



REVISTA DE LA FEDERACION DE ASOCIACIONES DE ENFERMERIA COMUNITARIA Y ATENCION PRIMARIA FAECAP



Números publicados ▼

Búsqueda documentos ▼

INNOVACIONES



La Enfermera Comunitaria de Enlace en el Servicio Andaluz de Salud

Rosa M. Pérez Hernández,¹ Sergio R. López Alonso,²
Manuela Lacida Baro,² Susana Rodríguez Gómez²

¹Directora, ²Técnico Asesor. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud, Sevilla

Manuscrito aceptado el 22.6.04

Enferm Comun 2005; 1(1):43-48

Cómo citar este documento

Pérez Hernández, Rosa M; López Alonso, Sergio R.; Lacida Baro, Manuela; Rodríguez Gómez, Susana. La Enfermera Comunitaria de Enlace en el Servicio Andaluz de Salud. *Enferm Comun* 2005; 1(1). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_43-48.php> Consultado el 4 de Abril de 2006

Resumen

El presente texto trata de presentar la implantación de la figura de la enfermera comunitaria de enlace por el Servicio Andaluz de Salud. El modelo de práctica de esta enfermera atiende a la gestión de casos, si bien su desarrollo va adaptándose constantemente a la evolución situacional de Andalucía. De este modo se hace un análisis sobre la necesidad de reorganizar los servicios de Atención Primaria con la introducción de la enfermera comunitaria de enlace, a la vez que se describe y analizan sus aspectos más importantes como pueden ser su población diana, sus objetivos y actividades, así como algunos problemas inherentes al proceso de cambio.

Palabras claves: Gestión de casos, Enfermera de enlace, Servicio Andaluz de Salud

Abstract (The Nurse Case Manager in the Andalusian Health Services)

The present article introduces the implementation of the nurse case manager by the Andalusian health services. This nursing role development is continuously being adapted to the context evolution of Andalusia. Furthermore, an analysis of the necessity of a primary health services reorganization with the introduction of the nurse case manager is made, besides a description and analysis of the most relevant aspects such as population attended, aims, activities and some problems related to the change process.

Keywords: Case management, case manager, nursing role

Introducción

La figura de la Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE), como gestora de casos, ha sido desarrollada por el Servicio Andaluz de Salud (SAS) para proveer una asistencia sanitaria de alta calidad y coste-efectiva. La población andaluza, en los últimos años, está sufriendo una serie de cambios muy similar al del resto de países occidentales que repercute de manera directa sobre su estado de salud general y, consecuentemente, sobre sus necesidades y patrones de uso de los servicios sanitarios. De este modo se han podido contemplar cambios sociodemográficos y de morbilidad tales como el aumento de la esperanza de vida, la cronificación de las enfermedades, incremento de las personas con incapacidades, cambios en la estructura tradicional de las familias y la incorporación de la mujer a la vida laboral (Instituto Nacional de Estadística. www.ine.es, visitado el 15 de julio de 2004).¹ Estos cambios se están traduciendo en un incremento de personas con importantes necesidades de cuidados en el domicilio.¹ Lo cuál ha requerido una capacidad de respuesta sinérgica a su aparición, tal y como se refleja en la duplicación de la actividad en atención domiciliaria (AD) por parte de las enfermeras en las últimas décadas (Registro de Actividad de Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud. 1991-1997, y Sistema de Información para la Gestión de Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud. 1998-2003). Además, este aumento de la actividad de AD también se visto influido por un acortamiento de las estancias hospitalarias que genera una mayor demanda de cuidados y una atención más especializada en los domicilios con nuevas tecnologías sanitarias (World Health Organization. Health For All Database. January 2004. www.who.org, visitada el 15 de julio de 2004)²

Por otro lado y en el mismo sentido, el desarrollo de la AD se ha visto reforzada con la aprobación del Decreto 137/ 2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas por la Consejería de Presidencia de la Junta de Andalucía que establece, en su Capítulo VII, que se promoverán una serie de medidas a favor de los mayores y las personas con discapacidad entre las que se encuentran potenciar y mejorar los cuidados a domicilio.³ En el Art. 24 del presente decreto se expone "Por el Sistema Público de Andalucía 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. Este servicio se prestará en todo caso de forma coordinada con los Servicios Sociales correspondientes".³

