

LA GERENCIA DE CASOS EN EL ENVEJECIMIENTO

Jorge G. Hidalgo González Ph D.*

RESUMEN



Este artículo es el resultado de la revisión de la bibliografía que sobre el tema de gerencia de casos, se ha publicado en Estados Unidos recientemente, y de un estudio etnográfico llevado a cabo en el Condado Douglas, en el Estado de Kansas, sobre un programa de gerencia de casos adjunto al Centro de Salud Comunal en la ciudad de Lawrence.

Se analizan aquí los componentes principales de la gerencia de casos en el campo de la salud; evaluación del paciente, determinación de las necesidades de salud y apoyo social (económico, familiar, de acompañamiento), supervisión, seguimiento, y terminación del caso.

Se explica cómo el modelo de la gerencia de casos se importó al campo de la salud proveniente del campo de las finanzas, en busca de la reducción de los costos de los servicios de salud, la coordinación de servicios en manos de un equipo multidisciplinario enfocado sobre la visita domiciliaria, con el afán de alentar a los ancianos a quedarse en sus hogares, en lugar de solicitar admisión a un hogar para ancianos u otras instituciones.

* *The University of Kansas. Especialista en gerontología social. Doctor en Sociología. Profesor de la Universidad de Costa Rica, Docente en el programa de posgrado de Geriatría y Gerontología del Hospital Dr. Blanco Cervantes.*

INTRODUCCIÓN



La gerencia de casos (case management) en los servicios de salud para los ancianos, se puso en práctica en los Estados Unidos a partir de la década de los años de 1970. Inicialmente inspirado en el corretaje de bienes de la bolsa de valores (stock market brokerage), la gerencia de casos en el campo de la salud buscaba la eficiencia administrativa del corretaje de bienes, la disminución de los costos en la atención médica para las personas mayores de 60 años, y la localización de bienes y servicios requeridos para asistir a los ancianos que se quedaran a vivir en sus propios hogares, en lugar de buscar el internarse en hogares para ancianos u otras instituciones.

La década de los años de 1990 ha servido para evaluar los frutos y resultados de la gerencia de casos para los ancianos. Para nosotros, los latinoamericanos, el experimento contiene lecciones muy valiosas que vale la pena analizar y mantenerlas en perspectiva, para aplicar los logros a nuestro medio.

La gerencia de casos se había utilizado con gran éxito en la industria, el comercio, y la administración empresarial en países desarrollados para la coordinación de servicios y tareas que requerían de personal multidisciplinario o interdisciplinario. Por ejemplo, en el mercado de la bolsa de valores (stock market), la gerencia de casos se ha utilizado para la coordinación de los portafolios de inversiones, por parte del corredor de valores e inversiones, para clientes que tenían inversiones en actividades bursátiles muy diversificadas.

El concepto básico de la "gerencia de casos" es el logro de metas específicas por parte de equipos de profesionales, a través de la coordinación de servicios, a nombre de una cartera de clientes. Cada equipo gerencial administra frecuentemente entre 60 a 200 casos de clientes para los cuales coordina servicios, contactos, beneficios, y opciones que ofrezcan el mejor rendimiento posible en relación a la inversión. El gerente de casos asume la responsabilidad de mantener su propia cartera

de clientes satisfechos, a través de proveer los servicios que dicha clientela necesita.

Esta noción, de adjudicarle a un equipo interdisciplinario de profesionales, la administración de una cartera de clientes, fue experimentado en los Estados Unidos en el campo de la salud, para proveer beneficios y servicios a una población que envejece.

Este experimento se inició a principios de la década de los años de 1980, fundamentalmente dirigido hacia sectores poblacionales que presentaban vulnerabilidad en el estado de salud, que requerían de atención prolongada (long-term care), como era el caso de personas con condiciones crónicas.

Dado que, el proceso del envejecimiento implica frecuentemente un aumento significativo de la incidencia de las condiciones crónicas (Ferrini y Ferrini, 1989), un porcentaje muy alto de estos pacientes que requerían cuidados prolongados debido a sus condiciones crónicas, eran personas mayores de 60 años de edad.

