

19

ACTAS

de coordinación SOCIOSANITARIA

COLABORAN

Ana Isabel Lima Fernández, Lola Murillo Fernández, Lide Amilibia Bergaretxe, Emilio Sola Ballojera, Guillermo Viñegra García, Alfredo Alday Jurado, Alejandro Gonzalo López Pérez, Iván Torres Sánchez, José Carlos Bermejo Higuera, Ángel López González, Pablo Posse Pérez



CALIDAD
ASISTENCIAL

CALIDAD
DE VIDA

OPTIMIZACIÓN
DE RECURSOS

Depósito Legal: M-9549-2011
ISSN: 2529-8240

Esta publicación no podrá reproducirse ni total ni parcialmente
sin expresa autorización de la Fundación Caser.

La revista Actas de Coordinación Sociosanitaria no se hace responsable de las
afirmaciones realizadas por los autores.

Queridos lectores:

La lectura de Actas de Coordinación Sociosanitaria, desde que la revista cambió de nombre en marzo de 2015 hasta la fecha, deja constancia del avance del paradigma de la atención integrada en España. Desde entonces hemos pretendido contribuir desde la reflexión teórica, dando voz a la apuesta formal de las principales sociedades científicas y haciendo visible las iniciativas autonómicas y las experiencias locales ya en marcha. Además, lo especial de este momento en nuestro país se confirma al constatar la celebración de varios eventos, jornadas y congresos que han incluido la atención integrada y la coordinación sociosanitaria en sus programas.

Recibimos la constitución del nuevo gobierno nacional en diciembre de 2016, y por tanto, del equipo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con el nombramiento de la ministra Dolors Montserrat, como una oportunidad de impulsar este paradigma desde la agenda política. De hecho, en su primera declaración para informar de las políticas del Ministerio, la ministra Montserrat anunció, como una de sus prioridades, la apuesta por un nuevo modelo sociosanitario en toda España, una “puerta única de entrada compartida entre sanidad y servicios sociales que sea capaz de ofrecer y prestar una atención centrada en la persona, que se gestione por procesos y con independencia de que la necesidad de atención se sitúe en el sistema sanitario o en el de servicios sociales”.

La revista Actas de Coordinación Sociosanitaria saluda la apuesta política del Ministerio y pone al servicio de estos propósitos el conocimiento acumulado y las iniciativas que dejan constancia del mestizaje entre lo social y lo sanitario que está sucediendo en nuestro entorno, así como lo que aportarán los tres números de 2017.

Este número de marzo de 2017 (núm. 19) comienza por dar la tribuna a dos sociedades científicas. Por un lado, el Consejo General del Trabajo Social plantea la defensa de los dos sistemas reforzados de protección social frente a la creación de un subsistema sociosanitario y alerta de que la coordinación puede mejorar la eficacia pero no suple carencias actuales de recursos. Teniendo presente las recientes iniciativas del gobierno -como la más reciente Estrategia de Coordinación Sociosanitaria impulsada en su día por el IMSERSO- la presidenta del Consejo, Ana Isabel Lima nos recuerda la importancia de los cuidados en domicilio y con ello la necesidad de trabajar el contexto, lo comunitario y lo grupal, la prevención y la participación.

El contexto comunitario y su papel como parte de un equipo coordinado en el nivel primario de atención es precisamente el eje sobre el que pivota la posición de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC). En el artículo que firma su vicepresidenta, Lola Murillo, la farmacia asistencial se reivindica como responsable de las necesidades

farmacoterapéuticas de los pacientes que no estén ingresados en un hospital, sobre todo de los más vulnerables y complejos con mayor falta de autonomía o con patologías crónicas, independientemente de dónde vivan: el domicilio o la residencia sociosanitaria.

Además, traemos en este número de marzo tres experiencias muy interesantes. Una es eminentemente tecnológica y consiste en un sistema de teleasistencia única y universal, proyectado y desarrollado por el Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, titular del servicio, con la coordinación sociosanitaria con el equipo de enfermería de Consejo Sanitario de Osakidetza como eje vertebrador. Con un enfoque centrado en la persona y una oferta de servicios integrales e integrados, el hogar pasa a jugar un papel fundamental como centro de cuidados. Así, las tecnologías de la información y la comunicación se convierten en el canal integrador de servicios para las personas de edad avanzada sin salir de su entorno social habitual.

Las otras dos experiencias tienen en común la intensidad del enfoque en la atención centrada en la persona como un elemento esencial del paradigma de la atención integrada. El artículo sobre el modelo del Centro Asistencial San Camilo nos introduce al concepto de “humanización”: el Centro ofrece un cuidado “sano y humano” de las personas que se encuentran en situación de dependencia, sufren una enfermedad avanzada y/o que se encuentran al final de su vida. También el proyecto de RAIS Fundación para atender a personas sin hogar que viven en una situación de extrema exclusión social, en el momento de la convalecencia o en el acompañamiento de una enfermedad terminal. Parten del respeto absoluto a la autonomía y dignidad de las personas, favoreciendo el ejercicio de los derechos de ciudadanía.

La calidad que aportan todos y cada uno de los artículos de este número de marzo y de los otros dos números que seguirán en julio y noviembre nos invita a encarar el año con renovada ilusión y con una llamada a que, en 2017, se produzca el empuje necesario para consolidar tanto esfuerzo.

Emilio Herrera Molina

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

- /07** TRABAJO SOCIAL ANTE LA ESTRATEGIA DE COORDINACIÓN Y ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.
ANA ISABEL LIMA FERNÁNDEZ
Presidenta del Consejo General del Trabajo Social y de la Federación Internacional Europea de Trabajo Social.
- /21** FARMACIA ASISTENCIAL: LA FARMACIA DE SIEMPRE CON LAS POSIBILIDADES DEL MAÑANA.
LOLA MURILLO FERNÁNDEZ
Vicepresidenta. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC).
- /33** LA TELEASISTENCIA DE EUSKADI, UNA VISIÓN HOLÍSTICA DE LOS CUIDADOS.
LIDE AMILIBIA BERGARETXE
Viceconsejera de Servicios Sociales, Departamento de Empleo y Políticas Sociales, Gobierno Vasco.
EMILIO SOLA BALLOJERA
Director de Servicios Sociales, Departamento de Empleo y Políticas Sociales, Gobierno Vasco.
GUILLERMO VIÑEIRA GARCÍA
Ex-viceconsejero de Salud, Departamento de Salud, Gobierno Vasco.
ALFREDO ALDAY JURADO
Responsable Área Teleasistencia, Osatek, S.A., sociedad pública del Gobierno Vasco.
- /45** 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.
- /61** MODELO DE HUMANIZACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LA PERSONA EN EL CENTRO SAN CAMILO.
JOSÉ CARLOS BERMEJO HIGUERA
ÁNGEL LÓPEZ GONZÁLEZ
PABLO POSSE PÉREZ
Equipo Interdisciplinar del Centro Asistencial San Camilo y del Centro de Humanización de la Salud.
- /75** ACTUALIDAD.

TRABAJO SOCIAL ANTE LA ESTRATEGIA DE COORDINACIÓN Y ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.

ANA ISABEL LIMA FERNÁNDEZ

Presidenta del Consejo General del Trabajo Social y de la Federación
Internacional Europea de Trabajo Social.

SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN.
2. MARCO TEÓRICO.
3. METODOLOGÍA DE ANÁLISIS.
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.
5. CONCLUSIONES.
6. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Trabajo Social, coordinación, atención, sistema sanitario, sistema de servicios sociales, gestión del caso, atención centrada en la persona, relacional, sociosanitario.

RESUMEN

Este texto trata de recoger algunas consideraciones del Consejo General del Trabajo Social en torno a la coordinación y la atención sociosanitaria recogida en diferente normativa social y sanitaria, basándose en tres ejes: la defensa de los dos sistemas de protección social; las propuestas para la mejora de la acción profesional en ese ámbito, y las propuestas de planificación de cara a la estrategia de coordinación y atención sociosanitaria que prepara el Gobierno. Para ello es importante aclarar cuestiones que tienen que ver con la conceptualización, la planificación, la organización, la financiación y también con la calidad planteada desde la atención profesional que garantice una atención biopsicosocial. Por último, también recoge algunas propuestas de cara a la nueva estrategia sociosanitaria.

KEYWORDS

Social Work, coordination, attention, sanitary system, social services system, case management, attention focused on the person, relational, social and health care system.

ABSTRACT

This text tries to gather some considerations of the Spanish General Council of Social Work on the coordination and the social and sanitary attention gathered in different social and sanitary regulations, being based on three axes: the defense of the two systems of social protection; the proposals for the improvement of professional action in this area, and the planning proposals of the strategy of integrated care strategy provided by the Government. For this, it is important to clarify issues that have to do with conceptualization, planning, organization, financing and also with the quality raised from professional care that guarantees bio-psycho-social care. Finally, it also includes some proposals for the new integrated care strategy.

1. INTRODUCCIÓN.

Los cambios sociales provocados por cuestiones demográficas como son el aumento de la esperanza de vida en la población, los cambios de la familia, la mayor movilidad laboral, el cambio de rol tradicional de la mujer como cuidadora etc., hacen que las necesidades sociales cambien en función del contexto y es importante que existan planteamientos para el abordaje del desafío de la cronicidad. La necesidad de coordinación y atención integral entre el sistema de servicios sociales y el sanitario en torno a personas que la padecen, se desarrolla en dos ámbitos de intervención tradicionales para el trabajo social. Asimismo existen diferentes leyes en los dos ámbitos social y sanitario que recogen la necesidad de coordinación y atención socio sanitaria. Por ello, es interesante que se pueda realizar un análisis desde la perspectiva de una de las profesiones que está presente en ambos sistemas de protección social.

2. MARCO TEÓRICO.

Desde el Consejo General y los Colegios Profesionales del trabajo social se trabaja por contribuir a garantizar una buena praxis en general a la ciudadanía y a las instituciones. Por ello, en el ámbito de la coordinación socio sanitaria se han establecido unas líneas de acción basadas en tres ejes fundamentales: la elaboración de propuestas de cara a la mejora de la acción profesional en estos ámbitos; la defensa de los dos sistemas de protección social como públicos, universales y de calidad; y la elaboración de diferentes propuestas de planificación de cara a la estrategia de coordinación y

atención socio sanitaria que prepara el Gobierno de España.

2.1. Presencia del trabajo social en los sistemas de servicios sociales y de salud.

Los ámbitos de servicios sociales y de salud, corresponden por ese orden a los dos ámbitos donde la profesión del trabajo social tiene más representación en su ejercicio (Pastor 2013).

La presencia de profesionales del trabajo social en el Sistema de Servicios Sociales es muy significativa. Tal y como reconocen las Leyes Autonómicas de Servicios Sociales y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a nivel estatal, son los “profesionales de referencia” de la atención primaria. Por otro lado, además forman parte de los equipos multidisciplinares de la atención especializada y del Sistema de Salud, aportando valor a la concepción biopsicosocial de la salud, datándose su existencia desde hace más de 30 años.

2.2. Conceptualización de coordinación y atención socio sanitaria.

El decálogo del trabajo social (2014) para una estrategia de coordinación y atención socio sanitaria recoge el perfil de la persona con necesidades socio sanitarias como el de cualquier persona que en un momento de su vida necesita recibir atención sanitaria y social de forma coordinada y/o integrada. Esta atención puede ser temporal o permanente. No todas las personas con patologías clínicas o sociales de los grupos que se pudieran priorizar son susceptibles de atención socio sanitaria, sino solo aquellas

que reúnen a la vez patología clínica y problema social añadido. Esto quiere decir que los sistemas deberán seguir atendiendo con sus propios recursos aquellos casos que no comportan situación de necesidad según los criterios del otro sistema. Reconocemos la necesidad de avanzar partiendo inicialmente del conjunto de los perfiles de ciudadanos que se incluyen en el binomio cronicidad-dependencia.

A. Coordinación sociosanitaria.

La definición de la mayor parte de autores incide en que es la necesidad de una acción intersectorial entre los sistemas de servicios sociales y salud, con el objeto de garantizar la mejor atención a las personas que necesiten la intervención desde ambos sistemas, por lo que normalmente se centra en ámbitos de promoción de la autonomía y atención a las situaciones de dependencia donde las personas atendidas necesitan una respuesta integral a sus necesidades. También se indica que es importante la implicación de los profesionales de ambos sistemas en la planificación, protocolos e itinerarios adecuados (Verde 2012). En función de cada caso será necesaria además la coordinación entre otros ámbitos como el educativo, el laboral etc., y trabajo en red.

La coordinación sociosanitaria no supone crear un nuevo subsistema sino ajustar cuestiones de planificación, organización de los sistemas y recursos ya existentes en torno a las metodologías de la atención centrada en la persona. Por supuesto que para su mayor eficacia, necesita además unas ratios profesionales y recursos adecuados en ambos sistemas.

La Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia recoge el mandato de establecer procedimientos de coordinación sociosanitaria, indicando que se deben crear los órganos de coordinación que procedan para ello.

B. Atención sociosanitaria.

La atención sociosanitaria está definida en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, identificándola como una prestación que se destina a enfermos generalmente crónicos que debido a sus características especiales pueden beneficiarse de una actuación simultánea y sinérgica de servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y potenciar su inserción social. Por ello este tipo de atención puede implicar una atención compleja e integral en un recurso ya sea social o sanitario.

Sobre todo va dirigido a personas que tienen problemas de salud como son demencias avanzadas, paciente geriátrico frágil, enfermedades avanzadas, paliativos etc., y dificultades sociales en el soporte familiar, cuidadores, entorno, convivencia, condiciones de la vivienda, situación económica o recursos asistenciales.

El decálogo del trabajo social (2014) para una estrategia de coordinación y atención sociosanitaria recoge que la atención sociosanitaria debe ser el resultado de coordinar e integrar prestaciones, servicios y recursos de los sistemas de salud y servicios sociales, entendiendo por ello todos aquellos dispositivos públicos y privados que dependan

de alguna manera de financiación, autorización, supervisión o cualquiera otra tutela encomendada a las administraciones públicas responsables de los servicios sociales y sanitarios que se prestan a la ciudadanía.

Por ello, la garantía de continuidad de atención que las personas deberían recibir como un todo integrado solo será posible cuando la atención social y sanitaria, actuando de manera sinérgica, mediante un conjunto de dispositivos de ambas redes asistenciales, permita a la ciudadanía transitar por ambos sistemas de forma fluida y sin disolución de continuidad.

2.3. La acción social por los Sistemas de Salud y Servicios Sociales.

La acción social desde el Consejo General y los Colegios Profesionales se ha vinculado a la reclamación de los sistemas como universales, públicos y de calidad. Ello se ha plasmado en varios manifiestos, manifestaciones o en la participación en los movimientos ciudadanos de las Mareas Ciudadanas.

Existe la Marea Blanca en defensa del Sistema de Salud y la Marea Naranja en defensa del Sistema de Servicios Sociales. Una de las acciones más significativas en esa línea es la comparecencia el 10 de diciembre de 2014 en el Parlamento Europeo con personas afectadas por los recortes sociales. Se presentaron varios estudios e informes de denuncia de la vulneración de los Derechos Humanos a consecuencia de las medidas de austeridad en los sistemas social y sanitario. De esta iniciativa se puso en marcha la Campaña denominada “De-

rechos Sociales por la Dignidad” (Consejo General 2014-2016).

Una de las cuestiones destacables en esos informes es que existen diferencias entre las comunidades autónomas en la atención tanto social como sanitaria, y que los modelos de coordinación socio sanitaria son diferentes en cada territorio.

Por otro lado, también se constata que el Sistema de Servicios Sociales no posee el mismo nivel de universalización que el sistema Sanitario, por lo que se sitúa en un nivel de fragilidad mayor y esto puede suponer un obstáculo importante de cara a la estrategia planteada. Además tienen formas de acometer el copago de servicios muy diferentes por lo que es importante tener en cuenta las cuestiones de financiación y copago desde el marco de colaboración público-privada.

El decálogo del trabajo social (2014) para una estrategia de coordinación y atención socio sanitaria recoge también la necesidad de establecer las carteras y catálogos de servicios sanitarios y sociales o que se puedan crear en cada sistema asistencial. Mediante la coordinación socio sanitaria, lo que se acuerda es implementar servicios existentes en un sistema con prestaciones del otro sistema, dando un carácter más holístico a la prestación recibida por el usuario, con especial interés en aquellos que facilitan la permanencia de las personas en sus domicilios y el apoyo a las personas cuidadoras. Los servicios y centros que presten atención socio sanitaria corresponderán siempre a alguna de las dos redes asistenciales. Los servicios o unidades que

dentro de ese dispositivo presten atención socio-sanitaria tendrán autorización, financiación y evaluación de ambas redes. Los catálogos de centros y servicios de los sistemas de salud y servicios sociales harán constar las prestaciones, servicios, unidades o centros que dispensan atención socio-sanitaria. También se indica que no parece conveniente establecer un catálogo específico de centros socio-sanitarios. Por la apariencia que ello implica de una red alternativa, a su vez se insiste que la prioridad de los cuidados en el domicilio debe ser real y para ello es necesario un esfuerzo de reorientación de servicios y recursos en esta dirección.

