

## **Trabajo Social Sanitario y gestión de casos**

**Ana Agulló Porras, Rocío Alfaro Ramos, Belen López Guillem, M<sup>a</sup> Dolores Rubio Fernández, M<sup>a</sup> Carmen Sahuquillo Mompó, M<sup>a</sup> Ángeles Sempere Juan y M<sup>a</sup> Carmen Vilaplana Amat**

Trabajadoras Sociales de Agencia Valencia de la Salud. Conselleria de Sanidad. Valencia

### **Resumen**

En el año 2012 se implanta el Programa de Gestión de casos en el Departamento de Salud de Alcoi donde se recoge como pilar básico la coordinación entre los niveles asistenciales básicos y especializados, así como entre profesionales sanitarios y no sanitarios para la consecución de la atención integral del/la paciente.

Para garantizar la participación efectiva del/la trabajador/a social sanitario/a dentro de este Programa se decide crear unos instrumentos que permitan realizar un estudio social, el cual junto con el estudio clínico determine la inclusión o exclusión del/la paciente en dicho programa.

El estudio social y la intervención social con el/la paciente deben realizarse de forma paralela e interrelacionada, ya que nos puede ayudar a detectar sus necesidades y a su vez la intervención puede generar modificaciones en el análisis y la valoración del caso.

Estimamos que nuestra actuación profesional va más allá de la inclusión del/la paciente en el programa de gestión de casos, siendo igualmente válidos los instrumentos creados para la intervención social con los/as pacientes excluidos/as.

### **Palabras Claves**

Trabajo social sanitario, gestión de casos, coordinación sociosanitaria, atención integral, enfermero/a de gestión.

## 1. FUNDAMENTACIÓN

En la década de 1970 surgió en Estados Unidos la gestión de casos<sup>1</sup> (*case management*, traducido como *gerencia de casos* o *gestión de casos*), como consecuencia de las quejas planteadas por las personas con necesidades complejas ante la fragmentación de las intervenciones de los servicios sociosanitarios, ya que estos habitualmente no tienen en cuenta que la persona es sólo una, que sus circunstancias son cambiantes y que el tipo e intensidad de las intervenciones deben de adaptarse a ellas.

Se trata de un modelo de intervención holístico, centrado en el/la 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/as clientes.

La Asociación Nacional de Trabajadores/as Sociales de EE.UU. (*National Association of Social Workers*, 1992) define la gestión de casos<sup>2</sup> (en adelante GC) como “un método de provisión de servicios en el que un/a profesional del trabajo social valora las necesidades del/la 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/a cliente específico [...]. La gestión de casos en trabajo social tiene naturaleza tanto micro como macro, y la intervención tiene lugar tanto a escala del/la cliente como a la del sistema”.

El Ministerio de Sanidad publica en 2001 el documento de Bases para el desarrollo del Plan Nacional de Cuidados Paliativos<sup>3</sup>, que culmina en 2007 con la publicación de la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS), verdadero compromiso de consenso entre el Ministerio y las comunidades autónomas, las sociedades científicas y las asociaciones ciudadanas, para impulsar en todo el Estado una estrategia que garantice la atención a las personas en la fase final de la vida y sus familias, sin discriminación territorial, ni de género, raza o condición social.

A continuación se detalla la normativa en la que se basa el Programa de Gestión de casos<sup>4</sup> (en adelante PGC) de nuestro Departamento de Salud:

- Ley 16/2003 (28 mayo) de Cohesión y Calidad del SNS,<sup>5</sup> Capítulo I:

Art. 12.1 referente a las prestaciones de Atención primaria (en adelante AP), refiere “la atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del/la paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el Trabajo Social”

Art. 14.1, hace referencia a la Prestación Sociosanitaria como “Conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por especiales características, pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción

.....  
1 SARABIA SÁNCHEZ Alicia. “La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional”. *Gizarte Zerbitzuetako Aldizkaria* - Revista de Servicios Sociales ABENDUA. • Diciembre 2007.

2 NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS (1992). *NASW Standards for Social Work Case Management*. Washington DC, p. 5.

3 MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Plan Nacional de Cuidados Paliativos*. Madrid, 2011.

4 AGENCIA VALENCIANA DE SALUT, DEPARTAMENT DE SALUT DE ALCOI. *Manual de gestión de casos del departamento de salud de Alcoi*. Actualización marzo 2012.

5 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 128 de 29 de mayo de 2003

social”.

- R.D. 1030/2006 (15 Septiembre) establece la Cartera de Servicios Comunes del SNS<sup>6</sup>.

En su Anexo II dice: “La atención primaria es el nivel básico de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulado de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación, sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social”.