En virtud de este Decreto, el SAS ha elaborado una serie de estrategias para la mejora de la AD entre las que se encuentra la implantación de la figura de la ECE, el desarrollo y mejora de los cuidados en el domicilio por las enfermeras de familia, así como otras medidas para facilitar la accesibilidad de los servicios sanitarios a la población más vulnerable, y una mayor capacidad de respuesta de estos servicios. Esta estrategia centrada en el desarrollo de la ECE, como enfermera gestora de casos, ha sido avalada internacionalmente por diferentes informes procedentes de diferentes centros de evidencia como la NHS Economic Evaluation Database, la Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness y la Cochrane Database of Systematic Reviews, entre otros. Las poblaciones más beneficiadas de esta iniciativa han sido aquellas con trastornos de salud mental, con procesos crónicos como la diabetes o cardiopatías y las personas mayores de 65 años.⁴⁻⁷ No obstante, la gestión de casos ha obtenido ventajas no sólo a nivel clínico sino también a nivel de gestión como puede ser la reducción de ingresos hospitalarios.^{8,9}

Acorde con el Centro de Acreditación de Enfermeras de América, la gestión de casos debe entenderse como "Un proceso de colaboración sistemático y dinámico para proveer y coordinar servicios sanitarios a una población determinada, es decir, un proceso participativo para facilitar opciones y servicios que cubran las necesidades del paciente, al mismo tiempo que reduce la fragmentación y duplicación de servicios, mejorando la calidad y costo-efectividad de los resultados clínicos".¹⁰ La gestión de casos realizada por la enfermera comprende dos áreas de trabajo fundamentales. La primera de ellas se asocia a los usuarios, tanto paciente como familia, y se centra en la mejora del estado funcional y de salud del paciente, el manejo de su problema de salud y el acceso a los servicios sanitarios. Además, la gestión de casos implica un rol asociado a la organización donde se incluye el uso y redistribución adecuada de recursos.

La gestión de casos se presenta básicamente con dos variantes atendiendo al entorno donde se preste el servicio. Así pues, este servicio podrá estar centrado en personas que sufren un episodio agudo en el medio hospitalario, o estar centrado en la gestión de la continuidad asistencial de cuidados para personas con episodios crónicos en la comunidad.¹¹ Si bien las funciones que se desempeñan en la gestión de casos no siempre coinciden en todos los sistemas nacionales de salud, existe un número determinado que son comunes para el desempeño de este rol. Estas funciones son las siguientes: captación activa de su población diana, valoración integral individualizada, planificación asistencial e identificación de recursos, enlace de paciente con los servicios necesitados, implementación y coordinación del servicio, monitorización del servicio prestado y

abogar por el paciente.¹² El modelo de gestión de casos de la ECE desarrollado por el SAS ha sido necesario adaptarlo atendiendo a las necesidades de la población andaluza y a la organización del Sistema Sanitario Público Andaluz.

Modelo de Enfermera Comunitaria de Enlace para el SAS

El modelo de ECE incorporado por el SAS para la mejora de la AD se enmarca dentro de la gestión de casos con una práctica avanzada de cuidados, entendiendo por gestión de casos: el proceso de colaboración mediante el cual la enfermera aboga para que el paciente alcance los objetivos marcados en su plan asistencial, coordinándose con profesionales de diferentes niveles asistenciales y movilizando los recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada que resuelva las necesidades de cuidados del paciente y su cuidadora. De este modo, estas enfermeras velan para que a los pacientes se les realice una valoración integral acorde a sus necesidades y un plan asistencial enfocado fundamentalmente a prevenir problemas de salud y a paliar los existentes.

Atributos deseables de la atención domiciliaria. La implantación de la ECE en el SAS está comprendida dentro de una serie de atributos favorecedores que están siendo introducidos para la mejora de la AD, y que son complementarios entre sí. Entre ellos se distinguen:

- Personalización del servicio. El SAS apuesta por una asignación enfermera-paciente basado en la sectorización de la población.

