



Por la que se ordenan determinados aspectos del ejercicio profesional de las/os enfermeras/os gestoras de casos en la atención al paciente con problemas de salud crónicos.

PREÁMBULO

I

En las diferentes estrategias de cronicidad de ámbito nacional están presentes bajo un mismo rol las competencias avanzadas de la enfermera gestora de casos comunitaria (EGCC) y la enfermera gestora de casos hospitalaria (EGCH), también llamada “de enlace”.

El desarrollo de la gestión de casos como práctica avanzada de cuidados ha constituido una estrategia básica en la atención a la cronicidad con complejidad en nuestro país, pero para convertirse en un modelo de atención que garantice una atención multiprofesional, coordinada y basada en la mejor evidencia, es imprescindible impulsar acciones disruptivas en diferentes ámbitos de manera sinérgica y coordinadas sobre un mismo territorio y población.

La gestión de casos (*case management*) se inicia en EEUU a principios del siglo XX como modelo de prestación de servicios. El proceso embrionario de la gestión de casos se remonta a la década de los sesenta cuando, como consecuencia de la industrialización y el aumento de la población en las ciudades, crecieron las estructuras de los servicios de salud y los servicios sociales. Inicialmente el cliente era la comunidad y los servicios se coordinaban para hacer frente a los problemas ambientales, como el saneamiento y la inmunización.

A partir de los años cincuenta, como consecuencia de la reforma en salud mental y de la desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos, surge la necesidad de alternativas en la comunidad. Los pacientes se vieron obligados a depender de una red compleja y heterogénea de agencias de servicios comunitarios. El Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social norteamericano reconoció la necesidad de mejorar la coordinación de sus programas en la década de 1970 y propuso una iniciativa legislativa, la Ley de Servicios Afines, para facilitar la



integración de los servicios. La legislación dio lugar a una serie de proyectos para probar diferentes técnicas de integración en los ámbitos estatal y local. Estos proyectos de integración crean el papel de “agente de sistemas”, una persona responsable de la coordinación de los recursos. El despliegue de nuevas estrategias para atender a los pacientes de salud mental incluye la gestión de casos, enfermeras de salud pública y trabajadoras sociales, que son las responsables de identificación y adquisición de recursos desde el sector público. La expansión de la gestión de los casos más allá de la salud mental se ha relacionado con la rápida escalada de los costes de la asistencia sanitaria y los sistemas de pagos prospectivos iniciados en la década de 1980, extendiéndose a la atención a personas con situaciones de salud de alto riesgo y alto coste.

En la década de los sesenta, coincidiendo con un crecimiento acelerado de ingresos en el entorno hospitalario, la gestión de casos, proporcionada en gran parte por las iniciativas de enfermería, se convirtió en uno de los métodos efectivos para lograr prevenir los reingresos hospitalarios, siendo Karen Zander unas de las precursoras y desarrolladoras de la gestión de caso. En este contexto surgen dos hospitales pioneros en la gestión de casos, el *New England Medical Center Hospital* de Boston (EEUU), pionero en desarrollar el trabajo de manera multidisciplinar, las trayectorias clínicas y la enfermera gestora de casos al frente de los cuidados de enfermos con patologías agudas, y el *Carondelet Saint Mary's Hospital* en Tucson (Arizona, EEUU), pionero en elaborar programas de continuidad de los cuidados en pacientes que necesitan atención extra hospitalaria después de un proceso agudo con la enfermera gestora de casos.

A partir de los años ochenta, la *Health Maintenance Organization* de los Estados Unidos impulsa la gestión de casos. Posteriormente los hace el *National Health Service* del Reino Unido con el objetivo de mejorar la calidad de la atención, la coordinación y la planificación de los servicios sanitarios, así como de reducir los costos por estancia y reingresos hospitalarios. Con el renovado interés de la gestión de casos para la contención de costos surge la necesidad de desarrollar una base de conocimientos para la práctica, puesto que los gestores de casos necesitan justificar y demostrar su valor añadido, para lo que requieren una base conceptual y específica del modelo.

La falta de una definición clara o de parámetros generalmente reconocidos dio lugar entonces a la proliferación de amplias variaciones en los modelos de gestión de casos. Por este motivo, la diversidad es inherente a la gestión de casos; a



lo largo de la historia han sido diferentes disciplinas las que han implementado la gestión de casos, principalmente enfermeras y trabajadoras sociales.

En cuanto a quiénes pueden o deben ser los gestores de casos, como bien describe Morales Asencio, *“la atribución de la gestión de casos como propia de una profesión es un error conceptual muy frecuente que genera no pocos malentendidos y discusiones que no van a ninguna parte. Son las poblaciones diana y el objetivo del servicio los que marcan el perfil idóneo del gestor, y no al revés”*. Así, la gestión de casos aplicada a los pacientes crónicos complejos requiere un perfil profesional y unos requisitos competenciales distintos a la gestión de casos en poblaciones vulnerables en el ámbito social o a la gestión de casos en emergencias y catástrofes.

