

PROYECTO RESIDENCIAL DE ATENCIÓN A PERSONAS SIN HOGAR CONVALECIENTES Y/O CON ENFERMEDAD TERMINAL.

ALEJANDRO GONZALO LÓPEZ PÉREZ

Diplomado en Trabajo Social, Subdirector General en RAIS Fundación.

IVÁN TORRES SÁNCHEZ

Licenciado en Ciencias Políticas, Director Territorial Área Centro en RAIS Fundación.

SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN.

2. MARCO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO.

3. VALORES Y PRINCIPIOS.

4. DESTINATARIOS.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

6. METODOLOGÍA.

7. RESULTADOS.

8. CONCLUSIONES Y RETOS.

9. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Servicios Sociales; Interacción; Diferenciación sectorial; Integración intersectorial; Sistema de Bienestar.

RESUMEN

Se describe el proyecto diseñado y puesto en marcha por RAIS Fundación en 2012 para atender a personas sin hogar en el momento de la convalecencia o en el acompañamiento de una enfermedad terminal, y que actualmente dispone de 52 plazas: 40 en la Comunidad de Madrid a través de un concurso público y 12 en la Región de Murcia.

KEYWORDS

Social services; Interaction; Sector differentiation; Intersectoral integration; Welfare System.

ABSTRACT

It describes the project designed and launched by the RAIS Foundation in 2012 to care for homeless people in convalescence or in accompaniment of a terminal illness, and it currently has 52 places; 40 in the Community of Madrid through a public tender and 12 in the Murcia Region.

1. INTRODUCCIÓN.

En la última década el sistema sanitario público ha avanzado notablemente en agilizar las altas hospitalarias, aumentando los beneficios para el paciente, de tal manera que parte de la recuperación del paciente se realiza en su domicilio, con cuidados domiciliarios si fuesen necesarios y seguimiento por su médico de familia. Evidentemente cuestiones como el apoyo social y/o afectivo de estos pacientes son soporte fundamental de parte de los beneficios en la recuperación de los pacientes.

Encontrarse en una situación de sin hogar no significa sólo carecer de un domicilio. Significa no tener una red de apoyo, ni social ni afectiva, no contar con recursos mínimos económicos, ni con un espacio de seguridad.

La situación de las personas sin hogar tras el alta hospitalaria es volver a una situación de calle, es volver en el mejor de los casos a un albergue en los que acceder a una cama (temporal), en la que compartir el periodo de convalecencia en un entorno que facilita poco esa recuperación. Es la enfrentarse a no tener recursos para comprar medicamentos y poderlos conservar en las condiciones adecuadas.

En el caso de las personas sin hogar el alta hospitalaria no es una buena noticia, y supone un consumo mayor de recursos sanitarios, produciéndose la hospitalización en un 30% más de casos que en la población en general.

Además, en el caso de aquellas personas

sin hogar que sufren una enfermedad terminal, se plantea la necesidad de responder adecuadamente a una situación que no permita que nadie muera en la calle sin unos cuidados dignos.

El camino paralelo de las redes de atención sociales y sanitarias genera la necesidad de establecer proyectos de coordinación entre ambas redes que permitan abordar la situación de especial vulnerabilidad que sufren las personas sin hogar con patologías orgánicas. La necesidad está detectada pero las respuestas llegan de manera muy sutil cuando esos caminos paralelos sitúan al responsable de cubrir la necesidad siempre en el otro lado.

Esta necesidad impulsó en 2012 a RAIS Fundación a definir y desarrollar un proyecto específico e innovador, para atender a personas sin hogar en el momento de la convalecencia o en el acompañamiento de una enfermedad terminal. El proyecto buscaba dar una respuesta a una necesidad real, favorecer procesos de coordinación sociosanitaria y generar conocimiento de esta situación en ambas redes de atención. La experiencia positiva que la puesta en marcha supuso desde el año 2012, en la medida en la que se configuró como el puente necesario entre las redes específicas de atención a personas sin hogar y el necesario apoyo para el mantenimiento de los tratamientos médicos necesarios para las personas, ha permitido que el proyecto haya evolucionado, con dos recursos con un total de 52 plazas (40 en la Comunidad de Madrid y 12 en la Región de Murcia), y que a día de hoy se siga mostrando gran interés por otros territorios y redes.

2. MARCO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO.

El preámbulo de la Constitución de la OMS, define la salud como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”¹ La salud es un factor vital para la inclusión social; requisito previo para la reintegración y es factor crucial en la posibilidad de acceder y mantener el empleo y la vivienda.

