabó un video documental que recogía datos de todo el proyecto y la resolución de tres casos concretos (Generalitat Valenciana 2005). En la actualidad, este documento audiovisual se ha convertido en un instrumento pedagógico de gran difusión en la Comunidad Valenciana y ha sido presentado recientemente en Copenhague, en la *8th Global Conference of The International Federation on Ageing (IFA)* (Garcés, J. & Ródenas, F., 2006).

4ª. Informatización, procesamiento y análisis de datos. En esta fase se elaboraron los resultados y se presentaron los informes pertinentes a las Administraciones implicadas.

Cuadro 1. *Dossier de documentación sociosanitaria básica.*

Documento	Objetivo	Contenido
<i>Protocolo de derivación</i>	Facilitar la derivación de casos susceptibles de ser atendidos por el equipo de gestión de casos (EGC)	<ul style="list-style-type: none"> - Datos de procedencia del paciente - Datos de identificación del paciente - Motivo de la derivación - Cuestionario de valoración previa del paciente. Este cuestionario recoge un total de 19 variables, consideradas como discriminantes sanitarios y sociales. De ellas, 13 son discriminantes sanitarios (puntuación máxima 43 puntos): capacidad de comunicación, movilidad, continencia de esfínteres, estado emocional, capacidad para vestirse, limitación visual, trastornos de conducta, capacidad para asearse, limitación auditiva, trastornos de la memoria, capacidad para alimentarse, orientación espacio-temporal y estabilidad de su estado de salud. Las 6 restantes son discriminantes sociales (puntuación máxima 56 puntos): cobertura de necesidades primarias, realización de tareas domésticas, comunicación con el entorno, apoyo social, situación familiar; y vivienda. - La inclusión del caso requería, al mismo tiempo, una valoración sanitaria superior a 10 puntos y una valoración social superior a 15 puntos.
<i>Historia Socio-sanitaria</i>	Documento básico que cumplimenta el EGC y que constituye la valoración detallada de la situación sociosanitaria y el plan integral de actuaciones.	<ul style="list-style-type: none"> - Datos personales y de identificación del paciente, datos administrativos y de otra persona de referencia con la que establecer comunicación en caso necesario. - Datos sociales: Genograma; Vivienda (Condiciones de habitabilidad, equipamiento y barreras, propiedad y accesibilidad a servicios de la comunidad); Núcleo de convivencia y satisfacción de las relaciones; Apoyo social y necesidades del cuidador (Escala de Zarit de sobrecarga del cuidador); Utilización de servicios y de prestaciones sociales; Itinerario de recursos (solicitados por el paciente y propuestos por el EGC); Declaración sobre recursos económicos; Diagnóstico Social. - Datos sanitarios: Enfermedades actuales según Clasificación CIE 10; Estabilidad del / los procesos; Estadio de la enfermedad; Posible deterioro; Tratamientos o intervenciones; Enfermedades susceptibles de mejora mediante rehabilitación. - Escalas de valoración del grado de dependencia del paciente, en: Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (Test de Barthel); Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (Test de Lawton); y Actividad cognitiva y estado emocional (SPMSQ) (Test de Pfeiffer). - Utilización de recursos sanitarios y sociales: Fármacos; consultas médicas, de enfermería, fisioterapia y trabajo social; Hospitalización; Itinerario de recursos (Utilización, satisfacción y propuestas del EGC). - Hoja de cierre de la historia sociosanitaria, con los motivos del cierre.
<i>Plan de actuación Integral</i>	Recoge las propuestas de intervención del EGC	<ul style="list-style-type: none"> - Recoge las necesidades de atención, los objetivos de la intervención y las actuaciones a realizar con el paciente, la familia y/o cuidador principal, y la vivienda y entorno. - Y hoja resumen de actuaciones, con la relación de servicios y prestaciones recomendadas y la frecuencia de utilización actual, la frecuencia que recomienda el EGC mediante propuestas o tramitaciones y las prestaciones concedidas en cada momento.
<i>Otra documentación</i>	Complementar, apoyar y valorar el trabajo del EGC	<ul style="list-style-type: none"> - Documento de valoración de la adecuación de recursos y el coste en tiempo y esfuerzo que han supuesto las gestiones y tramitaciones de los mismos. - Documento sobre satisfacción del paciente con las actuaciones del EGC y con las propuestas realizadas. - Documento sobre satisfacción del cuidador acerca de las atenciones recibidas y las propuestas realizadas. - Documento sobre satisfacción del EGC en relación con la participación en el proyecto, desarrollo del proyecto, materiales utilizados, instrumentos y esfuerzo realizado. - Carta firmada sobre consentimiento informado para la utilización de información e imágenes en la elaboración del video. - Formulario para la recogida de observaciones y sugerencias de corrección de la documentación utilizada en las sesiones de trabajo.