- Decreto 74/2007 (18 mayo) aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y funcionamiento de la Atención Sanitaria en la Comunidad Valenciana<sup>7</sup>.

En su Art. 6.7: “el acceso a otros recursos sociosanitarios será facilitado y coordinado por los trabajadores sociales como responsables de las funciones de diagnóstico y tratamiento de la problemática social que surge en torno al enfermo y su familia”.

Los sucesivos Planes de Salud<sup>8</sup> y Oncológicos<sup>9</sup> de la Comunidad Valenciana (los últimos, de 2010-2013 y 2011-2014 respectivamente), el Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de Salud, el Plan de Mejora de la Atención Domiciliaria<sup>10</sup> (2004-2007) y el Plan Integral de Atención Sanitaria a Personas Mayores y Enfermos Crónicos<sup>11</sup> (2007-2011), han recogido de manera sistemática la importancia de los cuidados paliativos y en ellos se exponen líneas específicas para su implementación y desarrollo. En la Cartera de Servicios de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana<sup>12</sup> de 2000 se recoge explícitamente la atención al paciente.

Los/las trabajadores/as sociales sanitarios (en adelante tss) desempeñan competencias y roles profesionales en la continuidad asistencial, para coordinar la atención de los/as enfermos/as complejos/as y en situación de cronicidad dentro del proceso asistencial centrado en el/la paciente. Es necesario adaptar los servicios de salud a los/as pacientes crónicos/as, siendo ésta una prioridad de la estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, donde los tss están representados en el Comité Técnico desde la Asociación Española de Trabajo Social y Salud y en los planes que se han impulsado en las comunidades autónomas.

Para desarrollar esta continuidad asistencial aplicamos la GC como método de trabajo que potencia la autonomía personal y la participación social, además de favorecer la coordinación de la provisión de servicios. Mediante este enfoque el/la profesional del Trabajo Social Sanitario valora las necesidades del/la paciente y de su familia y organiza y coordina los múltiples servicios que pueda precisar desde el trabajo en red, para satisfacer las necesidades complejas de dicho/a paciente.<sup>13</sup>

.....  
6 Real Decreto 1030/2006, de 15 Septiembre, que establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 222 de 16 de septiembre de 2006

7 Decreto 74/2007, de 18 mayo, que aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y funcionamiento de la Atención Sanitaria en la Comunidad Valenciana. DOGV nº 5518 de 23 de mayo de 2007

8 GENERALITAT VALENCIA. CONSELLERIA DE SANITAT. *III Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2010-2013*. Valencia, 2011

9 GENERALITAT VALENCIA. CONSELLERIA DE SANITAT. *Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana –POCV-2011-2014*. Valencia, 2011.

10 GENERALITAT VALENCIA. CONSELLERIA DE SANITAT. *Plan de Mejora de la Atención Domiciliaria 2004-2007*. Valencia, 2004.

11 GENERALITAT VALENCIA. CONSELLERIA DE SANITAT. *Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunidad Valenciana 2007-2011*. Valencia, 2007

12 GENERALITAT VALENCIA. CONSELLERIA DE SANITAT. *Cartera de Servicios. Atención Primaria de la Comunidad Valenciana*. Valencia, 2000

13 REVISTA DE TRABAJO SOCIAL Y SALUD. “XI Congreso estatal de la Asociación de Trabajo Social y Salud” Conclusiones punto 4. Revista nº 73, marzo 2012

## 2. PRESENTACIÓN Y DESARROLLO

En estos momentos en la Comunidad Valenciana se está implantando de forma gradual el PGC. La finalidad de este programa es la atención domiciliaria del/la usuario/a, evitando ingresos hospitalarios frecuentes, mejorando la coordinación entre atención primaria y especializada, facilitando así la labor del/la cuidador/a. Así, se ofrece un tratamiento integral al/la paciente crónico/a y/o terminal con necesidad de cuidados paliativos. Este programa va dirigido a un determinado colectivo de usuarios/as con unas características específicas, como son ingresos recurrentes hospitalarios, enfermedad avanzada y complejidad extrema sanitaria y social.

En la implantación del PGC en el Departamento de Salud de Alcoi, se crea una Comisión Departamental de GC y Cuidados Paliativos (en adelante CP) que está formada por un equipo multidisciplinar: Facultativos/as Especialistas (Internista, y de Unidad de Hospitalización a Domicilio), Facultativos/as de Atención Primaria, dos enfermeros/as de Especializada como figuras de Enfermeras/os de Enlace Hospitalaria (EEH), dos enfermeros/as de Atención Primaria, como Enfermeras/os de Gestión de Casos (EGC) y un/a Trabajador/a Social Sanitario/a; y como colaboradores/as: un/a Facultativo/a Especialista en Psiquiatría, un/a Psicólogo/a Clínico/a y un/a Facultativo/a Especialista Rehabilitador/a. Se crea este grupo con el objetivo de proveer una asistencia sanitaria de alta calidad y coste-efectivo, adaptándose a los cambios y a las necesidades que demanda la población.