- El domicilio como ámbito central de la provisión de servicios y el acceso a los servicios sanitarios como garantía para los pacientes y cuidadoras.

- Cuidadora familiar incluida como usuario dentro de la cartera de servicios de Atención Primaria (AP). La persona cuidadora pasa a ser percibida también como un cliente para los profesionales sanitarios, objeto de atención al igual que la persona a la que cuida.¹³

- Efectividad en la capacidad de respuesta del servicio de AD. Para tal fin, se han establecido medidas de coordinación con los servicios de fisioterapia y rehabilitación, y de apoyo como es la adquisición de material de ayuda técnica para el cuidado en el domicilio.

- Opinión de los usuarios integrada en el sistema de mejora continua mediante técnicas de investigación cualitativa.

Población diana. La AD es una modalidad asistencial dirigida a aquellas personas que bien por su situación de salud o por problemas sociosanitarios, requieren cuidados en el domicilio, de carácter temporal o permanente, y que debido a estos problemas no pueden o tienen grandes dificultades para acceder al centro de salud. La población diana atendida por la ECE se compone de todas aquellas personas susceptibles de recibir atención en el domicilio, que por la complejidad de su proceso o situación de salud requieran la puesta en marcha de elementos de coordinación con diferentes profesionales y de la movilización de los recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada que de respuesta a sus necesidades de cuidados y de sus cuidadora. De este modo se distinguen los siguientes grupos de personas:

- Personas inmovilizadas o con discapacidad. Estimándose ésta en el 15% de la población mayor de 65 años (Cartera de Servicios de Atención Primaria 2003. Dirección General de Asistencia Sanitaria, subdirección de Programas y Desarrollo. Servicio de Cartera de Servicios. Enero 2003) y en el 9,6‰ de la comprendida entre 6 y 64 años (Instituto Nacional de Estadística. www.ine.es, visitado el 15 de julio de 2004).

- Personas con procesos terminales necesitadas de cuidados paliativos. Estimándose ésta en el 0.3% de la población general (Cartera de Servicios de Atención Primaria 2003. Dirección General de Asistencia Sanitaria, subdirección de Programas y Desarrollo. Servicio de Cartera de Servicios. Enero 2003).

- Personas con alta hospitalaria necesitadas de cuidados con cierta complejidad. Estimándose ésta en el 12,5% del total de las altas hospitalarias (Memoria de Actividad del Distrito Sanitario Málaga. Servicio Andaluz de Salud. 2001).

- Personas cuidadas en instituciones residenciales. Estimándose en un 2,5 % de la población mayor de 65 años en Andalucía.¹⁴

- Cuidadores principales de las personas susceptibles de recibir atención a domicilio. Estimándose ésta en un 80 % del total de personas necesitadas de cuidados domiciliarios, sin incluir las personas internadas en residencias.¹

El número de población total aproximada susceptible de beneficiarse de la AD actualmente alcanza alrededor de 600 mil personas, de los cuales 346.000 son pacientes y 254.000 cuidadoras, sobre una población total de 7.357.558 personas en Andalucía.

Objetivos y actividades. Las ECE tienen una serie de objetivos específicos de atención, para cuyo logro se debe potenciar y mejorar la atención a las personas susceptibles de AD desde una triple

perspectiva: el equipo de AP de referencia, el trabajo coordinado con los servicios de Atención Especializada (AE), y el trabajo coordinado con los profesionales de referencia para el abordaje de problemas de salud mental, problemas sociosanitarios, etc.

Objetivo 1: Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de toda persona incapacitada o de riesgo atendida en su domicilio, que cumpla con los criterios de inclusión. La consecución de este objetivo pasa por realizar una escrupulosa captación activa de la población diana y su periódica actualización. Esta captación se realiza conjuntamente con las Enfermeras de Familia y el resto de profesionales del Centro de Salud. Para ello, son utilizadas distintas fuentes como son la Base de Datos de Usuarios, los registros de visitas domiciliarias y los censos poblacionales, entre otros. Una vez identificada la población diana, las ECEs favorecen la AD, asegurando la valoración integral de las necesidades de cada paciente, apoyándose en cuestionarios específicos, y posteriormente, elaborando un plan asistencial junto a los profesionales que intervienen en la provisión del servicio y que son responsables de su seguimiento.