Fuente: Polibienestar - Universitat de València, 2006.

Con el fin de que sean tenidas en cuenta las limitaciones que han influido en el desarrollo del estudio en los juicios sobre el mismo y en la interpretación de los resultados, mencionamos a continuación los principales condicionantes. El proyecto tuvo que aplicarse con los recursos, servicios y procedimientos de interrelación y coordinación existentes (esta información puede consultarse en Garcés, Ródenas & Sanjosé, 2006), ya que no contemplaba ninguna ampliación de recursos, ni siquiera se podían modificar las relaciones orgánicas entre (y en) los servicios existentes. El proyecto tenía que ser viable con la organización y las estructuras administrativas presentes. Y con la dedicación voluntaria y extraordinaria de un grupo de profesionales de atención primaria que constituyeron el Equipo de Gestión de Casos, que tenían una capacidad de gestión real muy limitada. Además, durante todo el desarrollo estuvieron presentes varios elementos distorsionantes, relacionados con la desconfianza profesional del resto de compañeros del equipo de gestión de casos a la hora de derivarles pacientes, las diferencias políticas entre Administraciones y la falta de espacios adecuados para realizar las reuniones de equipo. El condicionante positivo de importancia definitiva para su finalización fue la dotación humana y su inversión en tiempo y esfuerzos.

Resultados

Los pacientes que participaron en el estudio (ver tabla 3), en el momento de la derivación, presentaban en su mayoría un deterioro progresivo moderado de su estado de salud (65,1%), con problemas como la incontinencia de esfínteres (22,4%) o la limitación grave visual (30,9%) o auditiva (15,1%). Los diagnósticos más frecuentes estaban relacionados con hipertensión (53,5%), osteoartrosis (49,5%) y diabetes (36,6%). La situación de escasa movilidad (un 27% estaba encamado o en silla de ruedas), la presencia de estados depresivos (55,2%), de trastornos de la memoria graves (36,2%), de desorientación espacio-temporal completa (11,3%) o de trastornos graves de la conducta (13,2%) limitaba sus posibilidades de utilización adecuada de la red de servicios asistenciales sanitarios y sociales.

Algunos de estos pacientes eran totalmente dependientes para cubrir sus necesidades primarias (36,2%), en su mayoría requerían apoyo externo prácticamente a diario para realizar las tareas domésticas (91,4%), así como para relacionarse y comunicarse con su entorno (55,2%). Y, pese a contar con cuidadores informales, percibían que el apoyo social recibido era muy escaso o inexistente (69,7%). En sus viviendas, o en el acceso a las mismas, se detectaban barreras arquitectónicas (77,0%) e instalaciones y equipamientos no adecuados a su situación de dependencia (60,5%).

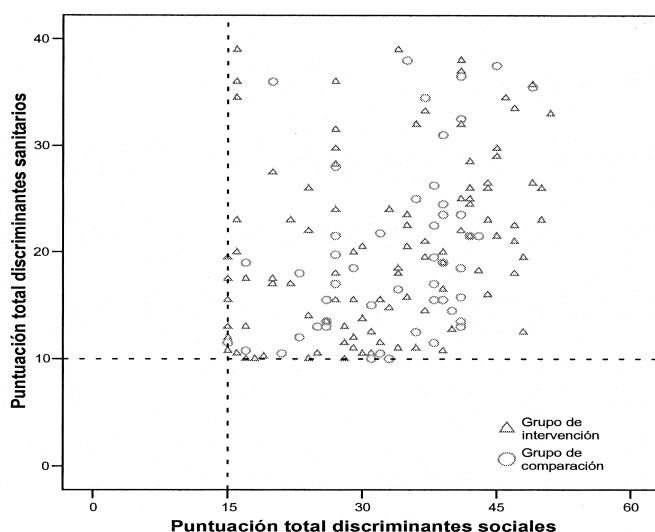
Tabla 3. *Indicadores de deterioro sociosanitario.*

