

COORDINACIÓN sociosanitaria

ACTAS

COLABORAN:

Agustina Hervás de la Torre, J. Daniel Rueda Estrada, J. A. de la Rica Giménez, Lourdes Zurbanobeaskoetxea Laurodogoitia, Marisa Arteagoitia González, Naiara Artaza Aristondo, Lucía Íñigo Regalado, Inmaculada Sánchez Martín, Leyre Gómez Lambarri, Ernesto Heliodoro Notario Ajuria, Txema Duque Carro, Juan Miguel Cabello Neila, Pablo González Álvarez

Caser
FUNDACIÓN

16

mar

2016

año VI

Queridos lectores:

Gracias por acompañarnos en las reflexiones de este primer número de 2016 de Actas de Coordinación Sociosanitaria. A lo largo de este año afrontamos tres retos importantes para la revista:

- Conseguir reequilibrar el ámbito de la atención sociosanitaria integrada en el lugar que le corresponde: en el espacio a compartir entre servicios sociales y sanidad. La atención integrada hace referencia al paquete de servicios conjuntos para la persona que requiere cuidados sanitarios para su enfermedad crónica y cuidados personales y del entorno para la mejor atención de su dependencia. El primer año de esta visión fue 2015 cambiando el nombre de "Actas de la Dependencia" a "Actas de Coordinación Sociosanitaria" y esto requirió introducir perspectivas más sanitarias que las que previamente acompañaban a la revista más centrada en la dependencia. Este año trataremos de devolver un equilibrio entre los sectores sanitario y social. Y por tanto, buscaremos mayor presencia de nuevo del sector social para equilibrar ambos puntos de vista.

- Poder facilitar a nuestros lectores un formato más amable, diverso y sencillo de leer. Para esto:

- Hemos utilizado la nueva APP, gracias a la cual la revista es descargable en formato electrónico de lectura directa en tabletas.
- En vez de seguir números monográficos como en 2015, utilizaremos contenidos diversos en cada uno de los tres números mezclando diferentes temáticas y perspectivas, desde la visión institucional hasta la clínica o la académica.

- Poder compartir con nuestros lectores elementos de relevancia que marcarán hitos en la agenda de la atención sociosanitaria en España. Para ello incluimos la sección de Actualidad, que sin pretender convertirse en un boletín de noticias (para lo cual ya hay numerosos recursos en el panorama de medios de comunicación electrónicos), espera poder poner el acento en encuentros que sin duda serán de interés para los lectores de nuestra revista.

Este número de marzo se hace eco de estos nuevos alicientes: volviendo a la visión del equilibrio entre lo sanitario y social, comienza nuestra revista recogiendo las reflexiones del Trabajo Social en salud, como muestra indiscutible del área de experiencia que ofrece una de las profesiones claves del sector. Igualmente, se revisan problemas específicos, que sin dejar de serlo están también en el seno del enfoque sociosanitario y plantean retos para la atención integrada: hablamos tanto de la ruralidad, como de la exclusión social. Sirve el artículo de Caser Residencial para ver cómo el sector residencial, busca la excelencia atendiendo cada vez mejor las necesidades de cuidados personales y la creciente necesidad sanitaria de los mayores que viven en los centros de nuestro país... Estos requieren cambios y adaptaciones de los contextos de planificación y normativos: el País Vasco ha mostrado en los últimos años, como establecer marcos que favorezcan el camino hacia un horizonte más sociosanitario tanto de la salud como de la atención a la dependencia.

CONSEJO DE REDACCIÓN

Juan Sitges Breiter

Ángel Expósito Mora

Amando de Miguel Rodríguez

Julio Sánchez Fierro

Gregorio Rodríguez Cabrero

Antonio Jiménez Lara

Pablo Cobo Gálvez

Emilio Herrera Molina

DIRECCIÓN DE LA REVISTA

Emilio Herrera Molina

SECRETARÍA DE LA REVISTA

Ana Artacho Larrauri

/17 LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA: ESPACIO PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE LAS POBLACIONES.

AGUSTINA HERVÁS DE LA TORRE

Trabajadora Social Sanitaria. Socióloga.
Presidenta Asociación Española de Trabajo Social y Salud.

/21 LAS PERSONAS MAYORES EN EL MUNDO RURAL. UNA VENTANA A LA ESPERANZA.

J. DANIEL RUEDA ESTRADA

PTUN Universidad de Valladolid.
Profesor colaborador Master Trabajo Social Sanitario en la UOC.

/33 LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN EUSKADI. UNA VISIÓN PRAGMÁTICA.

J. A. DE LA RICA GIMÉNEZ

LOURDES ZURBANOBEASKOETXEA LAURODOGOITIA

MARISA ARTEAGOITIA GONZÁLEZ

NAIARA ARTAZA ARISTONDO

LUCÍA IÑIGO REGALADO

INMACULADA SÁNCHEZ MARTÍN

Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.

/47 EVOLUCIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA SANITARIA A DOMICILIO PARA PERSONAS SIN HOGAR CONVALECIENTES EN EL ALBERGUE MUNICIPAL DE ELEJABARRI (AYUNTAMIENTO DE BILBAO).

LEYRE GÓMEZ LAMBARRI

Trabajadora social. Jefatura de Negociado de Alojamientos Sociales.

ERNESTO HELIODORO NOTARIO AJURIA

Trabajador social. Albergue Municipal de Elejabarri.

TXEMA DUQUE CARRO

Trabajador social. Jefatura de Sección de Inclusión y Urgencias Sociales.

/61 LA EXPERIENCIA DE CASER RESIDENCIAL EN LA COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA. MODELOS DE INTERVENCIÓN.

JUAN MIGUEL CABELLO NEILA

Responsable Asistencial-Director Médico. CASER RESIDENCIAL.

PABLO GONZÁLEZ ÁLVAREZ

Director de Calidad, Innovación y Prevención. CASER RESIDENCIAL.

/71 ACTUALIDAD.

LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA: ESPACIO PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE LAS POBLACIONES.

AGUSTINA HERVÁS DE LA TORRE

Trabajadora Social Sanitaria. Socióloga.
Presidenta Asociación Española de Trabajo Social y Salud.

SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN. LA ESPECIFICIDAD DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO.

2. LA ATENCIÓN SOCIAL PROFESIONAL DENTRO DEL SISTEMA SANITARIO.

3. APORTACIONES DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO A LA SALUD DE LAS POBLACIONES.

4. LAS DESIGUALDADES EN LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD EN ESPAÑA.

5. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Trabajo Social Sanitario; Coordinación sociosanitaria; Atención sociosanitaria; Gestión de casos; Atención integral a la salud.

RESUMEN

Revisando la evolución histórica del Trabajo Social podemos comprobar como el Trabajo Social Sanitario tiene una identidad propia, que lo diferencia de otras áreas de intervención del trabajo social dentro del Estado de Bienestar. Esta seña de identidad lo sitúa como nexo de unión entre el sistema sanitario y el resto de sistemas de protección que existen en la sociedad, trabajando con los pacientes y sus familias, los grupos en los que se constituyen y la comunidad en la que se asientan, y todo ello desde su posición en el sistema sanitario.

El trabajo social sanitario utiliza la gestión de casos como metodología para su intervención, siendo la coordinación sociosanitaria el ámbito de su actuación profesional. Con la intervención social en salud del trabajo social, se proporciona una atención integral a la salud de la población. La contribución al Sistema Sanitario y a la Salud Pública, está en la defensa de la salud y los derechos sociales de las personas, reduciendo así las desigualdades sociales mediante el fomento de la participación comunitaria.

KEYWORDS

Public Health Social Work. Public health coordination. Public health care. Case management. Comprehensive health care.

ABSTRACT

Reviewing the historical development of Social Work we can see how Public Health Social Work has its own identity, which distinguishes it from other areas of social work intervention in the welfare state. This hallmark makes it a link between the health system and other protection systems that exist in society, working with patients and their families, the groups in which they are formed and the community in which they are established, all this from their position in the health care system. Public Health Social Work uses case management as a methodology for intervention, public health coordination being the area of its professional activity. With social intervention in health and social work, comprehensive health care of the population is provided. The contribution to the Health System and to Public Health lies in the protection of health and the social rights of people, thus reducing social inequalities by promoting community participation.

1. INTRODUCCIÓN. LA ESPECIFICIDAD DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO.

El Trabajo Social como disciplina científica y profesión se configuraba a finales del S. XIX y principios del S. XX, a la vez que lo hacían otras ciencias sociales como la sociología o la psicología. Lo hizo muy ligado a la ciencia médica y así en 1905 se contrataba en el hospital de Massachusetts a la primera trabajadora social. El Dr. Richard Cabot creaba el primer Servicio Social Médico para investigar y trabajar sobre los aspectos sociales que influían en la enfermedad. (Hervás, A. 2012).

Desde 1874, en EEUU se celebraba anualmente la "National Conference of Charities and Correction" auspiciada por la Sociedad Sociológica Americana, que a partir de 1917 pasó a llamarse "National Conference of Social Work" y, posteriormente, desde 1957 se denomina "National Conference on Social Welfare".

En estos foros se reunían líderes de las organizaciones sociales y de la asistencia social para debatir sobre los problemas sociales de la época: la pobreza, el crimen, el estado de la vivienda, la inmigración, la delincuencia juvenil, el cuidado de los discapacitados y menores dependientes, la problemática de la caridad "médica"... Además emitían informes sobre dichos temas que sirvieron para el cambio de legislaciones y reformas sociales, políticas y económicas. (Addams, J. 2013).

En estas conferencias, los profesionales de la época ya hacían diferencias entre las distintas áreas de intervención del trabajo social. En 1895, el alemán C.R. Henderson, fundamentaba las actividades de la German Inner Mission, cuyo objetivo era la educación de los jóvenes,

en la **visión del ser humano como ser bio-psico-social-cultural**, esto es, **un siglo antes de que la OMS** definiera la salud como el bienestar físico, psíquico y social.

En 1908 Ida M. Cannon, trabajadora social del hospital de Massachusetts, consideraba al trabajador social sanitario como **nexo de unión entre el sistema sanitario y la comunidad**.

Ese mismo año, Mary M. Ogilvie, trabajadora social de un dispensario en Pennsylvania, consideraba la importancia de coordinarse con los trabajadores sociales de los distritos y afirmaba que este nuevo trabajo tenía un gran futuro. **Claramente se refería a la coordinación socio-sanitaria**.

Garnet Isabel Pelton, en 1910, tenía un lema que no podemos olvidar, **"trata a la enfermedad pero no olvides de tratar al hombre"**. (en Allué Martínez X. y Colom Masfret D. 2009).

Valgan todas estas referencias de los orígenes de la profesión para confirmar su plena actualidad y entender la especificidad del trabajo social sanitario (TSS).

El TSS aplica y gestiona los aspectos sociales de la enfermedad que padecen las personas atendidas en los centros sanitarios.

Como afirma Colom (2008), "la correcta denominación y ubicación de la profesión es importante para comprender el factor diferencial que se desprende de sus intervenciones, asumiendo las funciones que le son propias y no otras, de manera que no cree confusión con el trabajo social practicado en otros ámbitos del estado del bienestar, como los servicios sociales, la educación, la justicia o el ámbito laboral".

Colom, continua diciendo que “el trabajador social sanitario previene situaciones sociales estresantes en el ámbito individual/familiar sobrevenidas a raíz de la enfermedad, o que puedan inducir en ella. Investiga realidades manifestadas en las personas enfermas atendidas y su entorno, y participa en actividades de formación”. A todo esto hay que añadirle el trabajo con la comunidad en la promoción de su salud y prevención de la enfermedad.

El Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno; dado que la salud es un concepto integral. Daniel Gil (2012) considera que el TSS se define como un trabajo social situado en el margen entre el individuo y su medio. No se trata de un margen físico, sino de un margen epistemológico y constitutivo del propio saber que sigue la tesis de Foucault para las ciencias sociales y que “se autoconstruye en la vecindad y a lo largo de esas ciencias en las que se trata de la vida, del trabajo y del lenguaje”. El trabajador social sanitario interviene en la relación entre el hombre con su biología (salud), su lenguaje (comunicación) y su producción (inserción social/trabajo).

En los años cuarenta del siglo XX comenzamos a tener trabajadores sociales sanitarios en los hospitales españoles. En 1969 la OMS y la OPS en su documento sobre “Planificación y administración de hospitales”, recogía la necesidad de tener trabajadores médico-sociales en los hospitales, al afirmar que “un departamento médico-social bajo la dirección de una trabajadora médico-social adiestrada capaz de colaborar con los clínicos, es una necesidad virtual en el hospital moderno; sin él, gran parte de la competencia y esfuerzos de los médicos y las enfermeras puede desperdiciarse”.

A partir de la creación de la atención primaria (Real Decreto 187/84 sobre Estructuras Básicas de Salud) también contamos con esta figura profesional en los Centros de Atención Primaria, así el **Sistema Nacional de Salud (SNS) considera el Trabajo Social como una prestación básica dentro de su cartera de servicios**, cuestión refrendada también en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS 16/2003.

De esta manera, nuestro SNS pone los medios para proporcionar una atención social profesional y especializada a aquellas personas con problemas de salud y dificultades en la resolución de problemas de la vida cotidiana que acuden a los centros sanitarios. Con ello garantiza una atención integral a la salud de la población, es decir una atención bio-psico-social.

2. LA ATENCIÓN SOCIAL PROFESIONAL DENTRO DEL SISTEMA SANITARIO.

Como se dijo anteriormente, el Trabajo Social interviene con el individuo y en su interacción con su entorno, esto es, en los grupos en los que se constituye y en la comunidad en la que se asientan. Estos tres sujetos de atención clásica han dado lugar a tres áreas de intervención propias del trabajo social: trabajo social individual/familiar (casework), trabajo social de grupo y trabajo social de comunidad, todas ellas relacionadas entre sí y no excluyentes.

Cada una de estas áreas, son sujeto de intervención también desde el trabajo social sanitario aunque pueden desarrollarse en mayor o menor medida en función del dispositivo de salud donde nos situemos, atención primaria o atención especializada (dentro de esta división incluimos los servicios de atención a la Salud Mental y aquellos otros dispositivos de atención

sanitaria a poblaciones específicas: centros de tratamiento de adicciones, centros de atención a la salud reproductiva, etc.).

Vamos a centrarnos en cada una de las áreas de intervención desde el trabajo social sanitario.

En el **Trabajo Social de Caso** (casework), se evalúa al paciente y su familia, teniendo en cuenta las condiciones que les rodean, para poder establecer un diagnóstico social y un plan de intervención, que les permitan desarrollar capacidades para resolver las situaciones de malestar psicosocial causadas por la enfermedad, o que puedan influir en la misma. Esta intervención se documenta en la historia social sanitaria y está orientada al trabajo sobre las fortalezas y las capacidades de los pacientes y sus familias, de manera que implica superar el binomio necesidades – recursos y se realiza mediante la Coordinación Sociosanitaria, utilizando la metodología de Gestión de Casos.

La **gestión de casos** se definió como tal en la década de 1970 en EEUU “case management, traducido como gerencia de casos o gestión de casos”. Fue la respuesta a la disfuncionalidad de los sistemas de protección del momento y de ahí que la coordinación entre servicios sea fundamental para la gestión de casos. Esta definición se data en el Acta Estadounidense de Servicios Coaligados de 1971, que reconocía la necesidad de mejorar los programas de ámbito estatal y local de los departamentos de Salud, Educación y Bienestar (En este documento hay tres administraciones implicadas) (Eguren, E. 2012, en Hervás, A. 2014).

En 1992, La Asociación Nacional de Trabajadores Sociales de EEUU (*National Association of Social Workers, NASW*) define la gestión de

casos como “un método de provisión de servicios en el que un profesional del trabajo social valora las necesidades de la persona, y de su familia cuando sea adecuado y organiza, coordina, monitoriza, evalúa y apoya (media) un grupo de múltiples servicios para satisfacer las necesidades complejas de un cliente específico”.

Se concibe la gestión de casos a través de las siguientes características:

- Un modelo de intervención holístico.
- Se centra en la persona inserta en su entorno.
- Potencia la autonomía personal y la participación social.
- Facilita el acceso a recursos coordinados que responden a las necesidades integrales de dichas personas.

Hunter (1988, en Sarabia, A. 2007) puntualiza varias recomendaciones.

En primer lugar insiste en no confundir la gestión de casos con la *gestión de cuidados* (*care management o managed care*). La gestión de cuidados, realizada por los profesionales de enfermería, está diseñada para evitar o acortar la hospitalización y reducir sus costes, y no está orientada a las necesidades del paciente. Así lo hace saber el Consejo Asesor de Sanidad del Ministerio en su “Informe para la Coordinación y Atención Sociosanitaria” (2013), donde considera que la gestión de casos de la enfermera es un factor estratégico para la sostenibilidad del sistema sanitario porque permite ahorros al liberar camas hospitalarias de agudos, y en esto fundamenta la coordinación sociosanitaria. Está claro que el Consejo Asesor confunde gestión de casos con gestión de cuidados.

La segunda recomendación de Hunter es que no se debe usar la gestión de casos para otros intentos de coordinación entre servicios, cuestión (la coordinación de servicios) que también se propone en el informe de este Consejo. De manera que esta propuesta del Consejo Asesor incumple las dos recomendaciones de Hunter sobre la gestión de casos.

Como decía anteriormente, la coordinación entre servicios es fundamental para el desarrollo de la metodología de gestión de casos y es aquí donde tenemos que hablar de la **Coordinación Sociosanitaria**.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como: "la necesidad de una acción intersectorial, es decir, la acción en la que el sector salud y los demás sectores pertinentes colaboran para el logro de una meta común mediante una estrecha coordinación de las contribuciones de los diferentes sectores."

Este es el espacio profesional donde nos movemos los trabajadores sociales, tanto de salud como de servicios sociales, entendidos estos en sentido amplio (municipales, de educación, de justicia, de mayores, de discapacitados...) y este es el espacio que facilita la continuidad asistencial de la intervención social.

Los trabajadores sociales en el sistema sanitario somos los profesionales de enlace que coordinamos acciones entre sistemas y con otros profesionales. También lo entiende así el Ministerio de Salud, ya que en la estrategia nº 27 sobre la Mejora de la Coordinación entre Servicios Sanitarios y Servicios Sociales (2007) se afirma: "con el propósito de mejorar la cooperación de los servicios sanitarios y los servicios sociales en la atención a los usuarios, entre las

líneas de actuación está impulsar la figura del trabajador social en Atención Primaria para mejorar la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales".

Esta coordinación se realiza en función de las necesidades que presente la persona y los objetivos marcados en el plan de trabajo, todo ello formando parte de la metodología de gestión de casos.