En España disponemos de experiencias innovadoras en la mejora de la gestión del servicio de atención domiciliaria como precursoras de la gestión de casos, como la incorporación de las enfermeras comunitarias de enlace de Canarias en 1994, y de la Comunidad Andaluza en 2002 con objetivos similares y estrategias diferenciadas.

Estas experiencias poseen en común diversas características, como la necesidad de mejorar la atención domiciliaria y garantizar la coordinación y continuación de cuidados entre los diversos niveles asistenciales sanitarios y sociales. En la actualidad, la mayoría de las Comunidades Autónomas han iniciado ya su puesta en marcha, siendo País Vasco, Andalucía, Cataluña y Comunidad Valenciana las más consolidadas, ya que todas ellas forman parte de las diferentes estrategias de atención a la cronicidad.

II

La literatura científica muestra evidencias de que los pacientes con complejidad reciben atenciones de cuidados puntuales y frecuentemente poco coordinadas desde los servicios socio-sanitarios.

En cuanto a la existencia de gestores de casos, el papel de coordinador parece haber sido clave para lograr que los programas consigan sus objetivos con eficacia. La coordinación de la atención en torno a las necesidades de los casos complejos (pacientes y cuidadores) requiere profesionales dedicados a facilitar el proceso.



La planificación de la atención de los pacientes crónicos complejos necesita estrategias de planificación en el sistema sanitario y cada vez de más enfermeras. Éstas, a través de la gestión de casos o de otras figuras incorporadas en la gestión de pacientes crónicos complejos y atención a cuidadores, demuestran que como profesionales son costo-efectivas y muy resolutivas, para un sistema de salud que necesita eficiencia y sostenibilidad si se quiere mantener sus prestaciones.

Esta atención se puede exceptuar en pacientes que, por estar las enfermedades en estados incipientes o por otros motivos, no precisen una gestión específica, debiéndose evaluar o definir en cada caso el grado de complejidad. Es recomendable que exista una identificación de los “pacientes con alta necesidad de cuidados” para el diagnóstico y planificación del plan de cuidados personalizado.

En el ámbito internacional, en estudios realizados básicamente en EEUU y Reino Unido, la gestión de casos muestra impactos positivos en términos de utilización de los servicios, los resultados en salud, las experiencias vividas por pacientes y cuidadoras, y el coste.

- a) En la utilización de los servicios se ha observado:
 - Reducción en la utilización del hospital (urgencias e ingresos).
 - Reducción de la duración de la estancia hospitalaria.
 - Reducción del ingreso en cuidados de larga duración (residencias asistidas).

- b) El impacto de la gestión de casos en los resultados en salud hace referencia a la mejora detectada en:
 - La calidad de vida: percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual y de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.
 - La funcionalidad y la independencia en relación a las actividades de la vida diaria.
 - El bienestar general: el grado de percepción positiva del estado de salud de uno mismo.

- c) La experiencia vivida por paciente y cuidador indica:



- Altos niveles de satisfacción de los pacientes, que valoran especialmente:
 - El enfoque centrado en el paciente individual.
 - El soporte para el auto cuidado.
 - La ayuda para comprender la terminología médica.
 - La seguridad de que el gestor de casos está disponible.
 - El tiempo dedicado por el gestor de casos.
 - El acceso más fácil a los servicios de atención de salud.
 - La actuación como defensor o representante que actúa en nombre del paciente.

- Impacto positivo en la satisfacción de la persona cuidadora.

d) El coste:

- Reducción del coste total (hasta el 11%) en los presupuestos de atención sanitaria a través de la reducción de hospitalizaciones y de la duración de la estancia.
- La gestión de casos de enfermera para personas mayores con enfermedades crónicas “con un promedio de 12 comorbilidades” han mejorado tanto los resultados del paciente (percepción de mejor calidad de vida) como el ahorro de costes (reducciones significativas de las visitas de urgencias y de los ingresos hospitalarios, el total de días de cama y costes vida).
- Además, han demostrado rentabilidad durante el período posterior a la hospitalización que es el momento en que las personas de edad avanzada tienen un mayor riesgo de readmisiones.

En cuanto al abordaje del colectivo de alta complejidad mediante una atención realmente centrada en la persona y estructurada mediante estrategias de gestión de caso, la evidencia ha demostrado que el manejo intensivo de casos, individualizado y continuado puede mejorar la calidad de vida y los resultados de salud en estos pacientes, reduciendo drásticamente los ingresos hospitalarios urgentes y permitiendo a los pacientes que son ingresados regresar a casa más rápidamente.



En el ámbito nacional, concretamente en Andalucía, se dispone de evidencia sobre la efectividad de un modelo de gestión de casos liderado por enfermera en atención domiciliaria, que mejora significativamente en relación al grupo control:

- La funcionalidad en relación a la autonomía de los pacientes para la realización de las actividades de la vida diaria.
- La accesibilidad a otros proveedores de salud (fisioterapeutas, trabajadores sociales...).
- La sobrecarga de los cuidadores.
- La satisfacción de pacientes y cuidadores.
- En cambio, no se pudieron constatar diferencias en la mortalidad, visitas a urgencias o institucionalización.

