



ARTÍCULO ESPECIAL

El proceso de institucionalización de la enfermera gestora de casos en España. Análisis comparativo entre los sistemas autonómicos de salud



María López Vallejo y Jesús Puente Alcaraz*

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Burgos, Burgos, España

Recibido el 12 de marzo de 2017; aceptado el 26 de septiembre de 2017

Disponible en Internet el 5 de noviembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Enfermera gestora de casos;
Políticas sanitarias para la cronicidad;
Planificación regional de salud

KEYWORDS

Case management nurse;
Health policies for chronicity;
Regional health planning

Resumen La atención a la cronicidad es una necesidad acuciante para los sistemas de salud por su elevada prevalencia y los retos organizativos que su atención genera. Diferentes países resuelven la complejidad de la atención a la cronicidad mediante la gestión de casos a través de la profesión enfermera, con buenos resultados.

En este trabajo se analiza el estado de institucionalización de la figura profesional de la enfermera gestora de casos en España mediante el diseño de un estándar de referencia para la comparación entre comunidades autónomas del abordaje de la cronicidad. Se pretende de esta manera monitorear el grado de avance de la estructura institucional de las políticas de atención a la cronicidad en nuestro país mediante esta figura asistencial.

Entre los resultados encontramos que ninguna comunidad autónoma ha alcanzado el estándar máximo de implantación y que la situación es muy heterogénea, en la que se constata un débil y errático grado de institucionalización de la enfermera gestora de casos en España a pesar del reconocimiento formal a su papel en la atención al paciente crónico.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Institutionalisation of the case management nurse in Spain. Comparative analysis of health systems of the Spanish autonomous communities

Abstract Care of chronicity is a pressing issue for health systems because of its high prevalence and the organisational challenges that it generates. Different countries solve the complexity of the care of chronicity through case management by the nursing profession, obtaining good results.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: jpalcaraz@ubu.es, jpuentea@gmail.com (J. Puente Alcaraz).

This paper analyses the status of institutionalisation of the case management nurse in Spain through the design of a reference standard to compare between the autonomous communities in their approach to chronicity. Thus, we sought to monitor the degree of progress of the institutional structure of the policies for the care of chronicity in our country through this healthcare professional. Our results showed that no autonomous community has reached the maximum standard of implementation and that the situation is very heterogeneous, confirming a weak and erratic degree of institutionalisation of the case management nurse in Spain despite the formal recognition of their role in patient care.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

«Las instituciones proporcionan una infraestructura que sirve a los seres humanos para crear orden y reducir la incertidumbre»

Douglass C. North

Introducción

El objetivo principal de los sistemas de salud de cada país es mantener y mejorar la salud de sus ciudadanos. Para ello se desarrollan diferentes políticas sanitarias de las cuales se derivan las diferentes estrategias, líneas e intervenciones. Para desarrollar políticas acordes con las necesidades de salud de la población resulta imprescindible, antes de nada, conocer las características demográficas y la situación de salud.

Actualmente, el patrón epidemiológico de España está dominado por las enfermedades crónicas. Según la Encuesta Europea de Salud 2009, el 45,6% de la población mayor de 16 años presenta una enfermedad crónica y el 22% de la población 2 o más. También según la Encuesta Nacional de Salud de 2006, las personas entre 65 y 74 años tienen una media de 2,8 enfermedades crónicas y en las mayores de 75 años esta ratio asciende a 3,23. Estas enfermedades suponen ya el 80% de las consultas de atención primaria. A esto hay que añadir que existe una marcada tendencia hacia el aumento de estas enfermedades en los próximos años¹.

España tiene, además, una de las poblaciones más longevas del mundo, con una esperanza de vida de 82,3 años. Y, aunque la edad media de la población es de 42,4 años, nuestro país cuenta con una población envejecida, con el 18,38% de la población mayor de 65 años, lo que lleva aparejado un creciente porcentaje de procesos de salud crónicos. Ante tal situación, el Sistema Nacional de Salud en 2012 elaboró su Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad, en el que puso de manifiesto la necesidad de remodelar el sistema sanitario para abordar la problemática de la cronicidad¹.

Sin embargo, los expertos concluyen que los actuales sistemas de salud no están dando una adecuada respuesta a estos procesos crónicos y manifiestan la necesidad de realizar un giro en las políticas de salud.

Así lo indica la OMS desde hace más de una década. En 2002 presentó su documento «Innovative care for chronic conditions: building blocks for action» y en 2005 el

documento «Preventing chronic diseases, a vital investment». En ambos expone la necesidad de afrontar de forma urgente el número de enfermedades crónicas y la obligación de todos los países de enfocar los sistemas de salud hacia estas enfermedades^{2,3}.

La Unión Europea, siguiendo estas directrices y con el mismo objetivo que la OMS, elaboró el «Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases 2012-2016» implementado desde 2011. Igualmente, el proyecto de la Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS) en su apartado «Time to face the challenge of multimorbidity» expone la necesidad de prestar una atención integral al paciente crónico y no solo de centrarse en su enfermedad^{4,5}.

En España, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMYC) junto a la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) redactaron en 2011 el documento de consenso de «Atención al paciente con enfermedades crónicas» casi al mismo tiempo que el Sistema Nacional de Salud elaboró en 2012 su Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad. En ambos se pone de manifiesto la necesidad de remodelar el sistema sanitario para abordar la problemática de la cronicidad^{1,6}.

El paciente crónico que entra dentro del área de interés de estos documentos es un paciente que necesita una asistencia compleja por la confluencia en su persona de una alta comorbilidad asociada a una edad avanzada. La respuesta asistencial no puede ser sencilla y concentrada en atender un problema de salud, como hasta ahora. La respuesta necesita, más que nunca, una personalización del plan de cuidados y tratamiento en un contexto social y familiar también específico.

La estrategia asistencial que se asume en este nuevo paradigma es la «gestión de casos». Esta herramienta asistencial nace en EE. UU. en los años 50 por la necesidad de dar seguimiento particular a personas con problemas de salud mental ante la reforma profunda que en este país se produjo al remitir a sus domicilios a pacientes internados en centros psiquiátricos. El modelo asistencial se exportó a diferentes países europeos con diferentes situaciones y estos lo adaptaron a sus sistemas de salud. Países como Canadá, EE. UU. o Inglaterra apostaron desde un principio por la enfermera como la figura más adecuada para gestionar los casos de

cronicidad por reunir con mayor eficacia los requisitos necesarios para integrar todas las funciones necesarias⁷.