Fue por esa razón que el gobierno federal de los Estados Unidos alentó la formación de equipos gerenciales de casos, para proveer servicios de salud, beneficios de jubilación, seguro, alimentación, visita médica, supervisión de enfermería, asistencia de ambulancia y emergencias, terapia física, y otros servicios y beneficios para la población anciana. La meta central era coadyuvar a que los ancianos se quedaran a vivir en sus hogares, en lugar de buscar el que se les admitiera en instituciones, tales como hospitales, hogares para ancianos, hospicios, o guarderías. La motivación para tratar de lograr esta meta tenía una razón económica bastante obvia; los costos médicos, de hogares para ancianos de servicios privados de custodia y supervisión en los Estados Unidos, habían alcanzado niveles casi prohibitivos y representaban un porcentaje muy alto del desembolso federal de los beneficios del seguro social. Debido a que los Estados Unidos no tienen un seguro nacional de salud, la relación entre el gerente de casos y el "paciente-cliente" a veces parece

híbrida, en el sentido de que adquiere una tonalidad netamente económica en ciertas ocasiones, y es social —de apoyo y respaldo al paciente— en otras ocasiones, o simultáneamente.

Los resultados de la relación económica entre “cliente” y el médico se puede medir en los tribunales de justicia. Los médicos con frecuencia son demandados por sus clientes por mala praxis, y el seguro privado contra la mala praxis ha alcanzado precios exorbitantes. Los aspectos sociales de la relación entre el “paciente” y los sistemas de salud se pueden evaluar a lo largo de las relaciones formales (burocracia) e informales, como los grupos de apoyo voluntarios para el anciano (apoyo social familiar, amigos, voluntarios comunitarios, etc.). En el capitalismo de los Estados Unidos, las asociaciones voluntarias y el voluntariado en el campo de la salud ha tratado de compensar o mitigar los efectos que la pobreza y la alienación tienen sobre el individuo, debido al énfasis que se le pone, en el campo de la salud, a los servicios pagados por el cliente-paciente.

1. Cuidado a domicilio

La meta de la gerencia de casos es alentar a los ancianos a permanecer en sus hogares, en lugar de buscar hogares para ancianos. Para conseguir esa meta, se implementaron recursos financieros federales, estatales y de las localidades para ofrecerle a los ancianos programas de cuidado a domicilio (homecare). Se deseaba que la residencia del anciano se pudiera convertir en “enfermería” para evitar los altos costos del internado del anciano en hogares para ancianos u otras formas de institucionalización, tales como hospitales, hospicios, o guarderías (Gubrium, J.F. y Sankar, A., 1990).

Sin embargo, estudios realizados por varios investigadores, revelaron que la gama de servicios que se le ofrecían a los pacientes eran muy erráticos e inconsistentes. Kaye (1985), por ejemplo, descubrió en sus investigaciones que solo un número muy

reducido de programas de cuidado a domicilio ofrecían los servicios necesarios para alentar a la población anciana a quedarse en sus propios hogares.

Hodgson y Quinn, 1980; Skellie y Coan, 1980, en sus propias investigaciones descubrieron que los servicios ofrecidos a los ancianos para que se quedaran en sus hogares, recibían baja prioridad por parte de las autoridades de salud, y tendían a verse estos servicios como actividades colaterales de poca importancia. Mientras tanto, en esa nación, se agudizaba la demanda por espacios en los hogares para ancianos, y se incrementaban los costos para financiar la asistencia de las instituciones a esta población.

Callahan et al., 1980; Kane y Kane, 1990, estimaron que el cuidado a domicilio a los ancianos carecía de elementos terapéuticos, rehabilitativos, o aún, preventivos, conforme estos programas de cuidado a domicilio se habían planteado con anterioridad a que entrara en vigencia el experimento con la gerencia de casos por equipos de profesionales en el campo de la salud y de servicios auxiliares afines.

Así, pues, mientras que algunas investigaciones indicaban que el programa de cuidado a domicilio reportaba beneficios, en cuanto a alentar a los ancianos a quedarse en sus casas (Barney, 1977, Brickner et al., 1976; Noelkery Harel, 1978; U.S. General Accounting Office, 1979), por otro lado, otras investigaciones mostraron que el cuidado a domicilio de ancianos aumentaba los costos financieros (Weissertm 1985; Kane y Kane, 1982) y con ello neutralizaba el logro de alentar a los ancianos a quedarse en sus hogares.

Sin embargo, las investigaciones de los esposos Kane y Kane (1982), mostraron que el programa de cuidado de ancianos a domicilio era aceptable en cuanto a costos financieros, solo en

casos de ancianos que no presentaban estados de salud delicados, y que no requerían de cuidados intensivos o frecuentes.