La captación del/la usuario/a puede ser realizada tanto por profesionales del hospital como de Atención primaria.

Detectado un caso susceptible de ser incluido en GC se realizará una valoración de idoneidad, aplicando los criterios establecidos en el protocolo para la inclusión o exclusión del/la paciente. Cada uno de los profesionales implicados en el programa realizará su propia valoración. En este estudio previo se debe realizar al/la usuario/a una valoración tanto desde el punto de vista clínico como social. El estudio debe presentarse de forma conjunta para ofrecer una visión global de la situación del/la usuario/a.

Por lo tanto, para la inclusión del/la paciente en el PGC es imprescindible el abordaje del/la tss, que va a ser el/la encargado/a de valorar las condiciones y necesidades del/la paciente en su domicilio.

El/la enfermero/a de gestión localizada/o en cada uno de los centros de atención primaria, es la/el encargada/o de presentar los casos previamente preseleccionados, estudiados y valorados a la Comisión Departamental para su inclusión o descarte en el programa.

El/la tss valora la situación sociofamiliar del/la usuario/a. El/la paciente al/a la que se considera como posible perceptor/a de los cuidados establecidos en el PGC presenta unas condiciones específicas propias y/o del entorno familiar que pueden favorecer o impedir una buena intervención de los/as profesionales en dicho programa.

Una vez se ha detectado un posible caso, el/la tss debe estar presente en el seguimiento de dicho usuario/a para cubrir las necesidades que puedan ir surgiendo a lo largo del proceso, así como ver la evolución de las redes y apoyos sociales, ofreciendo la atención sociosanitaria que requiere la situación.

Una vez se ha constatado la importancia de la intervención del/la tss en el estudio del posible usuario/a idóneo/a, se crea la necesidad de determinar la actuación más adecuada

teniendo en cuenta las características específicas de cada usuario/a así como de los apoyos sociales del/la mismo/a.

### POBLACION DIANA

Según se recoge en el Programa Departamental de Gestión de Casos, se considera población diana: personas con enfermedad avanzada, progresiva e incurable, de cualquier edad, y sus familiares, cuando el pronóstico de vida es limitado, con independencia de la patología de origen, y cuando se acompañe de sufrimiento.

Serán por tanto subsidiarios/as de esta atención los/las pacientes con las siguientes características:

- Presencia de una enfermedad avanzada e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento curativo.
- Existencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes que producen un importante sufrimiento.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior, generalmente, a entre seis y doce meses, aunque este límite se encuentra actualmente en discusión.

Los grupos de pacientes que se pueden beneficiar de esta asistencia son:

- **Pacientes con enfermedad avanzada oncológica.**
- **Pacientes con enfermedad avanzada no oncológica, entre otras:**
  - *Enfermedades cardiocirculatorias:* insuficiencia cardiaca de cualquier etiología refractaria al tratamiento, en la que se ha descartado trasplante.
  - *Enfermedades respiratorias:* EPOC con insuficiencia respiratoria avanzada, con disnea en reposo, escasa o nula respuesta a los broncodilatadores y frecuentes reagudizaciones, en la que el manejo es básicamente de soporte.
  - *Enfermedades neurológicas:* demencias de cualquier etiología en progresión y fase final de vida de enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), accidente cerebro-vascular (ACVA) severo... que no se beneficien de tratamiento específico.
  - *Enfermedades hepáticas:* hepatopatía crónica documentada en fase avanzada (por ejemplo: cirrosis hepática en estadio C/C de Child) sin posibilidad de tratamiento curativo y atención básicamente sintomática.
  - *Enfermedades renales:* insuficiencia renal crónica, sin posibilidad de diálisis y/o trasplante renal.
  - *SIDA:* documentado, progresivo y avanzado con una esperanza de vida inferior a seis meses e inexistencia de tratamientos activos.
- **Grupos y situaciones que pueden requerir un enfoque específico por:**
  - Edad

- Género
- Institucionalización
- Diagnóstico tardío
- Complejidad extrema sanitaria y social
- Otros

## OBJETIVOS DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE GESTIÓN DE CASOS

### **Objetivo principal:**

Establecer compromisos apropiados, viables y medibles por parte del Departamento de Salud para contribuir a la homogeneidad y mejora de los cuidados en la GC y CP.