Indicadores	Pac. Grupo de intervención	Pac. Grupo de comparación	Pac. Total
Incoherencias graves en la comunicación	31,7% (32)	27,4% (14)	30,3% (46)
Movilidad reducida: silla de ruedas o encamado	29,7% (30)	21,6% (11)	27,0% (41)
Incontinencia total de esfínteres	25,7% (26)	15,7% (8)	22,4% (34)
Limitación visual grave	29 (28,7%)	18 (35,3%)	47 (30,9%)
Limitación auditiva grave	14,9% (15)	15,7% (8)	15,1% (23)
Incapaz de vestirse sin ayuda	43 (42,6%)	15 (29,4%)	58 (38,2%)
Incapaz de asearse sin ayuda	58 (57,4%)	19 (37,3%)	77 (50,7%)
Incapaz de alimentarse o precisa ayuda siempre	15 (14,9%)	4 (7,8%)	19 (12,5%)
Estado emocional depresivo	50 (49,5%)	34 (66,7%)	84 (55,3%)
Graves trastornos de la memoria	24 (23,8%)	13 (25,5%)	37 (24,3%)
Graves trastornos de la conducta	12 (11,9%)	8 (15,7%)	20 (13,2%)
Desorientación espacio-temporal completa	10 (9,9%)	7 (13,7%)	17 (11,2%)
Deterioro progresivo moderado o acelerado del estado de salud	77 (76,2%)	44 (86,3%)	121 (79,6%)
Dependencia total ABVD	44 (43,6%)	11 (21,6%)	55 (36,2%)
Dependencia total actividades domésticas	72 (71,3%)	32 (62,7%)	104 (68,4%)
Dependencia total actividades comunicación y relación social	45 (44,6%)	16 (31,4%)	61 (40,1%)
Apoyo social insuficiente o inexistente	73 (72,3%)	45 (88,2%)	118 (77,6%)
Conflictos familiares derivados de la atención a la dependencia	23 (22,8%)	6 (11,8%)	29 (19,1%)
Valoración global de la vivienda: inadecuada	83 (82,2%)	43 (84,3%)	126 (82,9%)
Habitabilidad de la vivienda: inadecuada	14 (13,9%)	3 (5,9%)	17 (11,2%)
Instalaciones y equipamiento en la vivienda: inadecuados	58 (57,4%)	34 (66,7%)	92 (60,5%)
Existencia de barreras arquitectónicas en la vivienda	77 (76,2%)	40 (78,4%)	117 (77,0%)

Fuente: Polibienestar - Universitat de València, 2006.

La derivación al equipo de gestión de casos se realizó principalmente por personal médico y trabajadores sociales (90,2%, un total 137 pacientes). El 45% de los pacientes derivados supera puntuaciones de 20 en los discriminantes sanitarios de selección (punto de corte = 10) y el 62 % estaba por encima de 30 puntos en los discriminantes sociales (punto de corte = 15) (ver gráfico 1).

Gráfico 1. *Relación entre las puntuaciones totales obtenidas en los discriminantes sanitarios y sociales, diferenciando entre grupo de intervención y de comparación.*



Fuente: Polibienestar - Universitat de València, 2006.

Los pacientes derivados estaban utilizando dentro del sistema sanitario público, además del centro de salud, algún servicio hospitalario de consultas externas (30,9%) y el centro ambulatorio de especialidades (14,5%). Además, habían requerido atención social a través del servicio de ayuda a domicilio (27,6%) y de teleasistencia (14,5%) (tabla 5).

Tabla 5. Recursos utilizados por el paciente en el momento de la derivación al equipo de gestión de casos.

Recursos utilizados		Pac. Grupo de intervención	Pac. Grupo de comparación	Pac. Total
Sanitarios	Consultas externas hospital agudos	29,7% (30)	33,3% (17)	30,9% (47)
	Centro de especialidades	13,9% (14)	15,7% (8)	14,5% (22)
	Hospital de agudos y Unidad de corta estancia	5,9% (6)	-	3,9% (6)
	Unidad de salud mental	3,0% (3)	2,0% (1)	2,6% (4)
	Unidad de hospitalización a domicilio	2,0% (2)	-	1,3% (2)
	Hospital de día	2,0% (2)	-	1,3% (2)
	Hospital de atención a crónicos y larga estancia	1,0% (1)	-	0,7% (1)
Sociales	Servicio de ayuda a domicilio	28,7% (29)	25,5% (13)	27,6% (42)
	Teleasistencia	13,9% (14)	11,8% (6)	14,5% (22)
	Ayudas técnicas*	3,0% (3)	4,0% (2)	3,3% (5)
	Centro de día	3,0% (3)	2,0% (1)	2,6% (4)

* Ayudas técnicas: grúa, colchón anti-escaras, andador y silla de ruedas.

Fuente: Polibienestar - Universitat de València, 2006.