Nuestro país también plantea la gestión enfermera de casos como marco para la atención del paciente crónico complejo. En la ya mencionada «Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud» se recomienda *potenciar las actuaciones de los profesionales de enfermería en la atención a los procesos crónicos, orientando su responsabilidad, en especial en el rol de educadores/entrenadores en autocuidados, en el rol de gestores de casos en pacientes con condiciones de especial complejidad y en el rol de profesionales de enlace¹ para mejorar la transición entre ámbitos y unidades de atención.*

Esta recomendación, entre otras, se consensuó de manera favorable en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 27 de junio de 2012 por todos los consejeros de salud de las comunidades autónomas. El Consejo Interterritorial es el principal instrumento de configuración del Sistema Nacional de Salud y sus funciones son conocer, debatir y, en su caso, emitir recomendaciones, entre otras, de los planes integrales de salud.

Esta recomendación de promoción de la enfermera gestora de casos (EGC) se asumió en 2012. Muchas autonomías llevaban tiempo diseñando y dando este papel profesional a las enfermeras, aunque otras ni siquiera se lo habían planteado hasta entonces. Lo que sí se produjo a partir de esta reunión es que las comunidades que todavía no habían abordado sistemáticamente la cronicidad diseñaran, a partir de entonces, sus propios planes incluyendo, en mayor o menor medida, recomendaciones como la que nos ocupa.

Es el momento de empezar a evaluar cómo se han ido asumiendo estas recomendaciones en nuestro sistema sanitario autonómico. Por ello, nos planteamos como objetivo evaluar el desarrollo de la EGC en España a través del análisis de las políticas autonómicas de abordaje de la cronicidad. La creación de una herramienta de análisis que permita medir la situación actual de esta figura profesional en la planificación sanitaria de nuestro sistema descentralizado podrá también servir para evaluar el avance y fortaleza de su implantación.

Midiendo el modelo de la enfermera gestora de casos como política pública

Un proceso de institucionalización es, a fin de cuentas, un *proceso de cristalización continua de variados tipos de normas, de organizaciones y de esquemas reguladores de los procedimientos*⁸. Pero dicho de esta manera tan general se nos plantea la duda de cómo abordar un análisis pormenorizado en uno de los aspectos para nosotros crucial —pero integrado dentro de una política social muy amplia y compleja— como es el de la atención a la cronicidad. Si, como se plantea en este estudio, estamos ante una política que busca su institucionalización, es decir, su

mantenimiento en el tiempo con una estructura definida, tenemos que recurrir a un esquema más pautado de análisis.

La respuesta a estas preguntas nos servirá para comprender de manera general cuáles son las limitaciones que ya existen. Pero necesitamos focalizar aún más el esquema de análisis, pues debemos ser rigurosos y aplicar una metodología precisa al caso concreto de las EGC. Y ese marco existe en la praxis evaluadora en salud pública. Por ello, este estudio quiere enmarcarse dentro del campo de las evaluaciones de políticas públicas en salud mediante el «análisis de los componentes de políticas y planes»⁹. El componente en este estudio es la EGC ubicada como herramienta del plan para el abordaje de la cronicidad de los sistemas de salud de las comunidades autónomas y por ello se pretende una «evaluación de la estructura» institucional diseñada por estas para el abordaje de la cronicidad, a través de esta figura profesional¹⁰.

Para conseguirlo nos hemos centrado en la institucionalización organizativa de las comunidades autónomas españolas expresada a través de sus publicaciones oficiales por ser estas donde se plasman las políticas sanitarias. Hemos revisado las publicaciones oficiales de las 17 autonomías y de las 2 ciudades autónomas. Hemos revisado los planes y estrategias generales de salud existentes; los planes y estrategias de atención al paciente crónico; los planes y estrategias de atención sociosanitaria y los documentos oficiales en los que se describieran o protocolizaran las funciones, las competencias o las actividades de la EGC en el contexto de atención pública al paciente crónico. Toda la recopilación se hizo entre enero y mayo de 2016.

La información obtenida se organizó a partir de un «estándar de referencia para la comparación» (*gold standard*)¹¹ siguiendo los ítems que las propias comunidades han ido estableciendo a medida que ponían en marcha esta herramienta para afrontar la cronicidad. Es decir, a medida que analizábamos los textos y comprobábamos como se acercaban o no a la recomendación de la estrategia nacional que recomienda la enfermería como la profesión a la que encargar la gestión de casos crónicos, pudimos establecer patrones de respuesta que podían ser clasificados, agrupados y estandarizados. Este estándar nos permitió diseñar una matriz de análisis comparativo (*standard framework*)¹¹ entre comunidades.

Para abordar el ítem 7 del estándar comparativo «existen evidencias científicas de su funcionalidad» fue necesario realizar complementariamente una revisión bibliográfica para detectar evidencia científica de la labor de las EGC en los sistemas de salud autonómicos que no hubieran realizado estudios piloto para medir su propio desempeño. Se utilizaron como bases de datos: PubMed, Cuiden, Dialnet, Scopus, Cochrane Library, Scielo, IBECS y Google Academics. Se descartaron los que, a pesar de hacer referencia a la labor de las EGC en un sistema de salud autonómico determinado, no presentaran datos mensurables sobre la efectividad de las intervenciones de estos profesionales y no compararan estas intervenciones con las realizadas sin la participación de EGC.

Más allá de este estándar y, a continuación de su descripción y análisis, haremos un primer intento para responder a las preguntas que otros autores utilizan como guión cuando evalúan políticas sociales¹². Hay que preguntarse primero ¿la estrategia de emplear la EGC como política de

¹ El término «enlace» se aplicó en un primer momento a las enfermeras de gestión de casos que actuaban en el ámbito hospitalario. Se utilizará indistintamente a lo largo del artículo, ya que lo que importa aquí es el concepto asistencial y no su denominación o ubicación en el sistema sanitario.

afrontamiento de la cronicidad emana de un acuerdo político y social de atender un problema específico?; después ¿existe la voluntad de establecer objetivos y metas claras, y contar con instrumentos para evaluar su consecución? A continuación ¿se establecen obligaciones y derechos específicos para cada uno de los actores relevantes en el proceso? y, por último, ¿se ha previsto la definición de normas y reglas de comportamiento para consolidar el modelo?