### **Objetivos secundarios**

Definir los criterios de inclusión y alta en el programa de GC y CP en domicilio. Formar a los/as profesionales y a los/as cuidadores/as:

- Actuaciones terapéuticas basadas en las mejores evidencias disponibles.
- Competencia y desarrollo profesional continuados para responder adecuadamente a las necesidades del/la paciente y familia.
- Continuidad de la atención y coordinación de niveles asistenciales.
- Acompañamiento al/la paciente y familia basado en sus necesidades.
- Atención integral, accesible y equitativa.
- Evaluar los casos desde un punto de vista individualizado y pautar las actuaciones con carácter multidisciplinar.
- Realizar un análisis anual de los resultados.

## GUÍA DE ACTUACIÓN DEL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL EN GESTIÓN DE CASOS

Para operativizar nuestra intervención se ha elaborado un esquema al que hemos denominado **Intervención del/la trabajador/a Social en la Gestión de casos**. (Anexo I), donde se muestran los objetivos con sus respectivas actividades, técnicas e instrumentos que se utilizan para la consecución de dichos objetivos. Por otra parte refleja los recursos sociosanitarios que se deben tener en cuenta en esta intervención, aparecen reflejados los recursos sanitarios, institucionales, económicos, de apoyo social y de convivencia, ocio y tiempo libre.

Este esquema nos va servir como guía de actuación en los casos incluidos en el PGC; refleja de manera clara y con un simple golpe de vista el proceso adecuado de actuación por parte del/la tss para tener en cuenta todos los elementos que se consideran relevantes en nuestra intervención.

## OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DEL/LA TSS.

### **Objetivo general:**

Intervenir en la mejora de la atención sociosanitaria de los/as pacientes y/o familiares incluidos en el PGC para la consecución de un tratamiento integral del mismo.

### **Objetivos específicos:**

1- Captar usuarios/as susceptibles de intervención. La captación se realiza a través de la consulta del/la tss, a demanda del/la paciente y/o familiares o derivados de la consulta de medicina y/o enfermería.

2- Estudiar y diagnosticar la problemática socio-familiar de la población diana y aportar la valoración al equipo de gestión de casos.

Para la consecución de este objetivo se realizarán las siguientes actividades: se realiza la valoración de la situación familiar tanto de la unidad de convivencia como de la familia extensa, teniendo en cuenta la capacidad funcional del/la usuario/a, la situación del/la cuidador/a, apoyo social y vecinal, la situación económica, la situación de la vivienda, la situación sanitaria, la situación laboral y las prestaciones o servicios que percibe.

3- Elaborar el plan de intervención social y aportarlo al Plan de cuidados al/la paciente.

Las actividades a desarrollar son: información, orientación, tramitación de prestaciones y recursos sociosanitarios, y/o derivación en caso necesario; el asesoramiento y orientación sobre el proceso de atención sanitaria; el acompañamiento en el proceso de aceptación de la enfermedad y en la adaptación a la nueva situación; apoyo emocional a pacientes y familiares; intervención en la dinámica familiar, promoviendo la organización de los cuidados, facilitando la comunicación con el/la paciente; facilitación de la comunicación entre el/la paciente y la familia y de estos con el EAP; coordinación con los servicios socio-sanitarios comunitarios (asociaciones, instituciones sanitarias y sociales); educación para la salud; contención de las familias durante el proceso de duelo y facilitar la resolución de problemas sociales inherentes al mismo, empatizando y ofreciendo alternativas realistas.

4- Intervenir en las redes de apoyo social comunitarias creando y reforzando canales de comunicación y coordinación.

El/la tss desarrolla las siguientes actividades: apoyo al/la cuidador/a tanto de forma individual como integrado/a en un grupo de apoyo; comunicación y difusión del programa; integración del enfermo/a y/o familiares en grupos formales e informales existentes en su zona; y participar en la formación de cuidadores/as mediante talleres.

Las tss del Departamento de Alcoi antes de la implantación total del programa creamos instrumentos de trabajo para realizar el estudio y valoración de la forma mas objetiva posible. Para ello realizamos unas tablas de registro en las que aparecen indicadores sociales que se consideran relevantes para la valoración y posterior intervención social.

Estas tablas van a tener una doble función, por un lado nos ayudan a analizar los indicadores sociales que se consideran imprescindibles para una posible inclusión en el programa y por otra parte van a permitir trabajar de una manera unificada, tanto a nivel individual, realizando un trabajo sistematizado que posteriormente se pueda evaluar, como a nivel del colectivo de tss estableciendo criterios consensuados de estudio y actuación.

Las tablas utilizadas son dos fichas de registro que denominamos:

1. gestión de casos- valoración social
2. gestión de casos- intervención social

La **ficha de Valoración social** (Anexo II) pretende reflejar la posibilidad de inclusión/exclusión en el programa.