Los pacientes del grupo de comparación, continuaron utilizando los mismos recursos, mientras que en el grupo de intervención se diseñaron nuevos itinerarios asistenciales para cada caso. En el 94,1% de los mismos, el paciente mantenía el centro de salud como primer recurso sanitario propuesto por el equipo de gestión de casos, y la mayoría (55,4%) únicamente requería una intervención sanitaria de dicho equipo (tabla 6). Esta intervención se complementaba con diferentes recursos sociales domiciliarios (servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia, ayudas técnicas), de atención diurna (centro de día) o residenciales (estancia a corto -inferior a dos meses- o medio plazo -máximo seis meses- en residencia para mayores). En el 76,2% de los casos se requerían uno o dos de estos recursos sociales. Entre los recursos sociales propuestos por el equipo de gestión de casos como primera opción (ver tabla 7), aparece uno que hasta ese momento ningún paciente utilizaba: el centro de día -con transporte adaptado- (21,8%).

Tabla 6. *Itinerario de recurso sanitario propuestos por el Equipo de Gestión de Casos.*

Itinerario		Pac. Grupo intervención
Equipo de gestión de casos con intervención sanitaria en primaria únicamente		55,4% (56)
Equipo de gestión de casos con intervención sanitaria en primaria y especializada		38,6% (39)
	Unidad de Salud Mental	2,0% (2)
	Hospital de Agudos	1,0% (1)
	Unidad de Hospitalización a Domicilio	2,0% (2)
	Hospital crónicos y larga estancia	1,0% (1)
	Centro de especialidades	3,0% (8)
	Consultas externas de hospital	12,9% (23)
	Rehabilitación	2,0% (2)
Hospital de día		2,0% (2)
Consultas externas hospital		2,0% (2)
Hospital de crónicos y larga estancia		2,0% (2)

Fuente: Polibienestar - Universitat de València, 2006.

Tabla 7. *Primer recurso social propuesto por el Equipo de Gestión de Casos.*

Recurso social propuesto	Pac. Grupo intervención
Servicio de Ayuda a Domicilio	31,7% (32)
Teleasistencia	24,8% (25)
Centro de Día	21,8% (22)
Estancia Temporal en Residencia	5,9% (6)
Prestaciones económicas**	5,9% (6)
Estancia Permanente en Residencia	4,0% (4)
Ayudas técnicas *	4,0% (4)

* Ayudas técnicas = grúa y silla de ruedas.

** Prestaciones económicas = eliminación de barreras arquitectónicas.

Fuente: Polibienestar - Universitat de València, 2006.

En el estudio se detectaron diferencias entre el grupo de intervención y el grupo de comparación relativas a la utilización combinada, o no, de recursos sanitarios y sociales. En el grupo de pacientes que participaron activamente en el programa de gestión de casos la utilización exclusiva de recursos sanitarios fue menor que entre los pacientes del grupo de comparación (33,3% y 68,6%, respectivamente), comprobando que existía una asociación significativa estadísticamente entre ambas variables ($\chi^2 = 11,061$; $p = 0,001$).

La metodología de gestión de casos también influye en la optimización de la red asistencial ya que permite disminuir el número de pacientes atendidos y el número de consultas. Así, en el grupo de intervención es menor el número de pacientes que consultan a un profesional médico (43,6% frente al 74,5% de pacientes en el grupo de comparación) o a un trabajador social (15,4% y 45,1%, respectivamente), y se observa una asociación significativa en ambos casos (tabla 8). Respecto al número de consultas, se ha obtenido una tendencia que indica una disminución del número de consultas en el grupo de intervención, sin que existan diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo de comparación.

Tabla 8. *Utilización de servicios: pacientes y número de consultas médicas y de trabajo social en las dos últimas semanas.*

		Grupo intervención	Grupo comparación	t	gl	p
Nº consultas al médico	\bar{X}	1,47	1,63	0,541	53	0,591
	DS	0,624	1,149			
Nº consultas al trabajador social	\bar{X}	1	1,39	1,622	27	0,116
	DS	0,000	0,583			
				χ^2	gl	p
Pacientes que consultan al médico	%	43,6	74,5	8,891	1	0,003
Pacientes que consultan al trabajador social	%	15,4	45,1	8,934	1	0,003

Fuente: Polibienestar - Universitat de València, 2006.

El proyecto de gestión de casos debería facilitar que los ingresos hospitalarios disminuyesen, en particular aquellos que se producen a través del servicio de urgencias motivados por un tratamiento médico sin intervención quirúrgica.

Los resultados muestran que hay una tendencia hacia la reducción de los ingresos hospitalarios en el grupo expuesto a la metodología de gestión de casos. Un 15,8% de los pacientes del grupo de intervención ingresaron en un centro hospitalario, considerando un periodo de dos meses, mientras que en el grupo de comparación el porcentaje fue del 19,6%, aunque hay diferencias no encontramos una asociación estadísticamente significativa entre estas variables ($\chi^2 = 0,215$; $p=0,643$).