La salud de las personas está influenciada por diferentes determinantes y las necesidades de distinta índole que se plantean no pueden ser atendidas en su totalidad por los servicios sanitarios, requiriéndose de la intervención de otros sistemas. La coordinación sociosanitaria es la clave que nos va a permitir optimizar las actuaciones y recursos de cada uno, además de mejorar la intervención.

En ese espacio de trabajo profesional, que es la coordinación sociosanitaria, se consensuan y priorizan los objetivos referidos al plan de trabajo con las personas que atendemos, así como las acciones que cada entidad va a llevar a cabo para conseguir dichos objetivos.

Este espacio profesional está limitado por las capacidades de acción de cada profesional, referidas estas a las propias limitaciones profesionales que marca la entidad a la que se debe. Este espacio de trabajo propicia por tanto un trabajo en red interprofesional e intersectorial, donde se incluyen también entidades privadas y el tercer sector. (Hervás, A. 2015).

En este punto, es preciso señalar que con la implementación en estos años de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, se

ha puesto de manifiesto la necesidad de coordinar, complementar e integrar las actuaciones de los servicios sociales con los sanitarios en determinados casos de personas dependientes y de otros colectivos.

Nos encontramos con personas que necesitan utilizar simultáneamente servicios sanitarios y sociales en un momento de su vida. Son situaciones que superan los límites de la coordinación sociosanitaria a la que aludíamos antes, de aquí que los dos sistemas deban actuar de forma conjunta y complementaria en su respuesta, una respuesta sin brechas, ni fisuras, ni dilaciones en el tiempo. Se necesita de un trabajo conjunto, colaborativo y con beneficios para todos los partícipes, que proporcione mejoras en la salud y el bienestar social. Requiere por tanto una voluntad expresa y un marco formalizado de compromisos y responsabilidades compartidas por parte de las administraciones. Es necesaria una **Atención Sociosanitaria**.

La ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud nos habla de la prestación sociosanitaria y la define como “la atención que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características, pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.”(Hervás 2015). Desde mi punto de vista esta Norma española nos está definiendo la Atención Sociosanitaria.

Aunque la necesidad de la Atención Sociosanitaria es manifiesta y sentida por todos, las administraciones no se ponen de acuerdo en su definición ni en su implementación, requiere

definir los criterios de los sujetos beneficiarios, la cartera de servicios, los equipos de trabajo y las metodologías de trabajo a emplear, así como la financiación de la misma.

La sociedad científica a la que represento, junto con el Consejo General de Colegios de Trabajo Social, hemos elaborado un Decálogo sobre la Atención Sociosanitaria que se puede consultar en nuestra web (www.aetrabajosocialsalud.es).

El **Trabajo Social de Grupo** siguiendo a G. Konopka (1968), pretende mejorar el funcionamiento social del individuo a través de experiencias constructivas de grupos, que le ayuden a enfrentarse con sus problemas personales. Las intervenciones grupales en TSS pueden estar orientadas a la consecución de objetivos preventivos y también de tratamiento social, contribuyendo al perfeccionamiento individual y a la consecución de objetivos sociales útiles.

Tanto el Trabajo Social de Grupo como el Trabajo Social Comunitario del que hablaremos después, dentro del TSS están enfocados desde el modelo de “Activos en Salud”. (Hervás, A. 2015)

Trabajar en activos de salud, en lugar de trabajar sobre los problemas, implica dirigirse hacia aquello que funciona, que tiene un efecto positivo para la salud, por ejemplo, las redes sociales, los sentimientos de autoeficacia personal y colectiva que son buenos para la salud y el bienestar.

Un activo para la salud se puede definir como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos y de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar

(Morgan A. & Ziglio E. 2007; Morgan A., Davis M & Ziglio E., 2010 en Hernan M.; Morgan A.; Mena A.L. 2012).

Existen diferentes modalidades de grupos conducidos por trabajadores sociales, son los grupos de autoayuda, grupos de promoción y educación para la salud, grupos socioeducativos...

Estos últimos, los grupos socioeducativos, es una modalidad por la que ha apostado la Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud y que desarrollan los trabajadores sociales sanitarios en los centros de salud de Andalucía. Comenzaron como una actividad dirigida a las mujeres, con el objetivo de desarrollar talentos personales y potenciar habilidades para el afrontamiento saludable de las dificultades de la vida cotidiana, desde una formación psicoeducativa basada en activos en salud y acorde a las líneas relacionadas con el II Plan Integral de Salud Mental en Andalucía. En la actualidad se están desarrollando también para hombres.

Tras seis años desde su implantación se ha comprobado la eficacia de este trabajo grupal al constatar que los integrantes desarrollan habilidades personales de adaptación y superación que elevan la autoestima y la seguridad, de manera que se modifican comportamientos y conductas capaces de influir en los determinantes en salud. (Consejería de Salud Junta Andalucía 2011).

En el **Trabajo Social Comunitario** se busca la consecución de objetivos comunes que den respuesta a necesidades detectadas en la comunidad. Es necesario abordarla y para ello es preciso conocerla realizando el mapa de activos

comunitarios, una acción que en sí misma ya forma parte de la intervención social y que lleva implícita la participación de la comunidad.

Sin el fomento y consecución real de la participación comunitaria no se puede realizar un adecuado trabajo social comunitario. Marco Marchioni (en Hervás A. 2011) figura clave en el trabajo social comunitario en España, considera que la participación comunitaria no consiste en ofertar actividades, prestaciones o programas a la población para que los consuman, sino en ofertar a la población oportunidades reales de participar (en función de su realidad) en las decisiones, ofertar medidas organizativas y programas que ellos mismos consideren importantes, útiles y necesarios.

Dentro del marco normativo que regula nuestro Sistema Sanitario, la Ley General de Sanidad 14/1986, en su art. 6 dice que las actuaciones de las administraciones públicas estarán orientadas a la dimensión social de la salud, y en el art. 5 establece la necesidad de la participación activa de la comunidad a lo largo de todo el proceso sanitario. Para el cumplimiento de esta Norma el sistema sanitario dota a los servicios de los profesionales necesarios.

La OMS define la Participación Comunitaria como el proceso por el que los individuos y las familias asumen la responsabilidad de su salud y bienestar particular o colectivo, contribuyen a su desarrollo económico y comunitario, conocen mejor sus problemas y necesidades de salud y pueden ser agentes activos de su desarrollo social y sanitario. Además define la Promoción de la Salud como el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla. Y define la

Atención Primaria como el espacio adecuado para el desarrollo de la promoción de la salud y la participación comunitaria dentro de una concepción integral de esta.

Por tanto el trabajo social sanitario en su área de intervención comunitaria trabaja mediante actividades basadas en las capacidades de las personas y la comunidad, identificando elementos clave que nos sirvan de introductores en la redes comunitarias, así como entidades y organismos dinamizadores. Está enfocado principalmente a la promoción de la salud, la activación y movilización de las personas que mediante su autodeterminación, su capacidad de superación y los valores de la acción cooperativa, buscan soluciones para la mejora de la salud de la comunidad.

En la promoción de la salud es donde la disciplina del Trabajo Social Sanitario y las demás disciplinas sanitarias convergen por el trabajo comunitario, cada una desde su ámbito de actuación deben considerar a la comunidad como objeto y como un área de intervención a la vez. La comunidad es la protagonista y se convierte en objeto y sujeto de atención. Siendo la promoción de la salud y el trabajo social prestaciones de la Atención Primaria de Salud (ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS).

Si bien es verdad que el TSS en el área comunitaria tiene más capacidad de acción desde la posición de la atención primaria, no podemos olvidar esta actividad desde el ámbito hospitalario. Desde estos centros sanitarios también se tiene que promover el desarrollo integral de la zona, potenciando las redes de ayuda mutua, el voluntariado, las redes de cuidadores y la cooperación entre servicios formales del territorio. Todo ello con el fin de promover la

presencia del hospital en la vida comunitaria y que las organizaciones comunitarias colaboren y participen en los objetivos de salud.

3. APORTACIONES DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO A LA SALUD DE LAS POBLACIONES.

Hasta aquí hemos podido ver la identidad del trabajo social sanitario y como desarrolla su actividad individual, grupal y comunitaria dentro del sistema sanitario, de todo ello se desprenden las siguientes aportaciones de esta disciplina a la salud de la población:

- Posibilidad de que el Sistema Sanitario proporcione una verdadera **atención integral** a la salud de la población, ya que la atención social en salud está realizada por los trabajadores sociales sanitarios que son los profesionales especializados en la intervención social.
- Conformar una **Historia Sanitaria**. Como instrumento de trabajo, el trabajador social sanitario utiliza la Historia Social, que unida a la Historia Clínica constituyen la Historia Sanitaria que debe ser la base para la atención sociosanitaria.
- **Conocimiento teórico, experiencia y práctica en el ámbito sociosanitario**. En las intervenciones asistenciales la mirada del trabajador social sanitario está puesta en las necesidades sociosanitarias de los pacientes dependientes, crónicos, paliativos, mujeres que sufren violencia, ancianos y menores maltratados, inmigrantes con dificultades de adaptación, etc. Son colectivos que constituyen el eje primordial de nuestra atención, y el ámbito sociosanitario es nuestro campo de trabajo.

- **Aplicación de la metodología de Gestión de Casos.** Desde el conocimiento científico y desde nuestra experiencia, podemos constatar que el método de trabajo para la intervención sociosanitaria es la Gestión de Casos. La aportación del diagnóstico social sanitario y las líneas de tratamiento social son imprescindibles para que el equipo de salud pueda realizar un correcto abordaje sociosanitario centrado en la persona y su medio. Sin estas aportaciones se corre el riesgo de sustituir la gestión de casos por una gestión de cuidados, en la que lo único que se hace es “asegurar” la continuidad asistencial a través del enlace con otros servicios.

- **Trabajo en red desde el sistema sanitario.** Tenemos conocimientos actualizados de los sistemas, sanitario, de servicios sociales, educativo etc., así como el manejo de los recursos sociales de distinta titularidad. Por tanto, mantenemos una posición de “profesional frontera” entre el sistema sanitario y el resto de sistemas de protección, esto nos proporciona la disposición necesaria para fomentar el trabajo en red y que esté presente como tal, en los espacios de trabajo para definir intervenciones con colectivos vulnerables.

- **Trabajo Social Comunitario desde el sistema sanitario.** Esto permite que se realice un abordaje de la salud comunitaria mediante actividades de promoción, prevención, el mapa de activos comunitarios y el fomento de la participación comunitaria en salud, propiciando espacios donde los ciudadanos tengan verdaderamente voz y voto en los temas que afectan a su salud.

- **Promover investigación bio-psico-social.** Mediante los tratamientos sociofamiliares

que realizamos tenemos conocimiento de los factores psicosociales que inciden en la salud y de los determinantes sociales que están intervenido en ella. Esto nos pone en una posición privilegiada para realizar y promover investigaciones, junto con el resto de miembros del equipo de salud, sobre la influencia de dichos determinantes sociales en los procesos de salud- enfermedad.

A modo de conclusión podríamos decir que nuestra contribución al Sistema Sanitario y a la Salud Pública está en la **defensa de la salud y los derechos sociales** de las personas, con dos objetivos fundamentales en nuestro trabajo:

1. Desarrollar **procesos de apoyo social** que ayuden a las personas que atendemos a afrontar situaciones y a tomar las decisiones más acordes con sus necesidades, deseos y preferencias.
2. Trabajar en la **reducción de desigualdades sociales en salud** a través del fomento de la participación comunitaria, donde la identificación de grupos vulnerables y población de riesgo tendrá una especial significación.

4. LAS DESIGUALDADES EN LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD EN ESPAÑA.

A pesar de ser el Trabajo Social una disciplina profesional unida a la salud desde su nacimiento hace más de un siglo, que es una prestación básica de nuestro Sistema Nacional de Salud y que los gestores entienden que es imprescindible para la atención integral a la salud y la coordinación sociosanitaria, lo cierto es que la dotación de estos profesionales en los centros sanitarios es muy dispar en todo el territorio nacional.

En el País Vasco no hay trabajo social en atención primaria de salud y solo se contempla en atención hospitalaria.

En la Comunidad Valenciana, la distribución es muy desigual en función del departamento de salud y la provincia. Los hospitales tienen poca dotación, las unidades de salud mental de Castellón no tienen trabajadores sociales y en atención primaria hay profesionales que atienden más de dos zonas básicas de salud. Los centros de adicciones y de salud sexual y reproductiva están infradotados.

En Aragón existen trabajadores sociales en los hospitales y en las zonas urbanas de atención primaria. En la atención primaria de las zonas rurales se comparte profesional entre dos centros y en las unidades de salud mental no hay.

En la Comunidad de Madrid, tanto en zonas rurales como en zonas urbanas, varios centros de salud comparten trabajador social. Aunque los centros de salud mental están mejor dotados, existiendo un profesional por centro, no se tiene en cuenta la población asignada a cada uno. Los hospitales públicos de esta comunidad tienen una dotación muy dispar, existiendo algunos con presencia física del trabajador social 24h y otros con un solo profesional en horario de mañana.

En Andalucía, inicialmente con el nacimiento de la atención primaria se contemplaba un trabajador social en cada centro de salud, pero en la actualidad encontramos que un único profesional puede compartir hasta tres centros de salud (sobre todo en zonas rurales, con la dispersión geográfica que conlleva). Los dispositivos de salud mental que tradicionalmente

estaban dotados de un trabajador social, han sido infradotados en los últimos años ya que se han abierto nuevos centros sin plaza de trabajador social en plantilla. Los hospitales tienen trabajadores sociales sin tener en cuenta ni las ratios de camas, ni las especificidades del centro en función de los servicios clínicos que prestan.

En Castilla y León existen trabajadores sociales en atención primaria, pero también, en función de las áreas, algunos atienden dos y tres centros de salud, y lo mismo ocurre en los centros de salud mental. En cuanto a los hospitales, igualmente la dotación es muy desigual.

En Cataluña la cobertura también difiere en función de las provincias, en Barcelona todos los centros de atención primaria están dotados de TSS al igual que los hospitales públicos. No ocurre lo mismo en el resto de provincias de la comunidad, Tarragona tiene dotación en la atención hospitalaria, pero no toda la atención primaria está cubierta de manera que los profesionales comparten varios centros, esta situación también se da en las otras provincias catalanas. La red de salud mental en esta comunidad es privada y dispone de trabajadores sociales que comparten centros.

En Navarra el sistema de salud tiene una sentencia del tribunal foral por la que debe dotar con un trabajador social cada uno de sus centros de salud. La aplicación de esta sentencia se está haciendo muy poco a poco.

La situación no es muy diferente en el resto de comunidades, de manera que hay una clara desigualdad en la atención a la salud de la población, atención que es un derecho social de todo ciudadano.

El hecho de compartir la atención de varios centros provoca, además, que los profesionales no puedan realizar un trabajo adecuado y de calidad, lo que añade otra dificultad a la atención social en salud.

Es preciso, por lo tanto, que la administración sanitaria se proponga firmemente corregir esta desigualdad. Una primera medida debería ser la creación de una estructura de gestión del TSS en todos los sistemas sanitarios de las CCAA que dimensione las necesidades profesionales, proponga orientaciones comunes de actividad y procedimientos de actuación, trabajando junto con el resto de gestores sanitarios en la definición de verdaderos protocolos integrales de atención a la salud, así como en programas de prevención y promoción.

5. BIBLIOGRAFÍA.

Adams J. (2013). "Hull House: el valor de un centro social". Serie Clásicos del Trabajo Social. Consejo General de Trabajo Social. Paraninfo.

Allué Martínez Xavier y Colom Masfret Dolors. (2009). "Contexto histórico en el trabajo social sanitario". Postgrado Trabajo Social Sanitario. UOC. Barcelona.

Colom Masfret, D. (2008). "El Trabajo Social Sanitario". Madrid. Ediciones S. XXI.

Consejería de Salud (2011). "Grupos Socioeducativos en Atención Primaria-GRUSE. Argumentario". Junta de Andalucía.

Consejo Asesor de Sanidad. (2013). "Coordinación y Atención Sociosanitaria. Informe". Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.

García Roldan, P. (2010). "Grupos socioeducativos para mujeres en atención primaria de salud en Andalucía". Servicio Andaluz de Salud.

Gil Martorell, D. (2012). "Es mucho más importante saber qué clase de paciente tiene una enfermedad, que saber qué clase de enfermedad tiene un paciente". Revista Trabajo Social y Salud nº 72. Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Zaragoza.

Hervás de la Torre A. (2011). "La Participación Comunitaria en Salud y el Trabajo Social Sanitario". Documentos de Trabajo Social nº 49-50. Colegio de Trabajadores Sociales de Málaga. ISSN 1133-6552. ISSN electrónico 2173-8246.

Hervás de la Torre, A. (2012). "Por qué se ha de reconocer al Trabajo Social en el ámbito de la salud como profesión sanitaria". Revista de Trabajo Social y Salud nº 72. Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Zaragoza.

Hervás de la Torre, A. (2014). "Implicaciones del Trabajo Social Sanitario en la Coordinación Sociosanitaria y la Gestión de Casos." Revista de Trabajo Social y Salud nº 78. Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Zaragoza.

Hervás de la Torre, A. (2015). "La coordinación sociosanitaria y la atención a la cronicidad: el derecho de/la paciente a una atención integral e integrada". Revista de Trabajo Social y Salud nº 81. Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Zaragoza.

Hervás de la Torre, A. (2015). "Atención al paciente crónico. El papel del Trabajador Social." Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de Atención al Paciente Crónico. Valladolid 2015.

Hunter, D. J. (1988). Bridging the Gap. Case Management and Advocacy for People with Physical Handicaps. London, King's Fund Publishing Office. En Sarabia Sánchez, A. (2007). "La Gestión de Casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional". Zerbiztuan nº 42. Gobierno Vasco.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE nº 102 de 29 de abril de 1986. Jefatura del Estado.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 128 de 29 de mayo de 2003. Jefatura del Estado.

Llewelyn-Davis, R.; Macaulay, H.M.C. (1969). "Planificación y administración de hospitales". OMS nº 54. Serie Monografías.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España 2007-2012. Madrid.

Real Decreto 187/84, de 11 de enero sobre Estructuras Básicas de Salud. BOE nº 27 de 1 febrero de 1984. Ministerio de Sanidad y Consumo.

LAS PERSONAS MAYORES EN EL MUNDO RURAL. UNA VENTANA A LA ESPERANZA.

JOSÉ DANIEL RUEDA ESTRADA

Profesor Titular Universidad de Valladolid.
Profesor colaborador Máster Trabajo Social Sanitario en la UOC.