Para dicha valoración debemos realizar una visita domiciliaria para obtener una observación directa y de esta forma evaluar la situación social que rodea al/la usuario/a.

En un primer momento identificaremos al/la usuario/a y realizaremos una valoración social por escalas, hemos determinado utilizar las siguientes: Escala de Barthel, Escala de Pfeiffer, Escala de Lawton, Escala Apgar familiar, Escala de Gijon, Escala de Zarit<sup>14</sup>. Estas escalas, debido a la variedad de aspectos que abarcan, nos ofrecerán una visión global de la situación que vamos a analizar, facilitándonos el diagnóstico social. Esta es una valoración objetiva y cuantificable que con el tiempo nos puede servir como instrumento de comparación para evaluar la evolución en la situación del/la usuario/a y el entorno familiar

Se debe tener en cuenta que la evolución del/la paciente conlleva la actualización de dichas escalas y diagnósticos.

Un aspecto importante a tener en cuenta es el apoyo social del/la paciente. Es imprescindible para la inserción en el programa la existencia de apoyos familiares y apoyos sociales. Debemos centrarnos en el/la cuidador/a habitual para detectar las necesidades que puede tener e intentar reforzar este apoyo con los recursos que sean necesarios.

Por otra parte analizaremos los apoyos institucionales con los que cuenta. Si en el momento de la detección del/la usuario/a, no cuenta con estos recursos, se facilitará la información pertinente de los mismos, así como se intentará el acceso a dichos recursos coordinándose si es necesario con otros/as profesionales y/o entidades implicados.

Una vez hemos valorado las redes sociales del/la usuario/a y evaluado las condiciones de la vivienda estamos en condiciones de establecer los criterios de inclusión y de exclusión desde el punto de vista social.

Como criterios de inclusión aparecen la existencia de un/a cuidador/a capacitado/a y apropiado/a para cubrir las necesidades del/la usuario/a, condiciones adecuadas de habitabilidad de la vivienda y la existencia de una red de apoyo social adecuada.

Como criterios de exclusión, opuestos a los anteriores, aparecen la ausencia de familia o la claudicación de esta, en caso de que tenga familia puede ser inadecuado el soporte que puede ofrecer, existencia de relaciones familiares conflictivas, presencia de barreras arquitectónicas insalvables, condiciones insalubres de la vivienda o negativa del/la paciente a permanecer en el domicilio.

Una vez hemos determinado estos criterios debemos pasar a evaluar los recursos socio-sanitarios del/la usuario/a. Estos van a aparecer reflejados en lo que hemos denominado **Ficha de intervención social: Gestión de recursos** (Anexo III)

La ficha de intervención social nos va ayudar a identificar los recursos sociosanitarios idóneos para el caso, que de no estar aplicados se procederá a su tramitación.

Para ello vamos a centrarnos en cuatro estadios diferenciados:

.....  
<sup>14</sup> GENERALITAT VALENCIA. CONSELLERIA DE SANITAT Escalas e instrumentos para la Valoración en Atención Domiciliaria. Valencia, 2006

1. Información: en el momento del estudio el recurso no está presente. Se analizará la situación y si es necesario y apropiado se informará sobre la existencia del mismo así como de las condiciones necesarias para su acceso.

2. Trámite: se registrará la fecha en la que es tramitado el recurso, tanto si es gestionado por el/la ts del centro de salud o por otras instituciones de atención sociosanitaria.

3. Aprobada: momento en que se sabe que ha sido concedido el recurso. Puede ser que a pesar de estar aprobado todavía no se tiene acceso directo al mismo. Se debe informar de los plazos existentes.

4. Denegada: las condiciones del/la usuario/a no permiten la utilización de este recurso. Debemos tener en cuenta si las condiciones han variado desde el momento de la solicitud de dicho recurso

En esta ficha a la que hemos denominado de intervención aparecen reflejados los diversos recursos que con más frecuencia vamos a utilizar, puede ser que en determinadas ocasiones sea necesario el estudio y/o aplicación de otros recursos que no están contemplados en esta ficha.

Los principales recursos que registramos en la ficha son: valoración del grado de dependencia, grado de discapacidad, Servicio de ayuda a domicilio (SAD), Teleasistencia, material ortoprotésico, Tarjeta sanitaria preferente, etc.

Si es una persona dependiente debemos conocer si ha solicitado la valoración de la misma y cual es su resolución en grado y nivel. Es conveniente la coordinación con Servicios Sociales municipales para evaluar la situación del/la usuario/a así como si ha habido cambios importantes en la situación del/la usuario/a que puedan modificar la valoración.