De los pacientes hospitalizados, aquellos en los que se aplicó la gestión de casos hicieron un uso más racional de este recurso, ya que en su mayoría eran ingresos programados para realizar pruebas de diagnóstico específicas o intervenciones quirúrgicas. Los datos obtenidos muestran que el 33,3% de los pacientes del grupo de intervención ingresaron a través del servicio de urgencias, con motivo de un tratamiento médico que no requería intervención quirúrgica, y que por lo tanto podría ser tratado en otro recurso sanitario menos especializado. En el grupo de comparación, si bien las diferencias no son estadísticamente significativas ($\chi^2 = 1,067$; $p=0,302$), ese porcentaje se dispara alcanzado al 60,0% del total de pacientes hospitalizados.

La continuidad de cuidados y el control terapéutico que proporciona el equipo de gestión de casos, que implica al menos un desplazamiento al domicilio cada 2 meses, también influye en la mejora del consumo farmacéutico, en particular en la eliminación de la automedicación, además del control del tratamiento. La tabla 9 muestra los fármacos más consumidos por los pacientes del estudio. El consumo medio de medicamentos es similar en ambos grupos, no obstante se aprecia una tendencia -no hay diferencias estadísticas significativas ($t = -0,671$; $p = 0,503$)- que indica una disminución del consumo en el grupo de intervención. Los resultados también permiten comprobar, aunque tampoco existan diferencias significativas estadísticamente ($\chi^2 = 0,773$; $p=0,379$), que no se realizó consumo de fármacos sin receta médica en el grupo de intervención, pero se detectó que un 7,9% de los pacientes del grupo de comparación se automedicaba.

Por último, se consideró el grado de satisfacción de los pacientes y cuidadores en relación con los servicios sanitarios y sociales utilizados, así como la satisfacción de los profesionales que participaron en el estudio.

Los pacientes del grupo de intervención mostraron un nivel de satisfacción mayor, especialmente respecto a los servicios sanitarios. Así, el 55,4% de estos enfermos estaban muy satisfechos con la atención recibida y las prestaciones de los recursos sanitarios que habían utilizado, en el caso de los enfermos del grupo de comparación ese porcentaje era muy inferior 29,4%, siendo estas diferencias significativas estadísticamente ($\chi^2 = 17,215$; $p=0,004$). Respecto a los recursos sociales, las diferencias en el grado de satisfacción eran escasas y no significativas desde el punto de vista estadístico ($\chi^2 = 7,216$; $p=0,202$). Un 44,2% de los

pacientes del grupo de intervención estaba muy satisfecho con los servicios sociales recibidos, frente a un 43,8% de las personas que formaban parte del grupo de comparación.

Tabla 9. *Fármacos utilizados por los pacientes que participaron en el proyecto de gestión de casos.*

Fármacos	Pac. Grupo de intervención	Pac. Grupo de comparación	Pac. Total
Para el dolor y/o bajar la fiebre	56,4% (58)	54,9% (28)	56,6% (86)
Para la tensión arterial	53,5% (54)	52,9% (27)	53,3% (81)
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	43,6% (44)	39,2% (20)	42,1% (64)
Para las diabetes	32,7% (33)	33,3% (17)	32,9% (50)
Para el corazón	31,7% (32)	19,6% (10)	27,7% (42)
Para las alteraciones digestivas	21,8% (22)	17,6% (9)	20,4% (31)
Antidepresivos, estimulantes	19,8% (20)	21,6% (11)	20,4% (31)
Para el catarro, gripe, garganta, bronquios, etc.	19,8% (20)	15,7% (8)	18,4% (28)
Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos	10,9% (11)	19,6% (10)	13,9% (21)
Laxantes	12,9% (13)	15,7% (8)	13,9% (21)
Vasodilatadores cerebrales	10,9% (11)	15,7% (8)	12,5% (19)
Para bajar el colesterol	10,9% (11)	11,8% (6)	11,2% (17)
Alzheimer o demencia senil	5,0% (5)	13,7% (7)	7,9% (12)
Anticoagulantes	8,9% (9)	2,0% (1)	6,6% (10)
Antibióticos	8,9% (9)	0,0% (0)	6,0% (9)
Media de fármacos consumidos (DS)	3,5 (1,60)	3,8 (1,84)	3,7 (1,76)

Fuente: Polibienestar - Universitat de València, 2006.