La respuesta a estas preguntas es la parte más limitada de este trabajo, pues solamente podremos esbozarla teniendo en cuenta que se deriva del desarrollo del estándar elaborado. Para realizar unas conclusiones más fundamentadas se necesitaría otro tipo de estudio más complejo que recogiera el conjunto de intervenciones para la cronicidad y a todos los actores implicados, tanto institucionales como informales. Pero no por ello vamos a renunciar a sacar el máximo partido a la lectura detenida de la voluntad de las administraciones reflejada en los documentos oficiales.

Niveles de institucionalización

Tras la búsqueda de los documentos oficiales de las políticas implantadas por cada comunidad y ciudad autónoma se obtuvieron 27 documentos oficiales que comprenden planes o estrategias de salud así como estrategias de atención al paciente crónico (tabla 1).

Se ordenó toda la información en la matriz de análisis (tabla 2) siguiendo las directrices definidas más arriba, lo que dio como resultado un gradiente de institucionalización que permite ubicar relativamente a cada sistema de salud autonómico y compararlos entre sí. Explicamos a continuación los distintos grados alcanzados por las comunidades autónomas en la institucionalización de la EGC.

La matriz de análisis (tabla 2) permite graduar y comparar la gran heterogeneidad entre los sistemas de salud de las distintas autonomías en torno a esta figura profesional desarrollada por enfermeras. Observamos que el grado de implementación de la EGC varía de forma sustancial de unas autonomías a otras.

Pueden establecerse diferentes puntos de corte en el índice para establecer 3 niveles de institucionalización de la EGC. Así, los estadios 1 y 2 se corresponderían con un nivel incipiente de desarrollo porque plantean la gestión de casos pero no a través de la enfermera; los estadios del 3 al 5 implican un nivel de desarrollo medio porque se habla de la gestión de casos a través de la enfermera pero no se ha puesto en marcha y del 6 en adelante suponen un nivel avanzado de desarrollo porque ya hay un grado básico de institucionalización analizable con evidencia de su actuación.

Nivel bajo de desarrollo institucional

Existencia de estrategias sociosanitarias o estrategias de atención al paciente crónico

Como la EGC se enmarca dentro de la atención al paciente crónico, resulta imprescindible determinar primero la existencia de estrategia de atención a estos pacientes.

Este parámetro lo cumplen todas las autonomías excepto Ceuta y Melilla. La dependencia de estas 2 ciudades autónomas del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), dependiente a su vez del Ministerio de Sanidad y Asuntos

Sociales, puede que sea la causa de la limitada capacidad de planificación de estas 2 ciudades autónomas. Ambas carecen de personal propio destinado a esas labores y no disponen de autonomía política en materia sociosanitaria. Difícilmente pueden situarse en la línea de salida para plantearse siquiera proponer la gestión mediante EGC.

Se contempla la gestión de casos en los planes y estrategias analizados

La gestión de casos como modelo asistencial no significa necesariamente que deba ser desempeñado por profesionales enfermeros. De hecho, la gestión de casos como estrategia de abordaje de la cronicidad es reivindicada, como veremos más adelante, por diversos profesionales, incluidos los trabajadores sociales, que consideran vital su función.

Lo que sí se constata es que todas las comunidades que cuentan con un plan de salud, estrategia sociosanitaria o estrategia de atención a pacientes crónicos (es decir, superan el estadio 1) proponen la gestión de casos como modelo para mejorar la atención de paciente crónico pluripatológico.

Nivel medio de desarrollo institucional

Se propone la gestión de casos a través de la profesión enfermera

Excepto Asturias, Extremadura y las ciudades autónomas, el resto de las autonomías consideran a la enfermera como la profesión encargada de llevar a cabo la gestión de casos.

Asturias, aunque debatió la posibilidad de incluir específicamente esta figura, terminó por descartarla. Es muy interesante seguir el debate generado en la fase de diseño de la estrategia de la cronicidad. El debate se recoge en el anexo IV de las «Estrategias de salud y atención a la población con enfermedad crónica 2014». Durante el proceso, los participantes reconocen el papel estratégico de la enfermera de enlace en la atención y seguimiento de los casos en enfermedades coronarias, papel que se plantea como interesante de replicar en otras enfermedades como las neurológicas, dado que el contacto permanente y el seguimiento telefónico de las enfermeras de enlace es crucial para la calidad de la atención. Pero cuando la propuesta se trasladó a la atención de pacientes crónicos, el consenso saltó en pedazos y no se encontró manera de alcanzar un acuerdo. Se debatió sobre la inconsistencia de generar una figura enfermera distinta de las asistenciales ya presentes. Tampoco hubo acuerdo sobre dónde ubicar el peso de la gestión, si en atención primaria u hospitalaria. Se plantearon dudas serias sobre si lo que hay que hacer es dedicar este papel a la especialidad enfermera en salud de familia y comunitaria o sacar el máximo provecho a las enfermeras asistenciales, que no tienen oportunidad de desplegar todas sus competencias. Finalmente, esta comunidad planteó la gestión de casos a través de equipos de atención sociosanitaria sin definir quién integra ese equipo, ni quién lo lidera, ni cómo debe funcionar.

Extremadura, en su «Plan marco de atención sociosanitaria 2005-2010» quiso implantar comisiones sociosanitarias gestoras de casos formadas por un profesional del ámbito social y otro del sistema sanitario, sin especificar tampoco qué profesionales deben componer el equipo.

Tabla 1 Documentos analizados por comunidad autónoma y recurso electrónico utilizado