En la mentalidad consumista de la ciudadanía estadounidense, la búsqueda de un equilibrio entre los costos médicos, el acceso por parte del paciente a los servicios de salud, y la calidad de servicios ofrecidos, continúa siendo una meta elusiva, y se ha convertido en un tema político. El ofrecer servicios médicos y de salud a la población anciana, se ha convertido en una problemática muy compleja, agudizada, principalmente, por el hecho de que los servicios médicos están basados en lucro. La medicina en los Estados Unidos es privada, costosa, tecnificada, y basada en la capacidad de pago del paciente. Es en el consultorio médico en dónde se hacen más obvias las diferencias entre las clases sociales en los Estados Unidos. El que puede pagar, recibe el tratamiento, el que no puede pagar, tal vez reciba el tratamiento a través de los programas de caridad pública, o en hospitales educativos, en dónde los pacientes de caridad se utilizan para que los médicos internos practiquen (Stevens, 1989).

2. Ambiente institucional de la gerencia de casos

Las organizaciones que más se han interesado en implementar la gerencia de casos en Estados Unidos, han sido las Agencias Estatales del Area para el Envejecimiento, las Agencias Comunales de Salud, los hospitales (la mayoría son privados y basados en las ganancias económicas), y los médicos mismos en su práctica privada. Las investigaciones que llevó a cabo Lubben (1986), concluyeron que típicamente existen cinco tipos de programas de gerencia de casos en el campo de la salud:

- 1- para una clientela restringida, en la cual el paciente mismo o su familia actúan como gerentes de caso, coordinando los servicios que el anciano necesita a domicilio para coadyuvar al mantenimiento de un estado de salud aceptable lo suficiente para que el anciano viva en el hogar;

- 2- agencias que ofrecen servicios múltiples a la población, pero con una coordinación muy limitada con otras agencias gubernamentales;
- 3- agencias que abogan por el paciente, las cuales proveen gerencia de casos, y en algunas instancias, servicios propios para la población anciana;
- 4- agencias de corretaje de servicios (brokerage agency), que actúan como organizaciones públicas o privadas para localizar los servicios que necesitan los ancianos, e inclusive, quizás, en algunos casos, ofrezcan servicios propios; y
- 5- organizaciones de cuidados a largo plazo con pago anticipado, como compañías de seguros de salud, que están basadas en ganancia económica o en costos compartidos cooperativos.

Pero, quizás la revelación más interesante que ha surgido de los estudios que se han llevado a cabo sobre la efectividad del cuidado a domicilio de ancianos, especialmente enfocado éste desde el punto de vista de los programas de gerencia de casos, ha sido las tensiones y disputas profesionales entre enfermeras y trabajadoras sociales (Ameman, 1985).

El conflicto de papeles profesionales se ha agudizado cuando las enfermeras hacen diagnósticos de la condición social del paciente y cuando las trabajadoras sociales han querido tomar un papel más activo en la coordinación de servicios de salud para el anciano.

También revelaron las investigaciones de White y Grisham (1982), que un alto porcentaje de las actividades de los gerentes de casos se abocan a reuniones de coordinación netamente administrativas, o que los gerentes de casos gastaban mucho tiempo en el teléfono coordinando servicios para el anciano, y que con esto se mermaba en mucho el tiempo disponible del gerente de casos para visitas a domicilio al cliente (paciente).

3. La gerencia de casos en el campo de la salud

A pesar de lo controvertido del cuidado de ancianos a domicilio a través de la gerencia de casos, Steinberg y Carter (1982:1) concluyen que, "La gerencia de casos es un método versátil y muy valioso para satisfacer las necesidades de los ancianos con problemas de salud que residen en sus hogares".

White (1987: 93) estima que la gerencia de casos como programa, contribuye, a su utilidad, en tanto que consigna sus metas, presentando en la mayoría de los casos, las siguientes características:

- * Satisfacer las necesidades particulares de cada paciente.
- * Se orienta hacia un tratamiento "holístico"(1) del paciente, la situación en que se encuentran, su entorno, y condición.
- * Busca aumentar la responsabilidad del paciente mismo por su salud, su cuidado, y una mayor participación del paciente en resolver sus propios problemas. En este sentido, busca aumentar la autonomía y la autodeterminación del anciano.
- * Tiene como meta el proveer una continuidad sustentada de cuidados médicos y de salud para garantizar la independencia del paciente al asistirlo a mantener una buena capacidad física funcional.
- * Utiliza todos los servicios posibles de varias fuentes para lograr sus metas.
- * Se ejecuta a través de la coordinación de un conjunto de servicios ya existentes y disponibles en el medio.