SUMARIO

1. PRESENTACIÓN.
2. PUNTO DE PARTIDA.
3. UN CAMBIO DE PARADIGMA SOBRE LA RURALIDAD.
4. LA SINGULARIDAD DEL ESPACIO RURAL DE CASTILLA Y LEÓN. ¿UNA HISTORIA SIN PORVENIR?
5. ALGUNAS ESPERANZAS Y OPORTUNIDADES. HACIA UN CAMBIO DE MODELO DE INTERVENCIÓN.
6. APUNTE FINAL.
5. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Persona mayor; mundo rural; atención sociosanitaria.

RESUMEN

El artículo reflexiona sobre las formas de vida de las personas mayores en el mundo rural de Castilla y León. El envejecimiento y la despoblación de los pequeños núcleos rurales ponen en situación de desventaja a las personas mayores, generalmente más vulnerables, cuando sobrevienen situaciones que requieren una intervención profesional especializada. Bajo esta mirada, se describen dos situaciones que requieren una intervención coordinada entre los servicios sociales y los servicios sanitarios que ha de ir más allá de la atención directa con la persona mayor para incluir a las redes de proximidad que les prestan el apoyo y socorro diario.

KEYWORDS

Elderly person, rural world, public health care.

ABSTRACT

The article analyses the different ways of life of the elderly in rural areas of Castilla y Leon. Aging and depopulation of small rural communities place the elderly people at a disadvantage, generally being more vulnerable when situations occur that require specialized professional intervention. Taking this into account, two different situations are described where coordination of both social and health services is required, and which should not only focus on direct care but also include local networks capable of providing help and support to the elderly on a daily basis.

1. PRESENTACIÓN.

Estas notas no pretenden explicar una realidad, la de las personas mayores del mundo rural, sino presentar un escenario desde el que se analiza y reflexiona sobre la necesidad de cambiar paradigmas de intervención, retando a los servicios sociales y sanitarios a trabajar coordinadamente para responder de manera integral a las necesidades, y a veces a las demandas, de las personas mayores rurales.

2. PUNTO DE PARTIDA.

Afirma V. Camps (2004), que existen tres preocupaciones básicas en las personas mayores; una referida a la salud, otra al bienestar económico y otra a los apoyos y afectos (salud, dinero y amor). Poder garantizar respuestas que afronten estas inquietudes pasa por plantear e impulsar un sistema de cuidados y de salud que vaya más allá de lo meramente reparador, garantizar un sistema de pensiones que permita afrontar con dignidad una cierta calidad de vida y por supuesto, disponer de una red que dé seguridad emocional y afectiva a las personas, sobre todo cuando comienzan a aparecer los primeros síntomas de limitaciones físicas y mentales y/o la red íntima de apoyo social disminuye y se hace más frágil y pequeña. En palabras de V. Camps (2004:102) "cada vez está más en nuestras manos la posibilidad de vivir más tiempo, pero aspiramos a que esa vida más larga no sea la que le correspondería al anciano, sino la de un cuerpo sano y al máximo de sus potencialidades. La clave está en conseguir «una vida de calidad», no simplemente en seguir viviendo".

Si con carácter general la salud, el dinero y el amor se reconocen como necesidades esen-

ciales en las personas, más aún en las personas mayores, su fragilidad se eleva exponencialmente si nos referimos a ancianos que habitan en zonas ya de por sí decadentes, empobrecidas y sin servicios como ocurre en el mundo rural.

En estas reflexiones sobre las necesidades de la tercera edad en el mundo rural quiero recordar las palabras de F. Dubet (2012) en su obra *Repensar la Justicia Social* cuando diferencia dos escenarios distintos: *la igualdad de posiciones* o de escenarios y *la igualdad de oportunidades*. Ambas responden a un principio esencial: todos somos iguales, tenemos los mismos derechos y obligaciones, independientemente de la edad, del lugar de residencia, del sexo, cultura o ideología. Este principio, consagrado así en las constituciones modernas, y por supuesto en la Constitución Española (artº 14), no parece que se cumpla plenamente si nos referimos a las personas del mundo rural, ya que las oportunidades de vida, los medios, recursos, apoyos, etc., son bien distintos y están distribuidos con lógicas y criterios que no siempre parece que respondan o tengan en cuenta este principio de igualdad. El escenario sobre el que centraré estas reflexiones parece reflejarlo de manera clara.

Para Dubet *la igualdad de posiciones* busca reducir las desigualdades de las condiciones de vida, del acceso a servicios, de la seguridad que se asocia a las diferentes posiciones sociales que ocupan las personas, mientras que *la igualdad de oportunidades* consiste en ofrecer a todos los ciudadanos la posibilidad de alcanzar las mejores posiciones, es decir, luchar contra las discriminaciones y la desigualdad.

Si aplicamos este paradigma o planteamiento que expone Dubet al mundo rural y al mundo

urbano, a las posiciones y oportunidades de sus ciudadanos, al tipo de recursos y acceso a los mismos, es fácilmente entendible, que ni las posiciones son iguales ni las oportunidades, por lo que parece obvio, o al menos necesario, que si se plantea como máxima la igualdad, se deberán aplicar políticas y modelos de intervención en las zonas rurales que acorten las distancias o las desventajas que ofrece cada contexto.

Valgan estos dos referentes (Camps y Dubet) para adentrarnos en un somero análisis de las personas mayores en el mundo rural y la forma de abordar algunas de sus necesidades, así como para plantear algunas propuestas que en mi opinión se deberían tener en cuenta, desde la mirada de mera justicia social como proponía Rawls (2002).

3. UN CAMBIO DE PARADIGMA SOBRE LA RURALIDAD.

Centrar el análisis en el mundo rural para conocer o analizar las dinámicas sociales y personales que se producen en ese entorno requiere de unas previas matizaciones que nos ayuden a comprender de qué hablamos o dónde centramos la mirada.

Lo rural, que en tiempos pasados se definía por su propia esencia y naturaleza, hoy empieza a definirse por lo que no es o por su contraposición a lo dominante; es decir, rural es todo aquello que no es urbano, ciudad; lo rural hacía referencia a un modo de vida, a una ocupación, a una actividad que determinaba una forma de ser, una cultura y una forma organizativa de gestión o gobernanza específica.

Actualmente hablar de rural es referirse a

asentamientos o poblaciones que no sobrepasa un número determinado de habitantes. Se desvincula por lo tanto la población de un referente productivo o de un medio de vida que tradicionalmente era lo que definía un tipo de sociedad, la sociedad rural, que se caracterizaba por vivir de la agricultura, ganadería, de la masa forestal como fuente principal de riqueza y de organización política, social, de la vida. Esta visión se acaba con los procesos de modernización e industrialización, relegando el concepto de rural a agrupaciones según el número de habitantes.

Un ejemplo de este reduccionismo lo podemos encontrar en la OCDE que define lo rural como territorios con densidades de población por debajo de 150 hab/Km². Clasifica a las regiones en *Predominantemente Rurales* si más del 50% de la población de la región viven en comunidades rurales. *Intermedias* entre el 15% y el 50% y *Predominantemente Urbanas* si menos del 15% de la población de la región vive en unidades locales rurales.

En esta misma línea, Eurostat solamente cita la tipificación de los municipios escasamente poblados, sin mencionar el concepto rural, si la densidad es inferior a 100 habitantes por kilómetro cuadrado y realiza una clasificación de los territorios de acuerdo a la nomenclatura de las unidades territoriales estadísticas (NUTs 1, 2 y 3) según la población existente ya sean rurales y/o urbanas.

En España la Ley 45/2007 del 13 de diciembre para el Desarrollo sostenible del medio rural aporta su propia definición del medio rural: espacios geográficos formados por la agregación de municipios entidades locales menores con población menor de 30.000 habitantes y

densidad menor de 100 habitantes por kilómetro cuadrado.

En cuanto al municipio rural la ley de desarrollo sostenible del medio rural considera que los municipios rurales de pequeño tamaño son las poblaciones que tienen menos de 5.000 habitantes. En la distribución de los sectores productivos y de la mano de obra productiva, el sector primario (agropecuario) es cada vez más bajo y ya no define ni el modo ni el estilo de vida de la población rural.

Lejos quedan ya conceptos adscritos al término rural. Hace tan sólo un siglo Emile Durkheim (1987) analizando el término solidaridad planteaba que ésta era la que caracterizaba a las poblaciones tradicionales como las rurales, (*solidaridad mecánica*) y la forma de gestión o de gobernanza obedecía a las necesidades de la población y a su típica forma de vida. Hoy, los medios de comunicación, sobre todo la televisión y la radio, han contribuido a homogeneizar la forma de pensar y sentir, han universalizado derechos y valores o contravalores, de tal manera que la especificidad que tradicionalmente diferenciaba a una población rural se diluye en un modo de vida y de pensar más universal, unitario y similar.

Hoy esa cultura rural ya solo perdura en el recuerdo de la gente, en los museos etnográficos y en los anales de la historia. Los valores, principios, derechos y servicios se han globalizado, universalizado, de manera que cualquier ciudadano, independientemente del lugar y tamaño de su núcleo de población va a tener necesidades similares y unas normas de conducta que vienen establecidas y recogidas como derechos en el marco constitucional. En esta perspectiva, las diferencias entre ciudada-

nos en razón del medio, lugar o tamaño de su población, no deberían ser distintas.

No se nos oculta que desde la perspectiva de lo que podemos denominar "*economía de escala*", la prestación de algunos servicios en poblaciones amplias, al concentrar mayor número de recursos y profesionales, ofrecen, teóricamente, una mejor garantía de respuesta a las situaciones de carencia y/o dificultad.

A todo esto, también hay que constatar que a la redefinición del espacio rural están contribuyendo la tendencia a construir nuevas urbanizaciones, que vienen a ser una especie de reconquista del espacio rural, cuando no una colonización, y el retorno al mundo rural, de manera permanente o temporal, de habitantes de las grandes ciudades que alternan su vida entre la ciudad y los pueblos.

El desarrollo que pretende ser sostenible y que cada vez busca un acercarse más a la naturaleza, ha ido promoviendo este tipo de neoasentamientos, a distancias que compensen el mundo de la vida del mundo del trabajo, la compatibilidad del tiempo y del ocio, es decir, conciliar la vida y valores personales con las exigencias de la vida laboral, industrial y productiva que se concentra en núcleos industriales entorno a las ciudades y su alfoz. Estos procesos de movilidad demográfica y geográfica ofrecen un paisaje totalmente distinto al tradicional, planteando grandes interrogantes a la forma de gestión, gobernanza, servicios o convivencia del mundo rural.

4. LA SINGULARIDAD DEL ESPACIO RURAL DE CASTILLA Y LEÓN. ¿UNA HISTORIA SIN PORVENIR?

En este marco general quiero centrar la mirada en las poblaciones rurales de Castilla y León, para analizar cómo viven (o sobreviven) y afrontan su devenir las personas mayores y las necesidades de tipo educativo, cultural, laboral, social o las que tienen que ver con la salud.

Es de sobra conocido cómo está organizada, sectorizada y planificada la atención a los ciudadanos en el mundo urbano, qué tipo de servicios existen para atender las necesidades o problemáticas de esa población; cuando se habla hoy de pobreza medida en parámetros de tipo económico, laboral, de calidad de vida, de subsistencia, debemos señalar que el rostro de la pobreza del mundo rural presenta también otros caracteres añadidos a las características que definen el mundo urbano o la sociedad moderna.

Vivir en núcleos pequeños, donde se carece de servicios (educativos, religiosos, sanitarios, sociales...) plantea un riesgo a las personas que deciden o que no les queda otro remedio que el de permanecer en el medio rural.

Castilla y León, tiene el 28% de todos los municipios de España (8.114). Esto quiere decir que aunque la extensión en km² de Castilla y León es la más amplia de España, en ella se encuentran cerca de 2.250 municipios (a los que habría que añadir otras 6.616 entidades menores), de los cuales sólo 15 tienen más de 20.000

habitantes. La densidad media de población (27 h/km²), oscila entre los 9,2 h/km² de Soria y los 65,9 h/km² de Valladolid; el índice de vejez¹ alcanza el 23,76% y el de envejecimiento² asciende a 198,8%³.

Atender al 49% de la población de Castilla y León que reside en los núcleos rurales supone una inversión de medios y recursos que rebasa cualquier expectativa y buena gestión. La dispersión y la distancia de estos núcleos rurales entre sí y con referencia a las capitales de provincias donde se ubican los servicios más especializados de salud, económicos, etc., da una idea de la dificultad añadida para atender a la población (El 50% de los municipios se encuentra a una distancia de la capital de provincia superior a los 50 km).

Esta descripción puede dar una idea de las carencias, dificultades, incertidumbres y riesgos de la población cuando se presentan situaciones de emergencia social o sanitaria. No incluimos aquí la variable climatológica que sin duda nos ayudaría a comprender esa desigualdad de posiciones a la que aludía más arriba.

Hemos de tener en cuenta que en estos núcleos rurales los servicios se reducen a responder a situaciones básicas y/o elementales y que las plazas de profesionales para los diferentes servicios educativos, sociales, sanitarios, culturales o económicos no son objeto de demanda en primera instancia; suelen ser elegidos más con criterios más instrumentales y personales que vocacionales. Esta es la realidad y el escenario en el que se producen los flujos y se

¹Índice de vejez: relación entre la población mayor de 64 años y la población total.

²Índice de envejecimiento: relación entre la población mayor de 64 años y la población menor de 15 años.

³Elaboración propia a partir de los datos del INE.

construye la vida de una población rica en historia pero sin un futuro definido; más bien con un futuro robado al verse empobrecidos o privados de servicios y de profesionales, y donde es difícil pensar en la igualdad de oportunidades. A lo mejor el análisis de Fukuyama (1992) sobre *"El fin de la historia"* tiene sentido al hablar de estas poblaciones rurales.

5. ALGUNAS ESPERANZAS Y OPORTUNIDADES. HACIA UN CAMBIO DE MODELO DE INTERVENCIÓN.

Tras estas referencias situacionales quiero focalizar la observación ahora en algunas situaciones específicas que fundamentalmente viven las personas mayores del mundo rural y plantear alternativas o estrategias que avancen hacia un cambio de posición y una mejora de oportunidades. La atención sociosanitaria puede ser la ventana que dé respuesta a las situaciones cotidianas que reflejan alguna de las necesidades más sentidas en la población rural.

Ya he mencionado que el peso demográfico de las personas mayores inclina la balanza del mundo rural. Formar parte del colectivo de las personas mayores en una sociedad donde se carece de recursos, donde el sistema productivo o el PIB de la comunidad no es muy alto, la población activa es baja y frecuentemente emigra hacia otras latitudes donde encuentre mejor calidad de vida, nos ayuda a comprender que las personas mayores se hayan convertido en una población subsidiada, que mantiene una cierta calidad de vida a través del sistema de pensiones (sistema que en estos años de crisis económica y social se han visto afectadas considerablemente, teniendo que destinarla a sostener otras situaciones familiares sobrevenidas).

Aunque el colectivo al que nos referimos parece que es un segmento sociológico homogéneo, la realidad es muy distinta; no solo las situaciones personales, sociales, económicas, vitales, culturales son distintas, sino que existe también otras diferencias añadidas al progresivo envejecimiento personal y a la condición de género y estado civil. No me detendré en analizar estas cuestiones y los efectos en el modo de vida, las necesidades y problemas porque son de sobra conocidos: la soledad de las personas mayores -fundamentalmente femenino-, las situaciones de deterioro y de dependencia cada vez mayor, el acceso a determinados servicios sociales y sanitarios, la disminución de las redes de apoyo tanto familiares como vecinales, son el relato de muchos estudios y análisis sociológicos.

Pero si ese es el diagnóstico, el foco debemos ponerlo en la búsqueda de soluciones a los problemas cotidianos buscando la mejor forma de prestar servicios y apoyos. A modo de ejemplo me referiré a dos situaciones bastante frecuentes, cuya forma de atención pueden albergar alguna esperanza de cambio: los ingresos hospitalarios y los ingresos en residencias geriátricas.

a) Los ingresos hospitalarios.

En el momento de atender las necesidades sociosanitarias, los centros sociales y de salud más cercanos pueden aliviar algunas situaciones de urgencia, pero habitualmente se carece de medios y personal para responder a otro tipo de necesidades que solamente en la ciudad pueden solucionarse. Administrar recursos y servicios en un mapa geográfico disperso, con núcleos de población de reducido tamaño, dificulta la calidad de la atención, por lo me-

nos de la calidad de atención formal, porque en la balanza hay un elemento importante que hace alusión a esa proximidad, cercanía, solidaridad y apoyo mutuo que se prestan las personas y que ocasionalmente engancha a los profesionales para que en su actuación con los ciudadanos establezcan relaciones más cálidas y cercanas que en otros servicios donde la población es un DNI o una historia social o clínica.

No debemos olvidar que el ingreso hospitalario de una persona mayor significa un traslado y una permanencia fuera de su entorno habitual. Pero los ingresos no afectan sólo al enfermo; también la familia o la red de apoyos, si provienen del mismo entorno rural, se ven arrastrados a permanecer fuera mientras dure el período de internamiento. La obligación moral de estos acompañamientos forma parte de los valores, la cohesión de la familia, las exigencias éticas y morales y son determinantes para aminorar el malestar que pueda vivir el enfermo.

En este escenario se deberá prestar atención no solo al enfermo sino también a sus acompañantes; y es aquí donde la atención social o sociosanitaria debería prestar todos los apoyos necesarios para hacer el acompañamiento de los familiares más beneficioso, asesorándoles en esa prestación de apoyo al enfermo y también ayudándoles a preservar su propio bienestar al tener que afrontar los inconvenientes de un traslado de su domicilio al lugar donde se encuentre hospitalizada la persona mayor.

La acción de los servicios sociosanitarios no termina con este tipo de actuaciones. El alta hospitalaria, como tiene estudiado D. Colom (2000), es otro momento clave en el que se de-

berá actuar tanto con el enfermo como con la familia, para que sepan cómo deben actuar en el proceso de rehabilitación y también con los servicios sociales y sanitarios de la zona de referencia del enfermo.

Es aquí donde se requiere coordinar las respuestas profesionales y los servicios tanto del área social como del sanitario. Una enfermedad, con independencia de su nivel o grado, moviliza el entorno personal más cercano del enfermo que se va a ocupar de prestar los apoyos necesarios post-ingreso; entre otros, los efectos colaterales de la enfermedad: desubicación respecto de un entorno que conocen y dominan, la pérdida de los lazos sociales del entorno rural, para enfrentarse temporalmente a otro medio con las "defensas" muy limitadas, viviendo con ambivalencia la gratitud del apoyo que recibe y el malestar que su situación produce en su entorno familiar.