Se debe conocer si el/la paciente tiene reconocido el grado de discapacidad y en caso de no tenerlo valorar si procede solicitarlo. Se informará al/la usuario/a y a su familia de los beneficios que puede reportar la discapacidad en función del grado que se determine. Se tendrá en cuenta la temporalidad de esta valoración así como de los cambios importantes en la salud del/la usuario/a que puedan influir en la valoración del grado de discapacidad.

Otro recurso a tener en cuenta es el Servicio de ayuda a domicilio, bien a nivel privado bien a nivel público. La presencia de este recurso puede modificar la situación del/la usuario/a así como la del núcleo familiar que rodea al mismo. En caso de no existir este recurso se valorará su idoneidad. Si se detecta la necesidad del uso de este recurso se establecerá coordinación con Servicios Sociales municipales para estudio conjunto.

Al igual que la ayuda domiciliaria debemos conocer si requieren o utilizan el servicio de teleasistencia. Como anteriormente se ha dicho se analizará la situación para ver la necesidad de su utilización y se asesorará al/la usuario/a de los requisitos en caso necesario.

A nivel de prestaciones sanitarias el material que habitualmente se utiliza es: sillas de ruedas, andadores y colchones antiescaras, aunque en determinados casos es conveniente la utilización de otros materiales (como grúas, camas articuladas, etc.). Es importante valorar la idoneidad de su uso ya que en determinadas condiciones su uso inapropiado puede empeorar la situación o generar una dependencia del mismo que no es necesaria. Para su tramitación es necesaria la coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada, siendo el/la tss el nexo de enlace entre ambos niveles de atención.

Debemos informar sobre la posibilidad de solicitar un reintegro de gastos sobre material ortoprotésico, transporte, ayuda para el pago de fluido eléctrico por oxigenoterapia en domicilio y productos farmacológicos. El/la usuario/a pagará la parte proporcional que le corresponda en función del recurso que ha utilizado.

Se debe realizar la tarjeta sanitaria especial en los casos en que se requiera. Se tramitará la tarjeta sanitaria denominada “tarjeta preferente” señalizada con las siglas AA para personas con Alzheimer u otras demencias. Para ello se requerirá informe médico que especifique estas enfermedades. Se informará al/la usuario/a y a su familia y/o cuidador/a de las ventajas de su utilización. Se tramitará la tarjeta sanitaria como discapacitado<sup>15</sup> a aquellas personas que tengan un grado de discapacidad igual o superior a un 65 % para mayores de 18 años y un 33% en el caso que sean menores.

Debemos ser concededores de las ayudas económicas que están percibiendo o las que pueden tener acceso en función de sus condiciones específicas. Se estudiará e informará de los requisitos de las mismas. Entre estas ayudas aparecen las Pensiones del Instituto Nacional de Seguridad Social, las pensiones no contributivas (PNC), prestación económica individualizadas (PEIS) y las ayudas concedidas por el Servicio de empleo público estatal (SEPE) como las más habituales, pero pueden aparecer de otra tipología.

Por último es importante determinar los apoyos sociales con los que cuenta el/la usuario/a y su familia, como grupos de ayuda mutua (GAM), voluntariado... Si no cuenta con la ayuda de estos recursos se informará de la existencia de los mismos y de su utilidad. Es importante fortalecer estas redes sociales ya que reportaran beneficios a la situación del/la usuario/a y familia, siempre en los casos en que estos quieran contar con este recurso.

### 3. CONCLUSIONES

Con este trabajo hemos definido y marcado el papel del/la tss dentro de la GC, potenciando la coordinación con el/la enfermero/a de gestión de forma que garantice la atención integral del/la paciente y de su entorno familiar. Es fundamental la atención de los factores sociales en los procesos de enfermedad y más si cabe, cuando hablamos de pacientes paliativos.

Hemos realizado un instrumento de trabajo para el estudio social de usuarios/as susceptibles de ser incluidos/as en el PGC.

Una vez detectado el/la usuario, el/la tss puede realizar las intervenciones necesarias para una inserción en el programa, en los casos en que la modificación de la situación pueda implicar el acceso al Programa, por lo tanto debe intentar cubrir las necesidades, así como valorar la evolución de la situación.

A pesar de utilizar unos criterios de actuación generales, debemos tomar en consideración que el estudio e intervención debe ser adecuado a cada caso específico y adaptar las actuaciones profesionales al/la usuario/a y su entorno.

