

**APORTACIONES DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO PARA LA  
SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO MADRILEÑO.**

**COLEGIO OFICIAL DE TRABAJADORES SOCIALES DE MADRID. MARZO 2013**

El Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid (COTS) considera que, ante la situación de conflicto existente en la Sanidad madrileña derivada de la propuesta por parte de la Administración del “Plan de medidas de garantía de la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid”, es necesario aportar alternativas y visibilizar fórmulas que permitan hacer más sostenible el sistema de protección a la salud, intentado que los criterios macroeconómicos no cercenen los derechos ciudadanos, ni la filosofía de un modelo de atención centrado en las personas y en la concepción bio-psico-social de la salud, consolidada en España desde la Ley General de Sanidad de 1986.

Los trabajadores sociales sanitarios<sup>1</sup> venimos planteando desde hace tiempo, que es necesario ampliar el foco de la atención sanitaria más allá de los procesos de curación y alta. Las características demográficas de la Comunidad de Madrid y la preponderancia de los procesos crónicos, así como la existencia de procesos asistenciales complejos, hacen que una red asistencial, que no priorice la coordinación sociosanitaria y la rentabilización del trabajo en equipo multiprofesional, pueda hacerse insostenible.

Así mismo, creemos que las estrategias que centran la atención en los determinantes sociales de la salud son básicas para la sostenibilidad del mismo sistema de atención. Como trabajadores sociales incidimos en la importancia de reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. La 62ª Asamblea Mundial de la Salud, consideró que: *“habiendo examinado el informe sobre la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud... exhorta a la comunidad internacional, en particular a los organismos de las Naciones Unidas, los órganos intergubernamentales, la sociedad civil y el sector privado.... A que aumenten la sensibilización entre los proveedores públicos y privados de asistencia sanitaria sobre el modo de tener en cuenta los determinantes sociales cuando prestan servicios de salud a sus pacientes”*. Si los análisis macroeconómicos nos hacen perder la sensibilidad humana entraremos en un camino de alta conflictividad.

Siguiendo el esquema de medidas planteadas dentro del Plan de medidas de garantía de la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid, consideramos importante hacer las siguientes aportaciones.

---

<sup>1</sup> Nota de estilo: En aras de la agilidad del documento, se ha utilizado el género gramatical masculino como neutro inclusivo.

## **1. EXTERNALIZACIÓN DE SERVICIOS NO SANITARIOS**

Desde el COTS Madrid ya hemos manifestado, conjuntamente con el resto de los Colegios Profesionales del ámbito del sistema sanitario, en las aportaciones realizadas a la Consejería de Sanidad desde la Comisión de Sanidad de la Unión interprofesional de la Comunidad de Madrid de la que forma parte nuestro colegio, la necesidad de que dicha externalización no puede nunca afectar a los profesionales que forman parte del proceso asistencial, sean o no sanitarios en el sentido que define la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). Es el caso de los trabajadores sociales sanitarios, que siendo profesionales asistenciales de los equipos de salud no son reconocidos como sanitarios jurídicamente. Es fundamental que se garantice el continuo asistencial en el marco de una atención bio-psico-social, atención en la que es imprescindible el enfoque sociosanitario de los equipos multiprofesionales. No se puede utilizar el término sanitario de manera que anule el concepto de atención a la salud y que impida una verdadera atención integral al ciudadano.

Queremos hacer constar, desde este Colegio profesional, la defensa que como trabajadores sociales hacemos de la sanidad pública, consideramos que la misma engloba a todo el personal que presta servicios en las instituciones sanitarias, siendo perjudicial para el proceso asistencial y la calidad del servicio la escisión entre personal sanitario y no sanitario. Esta escisión lleva a la pérdida de derechos laborales y al aumento de la precariedad laboral en el personal de servicios no sanitarios y no asistenciales, en las categorías declaradas "a extinguir" por parte de la Consejería, con los consiguientes efectos sociales en los propios trabajadores del sistema sanitario público. No habiéndose demostrado a día de hoy la eficacia económica y social de dichas medidas.

