

La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional¹

Alicia Sarabia Sánchez²

Una de las quejas habituales que plantean las personas con necesidades complejas es la fragmentación de las intervenciones de los servicios sociosanitarios. Éstos a menudo no tienen en cuenta que la persona es sólo una, que sus circunstancias son cambiantes y que la tipología e intensidad de las intervenciones han de adaptarse a ellas. Para afrontar esta fragmentación, en la década de 1970 surgió en Estados Unidos la gestión de casos (*case management*). Se trata de un modelo de intervención holístico, centrado en el cliente como un todo inserto en un entorno, que potencia la autonomía personal y la participación social y, sobre todo, que facilita el acceso a recursos coordinados que responden a las necesidades integrales de los clientes. El presente artículo se propone explicar este modelo centrándose en una población concreta, la de las personas en situación de dependencia funcional.

1. Introducción

Tanto en el ámbito sanitario como en el de los servicios sociales, cada estamento (atención primaria, atención especializada, atención institucional) y cada escala territorial (local, provincial, regional, departamental y estatal) se rige por sus propias normas, que, la mayoría de las veces, no tienen en cuenta la coordinación con el resto. Cada estamento asistencial es concebido como un mundo en sí mismo, ajeno a lo que pase fuera de él. Así, una de las quejas habituales que plantean las personas con necesidades complejas es la fragmentación de las intervenciones, que no tienen en cuenta que la persona es sólo una, que sus circunstancias son cambiantes y que la tipología e intensidad de las intervenciones han de variar de forma tan fluida como lo hace la vida del ser humano.

Para afrontar esta fragmentación, en la década de 1970 surgió en Estados Unidos el *case management*, que se ha traducido como gerencia de casos o gestión de casos. La opción por una u otra traducción (gerencia o gestión) está en función del enfoque más o menos directivo que se adopte en el uso de este método de intervención, ya que, como veremos más adelante, no hay una única manera de ‘hacer’ gestión de casos, y las diversas experiencias llevadas a cabo hasta el momento varían, principalmente según el grupo poblacional en el que se apliquen. De hecho, la gestión de casos se ha llevado a cabo con prácticamente todos los ‘colectivos’ que suelen ser destinatarios de intervenciones desde los servicios sociales o sociosanitarios, y, en los casos de actuaciones con menores en situación de riesgo, por ejemplo, se tiende a una intervención mucho más directiva que cuando se trata de personas con discapacidades físicas muy severas.

¹ Este artículo está basado en un trabajo sobre gestión de casos en servicios sociales realizado para el Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO) y que fue presentado en las V Jornadas de dicho Seminario, que tuvieron lugar en Madrid en octubre de 2006. Recibió aportaciones de Demetrio Casado y Carlos Egea.

² Licenciada en Sociología y diplomada en Trabajo Social (alicia.sarabia@gmail.com).

Para esta exposición acerca de qué es y cómo se trabaja la gestión de casos, nos centraremos en una población concreta, la de las personas en situación de dependencia funcional. La dependencia funcional es definida por el Consejo de Europa³ como el “estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana”. Si bien esta definición se refiere a lo que se ha denominado ‘dependencia’, añadimos el adjetivo ‘funcional’ para delimitarla claramente respecto a otras situaciones de dependencia propias del ser humano, como la económica, la jurídica, la jerárquica o la emocional.

Las situaciones de dependencia funcional son tan antiguas como la propia humanidad. Toda sociedad hubo de enfrentarse al hecho de que algunos de sus miembros no eran capaces de subvenir a sus necesidades por sí mismos debido a motivos de salud. Sin embargo, las respuestas que los distintos grupos humanos vienen dando a estas situaciones varían de forma notable según las diferentes culturas. La aparición del cristianismo en el mundo occidental propició la asunción del cuidado del dependiente por el grupo, en ausencia de la familia o, incluso, apoyando a ésta; la constante en las sociedades de nuestra tradición cultural a lo largo del devenir histórico ha sido la responsabilidad familiar en el cuidado de sus miembros más débiles, y solamente en los casos de ausencia de parientes dispuestos a asumir esta atención, la sociedad (a través de hospicios, asilos, instituciones filantrópicas y, por último, el apoyo de los poderes públicos) asumía, en los casos más afortunados, su cuidado, tutela y custodia.

Pero la evolución sociodemográfica acaecida en la sociedad occidental a raíz del proceso de industrialización, así como los avances médicos durante el siglo xx, han conducido a una situación insólita en la historia de la humanidad, que podemos resumir en los siguientes puntos⁴:

- Aumento de la esperanza de vida, que no siempre implica un aumento proporcional de la esperanza de vida libre de discapacidad⁵, y que, por ello, conlleva una prolongación de la necesidad de apoyos y atención a las personas en situación de dependencia.

³ Definición de Dependencia de la Recomendación relativa a la dependencia [R (98) 9] del Comité de Ministros del Consejo de Europa de septiembre de 1998.

⁴ Para un desarrollo mayor de estos puntos, ver Sarabia, A. (2003) “Necesidades de apoyo para la vida activa de las personas en situación de dependencia funcional”. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, nº 54-55.

⁵ A este respecto, ver Puga, M. D. (2002), *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010*. Madrid, Fundación Pfizer.

- Incremento del número de personas en situación de dependencia, debido a los avances en los campos de la medicina y de las condiciones ambientales.
- Disgregación de la familia extensa, tanto en el sentido físico de menor presencia de los parientes en el entorno cercano, como de la escasa asunción de responsabilidades respecto a aquellos que no componen el núcleo familiar propiamente dicho.
- Descenso de las tasas de natalidad, especialmente por el retraso producido en los últimos años en la incorporación de los jóvenes al mundo laboral, unido a la creciente exigencia social de estabilidad laboral para el establecimiento de una familia, bajo el lema de la ‘maternidad o paternidad responsable’.
- Incorporación de la mujer al mercado laboral, tanto en la búsqueda de una seguridad económica que garantice su independencia respecto al varón, como para mejorar la calidad de vida económica del núcleo familiar.
- Reivindicación por parte de la mujer de su derecho a ser apoyada en la atención a las personas en situación de dependencia, tanto en lo que se refiere al reparto de responsabilidades con el hombre, como en la demanda de apoyo social como medio de reconocimiento del valor de la tarea que ejerce.