Así mismo el decálogo establece que la financiación de los recursos socio-sanitarios es la misma de esos servicios cuando no estaban coordinados y no actuaban conjuntamente. La coordinación va a suponer un plus de eficiencia en los servicios prestados, lo que se podrá traducir en mejoras costo efectivas de los servicios y prestaciones. Con todo, la coordinación socio-sanitaria no va a suplir las carencias de dispositivos, servicios, prestaciones y recursos de ambos sistemas. La necesidad de crecer, reorientar y ordenar los servicios y prestaciones de ambas redes es manifiesta, debido a los cambios demográficos y sociológicos de la población. Las dificultades económicas de las Administraciones Públicas en el momento actual no deben incidir en el diseño de una estrategia que se plantea con visión de futuro, aún cuando su despliegue práctico se vaya haciendo a medida de las posibilidades de financiación.

Desde servicios sociales, el sistema de

financiación de la Ley de la dependencia se ha ido modificando a lo largo de su década de existencia, siendo cada vez menor la aportación de la Administración General del Estado en cuanto al copago del mismo. Esto es denominado por algunas investigadoras como confiscatorio y abusivo, además de ser un instrumento recaudatorio individual y restrictivo que no contribuye a la solidaridad y a la redistribución (Codorniu 2016). De esta forma, el copago ha afectado más negativamente a las rentas medias-bajas por el efecto que produce tener en cuenta el patrimonio, ya que las rentas altas cubren el tope con los ingresos y su patrimonio no se ve afectado, llegando a ser abusivo en cuanto que un 50% de las rentas de las personas usuarias pueden tener que ser destinados a este copago y si hablamos de residencias puede llegar a ser un 95%. Es posible que también se dé el caso de personas que tengan que hipotecar su patrimonio para poder copagar e incluso la administración se podría personar como acreedora en un reparto de herencia.

Mientras tanto, en el sistema de sanidad no hay copago. Al plantear servicios integrados socio-sanitarios, se podría copagar en el ámbito sanitario, que ahora tiene cobertura universal a través de impuestos. Este es un tema que puede generar un profundo debate, ya que lo que se debería pagar son los gastos de alojamiento y manutención.

El copago puede ser un obstáculo para el cumplimiento del derecho subjetivo, ya que la gente renuncia a la prestación por no asumir el copago y se buscan opciones alternativas que a lo mejor no son las

adecuadas o no tienen la misma calidad.

2.4. Valor añadido desde el ámbito social a la estrategia de un modelo de coordinación y atención socio sanitaria.

El trabajo social tiene un papel histórico de enlace entre los distintos sistemas y ámbitos de intervención donde ejerce, además la coordinación forma parte de su cultura metodológica. Para abordar la coordinación socio sanitaria se requiere una estrategia que recoja el valor de la experiencia acumulada en cuanto a metodologías de intervención centrada en la persona, trabajo en red, atención grupal y comunitaria. Además, para asegurar su mejor funcionamiento no sólo hay que abordar el escenario de la atención sino que la mirada debe ser ampliada a la prevención, la educación para la salud, el contexto social, las redes de apoyo y las condiciones de la vivienda.

La puesta en valor de lo relacional requiere visibilizar el derechos de las personas usuarias a una atención de calidad que procure la autonomía e inserción social desde la continuidad en la atención y el trabajo en red.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que el objeto del trabajo social es la interacción entre individuo y sociedad, por ello al aplicar el enfoque sistémico ecológico y constructivista propio en los servicios sociales (Hernández 2016), es muy factible complementarlo en este caso con teorías y prácticas de ámbitos de intervención concretos como sería el sanitario.

Los trabajadores y trabajadoras sociales

aportan el valor añadido en su intervención de la realización de una valoración y diagnóstico social. Además tiene en cuenta para hacerlos el ámbito de “lo relacional”, el trabajo con las redes sociales desde el contexto social, el conocimiento y la gestión de los recursos necesarios que deben incluirse en el pronóstico social.

Asimismo en el área de la atención individual para esta profesión es importante poner el acento en el cuidado centrado en la persona como punto de partida y eje de la intervención. Esa mirada requiere que se atienda la necesidad de confort y apoyo emocional, el respeto a los valores y preferencias, encargarse de que la información sea clara y se comprenda y fomentar la autonomía a la hora de tomar decisiones, ya que entendemos que la autonomía y la participación de la persona en el proceso de intervención sanitaria y social es un derecho humano y un valor ético central (Gobierno Vasco. Guía Atención integral a personas mayores al final de la vida 2013).

2.5. Apuntes metodológicos. Instrumentos básicos y metodología de trabajo común.

El decálogo del trabajo social (2014) para una estrategia de coordinación y atención socio sanitaria recoge que los instrumentos básicos que deben garantizar una auténtica coordinación socio sanitaria son fundamentalmente dos: a) Estructura y órganos formados por directivos, gestores y técnicos de ambos sistemas que, trabajando juntos, realizan procesos y procedimientos compartidos y que asumen la responsabilidad de su puesta en funcionamiento y el seguimiento de los mismos. b) Metodolo-

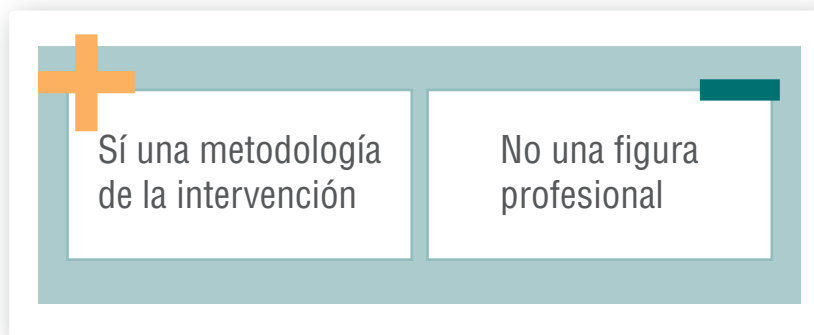
gía de trabajo común basada en la Gestión de Procesos y Gestión Compartida de Casos que establezca herramientas comunes: guías, procesos, procedimientos y protocolos.

Cualquier dispositivo, servicio, prestación

o recurso sociosanitario necesita tener protocolizado todo el proceso de acceso y alta del mismo, dado que van a intervenir dos redes diferentes que deben garantizar de forma unívoca la atención y la continuidad de los cuidados.

Las profesiones “Gestoras del caso”

LA GESTIÓN DEL CASO



Desde el trabajo social se defiende la “gestión del caso” como una metodología y no como una figura profesional. Esta metodología viene siendo utilizada por el trabajo social hace décadas y en los documentos elaborados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para la estrategia de coordinación sociosanitaria se ha definido como la más adecuada.

Además propone la necesidad de un sistema de información compartido basado en la interoperabilidad de los sistemas existentes o en la creación de una interface de uso común. Compartir la información es una herramienta fundamental para desburocratizar y rentabilizar las actuaciones individuales de los profesionales. Además, la necesidad de recoger las buenas prácticas

en coordinación sociosanitaria, puestas en marcha en las diferentes comunidades autónomas, deben ser divulgadas y conocidas para que se pueda aprender y hacer posible más fácilmente la implantación de esta estrategia. En todo caso, las prácticas que se divulguen deben estar basadas en esta filosofía de actuación de dos sistemas autónomos, financiación compartida y atención integral.

3. METODOLOGÍA DE ANÁLISIS.

Para la elaboración de este texto se utilizará el análisis bibliográfico y por otro lado, el resultado de los grupos de expertos a través de la realización de dos seminarios.

Las personas expertas fueron designadas

por los 36 colegios de trabajo social de España y por la Sociedad Científica “Trabajo Social y Salud”, por ello hay una representación de los distintos territorios del Estado Español. Estos profesionales proceden de los sistemas públicos de servicios sociales y salud y analizaron y debatieron distintas propuestas del Gobierno sobre la coordinación y la integración sociosanitaria aportando su análisis, valoración y propuestas. En 2013 se inició el trabajo, realizando un análisis de varios documentos sobre la nueva estrategia de coordinación y atención sociosanitaria que se irán exponiendo por orden cronológico:

1. Informe de atención sociosanitaria del Consejo Asesor de Sanidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013).
2. Modelo de atención y coordinación sociosanitario del IMSERSO (2014).
3. Documento Base para una Atención Integral Sociosanitaria, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015) Fruto de este análisis se realizaron algunos documentos:

1. Enmiendas a los documentos planteados que nos facilitó el IMSERSO.
2. Decálogo para una coordinación y atención sociosanitaria.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Uno de los resultados del grupo de trabajo de expertos es que existen cuestiones que podrían ser un obstáculo de cara a la implantación de un nuevo modelo de coor-

dinación y atención sociosanitaria, respecto a los profesionales de la intervención social en ambos sistemas, la metodología de la intervención necesaria y otras que tienen que ver con la heterogeneidad del sistema social y sanitario en cuanto a normativa, organización y copago.

Cuestiones como la carencia de ratios profesionales o la falta de reconocimiento de trabajo social como profesión sanitaria suponen una debilidad para la presencia del trabajo social en la coordinación sociosanitaria. Por ello hay que hacer un importante hincapié en ellas, marcando estándares y ratios profesionales. Además, la falta de reconocimiento del trabajo social como profesión sanitaria genera un gran hándicap de cara al establecimiento de la estrategia sociosanitaria.

4.1. Propuestas de cara a la mejora de la acción profesional.

Las ratios profesionales deben configurarse como una garantía de calidad en la atención. Son fundamentales para poder llevar a cabo las labores de coordinación. Por ello, desde el Consejo General se han elaborado una serie de propuestas en ambos sistemas (Propuestas desde el trabajo social para las elecciones generales del 20D, CGTS 2016):

4.1.1. Ratios profesiones sociales.

En el ámbito de salud la ratio que se recomienda:

- a) 1 trabajador/a social sanitario por equipo de salud.

- b) 1 trabajador/a en centro hospitalario en función de la carga de trabajo de cada servicio hospitalario, con recomendación de 1 por cada 40 camas y 70 en consultas residenciales o de rehabilitación.
- c) 1 trabajador/a social por cada Unidad de Apoyo de los Centros de Salud Mental, en los Servicios de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias y en los Centros de Salud Sexual y Reproductiva.

Por otro lado en el ámbito de los servicios sociales la ratio que se recomienda es:

- a) 1 trabajador/a social por cada 3.000 habitantes.
- b) 1 centro de Servicios Sociales por cada 20.000 habitantes (valorando las zonas rurales).
- c) En los Servicios Sociales Especializados sería en función de la carga de trabajo (nº de casos y programas).

Asimismo sería conveniente el reconocimiento por parte del Gobierno del trabajo social como profesión sanitaria.

4.1.2. Metodología de la intervención: Las profesiones “Gestoras del caso”.

Es necesario tratar la gestión del caso como una metodología de la intervención donde no se excluya a los trabajadores/as sociales sanitarios/as. Por ello es fundamental la inclusión del gestor/a del caso en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud desde esa perspectiva.

4.2. Análisis documental y recomendaciones sobre la estrategia sociosanitaria del Gobierno de España.

Los resultados del análisis documental sobre los informes mencionados en la metodología desprenden lo siguiente:

A. Respecto al primer documento, Informe de atención sociosanitaria (2013), del Consejo Asesor de Sanidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, es necesario mencionar que en ese documento no hubo participación de ningún agente del ámbito social. No obstante el grupo lo analizó y suscitó serias dudas en torno a cuestiones que se enunciaban pero no quedaban definidas, como la colaboración público-privada, las diferencias de copago entre los dos sistemas o la ambigüedad a la hora de definir el abordaje de la intervención a través de una figura de gestor de casos o comisiones de trabajo. Se valoró que parecía que este documento anteponía los criterios económicos ante la necesidad de atención. Era reduccionista a profesiones sanitarias y no vinculaba la atención a equipos interdisciplinares.

B. Posteriormente desde el IMSERSO se nos invitó a participar en la consulta de un segundo documento denominado “Modelo de atención y coordinación sociosanitario”. Nuestro grupo de personas expertas realizó dos seminarios en 2014 y 2015 para el análisis del mismo. A este documento se presentaron enmiendas y recomendaciones y se elaboró un decálogo que recogía las recomendaciones desde el trabajo social al modelo. Los diez puntos clave recogidos se referían a: 1) Atención sanitaria, 2) La

garantía de continuidad de la atención, 3) La financiación, 4) El perfil de las personas con necesidades sociosanitarias, 5) Las carteras y catálogos, 6) Los requisitos básicos comunes, 7) Instrumentos básicos: Estructura y metodologías del trabajo, 8) Un sistema de información compartido, 9) Las buenas prácticas y 10) No reducir la estrategia a las grandes empresas del sector .

En este decálogo se insiste en que no sería adecuado crear un subsistema sociosanitario. Se apuesta por las comisiones de trabajo entre ambos sistemas frente a la figura del gestor del caso. Se recomienda que haya interoperabilidad entre sistemas de información y gestión. Se pone énfasis en la necesidad de refuerzo de los sistemas para que funcione ya que la coordinación puede mejorar la eficacia pero no supe carencias actuales. También recuerda la importancia de los cuidados en domicilio y con ello la necesidad de trabajar el contexto, lo comunitario y lo grupal, la prevención y la participación.

El procedimiento marca que el documento deberá ser revisado otra vez por las Comunidades Autónomas para después crear un marco común desde los Consejos territoriales de Sanidad y Servicios Sociales y elaborar los catálogos y carteras de servicios en ambos sistemas. Todo ello conllevaría cambios en las distintas normativas de esos ámbitos de intervención.

C. Subsiguientemente, en verano de 2015 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sometió a consulta a cinco Consejos de profesionales implicados en la coordinación sociosanitaria. Se trata de un

documento denominado Documento Base para una Atención Integral Sociosanitaria. Con motivo de su análisis se elaboró un informe de enmiendas que fue presentado al Ministerio en plazo y forma solicitados. En las consideraciones que se realizaron se enfatizaba en la importancia del título del documento en el que se suprime la palabra coordinación, ya que se consideró que esta supresión podría provocar que se diluyan responsabilidades en cuanto a la atención que deben prestar los dos sistemas y los compromisos que deben adquirir cada uno. Por otro lado, deducíamos que era más necesario que nunca buscar un “Pacto Sociosanitario” a través de un acuerdo de los Consejos Interterritoriales, el de Sanidad y el de Servicios Sociales.

También observamos que los recursos que se indicaban estaban muy escorados a perfiles de personas mayores de 65 años y se consideró necesario recordar la necesidad de poner en valor la figura de los trabajadores/as sociales de ambos sistemas de cara a ser los profesionales de referencia de la coordinación sociosanitaria entre sistemas e insistir en que en las historias clínicas están incluidas las historias sociales de los Trabajadores Sociales de salud, que no son un conjunto de datos sociales solamente y que pueden ser un buen instrumento a utilizar, poniendo de ejemplo de buena práctica los instrumentos de valoración de riesgo social que existen dentro de las historias sanitarias electrónicas de la Comunidad Valenciana.

5. CONCLUSIONES.

1. Los cambios demográficos, sociales y sanitarios de las últimas décadas plantean retos como la atención a la cronicidad y a la situación de dependencia de muchas personas que van a necesitar un estrategia de coordinación y atención sociosanitaria.

2. El trabajo social tiene presencia en los sistemas de servicios sociales y salud, puede aportar un valor significativo a la concepción biopsicosocial de la salud, tanto por su área de conocimiento como por la experiencia acumulada de más de 30 años en ambos sistemas.

3. El objeto del trabajo social ensalza el valor de lo relacional en la atención individual, grupal y comunitaria, por lo que aporta un valor añadido en la metodología de gestión de caso y el cuidado centrado en la persona.

4. La conceptualización de la coordinación y la atención sociosanitaria es diferente, sin embargo existe una gran confusión con esos dos términos utilizándose de manera indiscriminada en muchos textos y documentos.

5. La coordinación no supone crear un subsistema nuevo de atención, sino crear condiciones y recursos que permitan una buena planificación y organización de los sistemas sociales y sanitarios para que actúen de manera coordinada y complementaria con los casos en que se requiera una intervención desde ambos.

6. La atención sociosanitaria puede suponer además que desde un sólo recurso sea tanto social como sanitario se le proporcione a una persona una prestación integral social y sanitaria.

7. Las ratios de profesionales sociales recomendadas para cada sistema, así como el reconocimiento del trabajo social como profesión sanitaria son fundamentales para el éxito de la estrategia de coordinación y atención sociosanitaria.

8. La estrategia sociosanitaria planteada por el gobierno plantea dudas sobre la colaboración público-privada, las diferencias en el copago y la articulación entre coordinación o atención de los dos sistemas. Además, la manera en que se va a abordar la intervención no aclara si se hará desde una figura profesional o desde una comisión de trabajo.

9. El decálogo del trabajo social para una estrategia de coordinación y atención sociosanitaria recoge las recomendaciones sobre la atención, la garantía de continuidad, la financiación, el perfil de las personas con necesidades sociosanitarias, las carteras y catálogos, los requisitos básicos comunes, los instrumentos básicos, el sistema de información compartido, las buenas prácticas y la participación de empresas del sector.

10. Desde el trabajo social se apuesta por el refuerzo de los sistemas públicos y por las comisiones de trabajo, recordando que es importante incorporar al discurso la atención domiciliaria, la atención a personas menores de 65 años, la importancia de

la prevención y la participación y la interoperabilidad entre los sistemas social y sanitario en cuanto a la información y la gestión.

11. Se plantea la necesidad de tener en cuenta las historias sociales como un instrumento y no sólo como un conjunto de datos sociales a incluir en la historia sanitaria. Se recomienda la buena práctica de la Comunidad Valenciana.

12. Se plantea la necesidad de abordar un Pacto Sociosanitario desde los Consejos Interterritoriales de Sanidad y Servicios Sociales que aporte el equilibrio necesario entre ambos para llevar a cabo la estrategia sociosanitaria planteada por el Gobierno garantizando una auténtica política de Estado.