La situación era semejante entre los cuidadores. El 56,6% de los cuidadores informales que atendían a pacientes del grupo de intervención estaban altamente satisfechos con los servicios sanitarios recibidos por sus familiares, frente al 31,9% del grupo de comparación ($\chi^2 = 9,090$; $p=0,028$).

Los miembros del equipo de gestión de casos expresaron una satisfacción máxima respecto a los siguientes factores: la elaboración del dossier de documen-

tación, los instrumentos de valoración utilizados, las sesiones conjuntas de valoración, la implicación de todos los profesionales en las visitas a domicilio, la coordinación interna del equipo y el apoyo y tutorización de la universidad y el departamento de salud. Su insatisfacción estaba centrada en la escasa derivación de pacientes por parte de otros profesionales sanitarios y sociales hacia la unidad de gestión de casos, y la insuficiente disponibilidad de recursos y el acceso limitado a ellos debido a la existencia de baremos vinculados a las rentas de los pacientes.

La introducción de principios como la sostenibilidad social (Garcés, 2000) a la hora de desarrollar las futuras carteras de servicios dirigidas a atender la creciente demanda de prestaciones sociosanitarias y de cuidados de larga duración para personas mayores (Grundy, 2006) (que también se aprecia en otros grupos de población como discapacitados o enfermos crónicos) exige innovación y eficiencia y, por lo tanto, optimización de la red asistencial, evitando duplicidades y falta de eficacia derivada de la ausencia de interacción entre el sistema sanitario y social (Walsh & Clark, 2002).

El actual modelo español, que mantiene la separación de los servicios e intervenciones sanitarias y sociales, se modificará con la recientemente aprobada ley nacional de la dependencia en abril de 2006, que propugna la articulación de la futura cartera de servicios sociosanitarios que se activará en el año 2007 y que genera nuevos derechos. Entre los retos a los que deberá enfrentarse el nuevo sistema de atención a la dependencia se encuentra la coordinación entre el sistema autonómico descentralizado y el estatal a la hora de gestionar prestaciones económicas, servicios y programas, o la creación de agencias y organismos de valoración de la dependencia regionales que utilizarán baremos nacionales. En este nuevo contexto, la introducción de criterios de proximidad desde el ámbito normativo da origen a una nueva vía para conseguir la deseada coordinación ("articulación"). Estos criterios se podrían articular metodológicamente, en el ámbito de la atención primaria, a través de la gestión de casos (Challis et. al., 2002; Hudson, 2000).

El eje rector que ha guiado la experiencia presentada consiste en avanzar en la ordenación de servicios y en las fórmulas que den respuesta a las necesidades sanitarias y sociales ajustándose a las estructuras existentes y evitando propuestas inviables.

El modelo organizativo de gestión de casos descrito en este documento, más próximo a otras realidades europeas (Davies, 1992), afronta este reto al reforzar la prestación de servicios sociosanitarios comunitarios y/o domiciliarios (el 55% de los pacientes pueden ser atendidos en este ámbito), permitir la gestión de paquetes integrados de prestaciones y disponer de equipos especializados responsables de dicha gestión, con los consiguientes cambios en la cultura profesional (Carpenter, Schneider, Brandon & Wooff, 2003). Estos equipos pueden afrontar con mejores resultados el hecho, constatado de forma subjetiva por profesionales del ámbito sanitario y social, de la dificultad de acceder a las prestaciones y servicios

que, estando disponibles en el sistema, son poco accesibles a las rutinas y protocolos de actuación existentes en la atención sanitaria primaria. El recurso existe, por ejemplo transporte adaptado o camas articuladas, pero no se puede disponer de él o la dificultad de acceso es muy alta.

La experiencia recogida en el proyecto es coherente con otros estudios internacionales al confirmar la importancia de los equipos especializados de referencia para introducir mejoras en la atención sociosanitaria (Dant & Gearing, 1990), y constata la necesidad de aplicar el principio de diversificación de servicios para adaptar el plan de actuación individual a las necesidades detectadas y a las características de los pacientes, a medida que estas evolucionan. En el trabajo hemos encontrado un perfil de paciente femenino, envejecido, dependiente para las AVD, atendido en domicilios con problemas de accesibilidad y barreras interiores, y por lo tanto inadecuados. Estas pacientes requieren una adaptación de las pautas de tratamiento médico/farmacéutico y rehabilitación para mantener o mejorar áreas de dependencia funcional, así como ayuda técnicas y de soporte a la de ambulación y movilización. En esta línea, la gestión de casos es capaz de generar mejoras en la calidad de vida de las personas mayores y sus cuidadores, aliviando la sobrecarga familiar que plantean Jarrott, Zarit, Stephens, Townsend & Greene (2005).