Fruto de la incorporación de la visión más amplia de la salud en sus tres vertientes en documentos como el Plan Nacional de acción de Inclusión Social del Reino de España (PNAIN 2013-2016) dentro de las actuaciones específicas dirigidas a las personas sin hogar, la actuación 176 propone: “*crear dispositivos de acogida en periodo de convalecencia para personas sin hogar con alta hospitalaria y personas con enfermedades terminales que carezcan de vivienda y otras redes de apoyo contando para tal fin con el Tercer Sector de Acción Social*”.²

La Estrategia Nacional Integral para personas sin hogar 2015-2020³, aprobada por el consejo de ministros el 6 de noviembre de 2015, define en la línea estratégica nº1 lo siguiente: “*Prevenir las causas del sinhogarismo en situaciones de riesgo: El sinhogarismo no es un suceso sobrevenido sino el sumatorio de problemas previos tales como pobreza de la familia de origen, problemas de salud mental, adicciones, desempleo, rupturas familiares, aislamiento*

social, convalecencias sin soporte social ni laboral, pérdida de la vivienda habitual, etc.”

Por último, los marcos legislativos de las comunidades autónomas comienzan a incorporar la mirada específica para atender a las personas sin hogar convalecientes, tal como se desprende del Plan de Inclusión de Personas sin Hogar de la Comunidad de Madrid (2016-2021) en su Eje 3 (“Protección Vital y Cambio en el Modelo de Alojamiento y en la Metodología con quienes están peor y más cronificados”), Objetivo 4 (“Mejorar la salud de la salud de las personas sin hogar”), y más específicamente en la medida nº 49 del Plan: “*Extender la atención en centros sociales con soporte sanitario a personas sin hogar convalecientes tras intervenciones hospitalarias. Esta medida reduce el gasto sanitario y mejora sustantivamente la oportunidad de trabajo social con la persona de cara a la restauración integral de su proyecto de vida. Al mismo tiempo, reduce riesgos de no curación o complicaciones con nuevos problemas de salud que requieran sucesivas hospitalizaciones*”.⁴

El proyecto que pusimos en marcha en 2012 de atención a personas sin hogar convalecientes comenzó con 8 plazas financiadas a través de la convocatoria del 0,7 para fines sociales del IRPF del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Este proyecto fue muy bien valorado por la Comunidad de Madrid y en 2015 el gobierno

¹<http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html> Definición de Salud adoptada por la Organización Mundial de la Salud.

²https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/docs/PlanNacionalAccionInclusionSocial_2013_2016.pdf

³<https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/docs/ENIPSH.pdf>

⁴<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DPLAN+DE+INCLUSI%C3%93N+PERSONAS+SIN+HOGAR+definitivo.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352920409764&ssbinary=true>

de la región aprobó una licitación pública para 40 plazas, servicio cuya gestión obtuvimos por concurso público RAIS Fundación. En 2016 y de nuevo con el apoyo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y junto a la Fundación María Asunción Almajano Salvo hemos puesto en marcha un recurso similar en la Región de Murcia con 12 plazas.

La existencia de marcos normativos como los anteriores, el know-how de las entidades específicas y la apuesta por la innovación en el ámbito del sinhogarismo está permitiendo demostrar los resultados:

- En las personas, en tanto en cuanto permiten que las personas puedan cumplir con sus tratamientos médicos (algo que, desde la calle, o desde recursos generalistas basados en la emergencia se torna en imposible para la mayor parte de las personas).
- En la eficiencia económica, al acortar las estancias en los hospitales de las personas sin hogar convalécientes que no tienen otra posibilidad que alargar innecesariamente su estancia en centros hospitalarios.
- Y en el trabajo sociosanitario que permite que las personas se empoderen frente a su situación de convalecencia.

3. VALORES Y PRINCIPIOS.

Los valores de RAIS Fundación, son:

- **En el centro, las personas.** Nuestro trabajo se dirige a erradicar el sinhogarismo, trabajando para mejorar la calidad y

condiciones de vida de las personas que viven en una situación de extrema exclusión social, partiendo de un respeto absoluto a la autonomía de las mismas y favoreciendo el ejercicio de los derechos de ciudadanía.

- **Enfoque de derechos y ciudadanía.** Creemos en el derecho de todas las personas a tener una vida digna, basado no sólo en la cobertura de las necesidades básicas, sino en la garantía del derecho a la igualdad de trato y no discriminación, que garantice el acceso y ejercicio de todos los derechos de ciudadanía, junto al desarrollo de un sentimiento de pertenencia social.

- **En el foco, la causa del sinhogarismo.** Entendemos el sinhogarismo como un problema social y multidimensional, que excede a la dimensión individual del problema. Para conseguir soluciones estables son necesarias, además, transformaciones sociales.