6. BIBLIOGRAFÍA.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:
 - Informe de atención sociosanitaria (2013).
 - Modelo de atención y coordinación sociosanitaria (2014).
 - Documento Base para una Atención Integral Sociosanitaria (2015).
- Consejo General del Trabajo Social y Asociación de Trabajo Social y Salud:
 - Corto Documental “Derechos Sociales por la Dignidad”.
- <https://www.youtube.com/watch?v=a9poEy8RuQE>
 - Decálogo para una coordinación y atención sociosanitaria (2014).

[http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/Decalogo%20FINAL\(1\).pdf](http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/Decalogo%20FINAL(1).pdf)

- Codorniu, M. (2016) Efectos perversos del copago en la financiación de la dependencia 16/07/16 Agenda Pública.

<http://agendapublica.es/efectos-perversos-del-copago-en-las-prestaciones-de-dependencia/>
- Gobierno Vasco “Atención integral a las personas mayores al final de la vida. Guía de recomendaciones éticas” (2013).
- Hernández, J. (2016), El trabajo social una ciencia: múltiples ámbitos de aplicación en el libro de actas del 6 Congreso trabajo social hoy del Colegio Oficial de trabajo Social de Madrid (16-17 marzo 2016).
- Información estadística del Sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Situación a 31 de octubre de 2016. IMSERSO.
- 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.
- Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid.

FARMACIA ASISTENCIAL: LA FARMACIA DE SIEMPRE CON LAS POSIBILIDADES DEL MAÑANA.

LOLA MURILLO FERNÁNDEZ

Vicepresidenta. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC).

SUMARIO

1. UNA ESTAMPA DE AYER.

2. LA ESTAMPA DE HOY.

3. RESPONSABLE DE LAS NECESIDADES FARMACOTERAPÉUTICAS DE LOS PACIENTES EN EL DOMICILIO.

4. RESPONSABLE DE LAS NECESIDADES FARMACOTERAPÉUTICAS DE LOS PACIENTES EN LAS RESIDENCIAS SOCIOSANITARIAS.

5. CONCLUSIÓN.

PALABRAS CLAVE

Farmacia asistencial; Botica; Atención primaria; Conciliación de la medicación.

RESUMEN

La estampa de una farmacia del barrio sevillano de Triana en su transición de los años 60 del siglo pasado a la actualidad permite reflexionar sobre los nuevos roles de la farmacia familiar y comunitaria, tanto en su forma de tratar con los pacientes como con el resto del sistema sanitario. La farmacia asistencial se reivindica como un agente clave del nuevo modelo de atención sanitaria, como parte de un equipo coordinado en el nivel primario de atención, en el que deben primar la comunicación y el trato personalizado necesario con pacientes cada vez más débiles y complejos.

KEYWORDS

Hospital pharmacy; Chemist's; Primary care; Medication Reconciliation.

ABSTRACT

The image of a pharmacy in the Seville district of Triana in its transition from the 1960s to the present allows us to reflect on the new roles of the family and community pharmacy, both in its way of dealing with patients and with the rest of the health system. Hospital pharmacies are claimed to be key agents in the new healthcare model, as part of a team coordinated at the primary level of care, where communication and the personalized treatment necessary with increasingly weak and complex patients must take precedence.

1. UNA ESTAMPA DE AYER.

Las tertulias de rebotica en los años 60 del pasado siglo reunían en la farmacia de D. Aurelio a D. Tomás, el médico, a D. Adrián, el cura y a D. Cosme, entre otros menos habituales y con procedencias variopintas. Además de D. Cosme, de quien nunca se tuvo noticias sobre su actividad, también acudían, de forma esporádica, muchas personas de diversas procedencias. Los contertulios hablaban y discutían de lo divino y lo humano, pues en aquella época, los años 60, aun habiendo escaseces materiales se disfrutaba de algo que en la actualidad no hay: tiempo para charlar e intentar ayudar a la gente del barrio como era el que destinaba a la botica donde ejerció tantos años mi abuelo. Supongamos que hablo de Triana, en Sevilla.

La botica de D. Aurelio olía a hierbas y otros productos químicos con los que se elaboraban las pócimas que curaban, o lo intentaban, y que el boticario a su libre albedrío (de ahí lo de “hágase según arte”) preparaba con la responsabilidad que el galeno depositaba en este profesional sanitario. Arte trianero en este caso.

D. Cosme, cierto día, se viene abajo, lleva un tiempo sin apetito, tiene una tos que ningún brebaje mejora y apenas discute con su vehemencia habitual, pues se ahoga, y no tiene fuerza. Un mal día se desmaya y lo llevan a la consulta de D. Tomás, ubicada en un patio de vecinos donde la presencia del amigo Cosme se hace noticia en la inmediata vecindad, que se ofrece para todo lo que sea necesario a su buen entender. Dña. Amalia, sin ir más lejos, aparece con

un cubo y una algofifa para limpiar el vómito que el paciente ha dejado en la entrada. Carmela trae una olla con caldo de puchero y Antoñito queda a la espera para ir corriendo a la botica de D. Aurelio con la receta de urgencia, una fórmula magistral, que D. Tomás va a escribir tras comprobar, sólo con la toma del pulso y el fonendo, que se ha tratado de una angina de pecho.

El boticario prepara el alcohol alcanforado prescrito, Antoñito lo lleva a toda prisa a la casa de vecinos y D. Cosme, ya repuesto y en su alcoba del mismo patio, sorbe despacito el caldo de Carmela que le sabe a gloria.

Esa relación, de los años referidos, entre el boticario y el médico suplía, en muchos casos, las carencias de recursos diagnósticos y farmacológicos y el primero solventaba también los recursos sociales. Este era, a grandes rasgos, el panorama habitual de la atención sociosanitaria en los años 60 del siglo pasado.

2. LA ESTAMPA DE HOY.

¿Qué pasa hoy en 2017? ¿Cómo han cambiado las cosas?

El envejecimiento, la cronicidad, la atención sociosanitaria, el aumento de la esperanza de vida, las guías clínicas, la industria farmacéutica, el desarrollo de los métodos diagnósticos, la tarjeta sanitaria, el sistema público sanitario gratuito, los medicamentos biológicos, etc. han hecho que todo haya cambiado, pero ¿hemos cambiado los profesionales?, ¿nos hemos adaptado a los tiempos?, ¿qué hacemos ahora para

atender a los pacientes?

Esta reflexión me hace pensar, como farmacéutica en 2017, en lo que pueda diferenciarme del ejercicio ejemplar de mi abuelo Aurelio. Yo ejerzo en una farmacia comunitaria de un barrio de Sevilla en el que, por razones de vida, trabajo para los nietos de pacientes como D. Cosme, que viven en mi barrio y que aún me hablan de mi abuelo admirando su gran responsabilidad como profesional y como persona.

No soy mejor farmacéutica que mi abuelo, ojalá, pero tampoco ejerzo como lo hacía él. Mi farmacia no huele como la botica trianera, la farmacopea ha sido sustituida por internet y en mi laboratorio el espacio de los albarelos y probetas lo ocupan cajas de medicamentos comercializados y blísters en los que hago sistemas personalizados de dosificación o reacondicionamiento (SPD), fichas de pacientes a los que les hacemos AMPAS¹ y MAPAS² para medir la presión arterial, dietas y el control de la medicación o sus parámetros biológicos.

Pero lo que más ha cambiado es la forma en que hoy ejerzo, ya no como boticaria, palabra que me honra, sino como farmacéutica asistencial, palabra que define más lo que hago y que voy a tratar de explicar.

El farmacéutico ha dejado de elaborar los medicamentos, según arte, y ha pasado a dispensar los que ya vienen fabricados por la industria farmacéutica. El aumento del conocimiento de las enfermedades, la rapidez con la que se están desarrollando métodos diagnósticos inimaginables para D. Tomás, la investigación y el avance de la farmaco-

terapia han hecho que tengamos que dejar de ser profesionales cuyos conocimientos se centraban en los productos que formulábamos y dispensábamos. Hemos pasado a ser sanitarios cuyos conocimientos deben centrarse en cómo esos medicamentos van a actuar en nuestros pacientes, teniendo en cuenta que pueden tener contraindicaciones, efectos secundarios y un componente idiosincrásico del paciente al que, sin el trato coloquial de D. Cosme, también conocemos, quizás mejor que ningún otro de los agentes sanitarios que cuidan de él, ya que viene con gran frecuencia a retirar sus medicamentos, a contarnos sus preocupaciones y a preguntarnos sus dudas y todo aquello que no entiende porque su farmacéutico es en la mayor parte de los casos su referente más cercano, porque lo elige libremente, y eso en el resto del sistema no es posible.

La farmacia está en un momento de transformación, como otras muchas profesiones, y el farmacéutico tiene nuevos roles para su futuro con la consciencia de las necesidades de los pacientes en el presente. No sólo está cambiando nuestra forma de tratar con los pacientes, otro de los grandes cambios es nuestra relación en el entorno del sistema sanitario. D. Cosme sólo tenía a su médico y a su farmacéutico, ahora los pacientes tienen además numerosos especialistas a los que visitan generalmente una vez al año: el cardiólogo, el nefrólogo y otros “ólogos” que le proveen de unos cuidados sanitarios inimaginables en los años 60, pero que hacen más compleja su farmacoterapia. Por ello conceptos como conciliación de la medicación y adherencia son ahora parte de nuestras responsabilidades. Gran

¹ Automedida de la Presión Arterial.

² Medida Ambulatoria de la Presión Arterial.

parte del tiempo del farmacéutico ahora se invierte en transmitir a los pacientes la importancia de tomar bien la medicación, a la hora adecuada, con o sin comida, decirles que deben hacer ejercicio y comer de forma saludable; pero no tenemos que hacerlo de forma paternalista, debemos intentar que aprendan, se impliquen, que tomen sus decisiones y tengan el control de sus enfermedades.

El farmacéutico comunitario debe ser responsable de las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes que no estén ingresados en un hospital, porque tiene una visión global de sus tratamientos farmacológicos, sobre todo de los pacientes complejos y polimedicados, y porque tiene (tenemos) también conocimiento de su entorno social y familiar y esta posición de confianza en su día a día nos ayuda con aquellas actividades profesionales que estamos intentando desarrollar.

Conciliamos la medicación de pacientes antes y después de una transición entre niveles asistenciales. Hacemos revisión del uso que el paciente hace de sus medicamentos. Controlamos parámetros biológicos, hacemos AMPAS, MAPAS, ciertos cribados... Pero esto lo hacemos como mi abuelo hacía las fórmulas magistrales, según arte.

Todos estos pequeños o grandes cambios que hacemos en el día a día cada uno en nuestras farmacias se están transformando en una filosofía asistencial de servicios profesionales farmacéuticos, que deben ser definidos, protocolizados y validados para que de verdad supongan un cambio en esta profesión y en la atención farmacéutica que

reciben los pacientes.

3. RESPONSABLE DE LAS NECESIDADES FARMACOTERAPÉUTICAS DE LOS PACIENTES EN EL DOMICILIO.

Pero estos cambios internos necesitan de cambios de nuestro entorno y de cómo nos relacionamos en él. La comunicación con el resto de sanitarios es fundamental; no tiene sentido detectar un problema en la medicación de un paciente si no existe la vía de comunicación con su médico de primaria, o no tendría sentido ver un desajuste en la glucemia si no pudiese derivar a la enfermera para que vuelva a reconducir esos valores que hasta ahora habían sido correctos.

No podemos sólo hablar del cambio profesional o del social, necesitamos cambios estructurales y reorientar los recursos sanitarios. La cronicidad hace necesario un cambio en la forma en la que tratamos a los pacientes y esos pacientes deben estar en su entorno, el de la atención primaria con su médico, su farmacéutico y su enfermera, y sólo cuando se agudicen sus problemas o aparezcan otros nuevos ir al hospital, donde tratan lo grave, lo urgente; porque donde el paciente debe estar y, lo más importante, donde quiere estar, es en su casa, mientras pueda y sus condiciones físicas se lo permitan.

Estrella es la nieta de D. Cosme, llevaba años viviendo en mi barrio y cuando yo llegué me hablaba de su abuelo y el mío y me contaba anécdotas: ella, igual que su abuelo, tenía una insuficiencia cardiaca, hipertensión, artrosis y un tratamiento complejo con revisiones periódicas que han hecho que durante años tuviese una vida

normal; eso sí, con algún sustillo que le ha llevado en más de una ocasión al hospital. Hace cuatro años le dio un ictus. Según ella cuenta, llegó al hospital más muerta que viva y allí le salvaron la vida, estuvo ingresada muchos días y ella sólo quería volver a su casa, y volvió.

Su médico de familia reajustó su medicación y la visitaba en casa, porque D. Eduardo era su médico desde hacía muchos años, ella le adora y para él Estrella es, como para todos los que la conocen, un “cachito de Triana” con mucho arte y mucho amor. No obstante, D. Eduardo sabe que Estrella necesita ayuda y uno de los días va a verla con la trabajadora social, porque aunque sus hijos están pendientes de ella, trabajan y no viven en el barrio y Estrella no quiere irse de su casa, pero tiene una dependencia grado 4, por lo que se solicita ayuda en su domicilio, pero pasan los meses y los años y la ayuda, de la que los que deciden presumen, no llega.

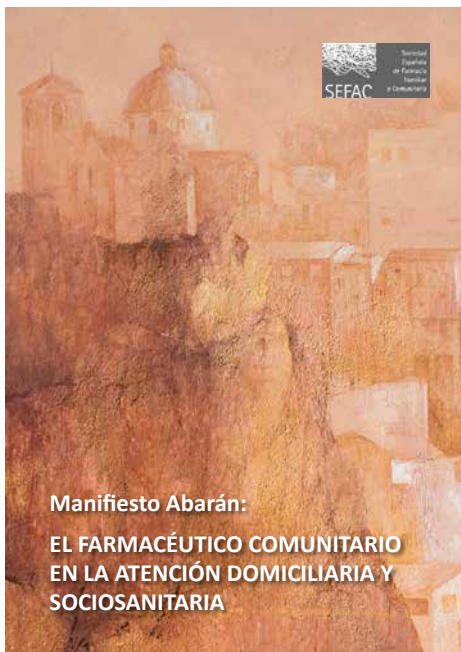
Entre su pensión y la ayuda de sus hijos contratan a Lucía, una vecina que le ayuda en casa, le hace la comida y está atenta a cualquier cosa que necesita, porque cada vez está más débil y ya está perdiendo la memoria y la alegría. Un día voy a verla, porque sigo siendo su farmacéutica y sus hijos me lo piden. Lucía no sabe bien cómo darle la medicación, Estrella está perdiendo mucho peso y están preocupados.

Esta atención domiciliaria no es muy diferente de la que hago en la farmacia, pero cambia la forma en la que me relaciono con Estrella y con sus vecinos y familia, que están contentos de que cada semana vaya a

su casa. Le llevo los SPD, le tomo la tensión y reviso lo que ha comido y con Lucía planeamos la comida de la semana. Pero empiezan las envidias y Maruja y Carmen también quieren que vaya a sus casas y les haga lo que le hago a Estrella, que ellas también vienen a mi farmacia; pero los servicios profesionales tienen un precio y en ocasiones los que más los necesitan no los pueden pagar, pero estoy convencida de que esto cambiará y cuando lo haga, probablemente la Administración lo pague y acerquemos a los pacientes su asistencia, porque sus necesidades están cambiando.

La Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) es una asociación científica y profesional de ámbito nacional con más de 4.000 socios que tiene como misión liderar la evolución del farmacéutico comunitario desde la provisión del medicamento a la prestación de servicios profesionales farmacéuticos centrados en el paciente y en la población, en el ámbito de la atención primaria y sociosanitaria y en coordinación con otros profesionales de la salud.

En 2015 SEFAC fijó el rol de la farmacia comunitaria en la atención domiciliaria y sociosanitaria en el conocido como “Manifiesto Abarán”, que reproducimos seguidamente. El manifiesto reclamaba la “responsabilidad del farmacéutico comunitario sobre las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes que no estén ingresados en un hospital, independientemente de dónde vivan”, y subrayaba que este profesional “debe formar parte de los equipos de atención primaria, junto a médicos, enfermeros y trabajadores sociales, como proveedor de atención sanitaria a los pacientes más vulnerables sobre todos aquellos con mayor falta de autonomía o con patologías crónicas”.



**Manifiesto Abarán:
EL FARMACÉUTICO COMUNITARIO
EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA Y
SOCIOSANITARIA**



En los últimos años la esperanza de vida en España ha aumentado considerablemente, de modo que actualmente el 28 por ciento de la población es mayor de 65 años (los mayores de 80 años son el 6 por ciento) y con proyecciones de que en solo quince años una de cada cuatro personas superará esa edad. Algunas estimaciones apuntan, incluso, a que España será el tercer país más envejecido del mundo en 2050.

A esto hay que añadir que a medida que la vida de las personas avanza suelen ir apareciendo enfermedades crónicas que, poco a poco, van reduciendo su calidad de vida, de tal manera que al llegar a la vejez es frecuente que se den varias patologías y que esto produzca un estado de fragilidad y dependencia. Además, y aunque según los datos disponibles el 72 por ciento de los mayores de 65 años son pacientes con patologías crónicas, no se debe olvidar que la cronicidad no está exclusivamente ligada a la edad, sino que afecta también a población infantil y juvenil.