## **2. APROVECHAMIENTO DE LOS RECURSOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR**

### **2.1. Atención a la población mayor**

Para hacer sostenible el sistema sanitario en un contexto donde la evolución demográfica lleva a un aumento progresivo de la esperanza de vida, debemos centrar los esfuerzos en la auto-atención, la prevención, la educación para la salud y la coordinación sociosanitaria. En el ámbito de los Servicios Sociales se ha demostrado la eficacia para la atención a la población mayor de los servicios de ayuda a domicilio, de los sistemas de teleasistencia, los centros de mayores, el apoyo de las redes sociales y el voluntariado con los servicios sociales comunitarios como eje de la atención. En el ámbito de la salud el Informe 2010 de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) plantea entre sus conclusiones de interés para la atención a la población mayor que "las reformas organizativas deben contemplar, necesariamente, un fortalecimiento de la Atención Primaria para avanzar en la sostenibilidad del sistema. El envejecimiento de la población y la cronicidad de

las enfermedades son los principales retos a los que tiene que dar respuesta el sistema sanitario”. Los sistemas que priorizan los centros monográficos de atención a la población mayor suponen un aumento claro de costes. Si bien suponen una descarga de la atención en las unidades hospitalarias de agudos no hacen más sostenible el sistema a medio-largo plazo.

Entre las medidas que se deberían implantar para el “aprovechamiento de los recursos a fin de mejorar la atención de la población mayor se encontrarían:

- Como marco general y de manera prioritaria, la Comunidad de Madrid debe plantearse el desarrollo de una estrategia o Plan de Atención Sociosanitario, que permita que las distintas administraciones que destinan recursos a la atención de la población mayor optimicen la gestión, eficiencia y calidad de los mismos. Es una medida discutida y estudiada en varias ocasiones, pero nunca concretada en nuestra Comunidad Autónoma.
- Avanzar en la optimización de los procesos de información en la gestión de la atención a la población mayor. En la última década los medios técnicos que se han conseguido incorporar en el trabajo diario de los profesionales de los diferentes ámbitos de la administración autonómica, hacen muy fácil establecer líneas de actuación coordinadas, ágiles y eficaces, donde a través de los diferentes Sistemas de Información pueda procederse a la adjudicación de recursos en tiempo y forma adecuadas, sin dejar por ello de hacerlo en función de los requisitos establecidos por una u otra de las partes implicadas. Es necesario que existan flujos de información dentro de toda la red sanitaria (hospitales, ambulatorios, centros de atención primaria, centros de salud mental, centros específicos) entre la información clínica y la social, así como agendas electrónicas para todos los profesionales que participan en el proceso asistencial incluidos los profesionales sociales. Esto permitiría la disminución de los costes en la gestión de recursos sociosanitarios en tiempo, en soportes documentales y en archivo.
- Instaurar, de manera protocolizada y con respaldo de las respectivas direcciones generales, canales de coordinación sociosanitaria en los distintos niveles de atención. Los profesionales de las diferentes administraciones, organismos y disciplinas, deben argumentar técnicamente la puesta en marcha de líneas de trabajo coordinadas que agilicen la gestión y supongan, a la vez que un claro ahorro de recursos, el acortamiento de tiempos de espera, así como la supresión de dobles y triples intervenciones desde diferentes administraciones para un mismo objetivo, teniendo en cuenta aquellas situaciones de especial vulnerabilidad social.

- Potenciar la función de los trabajadores sociales sanitarios como eje del “enlace” entre el ámbito sanitario y los servicios sociales, consolidando la existencia de canales de comunicación “preferentes” entre los trabajadores sociales sanitarios y los Servicios Sociales, para agilizar las altas hospitalarias o las derivaciones.

## **2.2. Unidades de Media Estancia**

Desde el Trabajo Social Sanitario se ha constatado que la atención en Centros de media o larga estancia, ya sean concertados o propios, beneficia a los usuarios y rentabiliza la atención sanitaria descongestionando los Hospitales de agudos, ahorrando costes, manteniendo la calidad asistencial, mejorando la eficiencia, y esto siempre se ha de complementar con una buena coordinación sociosanitaria desde el comienzo del proceso asistencial.

La coordinación sociosanitaria es el eje sobre el que se debe estructurar la eficacia y la sostenibilidad del sistema. Poco nos valdría tener muchas camas en centros de apoyo, si la asistencia final que precisa el paciente está en manos de otra parte de la administración (cuyos procedimientos de asignación de plazas están sujetos a otro ritmo y a otras formas de resolución), lo que tiene como resultado la permanencia -más allá de lo necesario y recomendable- en dichos Centros; y que provoca el efecto cascada en los hospitales de agudos, que no tienen la disponibilidad adecuada para trasladar allí a los pacientes que ocupan más tiempo del necesario camas de agudos. No es necesario citar los costes/cama de cada uno de estos centros (hospital de agudos, centros de apoyo y centros residenciales) para tener la certeza del ahorro real que supondría el que ningún paciente permaneciera un solo día más en el centro inadecuado, si no que accediera de la manera más ágil posible al que le fuera adecuado a su proceso de rehabilitación.