- **Orientación a soluciones.** No nos conformamos con gestionar situaciones de exclusión, queremos solucionar el problema del sinhogarismo. Su dimensión es abordable y es posible dar una respuesta integral y colectiva.

- **Corresponsabilidad.** La respuesta a un problema tan complejo como el sinhogarismo requiere de la actuación coordinada de múltiples actores, empezando por las propias personas que se encuentran en dicha situación, pasando por el papel fundamental de las administraciones públicas como principales responsables de

garantizar el derecho a una vida digna, así como del sector privado por su potencial contribución a la mejora de nuestra sociedad, y terminando por los movimientos sociales y el propio Tercer Sector por su rol transformativo y de vigilancia y denuncia de la injusticia social.

En consonancia con lo anterior, los principios adoptados en el proyecto residencial de atención a personas sin hogar convalecientes y/o con enfermedad terminal son:

Enfoque de derechos: El sinhogarismo implica una violación de los derechos humanos de las personas que lo sufren, empezando por el derecho a una vivienda adecuada y siguiendo por el derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la salud o al trabajo. En definitiva, a una vida digna. Las personas que sufren la falta de hogar son, además, objeto de discriminación, criminalización y exclusión social. Creemos que la erradicación del sinhogarismo pasa necesariamente por dar respuestas eficaces a las necesidades de las personas que lo sufren, así como por facilitar el acceso a los derechos. Asimismo, consideramos que hay que dar respuesta a los factores sistémicos o estructurales que generan desigualdad y exclusión social y hacerlo desde soluciones concretas y sostenibles.

Orientación a la recuperación / respeto a la dignidad: el enfoque orientado a la recuperación (recovery en su denominación en inglés) se centra en el bienestar general de la persona, siendo éste el de las dimensiones de la salud física, salud mental, el grado de apoyo social (de su

pareja, familia o amistades) y su grado de integración social. Se trata de conseguir una vida segura y reconfortante para la persona, y generar un contexto que consiga, en un sentido amplio, su integración en la comunidad, en la vivienda y en una vida social y económica.

Si bien por respeto a la dignidad nos referimos al principio de que toda persona tiene derecho a ser respetado y valorado como ser individual y social, con sus características y condiciones particulares por el solo hecho de ser persona. Y que en las personas sin hogar es necesario trabajar por esa dignidad y es necesario hacerlo en los momentos de mayor vulnerabilidad.

Protagonismo de la persona / capacidad de elección / elección y control por parte de la persona.

Este proyecto tiene como principio fundamental la centralidad de la persona en su propio proceso y la capacidad de elección y control por su parte. En el centro está la persona y será siempre ella la que decidirá su camino dentro del recurso, con respecto a su vida y serán respetadas siempre sus elecciones.

Planificación centrada en la persona.

Compartimos la definición de la planificación centrada en la persona tal y como la describen desde FEAPS (Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual): es un proceso de colaboración para ayudar a las personas a acceder a los apoyos y servicios que necesitan para alcanzar una mayor calidad de vida basada

en sus propias referencias y valores. Es un conjunto de estrategias para la planificación de la vida que se centra en las elecciones y la visión de la persona y de su círculo de apoyo⁵.

Apoyo flexible y disponible.

Es necesario ofrecer un apoyo diseñado para dar respuesta a las necesidades de la persona. El apoyo debe ser adaptable y flexible, respondiendo a cada conjunto de necesidades individuales según lo requieran. La intensidad del apoyo puede aumentar o disminuir según las necesidades del individuo, así que se debe responder positivamente cuando la persona necesite más o menos ayuda.

Todo el apoyo ofrecido deberá ser adaptado a la situación y al momento de la persona y sus demandas y estará disponible siempre que lo necesite, disponible 24/365.

La intervención centrada en el presente.

Mediante este principio centramos la intervención en el momento actual, en el marco de lo que podemos hacer a corto plazo y en los retos y objetivos en el corto y medio plazo. Tanto para las personas en proceso de recuperación como para las personas con enfermedad terminal es fundamental ver a corto plazo los objetivos cumplidos. Trabajamos para que puedan ir cumpliendo objetivos y sobre todo para que vayan reforzando la autoestima y la auto-realización con la propia supe-

ración de pequeñas metas a corto plazo.

Además, hace que las personas puedan disfrutar y vivir más intensamente cada momento.

4. DESTINATARIOS.

Entendemos el sinhogarismo como un problema social y multidimensional, que excede la dimensión individual del problema. Sin embargo, su dimensión es abordable y es posible dar una respuesta integral y colectiva. El sinhogarismo implica una violación de los derechos humanos de las personas que lo sufren, empezando por el derecho a una vivienda adecuada y siguiendo por el derecho a la vida, la integridad física y moral, a la salud o al trabajo. En definitiva, a una vida digna. Las personas que sufren la falta de hogar son, además, objeto de discriminación, criminalización y exclusión social.