(1) Por "holístico" se entiende la visión global o integral de la persona tomando en consideración su entorno y no como caso aislado.

¿Quiénes son los gerentes de casos? Por lo general han sido enfermeras y trabajadoras sociales, porque la gerencia de casos tiende a combinar ambos; el servicio social y la coordinación de servicios de salud al paciente anciano que reside en su hogar.

Aunque el papel de gerente de casos también ha sido ejecutado por psicólogos, sociólogos, y administradores. El gerente de casos, típicamente ejecuta las siguientes tareas, conforme estos programas de coordinación de cuidados médicos y de salud han sido implementados en los Estados Unidos:

- 1- Identifica al paciente que con más frecuencia le es enviado a su jurisdicción por agencias de servicio social, por enfermeras que supervisan el darle de baja al paciente en el hospital, o por enfermeras que hacen visitas a domicilio; el gerente de casos decide si el paciente califica o no para el programa.
- 2- Implementa la evaluación del paciente y se desarrolla la estrategia del cuidado que éste necesita, los servicios que demanda, y el tipo de apoyo necesario. Si la gerente de caso es una trabajadora social, generalmente, una enfermera ayuda a determinar la condición de salud del paciente para referirlo a un médico, hospital, o clínica. La meta de la estrategia del cuidado en salud es asistir al anciano a quedarse en su hogar, y con ese fin, la estrategia del cuidado del anciano podría demandar una amplia gama de servicios, recursos y estructuras de apoyo, dependiendo de la situación particular de cada paciente. El núcleo central de las actividades del cuidado a domicilio es la visita domiciliaria de la enfermera, la supervisión médica periódica, y coordinación de servicios para el anciano.

Muchas veces, el gerente de casos cuenta con el diagnóstico médico del paciente, especialmente cuando el paciente ha experimentado una hospitalización reciente o un contacto con el médico. Con base en este diagnóstico, y siguiendo la recomendación del profesional en ciencias médicas, el gerente de casos

implementa el programa de asistencia que el cliente necesita y establece el perfil de la estrategia a seguir.

- 3- El plan de atención al paciente demanda que el gerente de casos se convierta en coordinador de los servicios que el paciente necesita. El gerente de casos basado en el diagnóstico, se encarga de contactar las agencias gubernamentales y privadas que ofrecen servicios a los cuales el paciente tiene derecho. El gerente de casos es un experto en cuanto a los derechos de los pacientes, y aboga por obtener los recursos financieros, sociales, de salud, y de apoyo requeridos por el paciente. El plan de atención al paciente es flexible y cambiante porque los ancianos pacientes muestran gran variabilidad en su condición de salud y en las necesidades respectivas de bienes y servicios.
- 4- La supervisión del paciente se hace con mayor frecuencia a través de la visita domiciliaria. El gerente de casos maneja alrededor de cuatro a cinco visitas domiciliarias diarias a diferentes pacientes/clientes y entre veinte a treinta visitas a pacientes semanalmente. Por lo general, los gerentes de casos en el campo de la salud, en los Estados Unidos, manejan una cartera de unos 40 a 60 clientes, para los cuales el gerente de casos coordina su cuidado y atención a domicilio. A los pacientes más saludables se les supervisa poco, y aquellos pacientes que tienen problemas de salud, son supervisados con mayor frecuencia. En un país desarrollado, como son los Estados Unidos, mucha de esta supervisión se hace telefónicamente. El paciente o cliente raras veces llega a la oficina o despacho del gerente de casos. Por lo general, el domicilio del paciente es la localización en dónde se lleva a cabo el encuentro entre el paciente y su gerente de casos, pues es en el hogar mismo del anciano en dónde el gerente de casos puede mejor evaluar las necesidades del cliente para que éste permanezca en su hogar.
- 5- El caso de un cliente/paciente se da por terminado en cuanto al

gerente de casos concierne, cuando el paciente es admitido al hospital, a un hogar para ancianos, o a un hospicio u otra institución de cuidado intensivo. Valga la pena informarle al lector latinoamericano, que en los Estados Unidos, se designa por "hospicio para ancianos" una institución en dónde se admiten a ancianos que ya se encuentran en la etapa última de la vida, o cuya condición de salud es tan precaria, que quizás no hay esperanzas para el paciente. También el caso termina, cuando muere el paciente.