Pero, por su parte, cada vez más personas con discapacidad, también las gravemente afectadas, reclaman su derecho a la igualdad, a llevar una vida activa y a contribuir a la sociedad en la medida de sus posibilidades. Jiménez Lara lo expone con gran claridad:

“Las personas con discapacidad reivindican el derecho igualitario de perseguir las oportunidades que la vida le ofrece a cada individuo, prepararse para la participación por medio de la educación e integrarse en la sociedad a través del empleo. Esto no sólo se demanda como derecho, sino que nace del sentido de responsabilidad cívica de contribuir. Una ciudadanía igualitaria significa más que el mero derecho a la protección: también conlleva la responsabilidad de la contrapartida. Las personas con discapacidad demandan tanto el derecho a participar como el derecho igualitario a contribuir. Su movimiento viene inspirado por el enfoque de los derechos fundamentales, lo que les ha llevado a demandar la inclusión (frente a la exclusión), la independencia y la autodeterminación (frente a la dependencia) y el fortalecimiento (frente a las posturas paternalistas)”.

Así pues, se ha producido un posicionamiento de las personas con situaciones de dependencia respecto a

sus derechos y contribuciones sociales. Un sector de las personas con discapacidad ha dejado de aceptar el rol pasivo que tradicionalmente éstas han venido asumiendo y reivindica su derecho a la participación social y a la vida activa, en línea con su conciencia de ciudadanía. Y ello se hace extensivo a las personas en situación de discapacidad severa, que demandan las posibilidades para que su integración social sea plena y efectiva, en sintonía con el conocido movimiento ‘para la vida independiente’, y rechazan el asistencialismo tradicional que las convierte en objetos de atención y no en sujetos capaces de dirigir (con los apoyos precisos) su propia vida.

Así, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) afirma en su documento *Discapacidad severa y vida autónoma*:

“Cuando hablamos de vida autónoma nos referimos a *vida digna*, y hablamos de *calidad de vida*. Queremos significar una vida en la que los objetivos van más allá de la mera satisfacción de necesidades. [...]. En el caso de una persona gravemente afectada, optamos por la idea de *VIDA PARTICIPATIVA*, por promover la integración, las experiencias normalizadoras, la posibilidad de elección [...]. La calidad de vida de las personas con discapacidad severa, como ciudadanos ante todo, va más allá de cubrir unas necesidades básicas, puede y debe aumentar en la medida en que se promueva su integración y su participación activa en la comunidad”.

En esta línea, los profesionales que trabajamos con y para personas en situación de dependencia debemos ser conscientes de la necesidad de poner en práctica nuevas formas de intervención que:

- Pongan a la persona en situación de dependencia como centro de nuestro trabajo, priorizando sus necesidades, potencialidades y deseos sobre las estructuras burocráticas de organización.
- Adapten los recursos a las personas.
- Se aproximen a las situaciones de necesidad como partes inseparables de un mismo elemento indivisible: la persona en situación de dependencia funcional, con un abordaje holista y global.

Para ello, el modelo de gestión de casos puede ser un instrumento profesional fundamental en este cambio de perspectiva acerca de la atención a las personas en situación de dependencia funcional.

2. Concepto(s) de la gestión de casos

- Según Intagliata (1982), la gestión de casos es “un proceso o método dirigido a garantizar que se proporcionan al consumidor cualesquiera servicios

que necesite, de forma coordinada, efectiva y eficiente”.

- Geron y Chassler (1994) la definen como “un servicio que vincula y coordina la asistencia tanto procedente de proveedores de servicios pagados como de familiares y amigos que actúan a título gratuito, que permite a los consumidores obtener el máximo nivel de independencia coherente con sus capacidades y sus preferencias de apoyo/cuidado”.
- Libassi (1988) afirma que la gestión de casos “por encima de cualquier función específica, es integradora, racional, proactiva e individualizada”.
- Austin (1983) afirma que “la gestión de casos es vista de forma amplia como un mecanismo dirigido a vincular y coordinar segmentos de un sistema de provisión de servicios [...] para garantizar [...] el programa más integral para satisfacer las necesidades de atención de un cliente individual”.
- La Asociación Nacional de Trabajadores Sociales de EE.UU. (*National Association of Social Workers*, 1992) define la gestión de casos como “un método de provisión de servicios en el que un profesional del trabajo social valora las necesidades del cliente, y de su familia cuando sea adecuado, y organiza, coordina, monitoriza, evalúa y apoya (media) un grupo de múltiples servicios para satisfacer las necesidades complejas de un cliente específico [...]. La gestión de casos en trabajo social tiene naturaleza tanto micro como macro, y la intervención tiene lugar tanto a escala del cliente como a la del sistema”.

Todas estas definiciones incluyen la coordinación de servicios y la descripción de la gestión de casos como un proceso que tiene lugar tanto a escala del cliente como a la del sistema. Sin embargo, como advierte Hunter, no se debe caer en la confusión de usar la ‘gestión de casos’ como un término paraguas que incluya cualquier intento de coordinación de servicios, o confundirla con la ‘gestión de los cuidados’ (*care management* o *managed care*, que está diseñada para evitar o acortar al máximo la hospitalización y reducir sus costes, desanimando al usuario respecto al uso de servicios sanitarios no necesarios; mientras que la gestión de casos, es obtener el tratamiento más apropiado para el usuario, mediante el uso eficiente de los recursos disponibles), con el ‘trabajador de referencia’ (el papel de este último es mucho más limitado, adscrito a un servicio concreto y por un tiempo limitado, por lo que, mientras que un cliente puede tener varios trabajadores de referencia, uno en cada uno de los servicios que utilice, sólo puede tener un gestor de caso), o con los ‘coordinadores’ (que están orientados hacia la gestión de servicios y no hacia las necesidades del cliente).