Si de la necesidad hay que hacer virtud, parece obvio que estas situaciones demandan un modelo de atención más allá de lo exclusivamente sanitario y más allá de lo exclusivamente social. *Una intervención centrada en la persona* y con una perspectiva integral, debe poner la mirada en la salud y no solo en la enfermedad, pero el enfoque integral tienen que tener en cuenta también que la recuperación si no está contextualizada, si no tiene en cuenta el entorno o contexto social, va a encontrar grandes dificultades.

Todos vivimos en red, somos seres sociales; la interdependencia es intrínseca a nuestras trayectorias sociales. Por ello es preciso que las respuestas de los servicios que garanticen la calidad de vida de cualquier ciudadano, sean diseñadas por todos aquellos profesionales que

tiene alguna responsabilidad en proporcionar la calidad y bienestar social de la población. Si se entiende la salud como el equilibrio bio-psico-social, tal como lo define la OMS, y asumimos que este equilibrio no se puede alcanzar descontextualizando a la persona, se entiende que tanto los servicios sociales como los sanitarios deberán diseñar actuaciones de manera conjunta sin olvidar que es la propia persona mayor (el enfermo) el elemento centralizador que define esa necesaria coordinación. El usuario, persona mayor en nuestro caso, no es el destinatario de unos servicios, es el promotor y por lo tanto, su entorno vital, sus valores, sus experiencias, han de determinar la actuación de los servicios sociosanitarios. Es desde esta perspectiva, desde donde pensamos que el enfoque o la forma de entender la intervención sociosanitaria debe dar un giro importante. En este sentido pensamos que el mundo rural ofrece una oportunidad única, debido a sus propias características, para cambiar o modificar una forma de actuación, que se centre más en la persona que en los servicios o las competencias profesionales. A lo mejor con este cambio de enfoque se pueda compensar la desigualdad de posiciones entre los habitantes del mundo rural y del medio urbano.

Envejecer en el mundo rural tiene sus luces y sus sombras. Hablamos de luces, si es la opción elegida y se tienen los apoyos institucionales y sociales suficientes como para mantener una cierta autonomía y calidad. Hablamos de sombras cuando los apoyos y servicios son insuficientes y la persona mayor entra en una situación de riesgo y fragilidad. En este caso, la prudencia aconseja buscar apoyos o servicios que con frecuencia suponen abandonar el domicilio para ingresar en un centro geriátrico.

Estas dos situaciones de nuevo miran a los servicios sociales y a los sanitarios para que se generen sinergias pensadas no en la institucionalización de los servicios sino en las respuestas. Establecer un plan de intervención con la persona mayor en su propio entorno, (PIA), acercándole los servicios necesarios (ayuda a domicilio, teleasistencia, servicio de catering y de lavandería, acompañamiento y desplazamientos, etc...), han de hacerse sumando recursos y perfiles donde lo social y sanitario no esté disociado.

En Castilla y León hay ejemplos importantes de prestación de servicios para atender las necesidades de las personas mayores aprovechando servicios e infraestructuras que existen en algunos centros, como Residencias de personas mayores que preparan comidas, lavan y planchan la ropa de personas no residentes, rentabilizando sus propias infraestructuras. Es esta una iniciativa que se puede presentar como una "buena práctica" y como una forma eficiente de rentabilizar servicios pensando en las necesidades. Un ejemplo de esto está en la Residencia Los Royales de Soria.

El seguimiento y los cambios han de hacerse desde un plan que integre la visión social y sanitaria, aplicando la teoría que apuesta por la permanencia de las personas mayores en el mundo o medio donde han vivido, siempre que se garantice un determinado nivel de bienestar.

b) Los ingresos en centro geriátricos.

Pero lo ideal no siempre es lo real. No todas las personas pueden permanecer en el pueblo con los apoyos técnicos y sociales necesarios. La decisión de ingresar en una institución

especializada para personas mayores es un temor y una realidad. También ante esta decisión la coordinación de los servicios sociosanitarios, mejor de los profesionales, se hace absolutamente necesaria.

Cuando una persona mayor ingresa en una residencia, se viven unos procesos que es necesario atender para prevenir situaciones dolorosas de adaptación, integración, etc., es un entorno distinto, donde se desconoce a los residentes, donde se imponen unos horarios, un régimen de convivencia que en el mejor de los casos se contraponen a las conductas y costumbres anteriores.

Estos procesos de cambio y de institucionalización, requieren la asistencia de profesionales que ayuden a la persona a aceptar el cambio, a adaptarse al nuevo entorno y a alentar a las redes de apoyo afectivas para que contribuyan a facilitar el proceso de cambio y adaptación. Las propias residencias pueden realizar estas tareas, pero se requiere también el trabajo conjunto con los profesionales que han sido los referentes de la persona mayor, no sólo para que deriven sus informes, sino para continuar de algún modo actuando con la persona y con esas redes de apoyo externas. Si el ingreso viene informado con la historia bio-psico-social y sanitaria hacia los profesionales de la residencia será más fácil, haya o no derivación de servicios de salud comunitaria, aminorar los efectos de malestar de las personas mayores o de sus familiares.

Como una buena práctica cabe citar un programa impulsado por la Junta de Castilla y León denominado "*En mi casa*", programa que pretende hacer de la residencia un auténtico hogar para las personas que han tenido que op-

tar por este servicio. Para ello se permite que el anciano mantenga alguna de sus costumbres o traslade a la residencia objetos que tengan una especial significación, de manera que el cambio de domicilio se realice con el menor riesgo o coste emocional posible. Con ello se puede evitar el síndrome institucional que señalaba Goffman (1972) en su obra "*Internados*". Pasar de un tipo de residencia abierto a una institución cerrada, conlleva un cambio para el que muchas veces hay que procesar un duelo, una ruptura y emprender un proceso de resocialización, para el que las personas mayores carecen de capacidades de adaptación similar al que se puede tener a otra edad.

En este sentido entiendo que una atención sociosanitaria integral y que integre a todos los profesionales que tratan temas de salud, bien sea nivel corporal, físico, mental y/o social, es básica para que el duelo que supone pasar de un mundo conocido a un entorno desconocido tengan las menores secuelas posibles.

Es cierto que las personas mayores del siglo XXI viven más y mejor, tienen una mentalidad más abierta; en nada se parece el anciano de hoy al anciano rural de hace 100 años cuyo mundo se circunscribe a su entorno más cercano, donde trasladarse a la ciudad era un acontecimiento social, donde las tradiciones orales constituían el elemento cultural y de unión más importante. Hoy todo esto ha sido sustituido por un mundo basado en la información a través de la televisión y la radio o la prensa, que homologa y hace familiar a todos los personajes del plasma.

Es cierto que en las residencias, esas personas del plasma que forman parte de nuestra vida, a las que oímos pero con las que no podemos

hablar, también van a seguir acompañando a las personas mayores en su entorno residencial, pero la relación física diaria se va circunscribir a una relación entre personas de la misma edad, que serán atendidos por profesionales más jóvenes, cuyas pautas de trabajo están sujetas a unos protocolos; excepcionalmente podrán recibir visitas de amigos o familiares, pero estas visitas ya no serán tan asiduas ni tendrán el mismo carácter que cuando vivía en el pueblo.

El corte psicológico que conlleva el cambio de escenario debe ser un elemento importante para trabajarlo desde la atención sociosanitaria.

6. APUNTE FINAL.

La mirada sobre la que he querido centrar estas reflexiones se ha circunscrito a la realidad política, económica y sociosanitaria de Castilla y León, donde lo rural tiene una significación diferente a la de otros entornos y donde lo rural, desde lo productivo y demográfico, hace difícilmente comparables las situaciones.

Desde estas reflexiones en las que he pretendido hacer un análisis de lo sociosanitario en unos aspectos de la vida del mundo rural, no se ha abordado un aspecto importante como puede ser la feminización del envejecimiento rural; una feminización que presenta otras aristas como pobreza, viudedad, soledad, aislamiento, decrepitud..., diferente a la situación de las personas mayores masculinas del mundo rural.

7. BIBLIOGRAFÍA.

Camps, V. (2004). La vejez como oportunidad. En Monografías Humanitas. Publicación trimestral de carácter monográfico. Editada por «Fundación Medicina y Humanidades Médicas» Barcelona. www.fundacionmhm.org.

Colom, D. (2000). La planificación del alta hospitalaria. Barcelona: Ed. Mira.

Dubet, F. (2012). Repensar la justicia social. Contra el mito de la igualdad de oportunidades. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI.

Fukuyama, F. (1992). El fin de la historia y el último hombre. Barcelona: Planeta.

Goffman, E. (1972). Internados. Ensayos sobre la situación de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Rawls, J. (2002). La justicia como equidad. Una reformulación. Barcelona: Paidós.

Sobre el nuevo modelo residencial a personas mayores "en mi casa", puede consultarse la página http://www.jcyl.es/web/jcyl/Servicios-Sociales/es/Plantilla100/1284257146354/_/_/

LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN EUSKADI. UNA VISIÓN PRAGMÁTICA.

J. A. DE LA RICA GIMÉNEZ
LOURDES ZURBANOBEASKOETXEA LAURODOGOITIA
MARISA ARTEAGOITIA GONZÁLEZ
NAIARA ARTAZA ARISTONDO
LUCÍA IÑIGO REGALADO
INMACULADA SÁNCHEZ MARTÍN

Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.

SUMARIO

1. ESCUCHANDO A LA SOCIEDAD.
2. TRANSICIONES Y DERIVAS.
3. EL ENTRAMADO VASCO.
4. LOS ESPACIOS SOCIOSANITARIOS.
 - 4.1. Espacio de la norma.
 - 4.2. Espacio de la comunicación.
 - 4.3. Espacio de las instituciones.
 - 4.4. Espacio de las personas.
 - 4.5. Espacio del conocimiento.

PALABRAS CLAVE

Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria; Espacio sociosanitario; Tiempo Sociosanitario; Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria para Euskadi.

RESUMEN

La atención sociosanitaria en Euskadi es un producto de salud, que se desarrolla en un complejo entramado institucional y que se orienta a dar respuesta a las necesidades sociosanitarias de las personas. La descripción de la evolución del discurso social en salud contextualizada en el marco vasco nos sugiere la existencia de unas dimensiones sociosanitarias claves: Un espacio sociosanitario institucional y un tiempo sociosanitario individual. La reflexión estratégica aborda esas dimensiones centrándolas en el ámbito normativo, el ámbito de la comunicación, el ámbito de las instituciones, el ámbito del conocimiento y, por, último, el ámbito de la personas caracterizadas en colectivos diana.

KEYWORDS

Basque Council for Health and Social Care; An integrated space for health and social care; Time for health and social integrated care; Strategic Lines for health and social care in the Basque Country.

ABSTRACT

Public health care in the Basque Country is a health product developed in a complex institutional framework and which aims to respond to the public health needs of people. The description of the evolution of social discourse in health, set in the context of the Basque Country, suggests the existence of key public health dimensions: An institutional public health space and an individual public health time. Strategic thinking addresses these dimensions by focusing on the regulatory field, the field of communication, institutions, the field of knowledge and, finally, the field of people characterized in target groups.

1. ESCUCHANDO A LA SOCIEDAD.

Las sociedades, sobre todo las ubicadas en un marco democrático, articulan una serie de discursos que expresan sus valores y la priorización de sus intereses. Estos discursos, sensibles a los cambios sociales y que evolucionan con los mismos, constituyen los lugares de encuentro entre los poderes públicos e institucionales y el sentir de la sociedad civil.

Uno de los discursos que ha experimentado una mayor evolución y vigencia dentro de nuestra sociedad es el que se articula en torno a la salud. Desde una situación dialéctica entre los polos salud/enfermedad, visualizados como opuestos y en los que se podía definir la salud como aquel estado de ausencia de enfermedad, la sociedad se ha ido dotando de otros conceptos más proactivos, inclusivos y humanistas que han elevado el concepto de lo saludable y lo sano a una situación que se formula positivamente como bienestar y lo hace desde una definición holística e integral de la persona. Esta definición de lo biopsicosocial establece los términos deseables de la salud como un estado de bienestar físico, psíquico y social.

En una vía de doble sentido, esta definición, que emerge de un discurso optimista y democrático, ha revertido y cuajado también en la sociedad inculcando estos valores y el concepto de la salud como derecho y estado deseable.

Es por ello que las sociedades en nuestro entorno y la sociedad vasca en particular ha experimentado una evolución en la percepción satisfactoria de la salud que ya no se relaciona, exclusivamente, con la ausencia de dolor o enfermedades que hemos llamado "físicas", sino que también abre el paso a otras condiciones

de salud como la vivencia equilibrada y razonablemente feliz del proyecto vital, la exigencia de vivir en una sociedad con un nivel de estrés controlado en los ámbitos de interacción (social, laboral, educativo...) o la percepción de la existencia de derechos subjetivos en torno a la discapacidad o las situaciones de dependencia que en tiempos pretéritos eran despachados desde el conformismo o, sencillamente, obviados.

Hay un telón de fondo en el desarrollo de las propuestas y proyectos de salud de las instituciones públicas cuyo mayor exponente seguramente son los Planes de Salud como documentos de consenso que se orientan, precisamente, a lograr esas condiciones transversales que permitan vivir una vida saludable bajo el criterio del bienestar biopsicosocial.

La salud, como meta y horizonte, puede ser ese punto de coincidencia y compromiso entre los ciudadanos y el empeño de las instituciones y poderes públicos para el logro de una sociedad más equilibrada, solidaria y justa como la mejor garantía para procurar salud a los individuos.

2. TRANSICIONES Y DERIVAS.

Desde el punto de vista sanitario el primer paso, evidentemente, siempre ha sido el lograr un nivel prestacional ante la enfermedad que proteja al individuo en esa situación de indefensión y riesgo, lo que implica una atención, orientada a la curación, inmediata y universal de sus necesidades. Este es el paradigma más visible del sistema sanitario, con ello se producen una serie de efectos individuales relacionados con la recuperación de la salud pero también otros sociales como el incremento de la confianza institucional y la cohesión social en torno a valores compartidos.

Pero el discurso social, en su evolución, ha detectado e introducido otros elementos en la percepción saludable de la vida como proyecto irrenunciable. Estos elementos son precisamente los aledaños a la enfermedad, también constitutivos del valor salud. Esta evolución es la esperable y determina el tránsito entre la concepción sanitaria, curativa y prestacional a otra más compleja y multiforme donde el “curar” es simplemente un peldaño, central pero uno más, de la salud del individuo y dibuja un continuo longitudinal en la vida de las personas que comienza en la prevención de la enfermedades y la promoción de los hábitos saludables, que sigue, más allá de la curación, con el cuidado de lo crónico y la rehabilitación de la capacidades perdidas y que finaliza con un enfoque integral de los momentos finales de la vida.

Este concepto, complejo y orgánico, conjuga con la formulación de un sistema sociosanitario, entendido como un sistema de distintos prestadores que se nutren de un mismo concepto y buscan un mismo resultado: conseguir dotar a los individuos de uno de los bienes más preciados, la salud.

Este proceso de evolución, que comenzó en Euskadi hace más de dos décadas, ha multiplicado sus experiencias de coordinación y trabajo conjunto, determinando unos tiempos institucionales, políticos, sociales y asistenciales cada vez más rápidos y acelerados.

En nuestro caso, y seguramente en todos, es un camino complicado ya que conjuga diversos niveles institucionales, estructurales y culturales y necesita de precisiones conceptuales y prácticas ante el riesgo de que todo sea visualizado como sociosanitario o que la complejidad

derive en caos. A todo esto debemos sumar los factores inerciales del sistema que puede visualizar el marco sociosanitario como una amenaza explícita para un determinado statu quo normativo e institucional centrado en la diferenciación conceptual del individuo entre sus componentes biopsíquico y social.

3. EL ENTRAMADO VASCO.

Los hitos que han conformado la atención socio-sanitaria en Euskadi tienen como base normativa el desarrollo legislativo del Parlamento Vasco que se concreta en tres leyes: la Ley 27/1983, de 25 de noviembre, que regula las relaciones entre las instituciones comunes de la Comunidad Autónoma y los órganos forales de sus Territorios Históricos, la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales y la Ley 8/1997 de 26 de junio de Ordenación Sanitaria de Euskadi.

Estas tres leyes delimitan los ámbitos competenciales y prestacionales de forma taxativa, estableciendo una diferenciación básica entre las prestaciones sanitarias realizadas por la administración de la comunidad autónoma y las prestaciones sociales realizadas por las instituciones forales y municipales, de acuerdo al desarrollo de la cartera de servicios sociales prevista en la ley de Servicios Sociales.

El entramado institucional-competencial resultante hace imprescindible que el acuerdo y el desarrollo de consensos entre las instituciones sea la pieza clave para posibilitar la asistencia sociosanitaria.

La evolución de este entramado ha sido progresiva. Ya en los principios, en la década de los 90, partiendo de acuerdos marcos sectoriales y

territoriales entre las administraciones de la comunidad autónoma representadas por el departamento de Salud y administraciones forales, se fue viendo la importancia y volumen de este nicho asistencial y se decidió la constitución de un órgano que debería articular la cooperación y la coordinación entre el sistema vasco de servicios sociales y el sistema sanitario de Euskadi.

El Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria se constituye en el año 2003 como máxima representación institucional y órgano rector que deberá orientar y evaluar las decisiones políticas, normativas, económicas, organizativas y asistenciales en materia de atención sociosanitaria.

A este órgano, que facilitó un sustrato normativo e institucional, hubo que dotarle de unas referencias estratégicas sobre las que construir, profundizar y priorizar aquellos elementos que permitieran un desarrollo coordinado, creativo, sostenible y completo de la atención sociosanitaria en Euskadi. Han sido varias las aproximaciones estratégicas durante estos años; desde Plan Estratégico para el desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008, pasando por el Documento Marco para elaboración de las Directrices de Atención Sociosanitaria en la CAPV del año 2011 hasta el aterrizaje en las actuales Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria para Euskadi 2013-2016.

Las actuales líneas estratégicas aportan una característica novedosa en su origen como es la referencia fundacional y explícita en las comparencias institucionales del Consejero de Empleo y Políticas Sociales y el Consejero de Salud ante las respectivas comisiones de Em-

pleo y Políticas Sociales y Salud del Parlamento Vasco, reconociendo y coincidiendo en la importancia y prioridad de la atención sociosanitaria, estableciendo la orientación de las actuaciones hacia una coordinación transversal e intersectorial con el resto de departamentos del gobierno y con las diputaciones forales y los ayuntamientos y fijando las líneas que derivan de ella como objetivos prioritarios para esta legislatura. Este discurso apunta también a una definición más completa e inclusiva de los valores sociosanitarios, tanto desde la definición del ciudadano como agente activo siendo la salud el lugar de encuentro que articula *"El compromiso de todas las personas y poderes públicos en Euskadi"* como por la referencia al sustento de la acción estratégica y política, el principio de la igual dignidad de las personas: *"Todas las personas por el hecho de serlo tienen una dignidad y no tienen precio; todas las personas en tanto personas merecen idéntica consideración y respeto"*.