Este instrumento de trabajo nos sirve para evaluar y presentar casos que consideramos que se pueden integrar en el marco de actuación del programa de gestión de casos a la Comisión Departamental encargada de la selección de dichos/as usuarios/as. Pero va a tener

<sup>15</sup> Ley 11/2003, de 10 de abril, de la Generalitat Valenciana, sobre el Estatuto de las Personas con Discapacidad. DOGV número 4.479 de 11 de abril de 2003

una doble función, ya que si una vez realizado este análisis social vemos que el/la usuario/a objeto de estudio no es idóneo/a para la inserción en el PGC o la Comisión lo desestima, debemos continuar con nuestra intervención profesional, buscando una vía alternativa de atención y facilitando los recursos a los que pueda tener acceso. Por tanto este instrumento nos sirve también como una forma de detección y acercamiento a nuevos/as usuarios/as posibilitando la detección de necesidades en los/as mismos/as.

De este modo, nuestra actuación profesional no va a depender de la inclusión/exclusión en el Programa sino que va a ser acorde a las características detectadas en el/la usuario/a. Por lo tanto hemos realizado un instrumento operativo para el desarrollo del trabajo social sanitario.

Este instrumento nos permite establecer una guía de estudio y atención de cada usuario/a de forma que se abarquen todos los casos de una manera uniforme y nos permita por tanto una valoración objetiva de las situaciones. Esta objetividad nos permitirá comparación del caso en posteriores evaluaciones o valoraciones, así como posibilitará la cuantificación de los datos que nos reporten un interés especial.

Por otra parte nos ofrece una forma de actuación, análisis e intervención común de todas las tss del departamento para ofrecer una atención unificada desde el mismo.

Esta forma de realizar el trabajo y el uso de los instrumentos que hemos realizado puede ser extrapolado a otros/as profesionales del trabajo social a los que les pueda resultar de interés.

## BIBLIOGRAFÍA

SARABIA SÁNCHEZ Alicia. "La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional". *Gizarte Zerbitzuetako Aldizkaria - Revista de Servicios Sociales ABENDUA*. Diciembre 2007

NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS (1992). *NASW. Standards for Social Work Case Management*. Washington DC, p. 5.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Plan Nacional de Cuidados Paliativos*. Madrid, 2011.

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD, INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO. *Estrategia de Cuidados de Andalucía*. Consejería de Salud. "Modelo de gestión de casos del sistema sanitario público de Andalucía". 2009

AGENCIA VALENCIANA DE SALUT, DEPARTAMENT DE SALUT DE ALCOI. *Manual de gestión de casos del departamento de salud de Alcoi*. Actualización marzo 2012.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 128 de 29 de mayo de 2003

Real Decreto 1030/2006, de 15 Septiembre, que establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 222 de 16 de septiembre de 2006

Decreto 74/2007, de 18 mayo, que aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y funcionamiento de la Atención Sanitaria en la Comunidad Valenciana. DOGV nº 5518 de 23 de mayo de 2007

GENERALITAT VALENCIA. CONSELLERIA DE SANITAT. *III Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2010-2013*. Valencia, 2011.

GENERALITAT VALENCIA. CONSELLERIA DE SANITAT. *Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana –POCV-2011-2014*. Valencia, 2011.

GENERALITAT VALENCIA. CONSELLERIA DE SANITAT. *Plan de Mejora de la Atención Domiciliaria 2004-2007*. Valencia, 2004.

GENERALITAT VALENCIA. CONSELLERIA DE SANITAT. *Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunitat Valenciana 2007-2011*. Valencia, 2007.

GENERALITAT VALENCIA. CONSELLERIA DE SANITAT. *Cartera de Servicios. Atención Primaria de la Comunidad Valenciana*. Valencia, 2000

REVISTA DE TRABAJO SOCIAL Y SALUD. "XI Congreso estatal de la Asociación de Trabajo Social y Salud" Conclusiones punto 4. Revista nº 73, marzo 2012

GENERALITAT VALENCIA. CONSELLERIA DE SANITAT *Escalas e instrumentos para la Valoración en Atención Domiciliaria*. Valencia, 2006

Ley 11/2003, de 10 de abril, de la Generalitat Valenciana, sobre el Estatuto de las Personas con Discapacidad. DOGV número 4.479 de 11 de abril de 2003

## ANEXOS

### ANEXO I

#### INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA GESTIÓN DE CASOS

Una vez presentado el Manual de Gestión de Casos en nuestro departamento en el cual se plasma la necesidad de la coordinación entre los diferentes profesionales sociosanitarios, para así tener una valoración multidimensional del/la paciente, del/la cuidado/a y del entorno en el que vive, podemos establecer un plan de atención integral adaptado a cada caso. En dicho manual se dan unas pautas de valoración clínica y social para la inclusión o no de pacientes en el programa, por ello los/as profesionales del trabajo social vemos la necesidad de nuestra intervención desde la detección del caso. Para ello planteamos la realización de la primera visita domiciliaria conjunta con enfermería, para así poder aportar, desde el inicio del caso, la valoración social pertinente. Dicha valoración se reflejara en los documentos anexos, que hemos elaborado a tal efecto.