En la Comunidad Valenciana, se observaron resultados positivos en la disminución en el número de ingresos hospitalarios y en el número de visitas a urgencias. Estos datos se detectaron durante el pilotaje realizado entre 2007 y 2010 de la incorporación de enfermeras gestoras de casos, en el marco de un modelo integrado de atención para el colectivo específico de pacientes crónicos complejos y paliativos, en su mayoría dependientes, y de sus cuidadores.

III

Bajo las anteriores premisas, puede concluirse que actualmente resulta imprescindible que por el Consejo General se proceda a ordenar el ámbito de actuación de la enfermera/o gestora de casos, ya que actúa como una unidad de servicios en apoyo de todo el sistema sanitario integrado en el Sistema Nacional de Sanidad. Y ello por cuanto precisa tener un perfil profesional muy cualificado, que resulta imprescindible para alcanzar los objetivos de calidad asistencial.

Las/los enfermeras/os gestoras/es de casos en la atención y cuidados al paciente crónico complejo, gestionan necesidades de pacientes de alta complejidad y necesidades de cuidados de larga duración, sus funciones son exclusivas y tienen una responsabilidad transversal en todo el proceso asistencial. Sin embargo, por ejemplo, en nuestro contexto son prácticamente inexistentes los puestos de enfermera/o, tanto a nivel hospitalario como comunitario, que tenga estas atribuciones ni alcance competencial de responsabilidad y autonomía, eximiendo el rol de la enfermera especialista de salud mental en su área de especialización.



Según la definición que el Consejo Internacional de Enfermería hace sobre la Enfermería de Práctica Avanzada, la enfermera/o gestora de casos es aquella que ha adquirido un conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones complejas y competencias clínicas para una práctica expandida, en el contexto de atención entre niveles de nuestro país.

Sin embargo, esta actividad profesional específica no está contemplada en ningún campo normativo regulador en España y no hay documento que constate dicha actividad a ningún nivel institucional.

Por todo lo expuesto, se considera necesaria la ordenación de la práctica de la Enfermera/o gestoras de casos en la atención al paciente crónico como un primer paso para alcanzar el desarrollo de un área de capacitación específica o como diploma de acreditación avanzada.

IV

La Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales ha fijado en su artículo 31.7 las competencias mínimas que los enfermeros responsables de cuidados generales deben estar en condiciones de aplicar:

- Competencia para diagnosticar de forma independiente los cuidados enfermeros necesarios utilizando para ello los conocimientos teóricos y clínicos, y para programar, organizar y administrar cuidados de enfermería al tratar a los pacientes sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridas con el fin de mejorar la práctica profesional.
- Competencia para colaborar de forma eficaz con otros actores del sector sanitario, incluida la participación en la formación práctica del personal sanitario sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridas.
- Competencia para delegar en las personas, las familias y los grupos unos hábitos de vida sanos y los cuidados de la propia salud sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridas.



- Competencia para, de forma independiente, tomar medidas inmediatas para mantener la vida y aplicar medidas según protocolo o, de forma autónoma, en situaciones de crisis y catástrofe.
- Competencia para, de forma independiente, dar consejo e indicaciones y prestar apoyo a las personas que necesitan cuidados y a sus allegados.
- Competencia para, de forma independiente, garantizar la calidad de los cuidados enfermeros y evaluarlos.
- Competencia para establecer una comunicación profesional completa y cooperar con miembros de otras profesiones del sector sanitario.
- Competencia para analizar la calidad de los cuidados y mejorar su propia práctica profesional como enfermero responsable de cuidados generales.

Por su parte, en el ámbito nacional, el artículo 7.2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias señala en su apartado a) que corresponde a la profesión enfermera:

"...la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería, orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades."

Y el artículo 54.3 de los Estatutos de la Organización Colegial señala que los cuidados enfermeros comprenden:

"...la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna."

Además, el artículo 4.7 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias ha reforzado la autonomía e independencia de las distintas profesiones sanitarias en el ejercicio de sus respectivas actuaciones:



"El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico."

Paralelamente a esta regulación general, también es preciso mencionar la regulación académica oficial que habilita para el ejercicio de la profesión enfermera, especialmente, la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Dicha Orden recoge las competencias que deben adquirir los estudiantes, entre las que figuran las de:

- Prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicable.
- Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto.
- Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas.
- Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.
- Comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional.
- Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud-enfermedad.
- Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas.



- Establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud.
- Trabajar con el equipo de profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales.

Por otra parte, el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, que aprobó el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, explicita en su anexo VIII el contexto en el que debe de realizarse el acto enfermero con lenguaje propio, recogiendo expresamente las clasificaciones de diagnósticos, intervenciones y resultados NANDA, NIC y NOC.

