

**PROFESIONAL DE REFERENCIA Y GESTIÓN DE
CASOS DESDE LA EXPERIENCIA DEL PROYECTO
ETXEAN-ONDO. Visión desde los servicios sociales.**

*Edurne Eguren Bemoetxea
Trabajadora Social
Servicios Sociales del Ayuntamiento de Zarautz*

INDICE

1.- INTRODUCCION

2.- PROYECTO ETXEAN-ONDO

- 2.1.- Filosofía del servicio**
- 2.2.- Principios del modelo**
- 2.3.- Metodología del modelo**
- 2.4.- Descripción del proyecto**

3.- GESTION DE CASOS

- 3.1.- Sus diversas acepciones**
- 3.2.- Orígenes**
- 3.3.- Competencias**
 - 3.3.1. Valoración inicial del caso**
 - 3.3.2. Elaboración del Plan de Atención y Vida**
 - 3.3.3. Apoyo al desarrollo del Plan de Atención y Vida**
- 3.4.- Objetivos**
- 3.5.- Consideraciones**

4.- BIBLIOGRAFIA

1.- INTRODUCCION

El sentido actual de una administración pública moderna consiste en ofrecer servicios fundamentados en tres pilares básicos: eficacia (resolver los problemas de los ciudadanos con habilidad y con un nivel de éxito razonable), eficiencia (resolver los problemas y demandas sin malgastar el presupuesto público) y calidad (funcionamiento óptimo de todos los elementos del sistema que ofrece el servicio, para que el índice de satisfacción de los ciudadanos sea el máximo posible.)

Las sociedades modernas occidentales disponen de mayores recursos económicos y sociales, y poseen un amplio abanico de recursos y servicios, pero también presentan una multiplicación de servicios y funciones, con frecuente opacidad social y descoordinación intra e inter sistemas de protección. La amplitud de la oferta no garantiza el acceso a los dispositivos sociales, ni de su disfrute. Tampoco garantiza la participación de los ciudadanos afectados en los recursos sociales, ni la adecuación de estos a sus necesidades y características. La garantía de derechos sociales queda en entredicho, por que frecuentemente existe duplicidad de servicios, ausencia de otros, la descoordinación entre servicios de un mismo sistema asistencial (entre el social o el sanitario, por ejemplo...)

Las necesidades de cuidados de la población vienen determinadas, entre otros, por los cambios sociodemográficos, el envejecimiento de la población, el aumento de la esperanza de vida, la cronicidad compleja, el aumento de la discapacidad funcional, los cambios en la estructura familiar, la disminución de la red de apoyo informal y la situación de dependencia. Son factores que están generando nuevos retos en la atención al ciudadano

A esto se unen los cambios en las demandas de los usuarios: derecho a la información, mayor implicación en el proceso de toma de decisiones, demanda de personalización en el trato, libertad de elección, necesidad de medidas de accesibilidad efectivas y confort en el uso de los servicios.

Nueva situación que se aborda con viejas fórmulas y usos por parte de los servicios. Estos elementos muestran la necesidad de cambiar las estructuras y formas de trabajar orientándolas hacia una visión integradora coordinada y continuada

Dentro de estos cambios, recientemente el Gobierno Vasco, a través de su departamento de Empleo y Asuntos Sociales, ha emprendido una serie de actuaciones enmarcadas en el ámbito de la innovación social y socio-sanitaria. En el campo de los cuidados de larga duración, quizás la más importante de estas iniciativas es el proyecto denominado Etxean Ondo, que abarca desde la atención en domicilios y entorno a las actuaciones relacionadas con el cambio de modelo en residencias.

El objetivo último del proyecto es, diseñar el modelo vasco de atención a las personas mayores, a quienes se encuentran en situación de dependencia y a las personas con discapacidad. A tal fin se dirige a construir y aplicar un modelo de atención integral centrado en la persona a quienes por su situación de fragilidad, discapacidad o dependencia precisan de apoyos de otros para seguir viviendo en su hogar y desarrollar su proyecto de vida.