El/la trabajador/a social interviene en el programa de gestión de casos a través de:

1. La captación y detección del caso: atendemos a familiares demandantes de apoyo como cuidadores/as y/o de ayudas económicas y sociales para tal fin. También se tramita la solicitud de material ortoprotésico y su correspondiente reintegro de gastos.
2. La valoración social en la visita domiciliaria conjunta con el/la enfermero/a de gestión de casos del Centro de Salud, donde aportamos dicha valoración indicando si cumple criterios de inclusión/exclusión en el programa de gestión de casos.
3. Elaborando el plan de intervención social y aportándolo al Plan de cuidados al/la paciente.



## RECURSOS SOCIO SANITARIOS

SANITARIOS	INSTITUCIONALES	ECONOMICOS	DE APOYO SOCIAL	DE CONVIVENCIA, OCIO Y TIEMPO LIBRE
Prestaciones Ortoprotésicas (Consellería de Sanidad)	Centros de día	Pensiones: -Contributivas -No contributivas	Servicio de Ayuda a Domicilio -Público -Privado	Centros Especializados de Atención a Mayores (CEAM)
Tarjeta Preferente AA/Discapacitado L.A.S.	Centros de Respiro	PEI: -Ayudas de emergencia -Ayudas desarrollo personal discapacitados/3 <sup>a</sup> edad -ayudas para la eliminación de barreras arquitectónicas	Programa “ Menjar a Casa” y “ Major a casa”	Centros Municipales de Actividades de Personas Mayores
Reintegro de gastos: ortoprotésicos, traslados y dietas, oxígeno.	Centros de Noche	SEPE	Teleasistencia	Clubs de Convivencia
Programa para Financiar la Asistencia Farmacéutica y Ortopédica Gratuita a Discapacitados (TAS Discapacitados)	Ley Dependencia: Recursos residenciales	Otras Prestaciones: -Ayudas transporte publico -Exención tasas municipales -Abono social telefónica / Iberdrola	- Grupos ayuda mutua - Voluntariado - Asociaciones - Ong - AFA	
	Grado de discapacidad	Ley Dependencia: Recursos económicos		
		Bono Respiro		

ANEXO II

**GESTION DE CASOS – VALORACION SOCIAL**

FECHA:			
N ° SIP	MEDICO:		ENFERMERA:
APELLIDOS:		NOMBRE:	FECHA NACIMIENTO:
DOMICILIO:			TELÉFONO:
<b>DIAGNOSTICOS SOCIALES</b>		<b>VALORACIÓN POR ESCALAS</b>	
		1. Independencia para A.V.D.	
		Básicas (I.Barthel):	
		Cógnitivas (Pfeiffer)	
		Instrum. (E.Lawton y B.):	
		2. Apoyo socio – familiar	
		APGAR familiar:	
		E. Gijón:	
		E. Zarit	
<b>RED APOYO FAMILIAR</b>		<b>RED APOYO INSTITUCIONAL</b>	
<b>Cuidador principal:</b>		Dependencia	
Edad:		SAD	
Parentesco			
Situación de salud:		Otros:	
Situación familiar:			
Apoyo social:			

<b>CRITERIOS INCLUSIÓN</b>		<b>CRITERIOS DE EXCLUSION</b>	
Existencia de cuidador/a capacitado/a		Ausencia de familia o claudicación	
Condiciones adecuadas de habitabilidad de la vivienda		Falta o inadecuación de soporte familiar	
Existencia de red de apoyo social adecuada		Relaciones familiares conflictivas	
		Barreras arquitectónicas insalvables	
		Condiciones insalubres de la vivienda	
		Negativa del paciente a permanecer en el domicilio	

**ANEXO III**

**GESTION DE CASOS - INTERVENCION SOCIAL**

**GESTIÓN DE RECURSOS**

		INFORMACIÓN	EN TRAMITE	APROBADA	DENEGADA
Dependencia					
Grado de Discapacidad					
SAD	Público				
	Privado				
Teleasistencia					
Ortoprotesicos	Silla ruedas				
	Colchón				
	Andador				
TAS	AA				
	Discapacitado				
Reintegro de gastos	Oxigenoterapia				
	Transporte				
	Ortoprotesico				
	Farmacológicos				
Ayudas económicas	INSS				
	PNC				
	PEIS				
	SEPE				
Apoyo Social	GAM				
	Voluntariado				

**OBSERVACIONES**