### **En conclusión, debemos:**

- Acotar la estancia en el centro de agudos (siempre ajustándose a la necesidad clínica del paciente), planteando programas de valoración social del alta sanitaria en el momento del ingreso en los Hospitales Generales.
- Establecer mapas de riesgo social y de necesidades de soporte al alta que permitan una planificación adecuada de las mismas. Por tanto, no se debe posponer la valoración y diagnósticos sociales al momento en que se plantea el alta clínica.

- Instaurar coordinación con el Centro Asistencial de Media Estancia derivado, para seguir el proceso clínico hasta el final, a fin de no alargar la estancia en este por situaciones no clínicas.
- Una cuestión a valorar, en momentos en los que es necesario optimizar los recursos sociosanitarios existentes, sería incorporar en la adjudicación de dichos recursos de la red sanitaria y para los diferentes colectivos criterios sociales de acceso, como pueden ser el riesgo de exclusión social, el soporte familiar y el criterio patrimonial (en la actualidad ya se aplica a personas mayores y personas baremadas por la ley de dependencia), éste último en tanto en cuanto no afecte a familiares directos (cónyuge, pareja, ascendientes y descendientes de primer grado). Incluir criterios sociales en la asignación de recursos de media y larga estancia, en la actualidad definidos solo desde lo sanitario.
- 

Desde el COTS Madrid consideramos que el Sistema Público de Salud madrileño necesita servicios complementarios. Se puede contemplar la concertación con instituciones sociosanitarias, pero es imprescindible basarse en dos principios fundamentales:

- El principio de complementariedad. En los Centros Concertados se deben ingresar pacientes de media y larga estancia derivados de los hospitales públicos, donde los Servicios de Trabajo Social sanitario –tanto del Hospital de Agudos como de los Centros de media y larga estancia– han de tener un peso importante a la hora de realizar un buen seguimiento desde el principio del proceso asistencial, para detectar desde el principio las posibles necesidades sociales y coordinarse con los profesionales de Trabajo Social de dichos centros a fin de mantener una continuidad asistencial y una reubicación del paciente al alta clínica, ya sea en su entorno natural o en un dispositivo residencial adecuado.
- El principio de justicia distributiva. Un dispositivo de salud aunque sea un Centro de media y larga estancia, no se puede sobredimensionar para ser equitativos y justos con todos los usuarios que lo necesiten. Siempre debe gestionarse en base a la necesidad clínica que se establece. Puede haber servicios (de continuidad de cuidados, de rehabilitación,...) que corran el riesgo de sobredimensionarse si se alarga la estancia por situaciones no clínicas. En esto adquiere un papel fundamental la coordinación sociosanitaria realizada desde el Trabajo Social Sanitario, para que una vez terminado el proceso clínico asistencial, se establezca coordinación con la Red de Servicios Sociales para acceder de manera directa a los recursos de apoyo evitando alargar de forma innecesaria la estancia en un Centro Sanitario.