Estos planteamientos centrados en la ciudadanía y en las necesidades sociosanitarias individuales y colectivas, priorizando la efectividad y eficiencia de las intervenciones, han encontrado un claro eco en los órganos forales y ayuntamientos de nuestros Territorios Históricos.

En la elaboración de las actuales líneas estratégicas se han querido conjugar una vocación mixta por una parte pragmática y operativa orientada hacia el terreno micro, práctico e inmediato pero también otra parte densa ligada a los valores propios de la atención sociosanitaria como modelo de atención integral a las personas enfermas o en situación de vulnerabilidad personal y/o social como queda reflejado en su misión: *"El desarrollo de un modelo de Atención Sociosanitaria efectivo, coordinado y*

sostenible que, centrado en la persona como protagonista de su proyecto vital, dé respuesta al compromiso de los poderes públicos de Euskadi”.

Una reflexión interesante sobre este proceso rico en encuentros, desencuentros, oportunidades y amenazas ha sido el glosar la capacidad de las instituciones para moverse en situaciones de inestabilidad y para obtener consensos generadores de cultura y que trascienden al marco normativo. Se ha demostrado, a lo largo de los años, que lo que nos aleja de la plena integración estructural hace el camino más tortuoso y complejo pero también que estimula la creatividad, la innovación y cimienta cambios culturales, ya que el soporte de la acción sociosanitaria se da en un plano micro, terrenal y dificultoso pero también gratificante y con unos valores sólidos.

Por lo tanto convertir los hándicaps en fortalezas ha sido uno de los regalos inesperados en nuestro peculiar entramado en el que aunque la coordinación de los recursos sea el límite que permite su estructura sin embargo la voluntad de integración funcional de los procesos y las personas constituye su núcleo afectivo y estratégico.

4. LOS ESPACIOS SOCIOSANITARIOS.

Una definición habitual del marco sociosanitario es situarlo físicamente en una dimensión, hablar de él como un “espacio”; espacio de deambulación, espacio de intersección, e incluso como espacio de desorientación. Utilizaremos la terminología de ubicar en una dimensión la acción sociosanitaria con estas referencias aún a sabiendas que seguramente es más relevante e importante la otra dimensión, el tiempo sociosanitario, ya que esta es la

dimensión de las personas: dimensión subjetiva, imparable y que nos informa de la realidad, mientras que, habitualmente, el espacio es la dimensión de las instituciones: dimensión de tránsito entre las mismas, regida por normas y en la que se ubican las barreras. Estas dos dimensiones se conjugan en la velocidad sociosanitaria como indicador de la salud del sistema, velocidades lentas indican largos recorridos o en mucho tiempo, velocidades rápidas nos indican como vamos acortando el espacio que separa nuestros mundos y que lo estamos haciendo en un tiempo razonable.

Ubicaremos tentativamente, por lo tanto, las líneas estratégicas en varios espacios, hablando no tanto de los proyectos y acciones que los sustentan sino de su intención y desarrollo actual y previsto.

4.1. ESPACIO DE LA NORMA.

Línea Estratégica 1: DEFINICIÓN DE UNA CARTERA DE SERVICIOS SOCIOSANITARIOS.

La atención sociosanitaria como realidad se plasma en servicios sanitarios y sociales de una intensidad suficiente y simultánea que es necesario definir.

La naturaleza de dicha cartera es compleja ya que no supone la creación de un tercer sistema sino de la definición de momentos y situaciones en los que es necesaria la confluencia y coordinación en la actuación de ambos sistemas para procurar la atención integral que la persona requiere en ese momento. Esta complejidad unida a las particulares condiciones de prestación de la respectivas carteras de Servicios Sociales y Sanitarios, exigirán la construcción de un marco común jurídico, asistencial, económico y

de gestión de la cartera, desde una perspectiva multisectorial y avalada por un grado elevado de consenso.

Se ha avanzado de forma sustantiva en la elaboración de esta cartera y sus hallazgos más significativos son la articulación fundacional de un derecho como es el de la obligación de un marco de coordinación de las instituciones. Derecho exigible y que deriva en una serie de prestaciones y servicios clasificadas en dos grandes grupos:

- Servicios instrumentales son aquellos exigibles para una correcta comunicación y coordinación entre ambos sistemas entre ellos están la historia sociosanitaria, los equipos de atención primaria sociosanitaria, la presencia de un plan individualizado sociosanitario o una ventanilla funcional de atención única.
- Finalistas son aquellos orientados a recursos estructurales que cumplen una función sociosanitaria como las Unidades residenciales sociosanitarias y otros.

Asimismo la cartera plantea la definición de conceptos como el de estado de necesidad sociosanitaria o ámbitos normativos complejos como es el de definición y acreditación de los recursos sociosanitarios finalistas.

Además de tener una función ordenadora y clarificadora con respecto al acceso, diseño y provisión de las prestaciones sociosanitarias tiene también, en el caso de Euskadi, una intención de reorientación de dichas prestaciones que garantice interterritorialmente una atención integral, accesible y equitativa que evite situaciones de discriminación de determinados colectivos o territorios.

4.2. ESPACIO DE LA COMUNICACIÓN.

Línea Estratégica 2: IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN SOCIOSANITARIO.

La fragmentación de la información, ubicada frecuentemente en espacios inconexos inter, e incluso, interinstitucionalmente es una de las principales debilidades de los sistemas social y sanitario que frecuentemente deriva en dificultades en la accesibilidad, prestación equitativa y continuidad de cuidados para las personas que circulan por el espacio sociosanitario.

El desarrollo de sistemas y modelos organizativos que permitan la intercomunicación de los equipos sociosanitarios y que hagan circular la información es uno de los factores críticos de éxito en la consecución de una atención sociosanitaria de calidad y se articulan en torno a grandes objetivos operativos e infraestructurales de gran alcance y complejidad.

DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIOSANITARIA.

El domicilio, entendido en un sentido amplio, como el lugar donde viven las personas, ya sea en medio residencial, familiar o individual, es el espacio en el que los agentes profesionales sociosanitarios deben interactuar con las personas para dar respuestas contingentes, individualizadas y adecuadas a las necesidades percibidas y expresadas.

El acercamiento al domicilio y el conocimiento sobre el terreno de esas necesidades debe ser real y coordinado, sobre la estructura de la metodología de gestión de caso. La Atención Primaria sociosanitaria se postula como

esa estructura de contacto y acercamiento con la participación coordinada multidisciplinar y multisectorial de agentes profesionales socio-sanitarios y este es seguramente el proyecto más ambicioso en el despliegue de la atención sociosanitaria en Euskadi, la constitución de una forma de trabajo en la que los agentes sanitarios, médico y enfermera del centro de salud de Osakidetza, y sociales, principalmente trabajadoras sociales de servicios sociales municipales de base, trabajen como un equipo integrado.

Para ello son necesarios acuerdos institucionales que empoderen y permitan este funcionamiento coordinado. Una herramienta para dar cabida a este foro de encuentro sociosanitario son la comisiones sociosanitarias dependientes de las Organizaciones sanitarias integradas. Estas comisiones están constituidas no solamente por los centros de Osakidetza con sus distintas organizaciones sino también por los municipios y sus mancomunidades, los servicios sociales especializados dependientes de las Diputaciones forales y otros agentes como Educación, residencias, asociaciones profesionales y ciudadanas...

El objetivo principal de estas comisiones sociosanitarias es la elaboración de los protocolos de atención sociosanitaria que expliciten un compromiso formal para trabajar de forma conjunta como garantía de la continuidad de la atención. Son protocolos de alta implicación institucional suscritos entre la Dirección General de Osakidetza y los alcaldes del área de influencia.

HISTORIA SOCIOSANITARIA.

Para acelerar y facilitar ese trabajo conjunto en equipo y permitir el desarrollo de protocolos sociosanitarios son necesarias herramientas de intercambio de información entre las cuales la fundamental es la historia sociosanitaria.

La historia sociosanitaria deberá incorporar instrumentos útiles y comunes, que hagan transparente la información en ambos sistemas, que permitan la planificación de la atención sociosanitaria y el acceso equitativo a todos los recursos definiendo las rutas desde cualquiera que sea el nivel de acceso y que incluyan aspectos relevantes en relación al derecho a la autonomía de las personas con dependencia o discapacidad como nivel de autonomía, valores significativos, situación de tutela o desprotección... así como que desarrollen una tecnología de intercomunicación que, respetando los criterios de confidencialidad y trazabilidad, permita una gestión unificada de la información sociosanitaria a los agentes profesionales.

Los retos de esta propuesta son grandes y el proyecto Inter RAI-CA se postula como el primer paso en ese sentido, el "embrión" de la historia sociosanitaria.

El instrumento RAI-CA permite valorar integralmente a la persona, realizar un diagnóstico de su situación sociosanitaria y elaborar un plan de cuidados conjunto. Sin estar integrado actualmente con las plataformas de historia clínica e historia social sí se ha iniciado un despliegue para ver cuál es su potencialidad y sacar conclusiones sobre las que elaborar el diseño definitivo de la futura historia sociosanitaria que previsiblemente tendrá al Inter RAI-CA en

su núcleo. Este proyecto abarca toda la CAPV y se asienta sobre todo en aquellas áreas en las que ya existen los protocolos de atención sociosanitaria.

OSABIDE GLOBAL (HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE OSAKIDETZA) EN LAS RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES.

Como proyecto orientado a la seguridad pero también como reconocimiento de un derecho, el objetivo de este proyecto es la disponibilidad de un historial clínico único independientemente del sitio donde se ubique nuestro domicilio, en casa o en una residencia. Las oportunidades en cuanto a seguridad para el paciente son múltiples al disponer cada persona de una única historia, evolutivo y prescripción que podrá ser leída por todos los agentes sanitarios, médico y enfermera, independientemente del dispositivo en que se halle residencia, hospital, consulta externa, urgencias... este proyecto evidentemente mantiene la confidencialidad de la historia y mejora de forma absolutamente significativa la comunicación interinstitucional, la gestión de materiales y también el intercambio de información sanitaria.

DESARROLLO DEL ENFOQUE ÉTICO-ASISTENCIAL EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO.

Podemos hablar de "asistencia de calidad" cuando dicha asistencia promueve la calidad de vida de las personas. En la atención en el ámbito sociosanitario actuamos sobre aspectos fundamentales para el vivir propiamente humano como son: la salud, la intimidad, la corporalidad, el desarrollo y la seguridad emocional, la interacción, integración e incorporación social, los niveles de protección, la responsabilidad personal, el control de las adversidades y

dificultades y tantos otros que configuran una vida de calidad.

Que dichas actuaciones además de cumplir con los requisitos de integralidad, personalización y continuidad, sean correctas desde el punto de vista técnico y ético, es una obligación de los y las profesionales y las instituciones implicadas, ya que de ello depende el respeto de la dignidad de la ciudadanía y sus derechos.

La consolidación y coordinación entre algunos instrumentos que ya existen como los comités de ética asistencial, tanto en el ámbito sanitario como en el de servicios sociales, o el mayor desarrollo de los documentos de voluntades anticipadas y su integración con los de directrices previas previstas en servicios sociales, pueden ser entre otros instrumentos para apoyar ese desarrollo de la ética en el ámbito sociosanitario llegando a convertirse en recursos eficaces para todas las personas y agentes implicados.

4.3. ESPACIO DE LAS INSTITUCIONES.

Línea Estratégica 3: FORMALIZACIÓN DE ACUERDOS SOCIOSANITARIOS ENTRE SECTORES.

El nivel operativo de la acción sociosanitaria debe estar fundamentado en una base de consenso institucional que se sustenta, a nivel formal, a través de convenios y acuerdos sociosanitarios entre las diversas instituciones y sectores.

Además de los sectores que representan el grueso del nivel institucional y operativo, representados en el Consejo Vasco de Atención sociosanitaria (Departamento de Salud, Departamento de Empleo y Políticas Sociales, Departamento de Acción Social de cada una

de la Diputaciones Forales y la Asociación de Municipios Vascos (EUDEL) existen otras instancias con representación institucional y orgánica potente (Departamento de Educación, Departamento de Justicia y Departamento de Seguridad) y otras, como el tercer sector, con una estructura descentralizada e inorgánica pero ambas representan una fuerza social e institucional clave para entender y trabajar en el espacio sociosanitario y deben ser incorporadas como socios y aliados preferentes en la estructuración de dicho espacio.

En Euskadi se plantea, así mismo, el nivel territorial como fundamentalmente operativo y con un nivel de empoderamiento suficiente, a través de la Comisiones Territoriales Sociosanitarias y los Planes Operativos Territoriales, como para llevar a cabo los proyectos y suscribir los convenios y acuerdos que se necesiten en función de las necesidades e idiosincrasia territorial.

4.4. ESPACIO DE LAS PERSONAS.

Línea Estratégica 4: PLAN DE DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EN COLECTIVOS DIANA.

La atención sociosanitaria está constituida por una serie de prestaciones que se incorporan a nuestra sociedad como un elemento más del estado de bienestar y con una orientación universal, redistributiva y solidaria. Como tal toda la ciudadanía vasca puede ser perceptora y beneficiaria de dicha atención y prestaciones caracterizadas por su transversalidad y la atención centrada en la persona, lo cual, independientemente de la mayor o menor vulnerabilidad de ciertos colectivos, implica en cierta manera superar esa fragmentación.

Sin embargo hay colectivos dentro de nuestra sociedad que por sus circunstancias; individuales o sistémicas; sociales o sanitarias; serán objeto de un mayor enfoque y presencia en las previsiones de la atención sociosanitaria. Estos colectivos, algunos de ellos definidos por la existencia de hándicaps concretos y generadores de desigualdad, van a necesitar intervenciones intensivas y frecuentemente idiosincrásicas, para el desarrollo de recursos y procedimientos que respondan a sus necesidades y que los resitúen respecto al resto de la sociedad bajo el prisma de la equidad.

ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES.

Las enfermedades psiquiátricas y las personas que las padecen presentan una serie de peculiaridades específicas dentro de la habitual dialéctica salud/enfermedad. En primer lugar la existencia de un estigma social, entendido como aquellos apriorismos individuales y sociales que derivan en una discriminación efectiva y afectiva de las personas con trastornos mentales, y que sitúa a las enfermedades psiquiátricas en la equívoca cercanía de las "enfermedades morales". Esta situación históricamente se ha sustanciado en dispositivos específicos de tratamiento y alejamiento (hospitales psiquiátricos o manicomios) y en una cultura social temerosa y excluyente respecto a dicho colectivo. En el momento actual, aunque ha habido un esfuerzo importante de normalización, la presencia del estigma sigue siendo un factor decisivo en la toma de decisiones en el ámbito de la salud mental y de la sanidad.

Por otra parte los trastornos mentales graves (TMG) tienen un curso habitualmente crónico, que desarrolla un nivel de discapacidad funcional

importante y que necesita de recursos y dispositivos específicos que justifiquen un enfoque individualizado y exhaustivo de estos aspectos.

En la misma línea de estigma, cronicidad y especificidad los trastornos adictivos, como trastornos mentales que son, comparten esta problemática ubicada plenamente en el común de las necesidades sociosanitarias propias de la salud mental.

Mencionar, así mismo, la existencia de una estrategia de salud mental de Euskadi que describe y propone las acciones que tienen que ver con el desarrollo de la atención sociosanitaria y la coordinación inter e intrainstitucional en nuestra comunidad.

ATENCIÓN A PERSONAS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN Y DESPROTECCIÓN.

La exclusión social se entiende como un proceso social de pérdida de integración que incluye no sólo la falta de ingresos y el alejamiento del mercado de trabajo, sino también un debilitamiento de los lazos sociales, un descenso de la participación social y por tanto una pérdida de derechos sociales.

Las personas se encuentran en situación de exclusión social cuando sus condiciones de vida y convivencia se están viendo afectadas por múltiples déficits y carencias que persisten en el tiempo, y al acumularse provocan la existencia de una situación de exclusión social.

En muchas ocasiones las situaciones de exclusión social van asociadas a desprotección. Pero la desprotección va unida básicamente a situaciones de especial vulnerabilidad bien por situaciones de exclusión, dependencia, discapacidad, etc.

Será una labor importante por tanto identificar estas situaciones en las que las personas están en riesgo de que no sean respetados sus derechos más fundamentales.

Frente a estos paradigmas que definen de manera fáctica las situaciones que llevan al alejamiento y pérdida de cohesión de las personas con respecto al tejido social y el riesgo de desprotección asociado a las situaciones de especial vulnerabilidad se proponen los términos de inclusión y protección como formulaciones positivas, líneas maestras y objetivos a conseguir.

ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y/O EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

Las situaciones de discapacidad y dependencia son, sin duda, una contingencia que puede afectar al anhelo individual que cada persona tiene de realización personal y desarrollo humano integral. Pero también son un reto colectivo que genera preocupación social en relación con la forma de organizar y dotar de recursos su abordaje. Es un gran tema merecedor de la búsqueda de grandes consensos políticos y sociales.

En la prestación de servicios en la intervención en relación con la discapacidad y la dependencia debe potenciarse al máximo la autonomía de las personas, tanto en el sentido de conservación y desarrollo de capacidades como de máximo control posible sobre su propia vida. De forma equilibrada con la correspondiente prescripción técnica, debe facilitarse, en la medida de lo posible, la elección entre diferentes prestaciones y servicios, así como la oportunidad de integrar o articular esas prestaciones y servicios con criterios de continuidad

y proximidad. Sería conveniente caminar hacia un modelo intersectorial auténticamente sociosanitario, tomando las decisiones clínicas correspondientes en coherencia con el proyecto de vida de las personas y los recursos sociales, evitando situaciones de abandono y/u obstinación terapéutica.

ATENCIÓN A NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES.

El desarrollo infantil es un proceso dinámico muy complejo en el que, sobre una base genética determinada, interactúan múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales. La naturaleza multifacética de los trastornos del desarrollo infantil requiere un abordaje interdisciplinar especializado y debidamente coordinado.

En Euskadi puede considerarse que en los servicios sanitarios, sociales y educativos individualmente considerados, se presta una atención razonablemente correcta. Pero en la coordinación interinstitucional, intersectorial e interprofesional hay mucho que mejorar, especialmente en el caso de los niños gran dependientes así como en la dotación de recursos sociosanitarios adaptados para la atención a la infancia, sobre todo en las patologías de carácter congénito. Es por ello que el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria promovió una reflexión que concluyó con la aprobación del Modelo de Atención Temprana para el País Vasco que ahora procede desarrollar.