Objetivo 2: Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las cuidadoras principales de las personas incluidas en la AD. Al mismo tiempo que se capta a las personas con necesidad de cuidados en el domicilio, se identifica a sus cuidadores principales, elaborando así un censo específico. De igual manera, las ECEs tratan de impulsar medidas que mejoren la atención sanitaria, garantizando que se realice una valoración integral a estos cuidadores, así como el plan asistencial correspondiente. Además, las ECEs ofertan talleres de apoyo al cuidado para las cuidadoras principales de las personas incluidas en la AD. Para impartir y organizar estos talleres se cuenta con el resto de profesionales del Distrito Sanitario y con la colaboración de otros procedentes de asociaciones y ONG's. Los objetivos que se plantean con estos talleres, pretenden dar respuesta a dos grandes áreas: las necesidades relacionadas con el cuidado del paciente en el domicilio (alimentación, higiene, movilización del paciente, comunicación) y aquellas relacionadas con su propio autocuidado.

Objetivo 3: Facilitar la mejora de la AD al Equipo de AP. Para este propósito, las ECEs participan en actividades de formación y grupos de trabajo junto al resto de profesionales, lo que permite sesiones clínicas y discusión de casos, revisión de protocolos y guías de actuación para la AD. En otro sentido, las ECEs utilizan sistemáticamente una metodología de trabajo que incluye un estándar de valoración integral apoyada con cuestionarios específicos, la identificación de los diagnósticos (NANDA), criterios de resultados (NOC) e intervenciones (NIC) más frecuentes en AD, así como los documentos de referencia para la derivación de casos, principalmente, a enfermeras y médicos de AP.

Objetivo 4: Mejorar la coordinación del equipo de AP con la red social. Las ECEs colaboran con los trabajadores sociales en asuntos tales como la búsqueda de redes sociales, elaboración de una guía de recursos sociocomunitarios y diseño de protocolos de actuación conjunta de AP y redes sociales.

Objetivo 5: Mejorar la coordinación con otros niveles asistenciales como elemento de garantía de la continuidad de cuidados. La ECE es el profesional referente para las enfermeras supervisoras y enfermeras de las unidades de hospitalización en relación a la continuidad de cuidados, de tal manera que, a petición de éstas, acuden a estas unidades para conocer la situación de pacientes con grandes necesidades de cuidados tras el alta y de su familia con el fin de promover la planificación de los cuidados en su domicilio desde el hospital. Además, las ECEs cooperan con las enfermeras de los equipos de salud mental del Distrito Sanitario para la puesta en marcha de programas de interenlace, formación y asesoramiento.

Objetivo 6: Garantizar el uso adecuado del material de ayuda técnica para el cuidado. Para tal fin, la ECE participa en el diseño, evaluación y desarrollo de los circuitos de asignación, recogida y reutilización de este material. La valoración y petición del material de ayuda técnica para el cuidado puede ser realizada por cualquier enfermera, médico o trabajador social del Distrito Sanitario, teniendo como referencia el protocolo de asignación establecido.

Proceso de implantación de la enfermera comunitaria de enlace

En el año 2002, el SAS pone en marcha el servicio de ECE como una de las medidas que dan repuesta al Decreto 137/2002 de 30 de abril, con el fin de mejorar los cuidados domiciliarios. Como el Decreto establece se prioriza en una primera fase de implantación del servicio las zonas urbanas, comenzando a funcionar esta figura en 14 Distritos Sanitarios de Andalucía donde prestan su servicio 96 ECEs. En el año 2003 el servicio de ECE se extiende a todos los Distritos Sanitarios andaluces, tanto en zonas rurales como urbanas, aumentando el número de ECEs hasta un total de 206, y posteriormente hasta 267 en 2004.