Destacamos los diagnósticos NANDA más habituales en el ejercicio profesional de la enfermera/o en el ámbito de la gestión de casos en la atención y cuidados al paciente crónico. Estos diagnósticos NANDA, que son el enunciado de una necesidad que requiere algún tipo de cuidado enfermero y que además es percibido así también por el paciente y su familia, no son exclusivos de la gestión de casos, por tanto, no difieren de los desarrollados en el ámbito de la gestión de cuidados, siendo la situación de cronicidad compleja la que determina que sean abordados desde la gestión de casos.

- [00062] Riesgo del cansancio del rol del cuidador
- [00162] Disposición para mejorar la gestión de la salud
- [00078] Gestión ineficaz de la salud
- [00056] Deterioro parental
- [00135] Duelo complicado
- [00172] Riesgo de duelo complicado
- [00210] Deterioro de la resiliencia
- [00083] Conflicto de decisiones
- [00242] Deterioro de la toma de decisiones independiente
- [00150] Riesgo de suicidio
- [00133] Dolor crónico
- [00074] Afrontamiento familiar comprometido
- [00072] Negación ineficaz
- [00114] Síndrome de estrés del traslado
- [00124] Desesperanza



- [00069] Afrontamiento ineficaz
- [00066] Sufrimiento espiritual
- [00175] Sufrimiento moral

De los diagnósticos NANDA identificados derivan las intervenciones NIC más específicas, pero no exclusivas, de la enfermera/o en el ámbito de la gestión de casos en la atención y cuidados al paciente crónico.

- [5020] Mediación de conflictos
- [5250] Apoyo en la toma de decisiones
- [5440] Aumentar los sistemas de apoyo
- [6160] Intervención en caso de crisis
- [7320] Gestión de casos
- [7460] Protección de los derechos del paciente
- [6520] Análisis de la situación sanitaria
- [7110] Fomentar la implicación familiar
- [7260] Cuidados por relevo
- [8340] Fomentar la resiliencia
- [7040] Apoyo al cuidador principal
- [5420] Apoyo espiritual
- [5350] Disminución del estrés por traslado
- [5290] Facilitar el duelo
- [7400] Orientación en el sistema sanitario
- [7630] Contención de los costes
- [8100] Derivación
- [7960] Intercambio de información de cuidados de salud
- [8120] Recogida de datos para la investigación
- [8020] Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- [7370] Planificación para el alta

V

De acuerdo con el artículo 9º de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios profesionales, en su vigente redacción, corresponde a los Colegios Profesionales, en su ámbito provincial, y al Consejo General, en tanto repercute en el ámbito nacional, ordenar en sus respectivos entornos, la actividad profesional de los colegiados. Desde esta perspectiva, es claro que el Consejo General tiene competencia para



dictar resoluciones que ordenen determinados aspectos de la profesión en el ámbito nacional. Esta prerrogativa también es reconocida en el artículo 24.16 de los Estatutos de la Organización Colegial de Enfermería, de su Consejo General y de la actividad profesional de enfermería, en el sentido de atribuirle la competencia para aprobar las resoluciones que ordenen, en el ámbito de su competencia, la actividad profesional de los colegiados, las cuales tendrán carácter obligatorio, como forma de tratar de garantizar el derecho a la salud mediante la calidad y la competencia profesional.

En este mismo sentido se pronuncia el artículo 2º del Código Deontológico de la Enfermería Española, aprobado por Resolución nº 32/89, de este Consejo General que establece dicha ordenación como una de las responsabilidades prioritarias de esta Corporación.

Por ello, la Asamblea del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, en sesión celebrada el día 24 de marzo de 2021, en uso de las competencias legal y estatutariamente atribuidas, después del pertinente estudio y deliberación en profundidad, y en el ejercicio de la soberanía que como órgano supremo del Consejo y por ende de la Organización Colegial ostenta, por mayoría de sus miembros presentes, **ACUERDA:**

Artículo 1º: Definición de la enfermera/o Gestora de Casos en la atención al paciente crónico.

La enfermera gestora de casos es una enfermera con competencias avanzadas que utiliza la gestión de casos como herramienta de trabajo, entendiendo ésta cómo un proceso de colaboración mediante el que se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y coste efectivos.

Por ello, la enfermera gestora de casos:

- Brinda un servicio personalizado a los pacientes que presentan necesidades de cuidados complejos y requieren atención integral e integrada (en uno o varios entornos asistenciales y/o con multiplicidad de proveedores). A mayor número de proveedores y entornos, mayor



complejidad, de ahí que los pacientes con enfermedades crónicas complejas sean candidatos idóneos para el servicio de Gestión de casos.

- Utiliza la valoración integral del paciente para realizar una atención planificada y coordinada con otros profesionales. Actúa como profesional referente del proceso del paciente acompañándolo en su tránsito por el sistema con el objetivo de, garantizar la atención en el momento adecuado y oportuno, minimizando la fragmentación, y/o duplicidad de la misma y por tanto, promoviendo una atención de calidad, segura y costo-efectiva.
- Colabora con los profesionales que intervienen en el proceso como parte de un equipo multidisciplinar en el entorno asistencial implicado, utiliza procesos de planificación, gestión y revisión de la asistencia con el objeto de reducir el impacto de la discontinuidad del sistema sanitario y evitar la pérdida de oportunidades de recibir servicios útiles para la salud.
- Facilita la accesibilidad y la integración de servicios múltiples gracias a una orientación proactiva, guiada por una valoración de necesidades y la ayuda a la toma de decisiones para pacientes y cuidadores, de forma selectiva sobre poblaciones de riesgo de alta complejidad, a través de relaciones colaborativas con el resto de miembros del equipo asistencial y maximizando la continuidad de cuidados y el acceso a servicios, proveedores e intervenciones en tiempo y forma.