Es importante no olvidar que dicho modelo trasciende la corresponsabilidad de y colaboración de los servicios sanitarios y sociales siendo imprescindible, como así se recoge, la implicación del sistema educativo.

ATENCIÓN A OTROS COLECTIVOS.

La especial atención a determinados colectivos puede venir predeterminado por la escasa visibilidad de los mismos en base a sus características sistémicas de escasa representación social o estigma social asociado o también, en el otro extremo, por la escasa representación cuantitativa en el conjunto social, lo que lleva a una labor de representación casi individual frente a los poderes públicos, habitualmente con resultados escasos.

Uno de los elementos de la misión del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, en la que la persona se sitúa en el centro, es precisamente la sensibilidad hacia colectivos con representación escasa como el que representan el conjunto de lo que se ha venido en llamar “Enfermedades raras” (EERR) con problemas complejos y variados, un curso habitualmente crónico y una deriva sociosanitaria habitualmente no contemplada.

4.5. ESPACIO DEL CONOCIMIENTO.

Línea Estratégica 5: IMPULSO DE LA FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO.

El modelo de atención sociosanitaria no es un constructo cerrado y estático, ni conceptual, ni operativa, ni tecnológicamente.

Los cambios sociales y la creatividad de los agentes interactuantes constantemente producen soluciones locales a problemas concretos. La conversión de este conocimiento concreto en generalizado y sistémico exige la aplicación de metodología de investigación, cuantitativa

y cualitativa que hagan derivar las experiencias en evidencias.

El circuito propuesto se cierra con la implantación efectiva de las nuevas tecnologías y experiencias en el proceso de transferencia de conocimiento.

Sobre la base de este proceso: formación, investigación, innovación y transferencia de conocimiento se asienta el crecimiento y madurez del modelo de atención sociosanitario y también que la posibilidad de los cambios culturales que determina dicha acción sociosanitaria sean un empeño común de ciudadanos e instituciones por una sociedad más justa y solidaria.

Como colofón a este despliegue de intenciones y acciones constatar la sintonía de las mismas con la emergencia de lo sociosanitario como una marea imparable demandada por la sociedad y por los individuos que la conforman, cada vez más conscientes de su protagonismo como sujetos activos, responsables y partícipes de su propia salud, pero también avisar de que, aun siendo un proceso irreversible en su formulación como transición social y cultural, todavía no lo es desde el punto de vista institucional y organizativo. Hace falta aun sentido del riesgo, liderazgo y heterodoxia para seguir transitando por estos caminos. En ello estamos.

EVOLUCIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA SANITARIA A DOMICILIO PARA PERSONAS SIN HOGAR CONVALECIENTES EN EL ALBERGUE MUNICIPAL DE ELEJABARRI. (AYUNTAMIENTO DE BILBAO)

LEYRE GÓMEZ LAMBARRI

Trabajadora social. Jefatura de Negociado de Alojamientos Sociales.

ERNESTO HELIODORO NOTARIO AJURIA

Trabajador social. Albergue Municipal de Elejabarri.

TXEMA DUQUE CARRO

Trabajador social Jefatura de Sección de Inclusión y Urgencias Sociales.

SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN.
2. MARCO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO.
3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL RECURSO: MISIÓN Y OBJETIVOS.
4. PERSONAS DESTINATARIAS.
5. ACCESO AL PROGRAMA.
6. EQUIPO PROFESIONAL.
7. INSTALACIONES, MOBILIARIO Y COBERTURA DE SERVICIOS HOSTELEROS.
8. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.
9. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA.
10. DATOS DE LA ATENCIÓN REALIZADA.
11. RESULTADOS Y CONCLUSIONES.
12. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Asistencia a domicilio; exclusión social; personas sin hogar convalecientes.

RESUMEN

Este artículo expone la evolución del Programa de Asistencia Sanitaria a domicilio para personas sin hogar con necesidad de convalecencia, desarrollado por el Área de Acción Social del Ayuntamiento de Bilbao desde el año 2009.

KEYWORDS

Home care; social exclusion; convalescing homeless people.

ABSTRACT

This article discusses the evolution of the Home Health Care Programme for homeless people in need of convalescence, implemented by the Department of Social Action of the City of Bilbao since 2009.

1. INTRODUCCIÓN.

En este artículo pretendemos exponer la evolución de este Programa de Asistencia Sanitaria a domicilio para Personas Sin Hogar con necesidad de convalecencia desarrollado por el Área de Acción Social del Ayuntamiento de Bilbao a partir del año 2009.

Aunque el proyecto inicial no haya sufrido modificaciones significativas (ver Acedo, K.; Duque, J.M., Notario, E.; y Olaskoaga, A.: 2013)¹, a lo largo de estos años vamos identificando algunos aspectos diferenciales que no hacen sino poner de manifiesto el alto grado de consolidación alcanzado así como la capacidad de adaptación del programa a las nuevas necesidades socio-sanitarias de la población a la que va dirigido.

Por lo tanto, además del carácter descriptivo, partiendo de los datos de 2015, trataremos de realizar una lectura en perspectiva en relación con los aspectos más significativos.

2. MARCO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO.

Se trata de un programa de media estancia para personas en situación de grave exclusión residencial con necesidades de convalecencia. El citado programa se puso en marcha el 10 de febrero de 2009. Nació a partir del acuerdo alcanzado entre el Área de Acción Social del Ayuntamiento de Bilbao y la cooperativa de iniciativa social Asociación Aurrerantz-Servicios Sociales Integrados para la prestación de asistencia sanitaria de convalecencia en el Albergue Municipal de Elejabarri.

Durante 2009 y 2010, el programa contó con la subvención del Departamento de Asuntos Sociales del Gobierno Vasco. En 2011, fue subvencionado por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Y el 1 de febrero de 2012 se firmó un protocolo de colaboración entre la Dirección Territorial de Vizcaya del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, y el Área de Acción Social del Ayuntamiento de Bilbao.

Desde sus inicios se ha definido como un programa sociosanitario ya que se entiende que las personas atendidas necesitan *una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención*², en coherencia con la Ley de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV).

El hecho de que el programa se desarrolle en un centro de servicios sociales facilita la atención sociosanitaria de forma integrada. Así, la *asistencia sanitaria* corre a cargo de la empresa contratista, Aurrerantz, S. Coop. de Iniciativa Social, siempre en estrecha coordinación con los servicios sanitarios del Sistema Público de Salud. Por otro lado, la *intervención social* queda en manos del personal municipal del Servicio de Trabajo Social del Albergue municipal de Elejabarri.

3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL RECURSO: MISIÓN Y OBJETIVOS.

El programa está integrado física y funcionalmente en el Albergue Municipal de Elejabarri, del Ayuntamiento de Bilbao. Dispone de una

¹Concretamente, Acedo, K.; Duque, J.M.; Notario, E.; y Olaskoaga, A., Programa de media estancia para personas en situación de grave exclusión con necesidades de convalecencia. Publicado en ZERBITZUAN, nº 53 (2013), pp. 83-89.

²Puede verse Ley 12/2008, de Servicios Sociales, artículo 46.1.

capacidad de atención para nueve plazas mixtas.

La misión es ofrecer a personas con graves problemas de exclusión social y dependencia funcional temporal para las ABVD atendidas en el servicio, lo siguiente:

- Estancia adecuada en términos de higiene, temperatura, alimentación y descanso e intimidad.
- Cuidados personales y cuidados sanitarios de baja intensidad.
- Información, orientación y valoración en los ámbitos competentes del Sistema de Servicios Sociales.
- Acompañamiento social para iniciar o continuar procesos de inclusión social.

La estancia máxima es de 45 días, con posibilidad de ampliarla en situaciones excepcionales. Cuando se alcanza ese tiempo y se considera que todavía no se puede dar el alta, el servicio médico que atiende al paciente emite un informe clínico en el que motiva la prolongación de la estancia. Este informe se remite al inspector de la Dirección Territorial de Vizcaya del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno Vasco, a quien corresponderá dar el visto bueno.

La atención médica y de enfermería es cubierta por el centro de atención primaria de Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) de la zona en que se localiza el Albergue Municipal de Elejabarri y por el Servicio de Hospitalización Domiciliaria del Hospital de Basurto.

4. PERSONAS DESTINATARIAS.

El programa se dirige a personas que cumplen los siguientes criterios:

- Mayores de edad de entre 18 y 60 años (excepcionalmente, mayores de esa edad).
- Residentes habituales de Bilbao.
- Indomiciliadas o, excepcionalmente, con viviendas en situación muy precaria y sin convivientes que puedan prestarles cuidados personales.
- Sin trastornos de comportamiento graves que perturben la convivencia colectiva.
- En un estado de salud física que, sin precisar estancia hospitalaria, requiera continuidad de cuidados en domicilio y seguimiento médico.
- Derivados de centro hospitalario tras alta médica emitida bien en servicio de urgencias (por no precisar ingreso), bien en hospitalización (terminado el ingreso).
- Derivados desde servicios sociales.
- Que dispongan de prescripción de tratamientos médicos y, en caso de haber hospitalización previa, indicaciones de continuidad de cuidados de enfermería, aportados por el centro hospitalario.
- Que acepten explícitamente su acogida en el programa mediante la firma y aceptación de las normas de funcionamiento establecidas.

5. ACCESO AL PROGRAMA.

El acceso se realiza a través de solicitud cursada por trabajadores sociales de un centro hospitalario y/o servicios sociales de titularidad pública o privada, en el formato de informe social y respuesta de aceptación, según el modelo establecido al efecto. En ambos casos, el informe social irá acompañado de informe médico y la persona usuaria deberá firmar obligatoriamente el documento de aceptación de la normativa del centro y el programa concreto.

El ingreso se realiza tras valorar la solicitud

recibida en la Comisión Técnica de Valoración y Orientación Socio-sanitaria, compuesta por médico/a, trabajador/a social y jefatura de Negociado de Alojamientos Sociales, que asume la Dirección del Albergue. Dispone de una normativa específica de funcionamiento, adaptada a las situaciones de convalecencia.

6. EQUIPO PROFESIONAL.

El equipo de profesionales que interviene en el programa está compuesto por:

- El personal de servicios generales del Albergue Municipal de Elejabarri (personal propio y de servicios contratados por el centro): conserjes, vigilantes de seguridad, auxiliar administrativo, personal de cocina, personal de limpieza y de mantenimiento de locales e instalaciones.
- Servicio de Trabajo Social del albergue: trabajadores sociales y educadores sociales.
- Personal específico para el programa: médico, a tiempo parcial (responsable del personal específico) y auxiliar de enfermería (una persona en servicio permanente –24 horas todos los días del año–, en turnos rotativos de mañana, tarde y noche).

Atendiendo a las funciones de los y las profesionales del servicio de Trabajo Social del albergue y del personal específico del programa, quedan concretadas en las siguientes:

- Médico:
 - Coordinar el equipo de personal específico (auxiliar de enfermería) en lo relativo a las funciones propias.

- Coordinarse con la Jefatura de Negociado de Alojamientos Sociales, en lo que se refiere al funcionamiento general del programa.
- Coordinarse con la persona responsable del programa en el Albergue Municipal de Elejabarri en lo que respecta a las solicitudes de ingreso y el funcionamiento ordinario del programa.
- Coordinarse con los servicios médicos necesarios.
- Seguimiento de la situación médica de las personas que están atendidas en el programa (pasar consulta).

- Auxiliar de enfermería:

- Proporcionar apoyo para la cobertura de necesidades de cuidado personal, entregar la comida a las personas que no pueden desplazarse al comedor del albergue, acompañar a servicios, facilitar el lavado de ropa personal o movilizar a personas encamadas, entre otras funciones.
- Control de la medicación, según la pauta médica establecida.
- Aplicación y control de cumplimiento de cuidados, según las indicaciones de enfermería.
- Atenciones de enfermería de baja intensidad (circunscritas a las que se encuentran facultadas por su calificación profesional).
- Coordinarse con el médico y el personal de enfermería del centro de salud de la zona.
- Proporcionar apoyo en la reeducación social de las personas usuarias en cuanto a adquisición de hábitos de la vida cotidiana y habilidades de autocuidado.
- Participación en las reuniones de coordinación con el equipo de Intervención Social del Albergue de Elejabarri para el seguimiento de los procesos, además de la coordinación diaria.

- Trabajador social:

- Participar en la valoración de las solicitudes de ingreso.
- Realizar el seguimiento del estado de convalencia para determinar la salida del programa (alta).
- Valorar las posibles situaciones de excepción que justificarían prolongar la estancia por motivos sociales más allá de los 45 días establecidos con carácter general.
- Realizar la intervención social requerida para el inicio o la continuidad de procesos de inserción de las personas usuarias.
- Al término de la estancia, obtener (mediante encuesta) la percepción y grado de satisfacción de la persona usuaria y evaluar su progreso en la inserción.
- Aportar información para realizar la evaluación general del programa, según criterios establecidos.

- Educador social:

- Prestar apoyo a las personas usuarias realizando los acompañamientos que se requieran, especialmente los necesarios para la asistencia sanitaria ambulatoria cuando existe atención en consultas externas hospitalarias.
- Realizar el acompañamiento social necesario para cumplir el plan de atención personalizada.

del programa: camas articuladas, una grúa, andadores, sillas de ruedas, muletas, adaptador para aseo en cama, adaptador para aseo en ducha y otros elementos auxiliares.

Los servicios de alimentación, limpieza de habitaciones y locales, material de aseo personal y ropa de cama son aportados por el Albergue Municipal de Elejabarri. En este ámbito de servicios hosteleros, se han previsto medios adicionales, a fin de cubrir las necesidades específicas de las personas usuarias, como alimentación especial, material especial de aseo personal y limpieza, y otros que pudieran presentarse.

7. INSTALACIONES, MOBILIARIO Y COBERTURA DE SERVICIOS HOSTELEROS.

Los locales, dotados del mobiliario básico, los facilita el Albergue Municipal de Elejabarri. En cuanto al mobiliario especial y las ayudas técnicas, Aurretantz Soc. Coop. incorpora elementos adicionales requeridos por la especificidad

8. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.

El funcionamiento del programa dispone de un sistema de evaluación basado en los siguientes criterios:

CRITERIO	INDICADOR	FINALIDAD
Nivel de ocupación	<ul style="list-style-type: none"> Número de estancias ocupadas respecto a las estancias disponibles. 	Ajustar la capacidad del programa en cuanto al número de plazas.
Índice de respuesta a solicitudes	<ul style="list-style-type: none"> Suma de la diferencia (en días) entre la fecha de entrada solicitada y la fecha de entrada efectiva, dividido por el total de entradas programadas. 	Valorar la demora respecto a las solicitudes programadas.
Duración de las estancias	<ul style="list-style-type: none"> Número de días más frecuente en las estancias (moda). Número de días de estancia mínima. Estancias superiores a 45 días. Número de días de la estancia máxima. 	Ajustar el tiempo de estancia máxima establecido con carácter general.
Tasa de ocupación del servicio	<ul style="list-style-type: none"> Número de estancias /día dividido entre el total de camas/día disponibles en el recurso (en %). 	Optimizar las plazas existentes en el recurso.
Adaptación de los usuarios al programa	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de abandonos. 	Valorar la eficacia del programa y, en su caso, incorporar modificaciones en su normativa de funcionamiento.
Satisfacción de los usuarios	<ul style="list-style-type: none"> Resultados de la encuesta a los usuarios al término de la estancia. 	Valorar la eficacia del programa desde el punto de vista de los usuarios e identificar oportunidades de mejora.
Tasa de salidas por alta médica o ingreso hospitalario	<ul style="list-style-type: none"> Suma de salidas por alta médica y por ingreso hospitalario, dividido entre el total de salidas (en %). 	Valorar el proceso sanitario de las personas atendidas.
Avances en los procesos de inserción social	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación, según escala sencilla, del progreso en la inserción social de los usuarios al término de la estancia. 	Valorar la eficacia del programa en los procesos de inserción de las personas usuarias.

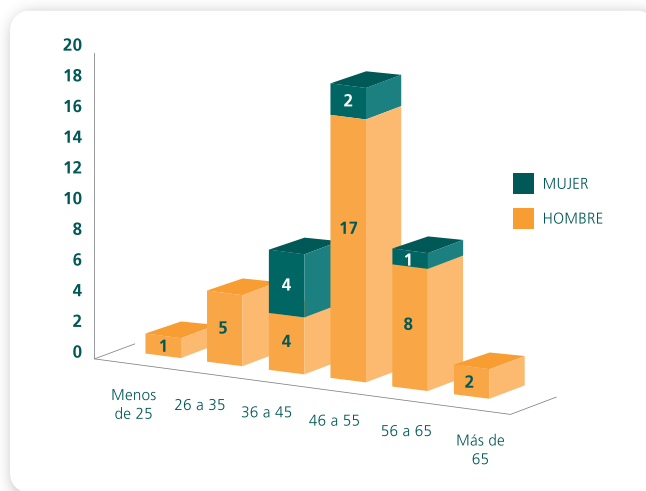
Fuente: Elaboración propia.

9. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA.

Atendiendo a los **ingresos**, en el año 2015 se ha atendido a 54 personas. Durante los siete años de vida de este programa se ha atendido a un total cercano a **346 personas, siendo alrededor del 85% hombres y el 15% mujeres**. La proporción entre hombres y mujeres atendidas se mantiene estable durante estos años, además es un porcentaje coincidente con el que representan las mujeres en situación residen-

cial grave, tal y como se recoge en los recuentos realizados. La media anual de personas atendidas está en torno a 50. La mayoría de las personas que están adscritas al programa de convalécientes están dentro del intervalo de edad de entre 46 y 55 años, aunque está aumentando significativamente la presencia de personas mayores de 60 años.

Edad y sexo de las personas atendidas en el recurso-2015.