3. Orígenes de la gestión de casos

Las raíces de la gestión de casos se remontan a los inicios del trabajo social y al acento que Mary Richmond ponía en la importancia de los enfoques centrados en el cliente para la coordinación y la cooperación entre agencias. Ya en 1901, ella identificó algunos problemas asociados a la expansión de los servicios, en especial la ausencia de una adecuada coordinación y comunicación entre agencias. Su enfoque era multifacético e incluía la identificación de fuerzas en varios planos: personal, familiar, vecinal, ciudadano, de la beneficencia privada y de la asistencia pública. Su modelo anticipa conceptos actuales, como los de 'persona en un contexto' y el enfoque dual (del cliente y del sistema), propios de la gestión de casos.

Los orígenes de la gestión de casos propiamente dicha se hallan en el Acta estadounidense de Servicios Coaligados de 1971, que reconocía la necesidad de mejorar los programas de ámbito estatal y local de los departamentos de Salud, Educación y Bienestar. Para ello, se implantaron una serie de proyectos piloto de mecanismos de coordinación, principalmente a escala local, que incluían el desarrollo de nuevos sistemas de información y referencia, sistemas de seguimiento de clientes, centros de servicios integrales y procedimientos de gestión de casos.

Según Radol Raiff y Shore (1993), la gestión de casos:

- Es un servicio básico, con un papel fundamental, y no algo secundario.
- No es una versión 'reempaquetada' del trabajo social de caso tradicional (comentaremos este punto más adelante).
- Surge como componente fundamental del movimiento de desinstitucionalización, orientado hacia la normalización, que pretende la coordinación de los servicios destinados a aquellas personas que, viviendo en la comunidad, requieren intervenciones complejas de los sistemas de provisión comunitarios.

Parte de la conciencia de que la provisión de servicios y el funcionamiento de los programas están sometidos a una serie de constricciones y parámetros –fiscales, programáticos y organizativos–, entre los cuales Sullivan identifica nueve variables clave, que afectan de forma significativa al desempeño de las funciones de la gestión de casos:

- Duración de los servicios.
- Intensidad del contacto.
- Enfoque del servicio.
- Disponibilidad del servicio.
- Lugar de la intervención.

- Dirección por parte del consumidor.
- Capacitación de los profesionales.
- Autoridad de los profesionales.
- Estructura del equipo.

Así pues, la gestión de casos puede ser implementada en múltiples formas, que variarán en cuanto a la intensidad de cada uno de los parámetros mencionados, para conformar procedimientos similares, aunque no iguales. De hecho, la gran flexibilidad de la gestión de casos es uno de sus mayores atractivos, ya que su falta de rigidez como modelo unidireccional permite su adaptación a las características tanto de los clientes particulares como de los entornos culturales en que se aplique.

Tras el éxito de las evaluaciones de los diversos programas implementados en Estados Unidos, el método de gestión de casos se ha ido extendiendo a otros países, especialmente a los de cultura anglosajona: Gran Bretaña, Canadá, Australia, Israel, Holanda, entre otros. Aunque, según Hunter, el origen de la gestión de casos en EE.UU. se debe a la falta de un sistema integral de cobertura y la fragmentación de agencias existente en ese país, no considera sorprendente su importación a Europa (aunque se refiere a Gran Bretaña, se puede aplicar igualmente a muchos otros países), ya que, en este continente, los sistemas presuntamente organizados e integrados encuentran numerosas dificultades cuando se trata de la cooperación interdepartamental e intradepartamental; y cuando los clientes no entran claramente en los parámetros de un solo servicio, recurso o grupo profesional, sino que se encuentran en muchas ocasiones lanzadas de un departamento a otro, sin que ninguno asuma la oferta de los recursos que necesitan.

4. Funciones fundamentales en la gestión de casos

A pesar de las diversas formas de implementación de los servicios de gestión de casos, existe consenso profesional sobre sus funciones fundamentales, que aparecen, de una u otra manera, en los programas de gestión de casos independientemente de su aplicación práctica específica. De hecho, la gestión de casos consiste en el desarrollo secuencial de las siguientes tareas:

- Definición del ámbito: es necesario definir claramente la esfera de acción del programa concreto, con el fin de identificar y reclutar a los clientes más adecuados. Ello requiere una definición precisa de la población diana que asegure la adecuación de los perfiles de usuario y evite el uso inadecuado de los recursos.
- Filtrado y toma de contacto con los potenciales clientes, con una valoración inicial de las circuns-

tancias de éstos, para determinar su eventual elegibilidad con base en la definición de población diana adoptada.