Andalucía	<p>Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía</p> <p>IV plan andaluz de salud</p> <p>Plan andaluz de atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas 2012-2016</p> <p>Manual de la gestión de casos en Andalucía: Enfermeras gestoras de casos en el hospital</p> <p>Manual de la gestión de casos en Andalucía: Enfermeras gestoras de casos en atención primaria</p> <p>Desarrollo competencial en el modelo de gestión de casos del SSPA</p> <p>Manual para la acreditación de competencias profesionales. Enfermero/a gestor/a de casos 1/83/03, abril de 2015</p> <p>Estrategia de cuidados de Andalucía: nuevos retos en el cuidado de la ciudadanía (Lafuente Robles et al.). Sevilla: Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud; 2015</p> <p>Modelo de gestión de casos del Servicio Andaluz de Salud. Guía de reorientación de las prácticas profesionales de la gestión de casos en el Servicio Andaluz de Salud (será publicado a finales de septiembre de 2017)</p>	<p>http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/Estrat_MejoraAtDomiciliaria.pdf</p> <p>http://www.andaluciasana.es/PAS/links/IV_PAS_v9.pdf</p> <p>http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_2_p_2_planes_integrales/PIEC.pdf</p> <p>http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../contenidos/gestioncalidad/Manual%20Gesti%F3n%20de%20Casos%20en%20Andaluc%EDa.pdf</p> <p>http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../contenidos/gestioncalidad/Manual%20Gesti%F3n%20Casos%20en%20Andaluc%EDa%20Atenci%F3n%20Primaria.pdf</p> <p>http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../contenidos/gestioncalidad/DesarrolloCompetencial.pdf</p> <p>http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/manuales/enfermeroa-de-practica-avanzada-en-gestion-de-casos/</p> <p>http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/estratcuidados/estrategia.enero.2016.pdf</p>
Aragón	<p>Programa de atención a enfermos crónicos dependientes</p> <p>Líneas estratégicas 2012-2015</p>	<p>http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/06_Planes_Estrategia/LIBRO%20Programa%20de%20Atenci%C3%B3n%20a%20Enfermos%20Cr%C3%B3nicos%20Dependientes.pdf</p> <p>http://bases.cortesaragon.es/bases/ndocumenVIII.nsf/69b541b37a1f7fb0c12576d20031f70e/48a35f321e44d2f5c1257b7a0033347b/\$FILE/lineas-estrategicas.pdf</p>
Asturias	<p>Plan de salud para Asturias 2004-2007. La salud como horizonte</p> <p>Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las estrategias de salud y atención a la población con enfermedad crónica en Asturias</p>	<p>http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=ccc8fb376a334210VgnVCM10000097030a0aRCRD&vgnnextchannel=65602834bb516110VgnVCM1000008614e40aRCRD</p> <p>https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/Estrategias/Estrategia%20Cronicidad/Estrategia%20Cronicidad_Libro.pdf35</p>
Balears	<p>Plan IB-Salut 2020. Promoción de la salud</p> <p>Plan de acciones sanitarias en el ámbito sociosanitario del Servicio de Salud</p>	<p>http://www.ibsalut.es/ibsalut/documentospdf/esp/plan.pdf</p> <p>http://www.ibsalut.es/ibsalut/documentospdf/esp/Pla-Cast.pdf</p>

Tabla 1 (continuación)

Canarias	Plan de salud de Canarias 2016-2017 Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias	http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/af545706-5b2e-11e3-a0f5-65699e4ff786/PROYECTO_PSC_2016_2017.pdf http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1e7740f8-d12e-11e4-b8de-159dab37263e/LibroCronicidadCompleto.pdf
Cantabria	Plan de atención a la cronicidad de Cantabria 2015-2019 Plan de salud de Cantabria 2014-2019	http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeCronicidadBaja.pdf http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/plan_salud_cantabria_2014-2019_lt.pdf
Castilla La Mancha	Estrategia de salud y bienestar social 2011-2020 Plan director de atención a la cronicidad en un modelo de integración asistencial 2014-2017	http://www.adaceclm.org/DocumentosInteres/Documentosda%C3%B1ocerebral/Documents/ESTRATEGIA%2020-20%20SALUD%20Y%20BS.pdf http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20150410/plan_cronicos.pdf37
Castilla y León	IV plan de salud de Castilla y León Estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León	http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iv-plan-salud-castilla-leon http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon
Cataluña	Plan de salud de Cataluña 2011-2015. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya 2011-2014	http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el.departament/pla_de_salut/documents/arxiu/plan_de_salud_catalunya.es.pdf http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic
Ceuta y Melilla	1.º plan de salud 2008/2011. Consejería de Sanidad y Consumo; 2007 Memoria INGESA 2014. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos	http://www.ceuta.es/documentos/PlanSalud.08.11.pdf http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/Internet/pdf/Memoria_2014.pdf
Comunidad Valenciana	Plan de salud de la Comunitat Valenciana 2010-2013 Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana	http://www.san.gva.es/documents/153218/167779/III.Plan_de_Salud_10_13.pdf http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.2792-2014.pdf
Extremadura	Plan de salud de Extremadura 2013-2020. Consejería de Salud y Política Social; 2013 Plan marco de atención sociosanitaria en Extremadura 2005/2010	http://saludextremadura.gobex.es/c/document_library/get_file?uuid=f44d486b-c253-4807-bc37-ade1b464b155&groupId=19231 http://www.mad.es/serviciosadicionales/ficheros/jext-plan-marco.pdf
Galicia	Estrategia SERGAS 2014. La sanidad pública al servicio del paciente Plan marco de atención sociosanitaria de Galicia 2013	http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf http://www.sergas.es/cas/Publicaciones/Docs/SocioSanitario/PDF-2288-es.pdf
La Rioja	III plan de salud La Rioja 2015-2019 Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja	http://www.riojasalud.es/f/rs/docs/3-plan-salud.pdf https://www.riojasalud.es/f/rs/docs/estrategia-cronicos.pdf
Madrid	Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid	http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017570.pdf

Tabla 1 (continuación)

Murcia	Estrategia para la atención a la cronicidad 2013-2015. Consejería de Sanidad y Consumo; 2013	http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/305538-estrategia_cronicidad.pdf
	Plan de salud 2010-2015 de la Región de Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo; 2010	https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/185877-Plan_salud_2010-2015.pdf
Navarra	Plan de salud de Navarra 2014-2020	http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/E0566B9B-2D62-423D-9EA6-72DB748E390A/303761/PLANDESALUD20142020versionfinalParlamento.pdf
	Estrategia navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos	http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Planes+y+programas/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos.htm
País Vasco	Plan de salud para Euskadi 2013-2020	http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/plan_salud_2013_2020.pdf
	Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi	http://www.rafaelbengoia.com/wp-content/uploads/cronicidad/EstrategiaCronicidad.pdf

Implementación de una categoría enfermera nueva para la gestión de casos o el desarrollo de nuevas competencias por las enfermeras asistenciales ya existentes

Este nivel se distingue del anterior porque en estos casos no solo se plantea la gestión de casos a través de las enfermeras sino que, además, se plantea implementar una figura enfermera nueva dentro del marco sanitario para que sea ella quien realice las competencias en gestión de casos de forma específica y diferenciada del resto de las enfermeras. Por ello, en este apartado distinguimos entre las comunidades que proponen la implementación de esta figura nueva de aquellas que proponen que sean las enfermeras que ya están dentro del marco sanitario asistencial (enfermeras de atención primaria y atención hospitalaria) las que deben asumir competencias en gestión de casos en sus cupos de pacientes.