La encuesta del Instituto nacional de Estadística a personas sin hogar en el año 2012 establece que:

⁵“Planificación centrada en la persona: experiencia de la Fundación san francisco Borja para personas con discapacidad intelectual” Cuadernos de Buenas Prácticas FEAPS. 2007. FEAPS.

	Encuesta de personas sin hogar	Encuesta nacional de salud**
Percepción regular de la salud	27%	20%
Percepción mala o muy mala de la salud	14%	8%
Consulta médica en el último mes	52,3%	28%
Al menos una noche de hospitalización en el último año	22,8%	9%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

** A partir de 15 años.

El 30,7% de las personas manifiesta tener alguna enfermedad crónica. Cabe destacar la categoría de trastornos mentales en la que se ha clasificado el 16,6% de las personas con alguna enfermedad crónica. Estas enfermedades tienen mayor peso en las mujeres (22,3%) que en los hombres (15,0%). También es importante destacar que el 15,2% tiene alguna discapacidad reconocida.

Perfil de las personas destinatarias:

El proyecto está dirigido a personas sin hogar mayores de 18 años que se encuentran en una de estas situaciones:

- Que sufren enfermedad grave y crónica o en fase terminal que no requiera ingreso hospitalario.
- Que han recibido alta hospitalaria, pero requieren cuidados generales no sanitarios, en tanto se encuentren en proceso

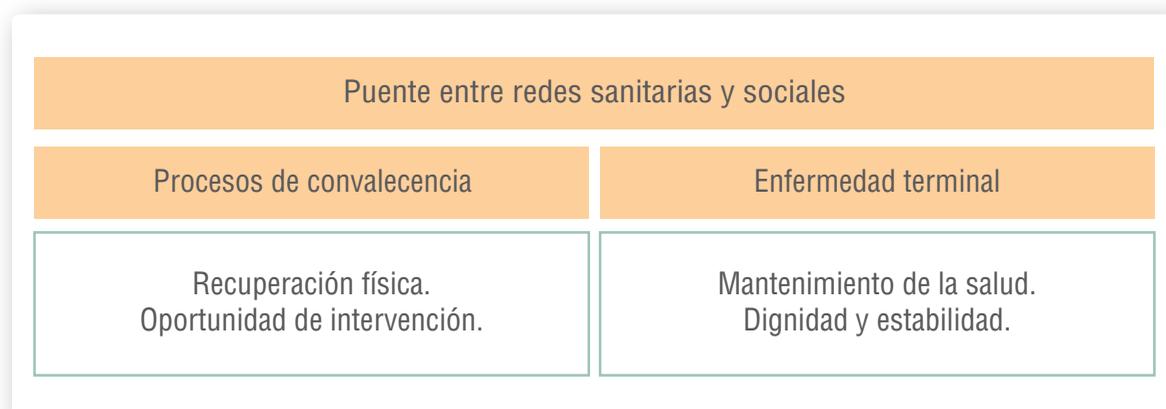
de convalecencia.

- Que precisen cuidados paliativos.

Las personas han de cumplir los siguientes requisitos:

- Deben manifestar de forma expresa y voluntaria su intención de incorporarse al proyecto.
- No padecer patología orgánica que requiera atención sanitaria específica que no se pueda ofrecer en el recurso convivencia.
- No padecer enfermedad infectocontagiosa en fase activa que suponga riesgos para el resto de la unidad de convivencia.
- No padecer psicopatología que pueda afectar la convivencia y que precise otro tipo de recurso asistencial.
- No presentar patrones de comportamiento que supongan un riesgo para la convivencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.



El proyecto pretende que las personas sin hogar cuenten con las mismas posibilidades y recursos que el resto de la ciudadanía al enfrentar procesos de enfermedad y/o recuperación, facilitando un entorno adecuado para que en este momento de vulnerabilidad den continuidad o inicien procesos de integración social.

- En los casos de procesos de convalecencia el propio proceso de recuperación física lo tratamos como una oportunidad de intervención social.

- En los casos de enfermedad terminal generamos un espacio de cuidado, de mantenimiento de la salud, y facilitamos procesos de dignidad en el momento final de la vida.

Para la consecución de los objetivos:

- Creamos un espacio de seguridad, descanso y estabilidad para asegurar la convalecencia médica con el fin de apoyar el restablecimiento de su salud y acompa-

ñar procesos de integración social.

- Ofrecemos un ambiente basado en el respeto, el confort, el apoyo.

- Aumentamos el nivel de cuidado de las personas atendidas.

- Asistimos a las personas que por problemas de salud no pueden ser autónomas en su recuperación.