Los objetivos generales que persigue el proyecto Etxean- Ondo se dirigen , tanto a la mejora de la calidad de vida de las personas adultas con discapacidad y de personas mayores en situación de fragilidad o dependencia y de sus familias cuidadores, como a generar conocimientos sobre este nuevo modelo de atención y los recursos implicados en distintos ámbitos.

2.- PROYECTO ETXLEAN ONDO

Se define el modelo de la siguiente manera:

La atención integral centrada en la persona es la que se dirige a la consecuencia de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación activa.

2.1. Filosofía del servicio

El proyecto Etxean- onto pretende desarrollar un modelo que garantice una atención realmente centrada en la persona.

Pretende ir mas allá de la atención individualizada, ya que además de satisfacer las necesidades detectadas en la persona adaptándose a sus características individuales, estimulan y apoyan que la persona participe activamente en su proceso de atención.

Los modelos centrados en la persona ponen en el centro de la intervención a la persona, y la garantía de sus derechos, frente a la primacía de otros intereses legítimos como son los de la organización o los de profesionales, pero que en ocasiones colocan en un segundo termino a las personas usuarias. El fin de la atención es la persona, su dignidad, su bienestar, sus derechos y sus decisiones.

2.2. Principios del modelo

Por lo que se refiere a los principios y criterios que fundamentan el modelo, destacaríamos los siguientes:

- **Principio de autonomía:** las personas tienen derecho a mantener el control sobre su propia vida, y por tanto siempre podrán actuar con libertad. Por otra parte y con independencia de los apoyos que requieran por su situación de dependencia, las personas tienen capacidades para desarrollar elecciones por propia iniciativa o de manera delegada a través de su grupo de apoyo, o en su caso su representante legal.
- **Principio de continuidad de atención :** las personas deben de tener acceso a los apoyos que precisan de manera continuada y adaptada permanentemente a las circunstancias cambiantes de su proceso.

2.3. Metodología

Cabe subrayar el carácter innovador de su metodología, cuya característica más novedosa es su enmarque dentro de las metodologías denominadas /IAP (Investigación/Acción/Participación) dirigida a implicar en el proceso de planificación e intervención a los distintos agentes que intervienen en un proyecto intervención.

Concretamente el proyecto etxean ondo, creado para promover un modelo de atención integral centrado en la persona a quienes por su situación de discapacidad o dependencia necesitan apoyos y cuidados para seguir en su hogar, busca la participación de personas usuarias, familias, profesionales implicados responsables públicos así como de otros agentes de la comunidad.

Ello hace necesario promover nuevas formas de hacer que transformen las habituales relaciones asistenciales donde el poder en el diseño de las intervenciones lo tienen los responsables y los equipos técnicos.

2.4. Descripción

La aplicación del modelo se realizará en el marco de la atención domiciliaria y de apoyo en el entorno, utilizando todos los recursos disponibles.

Para este proyecto se define el servicio de atención a domicilio y apoyo en el entorno como un programa personalizado, de carácter preventivo y rehabilitador , en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en provisión de servicios, atención personal ,gestión, fomento de relaciones sociales en el entorno y apoyo a la familia, prestado en el domicilio o en el entorno, de una persona adulta en situación de fragilidad o de dependencia(Rodríguez,2002,2011)

Siguiendo esta conceptualización y los principios y criterios del modelo, se incluyen en el proyecto, además de la prestación de atención domiciliaria personalizada y en coordinación socio-sanitaria, otros servicios y apoyos personalizados entre los que cabe citar:

- Servicios de proximidad a domicilio ,como podrían ser comidas a domicilio,lavandería,peluquería,podología,fisioterapia,acompañamiento,transporte para acudir a los servicios de detención y/o actividades socio culturales.
- Tele asistencia avanzada que incorpora a sus prestaciones tradicionales funciones como el consejo profesional a personas en situación de dependencia y cuidadores, dispositivos para detección de riesgos en el hogar,...
- Accesibilidad en la vivienda y entorno. Mediante procesos de evaluación de necesidades y de planificación personalizada con indicaciones precisas para la supresión de barreras de accesibilidad en el hogar, y recomendaciones individualizadas para el conocimiento y utilización de productos de apoyo o ayudas técnicas y de las nuevas tecnologías que resulten adecuadas, según cada caso, con el fin de favorecer el máximo independencia y de autonomía y reducir riesgos de accidentes.

- Programas y servicios a las familias y otras personas cuidadoras del ámbito familiar, (información, asesoramiento, formación, acompañamiento, servicios respiro y relevo...) y un acompañamiento y apoyo continuado a la persona cuidadora.
En este sentido se contempla la implantación del programa denominado Acompaña, que garantiza el seguimiento del caso, verifica la calidad de los cuidados y ofrece formación, asesoramiento y apoyo en el propio domicilio.
- Complementariamente a la atención en los domicilios se realiza diferentes actuaciones de dinamización y participación social y ciudadana, así como programas de promoción de la salud y de prevención de la dependencia de carácter socio-sanitario, en colaboración con los movimientos asociativos locales.

3.- LA GESTION DE CASOS

La gestión de casos es un proceso dirigido a identificar las necesidades diseñar un plan de intervención y coordinar las actividades con los profesionales y familiares implicados, mediante el cual la gestora de caso vela para que la persona alcance los objetivos marcados, movilizando los recursos necesarios garantizando una atención integral y continuada que resuelva las necesidades de la persona y de su familia.

Este profesional es el responsable de elaborar un programa personalizado de atención que promueva la autonomía, e independencia de la persona .Actuará garantizando la coherencia de los itinerarios de atención y la coordinación de las intervenciones.

La gestión de casos es una metodología clave dentro del Proyecto Etxean ondo porque:

- Es una estrategia válida para avanzar en la atención próxima, personalizada y de continuidad a personas mayores en situación de fragilidad, personas con discapacidad y personas en situación de dependencia.
- Supone un proceso de intervención clave con acción trasversal a diferentes intervenciones sociales y sanitarias y facilita el trabajo en red.
- Entendido como una relación profesional de ayuda, busca al tiempo de ofrecer la más adecuada atención, la promoción de la autonomía de la persona y la integración social de ésta, dando a poyo también a su grupo familiar.
- Supone asumir la responsabilidad sobre la intervención, coordine a los implicados y haga posible una respuesta cercana desde la observación de la situación así como desde la escucha a las preferencias de la persona o grupo familiar

3.1. La gestión de casos y sus diversas acepciones

La gestión de casos es un enfoque de trabajo que tiene variadas acepciones. Dependiendo de sus objetivos y del ámbito de ampliación, su conceptualización y definiciones son diversas. Si bien no responde a un modelo uniforme, cabe subrayar las características y elementos comunes que se aprecian en los diferentes desarrollos dentro del ámbito de la atención socio sanitaria:

- Otorga a la persona un lugar central y asume la necesidad de una atención personalizada.
- Pretende lograr la continuidad de las intervenciones y/o los cuidados entre los distintos dispositivos, sistemas y profesionales.
- Incorpora la presencia de un coordinador/a o gestor del caso, figura clave para permitir tanto un adecuado seguimiento como la imprescindible cooperación dentro de la red de recursos sociales y sanitarios.
- Apuestan por el diseño de planes personalizados de atención donde, a modo de contrato entre la usuario y sistema, se establecen objetivos, actuaciones y seguimiento/evaluación de las intervenciones profesionales