El desarrollo de la gestión de casos como práctica avanzada de cuidados, ha constituido una estrategia básica en la atención a la cronicidad compleja de nuestro país. Este modelo de atención debe garantizar una atención multiprofesional, coordinada y basada en la mejor evidencia.

Artículo 2. Ámbito de la práctica o campo de acción.

El/la enfermera/o gestor/a de casos desarrolla su actividad de forma transversal en todos los niveles asistenciales realizando la gestión de casos como una modalidad de atención dirigida a personas, en cualquier etapa de la vida, con enfermedad crónica compleja o avanzada y alta necesidad y especificidad de cuidados, así como las personas que les cuidan, con el objetivo de garantizar la



continuidad del plan asistencial y los cuidados transicionales, favoreciendo la coordinación e integración de múltiples profesionales y servicios.

En definitiva, la enfermera gestora de casos proporciona una atención personalizada, integral, transversal, de calidad, eficiente y sostenible dirigida a las personas con enfermedades crónicas complejas y avanzadas en todas las etapas de la vida, en el ámbito en el que se produzcan. Por ello, el ámbito de la práctica puede abarcar tanto a la atención primaria, hospitalaria, ámbito socio-sanitario, ámbito escolar o allá donde el paciente se encuentre.

En el ámbito comunitario, desarrolla su práctica en el domicilio, en el centro de salud y se coordina con los profesionales sanitarios del ámbito socio-sanitario y escolar. También se debe coordinar con los profesionales sanitarios del ámbito hospitalario y con otros dispositivos de servicios paliativos, salud mental o servicios sociales.

Artículo 3. Marco de actuación de las enfermeras en el ámbito de los cuidados.

Las actuaciones e intervenciones del profesional enfermera/o en este campo se desarrollan dentro de su ámbito de competencias, conforme a su “lex artis” en el marco de los principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico y con absoluto respeto a las competencias del resto de profesionales que intervienen en el proceso asistencial completo.

3. 1. En el campo asistencial.

3.1.1. Captación. Estrategia de identificación

Objetivo : Disponer y mantener estrategias de captación de potenciales pacientes crónicos complejos:

- Identificación de pacientes complejos y derivación por parte de otros profesionales sanitarios.
- En un modelo abierto, las fuentes de captación de pacientes crónicos complejos son múltiples y van desde sistemas electrónicos a métodos tradicionales, como la derivación entre profesionales.

3.1.2. Valoración personalizada



Objetivo : Disponer de pacientes crónicos complejos seleccionados y su entorno correctamente valorados para la intervención.

- Realizar la valoración integral de los pacientes seleccionados: clínica, funcional, psicoafectiva y sociofamiliar.
- Con los pacientes en los que se identifica la necesidad de cuidados paliativos se seguirá la metodología específica de atención paliativa en función del contexto hospitalario o comunitario en el que desarrolle su trabajo. Esta metodología se inicia tras la identificación y selección, con una valoración específica paliativa, que incorpora la evaluación de síntomas, el estado funcional, nutricional, cognitivo y emocional así como aspectos espirituales y otros relativos a la planificación de decisiones anticipadas. La enfermera gestora debe liderar esa continuidad de los cuidados garantizando el confort y muerte digna.
- Realizar, adicionalmente, una valoración específica de enfermería focalizada sobre los problemas más relevantes detectados y cumplimentar dicha valoración mediante metodología, formatos e instrumentos normalizados: valoración por patrones funcionales de M. Gordon, taxonomías NANDA, NIC, NOC.
- Solicitar, si lo estima necesario, la colaboración de otros profesionales para completar la valoración integral: médicos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, rehabilitadores, psiquiatras, psicólogos...

3.1.3. Intervención / Ejecución

Objetivo: Disponer de planes de atención individualizados (PAI), consensuados y personalizados. Se desarrolla en las siguientes fases:

- Fase I: Individualización:
 - Elaborar un plan de atención "individualizado" con base en los resultados de la valoración realizada de manera conjunta la enfermera gestora de casos, la enfermera familiar y comunitaria referente del paciente y la familia.