Es interesante recalcar que en el estudio llevado a cabo por el autor de este artículo en los Estados Unidos, se encontró que los mismos gerentes de casos en el campo de la salud habían creado un lenguaje particular para la actividad profesional que ellos llevan a cabo, para asistir a los ancianos. Debido a que muchas de las tareas de un gerente de casos implica el contactar agencias gubernamentales, médicos, enfermeras, enfermeras visitadoras a domicilio, fisioterapeutas, acompañantes para ancianos solitarios, sicólogos o psiquiatras, farmacéuticos, o servicios de ambulancia, los mismos gerentes de casos han denominado al trabajo que ellos hacen "establecer redes de apoyo" o en inglés, *networking* (Hidalgo, 1991). En este sentido, la labor principal del gerente de casos es la de conectar al cliente a la amplia red de organizaciones que brinda diversos servicios y derechos a los ancianos, y el gerente de casos hace el "corretaje" de estos bienes y servicios a nombre del anciano.

El afán principal de un gerente de casos es coordinar los servicios que el anciano necesita, encajando al anciano con las estructuras que suministran el servicio, y sirviendo el gerente de casos como mediador entre las agencias de servicio y el paciente. Con frecuencia, el gerente de casos representa los intereses de sus clientes y defiende sus derechos ante los diversos departamentos, agencias, u organizaciones que brindan servicios a los ancianos.

4. El paradigma de vivir independientemente

La incidencia de condiciones crónicas y diferentes patologías que merman la movilidad y la autonomía de la persona, conforme ésta envejece, ha llamado la atención de los profesionales en salud. Especialmente porque la población mayor a los 65 años es la que más utiliza los servicios médicos en los Estados Unidos.

Para establecer el criterio de “autonomía” e “independencia” del individuo, numerosos estudios utilizaron el criterio de “actividades de la vida cotidiana” (AVC) y el de “actividades instrumentales de la vida cotidiana” (AIVC), para indicar el repertorio de rutinas cotidianas en que un individuo debería mostrar aptitud suficiente, para considerarse capaz de vivir autónomamente o independientemente (Katz, S.; Ford, A.B.; Maskowitz, R.W.; Jackson, B.A. & Jaffe, M.W.; 1963).

Inclusive el inventario de AVC y AIVC se convirtió en una herramienta útil para determinar las áreas específicas en que un individuo necesitaba ayuda, para asistirle a alcanzar una vida relativamente independiente.

Típicamente, se entienden por actividades de la vida cotidiana, las actividades básicas necesarias para sobrevivir; comer, defecar, vestirse, bañarse, y poder movilizarse (locomoción). Las actividades instrumentales de la vida cotidiana incluyen el cocinar, limpiar, lavar la ropa, quehaceres hogareños para mantener la casa funcionando, movilizarse por sí mismos, escribir, leer, administrar el dinero, utilizar tal equipo como el teléfono, y el poder entender y seguir instrucciones (Kane y Kane, 1987).

El tipo de asistencia de las personas que experimentan condiciones crónicas, ha sido definido como “cuidado a largo plazo” (long-term care), y se define como: “...el conjunto de servicios de salud, cuidado personal y servicios sociales brindados durante un período sustentado de tiempo a personas que han perdido, o nunca tuvieron, algún grado de capacidad funcional” (Kane y Kane, 1987:4).

Los estudios sobre cuidados a largo plazo a personas que muestran dificultades en su capacidad funcional, revelan que la mayoría de estos cuidados son brindados por mujeres (Stone, Cafferata, y Sangl, 1987). También han revelado los estudios que los servicios son costosos, y que el cuidado de personas con dificultades en su capacidad funcional, conlleva una carga emocional y física sobre el que brinda los cuidados, especialmente, si hay nexos de parentesco con la persona que se cuida (Soldo, 1981).

Precisamente por los costos hospitalarios y de hogares para ancianos, y por las dificultades que tiene la familia nuclear típica para dedicarle atención a un anciano que muestra un cierto grado de dependencia, es que se comenzó a impulsar en los Estados Unidos el paradigma de la vida independiente. Algunos autores han calificado al paradigma de la vida independiente como un movimiento social que tuvo ramificaciones políticas, económicas y sociales bastante significativas en los Estados Unidos (DeJong, 1984).