Además, las personas mayores expresan una clara voluntad de autonomía, como ma refleja el hecho de que un 87 por ciento desea vivir en sus casas el mayor tiempo posible. Sería deseable que todos respetáramos el derecho a la autonomía y elección de las personas mayores sobre dónde y cómo quieren vivir.

Es sin duda en esta etapa cuando, además de que el paciente reciba cuidados de la máxima calidad, es importante mantener un entorno que le resulte familiar y de confianza. Es decir, lo más cercano posible y con profesionales sanitarios que tengan capacidad para prestar especial atención o derivar ante cualquier descompensación que se pueda dar en la salud del paciente, y que den una respuesta eficaz que, por su carácter pluripatológico, debe estar muy bien coordinada.

Por lo tanto, el aumento progresivo de la cronicidad, ligado al incremento de la esperanza de vida, el envejecimiento poblacional, la pluripatología, la polimedicación y la dependencia asociadas, exige cambios de estrategia y de reorganización encaminados a la creación de un espacio de atención socioasistencial. Es en este espacio donde deben converger de forma, no solo coordinada, sino también simultánea y continuada, los cuidados de salud y de atención social que no solo contribuyan a curar sino especialmente a cuidar a todas aquellas personas con problemas de salud crónicos, dependencia, dificultad para desplazarse de su domicilio y/o de riesgo de exclusión social. Respecto al uso de los medicamentos, también hay que tener en cuenta que un considerable porcentaje de la población (más de un 40 por ciento) reconoce tener carencias informativas sobre sus tratamientos, lo que si ya de por sí merece una actuación proactiva por parte del farmacéutico comunitario para paliar este déficit, todavía es más importante en el ámbito de los pacientes especialmente vulnerables.

En este contexto, tampoco se debe olvidar que en la actualidad hay en España 4,5 millones de personas que viven solas. Esta cifra previsiblemente aumentará en el futuro, y se puede agravar por la ausencia del soporte familiar derivado de los cambios en el modelo familiar, lo que exigirá un refuerzo de la estructura de colaboración socioasistencial.

Adaptar los servicios sanitarios para proveer al paciente con patologías crónicas y/o dependiente de los cuidados adecuados a sus necesidades se ha convertido en el mayor reto al que se enfrenta la sanidad actual. Todos los modelos de atención al paciente con patologías crónicas coinciden en señalar que:

- Los cuidados sanitarios han de proveerse en el entorno del paciente y, en concreto, tan cerca de su domicilio como sea posible. Este aspecto por sí solo obliga a reorientar por completo las prioridades de los recursos y servicios sanitarios, desplazando el eje de la atención hospitalaria a la primaria y potenciando su extensión hacia la atención domiciliar.
- Una atención adecuada debe incluir el empoderamiento del paciente para que se involucre en el control de la enfermedad, de forma que las decisiones que adopte (tomar o no la medicación, mantener o no hábitos adecuados para su salud, etc.) sean correctas. Para conseguir esa implicación del paciente se necesitan profesionales sanitarios en los que el paciente confíe.
- Debe identificarse el momento en que el paciente empieza a tener un mal control de su enfermedad para poder actuar antes de que se produzcan consecuencias clínicas negativas. Por tanto, es necesario generar una red sanitaria que supervise de cerca la evolución del paciente y de la que el farmacéutico comunitario no sea ajeno.
- Los cuidados han de ser multidisciplinarios, y abarcar tanto cuidados sanitarios como socioasistenciales que cubren los aspectos fisiopatológicos y los determinantes sociales de la enfermedad. Ello plantea el requisito, especialmente complejo, de que los distintos profesionales sean capaces de trabajar juntos de forma coordinada.

¿Qué papel juega el farmacéutico comunitario?

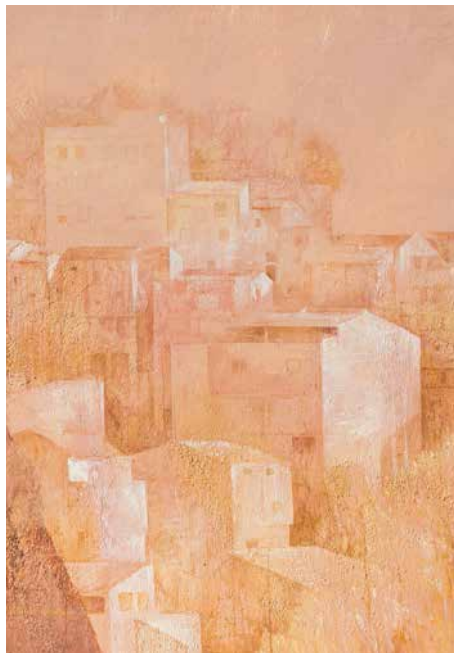
1. El farmacéutico comunitario debe ser responsable de las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes que no estén ingresados en un hospital independientemente de dónde vivan. El farmacéutico comunitario, tanto por sus conocimientos farmacológicos como por su accesibilidad y cercanía es, hoy por hoy, el profesional sanitario que posee una visión más global del tratamiento farmacológico (especialmente complejo en pacientes pluripatológicos) y forma de vida del paciente. Históricamente la población siempre ha manifestado una gran confianza en el farmacéutico comunitario y desde la introducción de la receta electrónica es el sanitario al que el paciente visita con más frecuencia; hecho que le permite conocer los medicamentos de prescripción y de automedicación que utiliza cada paciente.
2. El vínculo establecido entre la población y el farmacéutico comunitario, la confianza mutua y el conocimiento que el farmacéutico comunitario tiene del entorno familiar y social del paciente, le convierte en un profesional necesario para conseguir el empoderamiento y la implicación del paciente.
3. El farmacéutico comunitario debe formar parte de los equipos de atención primaria, junto a médicos, enfermeros y trabajadores sociales, como proveedor de atención sanitaria a los pacientes más vulnerables sobre todos aquellos con mayor falta de autonomía o con patologías crónicas.
4. Los más de 45.000 farmacéuticos comunitarios que existen actualmente en España, distribuidos uniformemente en todo el territorio en 22.000 farmacias, deben formar parte de la red de supervisión que detecte riesgos de descompensación en la salud de los pacientes con patologías crónicas para, de este modo, actuar con celeridad y evitar complicaciones de gravedad.

Compromisos SEFAC

Por todo lo anterior la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) se compromete con los pacientes, la profesión farmacéutica y la sociedad a promover y facilitar la integración del farmacéutico comunitario en la atención del paciente ambulatorio o no hospitalizado, y en especial de aquellas personas que tengan especiales dificultades para acceder a un centro sanitario. Para ello se asumen los siguientes compromisos:

1. Potenciar la figura del farmacéutico comunitario como profesional sanitario de referencia en la asistencia farmacoterapéutica del paciente.
2. Liderar la formación y capacitación de los farmacéuticos comunitarios para adecuar sus competencias y habilidades profesionales a las necesidades de los pacientes.
3. Promover el trabajo conjunto con Administraciones públicas y privadas, asociaciones de pacientes, sociedades científicas y colegios profesionales con el fin de lograr la mejor atención integral del paciente.
4. Coordinar las actuaciones del farmacéutico comunitario con el resto de profesionales que forman parte del equipo de atención al paciente.
5. Desarrollar la prestación de los servicios profesionales farmacéuticos necesarios para aquellos pacientes no hospitalizados y que por sus circunstancias de salud, discapacidad o condicionantes sociofamiliares no puedan recibirlos fuera de su lugar de residencia.
6. Impulsar la educación para la salud y la prevención en materia de patologías crónicas desde la farmacia comunitaria.
7. Apoyar el desarrollo e implantación de herramientas que faciliten la atención farmacéutica integrada en la actividad diaria de la farmacia.
8. Colaborar con las escuelas, foros y/o asociaciones de pacientes u otros fórmulas de apoyo destinadas a los cuidadores de los pacientes crónicos.
9. Coordinar investigaciones que midan el impacto en salud y el coste-efectividad de los modelos de atención al paciente con patología crónica que incluyan al farmacéutico comunitario como parte de un equipo multidisciplinario.
10. Generar indicadores de calidad de los procesos de atención al paciente frágil, crónico y polimedidado e integrar las nuevas tecnologías en su cuidado y seguimiento.

Abarán (Murcia), 6 de marzo de 2015.



4. RESPONSABLE DE LAS NECESIDADES FARMACOTERAPÉUTICAS DE LOS PACIENTES EN LAS RESIDENCIAS SOCIOSANITARIAS.

Pero Estrella empeora, ya no nos conoce y no quiere comer, Lucía ya no puede cubrir sus necesidades y hay que llevarla a una residencia. Su hija recuerda que nosotros llevamos a mi abuela Lola a una hace mucho tiempo y vienen a preguntarme, porque ellos no quieren llevar a Estrella a un asilo, no quieren abandonarla. Quedamos un día y les cuento que las residencias de ahora no son como los asilos de hace años, que hay muchas en las que no sólo atienden las necesidades sanitarias, que tienen actividades, que cuidan muy bien de que coma de todo, que va a estar acompañada y que van los médicos y que también van los farmacéuticos y que va a tener la misma atención que en su casa, pero que ellos van a estar más tranquilos y Estrella más cuidada.

En línea con la propuesta de SEFAC de julio de 2016 sobre el papel del farmacéutico comunitario en la atención sociosanitaria (ver los criterios propuestos en el cuadro que sigue), en las residencias de 2017 debe haber un equipo de salud interdisciplinar, la dirección de los centros debe crear el ambiente necesario para que las auxiliares, enfermeras, médicos y farmacéuticos en coordinación atiendan las necesidades de los pacientes. La gran novedad será la necesidad de que en los botiquines el farmacéutico no sólo se encargue del abastecimientos de los tratamientos; ahora debe ser responsable de la preparación de los SPD, de trabajar junto al médico en la optimización de la farmacoterapia, conciliar los tratamientos cuando existan cambios,

colaborar en la formación del resto del personal sobre nuevos medicamentos y tener un trato directo con los pacientes y sus familiares; como siempre ha sido en la farmacia comunitaria, porque los pacientes que viven en residencias de ancianos no están ingresados. Muchos tienen altos grados de dependencia, pero otros se valen por sí mismos, solo que ahí están mejor atendidos y acompañados y las residencias son su nuevo hogar.

Criterios de Atención farmacéutica en el ámbito sociosanitario.

1. SEFAC propone la prestación de la atención farmacéutica en los Centros Sociosanitarios (CSS) mediante la vinculación de la farmacia comunitaria a través de un servicio de farmacia comunitaria que integre las funciones tradicionales de suministro de los depósitos de medicamentos con las funciones asistenciales propias de la atención farmacéutica sociosanitaria realizadas a través de la prestación de Servicios Profesionales Farmacéuticos (SPF).
2. Esta vinculación debería basarse fundamentalmente en dos criterios: accesibilidad (proximidad, disponibilidad...) y calidad de servicio (catálogo de servicios asistenciales, capacitación del personal para esos SPF, experiencia...).
3. Los SPF que se desarrollen deberían cubrir las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes residentes, desde la adquisición de medicamentos y productos sanitarios hasta el seguimiento de los tratamientos farmacológicos.
4. El farmacéutico comunitario responsable del servicio debería desarrollar su labor profesional en los CSS desde la farmacia comunitaria certificada a la que pertenece, prestando SPF para los que deberá estar específicamente capacitado.
5. Es imprescindible la colaboración de los responsables de los CSS y del personal sanitario que interviene en la prescripción y uso de los medicamentos para llevar a cabo la labor del farmacéutico comunitario.
6. La vinculación de las farmacias a los CSS debería ser concertada a través de los colegios profesionales, fijando los servicios prestados (cuyo sistema retributivo será acorde con sus objetivos, requerimientos y resultados).
7. Los colegios profesionales también deberían ser los encargados de fijar las condiciones para la prestación, facturación y cobro de los servicios.
8. El servicio de farmacia sociosanitaria debería disponer de una estructura que permita la colaboración multidisciplinar con el personal sanitario tanto del centro como de otros niveles asistenciales que atienden y tienen una repercusión positiva en la calidad de vida y la salud: médicos, enfermeros, farmacéuticos hospitalarios y gerocultores.
9. Los elementos necesarios para la integración y colaboración de la farmacia comunitaria en la atención sociosanitaria con el resto de profesionales sanitarios pasarían porque las administraciones públicas permitiesen una comunicación electrónica entre los miembros del equipo multidisciplinar, acceso al historial farmacoterapéutico completo (primaria y hospitalaria), acceso a la información clínica necesaria de la historia clínica.
10. Sería también necesaria la formación conjunta de los profesionales en las cuestiones de ámbito común y la participación del farmacéutico comunitario en los grupos del Sistema Nacional de Salud (SNS) que aborden el desarrollo del cuidado del paciente en el ámbito sociosanitario.

5. CONCLUSIÓN.

Esto puede parecer un relato, pero no lo es. La realidad de la atención sanitaria de hoy gira en torno a la cronicidad, pero por mucho que se hable y se escriba de ella, la cronicidad es la gran desconocida, la que no sabemos manejar, sobre la que debe pivotar la sanidad y debe ser desde la primaria, donde vive el paciente.

Uno de los grandes retos de este siglo va a ser dar soluciones a estos pacientes y tanto los que deciden como aquellos que estamos profesionalmente ligados a ellos debemos adaptarnos y tratar de cubrir sus necesidades. El médico de familia es quizás el agente sanitario más importante en este nuevo sistema sanitario, pero necesita ayuda de un equipo: enfermeros, especialistas, agentes sociales y el farmacéutico comunitario en un equipo coordinado en el que deben primar la comunicación y el trato personalizado necesario con pacientes cada vez más débiles y complejos.

Sin embargo, el problema es que la inercia va en dirección contraria, descapitalizando científica y profesionalmente a la atención primaria. La mayor parte de los recursos se dirigen a la atención especializada, olvidando que son los profesionales de primaria los que prestan sus servicios al paciente de forma continuada en el tiempo, los que le conocen, los que saben esas partes de la vida de cada uno que es difícil conocer en una o dos visitas al especialista. Por ello, hay que recuperar la atención primaria (AP) y que deje de ser la puerta de entrada al sistema para convertirse en el eje del sistema y de la atención al paciente, una aten-

ción de proximidad tanto en el espacio y en el tiempo como en lo vital.

El farmacéutico comunitario es una pieza más de este equipo, probablemente con la relación más cercana con los pacientes y con una capacidad de intervención en el día a día muy alta, ya sea en la propia farmacia y/o en el entorno del paciente: el domicilio o la residencia. Para ello precisamos modernizar la AP, generando una receta electrónica que además de poner en común la medicación del paciente incorpore acceso a la historia clínica, que permita la comunicación entre profesionales de forma fluida, que fomente la formación conjunta y la coordinación, que sepa aprovechar los avances tecnológicos como la telemedicina, que permita minimizar las visitas al hospital generando más posibilidades de cuidados al paciente desde la AP, y no al contrario.

Todo ello será posible no sólo porque los profesionales de AP presionen en ese sentido sino también porque los pacientes, a través de sus asociaciones y organizaciones, demanden una atención de calidad cercana y humana. Y no podemos permitirnos esperar mucho más para comenzar este modelo porque cada vez hay más ancianos que requieren apoyo, ya sea viviendo solos, con sus familias o en residencias. Y pacientes con patologías crónicas, mayores o jóvenes, que necesitan ese apoyo continuado. Y multitud de incidentes puntuales en el día a día que pueden resolverse con cercanía y un poco de arte.

La farmacia comunitaria siempre ha estado ahí con personas como D. Cosme, está

hoy con personas como Estrella y estará ahí con los nietos de éstos, porque la farmacia comunitaria es para las personas y, mientras esto no cambie, la farmacia comunitaria cumplirá su objetivo, con funciones cambiantes a lo largo del tiempo pero siempre atendiendo con el corazón las necesidades de los pacientes.

LA TELEASISTENCIA DE EUSKADI, UNA VISIÓN HOLÍSTICA DE LOS CUIDADOS.

LIDE AMILIBIA BERGARETXE

Viceconsejera de Servicios Sociales, Departamento de Empleo y Políticas Sociales, Gobierno Vasco.

EMILIO SOLA BALLOJERA

Director de Servicios Sociales, Departamento de Empleo y Políticas Sociales, Gobierno Vasco.

GUILLERMO VIÑEGRA GARCÍA

Ex-viceconsejero de Salud, Departamento de Salud, Gobierno Vasco.

ALFREDO ALDAY JURADO

Responsable Área Teleasistencia, Osatek, S.A., sociedad pública del Gobierno Vasco.

SUMARIO

1. COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN EUSKADI.

2. MARCO LEGAL DEL SERVICIO PÚBLICO DE TELEASISTENCIA.

3. MODELO DE GESTIÓN DE LA TELEASISTENCIA.

4. MODELO DE PRESTACIÓN DE LA TELEASISTENCIA.

4.1. Modelo sociosanitario.

4.2. Atención personalizada.

5. COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN TELEASISTENCIA.

PALABRAS CLAVE

Teleasistencia; Coordinación Sociosanitaria; Consejo Sanitario; betiON; Tecnologías de la información; País Vasco.