El diseño del estudio, eminentemente práctico, no permite una comparación plena de resultados entre los grupos estudiados, en todas las variables recogidas en el sistema de información. Las que se han podido comparar apuntan o confirman, no sin ciertas precauciones, que se han producido *mejoras en la atención* reflejadas en la satisfacción de los sectores implicados (pacientes, cuidadores y profesionales), en el control sobre los tratamientos y en la eliminación de la automedicación. Y se ha iniciado un proceso de *optimización de la red asistencial*, como muestra el uso combinado de recursos sanitarios y sociales, la disminución de las consultas médicas y la mejora de la utilización del servicio de urgencias hospitalario.

Quedan pendientes varias preguntas cuya respuesta debería permitir extender esta metodología al resto de Departamentos de salud, como el proceso de integración de estos equipos en la red asistencial actual, la dotación de recursos y la capacidad de decisión sobre los mismos o los costes/beneficios de su puesta en marcha, que aunque pueden intuirse, no se está en disposición de responderlas objetivamente en este momento.

Bibliografía

APPLEBAUM, R. et al. (2002): "Using High-Intensity Care Management to Integrate Acute and Long-Term Care Services: Substitute for Large Scale System Reform?" in *Case Management Journals* 3, 3, 113-119.

- CARPENTER, I., et al. (1999): *Care older people a comparison of systems in North America, Europe and Japan*, Farrand Press, London.
- CARPENTER, J.; SCHNEIDER, J.; BRANDON, T. & WOOFF, D. (2003): "Working in multi-disciplinary community mental health teams: the impact on social workers and health professionals of integrated mental health care" in *British Journal of Social Work*, 33, 1081-1103.
- CHALLIS, D. (1994): *Care Management: Factors Influencing its Development in the Implementation of Community Care*, Department of Health, London.
- CHALLIS, D., et al. (2001): "Intensive care - management at home: an alternative to institutional care?" in *Age and Ageing* 30, 409-413.
- CHALLIS, D., et al. (2002): *Care management in social and primary health care*, Ashgate, Aldershot.
- COMAS, A. et al. (2006): "Future long - term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom" in *Ageing & Society*, 26, 285-302.
- COMISIÓN EUROPEA (2000): *Informe sobre la protección social en Europa 1999*, COM(2000) 163 final, Bruselas.
- CONSEJO DE EUROPA (1997): *Proyecto de recomendación relativo a la dependencia*, Estrasburgo.
- DANT, T. & GEARING, B. (1990): "Key - workers for elderly people in the community: case managers and care co-ordinators" in *Journal of Social Policy*, 19 (3), 331-360.
- DAVIES, B (1992): *Care management, equity and efficiency: The International experience*, PSSRU, University of Kent, Canterbury.
- DAVIES, B. (1994): "Improving the case management process" in *Caring for frail elderly people*. New Directions in Care. OECD. Social Policy Studies nº 14. Paris.
- DAVIES, B. (1995): "The reform of community and long-term care of elderly persons: An international perspective", in SCHARE, T. & WENGER, G.C. (eds.): *International Perspectives on Community Care for Older People*, Avebury-Ashgate, Aldershot, pp. 21-38.
- DEFENSOR DEL PUEBLO, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA Y ASOCIACIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE GERONTOLOGÍA (1999): *La atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*, Madrid.
- DURÁN, M. A. (2000): *Los costes invisibles de la enfermedad*, Fundación BBV, Bilbao.
- ENGEL, H. & ENGELS, D. (2000): *Case management in various national elderly assistance systems*. Kohlhammer, Köln, Germany.
- FIELD, J. & PECK, E. (2003): "Mergers and acquisitions in the private sector: what are the lessons for health and social services?" in *Social Policy & Administration*, 37, 742-755.