Desde el ámbito de los servicios sociales, la gestión de casos suele hacer referencia al conjunto de personas usuarias que precisan de intervención social desde el concepto de acompañamiento social con el propósito de ofrecer asesoría personalizada permanente y un itinerario de apoyos, prestaciones y servicios para lograr el mayor grado posible de independencia, de autonomía e integración social

La Asociación Nacional de Trabajadores Sociales de EEUU define la gestión de casos como “un método todo de provisión de servicios en el que un profesional de trabajo social valora las necesidades del cliente, y de su familia cuando sea adecuado y organiza, coordina, monitoriza, evalúa y apoya 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”

3.2. Origines

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 reinformación y referencia, sistemas de seguimiento de clientes, centros de servicios integrales y procedimientos de gestión de casos.

3.3. Competencias

Las competencias profesionales del gestor de casos abarcan distintas actuaciones que pueden ser agrupadas según tres fases del proceso:

3.3.1. Valoración inicial del caso

Se considera una de las tareas fundamentales del proceso de gestión de casos. Es un método para recoger información detallada sobre la situación social, el estado físico, mental y psicológico, lo cual permite identificar sus necesidades y el apoyo que precisa

Se valorara la situación de la persona y su entorno habitual de vida. Se trata de una valoración donde se parte de identificar y visualizar las capacidades de la persona, sin por ello reconocer las limitaciones y dificultades que la persona tiene.

Para ello se realiza una evaluación psicosocial identificando fortalezas y también debilidades de la persona.

Entendiendo a la persona como un todo, valorando la interacción entre los siguientes factores:

a) Valoración y puesta en valor de la persona

Salud

Nivel funcional

Dimensión cognitiva

Dimensión emocional

Relación social

Intereses ocupacionales de la persona

Gestión de su vida cotidiana: deseos y preferencias

b) Valoración del entorno

Situación convivencial, carga cuidador/a principal y necesidades

Vivienda: condiciones de accesibilidad y necesidades

Entorno: accesibilidad, disponibilidad de recursos (ocio, formación, ocupación...) y necesidades

c) Consenso sobre los principales objetivos de la intervención.

Esta información se considera necesaria para tener un punto de vista global de la situación de la persona y poder desarrollar objetivos a la medida de las necesidades de cada uno.

3.3.2. Elaboración del Plan de Atención y Vida

- Elaboración del PAyV, utilizando el soporte documental correspondiente
- Reuniones de seguimiento
- Revisiones del PAyV,

En esta fase implica que las estrategias para resolver los problemas se han de desarrollar en colaboración con la persona. En esta fase hay que discutir las áreas problemas más importantes, clarificar las mismas y trabajar consensuadamente en la búsqueda de soluciones.

La gestión de casos es un proceso dinámico. Tras analizar la información desarrollar estrategias de resolución de problemas, el gestor de casos se asegura que las decisiones queden plasmadas en un plan de actuación.

3.3.3. Apoyo al desarrollo del Plan de Atención y Vida

- El asesoramiento al grupo convivencial para el cumplimiento de lo acordado en el PAyV
- La supervisión del cumplimiento del PAyV
- La coordinación de las actuaciones de los profesionales implicados en la atención

Durante todo el proceso hay que tener en cuenta que las necesidades, situaciones de la persona pueden ir cambiando, requerir servicios ampliación de servicios, o interrumpir los mismos, o requerir de más apoyo familiar...

El gestor de caso debe identificar los cambios que se van produciendo y mantener la relación entre persona, familia y la red de provisión de servicios.