- **Valoración integral:** se considera una de las tareas fundamentales del proceso de gestión de casos. Es un método para recoger información detallada sobre la situación social de una persona y su estado físico, mental y psicológico, lo cual permite identificar sus necesidades y el apoyo que precisa en las principales áreas funcionales. Suele implicar el uso de instrumentos estandarizados de valoración y puede tener tres enfoques: sobre los problemas, sobre las necesidades o sobre las fortalezas.
- **Planificación del caso:** es el proceso mediante el cual la información recogida durante el proceso de valoración se toma como base para recomendar un 'paquete' de servicios. Sirve como proceso de asignación de recursos por medio del cual se prescriben determinados servicios para un cliente. Normalmente, el modelo de financiación del programa perfila la naturaleza del proceso de planificación del caso, y existe el riesgo, que debe ser tenido en cuenta, de enfocar la planificación en función de los servicios disponibles, y no en función de las necesidades del cliente y su plan de atención adecuado. En este sentido, el gestor de casos ha de ser lo más creativo posible y buscar las alternativas que mejor se adecuen al perfil del cliente, procurando lidiar con la estandarización de los servicios propia de los sistemas burocráticos.
- **Implementación del plan y concertación de servicios:** es el proceso mediante el cual se establece contacto con los servicios, tanto formales como informales, incluidos en el plan de atención, para la prestación efectiva de dichos servicios. Normalmente, implica negociaciones con los proveedores de los distintos servicios. De hecho, no es posible implementar con éxito el plan de atención si la comunidad no tiene suficiente oferta de servicios, cuestión que hay que tener en cuenta a la hora de diseñar el plan. Una función que algunos autores añaden, complementaria a ésta, es la de la defensa de los intereses del cliente frente a los proveedores de servicios para obtener los servicios adecuados y frente a la organización burocrática, para que ponga en marcha los servicios necesarios.
- **Seguimiento:** es una de las tareas fundamentales de la gestión de casos, que permite al gestor responder rápidamente a los cambios en la situación del cliente y aumentar, disminuir o suprimir la prestación de los servicios según sea necesario. La frecuencia de la supervisión es variable y depende de la intensidad de las necesidades del cliente, su previsible cronicidad y del tipo de servicio que se

está dispensando. El grado de reacción a los cambios en las necesidades del cliente puede tener un fuerte impacto en el coste de los servicios.

- **Re-valoración:** puede estar prefijada o responder a cambios detectados durante el seguimiento. En ella se revisan la situación del cliente para identificar cambios producidos desde la anterior valoración. Las re-valoraciones prefijadas sirven también para verificar los avances de los clientes hacia las metas establecidas en el plan.

Moxley (1989) añade otra función que considera fundamental:

- **Implicación:** significa el establecimiento de una relación de apoyo del gestor de caso con sus clientes, en función de las necesidades y los deseos de dichos clientes.

5. Objetivos de la gestión de casos

Según Austin (Austin y McClelland, 1996: 78), y en referencia al apoyo a las personas que necesitan cuidados de larga duración, los objetivos pueden ser de dos tipos:

a) Orientados hacia el cliente

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

b) Orientados hacia el sistema

- Identificar carencias y fallos de servicios en la comunidad.
- Facilitar el desarrollo de más servicios no institucionales (residenciales).
- Promover la calidad y la eficiencia en la provisión de servicios

- Mejorar la coordinación entre los proveedores de servicios.
- Prevenir institucionalizaciones inadecuadas mediante la detección de casos susceptibles de la gestión de casos como alternativa de la institucionalización.
- Controlar los costes mediante el control del acceso a los servicios, especialmente a los más caros, examinando su adecuación y la ausencia de alternativas más eficientes.

6. Modelos de gestión de casos

Las diversas experiencias de implantación de la gestión de casos en salud mental en EE.UU. han dado lugar a cuatro modelos principales de gestión de casos (también usados, por extensión, en otros ámbitos de intervención).

6.1. Modelo asesor (*broker model*)

Se centra en la valoración de las necesidades de un individuo de determinados servicios, y en asegurar la disponibilidad de dichos servicios. Sin embargo, ejerce un escaso papel en el apoyo al cliente y no asume la responsabilidad de garantizar que éste accede realmente a los servicios prescritos. En este modelo, la responsabilidad de acceder a los recursos es del cliente o de su familia.

6.2. Modelo de fortalezas (*strengths model*)

Este modelo se ocupa de los deseos y necesidades sociales de los clientes y parte de dos presupuestos sobre el comportamiento humano. El primero, que las personas que tienen éxito en la vida es porque tienen la capacidad de usar y desarrollar su potencial y tienen acceso a los recursos que les permiten hacer esto. El modelo identifica las fortalezas y crea de forma activa situaciones (contextuales o personales) en las que se pueda alcanzar el éxito y se incrementen esas fortalezas. El segundo presupuesto sostiene que el comportamiento humano está primordialmente en función de los recursos disponibles y que una sociedad plural debe valorar la igualdad en el acceso a los recursos. Algunas personas con limitaciones (por ejemplo quienes padecen enfermedad mental crónica severa) pueden necesitar ayuda para asegurarse el acceso a recursos fundamentales para su crecimiento y desarrollo, en aspectos tales como el empleo, la vivienda, la educación, el apoyo social o los servicios sanitarios. Un foco fundamental de este modelo es asegurar la disponibilidad de recursos en el entorno. La comunidad (las personas, los grupos y las instituciones) se conciben como una red de recursos útiles para enriquecer la vida de los clientes.

Partiendo de estos supuestos, la gestión de casos en el modelo de fortalezas se centra en la construcción de la identidad y las fortalezas personales del cliente a través de relaciones previamente existentes y de nueva creación. Es una forma de ayuda personalizada dirigida a conectar a los clientes con los recursos que mejorarán su vida en el entorno comunitario, y a proporcionar el apoyo necesario para alcanzar las metas diseñadas por el cliente.

6.3. Modelo PACT (*Program for Assertive Community Training*)

Este modelo combina servicios clínicos y de gestión de casos, proporcionando asistencia directa respecto a los síntomas y, simultáneamente, cubriendo las necesidades básicas y mejorando el funcionamiento social, familiar e instrumental. La función primaria de este modelo es desarrollar una relación clínica con el cliente y su familia, enseñando al cliente a manejar sus síntomas para procurar un funcionamiento adecuado en el entorno comunitario. Este modelo se caracteriza por equipos interdisciplinarios responsables de un grupo fijado de pacientes, con un enfoque asertivo y tratamiento en el seno de la comunidad, individualizado y con intervenciones de tratamiento y apoyo a la medida para cada cliente.