- El plan incorporará intervenciones para abordar tanto el manejo de la complejidad clínica como de la complejidad comunitaria.
 - El plan consistirá en determinar los servicios, los materiales y los equipamientos necesarios; identificar qué profesionales, agentes y otros recursos proveedores tienen que intervenir; establecer la intensidad de su contribución; fijar los respectivos calendarios; y establecer los mecanismos de seguimiento y evaluación.
 - El plan incluirá a las personas cuidadoras como recurso proveedor de cuidados, pero siempre basando su nivel de colaboración en la valoración previa de su salud, de su capacidad, de su grado de implicación y de las dificultades para responsabilizarse de los cuidados.
- Fase II: Consenso:
 - Proponer y consensuar el plan de atención en general, y el plan de asistencia clínica en particular, con los profesionales referentes del paciente en el EAP o en el hospital.
 - Fase III: Personalización
 - Proponer y consensuar el PAI con el paciente y su familia, ajustarlo a sus valores y preferencias, con especial énfasis en establecer las materias en las que el enfermo puede contribuir a su propio cuidado y aquéllas susceptibles del apoyo familiar.
 - Esta fase es básica en los casos complejos, pero especialmente relevante en los pacientes en situación de final de vida al objeto de planificar y/o aplicar las decisiones o voluntades anticipadas.

3.1.4. Seguimiento

La misión del seguimiento es prestar atención programada tras la intervención inicial, detectar cambios de situación y ajustar las



intervenciones, con el objetivo de garantizar el seguimiento presencial y a distancia (telefónico o telemático).

3.1.5. Revaloración

La misión de la revaloración es la evaluación planificada en grandes intervalos (semestrales, anuales) o ante cambios relevantes de situación, al objeto de realizar ajustes en el plan de atención.

3.1.6. Atención y apoyo a la persona cuidadora

El objetivo de esta etapa es ampliar la atención a los cuidadores dentro del enfoque integral, teniendo en cuenta sus necesidades, ya que estas pueden tener una repercusión directa en el paciente. Para ello debe tenerse en cuenta que:

- La persona cuidadora forma parte de la población diana.
- Las enfermeras gestoras dinamizarán la incorporación de las personas cuidadoras como nuevos clientes del sistema sanitario, estimulando la captación y las intervenciones pertinentes.
- El cuidador diana es la persona cuidadora familiar principal.

Para conseguir los objetivos será necesario desarrollar y demostrar capacidades, habilidades y conocimientos para:

- Promover y participar en la realización e implementación de procedimientos, protocolos, guías de práctica para mejorar la calidad asistencial.
- Realizar evaluación de la práctica clínica para prevención primaria y secundaria de riesgos (caídas, úlceras por presión, broncoaspiración, infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, descompensaciones)
- Asegurar la continuidad asistencial con garantía de calidad y seguridad
- Organizar los componentes del plan asistencial y coordina la atención sanitaria



- Aplicar medidas para ayudar a la persona y a su familia en la toma de decisiones, en relación a su situación o problema de salud con necesidades especiales o de especial dificultad.
- Planificar el alta de forma conjunta con el resto de profesionales implicados en la atención de personas con complejidad de cuidados.
- Valorar el coste / oportunidad de la reasignación de recursos.
- Gestionar los productos sanitarios, ayudas técnicas y recursos materiales necesarios para satisfacer las necesidades de cuidados.

3.1.7. Coordinación

La coordinación se enmarca en el ámbito de la práctica real sobre un caso o situación concreta y consiste en armonizar las intervenciones de los diferentes profesionales y/o agentes implicados para obtener el mejor resultado y mantenerlas en el tiempo.

A tal fin, es necesaria la coordinación del personal sanitario de los centros residenciales y de los centros educativos con la Enfermera Gestora de Casos (EGC) y el equipo de Atención Primaria de referencia para evitar la variabilidad de la práctica y ajustar la calidad asistencial y buenas prácticas a los criterios utilizados por el Sistema Sanitario.

Objetivos:

- Organizar una respuesta rápida y coordinada ante cambios graves de la situación clínica del paciente o de la persona cuidadora principal que requieren intervención no demorable.
- Favorecer la colaboración del sector social y/o comunitario (redes de apoyo) para mejorar la situación de los casos crónicos complejos y de sus cuidadores.

Las tareas de las enfermeras gestoras en este campo se centran en apoyar a trabajadores sociales en la gestión del acceso a servicios y recursos proporcionados por el sector social, aportando valoraciones e informes específicos.



Debe incluir la misión del enlace y continuidad asistencial consistente en garantizar la continuidad informativa y asistencial durante la transición de los casos complejos entre ubicaciones asistenciales o entre responsabilidades asistenciales de diferentes .

Para todo ello, la enfermera gestora de casos debe desarrollar y demostrar capacidades, habilidades y conocimientos para:

- Realizar la coordinación de la atención compleja, organizando los componentes del plan asistencial y adaptando la atención sanitaria a las necesidades de los pacientes y personas que les cuidan, realizando una gestión proactiva de problemas de salud, activando los recursos para cubrir necesidades y actuando como intermediario/a de servicios para la resolución de problemas y maximizando la continuidad asistencial.
- Trabajar en equipo y colaborar con otros profesionales para centrar la atención en la resolución de problemas de las personas con Cronicidad compleja y alta necesidad de cuidados.