- FINE, M. & GLENDINNING, C. (2005): "Dependence, independence or interdependence? Revisiting the concepts of 'care' and 'dependency'" in *Ageing & Society*, 25, 601-621.
- GARCÉS FERRER, J. (2000): *La nueva sostenibilidad social*, Ariel Sociología. Madrid.
- GARCÉS, J. & RÓDENAS, F. (2006): "DVD: Case management applied to elderly people in Spain". *The Internacional Federation on Agein (IFA) 8th Global Conference*. Copenhagen, 30 mayo-2 junio de 2006 (aceptado 11 de abril).
- GARCÉS, J.; RÓDENAS, F. & SANJOSÉ, V. (2003): "Towards a New Welfare State: The Social Sustainability Principle and Health Care Strategies" in *Health Policy*, 65, 201-215.
- GARCÉS, J.; RÓDENAS, F. & SANJOSÉ, V. (2004): "Care needs among the dependent population in Spain: an empirical approach" in *Health and Social Care in the Community*, 12 (6), 466-474.
- GARCÉS, J.; RÓDENAS, F. & SANJOSÉ, V. (2006): "Suitability of the health and social care resources for persons requiring long-term care in Spain: an empirical approach" in *Health Policy*, 76, 121-130.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (1996): *Solicitud de programas y servicios sociales de atención a personas mayores, basada en la orientación multidimensional gerontológico (OMG)*, Generalitat de Catalunya, Barcelona.
- GENERALITAT VALENCIANA (2004): *Plan para la mejora de la atención domiciliaria en la Comunidad Valenciana (IMAD), 2004-2007*. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat, Valencia.
- GENERALITAT VALENCIANA (2005): *DVD Gestión de Casos Sociosanitarios*. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat, Valencia.
- GLASBY, J.; LITTLECHILD, R. & PRYCE, K. (2004): "Show me the way to go home: a narrative review of the literature on delayed hospital discharges and older people" *British Journal of Social Work*, 34, 1.189-1.197.
- GRUNDY, E. (2006): Ageing and vulnerable elderly people: European perspectives, *Ageing & Society*, 26, 105-134.
- HUDSON, B. (2000): "Social services and primary care groups: a window of collaborative opportunity?" *Health and Social Care in the Community*, 8(4), 242-250.
- IKEGAMI, N. & CAMPBELL, J. (1999): *Long term care for frail older people*, Springer Press, New York.
- IMSERSO (1999): *La protección social de la dependencia*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, Madrid.
- IMSERSO (2001): *Las personas mayores en España: Informe 2000*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, Madrid.
- IMSERSO (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO. Madrid.

- INSTITUTO VALENCIANO DE ESTADÍSTICA (2005): *Explotación estadística del Padrón Municipal de Habitantes Continuo*. Comunidad Valenciana. Generalitat Valenciana, Valencia.
- JACOBZONE, S. (1999): "Ageing and Care for Frail Elderly Persons: An Overview of International Perspectives", in OECD: *Labour market and social policy*, Occasional Papers, 38, París.
- JARROTT, S.; ZARIT, S.; STEPHENS, M.A.; TOWNSEND, A. & GREENE, R. (2005): "Instrumental help and caregivers' distress: Effects of change in informal and formal help" *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 20: 181-190.
- KALISCH, D. et al. (1998): *Social and Health Policies in OECD Countries: a Survey of Current Programmes and Recent Developments* OECD, WD(98)4, París.
- KNAPP, M.R.J. (2000): "Economics and the care for older people: why, when, how and what futures prospects?" in *Hong Kong Journal of Gerontology*, 191, 18-28.
- LAWTON, M.P. & BRODY, E.M. (1969): "Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living", *Gerontologist*, 9 (3), 179-86.
- MAHONEY, F.I. & BARTHEL, D.W. (1965): "Functional Evaluation: The Barthel Index", *Medical Journal*, Maryland State, 14, 61-65.
- MOXLEY, D.P. (1989): *The practice of case management*. Sage Publications, Inc. Newbury.
- OECD (1995): "Social protection for dependent elderly people: Perspectives from a review of OECD countries", in *Labour market and social policy*, Occasional Papers, 16, París.
- OECD (1998): "Long term care services to older people, a perspective on future needs: The impact of an improving health of older persons", in *Ageing Working Papers*, 4.2., París.
- PACOLET, J. et al. (1998): *Social Protection for dependency in old age in the 15 EU member states and Norway*, HIVA, U. Lovaina, Bélgica.
- PARKER, M. & PATRICK, S. (2002): *Past, present and future trends in care management*, GCM Survey, Minesota.
- SAGAN, M.; HADJISTAVROPOULOS & H. BIERLEIN, C. (2004): "Development and results of a case coordination activity tracking tool", *Care Managements Journals*, 5 (4), 203-212.
- SCHARLACH, A.E.; GIUNTA, NY. & MILLS-DICK, K. (2001): *Case management in long-term care integration: an overview of current programs and evaluations*, Center for the Advanced Study of Aging Services. Berkeley, University of California.
- SMITH, K.V., et al. (2000): *Exemplary practices in primary care case management*, Center for health care strategies, Inc, The Robert Wood Johnson Foundation's. US.

WALSH, E.G. & Clark, W.D. (2002): Managed Care and Dually Eligible Beneficiaries: Challenges in Coordination. *Health Care Financing Review*, vol. 24, nº 1, 63-82.

WHO (2002): *Lessons for long-term care policy*. WHO, Switzerland.