RESUMEN

El año 2008 es el punto de inflexión para la Teleasistencia pública vasca con la Ley 12/2008, de Servicios Sociales, que atribuye al Gobierno Vasco la provisión de la Teleasistencia. Posteriormente, el Decreto 144/2011 regula los aspectos concernientes al Servicio de Teleasistencia, mientras que el Decreto 185/2015 definió el Sistema Vasco de Servicios Sociales. La Teleasistencia en Euzkadi pasa así de ser un servicio fragmentado y heterogéneo en prestaciones y precio a un sistema de teleasistencia única y universal, proyectado y desarrollado por el Departamento de Empleo y Políticas Sociales, titular del servicio, con la coordinación socio-sanitaria como eje vertebrador. Se trata de un modelo innovador de teleasistencia basado en la coordinación de servicios/prestaciones sociales y sanitarias, diseñado para abordar el reto del envejecimiento en sus vertientes de la dependencia y la cronicidad. Con un enfoque centrado en la persona y una oferta de servicios integrales e integrados, el hogar pasa a jugar un papel fundamental como centro de cuidados. Las tecnologías de la información y la comunicación se convierten en el canal integrador de servicios para las personas de edad avanzada sin salir de su entorno social habitual.

KEYWORDS

Teleassistance; Public Health Coordination; Health Consulting; BetiON; Information technology; Basque Country.

ABSTRACT

The year 2008 was the turning point for public Teleassistance in the Basque Country with Law 12/2008, on Social Services, which attributes the provision of Teleassistance to the Basque Government. Subsequently, Decree 144/2011 regulates aspects concerning the Teleassistance Service, while Decree 185/2015 defined the Basque System of Social Services. Teleassistance in the Basque Country went from being a fragmented and heterogeneous service in terms of services and price to a unique and universal teleassistance system, designed and developed by the Department of Employment and Social Policies, which created the service, and with public health coordination as the backbone. It is an innovative teleassistance model based on the coordination of social and health services/benefits designed to address the challenge of aging with respect to dependency and chronicity. With a people-centred approach and comprehensive, integrated services, the home now plays a key role as a care centre. Information and communication technologies are becoming the channel for integrating services for the elderly without them leaving their normal social environment.

1. COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN EUSKADI.

La coordinación sociosanitaria, con una perspectiva transversal y aplicable a todos los servicios y prestaciones asistenciales, es un elemento clave en todas las estrategias del Gobierno Vasco para abordar el reto del envejecimiento, y su justificación es doble:

- Mejorar el servicio al ciudadano integrando prestaciones y disponiendo de un prestador único que asume una atención integral de las actividades no presenciales.
- Ser más eficientes, asumiendo que la duplicación de servicios tiene mayor coste que la integración en un único proveedor.

Mediante la coordinación de servicios e integración de los sistemas de información, el Gobierno Vasco persigue los siguientes objetivos:

- Ofrecer a la ciudadanía la disponibilidad de canales de interacción no presenciales, con funcionamiento 24x7, que faciliten su accesibilidad a los servicios.
- Potenciar modelos de atención y cuidados innovadores en el domicilio de las personas y potenciar el auto-cuidado.
- Promover estilos de vida más saludables entre la población, personalizando en la medida de lo posible los mensajes, de acuerdo a la edad, estado de dependencia y estado de salud de cada persona.
- Conseguir un efecto preventivo a través del seguimiento a distancia de personas en situación de dependencia, o riesgo de

dependencia, o de aislamiento social, y personas con enfermedades crónicas, permitiendo identificar situaciones problemáticas y actuar.

De manera concreta estos objetivos se recogen en diferentes documentos estratégicos de los Departamentos de Empleo y Políticas Sociales y de Salud:

- Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo 2015-2020.
- Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales.
- Plan Estratégico de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Euskadi 2016-2019.
- Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020.

Todo este marco estratégico, para la articulación de la debida respuesta sociosanitaria a las necesidades y demandas de la ciudadanía, está basado en el desarrollo de medidas legales:

- La Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, destaca la especial necesidad de reforzar la atención sociosanitaria. En efecto, entre el ámbito sanitario y el ámbito de los servicios sociales, las zonas de confluencia pueden resultar en algunos casos particularmente confusas, debido, principalmente, a que ambos sectores tienen por finalidad prestar servicios de atención a la persona y a que no siempre resulta sencillo determinar cuándo un tipo de cuidado deja de ser sanitario para ser social o de ser social para ser sanitario.

- El artículo 46.1 del texto legal establece que la atención sociosanitaria comprenderá el conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención.

- Por su parte, el artículo 46.6. prevé que la articulación de la cooperación y coordinación en el ámbito sociosanitario recaerá, a nivel autonómico, en el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, cuya finalidad es la orientación y el seguimiento de las decisiones políticas, normativas, económicas, organizativas y asistenciales en materia de coordinación sociosanitaria. Dicho Consejo se regula de manera específica mediante el Decreto 69/2011, de 5 de abril, del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.

- Otras medidas inciden en el ámbito de la planificación de recursos, caso del diseño de un modelo de atención y coordinación sociosanitaria y la propuesta de las actuaciones estratégicas a llevar a cabo en los próximos años.

2. MARCO LEGAL DEL SERVICIO PÚBLICO DE TELEASISTENCIA.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, establece, en su artículo 15, el catálogo de servicios, que comprende los servicios sociales de promoción de la

autonomía personal y de atención a la dependencia, entre los cuales se contempla el Servicio de Teleasistencia. El artículo 22 del texto legal define el Servicio de Teleasistencia y especifica que la Teleasistencia puede ser un servicio independiente o complementario al de ayuda a domicilio, y que se prestará a las personas que no reciban servicios de atención residencial y así lo establezca su Programa Individual de Atención.

La Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales (B.O.P.V. de 24 de diciembre de 2008), establece, en su artículo 21 la definición y características del Catálogo de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales. Además, en su artículo 22, se enumeran los servicios y las prestaciones económicas incluidas en el Catálogo. En el caso de los servicios se distingue entre servicios sociales de atención primaria y servicios sociales de atención secundaria. En el contexto de los servicios sociales de atención primaria, figura, entre otros, el Servicio de Teleasistencia, concretamente, en el epígrafe 1.6.

A su vez, el artículo 23 del texto legal indica que el Gobierno Vasco elaborará la Cartera de Prestaciones y Servicios, a partir del Catálogo regulado en el artículo 22, y determina los aspectos que como mínimo debe definir la cartera respecto a cada servicio y prestación económica incluidas en el Catálogo.

El artículo 39.3 indica que se entiende por acción directa la competencia de ejecución respecto a aquellas prestaciones y servicios, que por su interés general, por su naturaleza y características, o por el número

de potenciales personas usuarias o por las economías de escala susceptibles de obtenerse por su prestación a nivel autonómico, tengan que ser prestados con carácter unitario en todo el territorio de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

El artículo 40.3 de la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, atribuye al Gobierno Vasco la provisión de las prestaciones y servicios incluidos en la acción directa del Gobierno Vasco, entre tales, la Teleasistencia.

Por otro lado, el artículo 8 de dicha Ley consolida el modelo de atención caracterizado por un enfoque comunitario, que otorga prioridad al mantenimiento de las personas en su entorno de vida habitual. Con ese modelo se intenta responder a las necesidades, demandas y expectativas partiendo de una visión integral de la persona en su entorno y buscando la continuidad en la atención.

En desarrollo de la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, el Decreto 144/2011, de 28 de junio, del Servicio Público de Teleasistencia tiene por objeto regular los aspectos concernientes al Servicio de Teleasistencia que se recogen en la Cartera de Prestaciones y Servicios, regulada mediante el Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales.

3. MODELO DE GESTIÓN DE LA TELEASISTENCIA.

Desde una perspectiva legislativa y competencial, el año 2008 fue el punto de inflexión para la Teleasistencia Pública Vasca: la Ley 12/2008, de Servicios Sociales, atribuyó al Gobierno Vasco la provisión de la Teleasistencia. Posteriormente, el Decreto 144/2011 reguló los aspectos concernientes al Servicio de Teleasistencia y, por último, el Decreto 185/2015, definió el Sistema Vasco de Servicios Sociales recogiendo la Teleasistencia como derecho subjetivo de todas las personas.

Los servicios sociales en general, y la Teleasistencia en particular, se han caracterizado históricamente por su fragmentación. Este escenario dificulta el diseño de estrategias globales y la coordinación con otros servicios públicos. Es posible encontrar iniciativas de gran valor, pero que no se consolidaban a nivel autonómico, mostrando un mapa de Teleasistencia pública con importantes diferencias. La apuesta del Gobierno Vasco, a través de su Departamento de Empleo y Políticas Sociales, es una Teleasistencia única y universal. Esta estrategia es innovadora y excepcional. A nivel nacional e internacional el modelo está basado en agentes locales, lo que genera servicios con grandes diferencias.

El Sistema Vasco de Servicios Sociales, con su desarrollo legislativo y competencial, ha conseguido en materia de teleasistencia la homogeneización del servicio en prestaciones y precio público, para la población de los tres territorios históricos de la Comunidad Autónoma de Euskadi y,

además, una racionalización de los recursos utilizados.

Además de la homogeneización del servicio y la racionalización de los recursos, la Teleasistencia del Gobierno Vasco se diseña basada en un tercer pilar que es la coordinación sociosanitaria, lo cual exige un modelo de gestión que sea capaz de abordar este aspecto. En este sentido cabe mencionar la decisión del Departamento de Empleo y Políticas Sociales de encomendar la gestión del Servicio a Osatek, sociedad pública del Gobierno Vasco, dependiente del Departamento de Salud, y especialista en servicios asistenciales no presenciales, en los que las tecnologías de la información y la comunicación desempeñan un papel relevante. Osatek ofrece una doble garantía, por un lado, la experiencia en gestión de servicios similares, y por otro, y especialmente, facilitar la intermediación con los agentes sanitarios, identificando prestaciones de salud no presenciales, complementarias a los servicios tradicionales de la Teleasistencia, buscando, en última instancia, una prestación integral e integrada con un único canal de acceso para las personas usuarias de Teleasistencia.

La prestación final de los servicios se realiza mediante adjudicación de contrato público a una empresa prestadora que subroga al personal adscrito al servicio. La contratación pública del servicio busca la competencia en precio y calidad del servicio.

El modelo de gestión es clave y condiciona el potencial de desarrollo de los servicios, y tiene, por tanto, su reflejo en el

modelo de prestación, que se describe a continuación.

4. MODELO DE PRESTACIÓN DE LA TELEASISTENCIA.

La Teleasistencia ha sido tradicionalmente un servicio social de base tecnológica en el que la tecnología, incluso, adquiriría un papel más relevante que la propia prestación. Un enfoque centrado en la emergencia con un modelo de prestación reactivo.

El modelo de Euskadi ha evolucionado desde esa perspectiva reactiva centrada en la emergencia a un enfoque centrado en la persona, proactivo y con la coordinación sociosanitaria como eje vertebrador. El objetivo último, desde una perspectiva comunitaria, es favorecer la permanencia e integración de las personas en su entorno familiar y social habitual, y concretamente:

- Favorecer la permanencia e integración en el entorno familiar y social habitual a personas que, por limitaciones en su autonomía o por encontrarse en situación de riesgo de aislamiento social, pueden requerir una atención urgente y/o una supervisión frecuente o constante, tanto en su domicilio como fuera del mismo, evitando el ingreso innecesario en servicios residenciales.
- Proporcionar una intervención inmediata en situaciones de necesidad social o emergencia.
- Ofrecer, a través de una conexión permanente con las redes asistenciales, una atención integral a las personas usuarias,

que mejore su calidad de vida y refuerce su sentimiento de autonomía y de seguridad en el domicilio.

- Ofrecer apoyo al entorno socio-familiar que asume el cuidado de las personas usuarias.

En situaciones de necesidad social, o emergencia, se garantiza una intervención inmediata, priorizando la colaboración de los medios propios con los contactos de la persona usuaria, y en caso de no ser posible o insuficientes, mediante la derivación a los servicios públicos de emergencia de la Comunidad Autónoma. Se incluyen las situaciones que se deriven de una caída y concretamente:

- El Servicio interviene siempre de manera coordinada con los contactos personales, atendiendo las caídas sin lesión, y ayudando a los contactos personales en el levantamiento de la persona.
- En caídas con lesión, o ante la duda de haberla, se deriva a los servicios de emergencia sanitarios, para su valoración, prestando la colaboración ajustada a los recursos disponibles, y actuando de canal de información y seguimiento con los familiares.

4.1. Modelo sociosanitario.

En 2014, en mayores de 65 años, los hogares unipersonales en Euskadi eran el 24%. Los hogares que vivían en pareja eran el 41%, y los hogares multigeneracionales en la casa de los hijos descendieron al 2%. Además el 85% de estas personas prefie-

ren vivir en su casa. Todo esto nos sitúa en un escenario en el que aumentan las necesidades de apoyo para vivir de manera autónoma en el entorno social habitual, objetivo principal de la Teleasistencia Vasca.

El Gobierno Vasco, a través de los Departamentos de Empleo y Políticas Sociales y de Salud, apuesta por la coordinación de servicios sociales y sanitarios como instrumento para abordar el reto del envejecimiento. Un modelo sociosanitario es claramente exceder las expectativas de la persona usuaria, acostumbrada a un servicio tradicional, enfocado exclusivamente en necesidades sociales, que se ve complementado con servicios relacionados con la salud.

Es un enfoque de ventanilla única funcional para servicios sociosanitarios no presenciales en el entorno social y familiar, fundamentalmente, en el domicilio.

La colaboración sociosanitaria desde el Servicio de Teleasistencia se concreta en las siguientes acciones:

- Consejo sanitario: cualquier alarma atendida en el Centro de Atención que tenga relación con la salud es derivada al Consejo Sanitario de Osakidetza, un equipo de tele-enfermeras que se encarga de evaluar y de dar una resolución telefónica, o si el caso lo requiere se encarga de movilizar los recursos sanitarios de emergencia que correspondan. El Consejo Sanitario está accesible a toda la población, pero la colaboración establecida se basa en una priorización de las llamadas de la Teleasistencia, mediante un protocolo de

coordinación a través de una integración electrónica de los sistemas de información.

- Gestión de cita con el médico y/o enfermera de Atención Primaria: los teleoperadores del Centro de Atención, a través del servicio online de cita de Osakidetza, ayudan a la persona usuaria, si así lo demanda, a gestionar una cita con los profesionales del centro de salud.
- Recordatorio de medicación, a petición de los profesionales sanitarios, a través de llamadas programadas.
- Colaboración con la campaña de vacunación antigripal: todas las personas usuarias que estén incluidas en los grupos de riesgo, son informadas sobre la Vacunación Antigripal, bajo las condiciones establecidas por los responsables de la campaña en Osakidetza. Además en caso de dificultades de movilidad, se ayuda a gestionar la cita con la enfermera.
- Programas de seguimiento a domicilio de salud: para pacientes que formen parte de programas de seguimiento a domicilio de salud, y que a su vez sean usuarios del Servicio de Teleasistencia, se pueden establecer procedimientos de colaboración entre el Servicio de Teleasistencia y Osakidetza para la transferencia de información, la coordinación de los recursos de atención, y la actuación coordinada preventiva, con el fin último de establecer una continuidad asistencial.
- Historia sociosanitaria compartida: el Servicio de Teleasistencia forma parte de

la colaboración entre los Departamentos de Salud y de Empleo y Políticas Sociales para el desarrollo de la historia sociosanitaria compartida, a través de la integración de los sistemas de información y/o utilizando los recursos de la Teleasistencia para obtener información de las personas usuarias.

4.2. Atención personalizada.

La estrategia 2016-2020 de la Teleasistencia de Euskadi incorpora la atención personalizada como eje de desarrollo del servicio, en el impulso del modelo comunitario de atención, en términos de proximidad y participación.

La Ley de 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, en su Artículo 19 establece el procedimiento básico de intervención:

- Cuando en el ejercicio de sus funciones las personas profesionales constaten la necesidad de proceder a una intervención que requiera un seguimiento, iniciarán un procedimiento de actuación que implicará la realización de un diagnóstico y, si dicho diagnóstico así lo aconsejara, la elaboración de un plan de atención personalizada, el acompañamiento de la puesta en marcha de las medidas, incluidas las prestaciones y servicios, contempladas en dicho plan, así como la realización de un seguimiento y evaluación. El referido plan de atención personalizada definirá el conjunto de servicios y prestaciones cuya intervención se prevé, pudiendo los servicios asignados elaborar, si lo estimaran necesario y conveniente, una programación

individual para garantizar la mejor adecuación a las necesidades individuales.

- A lo largo de todo el proceso de intervención deberán realizarse evaluaciones periódicas susceptibles de modificar los objetivos y las actuaciones, propias o ajenas, sociales o de cualquier otra naturaleza, integradas en el plan de atención personalizada.

- El procedimiento deberá aplicarse previo consentimiento de la persona o familia usuaria o, en su caso, de la persona o entidad que represente legalmente a la persona usuaria y, tanto como sea posible, con la participación de las personas o familias usuarias.

- La responsabilidad para la coordinación del procedimiento recaerá en un profesional o una profesional del Sistema Vasco de Servicios Sociales en los siguientes términos:

- o En la fase inicial del procedimiento, la responsabilidad recaerá en una trabajadora o trabajador social del Servicio Social de Base, que actuará como profesional de referencia, salvo que por la naturaleza de la intervención se estime más adecuado que la función de referencia recaiga en otra figura profesional, contando, en su caso, con la colaboración y participación de otras personas profesionales de los Servicios Sociales Municipales. Para el ejercicio de sus funciones de coordinación podrá requerir, asimismo, la intervención de profesionales de otros servicios sociales de atención primaria y secundaria depen-

dientes de otras administraciones públicas vascas, teniendo las decisiones de estas últimas, emitidas a través de los órganos correspondientes, carácter vinculante para el profesional o la profesional referente cuando las mismas determinen la concesión o a la denegación del acceso a una prestación o servicio que de ellos dependa.