- Aseguramos una coordinación con los centros de salud (ambulatorios u hospitalarios), que permitan que la persona acceda y mantenga los tratamientos correspondientes en Hospitales, Centros de Salud, etc.

- Aseguramos la coordinación con la red de recursos para personas sin hogar.

A través de las siguientes áreas de intervención y objetivos operativos:

ÁREA	OBJETIVOS OPERATIVOS
<p>ÁREA DE SALUD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento y manejo de la enfermedad. • Identificar y evitar conductas de riesgo. • Adquirir adherencia y responsabilidad en el tratamiento y la pauta médica. • Conocer efectos uso adecuado de medicación. • Mejorar autocuidado: higiene, personal y de su entorno, alimentación e hidratación, higiene del sueño, ejercicio físico.
<p>ÁREA DE FUNCIONAMIENTO Y DEPENDENCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar la autonomía funcional para la vida cotidiana: capacidad para realizar por sí mismo las tareas más cotidianas (levantarse, ducharse, vestirse, desplazarse...). • Potenciar la autonomía intelectual: capacidad para tomar decisiones. • Adquirir capacidad para organización de la vida cotidiana. • Aprender a gestionar recursos materiales y económicos.
<p>ÁREA SOCIO-RELACIONAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de habilidades sociales (asertividad, comunicación, resolución de conflictos). • Reflexionar sobre la situación familiar. • Retomar relaciones familiares. • Establecer o mantener relaciones satisfactorias fuera de los ámbitos de exclusión social. • Asumir responsabilidades grupales en el espacio de convivencia.
<p>ÁREA DE ACCESO A BIENES BÁSICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a recursos. • Poner al día la situación administrativa. • Acceso a Prestaciones Económicas. • Acceso a Renta Mínima de inserción. • Reconocimiento de grado de discapacidad.
<p>ÁREA DE DESARROLLO PERSONAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la capacidad de autocontrol. • Desarrollo de habilidades sociales y mejora de autovaloración y autoestima. • Mejorar estrategias para el afrontamiento en situaciones de crisis/ elaboración de duelos. • Reformular el sentido vital propio.
<p>ÁREA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar/ampliar intereses y aficiones. • Participar en actividades de ocio a nivel individual, grupal y comunitaria. • Encontrar ocio autónomo.
<p>ÁREA DE CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reestablecer participación en el entorno social. • Participar activamente en espacios grupales del centro. • Participación en la red comunitaria (social, sanitaria y cultural).

6. METODOLOGÍA.

La metodología de trabajo en el proyecto se desarrolla en base a modelos de intervención, así como técnicas específicas, a través de herramientas de gestión de caso y la existencia de procedimientos de intervención que enmarcan y aseguran el rigor del trabajo de acompañamiento a las personas atendidas.

Modelos de intervención.

La intervención bio-psico-social.⁶

En el ámbito de la exclusión, las distintas problemáticas que sufren las personas se superponen, llegando a configurar escenarios complejos que no pueden ser abordados desde una óptica uni-disciplinar. Los procesos de estas personas suelen estar además jalonados por largos recorridos en ambientes y contextos de por sí excluyentes con diversas características (aislamiento social, dificultades relacionales, ausencia de apoyos personales, etc.). Como punto de partida cabe destacar que en el ámbito de la intervención consideramos que existe un riesgo claro de condicionar y limitar el modelo de intervención si tratamos de limitarla al espacio físico y relacional del propio proyecto.

De cara a asegurar la mirada integradora de las tres visiones de trabajo (bio-psico-social) los proyectos de atención a personas convalécientes disponen de diversos perfiles profesionales que complementan el trabajo a realizar con la persona bene-

ficiaria desde cada ámbito de intervención y desde cada espacio de intervención (intervención individual, intervención grupal e intervención comunitaria). Todo lo anterior no perdiendo de vista que uno de los grandes objetivos que tiene cada uno de los profesionales es generar puentes hacia los derechos sociales, sanitarios, culturales, etc. que cada persona atendida tiene. Esta necesaria conexión persigue que las personas, una vez terminen su estancia en el proyecto hayan sido capaces de incorporar la necesaria adherencia a todos sus derechos.

La necesidad de adaptar los procesos de cambio.