Dentro de las comunidades que no plantean la inclusión de la EGC como categoría nueva dentro del sistema sanitario encontramos a Castilla La Mancha, Castilla y León y Galicia. Las 2 primeras pretenden que la enfermera de atención primaria asuma las competencias y funciones de la gestión de casos. Galicia propone que la gestión de casos sea desempeñada por enfermeras, pero no define nada más al respecto.

Por otra parte, las comunidades que sí plantean una nueva figura para la gestión de casos lo hacen de diferentes formas. Canarias, Cataluña y Murcia incorporan la EGC adscrita en atención primaria y ella coordina todos los recursos y a todos los profesionales implicados.

Baleares incorpora la EGC, pero la incluye también dentro de los hospitales de agudos además de en atención primaria.

Andalucía, Cantabria, La Rioja, Navarra y Valencia incluyen 2 nuevas figuras EGC, una ubicada en atención hospitalaria y otra en atención primaria. Cuando los pacientes ingresan en el hospital es la EGC hospitalaria la que realiza la gestión de casos y la que se coordina con la EGC comunitaria (atención primaria) para la continuidad de los cuidados.

País Vasco propuso la inclusión de 3 figuras, 2 en atención primaria (una para pacientes crónicos y otra para crónicos

complejos) y una tercera en atención hospitalaria. Después, cambiará de estrategia, como comentamos más abajo.

Aragón y Madrid afirman que las enfermeras de atención primaria deben adquirir competencias en gestión de casos. Sin embargo, Aragón añade una nueva figura: la enfermera responsable del programa en cada sector sanitario como elemento coordinador. Madrid añade la enfermera de enlace hospitalario en los hospitales.

Definir funciones específicas para la enfermera de gestión de casos

No basta solo con afirmar que la EGC es la encargada de coordinar los recursos del sistema, hay que dotarla de funciones específicas y claras que definan su actividad profesional.

En este siguiente paso encontramos que Andalucía, Baleares, Canarias, Cataluña, Murcia, País Vasco y Valencia describen funciones específicas para la EGC recogidas en protocolos oficiales.

Aragón es peculiar en este aspecto ya que, a pesar de haber puesto en marcha a 8 enfermeras responsables del programa desde 2006, en 2013 decidió eliminar esta figura. Esto implica que el progreso en la implantación de EGC en los sistemas de salud no es lineal ni se garantiza con un nivel medio de institucionalización, y que los retrocesos son una realidad que exige un monitoreo constante que índices como este pueden ayudar a realizar.

Aragón nunca llegó a describir sus funciones en ningún documento. Lo mismo ocurre con Madrid y las enfermeras de enlace hospitalarias que están funcionando en dicha comunidad.

Nivel avanzado de desarrollo institucional

Puesta en funcionamiento de la enfermera de gestión de casos. Evidencia de su actividad

Canarias fue la pionera ya que la EGC (denominada enfermera comunitaria de enlace) se desarrolla desde la última década del siglo xx prestando cuidados domiciliarios, aunque

Tabla 2 Matriz de análisis e índice de institucionalización de la enfermera gestora de casos por autonomías

Autonomía	Índice	Estadio 1 Estrategias socio-sanitarias o estrategias de atención al paciente crónico	Estadio 2 Se contempla la GC como instrumento de abordaje de la cronicidad	Estadio 3 Se propone la GC a través de la enfermera	Estadio 4 Se implementa una categoría enfermera específica para la GC: EGC	Estadio 5 Se definen funciones específicas para la EGC	Estadio 6 Hay evidencia de su puesta en funciona- miento	Estadio 7 Existen evidencias científicas de su funciona- lidad	Estadio 8 Las funciones de la EGC están proto- colizadas	Estadio 9 Las funciones de la EGC están proto- colizadas y actualizadas	Estadio 10 Consolidación, funciona- miento permanente y seguridad jurídica frente otros colectivos profesionales
Andalucía	9	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Cataluña	8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Canarias	7	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	No
País Vasco	7	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No
Valencia	7	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No
Murcia	6	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No
Baleares	6	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No
Madrid	6	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	No	No
Aragón	5	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	No	No	No
Navarra	5	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No
Cantabria	4	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No
La Rioja	4	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No
Galicia	3	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No	No
Castilla y León	3	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No	No
Castilla La Mancha	3	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No	No
Extremadura	2	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No
Asturias	2	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No
Ceuta	0	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Melilla	0	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No

CS: centro de salud; EGC: enfermera de gestión de casos; GC: gestión de casos.

no se formaliza su figura hasta 2002 a través del «Protocolo del servicio de continuidad de cuidados para la atención domiciliaria».

Cataluña también tiene referencias de este período de tiempo en hospitales concretos de la comunidad. Actualmente cuenta con programas territoriales particulares para la gestión de pacientes crónicos, por lo que no en todo el territorio autonómico cuentan con la EGC, aunque la gran mayoría apueste por dicha figura.

Andalucía tiene implantada la EGC desde 2002, desde que publicó su Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas (2002) en el que se afirma que *se prestarán cuidados enfermeros de forma reglada y continuada, en su domicilio, a todas aquellas personas mayores o con discapacidad que lo necesiten y por indicación médica o enfermera*. Para dar respuesta a esta necesidad instaura la enfermera comunitaria de enlace como gestora de casos, que más tarde dará lugar a la EGC comunitaria y a la EGC hospitalaria.

Valencia, entre 2007 y 2010, pilotó un modelo de EGC y tras este se implantaron la EGC comunitaria y a la EGC hospitalaria de forma progresiva para todo el sistema de salud.

Murcia implantó en 2010 un programa piloto con 2 EGC con buenos resultados; quiere ampliar este programa de forma gradual.

País Vasco en 2011 desarrolló 8 proyectos pilotos con 3 figuras de EGC, aunque tras el análisis de los pilotajes afirmó que no son necesarias las 3 figuras y consolidó 2 de ellas: la enfermera gestora de enlace hospitalario y la enfermera gestora de competencias avanzadas.

En Baleares y Madrid se está incorporando la enfermera de enlace hospitalaria en diferentes hospitales. En Baleares las primeras referencias datan del 2002 en el Hospital Universitario Son Espases y, en Madrid, ejercen desde 2009 en el Hospital Universitario Severo Ochoa.