El movimiento había sido iniciado por un programa piloto puesto a prueba por la Universidad de Illinois, para asistir a los veteranos de la Segunda Guerra Mundial, que habían quedado afectados hasta tal grado de requerir asistencia (DeLoach, Wilkins, and Walker, 1983). Se estima que tanto los que sufrían algún tipo de limitación funcional, como los mismos profesionales en el campo de la rehabilitación, promovieron el movimiento para "la vida independiente".

El movimiento de vivir independientemente adquirió mucha aceptación en los Estados Unidos, especialmente porque los profesionales en el campo de la rehabilitación se dieron cuenta que en muchos casos la reorientación vocacional no era posible. Como acontece con aquellos casos en que hay pérdida severa de la capacidad funcional, por ejemplo, algunos ancianos, sobre todo aquellos mayores de 85 años. Por eso se estima en el campo de la salud en esa nación, que el paradigma de la vida independiente vino a sustituir el paradigma de la rehabilitación, pues se concluyó que hablar de rehabilitación en muchos casos era inútil.

El paradigma de la vida independiente se centró sobre el máximo resultado posible en la ejecución de las actividades de la vida cotidiana, por parte del paciente. La diferencia entre la filosofía terapéutica de la vida independiente, en contraste al paradigma de la rehabilitación, es que el paciente tiene el control de la vida social, al cambiar el foco de interés, ya no sobre el individuo mismo, sino sobre su entorno. Los esfuerzos se concentraron en proveer los servicios que necesitaba el paciente para vivir en su entorno social.

Se llegó a denominar a los servicios “para la vida independiente”, a aquellos servicios necesarios para garantizar que el individuo con mermas en su capacidad funcional, pudiera vivir lo más independientemente posible, y se pudiera valer por sí mismo al máximo, con un mínimo de asistencia profesional (DeLoach, Wilkins and Walters, 1983:31-32). La vida independiente del anciano con mermas de capacidad funcional, es uno de los fines de la gerencia de casos para ancianos en los Estados Unidos.

5. Conclusión

Los programas de gerencia de casos en los Estados Unidos han tenido su utilidad debido a las grandes distancias geográficas, por el deterioro de las redes familiares de apoyo, y por el deseo que tienen muchos ciudadanos de ese país de vivir autónomamente en sus propios hogares. En la cultura ciudadana de los estadounidenses se inculca sistemáticamente el aprecio a la autonomía del individuo, la iniciativa e independencia de la persona, así como el asumir responsabilidad por los asuntos que conciernen al bienestar físico, económico, y de salud, para las clases sociales menos pudientes, la medicina basada en lucro representa una barrera bastante grande en el acceso a los servicios de salud. Los gerentes de caso, como abogados de los ancianos, han jugado un papel sumamente importante en el “corretaje” de bienes y servicios a los que puede optar el anciano que ha decidido vivir en su hogar. Al autor de este artículo le correspondió ver ancianos en condición de salud sumamente delicados, ser atendidos a domicilio por el equipo coordina-

do por el gerente de casos: médicos, enfermeras, terapéutas (sicoterapéutas, fisioterapéutas, terapeutas ocupacionales), y acompañantes voluntarios. Si bien la gerencia de casos ha demostrado que puede asistir a los ancianos que se queden en su propio hogar, sin embargo, existen múltiples dudas sobre si esta modalidad de administrar bienes y servicios a domicilio ha representado costos más bajos. También ha podido demostrar, la gerencia de casos, que puede cuidar a los ancianos de acuerdo con estrategias individualizadas a las necesidades particulares de cada caso. Tanto así, que aún centros de salud comunitarios sin fines de lucro han implementado en esa nación programas de gerencia de casos para la atención de ancianos.

En una sociedad como la estadounidense, en dónde la medicina se práctica con fines de lucro, la distancia que cubre el "paciente" (el enfermo) del "Cliente" (el que paga los servicios), es sumamente borrosa. Con frecuencia los médicos en los Estados Unidos han sido acusados de excederse en la utilización de técnicas costosas de tratamiento, como la cirugía, la cesárea, y exámenes de diagnóstico (Stevens, 1989), con el afán de sacar ventaja económica de la situación del paciente-cliente. Los gerentes de casos han probado ser buenos "protectores del consumidor", ayudando vigilantemente a evitar los excesos por parte de los profesionales en salud.

