

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	• 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	• 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	• 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	• 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	• Tasa de abandonos.	Valorar la eficacia del programa y, en su caso, incorporar modificaciones en su normativa de funcionamiento.
Satisfacción de los usuarios	• 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	• 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	• 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.

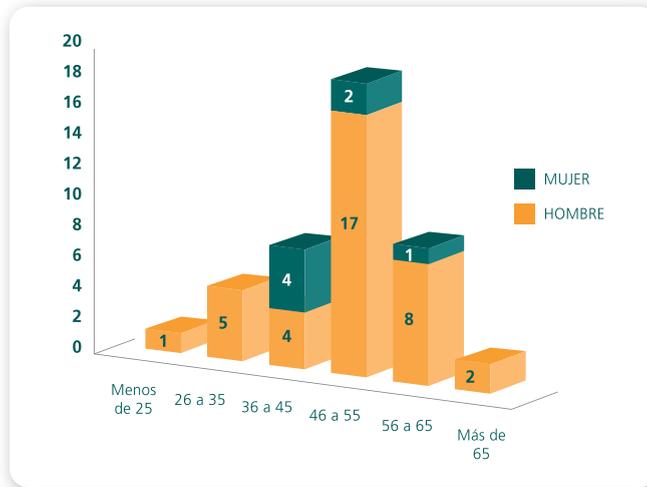
Fuente: Elaboración propia.

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.

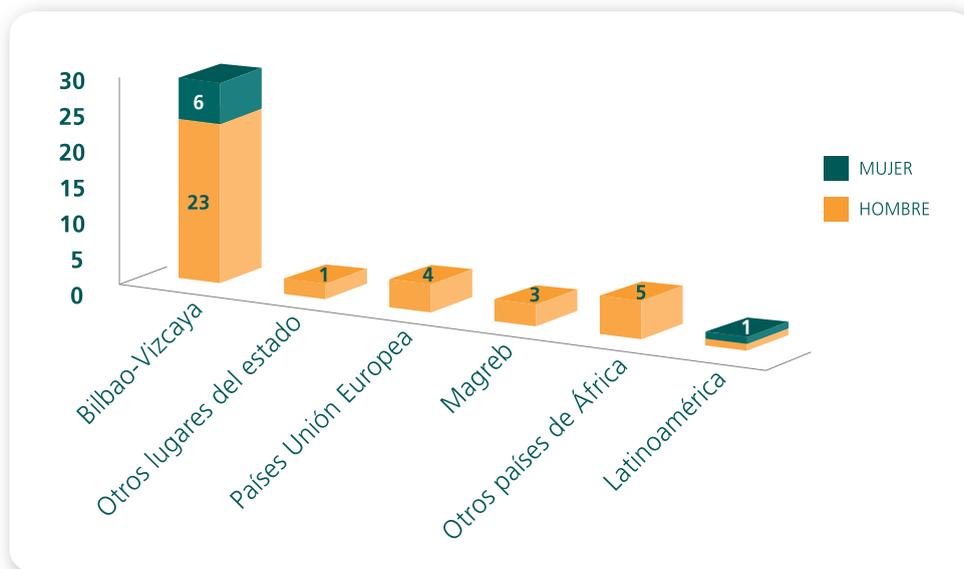


En relación al **origen** de las personas atendidas en el año 2015 vemos que 66% son originarias de Bilbao-Bizkaia y el 44% restante son extranjeros, siendo mayoritarias las personas procedentes de África (57%). En los últimos años vemos un descenso progresivo de personas extranjeras atendidas, al igual 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 SOCIO-SANITARIA (2014): *Líneas estratégicas de atención socio-sanitaria para Euskadi 2013-2016*.