3.2. Gestion / Administración. Liderazgo clínico y profesional

Las enfermeras gestoras de casos realizan múltiples funciones de coordinación administrativa para facilitar el correcto funcionamiento de los servicios, con el fin de agilizar tramitaciones a demanda de profesionales y para el acceso a prestaciones y servicios, por medio del control de las prestaciones y de la tecnología domiciliaria. Todo ello con los siguientes objetivos:

- a) Participar en el control de la provisión y del uso apropiado de las tecnologías y los materiales: ayudas técnicas y material ortoprotésico.
- b) Participar en el control de la provisión y del uso apropiado del material ortoprotésico y ayudas técnicas para la vida diaria y contribuir a su recuperación y reutilización. Consumo sujeto a inspección.



- c) Participar en el control de la provisión y del uso apropiado de los consumos sujetos a inspección. Alianzas y mejora de circuitos
- d) Crear o mejorar una red de alianzas en beneficio la atención de los casos crónicos complejos
- e) Crear o mejorar los circuitos asistenciales y/o informativos entre recursos
- f) Recoger y registrar datos, y seguimiento de indicadores para la gestión de la atención de los casos crónicos complejos y de sus cuidadores.
- g) Constituir el equipo de gestión de casos departamental y participar en el sistema de gestión (comités, comisiones,...) que el departamento establezca en el ámbito de los casos crónicos complejos.

En este ámbito, la enfermera gestora de casos debe desarrollar y demostrar capacidades, habilidades y conocimientos para:

- Liderar ejerciendo como referente para el abordaje de la complejidad de los cuidados en su ámbito y con autonomía de decisión para la resolución de problemas relacionados con el perfil de pacientes que atiende.
- Actuar como motor de cambio a través de su liderazgo, para promover innovaciones, mejorando la práctica clínica a través de la transferencia de conocimiento y evidencias en su entorno asistencial e influyendo en la modificación de estilos de práctica y la orientación a la calidad.
- Promocionar y potenciar un ambiente que favorezca el aprendizaje efectivo.
- Liderar el equipo el trabajo con metodología y basado en la mejor evidencia disponible.
- Liderar en el equipo y en la organización la innovación dirigida a mejorar la calidad y seguridad de la atención a las personas con cronicidad compleja y alta necesidad de cuidados.



- Identificar y/o resolver problemas de salud complejos y/o inestables mediante la colaboración y consulta con el equipo multidisciplinar.
- Identificar las necesidades de adecuación a nuevos escenarios tecnológicos y normativos.

3.3. Docencia.

Se trata de contribuir a la docencia y difusión del modelo y de los conocimientos creados en el ámbito de la atención de los casos crónicos complejos y de las personas cuidadoras, con los siguientes objetivos:

- a) Promover e instar la formación en el ámbito de la atención de los casos crónicos complejos y de las personas cuidadoras.
- b) Difundir el conocimiento.
- c) Proponer y participar en la docencia enfermera relativa al ámbito de la atención de los casos crónicos complejos y las personas cuidadoras.

En este ámbito, la enfermera gestora de casos debe desarrollar y demostrar capacidades, habilidades y conocimientos para:

- Asumir la responsabilidad de una formación continuada para su desarrollo profesional y el mantenimiento de sus competencias.
- Planificar e impartir acciones formativas sobre cuidados avanzados a personas con cronicidad compleja y alta necesidad de cuidados .
- Desarrollar intervenciones educativas que orienten a la persona con cronicidad compleja y alta necesidad de cuidados y a su familia en el aprendizaje de cuidados-autocuidado, la gestión eficaz de la salud y el empoderamiento.
- Gestionar el conocimiento.



3.4. Investigación.

La enfermera gestora de casos desarrollará y fomentará activamente su función investigadora con los siguientes objetivos:

- a) Crear conocimiento enfermero en ámbitos específicos relacionados con la atención de los casos crónicos complejos y de las personas cuidadoras.
- b) Contribuir a basar la práctica en las evidencias científicas disponibles y reducir la variabilidad asistencial, creando y adaptando protocolos específicos.

En este ámbito, la enfermera gestora de casos debe desarrollar y demostrar capacidades, habilidades y conocimientos para:

- Promover la investigación en su ámbito de práctica. Estos puestos podrán ser acreditados en procesos de acreditación específicos disponiéndose de los manuales de acreditación de desarrollo profesional correspondiente.
- Promover el compromiso con la difusión de los hallazgos científicos en la práctica.
- Identificar las prioridades de investigación en su área de práctica.
- Participar en proyectos de investigación de manera activa como IP o colaborador.
- Evaluar la práctica clínica y la del equipo y organización, teniendo en cuenta la última evidencia científica disponible.
- Utilizar estrategias de intervención efectivas para el cambio de conducta profesional y de trabajo en equipo para promocionar la adopción de prácticas e innovaciones basadas en la evidencia en el ejercicio de su atención.



- Investigar sobre los resultados en salud de la población y la eficacia y eficiencia de las gestoras de casos y aportación a la salud de la población.