### **3. MEJORA DE LA EFICIENCIA, UTILIZACIÓN RACIONAL DE LOS RECURSOS Y AHORRO**

- Se deben potenciar todas las líneas de trabajo que incidan en actuar sobre los determinantes sociales y la promoción de la salud, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). *“La promoción de la salud no sólo tiene que ver con promover la salud, sino también con reducir las desigualdades en este campo (por ejemplo, entre hombres y mujeres, o entre clases sociales u otros grupos sociales). De esta manera, nos interesa no sólo la eficiencia sino también la equidad. Equidad hace referencia a justicia. La preocupación no es únicamente cuánto se produce a qué costo, sino también cómo se distribuyen estos costos y beneficios de modo que se pueda apreciar si lo que se está haciendo reduce o no las desigualdades. La opción eficiente no siempre es la más equitativa, porque las intervenciones que benefician a los grupos marginados pueden no ser tan efectivas o pueden ser más costosas para implementar”.* OMS. Guía de Evaluación Económica en Promoción de la Salud.
- Potenciar la atención grupal. Los grupos optimizan recursos de coste/ tiempo y tienen una gran rentabilidad social, a la vez que ayudan a evitar la saturación de consultas médicas, reducir el consumo de fármacos, etc. Son también una vía para potenciar la participación ciudadana y el aprovechamiento óptimo de los recursos. Los trabajadores sociales sanitarios deben desarrollar junto con otros profesionales sanitarios actividad asistencial en atención grupal (sobre todo en el nivel de Atención Primaria de Salud y en la Red de Salud Mental) en educación para la salud, que conllevaría la reducción de consultas individuales y capacitaría a los ciudadanos, a hacer un uso responsable de los recursos públicos en general.
- Deben explorarse nuevas vías de atención en el Trabajo Social Sanitario como la información vía web, uso de correo electrónico accesible al ciudadano, facilitar la atención telefónica para gestiones o consultas informativas...
- Establecer protocolos de coordinación con los Servicios Sociales municipales de Atención Social Primaria que permitan la tramitación prioritaria de recursos de la Consejería de Asuntos Sociales, desde las Unidades de Trabajo Social (UTS) hospitalarias. Valorar conjuntamente entre Consejerías la flexibilización de trámites en caso de ingreso hospitalario del ciudadano (valoración de dependencia, ayuda a domicilio...). Flexibilidad, en las exigencias de documentación por parte del Sistema de Servicios Sociales, sobre todo si ello supone la permanencia sin alternativas en el centro hospitalario. Por ejemplo se debería poder valorar la dependencia siguiendo el procedimiento, al margen de que el paciente esté ingresado en un centro de agudos o media estancia.

- Implantar de forma generalizada la Valoración Social al Ingreso Hospitalario y la Planificación al Alta. Las ganancias potenciales más significativas resultan de la prevención de ingresos innecesarios de pacientes complejos en el sistema hospitalario. La planificación individualizada previa al alta y el consejo por parte de equipos multidisciplinares garantiza ahorros sustanciales en re-ingresos evitables, incluso en la ausencia de otras intervenciones.
- Implantar el informe social en todos los procesos de gestión y derivación a recursos sociosanitarios tanto si el paciente regresa al domicilio con apoyo como si se tramita recurso de apoyo, convalecientes (paliativos, rehabilitación, residencias, etc.) quedando reflejados los objetivos de la derivación, tiempos y gestiones realizadas.
- Participación de los trabajadores sociales sanitarios en la planificación y organización de servicios de soporte, externos al hospital. Esta es una potencial herramienta de apoyo a la gestión, porque contempla lo sanitario desde una perspectiva social. Es necesario que se establezcan mapas de población, según nivel de riesgo sociosanitario, para poder llevar a cabo intervenciones más eficientes y adecuadas a las necesidades percibidas.
- Elaboración de memorias anuales con indicadores medibles, que reflejen la evolución de los servicios y la calidad de los mismos. Cuantificando el número de casos valorados y las intervenciones sociales en relación al número total de ingresos hospitalarios o atendidos en los diferentes servicios, y las propuestas o soluciones adoptadas en las demandas.

#### **4. ORDENACIÓN DE EQUIPOS PROFESIONALES**

Consideramos que en relación a los trabajadores sociales sanitarios que prestan sus servicios en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid, se debería:

- Establecer un mapa de recursos humanos con la asignación clara de trabajadores sociales. Creemos que se da un reparto desigual del número de profesionales en los diferentes hospitales y servicios de la red de salud. Pensamos que puede haber un reparto no equitativo de profesionales, donde no se están teniendo en cuenta aspectos que inciden en la carga asistencial como son: características del perfil demográfico de la población asignada, alto porcentaje de personas en situación de riesgo de exclusión social en la zona de atención, carga en la gestión de recursos... Existiendo servicios que se encuentran infradotados de personal.