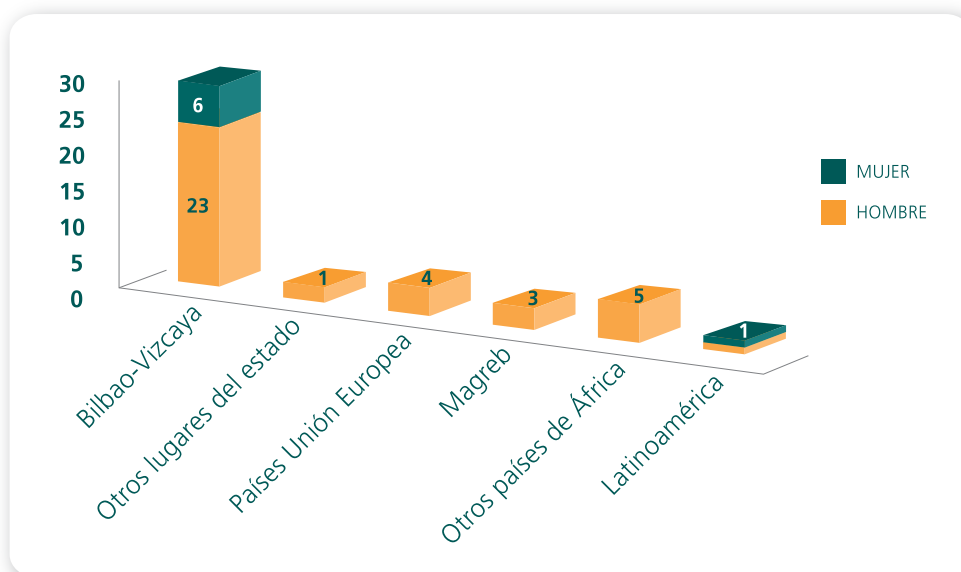


En relación al **origen** de las personas atendidas en el año 2015 vemos que 66% son originarias de Bilbao-Bizkaia y el 44% restante son extranjeros, siendo mayoritarias las personas procedentes de África (57%). En los últimos años vemos un descenso progresivo de personas extranjeras atendidas, al igual que ocurre en otros servicios dirigidos a personas sin ho-

gar en el municipio. Quizás este dato tenga relación con un descenso generalizado de personas extranjeras en la ciudad ya que se han dirigido a países del centro y norte de Europa.

De las 44 nuevas altas realizadas en 2015, el 73% (32 personas) son conocidas en los servicios sociales, al menos, desde hace 12 meses.

Origen de las personas atendidas y sexo-2015.



10. DATOS DE LA ATENCIÓN REALIZADA.³

En relación a la **ocupación del centro** diremos que el índice medio anual de ocupación está en torno al 83%, ligeramente superior al de los años anteriores. Sin embargo, teniendo en cuenta la reserva de plaza en situaciones de reingresos hospitalarios previsiblemente cortos (hasta la estabilización sanitaria del paciente, este índice anual sube al 88,22%).

La cuestión de mantener la plaza a estas personas que necesitan un ingreso hospitalario corto es una medida que se ha hecho necesaria para la propia gestión del flujo de demanda en coordinación con los citados centros hospitalarios, además de para poder dar una continuidad en la atención a las personas que han tenido un ingreso en el programa y que sin esta medida podrían no tener plaza al alta hospitalaria y tenerse que dar por perdido el trabajo iniciado.

En cuanto a la **duración de las estancias** observamos que si bien los primeros 3-4 años la estancia media anual estaba en torno a los 36 días, ésta va aumentando en los últimos 3 años, llegando en 2015 a 46 días. Concretamente 17 estancias han sido superiores a 45 días debido al incremento de patología médica grave y oncológica, así como por la severidad de los cuadros traumatológicos que se han atendido.

Teniendo en cuenta la **procedencia y motivos de las solicitudes**, vemos los datos en la siguiente tabla: las derivaciones siguen siendo realizadas mayoritariamente desde centros hospitalarios (en su mayoría ingresos programados), aunque se mantiene -reduciéndose progresivamente- un número de derivaciones realizadas desde servicios sociales. La detección de la demanda desde los servicios sociales de urgencia y máxima proximidad hacen que los ingresos no puedan ser programados.

PROCEDENCIA-2015	NÚMERO	PROGRAMADO	URGENTE
HOSPITAL BASURTO	22	19	3
CRUZ ROJA	1	1	-
HOSPITAL DE CRUCES	3	2	1
HOSPITAL DE ZAMUDIO	1	1	-
CS RECALDE	2	2	-
ALBERGUE ELEJABARRI	8	7	1
EQUIPO CALLE	1	-	1
SMUS	5	2	3
IGUALDAD, COOP. Y CIUD.	1	1	-

³ Los datos de este apartado están tomados de las memorias 2015 del AME y del propio servicio de convalécientes.

Los motivos de los ingresos por especialidades médicas son los siguientes:

CIRUGÍA	%	Nº INGRESOS
TRAUMATOLOGÍA	45%	20
CIRUGÍA	5%	2
CIRUGÍA VASCULAR	9%	4
MI - INFECCIOSOS	34%	6
MI - CARDIOLOGÍA		-
MI - ENDOCRINOLOGÍA		2
MI - HEPATOLOGÍA		2
MI - NEUROLOGÍA		1
MI - UROLOGÍA/NEFROLOGÍA		1
MI - RESPIRATORIO		3
ONCOLOGÍA		5%
PSIQUIATRÍA	8%	1

Es necesario indicar que los nuevos motivos de ingreso en el programa han generado que los tiempos de estancia aumenten. Las patologías de traumatología, que en el principio del programa eran las más habituales y que no requerían más de 45 días de convalecencia; se han transformado en tiempos de estancia superiores al tiempo establecido de máximo, de tal forma que las excepciones llegan a convertirse en situaciones de normalidad.

En este año 2015 de nuevo el mayor porcentaje de personas usuarias atendidas proceden del área de traumatología, si bien sigue siendo importante la atención de medicina. Se observa también un incremento de los usuarios procedentes de servicios de cirugía (de un 10% a un 14%) y los casos de oncología.

La situación de las personas atendidas derivadas desde la especialidad médica de oncología merece una mención especial por la novedad que han supuesto para nuestro programa. En

los últimos 2 años hemos atendido a 4 personas y queremos destacar dos aspectos:

- Por una parte, los servicios hospitalarios que les atendían condicionaron el inicio de la quimio o radioterapia al ingreso en el programa. La valoración desde el punto de vista sanitario era que el tratamiento no podría ser completado sin contar con las condiciones mínimas de reposo, higiene y alimentación. Por tanto, de alguna forma el programa ha trascendido su objeto de convalecencia al ser considerado como una pieza clave para la aplicación del tratamiento.
- Estas personas fallecieron a lo largo del año 2015, en tres casos en el centro hospitalario al que fueron trasladados en los últimos días de su vida y en un caso, y por petición expresa de esa persona, en nuestro mismo centro. Pudiera decirse que de alguna manera nos convertimos en una pequeña Unidad de Cuidados Paliativos. En la práctica, el programa

ha supuesto una alternativa válida para que esas personas no murieran en las calles de nuestro municipio.

11. RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

Los resultados han de estar necesariamente relacionados con la misión y objetivos del programa (expuestos anteriormente). Por lo tanto, entendemos como resultado el conjunto de actividades y logros resultantes de la actividad desarrollada por el programa en su conjunto.

1. Los datos de atención y ocupación justifican la existencia del programa. Una baja inversión económica con grandes beneficios para las personas sin hogar.

En relación a la **misión y objetivos**, lo primero que hemos de subrayar es que desde el inicio del programa han sido atendidas **346 personas, alrededor del 85% hombres y el 15% mujeres**). Por lo tanto, a lo largo de estos siete años una media de 56 personas cada año han visto satisfecha su necesidad de convalecencia en unas instalaciones adecuadas en términos de higiene, temperatura, alimentación y descanso e intimidad, recibiendo los cuidados personales y sanitarios necesarios. Asimismo, estas personas han accedido a la información, orientación y valoración en el ámbito de los Servicios Sociales, beneficiándose así de la prestación de acompañamiento social para iniciar o continuar procesos de inclusión social.

Por lo tanto podemos concluir que, de no existir este programa o no haber accedido a una plaza, el nada despreciable número de personas atendidas (388) hubieran pasado su convalecencia en lugares inadecuados, produciéndose un incremento notable en el nú-

mero de reingresos hospitalarios debido a situaciones de reagudización de las patologías, poniéndose en riesgo su salud, su dignidad y la eficacia de la propia intervención sanitaria realizada. Entendemos que estos argumentos son centrales tanto en la gestación como en el desarrollo del programa para ambos sistemas intervinientes, el de salud y el de servicios sociales.

Además de todas las ventajas que redundan directamente en las personas usuarias, y desde una perspectiva económica, otra de las bondades a tener en cuenta de un programa de naturaleza socio-sanitaria como éste es, sin duda, el considerable aumento de la eficiencia del gasto sanitario, mediante la derivación a estas plazas -de menor coste- y la consiguiente reducción de noches de ingreso hospitalario.

2. Un programa de gestión compleja combinando diferentes niveles de exigencia, con un procedimiento de acceso ágil y mínimamente burocratizado.

Por otro lado, hay que decir que se trata de un programa cuya **gestión es altamente compleja**. Este programa va dirigido a personas que, con frecuencia, presentan problemas añadidos de comportamientos antisociales, relacionados (o no) con el abuso de alcohol u otras adicciones, así como patologías infecciosas relacionadas con el consumo de sustancias psicoestimulantes y el consiguiente deterioro psicofísico. Algunas personas tienen tendencia a acumular enseres y son muchas a las que les cuesta acatar la normativa relacionada con hábitos de higiene, teniendo pocas habilidades relacionales tanto con los profesionales como con otras personas usuarias. Estas peculiaridades, junto con los consumos de sustancias psicoestimulantes o

depresoras del sistema nervioso central, son las principales causas de un aparentemente considerable número de abandonos y expulsiones. Todo ello ilustra bastante gráficamente la complejidad a la que nos referimos. Por otro lado, y basados en la práctica de años, podemos afirmar que estas dificultades para la convivencia serían insalvables en unidades socio-sanitarias normalizadas.

En relación al **acceso al programa**, aunque en ocasiones no exento de dificultades de coordinación con los centros hospitalarios, podemos considerar que el procedimiento ordinario establecido es adecuado por su sencillez y agilidad. Por otro lado, contar con la posibilidad de ingreso durante las 24 horas los 365 días del año para situaciones extraordinarias, además de colaborar a la optimización de las plazas, permite evitar esperas indeseadas a las personas usuarias y multiplicar la eficacia de servicios como el Equipo de Intervención Socioeducativa con Personas Sin Hogar en medio abierto y el Servicio Municipal de Urgencias Sociales (SMUS).

3. Las particulares circunstancias relacionadas con situaciones de exclusión social condicionan seriamente los procesos de convalecencia (adherencia a los tratamientos) y los procesos de inclusión social.

Desde la perspectiva de resultados queremos atender también a las circunstancias de las personas atendidas en el momento de finalizar su estancia en el programa. Para ello *nos fijamos en los motivos de salida así como en el destino al alta médica.*

En relación los **motivos de salida** del programa tenemos que destacar los siguientes datos del año 2015:

- El 31% ha recibido el alta médica (14 personas).
- El 40% ha solicitado el alta voluntaria sin terminar el período de convalecencia prescrito (18 personas).
- El 11% ha sido expulsado del centro (5 personas).
- El 2,2% ha fallecido (1 persona).
- El 13,3% ha sido ingresado de nuevo a un centro hospitalario (6 personas).

Muchas de las personas que acceden, tienen comportamientos disruptivos que se hacen visibles en la medida en que van mejorando su estado de salud. El consumo de tóxicos y la enfermedad mental que se presenta en gran parte de los casos, dificulta en gran medida su adhesión al tratamiento prescrito y al cumplimiento de la normativa en referencia a horarios, higiene, pautas de medicación, etc.

4. A pesar de todo, el período de convalecencia sirve a más de la mitad de las personas atendidas para iniciar o continuar sus procesos de inclusión social. No obstante, son muchas las personas que vuelven a su situación anterior de calle.

Desde el punto de vista de los **procesos de inclusión** que se han iniciado o continuado a partir de la estancia por motivo de convalecencia nos interesa saber a dónde han ido estas personas a partir de su salida. Por lo tanto, en relación al **destino** de las personas atendidas en el año 2015 podemos aportar los siguientes datos:

- El 41% han continuado su proceso de inserción accediendo a otros recursos residenciales de carácter temporal (18 personas).
- El 18% han accedido a alojamiento autónomo

o al vuelto al domicilio familiar (8 personas).

- El 36% han salido y han vuelto a la situación de calle en la que se encontraban cuando accedieron del centro.

Es destacable el número de personas (26) que han conseguido dar pasos importantes en su estabilización ya sea accediendo a alojamiento de forma autónoma, volviendo al domicilio familiar o accediendo a plazas de media estancia en recursos residenciales con diverso grado de intensidad de apoyo profesional.

Respecto al alto índice de personas que vuelven a situación de calle, observamos que en la mayor parte de los casos, se trata de personas que no completan su proceso de recuperación o convalecencia según las prescripciones de los y las profesionales. Todo ello suele concretarse en situaciones de abandono, solicitudes de alta voluntaria e incluso, en ocasiones, de expulsiones.

Además hay que señalar que la crisis socioeconómica también tiene incidencia en esta población, lo cual se traduce en procesos de inclusión truncados donde la falta de empleo y recursos económicos así como la situación precaria de vivienda coinciden en muchos casos.

Sin embargo, podemos hacer una valoración positiva respecto a la intervención realizada, ya que además de mejorar su estado de salud con algunas de estas personas se tramitó la actualización de su documentación, el empadronamiento por servicios sociales, la vinculación a un trabajador social de referencia con quien mantienen periódicamente entrevistas de seguimiento así como el mantenimiento del contacto con el equipo educativo que realizan su intervención en las calles del municipio y que

visitan periódicamente los enclaves en los que pernoctan estas personas.

Con el paso del tiempo, nos encontramos con casos en los que hace uno o dos años intervinimos en el Programa de atención a personas convalécientes, con personas que al alta médica decidieron regresar a su lugar habitual de pernocta (casas ocupadas, chabolas construidas por ellos mismos u otras modalidades de infravivienda) y que pasado este tiempo solicitan plaza en el régimen general del Albergue para realizar tramitaciones tales como rentas de garantías de ingresos y pasar a vivir en habitaciones alquiladas.

Este tipo de situaciones nos lleva una vez más a concluir que no todas las intervenciones que realizamos tienen un efecto inmediato en el proceso de la persona (o quizás no al menos el que los profesionales deseáramos obtener), y sin embargo surten efecto a medio plazo si somos capaces de continuar apostando por las personas y respetamos sus ritmos de crecimiento y cambio.

12. BIBLIOGRAFÍA.

EUSKADI (2008): "Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales", Boletín Oficial del País Vasco, 24-12-2008, nº 246, págs. 31.840-31.924 [<http://www.euskadi.net/bopv2/datos/2008/12/0807143a.pdf>].

ARARTEKO (2008): *Atención sociosanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos*, serie Informes Extraordinarios, Vitoria-Gasteiz, Ararteko [<http://www.ararteko.net/>]

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2011): *Configuración de una red local de atención a personas sin hogar integrada en el Sistema Público de Servicios Sociales. Cien argumentos y propuestas*, serie Informe, Estudios e Investigación 2011, Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [<http://www.msps.es/gl/novedades/docs/100argumentosEspayol.pdf>]

DUQUE CARRO (2014): *Políticas de servicios sociales para la atención a personas en situación de exclusión residencial grave. Elementos para un diagnóstico y propuestas estratégicas*. Publicado en ZERBITZUAN, nº 55 (2014), pp. 35-46.

ACEDO, K.; DUQUE, J.M.; NOTARIO, E.; Y OLASKOAGA, A., (2013) *Programa de media estancia para personas en situación de grave exclusión con necesidades de convalecencia*. Publicado en ZERBITZUAN, nº 53 (2013), pp. 83-89.

CONSEJO VASCO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA (2014): *Líneas estratégicas de atención sociosanitaria para Euskadi 2013-2016*.

LA EXPERIENCIA DE CASER RESIDENCIAL EN LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA. MODELOS DE INTERVENCIÓN.

JUAN MIGUEL CABELLO NEILA

Responsable Asistencial-Director Médico. CASER RESIDENCIAL.

PABLO GONZÁLEZ ÁLVAREZ

Director de Calidad, Innovación y Prevención. CASER RESIDENCIAL.

SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN.

2. EXPERIENCIA DE CASER RESIDENCIAL EN EL MODELO SOCIOSANITARIO.

2.1. Salud Mental.

2.2. Unidad Residencial Sociosanitaria.

PALABRAS CLAVE

Caser Residencial; residencias para personas mayores y dependientes; unidades de salud mental; unidades residenciales sociosanitarias.

RESUMEN

Caser Residencial presenta un enfoque de excelencia de gestión integral de residencias para personas mayores y dependientes desde la atención centrada en la persona, la profesionalidad del equipo humano, y la promoción de la innovación, calidad y eficiencia. Entre los 15 centros residenciales que actualmente tiene Caser Residencial, este artículo destaca dos modelos de intervención: el que se realiza en el centro Castillo de Oliana (Lleida, Cataluña), con unidades de salud mental, y el que se realiza en Residencial Alto del Prado (Vitoria, País Vasco) con unidades residenciales sociosanitarias.

KEYWORDS

Caser Residencial; Homes for the elderly and dependent persons; mental health units; residential and public health units.

ABSTRACT

Caser Residencial presents a comprehensive excellence approach to complete management of homes for the elderly and dependent persons from people-centred care, the professionalism of the team, and the promotion of innovation, quality and efficiency. Among the 15 nursing homes that Caser Residencial currently has, this article highlights two models of intervention: the one implemented at the Castillo de Oliana centre (Lleida, Catalonia), with mental health units, and the one implemented at the Residencial Alto Prado (Vitoria, Basque Country) with public health residential units.

1. INTRODUCCIÓN.

La coordinación sociosanitaria ha sido y sigue siendo un caballo de batalla en el más puro ámbito asistencial. Sin embargo lo que produce en las organizaciones e instituciones es una necesidad, que, más allá del motivo inicial asistencial, influye en el plano económico, presupuestario y sobre todo en la garantía del Estado del Bienestar.

La confluencia de dos sistemas como el sanitario y el social, desde el eje asistencial de la persona, puede deparar beneficios no solo a la sociedad sino a los agentes productores de servicios.

Las intervenciones más adaptadas a las necesidades reales de las personas, la posibilidad de optimizar los recursos y la contención final del gasto en pos de una integralidad en la prestación de los servicios, parece que pueden favorecer un escenario con una atención centrada en la persona, más humano, posiblemente con menos gasto y sobre todo, productor de nuevas oportunidades.

La realidad asistencial, donde el evento agudo está bien asistido, necesita de una atención especial a la cronicidad. En el caso de la asistencia social el sistema parece haber abordado un esquema apto para las necesidades de la población, pero sin embargo, cuando la cronicidad y la dependencia confluyen, el sistema todavía "hace aguas", faltando una coordinación real.