6.4. Modelo terapéutico (*rehabilitation model*)

Este modelo ve la gestión de casos como algo más que la respuesta a un sistema disfuncional. Son las metas y necesidades del cliente, más que las metas preestablecidas del sistema, las que dictan la respuesta y forma de los servicios de gestión de casos. Por tanto, el sistema de gestión de casos debe ser lo suficientemente flexible para adecuarse a las necesidades individuales. Este modelo ayuda a los clientes a tener éxito y encontrar satisfacción en el entorno social que elijan, con la mínima intrusión profesional posible. Aunque se centra en identificar y apoyar las fortalezas específicas de los clientes, también trata de identificar y evaluar los déficits en el funcionamiento del sistema que actúan como barreras para alcanzar las metas personales.

6.5. Diferencias clave entre estos modelos

- Aunque todos están centrados en el cliente, sólo el modelo de fortalezas está dirigido por el cliente; los otros incorporan las 'necesidades percibidas de la persona' en el plan de intervención.
- Todos los modelos defieren en su enfoque: el asesor acentúa la función de conexión de servicios; el de fortalezas tiene una estrategia de consejería y defensa ante el sistema; el terapéutico se enfoca hacia la mejora en las habilidades vitales; y el PACT, hacia la reducción y manejo de los síntomas.

- La valoración del cliente se centra en elementos funcionales (fortalezas o déficit en áreas de la vida) en todos los modelos, excepto en el PACT, que remarca la valoración clínica.
- El personal puede variar desde un gestor de caso que trabaja solo con una clientela específica (modelos asesor y terapéutico) a un gestor de casos individual que trabaja con un equipo (modelo de fortalezas), o un equipo interdisciplinar que tiene como una de sus funciones la gestión de casos (modelo PACT).
- Las responsabilidades adjudicadas como funciones principales son diferentes en cada modelo: defensa ante el sistema (asesor, fortalezas y terapéutico), intervención ante crisis (fortalezas y PACT), gestión de síntomas (PACT) y entrenamiento en tareas (terapéutico).
- El enfoque subyacente es también distinto: el modelo asesor vincula al individuo con los recursos de la comunidad; el modelo de fortalezas mejora la calidad de vida y los logros individuales; el modelo terapéutico trata de remediar los déficits para superar las barreras; y el modelo PACT trata de reducir la sintomatología y mejorar la funcionalidad.
- Estos cuatro son los únicos modelos que se han sometido a evaluaciones empíricas.
- En lo que se refiere específicamente a la atención a personas en situación de dependencia funcional que precisan cuidados de larga duración, Austin (Austin y McClelland, 1996: 77) distingue tres características específicas de la gestión de casos:
 - La intensidad, referida a la cantidad de tiempo que los gestores de caso dedican a cada cliente.
 - La amplitud de los servicios, que se refiere a con qué alcance se abordan los problemas de los clientes.
 - La duración, durante cuánto tiempo se realiza la gestión de caso con cada cliente.
- Igualmente, Austin distingue, según el modelo de gestión económica, entre el modelo de servicios financiados directamente desde el organismo pagador (como sería en España, por ejemplo, la ayuda a domicilio, prestada directamente por los Ayuntamientos, que son quienes pagan a la empresa proveedora seleccionada para todos sus clientes) y el modelo de presupuesto por usuario, en el que cada gestor de casos tiene atribuido un presupuesto por cliente, dentro de cuyos límites tiene libertad para acudir al proveedor (de los previamente homologados) que mejor responda a las necesidades concretas de cada cliente, para cada uno de los servicios que éste necesite; en estos casos, el gestor tiene responsabilidad fiscal sobre esos fondos y la posibilidad de solicitar fondos adicionales (que necesitan la aprobación de su supervisor o superior) cuando se requieran servicios especialmente costosos que exceden su límite de disponibilidad. Este último modelo, aplicado especialmente en Gran Bretaña, ha demostrado –a través de numerosos proyectos– ser especialmente útil para adecuarse a las necesidades específicas de cada usuario, sin que haya supuesto un incremento de los costes respecto al modelo tradicional. Como detalle práctico, en estos proyectos, el límite presupuestario por cliente se ha fijado en 2/3 del coste de una plaza residencial.

6.6. Características comunes

- El centro es el cliente individual.
- Los servicios de gestión de casos se proporcionan en la comunidad en que el cliente está inserto y no en entornos clínicos.
- Las ratios profesional/cliente se mantienen lo más bajas posible, de 1/10 a 1/25, excepto el modelo asesor, que tiene unas ratios de 1/40.
- Los gestores de casos no especializados son supervisados por expertos con, al menos, grado de máster.
- Los servicios de gestión de casos tienen una frecuencia semanal o, en muchas ocasiones, diaria.
- Las funciones básicas incluyen, en todos los casos, la identificación de los clientes diana, la valoración individual, la planificación de los servicios, la vinculación con los servicios y el seguimiento de la prestación de éstos y, excepto en el modelo asesor, la defensa del cliente.
- No se establece un límite temporal para la prestación del servicio de gestión de caso.
- Frecuentemente, los gestores de caso tienen autoridad sobre un presupuesto determinado para apoyar a los clientes en situaciones de emergencia.

7. Cuestiones habituales

La práctica de la gestión de casos está condicionada, como ya hemos dicho, por las realidades fiscales, estructurales, contextuales, profesionales y políticas. Ello da lugar a una serie de problemas.

7.1. Disfunciones del sistema

La gestión de casos se desarrolló básicamente como respuesta a sistemas de provisión de atención disfuncionales, que se habían estructurado para acomodarse a los requerimientos de los pro-

veedores, los financiadores y los profesionales, para asegurar un flujo estable y predecible de los recursos. Curiosamente, la coordinación se suele ver como un concepto neutral, aunque, en realidad, es lo que Austin y McClelland (1996: 8) denominan “una bendición heterogénea”, que supone elevados costes para las agencias en términos de financiación, tiempo y asesoramiento. Más aún, la coordinación entre agencias incrementa su interdependencia y, por tanto, crea incertidumbre e imprevisibilidad en su operatividad. El deseo de proteger al máximo la autonomía de cada agencia y de aumentar la coordinación entre servicios puede crear una considerable tensión. La gestión de casos efectiva exige que la agencia afronte la fragmentación de la provisión de servicios y alcance un equilibrio entre sus fines de autonomía y de coordinación de servicios. La coordinación de servicios es central en la gestión de casos y, de hecho, algunos autores estiman que el gran éxito de este modelo se debe a su habilidad para promover la coordinación sin implicar grandes cambios estructurales en los servicios sociosanitarios.