- o En aquellos casos en que el grado de intensidad del apoyo requerido así lo aconsejara, la responsabilidad de un caso podrá ser transferida por la persona profesional referente a una persona profesional de los servicios sociales de atención secundaria, quien asumirá, a partir de ese momento, la función de coordinación de dicho caso, así como el compromiso de informar sobre su evolución a la persona profesional que actuó como referente en el servicio social de base de origen, en particular cuando éste siga en contacto con la persona usuaria o la familia en otros ámbitos de la atención.

- En aquellos casos en que haya existido o exista una intervención previa, la persona profesional referente deberá trabajar en colaboración con la persona profesional que haya desarrollado dicha intervención, independientemente de que ésta se enmarque en un servicio que forme parte del Sistema Vasco de Servicios Sociales.

Tomando como referencia lo expresado en el Artículo 19 de la Ley de 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, la Teleasistencia desarrolla un modelo de atención personalizada que permite elaborar

un Plan de Teleasistencia Personalizado (PTP), para garantizar la mejor adecuación a las necesidades individuales de la persona usuaria, y concretamente:

- Se lleva a cabo una evaluación presencial en el domicilio, en el proceso de nueva alta en el servicio.
- El PTP incorpora actividades preventivas en:
 - o Soledad.
 - o Caídas.
 - o Seguridad en el hogar.
 - o Apoyo al entorno socio-familiar.

Y además establece objetivos individualizados medibles. De manera general, las actividades son el resultado de los siguientes servicios:

- a) Agenda de recordatorios.
- b) Servicio personalizado por parte del personal teleoperador con la periodicidad pautada.
- c) Participación en talleres de formación y en grupos de apoyo.
- d) Dispositivos integrados con el terminal de teleasistencia (detectores de seguridad y funcionales).
- e) Y otros recursos prestados por la Administración Pública Vasca, en un marco de coordinación sociosanitaria.

- El PTP está activo mientras la persona es usuaria del servicio, y debe actualizarse con las reevaluaciones periódicas (según Artículo 19.2 aplicado al servicio de teleasistencia) semestrales, o las que deban de hacerse por prescripción técnica.

- El PTP está dirigido, además de a la persona usuaria, a la persona que ejerce el cuidado (no profesional), siempre que ésta lo desee. Las actividades están destinadas a asesorar a la persona cuidadora para afrontar la tarea del cuidado, y para aprender a gestionar situaciones de estrés asociadas al cuidado. Estas actuaciones en ningún momento tienen carácter terapéutico, ni reemplazan otras recomendaciones de los servicios sociales y sanitarios.

- El PTP incluye objetivos que son medibles a través de la evaluación de la satisfacción de las personas.

- El PTP se aplica, previo consentimiento de la persona (según Artículo 19.3 aplicado al Servicio de Teleasistencia). Las nuevas tendencias en los modelos de prestación han sido rápidamente interpretadas por la industria y vemos cómo fabricantes de tecnología han invertido en entidades prestadoras. Eso puede interpretarse como un reconocimiento al valor del servicio, más allá del papel clave de la tecnología. Pero incluso podemos observar movimientos entre sectores. La industria de la salud, con su gran potencia, está viendo en las prestadoras de servicios de Teleasistencia una oportunidad para hacer confluir los cuidados sociales y sanitarios en una visión integral de los cuidados en domicilio.

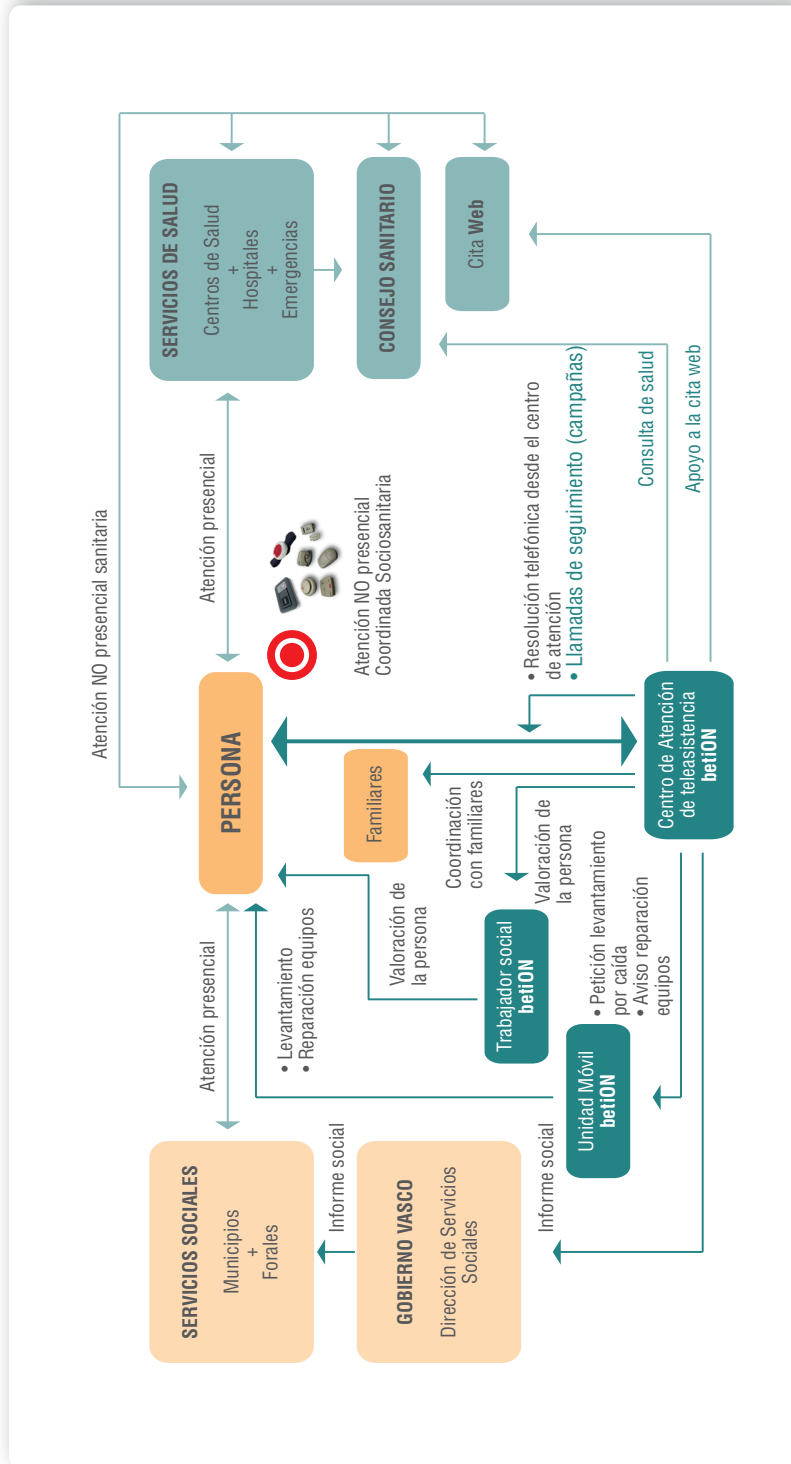
5. COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN TELEASISTENCIA.

La Central de Teleasistencia ha incorporado a su cartera de servicios colaboraciones y coordinaciones con el Sistema de Salud Público Vasco, consolidando una actividad que supone el 10% de la actividad total, con un especial protagonismo de la coordinación con el equipo de enfermería de Consejo Sanitario de Osakidetza. En un enfoque en el que además de la emergencia se refuerza el valor preventivo, el consejo sanitario resulta fundamental. Un consejo sanitario ante una consulta de salud reduce las visitas al centro de salud, e incluso a los servicios de emergencia. El 30% de las consultas que Teleasistencia deriva a Consejo Sanitario son resueltas telefónicamente, sin necesidad de movilizar recursos. Además, Consejo Sanitario se ha confirmado como un servicio especialmente apropiado para el perfil de la población mayor de Teleasistencia. El crecimiento de su uso, incluso, frente a la solicitud de citas presenciales, confirma que un primer nivel de atención telefónica, y una atención a domicilio para los casos que lo precisen, se adapta perfectamente a las necesidades de personas mayores dependientes y con patologías crónicas.

A los efectos de articular la cooperación y la coordinación entre el Sistema Vasco de Servicios Sociales y el Sistema de Salud, el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria arbitra protocolos básicos y conjuntos de actuación, que garantizan la coherencia de las actuaciones y el más racional y eficaz aprovechamiento de los recursos, de la información y de los conocimientos. En la

construcción y consolidación del espacio sociosanitario la Teleasistencia se muestra como un agente de relevancia, y con enorme potencialidad por su enfoque transversal. Concretamente se puede mencionar la participación de la Teleasistencia en protocolos de actuación relacionados con los malos tratos, la prevención de caídas a personas mayores, las colaboraciones en el despliegue de la historia sociosanitaria compartida, y la coordinación con Osakidetza en la telemonitorización de salud. Cabe destacar, especialmente, la apuesta por el apoyo al cuidador como estrategia preventiva en la mejora de la atención de la persona usuaria, generando mejores condiciones en su entorno.

betiÓN: DIAGRAMA DE FLUJO DE LOS PROCESOS DE COLABORACIÓN SOCIOSANITARIA.



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 convalcientes 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

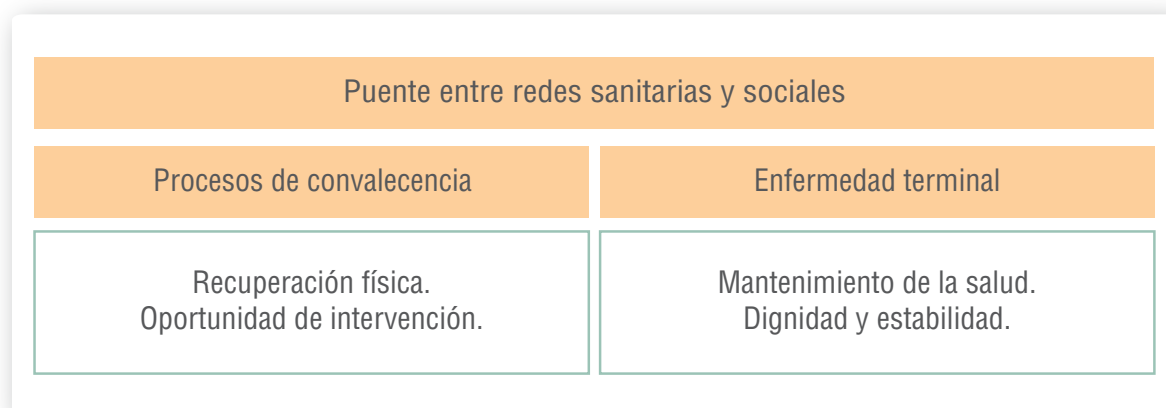
de convalecencia.

- 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

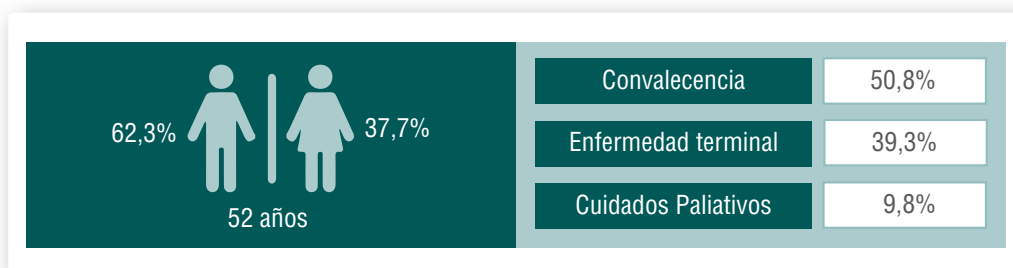
El acompañamiento de los procesos vitales a través del capital social y simbólico.⁷

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.

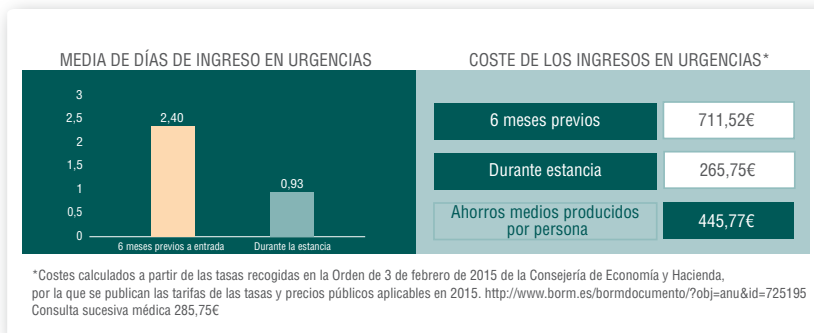
Perfil de las personas atendidas.



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-

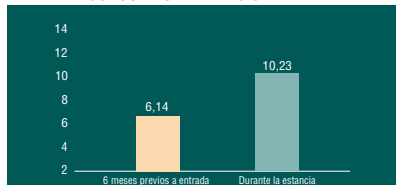
positivo ha sido un 50,8% por convalecencia, un 39,3% sufría una enfermedad terminal y un 9,8% recibían cuidados paliativos.

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

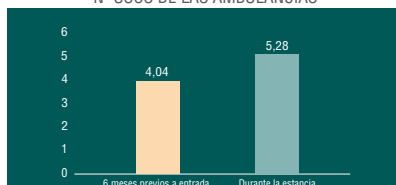


COSTE DE LAS CONSULTAS*

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



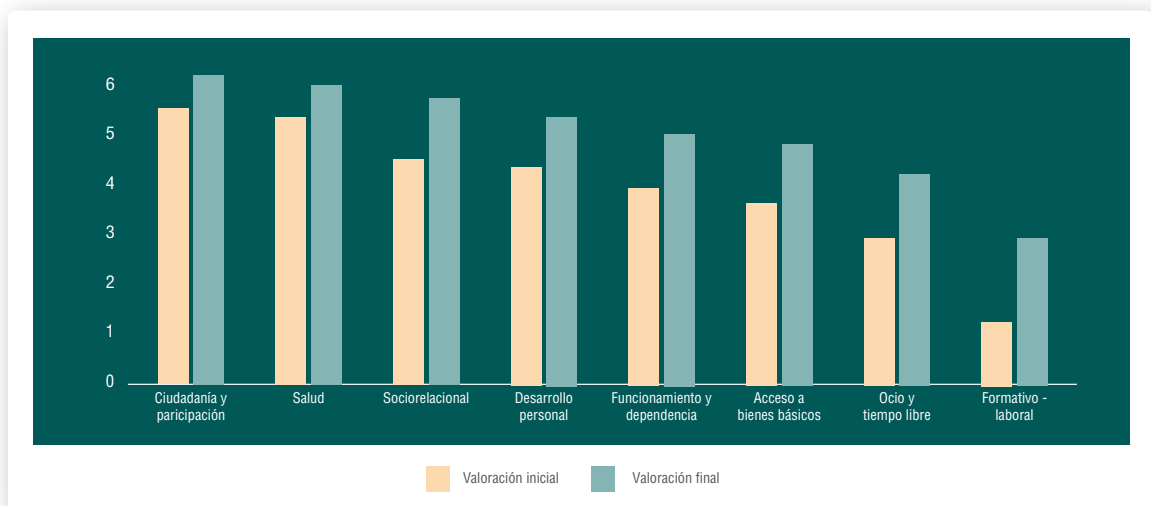
Ahorro medio de costes en el sistema sanitario por persona

24.357,30€

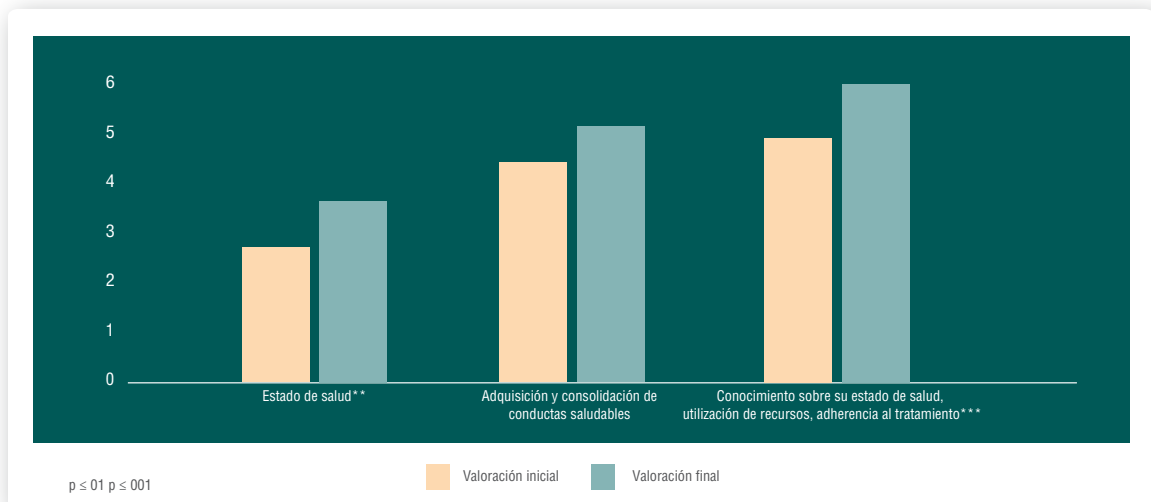
Los resultados son claros en la reducción de costes sanitarios por el cambio de la utilización de los propios recursos sanitarios, teniendo en cuenta la referencia de uso de los mismos antes de la entrada y estando 6 meses en el dispositivo. Se muestran resul-

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).

MODELO DE HUMANIZACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LA PERSONA EN EL CENTRO SAN CAMILO.