La selección de las ECE se inicia con una convocatoria pública del puesto, cuya solicitud requiere de la asistencia a un curso específico de formación en gestión de casos. Este curso se oferta al doble de enfermeras que puestos de ECE se convocan para cubrir bajas y vacaciones. La selección final se realiza a partir de la puntuación obtenida en el baremo, unida a la puntuación otorgada al proyecto de implantación del servicio, y a una entrevista personal dirigida a evaluar el perfil profesional según un

mapa de competencias específico.

El proceso de formación de las ECEs continúa tras su selección, profundizando en contenidos tales como la gestión de casos, metodología enfermera, comunicación y entrevista clínica, necesidades de cuidados de la población susceptible de AD, deterioro cognitivo, duelo.

Una vez incorporadas al puesto de trabajo, las ECEs disponen de teléfonos móviles y tarjetas de visita para que el paciente o cuidadora puedan llamar, mejorando el acceso y la personalización de su servicio. Desde el año 2003, se incluye el servicio Salud Responde, cuyo teléfono se facilita en las tarjetas de visita de las ECEs. Este servicio consiste en recepcionar las llamadas y posteriormente derivarlas al teléfono móvil de la ECE que corresponda al paciente, esto reducirá su coste y lo asimilará al de una llamada local. Además, en todos los Distritos Sanitarios y durante los años 2002 y 2003, se distribuyeron folletos para mejorar la información al usuario, sobre los servicios ofertados por las enfermeras de AP. Estos trípticos tenían por título "Compromiso de calidad de los servicios que ofrece la enfermera comunitaria de enlace y la enfermera de familia".

Conclusiones

El modelo de gestión de casos adoptado por el SAS mediante el desarrollo de la figura de ECE y la reorientación de la AD hacia los atributos presentados ha tratado de dar respuesta principalmente a la población con mayor dificultad de acceso a los servicios sanitarios. De este modo, el SAS se compromete a contrarrestar la ley de cuidados inversos, identificada hace más de 30 años y que aún persiste, donde la accesibilidad y calidad de la asistencia sanitaria varía inversamente proporcional a su necesidad en la población a la que se dirige¹⁵ como son las personas inmovilizadas, discapacitadas o con procesos terminales, y sus cuidadores.

Uno de los principales cometidos de esta enfermera es la captación activa de todas aquellas personas que presentan dificultad en el acceso al sistema sanitario, y asegurar la accesibilidad a unos servicios de salud de alta calidad. El número de valoraciones realizadas a la población diana incluida en la cartera de servicios de la AD en este primer año y medio asciende a 43.783 valoraciones, donde 22.341 fueron realizadas por las 96 ECEs iniciales en el año 2003 y 21.442 por 206 ECEs en el primer semestre de 2004. En estas valoraciones se ha tratado de priorizar la población más desfavorecida. Asimismo, el número de visitas domiciliarias realizadas por las ECEs ha sido de 32.869 en el año 2003 y 39.474 en el primer semestre de 2004. Es oportuno recordar que la efectividad de la visita domiciliaria ha sido manifestada en múltiples estudios acorde al informe emitido por el Centro de Análisis de Políticas y Economía de la Salud mostrando su resultado en términos de salud, reduciendo en un 17% el riesgo de mortalidad y en un 23% el de institucionalización.¹⁶

De especial interés para el SAS es el hincapié realizado en la atención de los cuidadores principales por parte de este grupo profesional. Este grupo de población se considera particularmente vulnerable debido a sus elevadas tasas de morbilidad psíquica,¹⁷ especialmente en ansiedad,¹⁷⁻²¹ y depresión,¹⁷⁻²¹ e incluso debido a un mayor riesgo de mortalidad frente a la población general, acorde a un estudio realizado en EEUU.²² Además, la percepción de carga por el cuidador puede ser uno de los mejores predictores de institucionalización, más que la propia situación de salud del receptor de cuidados,²³ es por ello que la atención al cuidador es clave para la ECE. Así, el número de cuidadores valorados ha sido 23.581, de los cuáles 11.305 se valoraron en el año 2003 y 12.276 en el primer semestre de 2004. Por otro lado, el número de talleres organizados ha sido 164 en el año 2003 y 437 en el primer semestre de 2004, sumando 601 talleres, y formándose un total de 23.343 cuidadores.