7.2. Conflicto de roles

Los gestores de casos actúan tanto a escala del cliente como a escala del sistema. La Asociación Nacional de Estándares para la gestión de casos en Trabajo Social de EE.UU. incluye en el plano individual las tareas de filtrado, valoración, planificación de la atención, implementación del plan, seguimiento y re-valoración; y en el plano del sistema, la revisión y cambio de las políticas de las agencias, el desarrollo de recursos, la recogida de información, la gestión del conocimiento y la acción social.

El conflicto surge entre los papeles del gestor de caso como defensor del cliente y como miembro del sistema, puesto que habitualmente los fines del cliente y los del sistema no suelen ser coincidentes. En este conflicto de fines, el gestor de caso se encuentra atrapado entre las necesidades del cliente y las del sistema, sin autoridad suficiente para resolver el conflicto. En este sentido, Vourlekis y Greene (1992) afirman que, sin financiación y servicios de apoyo suficientes, la gestión de casos puede ser utilizada para proyectar una apariencia de responsabilidad en la atención, desviando la presión de los políticos y líderes gubernamentales para que creen servicios que respondan a las necesidades. Por ello, la implantación de la gestión de casos nunca debe ser una maniobra de distracción frente a la escasez de recursos, sino que debe ir acompañada de una apuesta decidida por la financiación y la promoción de los recursos necesarios para los ciudadanos. Como mantienen Kamerman y Kahn (1989), “la práctica de la gestión de casos no puede usarse como sustituto de la escasez de los recursos necesarios”.

Por otra parte, la crisis del Estado del Bienestar ha impuesto a los gestores de casos un papel institucional de contención de gastos, que puede llevar a acentuar excesivamente su rol como controladores del acceso al sistema, en detrimento de la calidad de los servicios. Por ello, es necesario encontrar un equilibrio entre la responsabilidad respecto a la estabilidad financiera del sistema y la necesidad de proporcionar a los clientes todos los servicios que sean necesarios para promover su adecuada atención con unos estándares de calidad.

7.3. Adjudicación de recursos

La gestión de casos implica la adjudicación o distribución de recursos. Los gestores de casos toman importantes decisiones sobre el tipo, duración e intensidad de los servicios que recibirán los clientes, y sobre qué agencias proveerán los servicios para cada cliente específico. Si el gestor de caso puede comprar servicios directamente a una agencia en nombre de su cliente, asume una posición relevante respecto al sistema de provisión. Sin embargo, si no tiene capacidad de decisión, se convierte en lo que algunos autores denominan un “suplicante”, que, en nombre de su cliente, va “mendigando” por los servicios para obtener la atención que su cliente necesita. Por ello, una de las cuestiones que es necesario debatir es el poder de que van a gozar los gestores de caso para obtener de forma efectiva los recursos prescritos a los clientes. En este sentido, una evaluación de proyectos llevados a cabo en Gran Bretaña sugiere la importancia de la independencia del gestor de casos respecto a cada uno de los proveedores de servicios (sean institucionales o empresariales) y la necesidad de que esté situado en una posición de poder que le permita establecer negociaciones efectivas. Así, se sugiere que si la financiación proviene de múltiples cauces, el gestor de casos gozará de mayor independencia de criterio que si es sólo una la fuente de recursos, y se minimiza el riesgo de que el cliente perciba al gestor de caso como parte del sistema burocrático correspondiente. Sin embargo, esta independencia puede aparecer como una amenaza para los trabajadores de los sistemas de provisión de servicios, que pueden no percibir al gestor de caso como un colega con un rol diferente, sino como a alguien que cuestiona sus decisiones, o pretende inmiscuirse en su trabajo.

7.4. Desgaste impredecible

La alta rotación de los gestores de caso, en ocasiones superiores al 50% anual, causa inquietud, porque afecta a los clientes y porque formar y entrenar a nuevos profesionales supone un gasto elevado. Como causas del desgaste que conduce a la alta rotación, se han citado la falta de una preparación sólida y adecuada, que incluya períodos de tutoría

al inicio del ejercicio profesional; la escasez de grupos de supervisión y debate de casos; la falta de supervisores dedicados en exclusiva a esta labor, ya que tienen que atender simultáneamente a sus propios clientes; las barreras que impone el propio sistema; la falta de valoración de su trabajo, ya que los esfuerzos adicionales en cuanto a formación específica, implicación con el cliente, negociación con proveedores de servicios y creatividad en la resolución de casos no suelen ser reconocidos laboralmente. Todo ello causa frustración, enojo, desánimo e insatisfacción laboral.

7.5. Cambios en la visión del cliente

Trasformar al receptor de usuario –o paciente– a consumidor ha provocado en muchos casos un cambio en los propios receptores, que reclaman sus derechos de forma asertiva y no se conforman con ser receptores pasivos de los servicios que se les ‘recetan’. Por ello, en los últimos tiempos ha emergido una perspectiva en la que los deseos y elecciones de los clientes son elemento fundamental en la propuesta de intervención. Y en este sentido, los gestores de caos se ven enfrentados a otros grupos profesionales (médicos, psiquiatras, psicólogos o terapeutas) de mayor estatus y con una visión más tradicional y directiva de la relación con el usuario. En este sentido, algunos autores proponen que los ‘especialistas’ deben asumir que la finalidad de la gestión de casos no es trabajar ‘para’, sino ‘con’ las personas, y que las funciones de los profesionales de apoyo son más el debate que la imposición, la negociación más que la prescripción.