- Instaurar definitivamente y de manera única el Registro Unificado de Historia Social (R.U.H.SO.) para Atención Especializada, actualmente en proceso de implantación. Dicho registro está diseñado para compartir información social con el resto de profesionales. Para ello y dado que el señalado trabajo cuenta con el consenso de todas las Unidades de Trabajo Social de los hospitales de agudos y Centros de apoyo, sería conveniente que con el mismo nivel de coordinación utilizado, se generaran las medidas necesarias para implementar Protocolos de atención de forma generalizada y unificada. A día de hoy está a punto de perfilarse la base del sistema de información elemento básico para esa unificación. No debemos olvidarnos de los accesos (de coste cero) a otras bases de datos, que facilitarían y agilizarían de manera extraordinaria, la intervención de todos los trabajadores sociales: Horus, Cibeles, Instituto Nacional de Salud (INS), Plataforma Paliativos 24h (PAL).
- Establecer sistemas de evaluación que permitan medir las necesidades de profesionales en plantillas, con una disminución importante en los últimos años ante la no cobertura de las jubilaciones, Incapacidad laboral,...
- Unificación de la dependencia funcional de los trabajadores sociales sanitarios bajo la jefatura de coordinadores con titulación en Trabajo Social, que conociendo las funciones, ámbitos de intervención y cometidos del Trabajo Social, sean los responsables de las Unidades de Trabajo Social Sanitario (Propuesta de "Plan de Actuación del Trabajo Social en el área de Salud de la Comunidad de Madrid", documento de trabajo elaborado por el COTS Madrid y la extinta Dirección General del Instituto Madrileño de Salud de la Comunidad de Madrid, pero no ejecutado en su momento,) lo que permitiría medir, valorar los procesos de atención, coordinar la atención de los trabajadores sociales y establecer criterios de evaluación, de los distintos servicios bajo un prisma de trabajo común. En la actualidad existe una dependencia funcional muy diversificada.

## **5. CONTINUACIÓN DE PROYECTOS IMPORTANTES YA EN MARCHA**

Es fundamental avanzar en la Estrategia de atención al paciente crónico. El Consejo General del Trabajo Social ya participó en la elaboración del Documento de Consenso de Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas (Declaración de Sevilla) y creemos que todas las aportaciones de la misma son de total vigencia. Así mismo el Libro Blanco de Coordinación Sociosanitaria del Ministerio de Sanidad es un elemento importante a tener en cuenta. Desde el Ministerio de Sanidad se ha elaborado la “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud”, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012, en la misma ha participado la Asociación Española de Trabajo Social y Salud con importantes aportaciones desde el Trabajo Social Sanitario para el abordaje de la cronicidad.

Consideramos que además de los proyectos que se mencionan, existen otros que se están desarrollando o que podrían implantarse y que son de gran importancia:

- Atención a pacientes con patologías duales.
- Atención a la discapacidad en el sistema sanitario.
- Mantenimiento y consolidación, en el ámbito de la atención comunitaria, de la Red de Salud Mental y Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera. Modelo pionero y eficaz de coordinación y atención sociosanitaria.
- Establecimiento de líneas de actuación y Programas específicos en atención sanitaria a colectivos en situación de exclusión social (situación de calle, prostitución...).
- Potenciación de los Protocolos de Atención a la Violencia de Género dentro del ámbito sanitario.
- Refuerzo del Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid...

Nuestro agradecimiento a las trabajadoras y los trabajadores sociales que han colaborado en la elaboración de este documento

- Agustina Crespo Valencia. Trabajadora Social Centro Salud Mental Vallecas, Hospital Virgen de la Torre. Secretaria de la Junta de Gobierno COTS Madrid.
- Daniel Gil Martorell. Trabajador Social Centro Salud Mental Colmenar Viejo, Hospital Universitario la Paz. Vocal de la Junta de Gobierno COTS Madrid. Vicepresidente del Consejo General del Trabajo Social.
- Concepción Gutierrez de los Ríos. Trabajadora Social. Responsable de la Unidad Trabajo Social Sanitario Hospital Clínico San Carlos.
- María Neyi Francisco Morejón. Trabajadora Social. Jefa de Sección Unidad Trabajo Social Sanitario del Hospital Universitario Puerta de Hierro.
- M<sup>a</sup> Josefa Mateo. Trabajadora Social Programa Atiende. Jefa de la Unidad Trabajo Social del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- Rosario Luis-Yagüe López. Trabajadora Social Centro Salud Mental Fuencarral. Hospital Universitario La Paz. Delegada en Madrid de la AETSyS (Asociación Española de Trabajo Social y Salud).
- Rafael Vidaurreta Bernardino. Trabajador Social. Fundación Instituto San José (FISJ). Coordinador del equipo de Trabajo Social FISJ, Vocal de Trabajo Social de la Sociedad Madrileña de Cuidados Paliativos (AMCP).
- M<sup>a</sup> Valentina LLano Fernández. Trabajadora Social Dirección Asistencial Este. Centro de Salud de Atención Primaria Puerta de Madrid Alcalá de Henares.
- Raquel Millán Susinos. Trabajadora Social Dirección Asistencial Sur. Centro de Salud de Atención Primaria Getafe.