Es quizás, la coordinación de actuaciones y profesionales, la competencia más compleja y que hace necesaria la presencia de un único profesional asumiendo la tarea de coordinar al conjunto de personas implicadas (profesionales, persona usuaria, grupo convivencial, entre otros)

El gestor de casos ha de ser el que permanezca en contacto y coordina las actuaciones del conjunto de profesionales que intervienen en el PAyV consensuado, así como las acciones, compromisos y apreciaciones de la persona, del grupo de apoyo o del grupo familiar o convivencial

3.4. Objetivos

Los objetivos pueden ser de dos tipos:

- a) Orientados hacia la persona y el grupo familiar :
 - Mantener el mejor estado de salud posible (estado físico, cognitivo, emocional y relacional) de la persona.
 - Mejorar/mantener las capacidades funcionales ,cognitivas y relaciones
 - Permitir que la persona siga viviendo en su casa con calidad de vida y participando en su entorno comunitario .Incorporar a la persona (y en su

caso a la familia o grupo de apoyo y consenso) al proceso de planificación de la atención teniendo en cuenta sus preferencias y deseos.

- Fomentar el control por parte de la persona de sus asuntos cotidianos y en relación al auto cuidado.
- Asegurar que los servicios proporcionados son adecuados para las necesidades de esa persona específica.
- Supervisar las condiciones de la persona 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.
- Asegurar la coordinación entre los diferentes niveles de atención y entre los profesionales que intervienen en la atención de la persona y su familia.
- Mejorar el acceso y la continuidad de y entre los servicios
- Apoyar a los cuidadores y personas de apoyo al cliente, reducir la carga del cuidador/a, mejorar su estado físico y psicoafectivo y su nivel de conocimiento, mediante el ofrecimiento de apoyos y formación para cuidar mejor.
- Servir de enlace entre el sistema institucional y el sistema de atención basado en la comunidad.

b) Orientados hacia el sistema

- Participar en la planificación de servicios
- Identificar carencias y fallos de servicios en la comunidad
- Identificar y coordinar servicios u otro tipo de actuaciones importantes en la atención integral a la persona
- Promover la calidad y la eficiencia en la provisión de servicios
- Promover la corresponsabilidad con otras instituciones y servicios.
- Coordinar los servicios y las actuaciones profesionales que desde distintos sistemas y recursos de la comunidad se ofrecen a las personas
- Cooperar con otros profesionales en defensa de los intereses de la persona.
- Mejorar la coordinación entre los proveedores de servicios
- Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante el uso racional de los recursos

3.5. Consideraciones

En ocasiones a la hora de intervenir como gestora de casos he tenido dudas sobre si la intervención está siendo excesiva, si se les hace excesivamente dependientes. Para valorarlo he utilizado los siguientes criterios:

- Trabajar con las personas como colaboradores.
- Fijarse y partir de las capacidades y fortalezas de la persona, de sus deseos, conocimientos, y no solo en las dificultades limitaciones y patologías.
- No olvidar que en el proceso de gestión de casos el papel activo de la persona

- Tener claro que la autodeterminación también se dirige a las personas no competentes para la toma de decisiones en su cuidado. Se trata de un ejercicio indirecto mediado por otros (familia, profesionales...) utilizando estrategias que permitan acercarse al estilo y preferencias de la persona.
- La finalidad de gestión de casos es ayudara las personas a descubrir opciones y realizar elecciones.
- Recordar que el plan de atención y vida trata de atender necesidades, reconocer derechos, respetar preferencias y decisiones. No debe de ser una imposición profesional.
- La visión general es que deben ser respetados la voluntad y los deseos de la persona

4.- BIBLIOGRAFIA

- INGEMA (2010) Estudio sobre la realidad de las personas mayores de 60 años en el País Vasco. ECVPM-Euskadi. Gobierno del País Vasco.
- LOPEZ A, MARIN AI, DE LA PARTE JM. (2004). La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica. *Siglo Cero*, 35(1), nº 210.
- RODRIGUEZ RODRIGUEZ P. (2010). La atención integral centrada en la persona. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 106. CISC.
- SARABIA A. La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional (2007). Abendua.
- CASADO D. (Coordinador) (2009). Gestión de caso y métodos afines en servicios sanitarios y sociales. Políticas sociales en Europa. Barcelona: Editorial Hacer.

-