7.6. Dilemas éticos y profesionales

En ocasiones, los gestores de caso se preguntan si su intervención está siendo excesiva, si hacen demasiadas cosas por el cliente, o si lo hacen excesivamente dependiente. Para valorarlo, se pueden usar los siguientes criterios:

- Trabajar con los clientes como colaboradores.
- Trabajar en el seno de la comunidad.
- Se deben reconocer las capacidades, los deseos, los conocimientos, las creencias culturales y los talentos de los consumidores, independientemente de su diagnóstico, historia y limitaciones funcionales.
- La agenda debe ser una decisión compartida y no una imposición profesional.
- La gestión de casos debe estar dirigida por las nociones de individualidad y ciudadanía más que por las de ‘paciente’ y clientelismo.

- La finalidad no es curar las disfunciones o limitaciones funcionales, sino ayudar a la gente a descubrir opciones y a realizar elecciones.
- Otro dilema ético es el que plantea la capacidad de autodeterminación del cliente. Muchos de los documentos consultados expresan la preocupación de los profesionales acerca de las situaciones en que el derecho a la decisión por parte del cliente se ve contrapesado por los riesgos que implican esas decisiones. La visión general es que, en cualquier caso, deben ser respetados la voluntad y los deseos del cliente, a no ser que se detecten indicios racionales de falta de capacidad, en cuyo caso se debe promover (o hacer promover a la familia) un proceso de incapacitación judicial. En el caso específico del trabajo con menores, Petr (1992) advierte contra el riesgo de “adultocentrismo”, es decir, de la tendencia de los adultos a ver a los menores y sus problemas desde una perspectiva sesgada por su visión de adultos, olvidando las necesidades y deseos del menor. En cualquier caso, se estima necesario el establecimiento claro de los límites de responsabilidad profesional, tanto frente al cliente como frente a su familia (cuando el gestor de caso ha apoyado una decisión del cliente que ha resultado arriesgada o peligrosa), con el apoyo de seguros de responsabilidad por práctica profesional.
- También se debe ser consciente del límite entre persuasión y manipulación, especialmente con los clientes con menor capacidad de decisión. La ética profesional exige que se informe al cliente de forma veraz y completa de todos los servicios disponibles, de sus ventajas y sus inconvenientes, y que se tengan en cuenta sus principios y creencias a la hora de realizar el proceso de asesoramiento.

8. Perfil profesional del gestor de caso

La realización de estas tareas requiere una amplia preparación por parte del gestor de casos. Es preciso un conocimiento detallado del sistema local de provisión de servicios, de los proveedores, de los servicios, de los programas, de los requisitos de acceso a cada uno de ellos y de la gestión económica; exige habilidades de valoración y capacidad de planificación y resolución de problemas flexible y creativa.

8.1. Destrezas fundamentales

- De valoración: debe ser presencial e incluir a todos los individuos significativos de la vida del cliente, para garantizar que se exploran todos los factores incidentes y todas las fortalezas existentes. Se trata de identificar fortalezas y debilidades a través de una evaluación sistemática del cliente,

en todas las áreas pertinentes de cada caso concreto. La interrelación entre los factores físicos, contextuales, comportamentales, psicológicos, económicos y sociales debe ser tenida en cuenta y se debe hacer una valoración de los apoyos formales e informales, las relaciones sociales, los aspectos económicos y de vivienda, y los factores culturales e ideológicos (incluidos los religiosos).

- De gestión: la gestión de casos implica, en ocasiones, aspectos gerenciales (por ejemplo, con niños en situación de abandono, o con personas incapacitadas mentalmente que carecen de familiares de apoyo). Por tanto, en estas intervenciones es necesario tener destrezas en la toma de decisiones. También es clave en la gestión de casos la relación interpersonal, por lo que es preciso contar con habilidades de comunicación y empatía, capacidad de aceptar las diferencias (de edad, de raza, de principios o creencias) y con facilidad para relacionarse simultáneamente con diversos entornos (empresas proveedoras de servicios, profesionales de otros sistemas o ramas, entidades de voluntariado).
- Confidencialidad: aunque éste es un principio básico en el trabajo social y en muchas otras disciplinas que trabajan con las personas, y en España contamos con una Ley de Protección de Datos de Carácter Personal que supone una garantía para los ciudadanos, la literatura al respecto (puesto que surge en países donde es posible que no existan precisiones legales tan estrictas) establece la confidencialidad como un principio básico de la gestión de casos. Puesto que este método se maneja en un entorno de cooperación y coordinación entre agencias y servicios, se establece la necesidad de explicitar a los clientes y sus familias cuáles son sus derechos respecto a la confidencialidad, y establecer acuerdos concretos que la garanticen.
- De apoyo: el gestor de caso establece con el cliente y/o su familia una relación de apoyo y confianza que se prolonga a lo largo del tiempo. Aun a pesar de dejar claros los límites de la relación, el gestor de caso tiene que ser capaz de alcanzar un equilibrio entre empatía y objetividad, debe ser capaz de implicarse sin involucrarse⁶.

8.2. Formación y entrenamiento

La gestión de casos no es una profesión, es un método. Los gestores de caso provienen de distintas disciplinas: trabajo social, psicología, mediación, educación o enfermería. Y son principalmente los trabajadores sociales y los enfermeros los que reivindican para sí la gestión de casos. Como hemos

⁶ Para comprender la diferencia entre ambos conceptos, podemos usar el ejemplo del plato de huevos con beicon: la gallina está implicada, el cerdo involucrado.

visto hasta ahora, la ejecución del método de gestión de casos requiere el desarrollo de unas competencias que incluyen capacidades para trabajar con problemas complejos, con las familias y sus múltiples necesidades, con numerosos interlocutores –públicos, empresariales y privados–, y de lidiar con el sistema burocrático. El gestor de caso actúa como consejero, asesor, mediador, facilitador, defensor, administrador y evaluador, y es necesaria una formación específica en todas esas tareas.