3.5. **Comunicación y relaciones interprofesionales**

Objetivos:

- a) Dar soporte a las/os enfermeras/os de los equipos de atención primaria, hospitalaria y sociosanitarios en el ámbito de la atención de los casos crónicos complejos y de sus cuidadores.
- b) Aumentar la capacidad de resolución técnica de las/os enfermeras/os en los distintos ámbitos asistenciales.

En este ámbito, la enfermera gestora de casos debe desarrollar y demostrar capacidades, habilidades y conocimientos para:

- Realizar consultoría para otros profesionales y referente para su aprendizaje.
- Trabajar en equipo y colaborar con otros profesionales para centrar la atención en la resolución de problemas de las personas con cronicidad compleja y alta necesidad de cuidados.
- Coordinar la intervención de los distintos profesionales de los ámbitos sanitarios implicados favoreciendo su participación en el plan terapéutico.
- Tutorizar a profesionales sanitarios, estudiantes de pre y postgrado, incluidos los EIR en la adquisición de competencias avanzadas.
- Ser capaz de desarrollar competencias digitales. Conocimiento relevante y uso de las diferentes herramientas de información (TICs) de las que dispone.



Artículo 4. Definición de los contenidos mínimos en la formación de las Enfermeras y Enfermeros en el ámbito de la Gestión de Casos en la atención al paciente crónico complejo.

El puesto de Enfermera o Enfermero en el ámbito de la Gestión de Casos en la atención al paciente crónico complejo requiere de una serie de conocimientos, habilidades y destrezas específicas que garanticen el alcance del perfil competencial óptimo al rol de desempeño.

Se considera que esta especificidad del puesto debe conllevar un periodo de formación y capacitación exclusivo e intensivo de 8-10 meses hasta poder desarrollar de manera autónoma y eficiente todas las funciones, incluyendo formación teórica, una formación práctica y una experiencia en la práctica profesional del área de conocimiento. Se valorará la formación adquirida durante la residencia en el caso de las/los enfermeras/os especialistas.

Los contenidos formativos mínimos que toda programación docente debe contemplar para la adquisición de las competencias consensuadas por el personal experto son:

1. Conocimientos avanzados en práctica clínica sobre Epidemiología, Salud Pública y Salud Comunitaria, casos con complejidad clínica y complejidad comunitaria, cuidados paliativos (Voluntades anticipadas, coacción de silencio, duelo) pluripatología y polimedicación.
2. Habilidades de intervención y evaluación: captación activa e identificación de pacientes crónicos, o en su caso la diada paciente/personas de la red familiar que cuidan, con alto riesgo de complicaciones y necesidades.
3. Capacidad de uso de metodología enfermera: valoración integral, biopsicosocial, de las necesidades de atención sanitaria y social del paciente, cuidador y su entorno, así como de estratificación de la complejidad y elaboración de planes de cuidados de acuerdo con la situación del paciente.
4. Habilidades gestoras y directivas para la identificación y gestión de recursos sanitarios, socio-sanitarios y comunitarios que mejor se adapten a las necesidades de los pacientes y cuidadores.
5. Desarrollo de una práctica clínica avanzada, que permita identificar e intervenir en crisis y exacerbaciones reales o potenciales.
6. Habilidades de liderazgo con capacidad para realizar una coordinación continua de la atención de los diferentes sistemas y niveles asistenciales.



7. Conocimientos avanzados sobre conciliación de medicación y prescripción enfermera.
8. Habilidades de comunicación, negociación y resolución de conflictos. Y motivacionales
9. Destreza en el uso de los sistemas y tecnologías de la información y sistemas digitales.
10. Habilidades de pensamiento crítico e integración del conocimiento, potenciando la motivación y el aprendizaje significativo.
11. Capacidad para identificar y aplicar la mejor evidencia científica disponible.
12. Habilidades docentes e investigadoras.
13. Capacidad educativa para generar autonomía y corresponsabilidad en las personas cuidadoras.
14. Capacidad pedagógica para la formación de nuevos profesionales en gestión de casos.
15. Actitud proactiva para la mejora del proceso asistencial.
16. Habilidad para trabajar con un equipo multidisciplinar.
17. Conocimientos bioéticos y ética de los cuidados.

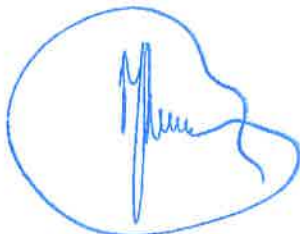
DISPOSICIÓN ADICIONAL

En aplicación de la Ley 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, y demás normativa concordante, toda referencia a personas, colectivos, cargos académicos, etc., cuyo género sea masculino, estará haciendo referencia al género gramatical neutro, incluyendo, por tanto, la posibilidad de referirse tanto a mujeres como a hombres.

DISPOSICIÓN FINAL

La presente Resolución entrará en vigor en el día de la fecha y de su contenido se dará traslado a todos los Colegios Provinciales.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente, con el visto bueno del Sr. Presidente, en Madrid, a 25 de marzo de dos mil veintiuno.



Handwritten signature in blue ink, with the number '25' written below it.