Aragón, tras 6 años de trabajo de las 8 enfermeras de enlace de cada sector, en 2013 decidió su supresión del sistema sanitario, ya que se afirma que desde atención primaria se cuenta con profesionales que pueden desempeñar estas funciones.

Existen evidencias científicas de su labor

El pulso real sobre el papel y alcance de la labor desempeñada por la EGC allá donde se ha implantado se toma a partir de la evidencia científica publicada. Los propios profesionales buscan evidenciar los resultados de su práctica clínica. Esto permite introducir un estándar de calidad importante para saber si estas políticas son o no eficaces para abordar la cronicidad al aportar evidencia científica y criterios objetivos de evaluación de si esta política pública resuelve un problema social o no.

En Andalucía, Cataluña, País Vasco, Valencia y Madrid existen publicaciones¹³⁻²⁰ con datos mensurables sobre la labor que la EGC desempeña (tabla 3) y, aunque el número de estudios publicados sobre esta figura todavía es escaso, existe un grupo notable de ellos que apuntan con claridad hacia diferentes variables muy positivas relacionadas con la calidad de vida percibida de los pacientes y sus cuidadores, el grado de satisfacción con la atención recibida, la sobrecarga de las cuidadoras, el grado de dependencia funcional del paciente y el consumo de recursos sanitarios.

Todos los estudios, a excepción del primero, afirman que la inclusión de la EGC —ya sea dentro de un equipo multidisciplinar o de forma independiente— es positiva tanto para el paciente como para el sistema sanitario.

No solo estos estudios arrojan resultados favorables para la EGC. También los programas piloto realizados en las diferentes comunidades evidencian estos hechos.

Valencia en el artículo «Nuevos perfiles de enfermería para el manejo integral de pacientes crónicos complejos y paliativos en la Comunidad Valenciana» expone los resultados de un pilotaje de EGC y enfermeras de enlace hospitalarias y afirma que se ha conseguido reducir el consumo anual de urgencias en un 77% y los ingresos hospitalarios en un 70% con relación a los 12 meses previos.

Los programas piloto de País Vasco muestran en conjunto una tasa de reingresos urgentes significativamente menor y una tasa de estancia hospitalaria también menor respecto a las tasas previas. También la satisfacción de los pacientes y de sus cuidadores con los cuidados prestados es superior al 85% en todas las preguntas realizadas. Sin embargo, a pesar de los buenos resultados que está obteniendo la EGC, este pilotaje muestra una visión diferente por parte de los profesionales. Entre el 35 y el 40% de los profesionales ven positiva la intervención de los nuevos roles, mientras que entre el 45 y el 50% la consideran neutra y el 13-17% la encuentran negativa. También muestra déficit de información sobre las funciones asistenciales que desempeña la EGC, ya que en este programa piloto el 29% de los profesionales consideran que la información recibida no les ha sido útil y un 39% la considera neutra.

Funciones protocolizadas

Llegados a este punto la pregunta es ¿cuáles son las funciones específicas que justifican el perfil profesional de las EGC? No hay marco legal que las establezca en ninguna de las propuestas autonómicas. A pesar de que Andalucía alude constantemente a su Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas, la función de las EGC no está regulada. Esto supone que, desde un punto de vista formal, la EGC se está construyendo desde la práctica sin haber conseguido todavía una cristalización administrativa-legal. Por lo tanto, los protocolos de estas 3 comunidades autónomas son el único marco al que podemos aferrarnos para ir reconociendo un perfil todavía difuso y al que le cuesta distinguirse de otros, incluso ante los propios profesionales de los cuidados, como veíamos en el punto anterior.

Si tuviéramos que sintetizar y definir las funciones de las EGC, nos tendríamos que basar en los protocolos y manuales de Andalucía, Canarias y Cataluña, en los que se recogen las funciones asignadas. De tal manera que nos veríamos ante una profesional que tiene como misión asegurar los cuidados complejos a pacientes crónicos evitando que se generen interrupciones entre niveles asistenciales y entre los distintos profesionales; que debe, además, coordinarse con el nivel social a través de los trabajadores sociales, negociar con la familia y los cuidadores informales y asegurar cuidados personalizados a través de una valoración y planificación personalizada. En el caso catalán, además, se le encarga el fomento del autocuidado personal familiar (lo que recuerda el modelo Dorotea Orem) y evitar la duplicación de pruebas clínicas gracias a la coordinación entre niveles.

Tabla 3 Evidencia de incidencia de las intervenciones de enfermeras gestoras de casos en comunidades autónomas

Autor y año	Lugar	Metodología	Resultados
Cano Arana et al., 2007 ¹³	Área Sanitaria 8 de Madrid (Comunidad de Madrid)	Ensayo clínico controlado. No aleatorizado	A las 24 semanas, los pacientes de la cohorte de la EGC presentan menor número de reingresos y el tiempo transcurrido hasta que el paciente necesita reingresar es mayor
García Fernández et al., 2014 ¹⁴	Hospital Universitario de Jaén (Andalucía)	Observacional. No aleatorizado. Analítico. De cohortes	A los 90 días, en la cohorte de la EGC hay mayor nivel de satisfacción con la atención y con la continuidad de la atención. El índice de Barthel se mantiene y el índice de esfuerzo de cuidador mejora, mientras que en la cohorte control ambos empeoran. También hay menor tasa de consumo de recursos y menor número de reingresos
Morales Asencio et al., 2008 ¹⁵	CS de Málaga, Almería, Granada y Costa del Sol (Andalucía)	Cuasiexperimental. Controlado. No aleatorizado. Multicéntrico	A los 6 meses, en la cohorte de EGC el test de Zarit mejora, mientras que en la cohorte control empeora. Hay mayor nivel de satisfacción y el cuidador acude menos al centro de salud
García Aymericha et al., 2006 ¹⁶	Hospital clínico de Barcelona (Cataluña)	Ensayo controlado. Aleatorizado	A los 12 meses, la cohorte de la EGC mejora la autogestión de la enfermedad y los conocimientos sobre la EPOC. El Saint-George's Respiratory Questionnaire, que mide el deterioro de la salud y la calidad de vida de pacientes con EPOC, mejora
Rivas Cerdeira et al., 2007 ¹⁷	Distrito sanitario de Aljarafe Sevilla (Andalucía)	Cuasiexperimental. Antes-después	Tras la intervención de la EGC que adaptó los absorbentes a las necesidades reales de los pacientes incontinentes, se estimó un ahorro de 57.300 euros al año
Delgado de los Reyes et al., 2012 ¹⁸	Hospital General de Elche y CS El Raval (Comunidad Valenciana)	Descriptivo. Longitudinal. Retrospectivo. No aleatorizado. Antes-después	Tras la intervención de la EGC en un programa de atención integral al paciente pluripatológico, disminuyeron las visitas al servicio de urgencias y se estimó un ahorro de 12.371 euros en ese año
Osakidetza, Servicio Vasco de Salud, 2012 ¹⁹	Hospitales y atención primaria (País Vasco)	8 estudios piloto en distintas áreas de salud	El pilotaje de la puesta en marcha de la EGC en sus 3 modalidades disminuye la tasa de ingresos urgentes; se evitan 3,1 estancias hospitalarias por cada 1.000 pacientes y el grado de satisfacción del usuario supera el 90% y el de su entorno familiar el 87%
Gallud et al., 2012 ²⁰	Área de Salud Castellón y Alicante (Comunidad valenciana)	Estudio piloto con 9 EGC comunitarias y 35 enfermeras de enlace hospitalarias	Se redujo el consumo anual de urgencias (-77%) e ingresos hospitalarios (-70%) de los pacientes bajo control con relación a los 12 meses previos a su valoración. En paliativos, -78 y -64%, respectivamente