BIBLIOGRAFIA

- Amerman, E. 1985. *The Nurse/Social Worker Dyad in Community-Base Long-Term Care*, in C.D. Austin, et al. (Eds), *Case Management: A Critical Review*, Seattle, Wa: *Pacific Northwest Long-Term Care Gerontology Center, University of Washington*.
- Barney, J.L. 1977. *The Prerogative of Choice in Long-term Care*, *Gerontologist*, (17).
- Brickner, P.W., et al. 1976. *Home Maintenance for the Home-Bound Aged*, *The Gerontologist*, (16).

- Callahan, J.J. Diamond, L.D. & Morris, R. \ 1980. *Responsability of Families for Their Severly Disabled Elders, Health Care Financing Review, (1).*
- DeJong, G. 1984. *Independent Living; From Social Movement to Analytical Paradigm, in R. Marinelli & A Del Orto (Eds.), The Psychology and Socal Impact of Physical Disability. New York; Springer.*
- DeLoach, CP.; Wilins, R.D.; And Walker, G.W 1983. *Independent Living; Philosophy, Process, and Services. Baltimore, University Park Press.*
- Ferrini, A. & Ferrini, B. \ 1989. *Health in Later Years. Dubuque, IA; Brown.*
- Gubrium, J. F. & Sankar, A. 1990. *The Home Care Experience; Ethnograby and Policy. Neubury Park, Sage.*
- Hidalgo González, J.G. 1991. *Case Management for the Frail Elderly; An Ethnographic Study of Proyect LIVELY, Douglas County, Kansas. Lawrence, Ks; The University of Kansas.*
- Hodgson, J.H. & Quinn, J.L. 1980. *The Impact of the Triage Health Care Delivery System Upon Client Morale, Independent Living and Cost of Care, Gerontologist, (20).*
- Katz, S.; Ford, A.B.; Maskowitz, R.W.; 1963. Jackon, B.A. & Jafe, M.W. *Studies of Illness in the Aged; The Index of ADL. A Standardized Measure of Biological Function, Journal of the American Medical Association, 1985.*
- Kane, R.L. & Kane, R.A. 1990. *Health Care for Older People: Organizational and Policy Issues, in R.H. Binstock and L.K. George (Eds.), Handbook of Aging and the Social Sciences. San Diego; Acade-mic Press.*
- Kane, R.L. & Kane, R.A. 1987. *Long-Term Care: Principles, Programs and Policies. New York; Springer.*
- Kane, R.L. & Kane, R.A. 1982. *Values and Long-Term Care. Lexington, Mass: Lexington Books.*
- Kaye, L. W. 1985. *Homecare, in A. Monk (Ed.), Handbook of Gerontological Services. New York; Van Nostrand Reinhold.*
- Lubben, J.E. 1986. *Models of Delivering Long-Term Care, in G.L. Maddox (Ed.), The Encyclopedia of Aging. New York; Springer.*

- Noelker, L. and Harel, Z. 1978. Prediction of Well Being and Survival Among Institutionalized, *The Gerontologist*, (18).
- Skellie, F.a. & Coan, R.E. 1980. Community based Long-term and Mortality; Preliminary Findings of Georgia's Alternative Health Services Project, *Gerontologist*, (20.).
- Soldo, B.J. 1981. The Living Arrangements of the Elderly in the Near Future, in S.B. Kiesler; J.N. Morgan & V.K. Oppenheimer (Eds.), *Aging: Social Change*. New York. Academic Press.
- Steinberg, R.M. & Carter, G. 1982. Case Management and the Elderly. Lexington, MA; DC Heath.
- Stevens, R. 1989. In *Sickness and in Wealth: American Hospitals in the Twentieth Century*. New York; Basic Books.
- Stone, R.; Cafferata, G.L. & Sangl, J. 1987. Caregivers of the Frail Elderly; A National Profile, *The Gerontologist*, Vol. 27, No. 5.
- U.S. General Accounting Office. 1979. *Entering a Nursing Home; Costly Implications for Medicaid and the Elderly*, Washington, DC; Government Printing Office.
- Weissert, W.G. 1985. Seven Reasons Why it is so Difficult to Make Community Based Long-Term Care Cost-Effective, *Health Services Research*, (20).
- White, M. 1987. Case Management, in G.G. Maddox (Ed.), *Encyclopedia of Aging*. New York; Springer.
- White, M. & Grisham, M. 1982. *The Structure and Process of Case Management in California's Multipurpose Senior Services Project*. Berkeley, CA; University of California at Berkeley.