Las ECEs en su uso sistemático de la metodología de trabajo y con el impulso proporcionado mediante las sesiones clínicas y la discusión de casos están siendo percibidas como líderes de cambio hacia un modelo de práctica enfermera orientada hacia el paciente, dejando atrás la fragmentación del cuidado ocasionado por la organización por tareas. Como apoyo a la homogeneización de la práctica asistencial por todas las enfermeras del SAS, la Consejería de Salud - SAS ha adquirido y distribuido 4.600 libros de diagnósticos enfermeros "NANDA" y ha editado 11.000 manuales de "Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente".²⁴ Las ECEs han potenciado la mejora de la práctica clínica de las Enfermeras de Familia prestándoles apoyo como docentes, consultores y asesores de casos complejos. Esto ha contado con una excelente acogida por parte de las Enfermeras de Familia que junto con la ECEs están protagonizando el cambio en la AD.

Dada la estrecha vinculación entre problemas de salud y problemas sociales que en muchos casos concurren en la población diana de la ECE, se hace necesario el trabajo sinérgico de ésta con la trabajadora social de los dispositivos de apoyo de los Distritos Sanitarios. Esta práctica profesional conjunta se orienta hacia la resolución de los problemas del paciente y su cuidadora, promoviendo encuentros entre el sector social y el sanitario, tanto en los talleres como en otros foros y grupos de trabajo.

Otra de las principales funciones que desempeña la ECE es la coordinación entre AP y AE con el fin de garantizar la continuidad de cuidados interniveles. La intervención de la enfermera, como gestora de casos, ha demostrado una alta efectividad que se traduce en una mejora sustancial de la calidad de vida, especialmente en personas mayores tras un alta hospitalaria.⁷ Para ello, las ECE participan en Comisiones de Cuidados de Área para lograr la provisión de la atención en los ámbitos donde ésta sea más efectiva y desarrollar mecanismos para mejorar el flujo de información interniveles como puede ser el Informe de Continuidad de Cuidados al alta hospitalaria entre las enfermeras de AE y AP. Además, es necesario mencionar la adopción de la gestión de casos dentro de AE que actualmente cuenta con la experiencia de la Enfermeras Hospitalaria de Enlace en dos centros hospitalarios, y cuyos resultados están siendo evaluados antes de su generalización al resto de hospitales del SAS.

Por otro lado, en su afán por potenciar la capacidad de respuesta en la AD, el SAS está adquiriendo material de ayuda para la atención domiciliar: camas articuladas, colchones y cojines antiescaras, grúas, taloneras y aspiradores portátiles. Actualmente el número de domicilios en los que se está utilizando de este material alcanza a 8.769.

La implantación del servicio que proveen estas enfermeras es un proceso lento que requiere de un apoyo institucional firme. La ECE ejerce un nuevo rol y una nueva forma de trabajo, situación que como todo proceso de cambio produce resistencias.

Es por ello que la institución debe establecer una posición sólida mostrando su apoyo al desarrollo de la labor de las ECEs y facilitar su relación con el resto de los profesionales del Distrito Sanitario.

El servicio de la ECE comenzó a implantarse en los núcleos urbanos donde la población está más concentrada y la red social y familiar más debilitada, frente al medio rural donde la dispersión es mayor y la red sociofamiliar es más amplia. Las características diferenciales entre estas dos áreas hacen que el modelo organizativo adoptado por las ECEs en las zonas rurales ofrezca una serie de particularidades impuestas sobre todo por la gran dispersión de poblaciones pequeñas que da lugar a que el tiempo empleado en los desplazamientos conlleve a la ineficiencia del servicio. En este caso, facilitar el acceso a este servicio para toda la población andaluza pasa por mejorar la ratio de enfermeras de familia e incorporar entre sus funciones algunas propias de la gestión de casos, manteniendo a una ECE de referencia como consultora.

Como conclusión, se puede afirmar que la ECE ha aportado una notable mejora a la calidad de vida de la población a la que se dirige sus servicios, a potenciar la AD la cuál pasa a ser un ámbito esencial de la AP, y a incrementar el coste-efectividad del Sistema Sanitario Público Andaluz.