EGC: enfermera de gestión de casos; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Entre las competencias que se esperan de este profesional están la capacidad de trabajar en equipos multi-profesionales, la capacidad de proveer cuidados avanzados, manejar conflictos y disponer de habilidades comunicativas y motivantes para con el paciente y la familia, así como capacidad crítica e inquietudes hacia la innovación y la investigación.

Si tuviéramos que definir una tendencia entre las 3 comunidades, podríamos señalar que hemos encontrado que el peso de la función de esta enfermera en Canarias es la de una profesional cuyo fin primordial es servir de enlace para ayudar a que el paciente mantenga una continuidad de cuidados entre los niveles clínicos asistenciales. Andalucía pone su acento, además de en lo anterior, en la necesaria búsqueda de integrar los ámbitos social y sanitario y Cataluña busca la misión de asegurar autocuidados e independencia de pacientes y familias, además de evitar la repetición de pruebas diagnósticas.

Estadio 9: Funciones protocolizadas actualizadas

Este apartado se ha incluido porque ya al final del estándar encontramos una mayor actividad en la comunidad de Andalucía que la distingue de las demás. Todo proyecto político corre el riesgo de irse fatigando y perderse en la costumbre sin llegar a implantarse de forma definitiva. Andalucía no ha dejado de revisar continuamente el proceso, revisando «el modelo» y apostando por él. De hecho, una vez acabada la revisión y tras constatar que esta comunidad tenía el protocolo de funciones más reciente (de 2014), ampliamos la información previa y comprobamos que en enero de 2017 fue de nuevo actualizado para mejorar y fortalecer el sistema de gestión de casos. Por esta razón hemos ubicado a esta comunidad en el vértice del proceso de institucionalización frente al resto.

Estadio 10: Consolidación, funcionamiento permanente y seguridad jurídica frente otros colectivos profesionales

Este estadio no lo ha alcanzado ninguna comunidad autónoma. El mismo título del artículo apunta ya a ello desde el principio. A pesar de los avances, el modelo está lejos de estar consolidado y aún menos, institucionalizado.

El modelo de gestión de casos no es, *a priori*, definitorio ni exclusivo de ninguna profesión específica: es una metodología de trabajo que las EGC utilizan para personalizar e individualizar la atención. Sin embargo, hay profesiones, como el trabajo social, que reclaman este modelo como propio y, por ende, parte de las funciones de la EGC. Estas reivindicaciones del trabajo social generaron en su momento conflictos en la implantación de la figura de EGC en algunas comunidades autónomas^{21,22}. En la actualidad, otros profesionales, como algunos especialistas en Medicina Interna, comienzan a atribuirse la exclusividad de estas competencias como referentes en la cronicidad compleja o la pluripatología²³. Por todo ello, la apuesta que las comunidades autónomas que implantan la gestión de casos en manos de enfermeras con buenos resultados en la práctica profesional y en la salud de los pacientes debería acompañarse de la definición de un marco jurídico que garantice la seguridad y pervivencia profesional de las EGC.

¿Hacia dónde va el modelo? A modo de conclusión abierta

Ya en el documento institucional más reciente de la comunidad autónoma de Andalucía (2016) se muestra la amenaza que supone para el modelo y el riesgo de retroceso de la falta de institucionalización de la figura de la EGC, aún después de 15 años desde su implantación: *La evolución de la gestión de casos durante estos años ha sido heterogénea entre las diversas instituciones que componen nuestro sistema [el andaluz], respondiendo más a las competencias profesionales desarrolladas, al mayor o menor apoyo de los equipos de dirección, y a los recursos locales que a cambios en las necesidades y en las estrategias del sistema*. Como ejemplo, la falta de institucionalización influyó en la supresión de la figura en la comunidad de Aragón.

Es cierto que, como expresaba el premio Nobel de economía, Douglass C. North *todo proceso de institucionalización requiere de una combinación de procesos formales e informales, los segundos tan importante o más que los primeros*. El reconocimiento del perfil específico de la EGC pasa por conocer y comprender el carácter diferenciado desde la propia profesión enfermera. Es un requisito "informal" previo. Una vez sea asumido este reconocimiento informal, la profesión enfermera tiene la responsabilidad de impulsar este perfil enfermero de gestión de casos y de luchar por su reconocimiento institucional.

Otro elemento que hay que tener en cuenta es que las políticas solo entran y, sobre todo, se mantienen en las agendas institucionales si responden a problemas socialmente identificados con claridad. Es entonces cuando los políticos se verán forzados a dirigir a las administraciones hacia la resolución de dichos problemas. La pregunta clave es, si existen resultados evidentes de las actuaciones de estas EGC sobre los problemas derivados de la cronicidad y la cronicidad compleja ¿por qué no termina de consolidarse este perfil en las agendas institucionales?