La multiproblemática de los procesos vitales que acumulan las personas sin hogar en general, y las que suman una situación de convalecencia hace imprescindible que todas las intervenciones se realicen desde una perspectiva de *“exigencia adaptada”*, partiendo de la firme creencia de tomar la exigencia como un requisito para promover un continuo autocuestionamiento que permita alumbrar procesos de movilidad social ascendente y con el objetivo de adaptar los proyectos y los procesos de intervención a las personas y no al revés. La exigencia ha de ser **flexible, modulable, continua y progresiva, capacitadora, interrogativa e integradora.**

⁶ Ver el modelo de intervención bio-psico-social: www.raisfundacion.org/sites/default/files/PosterAdicciones.pdf

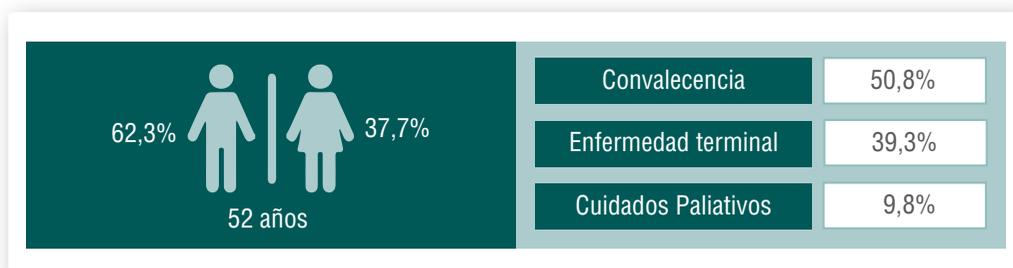
El acompañamiento de los procesos vitales a través del capital social y simbólico.⁷

Fernando Vidal señala que “hemos de acompañar proyectos vitales, para la generación de capital social y simbólico en el ámbito de la exclusión social. Ese proyecto vital frecuentemente debe ser reconstruido tras largas y/o profundos traumas que han corrompido el proyecto vital de la persona y de las comunidades a que pertenece. Reconstruir el proyecto vital y encontrar lugares, procesos y acompañamientos para hacerlo es un paso primordial para que la

cartera de servicios y recursos no caiga como lluvia que no cala en el sujeto” (Vidal, 2010). Los procesos de intervención psicosocial se enfrentan a **dos grandes dimensiones**, la de la voluntad como motor para el cambio desde la “libertad del descontrol” que se constata en los procesos de grave deterioro personal, hacia la incorporación de hábitos, la autodisciplina, el abordaje de las dependencias; y la de la ilusión como motor para el tránsito de “lo perdido” (cualificación profesional, relaciones familiares, pareja, hogar, sentido vital, etc.), hacia “lo nuevo” (nuevo ámbito laboral, nuevas relaciones sociales, nuevo proyecto de vida, etc.).

7. RESULTADOS.

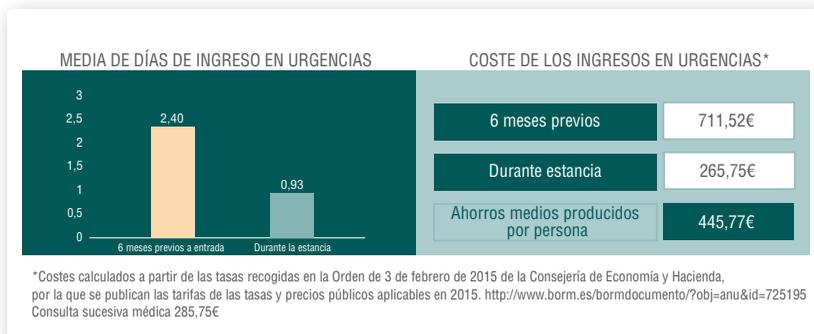
Perfil de las personas atendidas.



La media de edad es de 52 años, con un 62,3% de hombres frente a un 37,7% de mujeres. El motivo de la entrada en el dis-

positivo ha sido un 50,8% por convalecencia, un 39,3% sufría una enfermedad terminal y un 9,8% recibían cuidados paliativos.

Uso de recursos.



⁷ “Estrategias Innovadoras para la Inclusión Social”. Informe de EAPN Madrid / EAPN España. Coordinadora: Gabriela Jorquera. Artículo “Vínculo y valor contra la exclusión” Autor: Fernando Vidal Fernández. Universidad Pontificia Comillas.

Nº DE CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA



COSTE DE LAS CONSULTAS*

6 meses previos	284,71€
Durante estancia	474,37€
Incremento de coste medio por persona	189,65€

*Costes calculados a partir de las tasas recogidas en la Orden de 3 de febrero de 2015 de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se publican las tarifas de las tasas y precios públicos aplicables en 2015. <http://www.borm.es/bormdocumento/?obj=anu&id=725195>
Estancia día/cama observación de Urgencias 46,37€

Nº USOS DE LAS AMBULANCIAS



COSTE DE LAS AMBULANCIAS*

6 meses previos	1.435,57€
Durante estancia	1.876,20€
Incremento de coste medio por persona	440,62€