Bibliografía

1. García Calvente MM, Mateo I, Gutierrez Cuadra P. Cuidados y cuidadores en el sistema Informal de salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999.
2. Memoria 2002 Servicio Andaluz de Salud. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2003. www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/ [Visitado el 15 de julio de 2004]
3. Decreto 137/ 2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, 4 de mayo de 2002; 52: 7127-34.
4. Cost-effectiveness analysis of case management versus a routine community care organization for patients with chronic schizophrenia. NHS Economic Evaluation Database, 2000. <http://nhscrd.york.ac.uk/online/nhseed/20007580.htm>. [Visitado el 15 de julio de 2004]
5. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes: a systematic review. DARE, 2002. <http://nhscrd.york.ac.uk/online/dare/20021241.htm> . [Visitado el 15 de julio de 2004]
6. Clinical trial of an Internet-based case management system for secondary prevention of heart disease. NHS Economic Evaluation Database, 2003. <http://www.york.ac.uk/inst/crd/nhsdhp.htm>. [Visitado el 15 de agosto de 2004].
7. Effectiveness of case management and post-acute services in older people after hospital discharge. NHS Economic Evaluation Database, 2003. <http://nhscrd.york.ac.uk/online/nhseed/20030709.htm>. [Visitado el 15 de agosto de 2004].
8. Shelton P, Schraeder C, Dworak D, et al. Caregivers' utilization of health services: results from the Medicare Alzheimer's Disease Demonstration, Illinois Site. J Am Geriatr Soc 2001; 49: 1600-5.
9. Brodaty H, Gresham M, Luscombe G. The Prince Henry Hospital dementia caregivers' training programme. Int J Geriatr Psychiatry 1997 Feb;12:183-92.
10. American Nurses Credentialing Center (ACNN). Nursing case management catalog. Washington, DC: ACNN, 1998.
11. Huber D. The diversity of case management models. Lippincott's Case Management. 2000. 5(6): 248-55.
12. Taylor P. Comprehensive nursing case management: an advanced practice model. Nursing Case Management. 1999. 4(1): 2-13.
13. Twigg J, Atkin K. Carers Perceived. Policy and practice in informal care. Philadelphia: Open University Press, 1994.

14. Las personas mayores en España. Informe 2002. IMSERSO, 2003. http://www.seg-social.es/imserso/mayores/may_dest0and.html [Visitado el 15 de agosto de 2004].
15. Watt G. The inverse care law today. *The Lancet* 2002; 360: 252-4.
16. Ploeg J, Feightner J, Hutchinson B, Patterson C, Sigouin C, Gauld M. Effectiveness of preventive primary care: outreach interventions with older people: Meta-analysis of randomized controlled trials. McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis Working Paper 03-05. September 2003.
17. López Mederos O, Lorenzo Riera A, Santiago Navarro P. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados a domicilio. *Atención Primaria* 1999; 24 (7): 404-10.
18. Gómez-Ramos MJ, González-Valverde FM. El cuidador del paciente con demencia: aplicación del test Índice del Esfuerzo del Cuidador. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004; 39(3): 154-9.
19. Moro Tejedor N, Carbajosa Cobaleda D, Bravo Vicente C, Álvarez Martín MI. Valoración de la ansiedad en los cuidadores informales. *Enferm Científ* 1997; 184-185: 51-55.
20. Roca Roger M, Úbeda Bonet I, Fuentelsaz Gallego C, López Pisa R, Pont Ribas A, García Viñets L, Pedreny Oriol R. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Aten Primaria* 2000; 26(4): 217-223.
21. Ribas J, Castel A, Escalada B, Ugas L, Grau C, Magarolas R, Puig JM, Carulla J, Pi J. Trastornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2000; 27(3): 131-134.
22. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA*. 1999; 282(23): 2215-9.
23. Yaffe K, Fox P, Newcomer R, Sands L, Lindquist K, Dane K, Covinsky KE. Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *JAMA* 2002; 287(16): 2090-7.
24. Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente. 2004. 2ª ed. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/> [Visitado el 15 de agosto de 2004].