Existe un acuerdo político y social en los sistemas sanitarios de todas las comunidades autónomas de adoptar una respuesta desde la asistencia sociosanitaria al problema de la cronicidad. Es un primer paso, pero insuficiente si lo acordado no se refleja en las políticas y planificaciones estratégicas. Y aquellas comunidades que, después de más de 5 años de suscribir la Estrategia Nacional de Atención a la Cronicidad no están alcanzando el nivel avanzado en la implantación de la figura de EGC, van quedando cada vez más rezagadas respecto a las que están liderando el avance.

Existe también la voluntad de establecer objetivos y metas claras, pero esto solo se constata del lado de los profesionales preocupados y ocupados en potenciar el papel de las EGC, no así en las administraciones que, hasta ahora, han acordado «recomendaciones», nada más. Incluso las más avanzadas reconocen que el esfuerzo de los profesionales puede verse perdido si no se logra el mismo impulso desde la institucionalidad formal.

Por otro lado, podemos decir que tenemos herramientas para evaluar la consecución del modelo, pero todavía no han atravesado la barrera de la agendas públicas de manera definitiva. Hay que seguir evaluando la labor de las EGC y seguir mostrando a la profesión que realmente es una figura perfilada, necesaria y que aporta respuestas a las necesidades

de salud del ciudadano, específicamente en la cronicidad compleja.

Tampoco se han establecido ni obligaciones ni derechos específicos para los actores relevantes. Faltan aspectos jurídicos importantes, como el reconocimiento expreso de la EGC más allá de las planificaciones sanitarias, que generan costumbres administrativas pero no aseguran ni continuidad ni institucionalidad formal.

Autoría/colaboraciones

MLP contribuyó con la elección del tema de estudio, búsqueda de bibliografía, tratamiento de la información y con la redacción del trabajo inicial.

JPA contribuyó con la metodología y el diseño del estándar de referencia, además de con la edición de la versión para publicar.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses para la elaboración de este artículo.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
2. Organización Mundial de la Salud. Innovative Care for Chronic Conditions. Ginebra: OMS; 2002.
3. Organización Mundial de la Salud. Preventing chronic diseases, a vital investment. Ginebra: OMS; 2005.
4. Organización Mundial de la Salud. Action Plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of non communicable diseases 2012-2016. Copenhagen: OMS Regional Office for Europe; 2012.
5. Onder G, Palmer K, Navickas R, Jurevičienė E, Mammarella F, Strandzheva M, et al. Time to face the challenge of multimorbidity. A European perspective from the joint action on chronic diseases and promoting healthy ageing across the life cycle (JA-CHRODIS). *Eur J Intern Med.* 2015;26:157-9.
6. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Documento de consenso de atención al paciente con enfermedades crónicas. Sevilla: Mergablum, Edición y Comunicación, S.L; 2011.
7. Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clin.* 2014;24:23-34.
8. Eisenstadt S. Instituciones Sociales, Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales, tomo VI. España: Editorial Aguilar; 1979. p. 85-101.
9. Villalbí Joan R, Tresserras R. Evaluación de planes y políticas de salud. *Gac Sanit.* 2011;25 Supl 1:17-24.
10. Nebot M, López MJ, Ariza C, Villalbí JR, García-Altés A. Evaluación de efectividad en salud pública. Terminología, fundamentos y bases metodológicas. *Gac Sanit.* 2011;25 Supl 1:3-8. Supl. En prensa.
11. Peiró R, Álvarez-Dardet C, Plasencia A, Borrell C, Colomer C, Moya C, et al. Rapid appraisal methodology for «health for all» policy formulation analysis. *Health Policy.* 2002;62:309-28.
12. Székely M. Midiendo el nivel de institucionalidad de la política social en América Latina. Documento preparado para el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); 2006 [consultado 14 dic 2016]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/handle/11319/2405>.
13. Cano Arana A, Martín Arribas MC, Martínez Piédrola M, García Tallés C, Hernández Pascual M, Roldán Fernández A. Eficacia de la planificación del alta de enfermería para disminuir los reingresos en mayores de 65 años. *Aten Primaria.* 2008;40:291-5.
14. García Fernández FP, Arrabal Orpez MJ, Rodríguez Torres MC, Gila Selas C, Carrascosa García I, Laguna Parras JM. Effect of hospital case-manager nurses on the level of dependence, satisfaction and caregiver burden in patients with complex chronic disease. *J Clin Nurs.* 2014;23(19-20):2814-21.
15. Morales Asencio JM, Gonzalo Jiménez E, Martín Santos FJ, Morilla Herrera JC, Celdrán Mañas M, Millán Carrasco A, et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Serv Res.* 2008;23:193-205.
16. García Aymericha J, Hernández C, Alonso A, Casas A, Rodríguez Roisin R, Antoa JM, et al. Effects of an integrated care intervention on risk factors of COPD readmission. *Respir Med.* 2007;101:1462-9.
17. Rivas Cerdeira RM, Cantarero Lafuente L, la Orden Macorra MJ, Reina Garfía MM, Burgos Gorjón MA, Páez Fernández A, et al. Eficiencia de una intervención de las enfermeras de enlace en la prescripción de absorbentes. *Metas Enferm.* 2007;10:28-31.
18. Delgado de los Reyes JA, Manresa González E, Martínez Rodríguez C, Calle Barreto J, Ibarra Rizo M, Beltrán Martínez T, et al. Análisis de la demanda asistencial al servicio de urgencias hospitalaria de los pacientes crónicos atendidos por enfermeras de gestión domiciliaria. *Invest Cuid.* 2012;10(22-23):10-3.
19. Osakidetza, Servicio Vasco de Salud. Proyecto estratégico 8: Competencias avanzadas de enfermería. Osakidetza; 2012 [consultado 29 Mar]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/enfermeria/InformeGlobalEs.pdf.
20. Gallud J, Soler P, Cuevas D. New nursing roles for the integrated management of complex chronic and palliative care patients in the region of Valencia. *Int J Integ Care.* 2012;12.
21. Sánchez Robles M. Trabajo social sanitario y enfermería gestora de casos: crónica de un conflicto anunciado. *Doc Trab Soc.* 2011;49:189-203.
22. Pineda del Pino AI, Sánchez Robles M. Análisis del presunto intrusismo profesional en el ámbito del trabajador social sanitario: la enfermera de enlace. *Trab Soc y Salud.* 2006;55:149-61.
23. Torres Salinas M, Capdevila Morel JA, Armario García P, Montull Morer S. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. *Med Clin (Barc).* 2005;124:620-6.