JOSÉ CARLOS BERMEJO HIGUERA

ÁNGEL LÓPEZ GONZÁLEZ

PABLO POSSE PÉREZ

Equipo Interdisciplinario del Centro Asistencial San Camilo y del Centro de Humanización de la Salud.

SUMARIO

1. EL SIGNIFICADO DE HUMANIZAR

2. PRINCIPIOS DEL MODELO HACP SAN CAMILO.

3. DIGNIDAD DE LA PERSONA EN EL MODELO HACP SAN CAMILO.

4. DELICADEZA Y BUEN TRATO SEGÚN EL MODELO HACP SAN CAMILO.

5. INDICADORES Y CLAVES DE HUMANIZACIÓN EN SAN CAMILO.

6. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Humanización, Atención Integral, Acompañamiento, Calidez, Trato, Autonomía, Counselling.

RESUMEN

El Centro Asistencial San Camilo ofrece un cuidado sano y humano de las personas que se encuentran en situación de dependencia, sufren una enfermedad avanzada y/o que se encuentran al final de su vida. Bajo el enfoque de la Humanización y Atención Centrada en la Persona (HACP), se presta una atención integral que contempla todas las dimensiones humanas: física, cognitiva, emocional, social, espiritual, cultural e intergeneracional; abarcando simultáneamente el cuidado a la familia y a los mismos profesionales que atienden en los diversos servicios (Residencia, Centro de día, Cuidados Paliativos, Domicilio, etc.). Nuestra misión es “cuidar y enseñar a cuidar” a las personas en situación de especial vulnerabilidad y fragilidad, personas mayores y dependientes.

KEYWORDS

Humanization, Integrated Care, Accompaniment, Warmth, Treat each other, Autonomy, Counselling.

ABSTRACT

The San Camilo Care Centre offers a healthy and humane care for people who are in a situation of dependency, suffer advanced disease and/or are at the end of their lives. In accordance with a Humanized and People-Centred Approach (HPCA), full care is given covering all human dimensions: physical, cognitive, emotional, social, spiritual, cultural and intergenerational, etc; simultaneously covering the care of their family and the same professionals who attend to them in the various services (Nursing Home, Day Centre, Palliative Care, Home, etc.). Our mission is to “care and teach to care” people in situations of special vulnerability and fragility, the elderly and dependent people.

1. EL SIGNIFICADO DE “HUMANIZAR”.

Si uno reflexiona sobre lo que implica y significa la palabra humanizar, como verbo transitivo en nuestra lengua castellana, hace referencia a la acción de hacer humano, familiar y afable a alguien o a algo. De este modo podemos humanizar la relación, la gestión, las instituciones, los espacios, los tiempos, etc.

Como verbo pronominal, en cambio, hace referencia a ablandarse, sosearse, hacerse benigno: por ejemplo cuando contemplamos el humanizarse en la relación con el sufrimiento.

Pero también se refiere a lo humano como sustantivo y como adjetivo simultáneamente: sustantivo en cuanto al ser humano, en lo relativo a la especie humana. Como adjetivo cuando afirmamos ser más humano en nuestras relaciones; tener un carácter muy humano, o al contrario, cuando hacemos mención a un defecto humano, etc.

Por lo tanto, connota con otros conceptos significantes como pueden ser: solidario; caritativo; digno; cercano; afectuoso; etc. Significados cada uno de ellos que a su vez desencadenan multitud de significantes referidos a la historia biográfica de cada ser humano. Como nos recuerda José Carlos Bermejo: “...no es lo mismo ser humano, que vivir humanamente”.

La tarea de humanizar nuestra existencia nos compete a todos; así como la tarea de humanizar la asistencia sociosanitaria en el cuidado de aquel que se reconoce vulnerable, nos compete también a todos: tanto

a instituciones públicas como privadas, a profesionales, a pacientes, a sus familias, a la red social extensa, etc.

Humanizar la atención a las personas vulnerables tiende -como modelo- a orientarse en la prevención de la institucionalización, entendida ésta como aquella gestión que se centra más en el cumplimiento rígido de las normativas internas y que descuida por ello la personalización de los cuidados según las verdaderas necesidades y deseos de las personas.

De esta forma, sabemos, que existen ciertos indicadores de des-humanización respecto a los que debemos asumir una actitud de vigilancia autocrítica como seres humanos: por ejemplo cuando detectamos la postura tecnócrata en la que el sujeto es supeditado a la tecnología; o cuando la burocracia del complejo mundo sanitario está por encima del cuidado del doliente; o cuando por la super-especialización nos olvidamos de la exquisita complejidad que el sujeto humano ejerce en su condición de ser holístico.

Si bien somos seres humanos, lo paradójico es que no tenemos garantías de actuar de forma humanizada, por lo que debemos estar atentos y alertas para no des-humanizarnos en la relación con el otro y con nosotros mismos.

Es deshumanizante cosificar al sujeto; cuando el valor intrínseco del ser humano no está alineado y supeditado a su misma condición de dignidad humana como ser único e irrepetible. Es el peligro de los reduccionismos, de la tecnolatría y de la

dictadura de la tecnología.

Uno de los indicadores más fiable de deshumanización lo podemos encontrar en la despersonalización de los cuidados que se ofrecen y prestan a la persona dependiente y a su familia; así como a los profesionales que le atienden. Personalizar los cuidados hace referencia al convencimiento de que es indispensable centrarse en la persona, en sus necesidades y sus deseos, en su realidad tal cual es vivida y experimentada en su propia existencia, con una actitud de acogimiento incondicional, auténtico y hospitalario.

Humanizar el vínculo con el otro es una cuestión ética porque hace referencia a los valores, al compromiso de hacer el bien a la persona acogida, y sin olvidarse de uno mismo en dicha relación.

Humanizar consiste en no descuidar las competencias relacionales, emocionales, espirituales y éticas a la hora de desplegar las habilidades correspondientes a las competencias técnicas para afrontar las adversidades de la vida, impregnándola de los valores y actitudes genuinamente humanas, de acuerdo con la dignidad humana.

Así, podemos afirmar que “...la humanización es un problema ético de alta frecuencia, pero en ocasiones de muy baja intensidad”.

Humanizar la atención a las personas dependientes es un proceso complejo que comprende todas sus dimensiones (físicas, cognitivas, emocionales, relacionales, espirituales, etc.) y que incluye la revisión crítica

de las políticas institucionales mismas, así como su cultura, su organización, los planes de formación de los profesionales y voluntarios, el desarrollo de programas de cuidados individualizados, etc.

Un sistema humanizado pensado y concebido en función del ser humano, ha de poner a la persona en el centro de toda intervención. Su dignidad es un valor absolutamente prioritario que ha de salvaguardarse y promoverse en la gestión de cualquier servicio. La dignidad de la persona justifica y sirve de guía para cualquier esfuerzo en materia de humanización.

La atención centrada en la persona plantea una forma de relación muy determinada con las personas usuarias, basada en el empoderamiento, desde una atención profesionalizada. Esto implica el cambio desde un modelo de atención paternalista hacia un estilo relacional empático en el que el enfoque prime la potenciación de la autonomía de las personas.

Por tanto, esta visión, en relación a los profesionales:

- Supone un cambio de rol abandonando la idea de que el profesional es el único experto y por tanto quien debe tomar todas las decisiones. Se recuperan y refuerzan competencias relacionadas con el acompañamiento, la provisión de apoyos, la orientación y la motivación.
- Sugiere una nueva organización de los equipos de atención donde los profesionales asumen una mayor responsabilidad y precisa una mayor cualificación en

competencias relacionales y emocionales.

- Precisa de una actitud humilde y abierta a la revisión y confrontación.
- Obliga a la coherencia entre lo que declaramos y hacemos (autenticidad).
- Apela a integrar las prácticas basadas en la evidencia que protegen a las personas y señalan beneficios terapéuticos incluyendo las preferencias y decisiones de éstas. Esto hace necesario que los equipos estén formados en métodos deliberativos que les permitan tomar decisiones prudentes.

Es necesario sensibilizar y crear una cultura de la calidad en los servicios gerontológicos orientada a la persona en los servicios gerontológicos. Calidad de gestión y atención deben ser compatibles y complementarias. La gestión debe estar supeditada y ser coherente con el modelo de atención.

2. PRINCIPIOS DEL MODELO HACP SAN CAMILO.

La unidad de atención en el Centro Asistencial San Camilo es el Residente/Usuario, su Familia y los mismos profesionales del Centro.

Este acompañamiento, desde una metodología de counselling hace hincapié en la conveniencia de una relación de ayuda centrada en la persona, orientada a que pueda resolver o afrontar adversidades, en la que el uso del poder en la relación de ayuda sea facilitador y no directivo. Utilizar un estilo de relación empático, en el que se priori-

cen las actitudes de autenticidad, consideración positiva y aceptación incondicional del otro, usando la empatía como aquella actitud de querer comprender por lo que realmente experimenta la persona que recurre a nuestros servicios profesionales.

Es decir, que cualquiera que sea nuestra formación, en el desempeño del rol profesional y al mismo tiempo que se hace hincapié en las competencias técnicas, no se pueden descuidar las competencias emocionales, relacionales y éticas. Es decir que en el curar no se descuide el cuidar, como un deber ético y deontológico.

Bajo el enfoque de la Humanización y Atención Centrada en la Persona (HACP), entendemos los siguientes cuatro principios como los valores clave sobre los que se articula la intervención en el contexto de la dependencia:

- **Empoderamiento de la persona**, proceso que ayuda a alcanzar la plenitud de la persona en la medida que su entorno social le fortalece, sostiene y desarrolla, fortificando sus capacidades, confianza, visión y protagonismo en su proyecto y proceso de vida.
- **Singularidad de la persona** y su consideración íntegra en virtud de la cual cada persona es diferente y única, y por tanto, también su valor es diferente y único.
- **Autonomía de la persona** porque confiamos en sus propios recursos y nos esforzamos por promover su autonomía, no sólo funcional sino también como capacidad de elegir y decidir el aquí y ahora de

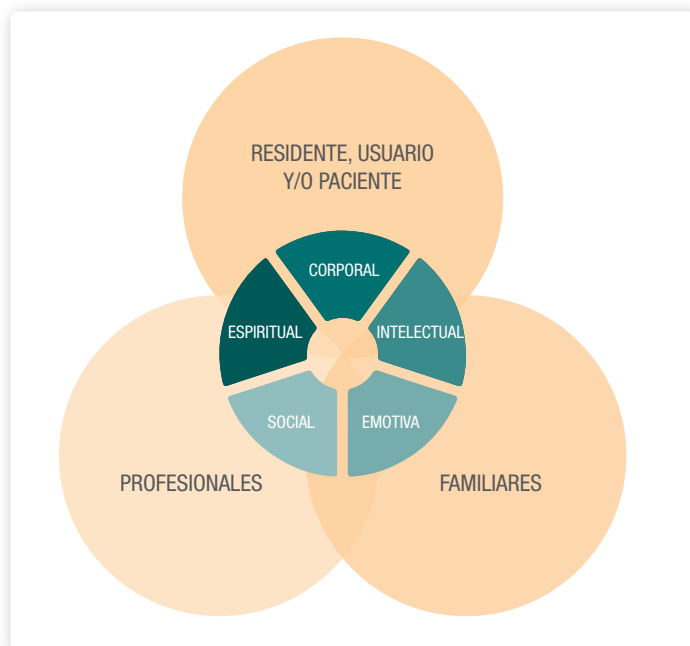
su vida en una institución. Consideramos a la persona en su biografía, en un entorno complejo con el cual interactúa, buscando una armonía o equilibrio dinámico.

• **Praxis profesional humanizadora** que se conjuga en un “**saber**” (conocimientos), “**saber hacer**” (habilidades) y “**saber ser**” (integración de actitudes) extendida no sólo a la atención directa de las perso-

nas como usuarias, sino también a todo el liderazgo y eje vertebral de la institución.

Cada persona está reconocida como un individuo único y tiene la oportunidad de explorar sus fortalezas y habilidades en un ambiente de apoyo e inclusión, contribuyendo a que sus objetivos y sus aspiraciones se incluyan en los planes personalizados de vida y sus revisiones.

Unidad de Atención en Centro de Atención San Camilo.



Desde el Centro San Camilo se proporciona una atención global, que de forma integral, responde a las necesidades sociales, sanitarias, culturales, funcionales, psicológicas y espirituales, persiguiendo un mayor nivel de calidad dentro del marco de la autonomía y dignidad de la persona, a través de:

• Potenciar la autonomía y libertad individual.

- Respeto y calidez en el trato a los mayores, enfermos y sus familias.
- Respeto y salvaguarda de la dignidad.
- Humanización por encima de tecnología.
- Respeto a la intimidad.
- Evitar el relacionarnos desde el “ageismo” y/o infantilización del mayor.
- Salvaguardar la voluntad y la capacidad de toma de decisiones.
- Individualidad, personalización y flexibilidad en la atención.

- Concepción integral holística de la persona.
- Búsqueda del desarrollo, crecimiento y madurez personal.
- Confianza en los recursos propios de las personas.
- Aceptación incondicional de la realidad “experiencial” del otro.
- Trabajo en equipo interprofesional.

El modelo San Camilo está basado en el respeto del proyecto individual de la persona como elemento de búsqueda de calidad de vida, siendo la voluntad de la persona y su familia el eje alrededor del cual se centran las intervenciones.

El equipo interdisciplinar está formado por médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, psicólogos, fisioterapeutas, trabajador social, terapeutas ocupacionales, animador sociocultural, asistentes espirituales y voluntarios. Además, otros profesionales dan soporte a los servicios de cocina y restauración, mantenimiento, recepción, lavandería, podología, odontología, etc.

Nuestro modelo asistencial es un modelo centrado en la persona que procura promover la salud de forma integral, prevenir la enfermedad y la dependencia, así como acompañar a la persona residente, su familia y a los mismos profesionales que integramos dicho equipo.

3. DIGNIDAD DE LA PERSONA EN EL MODELO HACP SAN CAMILO.

En el Centro Asistencial San Camilo consideramos que la dignidad humana es un valor intangible, intrínseco a todas las personas, que proviene de la libertad, racionalidad y

autonomía inherente a todo ser humano.

El término dignidad se refiere a algo que es valioso en sí mismo, que es estimado o considerado por sí mismo, y no en función de otra cosa, utilidad o cualidad. La dignidad humana radica en el valor inherente que le corresponde a la persona en razón de su ser, no por los rendimientos que presta ni por otros fines distintos de sí mismo.

El residente y usuario vale por lo que él mismo es; por su ser porque lo que caracteriza al ser humano es su “ser persona”. Persona de naturaleza racional y libre, por tanto con voluntad y libre albedrío que le confieren derecho a la toma de sus propias decisiones.

La dignidad de la persona se funda en ella misma, en su “ser persona”. Al ser inherente a la persona no es posible ser otorgada ni quitada; cuando no la tenemos en cuenta, estamos no reconociéndola o violándola. El ser humano tiene dignidad y no precio y el respeto a tal dignidad es una obligación ética absoluta.

Las diferencias físicas, étnicas, cognitivas, emocionales, religiosas y/o culturales (enriquecedoras todas ellas), no pueden ser motivo para excluir a nadie ni tener un trato discriminador porque todos los seres humanos somos iguales en dignidad.

La dignidad de la persona es la razón por la que no debemos tratar a las personas de cualquier manera, como objetos o animales. Se viola la dignidad humana cuando no contemplamos la subjetividad del residente y/o del usuario, cuando sus valores, creencias, necesidades y deseos no son

contemplados en la justa personalización de su propia biografía.

Los seres humanos tenemos la capacidad creativa para modelar, cambiar y mejorar nuestras vidas gracias a nuestra libertad y a la competencia de tomar nuestras propias decisiones, lo que nos confiere de un valor ontológico. Esa capacidad de observar, explorar y abordar el mundo, de trascenderlo e incluso cambiarlo, nos permite comprender ese especial valor del ser humano en su subjetividad que radica precisamente en su dignidad.

Sin embargo, hay determinados períodos de la vida en los que la defensa de la propia dignidad resulta más difícil, como es el caso de las personas mayores, en su dependencia, en sus procesos de demencia, etc. Son casos habituales de nuestro ámbito de actuación profesional y personal, en los que los residentes y usuarios son vulnerables en su dignidad al trato que reciben de los profesionales, familiares y de la sociedad en su conjunto. Todos merecemos ser tratados con respeto.

La persona es un ser simbólico y relacional que proviene del deseo de otros y está en relación hacia los otros. En los vínculos interpersonales hay que tener en cuenta la dignidad de la otra persona. Por eso, la cortesía, la delicadeza, la amabilidad, la calidez en el trato, etc., son humanizadoras, en cuanto que son acordes con la dignidad de la persona (de uno mismo y del otro) y son consecuencia de la dignidad y a su vez manifestación de la misma.

La dignidad de la persona es la base de

cualquier vínculo humano, de cualquier tipo de relación. Si no se reconoce su valor íntimo se corre el riesgo de acabar tratando al residente o usuario como a un objeto.

La humanización de las relaciones profesionales, es una acción que nace de la toma de conciencia de lo que realmente es la persona, de su dignidad, de su valor en sí misma. Además de las competencias técnicas se tienen muy en cuenta las competencias relacionales, emocionales, éticas, culturales e intergeneracionales para brindar mejor calidad de servicio al residente o usuario de nuestro centro.

Del valor de dignidad que reconocemos a todos los seres humanos se derivan una serie de principios éticos inherentes, como respeto, valoración de la propia estima, no maleficencia, beneficencia, justicia, autonomía, utilidad e integridad.