*Costes calculados a partir de las tasas recogidas en la Orden de 3 de febrero de 2015 de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se publican las tarifas de las tasas y precios públicos aplicables en 2015. <http://www.borm.es/bormdocumento/?obj=anu&id=725195>
Servicio de emergencia dentro del término municipal con destino a centros hospitalarios del S.M.S. 355,34€

MEDIA DE DÍAS DE INGRESO HOSPITALARIO

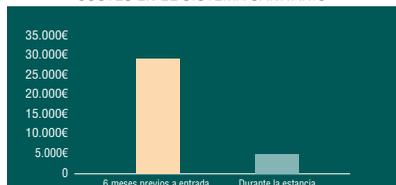


COSTE DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS*

6 meses previos	27.644,10€
Durante estancia	3.102,30€
Ahorros medios producidos por persona	24.541,80€

*Costes calculados a partir de las tasas recogidas en la Orden de 3 de febrero de 2015 de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se publican las tarifas de las tasas y precios públicos aplicables en 2015. <http://www.borm.es/bormdocumento/?obj=anu&id=725195>
Estancia/día unidad de hospitalización normal 601,22€

COSTES EN EL SISTEMA SANITARIO



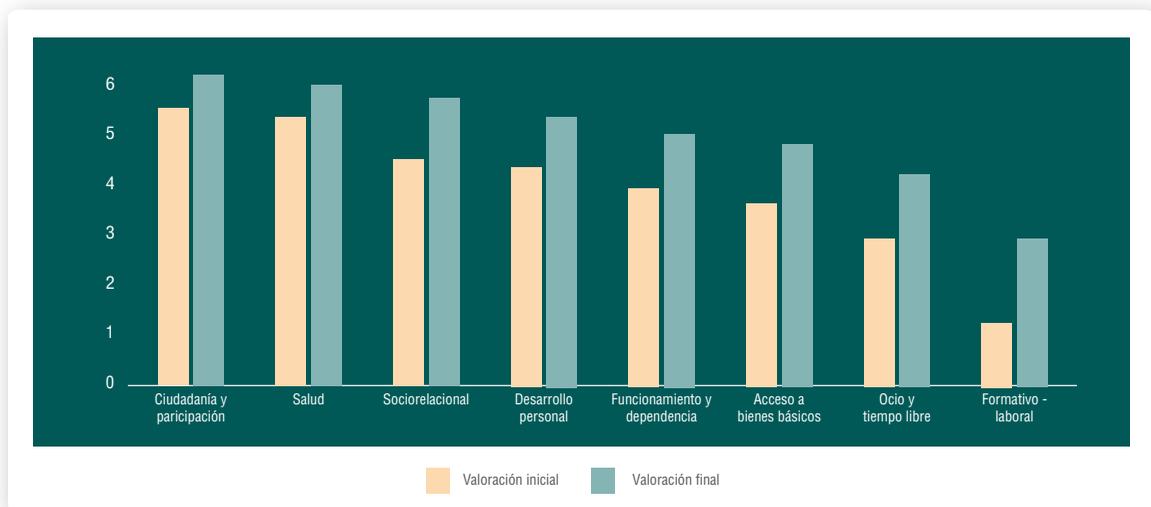
Ahorro medio de costes en el sistema sanitario por persona

24.357,30€

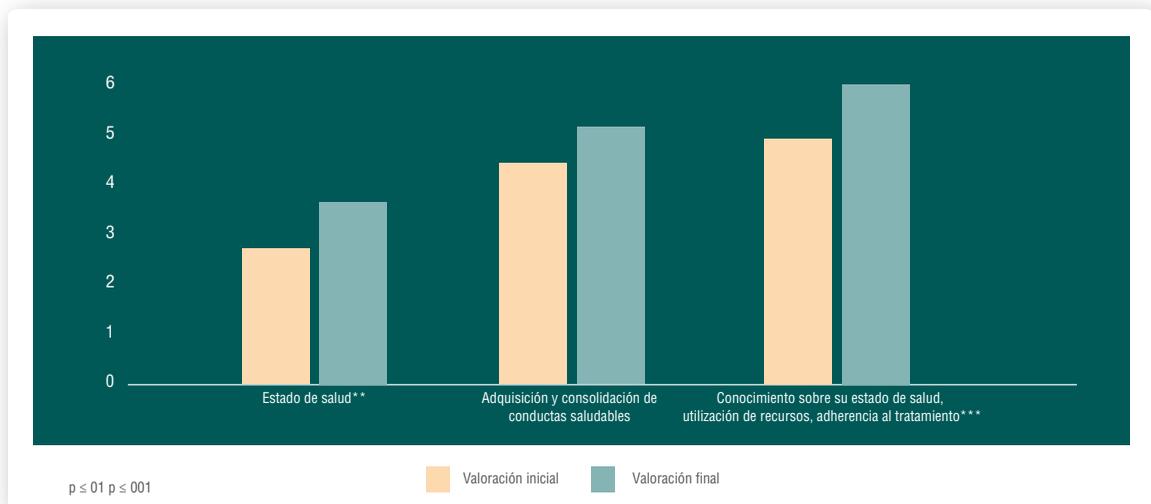
Los resultados son claros en la reducción de costes sanitarios por el cambio de la utilización de los propios recursos sanitarios, teniendo en cuenta la referencia de uso de los mismos antes de la entrada y estando 6 meses en el dispositivo. Se muestran resul-