Algunos autores, como Weil (1985), mantienen que el trabajo social proporciona esa formación, si bien coincide con otros autores en que la preparación básica de la diplomatura resulta insuficiente para el adecuado ejercicio simultáneo de todos estos roles. Por ello, en numerosas escuelas de Trabajo Social de EE.UU., se han puesto en marcha módulos de formación de posgrado dedicados a la gestión de casos. También muchas agencias de bienestar social han llevado a cabo cursos de especialización de sus profesionales sobre esta materia, y muchos Estados de ese país están exigiendo una especialización en esta área a sus gestores de caso, que incluye prácticas tuteladas.

Aunque, como vimos al principio, algunos autores lo niegan, existe también un debate sobre si la gestión de casos es una versión ‘reempaquetada’ del trabajo social de caso tradicional, y, si bien éste no es el momento de profundizar en la cuestión, algunos autores consideran que la gestión de casos ha de verse como un método unificador que debe ser empleado en conjunción con otros métodos clásicos del trabajo social.

En cualquier caso, y dada la amplitud de las intervenciones que abarcan los servicios sociales, no podemos limitar la gestión de casos a los trabajadores sociales (si bien son éstos los que cuentan con una formación inicial más ajustada), puesto que otros profesionales pueden, con la especialización adecuada, utilizar este método. Sea cual sea la formación de base, se incide en la importancia de asumir el rol de gestor de caso sin dejarse llevar por sesgos y preferencias profesionales. En este sentido, Hunter (1988) explica que uno de los requisitos fundamentales para ser gestor de casos es querer ser gestor de casos, y no trabajador social, enfermero, psicólogo, o lo que fuera que haya estudiado o ejercido previamente. En última instancia, y apoyando lo que mantienen muchos de los autores analizados, la gestión de casos no puede servir como mero cambio de nombre de la atención que actualmente se dispensa desde los servicios sociales, sino que es un modelo de intervención holístico, centrado en el cliente como un todo inserto en un entorno, que potencie la autonomía personal y la participación social y, sobre todo, que haga accesibles recursos coordinados que respondan a las necesidades integrales de los clientes.

Bibliografía

- AUSTIN, C. (1983). "Case management in long-term care: options and opportunities". *Health and Social Work*, vol. 8, nº 1, p. 16.
- ; y MCCLELLAND, R. (1996). *Perspectives on Case Management Practice*. Milwaukee, Families International, pp. 77-78.
- CHALLIS, D. et al. (1990) *Case Management in Social and Health Care*. Canterbury, University of Kent.
- CHARNLEY, H. (1987). *The Practice of Case Management in Domiciliary Care for Elderly People*. Canterbury, University of Kent.
- CLEMENS, E et al. (1994). "Contradictions in case management". *Journal of Aging and Health*, vol. 6, nº 1, pp. 70-88.
- COMITÉ ESPAÑOL DE REPRESENTANTES DE MINUSVÁLIDOS (2007). *Discapacidad severa y vida autónoma*. Disponible en Internet: <<http://www.cermi.es/NR/rdonlyres/95CBEB58-734E-4F3D-96FF-73DE59FB9F82/96/2dsyva.pdf>>.
- GERON, S.; y CHASSLER, D. (1994). *Guidelines for Case Management Practice across the Long-term Continuum. Report of the Robert Wood Johnson Grant to Connecticut Community Care*. Bristol (CT).
- HUGHMAN, R. (1994). "Social work and case management in the UK: models of professionalism and elderly people". *Journal of Aging and Health*, vol 14, nº 2, pp. 237-253.
- HUNTER, D. J. (1988). *Bridging the Gap. Case Management and Advocacy for People with Physical Handicaps*. London, King's Fund Publishing Office, pp. 19, 105 y 110.
- INTAGLIATA, J. (1982). "Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management". *Schizophrenia Bulletin*, nº 8, p. 657.
- JIMÉNEZ LARA, A. (2007) *La imagen social de la discapacidad*. Disponible en Internet: <<http://usuarios.discapnet.es/AJimenez/imagen/imagensocial.htm>>.
- KAMERMAN, S. y KAHN, A. (1989). *Social Services for Children and Youth and Families in the United States*. Greenwich (CT), Annie E. Casey Foundation.
- LAUBER, M. (1992). "A taxonomy of case management tasks in community mental health facilities". *Social Work Research and Abstracts*, vol. 28, nº 3, pp. 3-10.
- LIBASSI, M. (1988). "The chronically mentally ill: a practice approach". *Social Casework*, nº 69, p. 93.
- MALONEBEACH, E. E. et al. (1992). "Caregivers' perceptions of case management and community-based services: barriers to service use". *Journal of Applied Gerontology*, vol. 11, nº 2, pp. 146-159.
- MOXLEY, D. P. (1989). *The practice of case management*. Newbury Park (CA), Sage.
- NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS (1992). *NASW Standards for Social Work Case Management*. Washington DC, p. 5.
- PETR, C. G. (1992). "Adulcentrism in practice with children". *Families in Society*, nº 73, pp. 408-415.
- PILLING, D. (1992). *Approaches to case management for people with disabilities*. London, Jessica Kingsley Publishers.
- QUINN, J. (1993). *Successful case management in long-term care*. New Cork, Springer.
- RADOL RAIFF, N.; y SHORE, B. (1993). *Advanced case management*. Newbury Park (CA), Sage.
- VOURLEKIS, B.; y GREENE, R. (1992). *Social Work Case Management*. New Cork, Aldine de Gruyter, p. 16.
- WEIL, M. (1985). "Key components in providing efficient and effective services". En: Weil M; y Karls, J. (eds.). *Case Management in Human Service Practice*. San Francisco, Jossey-Bass, pp. 29-71.