Los principios de respeto y valoración de la propia estima hacen alusión a que todas las personas deben ser respetadas sea cual sea su condición, por el mero hecho de su naturaleza humana, y promoviendo que nuestra actuación favorezca una sana autoestima de quien cuidamos.

El principio de no maleficencia promueve que nuestra intervención prime desde un inicio por no hacer daño, respetando la integridad holística de la vida humana y no hacer nada que ocasione daño al residente-usuario, teniendo en cuenta que la razón riesgo/beneficio de nuestra intervención sea siempre la adecuada. El daño intencionado, los malos tratos, la negligencia en el cuidado, el abandono e indiferencia ante el

sufrimiento, la alimentación no adecuada, etc. son prácticas que atentan contra este principio ético y por lo tanto con la dignidad humana del residente.

El principio de beneficencia nos impulsa a buscar el bienestar de los demás en cada una de nuestras acciones. Es procurar el bien del otro a través del ejercicio de nuestra profesión, cualquiera que sea. Exige tener una predisposición hacia el bien de la persona que atendemos y poner interés en un cuidado esmerado al residente-usuario. Por tanto, requiere un cierto conocimiento en profundidad de su realidad vital y una actitud de acercamiento del profesional a la persona cuidada que vaya más allá de la relación superficial, por lo que es indispensable el desarrollar actitudes de aceptación incondicional, consideración positiva del otro, actitud empática y habilidades de escucha activa, de empatía, de comunicación no verbal porque si no logramos escuchar lo dicho y no dicho por el residente difícilmente podremos entrever sus necesidades y deseos personales para actuar en su beneficio. En último término tenemos que extremar los beneficios y minimizar los posibles riesgos, para que el residente pueda validar desde su propio punto de vista el beneficio de nuestra actuación profesional, percibiéndola como un bien para sí mismo.

El principio de justicia hace referencia a la búsqueda del trato justo e igualitario, a tratar a todos por igual, a no discriminar por razones sociales, de sexo, de edad, de enfermedad, etc. Esto nos impone el deber de saber distribuir los recursos y la accesibilidad de los mismos de forma equitativa, protegiendo siempre a los más vulnerables

y/o necesitados. Por ello, no podemos otorgar privilegios a los residentes en función de su capacidad, simpatía, enfermedad, etc. promoviendo un trato justo.

El principio de autonomía nos obliga éticamente a los profesionales a respetar los valores y opciones personales de cada residente y usuario en aquellas decisiones básicas que le atañen. La persona mayor debe ser informada en la vida cotidiana de cada intervención de cuidado que se hace y por qué se hace. Mientras conserve sus capacidades y competencias personales, toda persona tiene derecho a decidir sobre las prácticas profesionales y decisiones que se tomen en relación con su manera de vivir la vida. Debemos fomentar que el residente o usuario pueda ejercer su derecho de rechazar, consentir o elegir libremente y sin coacción el acto terapéutico o de cuidado que se ofrece desde el centro. También debemos favorecer que la persona mayor sea autónoma, independiente e interdependiente, siendo lo más libre posible en su toma de decisiones dentro del marco de las normas de convivencia comunes a todo el Centro Asistencial. Respeto a su autonomía también es importante el respeto a su intimidad, a las voluntades anticipadas y al consentimiento debidamente informado antes de realizar cualquier actuación terapéutica o de cuidado.

El principio de utilidad nos invita a realizar las acciones que produzcan el mayor beneficio para la mayor cantidad posible de personas.

El principio de integridad nos plantea que todas nuestras decisiones se basen en la

honestidad y el respeto hacia los otros y hacia nosotros mismos porque solamente así lograremos vivir nuestra profesión con plenitud.

Como es comprensible, la libertad y autonomía de la persona mayor pueden alterarse en algunos momentos críticos de la vida, ya sea como resultado de un deterioro físico, psicológico, social y/o espiritual. Por tanto es nuestra obligación como cuidadores preservar y respetar esta dignidad de la persona, más aún si cabe en la dependencia.

Como profesionales del Centro Asistencial San Camilo debemos facilitar en la medida de lo posible que la persona mayor siga tomando sus propias decisiones en sus diversos ámbitos biográficos, fomentando el derecho a ser correctamente informada sobre su estado de salud, los tratamientos pertinentes y las alternativas que tenemos a su disposición para poder tomar una decisión bien fundamentada. También es importante ofrecer un abanico variado de actividades para poder decidir si son de su agrado y necesidad.

Esto implica que, como cuidadores, debemos valorar las decisiones que toma el residente, respetando su criterio y acompañando de una forma no directiva y centrada en la persona que promueva una reflexión integrada sobre todas las dimensiones a tener en cuenta en la satisfacción de sus necesidades o en la realización de sus deseos, contemplando los principios éticos que nacen de los valores y creencias del ayudado, como los deontológicos del mismo cuidador.

A menudo, ya sea como familiares o profesionales, se tiende a violar la autonomía del anciano, omitiéndole información veraz sobre su estado de salud o tomando decisiones significativas por él. Aunque consideremos que lo hacemos con buena intención, se trataría de un estilo relacional paternalista que atenta directamente contra la dignidad humana.

El ser humano no solo se orienta por la mera satisfacción de sus necesidades, sino que en la concreción de las mismas es prioritario que se atienda con esmero su dignidad para que prime la realización de sus deseos en armonía con sus creencias y escala de valores. Además de ser seres simbólicos somos seres “deseantes”, que valoramos cómo somos tratados, deseamos vincularnos en relaciones humanizadas.

La dignidad de la persona mayor se ve reconocida en nuestra intervención profesional cuando procuramos ese vínculo humanizado y cálido con los residentes, usuarios, sus familias y los profesionales.

La experiencia de revaloración de la dignidad se manifiesta cada vez que:

- Se les incluye en las conversaciones.
- Se les trata de forma personalizada.
- Se les trata como seres adultos y no como a niños.
- Se tiene en cuenta la cordialidad y el respeto.
- Se cuida la intimidad en la higienización.
- Se les orienta temporo-espacialmente y en su identidad.
- Se busca el detalle de no dañar su pudor.
- Se mantiene la confidencialidad y respeto por sus narraciones.

- Se favorece la reminiscencia biográfica y de identidad.
- Se esmera al detalle en su vestido según sus preferencias.
- Son consultados a la hora de invitarles a participar de las actividades del centro.

Bajo estos principios y sobre la base de la dignidad personal, la persona tiene derecho a mantener el control sobre su propia vida y actuar en libertad. La persona pasará a ser el eje alrededor del cual gira el sistema organizativo, el saber profesional y las intervenciones.

En el Centro Asistencial San Camilo, somos un amplio grupo de profesionales trabajando con líneas asistenciales y actividades caracterizadas por la promoción de la autonomía, la consideración y el respeto a las personas mayores y a sus familias dentro de un proceso que ayude a “envejecer como en casa”.

4. DELICADEZA Y BUEN TRATO SEGÚN EL MODELO HACP SAN CAMILO.

Cuidar del ser humano es una tarea de gran importancia ya que no se reduce a cuidar solo de su cuerpo físico, sino de toda la persona, su integridad y dignidad. Se requieren para ello unos criterios éticos y una cautela y prudencia básicas.

Sólo un ser humano puede cuidar de otro ser humano, ya que el ejercicio de cuidar requiere de la relación interpersonal, de la ineludible presencia humana. Además no todo vale en el cuidado y no todo vale en esa forma de presencia.

Para el cuidado de personas mayores es necesaria una visión positiva que no impida fomentar su dependencia y les facilite actuar como seres autónomos. Lo contrario constituiría una forma de trato inadecuado hacia ellos.

Como no puede ser de otra manera, los mayores al igual que el resto de los ciudadanos, tienen derecho a vivir en entornos donde sean tratados con respeto. Como sujetos de pleno derecho el trato inadecuado es una incuestionable violación a tales derechos. Es fundamental fomentar una cultura de buen trato entre todos los miembros de la sociedad e inculcarla a través de la educación desde los primeros momentos de la vida.

El buen trato implica un reconocimiento de las posibilidades físicas y emocionales de los demás (empatía que permita ponernos en el lugar del otro, posibilidad de interactuar positivamente, comunicación efectiva que permita a través del lenguaje verbal y no verbal conocer y expresar las necesidades y deseos nuestros y de los demás y negociación para ser capaces de resolver los conflictos que aparecen en el día a día).

5. INDICADORES Y CLAVES DE HUMANIZACIÓN EN SAN CAMILO.

Como nos recuerda José Carlos Bermejo, indicadores de humanización son datos que nos permiten medir de forma objetiva los sucesos para poder respaldar acciones. Son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos para respaldar acciones.

Descendiendo a líneas operativas y partiendo de la praxis del Centro San Camilo (hecho ya vida en el Centro Asistencial para enfermos al final de la vida, enfermos crónicos y postrados, así como para personas en duelo), se concretan las siguientes iniciativas:

- La existencia de espacios donde los profesionales pueden trabajar sus dificultades a nivel relacional y emocional (como por ejemplo los grupos Balint de acompañamiento psicoemocional) es indicador de humanización.
- La composición y los temas que se abordan en las reuniones interdisciplinarias son indicadores de humanización.
- Tener la posibilidad de una formación propia de la casa con participación de personal externo que amplíe, sugiera y haga analizar puntos de vista diferentes y refresque el aire de la casa es indicador de humanización.
- La existencia de servicios como el Servicio de Fisioterapia con rehabilitación, animación sociocultural, estimulación cognitiva, por ejemplo en centros donde no se intenta mejorar la salud sino cuidarla, favorece el mantenimiento de las capacidades que aún se tienen, haciendo sentir a los usuarios que mientras vivan estarán atendidos.
- La profesionalización de servicios como el Servicio de Atención Espiritual, a día de hoy, se puede encontrar accesible en algunas instituciones y es indicador de humanización.
- La existencia de Servicios de Seguimiento para los familiares, el envío de cartas de condolencia, las llamadas para interesarse por las vivencias generan mucho reconocimiento y por tanto agradecimiento.
- La existencia de un Servicio de Peluquería integrado en el propio Centro, donde los usuarios fácilmente puedan descansar un rato, sentirse cuidados y salir con una mejor autopercepción que favorece sus intercambios sociales.
- La profesionalización de servicios encargados del apoyo psico-socio-espiritual de usuarios y familiares es indicador de humanización.
- La cultura también se construye en la existencia de un Comité de Ética Asistencial y de Investigación que funcionen, instruyan, asesoren, aconsejen y hagan valer la atención centrada en la persona con plenos derechos, aunque no pueda reclamarlos. O en la existencia de criterios de gestión transparentes que controlen el gasto asumiendo el reto de la calidad en el Departamento de Atención al Usuario para la correcta canalización de las demandas que puedan surgir, en el buen uso del Consentimiento Informado...
- La existencia de una Comisión de Humanización a diferentes niveles (hospital, centro de salud, área sanitaria, incluso autonómico) que pueda continuamente ir valorando y asesorando sobre los modos de actuar profesionales es indicador de humanización.

- También, cómo no, en la promoción de la participación activa del paciente y su familia. Contar con ellos durante, al menos, las horas de las comidas, u otros ratos más distendidos. Que el familiar se integre con el personal asistencial y viceversa en el día a día. Son todos ellos medios que posibilitan que se dé un mayor grado de asistencia humanizada.

- La consideración de la persona en sentido holístico, con todas sus dimensiones, que se estudia en las cartas de agradecimiento y en las encuestas de satisfacción de usuarios y trabajadores, es indicador de humanización.

- Son indicadores de humanización la calidad y calidez de las infraestructuras, su señalización, la actualización de los equipos, la revisión periódica de los programas, la existencia de habitaciones individuales, de luz natural y de baños adaptados.

- Humanizar habla de hacer digna una realidad humana, por precaria que sea. Así, actividades dignificantes serán, al menos, todas aquellas que se realizan por el solo hecho de disfrutar. Por ejemplo, la existencia de un espacio donde profesionales y/o usuarios atienden y cuidan un huerto, porque lo disfrutan sanamente. O la existencia de un grupo de música conformado también por los ancianos y/o cuidadores que lo desean.

- Puede ser también reparar en pequeños detalles que no perturban la convivencia, sino que la hacen más agradable, como ampliar y consensuar las decisiones so-

bre la decoración, en las habitaciones por supuesto pero también en los espacios compartidos, donde se permita poner unas fotos, unas cortinas diferentes o cualquier elemento decorativo que una persona tendría en su propio salón.

- Reparar en detalles y en actividades personalizantes, dignificantes es humanizador. Contar en el centro con un equipo de voluntarios que se encargue específicamente del cuidado emocional del paciente es un cuidado dignificante. Personas que donan su tiempo a personas, personas que disfrutan intercambiando experiencias y ratos pausados. Personas que aprenden la una de la otra.

- Voluntarios comprometidos y formados para favorecer el desarrollo de los posibles duelos que se van generando a causa de los cambios, fallecimientos u otros acontecimientos vitales estresantes es un lujo y es gratuito. En un estudio realizado en el Centro San Camilo, el 96% de los voluntarios que atendían duelos manifestaban haber sufrido su propia experiencia de pérdida. Esto claramente habla del profundo significado que este espacio constituye para los voluntarios, concretándose en un modo de estar en el que se genera una experiencia de enriquecimiento mutuo.

- Es indicador de humanización la existencia de cargos de responsabilidad entre los propios pacientes/familiares.

6. BIBLIOGRAFÍA.

- Bermejo, J.C. “Qué es humanizar la salud” – Ed. San Pablo – Madrid – 2003.

- Bermejo, J.C. y col. “Humanizar la salud” – Ed. San Pablo – Madrid – 1997.

- Bermejo, J.C. y Martínez, A. “Humanizar el liderazgo” – Ed. Desclée de Brouwer – Bilbao – 2012.

- AAVV Manual de Humanización de Gerocultores – Ed. Cáritas Española- CEHS – Madrid – 2007.

- Prat, F. “Bioética en residencias”– Ed. SaTerra – Santander – 2008.

ACTUALIDAD

LA AGENDA POLÍTICA

En diciembre de 2016 se constituyó un nuevo gobierno nacional y con ello, los diferentes equipos ministeriales, incluido el del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, bajo la dirección de la ministra Dolors Montserrat.

En su primera declaración en sede parlamentaria, en diciembre de 2016, para informar de las políticas del Ministerio, la ministra Montserrat anunció, como una de sus prioridades, la apuesta por “un nuevo modelo sociosanitario en toda España, una “puerta única de entrada compartida entre sanidad y servicios sociales que sea capaz de ofrecer y prestar una atención centrada en la persona, que se gestione por procesos y con independencia de que la necesidad de atención se sitúe en el sistema sanitario o en el de servicios sociales”. La ministra afirmó que “la coordinación sociosanitaria es un factor estratégico para la mejora de los servicios sociales y también para la sostenibilidad del sistema sanitario”.

A finales de febrero de 2017, la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados aprobó una Proposición no de ley (PNL) sobre una nueva Estrategia Nacional de Atención Sociosanitaria, defendida por la portavoz del Grupo Popular María Teresa Angulo Romero y aprobada con una enmienda transaccional suscrita por el Partido Popular y el Partido Socialista por 27 votos a favor, 7 en contra y 3 abstenciones.

LA AGENDA CIENTÍFICA

La atención integrada sigue atrayendo el interés de la reflexión científica y profesional, en el ámbito sanitario y social. Así, la IX edición del Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico, celebrado en Oviedo del 2 al 4 de marzo de 2017, volvió a incluir una mesa específica sobre atención integrada en cronicidad, que contó con la participación de expertos nacionales e internacionales. El lema del congreso que organiza conjuntamente la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) y la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) fue “Estamos a tiempo”. Con ello, los organizadores pretendían constatar de que aunque “el camino para llegar a implantar nuevos modelos de atención que garanticen la satisfacción de las necesidades, tanto de los pacientes con enfermedades crónicas, como de su entorno socio-familiar, y que además sean sostenibles y universales” no es ciertamente fácil, “creemos que estamos a tiempo de conseguirlo”. Desde una perspectiva eminentemente sanitaria -que por otra parte es la propia de este congreso- se anunció que “estamos a tiempo de avanzar en la integración asistencial, romper barreras entre instituciones y niveles asistenciales”.



FUNDACIÓN CASER

Desde la Fundación Caser se han puesto en marcha tres iniciativas de promoción de la salud y bienestar social de la población. Por una parte, se ha abierto un servicio de atención telefónica gratuita de orientación, información y asesoramiento en materia de dependencia y discapacidad. El objetivo es atender y orientar a personas que tengan inquietudes y preguntas en cuanto a gestión, trámites o servicios sobre dependencia y discapacidad. El horario de atención es de lunes a viernes de 10 a 14 hrs y el número de teléfono es 900 10 21 80.

En la web de la Fundación Caser se ha lanzado una nueva sección de promoción de hábitos de vida saludable, específicamente dirigida a “cuidar el corazón” (<http://www.fundacioncaser.org/salud/cuidar-el-corazon>), que incluye información útil y recomendaciones para mejorar la salud del corazón, con una sección especialmente dirigida a los más pequeños.

Finalmente, por otro año más, la Fundación Caser ha sido considerada como fundación transparente según el informe “Construir Confianza 2016” elaborado por la Fundación Compromiso y Transparencia. Ha obtenido quince puntos sobre un total de diecisiete, lo que posiciona a la Fundación en el segmento de organizaciones transparentes en las que solo están incluidas 21 de las 83 entidades corporativas analizadas, frente a los otros dos segmentos denominados traslúcido y opaco.