tados en cuanto a la reducción de coste por ingresos en urgencias , por ingresos hospitalarios, por el uso de ambulancias, por la visitas a las consultas, estimando una ahorro medio de los costes al sistema sanitario por persona superior a los 24.000 euros.

Resultados en las dimensiones de intervención.



Resultados en la dimensión Salud.



En el área de salud se hace una comparación del día de entrada en el recurso con el de salida del mismo. Hay mejoras en los ámbitos sanitarios, tanto en la salud general, en la adquisición y consolidación de conductas saludables y en el conocimiento sobre su estado de salud, utilización de recursos y adherencia al tratamiento.

8. CONCLUSIONES Y RETOS.

Los resultados demuestran que es un recurso eficaz y sobre todo eficiente para el perfil de personas sin hogar que sufren un estadio de convalecencia o una patología terminal. Actualmente no existen otros recursos especializados que tengan en cuenta la doble situación de exclusión de estos pacientes, por lo que vemos que son pacientes o bien atendidos en recursos sanitarios cuando un alta les permitiría seguir su periodo de recuperación en el ámbito domiciliario y proceso de reinserción social fuera del ámbito sanitario; o bien son personas derivadas a centros de atención a personas sin hogar que no están ni preparadas ni adaptados para los cuidados sanitarios que requieren. La necesidad del recurso ha sido reconocida desde el primer momento con tasas de ocupación media del 98% en plazas “ordinarias” y un 56% en las plazas de emergencia.

No obstante, consideramos necesario abordar un proceso de evaluación de resultados e investigación del modelo para poder dar a conocer los resultados en el ámbito científico y académico, y por lo tanto nos permita seguir dando a conocer este tipo de soluciones de coordinación sociosanitaria enfocadas a las necesidades de las

personas en situación de mayor exclusión, las personas sin hogar. Para ello estamos estableciendo un marco de colaboración con un equipo de evaluadores del Instituto de Salud Carlos III.

En cuanto a las derivaciones al programa observamos que el 35% son derivados directamente desde servicios sanitarios, fundamentalmente Unidades de Trabajo Social de los Hospitales públicos. Son un 46% derivados desde recursos públicos o privados de la red de atención a personas sin hogar y un 25% desde otros centros de atención social. Seguimos manteniendo el reto de que los hospitales puedan aumentar el porcentaje de derivaciones ya que entendemos que cuando una persona es derivada por una convalecencia médica desde un centro de atención social es porque el alta hospitalaria no se realizó con recurso de salida.

Consideramos que el sistema por el que RAIS Fundación ha podido poner en marcha este dispositivo, apostando por la innovación para el abordaje de una necesidad concreta, y en un segundo momento el reconocimiento por parte de los sistemas públicos para hacerse cargo del mismo, es en sí mismo una práctica a tener en cuenta en la que el tercer sector puede abordar más de cerca y con conocimiento el abordaje de necesidades no cubiertas y la administración poder ver los resultados e implementar estos programas cuando son satisfactorios.

Por último señalar que aún nos queda un gran camino a recorrer en el ámbito de la coordinación sociosanitaria, y sólo destacar que cuando somos capaces de hacerlo los

resultados en las personas son mejores y las respuestas son mucho más eficaces y eficientes.

9. BIBLIOGRAFÍA.

1. VIDAL FERNÁNDEZ, FERNANDO (2009): “Pan y rosas: fundamentos de exclusión social y empoderamiento”.

2. RAIS Fundación y Asociación Realidades (2006): “Construyendo relaciones: intervención psicosocial con personas sin hogar”.

3. BERMEJO, JOSÉ CARLOS (1998): “Apuntes de relación de ayuda”.

4. ROGERS, CARL (1981): “La persona como centro”.

5. BORRELL I CARRIO, F. (2002): “El modelo biopsicosocial en evolución”.

6. JUÁREZ, F. (2011): “El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud” (International Journal of Psychological Research).

7. FEAPS (2007): “Planificación centrada en la persona: experiencia de la Fundación San Francisco Borja para personas con discapacidad intelectual” (Cuadernos de buenas prácticas).