La población española, con un crecimiento sostenido de envejecimiento, pasará a tener un 30% de mayores de 65 años en 2050 sobre la población total del país. Sin embargo, la edad cronológica no va a coincidir necesariamente

con la edad social o incluso con la edad "geriátrica" tal cuál la entendemos hoy en día. Y además, pese a las mejoras en calidad de vida y salud de los mayores, no se puede obviar que la vejez conlleva ciertas limitaciones físicas y psicológicas aunque los modelos lleven a una prevención en materia de salud e integridad.

Se estima que las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad y/o dependencia en 2020 y que hacia 2030 se doblará su incidencia en mayores de 65 años. Aunque el desarrollo de la medicina, los niveles preventivos de salud y los avances en la atención han supuesto una mejora en la calidad de vida y salud de los mayores, no se puede olvidar que el propio envejecimiento trae consigo limitaciones a las personas. Y acompañando a esta realidad.

Según nos refiera el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria, *en nuestro país, las enfermedades crónicas son la primera causa de demanda asistencial en los centros sanitarios (80% de consultas de atención primaria y 60% de ingresos hospitalarios). Un 40% de las consultas las realiza la población mayor de 65 años, que además es la que necesita mayores cuidados continuados y más recursos sociales. El 50% de las camas de nuestra red hospitalaria están ocupadas por mayores de 65 años, y el consumo farmacéutico supone casi el 50% del gasto total.*

Si atendemos a estos tres factores antes mencionados, el envejecimiento de la población, la dependencia y las enfermedades crónicas, se nos plantea el reto de mejorar el Sistema de promoción a la Autonomía y la Atención a la Dependencia, la orientación a un modelo sanitario con base en el cuidado y la definitiva

coordinación entre los sistemas sanitarios y social para lograr un acercamiento más lógico al verdadero Estado del Bienestar.

Para favorecer esa coordinación entre los dos sistemas se podrían observar factores de potenciación, que sin embargo pueden verse

influidos negativamente por otros tantos factores que lo dificultan.

FACTORES QUE FAVAROCCEN	FACTORES QUE DIFICULTEN
Liderazgo	Presión financiera
Compromiso (personal y profesional)	Complejidad organizativa
Buenas Relaciones	Cambio de líder
Estrategia conjunta	Complejidad financiera
Visión conjunta	Rigidez Cultural
Recursos adicionales	Complejidad del manejo de la información
Modelo centrado en el usuario	
Puesta en marcha conjunta	

Fuente: Adaptado de NHS 2010.

En España se han desarrollado en los últimos años diferentes iniciativas en el ámbito organizativo, asistencial, de la administración, de la formación a profesionales, de la financiación y la gestión que demuestran el gran interés por hacer realidad la verdadera coordinación sociosanitaria. Supone un esfuerzo por garantizar el continuum asistencial, planteando una atención integral, con visión sinérgica que facilite la optimización de los recursos y la satisfacción de las necesidades de la población. Y las distintas CCAA han apostado por distintas acciones que supongan el acercamiento al modelo de coordinación sociosanitaria.

Para resumir el modelo se pueden establecer los siguientes puntos que darán cabida a cada actor del proceso:

- Por un lado, el actor sanitario se encarga de la atención especializada a las enfermedades crónicas y degenerativas con su estructura y potencial.
- De otro lado, el ámbito social se encarga de atender a las situaciones de pobreza, aislamiento, soledad así como a la atención a los estados de salud alterados que provocan dependencia.

La reunión de los dos actores debe proporcionar un sistema eficaz que atienda a la discapacidad funcional, a las necesidades físicas, las patologías prevalentes en la población que se va a atender y a los apoyos con los que cuenta cada individuo.

2. EXPERIENCIA DE CASER RESIDENCIAL EN EL MODELO SOCIOSANITARIO.

Caser Residencial se crea en noviembre de 2004 con la finalidad de liderar un proyecto para desarrollar residencias para personas mayores y para la atención de personas dependientes en todo el territorio nacional.

Dentro del sector privado sociosanitario, Caser Residencial presenta un modelo de gestión integral que la sitúa como una organización de gran solvencia y experiencia acreditada.

Con el paso de los años, Caser Residencial se ha consolidado como una de las principales empresas dentro del sector, disponiendo actualmente de 15 centros residenciales. La experiencia, calidad y dedicación de Caser Residencial nos permite consolidar un proyecto encaminado a proporcionar un servicio de excelencia a nuestros residentes.

De nuestros centros, Caser Residencial Alto del Prado (Vitoria) cuenta además con una unidad residencial sociosanitaria de 25 camas en concertación con IFBS y Sanidad (Osakidetza) de Álava. Por su parte, Caser Residencial Olivenza (Badajoz) dispone 60 plazas para dependientes concertadas y 20 plazas para personas con necesidades sociosanitarias y altamente dependientes, concertados ambas con la Junta de Extremadura. En Caser Residencial Betha-

ram, Hondarribia, con 150 plazas residenciales, de las cuales 113 son concertadas con la Diputación, se trabaja con 24 plazas de Trastorno Mental Severo. Y del mismo modo, en Castell D'Oliana (Lleida), se encuentran concertadas plazas de salud mental con Catsby. En total, Caser Residencial gestiona actualmente 1091 plazas públicas, de las 2303 plazas totales de la compañía.

Nuestra misión es la excelencia en el cuidado de personas dependientes, destacando por la atención centrada en la persona, profesionalidad del equipo humano, la innovación, calidad y eficiencia. Y las líneas que marcan nuestra visión giran en torno a los siguientes puntos:

ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA	PROFESIONALIDAD	INNOVACIÓN	
Atención individualizada al cliente, adaptada a sus necesidades y preferencias.	Selección, desarrollo de competencias y reconocimientos a las personas.	Bajo el enfoque de Excelencia, consolidar la innovación, diseñar e implantar alternativas mejores a las actuales, en lo relativo a gestión, servicios y manera de hacer las cosas.	
CALIDAD	EFICIENCIA	LIDERAZGO	CARTERA DE SERVICIOS
Reconocimiento externo de la calidad en los servicios asistenciales y hosteleros, mientras seguimos avanzando en el camino de la excelencia.	Gestión eficiente de los recursos mediante el uso de tecnología, innovación y mejora continua.	Reconocimiento de marca y referentes en el sector de la dependencia.	Crecimiento y mejora de los servicios a través de la especialización.

Nuestra cultura se fundamenta en valores que se han ido consolidando a lo largo de nuestra trayectoria a través de confianza, compromiso, honestidad, transparencia, trabajo en equipo y rigor.

Esta misión no orienta exclusivamente al colectivo de mayores de 65 sino que parte del factor dependencia para observar el radio de acción de sus servicios.

2.1. Salud Mental.

En el área de salud mental, el centro Castillo de Oliana (Lleida, Cataluña), con una trayectoria de 16 años, presta una atención que aún entrando en la conceptualización del modelo sociosanitario, en esta Comunidad se encuentra bajo otro epígrafe asistencial. La coordinación es a través de la Comisión Interdisciplinar Mixta de Salud Mental, que está formada por representantes (directores, trabajadores sociales...) de todos los Centros que tienen plazas concertadas de Salud Mental con el CatSalut (unidad de agudos, subagudos, MILLE, Hogar-

Residencia...) y representantes de las regiones de Lleida y Pirineo-Aran del CatSalut. Estas comisiones están moderadas y presididas por el Director de los Servicios de Salud Mental y Drogodependencias del Hospital Santa María de Lleida.

Las comisiones realizan la valoración de casos y regulan el flujo de pacientes. Se presentan diferentes pacientes que ya están en un recurso de salud mental o no (vienen de consultas externas del Hospital Santa María u otros) y según su patología, edad, situación personal, familiar, etc., se valora cuál es el recurso más adecuado.

Una vez pasado un tiempo de atención y soporte en el centro, en el caso de que la persona atendida retorne a domicilio u otras instituciones que no sean de Salud Mental, los profesionales del centro se ponen en contacto con Servicios Sociales para garantizar que se mantenga un buen control de la enfermedad del paciente.

La atención prestada, centrada en la persona permite un abordaje que observa el bienestar emocional, material y físico, el desarrollo personal, la inclusión social, la autodeterminación, las relaciones interpersonales y los derechos.

2.2. Unidad Residencial Sociosanitaria.

La experiencia en unidades poliasistenciales sociosanitarias, como la de Alto del Prado (Victoria) donde la cobertura acoge distintos perfiles de usuarios, ofrece un rango de cobertura que asume una gran parte de los casos que interesan abordar:

PERSONAS CON NECESIDAD DE CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA	Personas con alta hospitalaria y expectativa de vida breve que no precisan ingreso en unidades de cuidados paliativos y no pueden retornar a su domicilio.
PERSONAS EN PROCESO DE CONVALECENCIA	Personas que tras ingreso hospitalario, sufriendo una grave discapacidad física y/o psíquica, necesitan cuidados asistenciales continuos y sanitarios frecuentes.
PERSONAS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA	Personas con procesos demenciales que presentan agitación y/o trastornos del comportamiento, que no puedan permanecer en su domicilio pero que no requieren de asistencia en centros psiquiátricos.
PERSONAS CON ENFERMEDAD INFECTO - CONTAGIOSA	Personas que a consecuencia de su infección o por estar colonizadas por microorganismos multirresistentes precisan medidas de control especiales o de aislamiento.
PERSONAS CON PROBLEMÁTICA SOCIAL	Personas que al alta hospitalaria no requieren convalecencia pero no pueden regresar a su domicilio por problemática básicamente social.
OTROS	Otras situaciones con requerimientos sociales y sanitarios intensos, y que no requieran hospitalización.

El fin no consiste en la institucionalización sino el control de la situación que impide el correcto manejo en otro nivel asistencial por diferentes motivos (hospital de agudos, Residencia, domicilio).

El abordaje en estas unidades debe dejar a la persona en el centro de la atención, facilitando el abordaje sanitario y social y, conociendo de su temporalidad, proyectando el siguiente nivel de atención dentro de la planificación que se estime.

Sirve de ubicación temporal para personas ingresadas en centros hospitalarios que, reuniendo criterios de alta clínica, no pueda ser llevada a cabo por motivos sociosanitarios de diversa índole, así como para derivar casos de difícil mantenimiento en centros de la red de servicios sociales y domicilios, por confluir en ellos necesidades de atención sociosanitaria intensa que, sin embargo, no son susceptibles de hospitalización.

Si bien se fija como objetivo una estancia media de noventa días, el plazo máximo de estancia en la unidad podrá ser de doce meses ininterrumpidos, debiendo las personas usuarias abandonar la Unidad conforme al dictamen que formule al respecto la Comisión de Valora-

ción y Orientación Sociosanitaria, bien siendo derivadas a su domicilio habitual, o bien siendo ubicadas en el recurso más adecuado, ya sea sanitario o social, para la correcta atención de sus necesidades.

Comisión de Valoración y Orientación Sociosanitaria realiza:

La coordinación y colaboración entre el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Álava con relación a la implantación de la que se halle gestionada, tutelada o concertada por el IFBS.

El examen de las cuestiones, sugerencias y propuestas que puedan plantearse relativas a la gestión técnico-asistencial y de funcionamiento de la Unidad Residencial Sociosanitaria.

El estudio, deliberación y realización de propuestas relativas a las solicitudes presentadas para la valoración de acceso a la Unidad.

El seguimiento de la situación de las personas ingresadas en la Unidad Residencial Sociosanitaria.

A las sesiones de la Comisión pueden ser convocado cualquier técnico adscrito al departamento de Salud del Gobierno Vasco, al Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Álava, así como cualquier persona responsable de los centros que atienden a las personas usuarias de los servicios que presta el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Álava y de otras entidades colaboradoras.

Una vez que el recurso es determinado por la comisión sociosanitaria, la persona ingresa participando de unos criterios que permitan el abordaje interdisciplinar, necesario y suficiente, que debe lograr el objetivo asistencial.

Tras la detección y planificación de los cuidados iniciales y dentro de esa primera semana de estancia en el centro, los profesionales deben acercarse al usuario o su familia (en su defecto) recabando, manejando y armando un constructo que defina la individualización de la asistencia. No solo por sus apartados más técnicos y objetivos sino por todos aquellos procesos subjetivos que hacen que la persona encuentre en su estancia y su asistencia una continuidad de su proyecto de vida, aún sabiendo que no, o si (cuidados al final de la vida), es su definitivo nivel asistencial.

Para el diseño del plan, atendiendo al nivel de atención, entendimiento, capacidad y respuesta del usuario, utilizamos métodos de re-

cogida de información que aporten los datos necesarios para construir el plan. El producto final de esa observación enriquece el Plan Interdisciplinar de Atención Individualizada y aunque no sea construido definitivamente en la primera aproximación (la atención centrada en la persona es un constructo vivo), ya desde esa primera valoración nos aporta la información suficiente para generar un modelo que permita tanto a los profesionales como al usuario o su familia conocer el alcance de la asistencia que vamos a prestar.

Resulta necesario involucrarse en una metodología probada y estandarizada que aboga por la calidad de vida del usuario, siendo una fase de gran importancia en el modelo asistencial Caser. Entender la necesidad del usuario como el eje de nuestras actuaciones obliga a pensar en sus expectativas, sus deseos y la forma en la que le gustaría ser atendido, independientemente de nuestra valoración exhaustiva y profesional de cada caso.

Como lógica del continuum asistencial, la unidad debe coordinarse con los actores sanitarios y social, practicando la figura de enlace ante episodios que necesiten de una u otra intervención especial para garantizar el proceso en la unidad sociosanitaria.

Siguiendo los criterios marcados por el sistema público de salud de referencia para la unidad sociosanitaria, el departamento asistencial establecerá las relaciones y gestiones necesarias para una atención sanitaria integral de la persona al igual que para una rápida y correcta atención en caso de urgencias. Se complementa con protocolo de derivación hospitalaria y circuitos de gestión de citas y pruebas específicas.

La atención es individual y familiar e incluye la atención social individual, grupal y comunitaria, así como la atención social familiar. Tiene además su importancia considerando y aportando información sobre valoración de calidad de vida, situación económica, legal y otras. Tramitando, en coordinación con los servicios sociales, las prestaciones, recursos y servicios derivados de la aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Los diferentes modelos de atención de los que participa Caser Residencial ofrecen la posibilidad de atender a las personas en sus vertientes de envejecimiento, dependencia y enfermedades crónicas, dependiendo de la necesidad de la población y la colaboración que se pueda mantener con las administraciones públicas. El reto está en visibilizar las posibilidades de colaboración público privada para fomentar y ayudar al sostenimiento de las políticas asistenciales y las iniciativas de carácter privado para proveer de un sistema de atención complementario para la sociedad.

ESTUDIO DE LA FUNDACIÓN CASER.

El estudio "Situación del servicio de ayuda a domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro",- publicado a final de 2015 por la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), la Fundación Pilares para la Autonomía Personal y la Fundación Caser – ha aportado una foto interesante de la situación, evolución y problemática de los servicios de ayuda a domicilio (SAD) de los servicios sociales municipales. El estudio, que nace de una encuesta entre ayuntamientos que gestionan SAD, confirmó que todavía queda mucho por avanzar en la coordinación sociosanitaria. Así, el 79% de los ayuntamientos declara que sí se produce un cierto grado de coordinación entre servicios y que esto se debe fundamentalmente a la buena disposición de los profesionales de los niveles primarios social y sanitario, pero sólo en un 7% de los ayuntamientos encuestados se han formalizado documentos y acuerdos para desarrollarla de manera estable.

MOBILE WORLD CONGRESS. BARCELONA.

La atención integrada social y sanitaria está conquistando territorios nuevos en España y fuera de ella. Como muestra de esta creciente visibilidad de la agenda de la atención integrada, baste mencionar que en el recientemente celebrado Mobile World Congress (MWC) de Barcelona, entre los días 22 y 25 de marzo, tuvo lugar, por primera vez en la historia de este congreso, una mesa de atención integrada, que vino a evidenciar que la tecnología comienza a mirar ya con interés a este emergente paradigma.

El MWC, celebrado anualmente, es la mayor feria de tecnología móvil del mundo, y en ellas se exponen las innovaciones que marcarán tendencia en el mundo de la tecnología móvil en los próximos años. Con más de 100.000 participantes, el congreso consiguió este año un récord de asistentes, acudiendo alrededor de 2.200 empresas provenientes de 204 países. Todo ello cubierto por más de 3.600 medios de comunicación internacionales.

Hay mucha tecnología móvil aplicada al campo de la salud, de la telemedicina, de la promoción de hábitos de vida saludable y de los tele-cuidados - y cada segundo crece exponencialmente. La aplicación de esta tecnología móvil y de "lo digital" para facilitar y acelerar la integración social y sanitaria, sin embargo, tiene mucho menos desarrollo. De ahí que la mesa de atención integrada que se celebró buscaba abrir surcos nuevos, llevando a la audiencia desde la reflexión conceptual de qué es la atención integrada al análisis de políticas y estrategias concretas (la experiencia de Cataluña) y enfoques y soluciones tecnológicos prometedores.




DOS HITOS IMPORTANTES EN EL HORIZONTES DE 2016.

2016 está siendo un año importante en el desarrollo de la agenda de la coordinación sociosanitaria y la atención integrada, y se espera que todavía lo sea más gracias a dos hitos importantes.

Por una parte, los días 7 y 8 de abril se celebra en Madrid el VIII Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. Debido a la estrecha relación de la enfermedad crónica con la dependencia y, por consiguiente, con los modelos de atención integrada, una de las mesas del congreso se titulará "Avanzando en lo Sociosanitario, de lo Macro a la Micro". Además, la Conferencia Inaugural presentará la "Estrategia de la Organización Mundial de la Salud de Atención Integrada Centrada en la Persona".

También en la ciudad de Barcelona, tendrá lugar los días 23, 24 y 25 de mayo el 16 Congreso Internacional de Atención Integrada. La International Foundation for Integrated Care (IFIC) organiza, junto con el PIAISS (Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària), el Hospital Clínic de Barcelona, el Forum ITESS y la Fundación Tic Salut, este gran evento, al que se calcula que asistirán alrededor de 1.000 delegados.

El congreso permitirá que investigadores y profesionales del sector social y sanitario interesados en la Atención Integrada puedan reunirse en un mismo espacio para compartir experiencias y conocimiento.



Quedan constatadas experiencias prometedoras. Se están descubriendo nuevos territorios. Hay ya marcos para conceptualizar adecuadamente lo que está pasando. Hay evidencia creciente de lo que está funcionando y de los impactos que se están consiguiendo. En este 2016, hay, fundamentalmente, oportunidades... que no se deberían dejar pasar.



FUNDACIÓN CASER

Avda. de Burgos, 109. 28050 Madrid

Tel.: 91 214 65 69

email: fcaser@fundacioncaser.org

web: www.fundacioncaser.es