

TRABAJO SOCIAL

REVISTA EDITADA POR EL COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y AA.SS. DE MADRID

HOY

Trabajo Social y Sistema Público de Salud

SEGUNDO SEMESTRE 2007

Monográfico



TRABAJO SOCIAL HOY | *Segundo semestre 2007*
Monográfico:
TRABAJO SOCIAL Y SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

EDITA EL COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS
EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES DE MADRID

Gran Vía 16
28013 Madrid Tel 91 521 92 80
e-mail: publicaciones@comtrabajosocial.com
www.comtrabajosocial.com

JUNTA DE GOBIERNO

Decana: Rosario Quesada Quesada
Vicepresidenta: M^a Teresa Gómez Moraleda
Secretaria: Alicia Montalvo Fernández
Tesorera: Ana Isabel Hernando Ruano
Vocales: Cristina Alonso Salgado, Lourdes Ayala Rey,
Juan de la Torre Vidal, Miguel Ángel Martínez Murcia,
Eloina Nogal Martín, M^a Luisa Pérez Pérez,
M^a Jesús Soler Martín.

COORDINACIÓN

Eloina Nogal Martín

COORDINACIÓN TÉCNICA DEL MONOGRÁFICO

Cristina Alonso Salgado

CONSEJO ASESOR

M^a del Mar Manchón Cepeda
M^a Isabel Martín Domingo
Daniel Parajuá Navarrete
Oscar Trujillo Díaz
Catalina Zazo García

COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

M^a de Gracia Ruiz López

Diseño y maquetación: Carmen de Hijes
Impresión: Industrias Gráficas Afanias
Segundo Mata, 3 Pozuelo de Alarcón (Estación)

Editada en Diciembre 2007
Depósito Legal: M-36315-1993
Nº ISSN: 1134-0991

sumario

PRESENTACIÓN 5

Cristina Alonso Salgado

LA SANIDAD PÚBLICA EN PELIGRO 9

Marciano Sánchez Bayle

LA ATENCIÓN PRIMARIA EN MADRID 27

Juan Luis Ruiz-Giménez Aguilar

**EN EL MARGEN O MARGINADO: EL LUGAR
EPISTEMOLÓGICO DEL TRABAJO SOCIAL
EN SALUD 57**

Daniel Gil Martorell

COORDINACIÓN 67

M^a Luisa Pérez Pérez

**UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL EN
HOSPITALES. EVOLUCIÓN EN LA ÚLTIMA
DÉCADA 75**

Varios Autores

**LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA
PROLONGADA EN MADRID: PERFILES,
NECESIDADES Y GARANTÍAS DE
FUTURO 103**

Agustina Crespo Valencia

**MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN EL
ÁMBITO SOCIO-SANITARIO 119**

*Pilar Munuera Gómez y M^a Antonia Munuera
Hernández*

**PROGRAMA DE ATENCIÓN ESPECÍFICA AL
PERSONAL SANITARIO DE LA COMUNIDAD
DE MADRID CON TRASTORNOS MENTALES
Y ADICTIVOS 143**

*PAISEP. Dirección General de Recursos
Humanos de la Comunidad de Madrid*

LA MUERTE Y EL DUELO 155

M^a Cruz Reglero Cano



**UNA EXPERIENCIA DE BUENAS PRÁCTICA
EN EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO 167**

Rosa Blanca Pérez López

CASOS:

**INTERVENCIÓN SOCIAL EN LA UNIDAD
HOSPITALARIA DE TRATAMIENTO Y
REHABILITACIÓN DE SALUD MENTAL 183**

Beatriz Arribas Mazarracín

**¿ES VERDAD LO QUE ME ESTÁ PASANDO O
ME ESTOY VOLVIENDO LOCA? ATENCIÓN A
UNA MUJER MALTRATADA DESDE UN
CENTRO DE SALUD MENTAL 193**

Ana Izquierdo Núñez

**TRABAJO SOCIAL: REINSERCIÓN SOCIAL Y
LABORAL CON UNA PACIENTE DE SALUD
MENTAL 203**

M^a Rosario Luis-Yagüe López

**EL TRABAJADOR SOCIAL COMO PARTE DE LA
CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN UN CASO DE
ENFERMO MENTAL CRÓNICO 211**

Beatriz Torres Ortega

Presentación

Cristina Alonso Salgado

La presentación de este Monográfico de Salud desde la Revista **Trabajo Social Hoy** supone el interés y esfuerzo, por parte de los profesionales del trabajo social, por cuidar y mantener un Sistema de Salud universal, público y de calidad. Nuestro interés, motivado por una parte como ciudadanos, interesados en la defensa de uno de nuestros derechos sociales más valorados y apreciados como es el cuidado de nuestra salud y por otra, como profesionales del trabajo social por creer en nuestra participación y aportación profesional en este ámbito de actuación donde nuestra presencia ha sido histórica y considerada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948) define la salud como el equilibrio entre lo psicológico, lo biológico y lo social y no tanto la ausencia de enfermedad o dolencia.

Nuestra Ley de Sanidad, define de manera clara y concreta como una prestación del Sistema, *“la atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales, no sanitarias, que concurren en situaciones de enfermedad garantizándose la continuidad del servicio a través de la coordinación con las administraciones de los servicios sanitarios y sociales”*. Así pues, nuestra Ley de Sanidad no sólo regula el derecho de todos los ciudadanos a la salud física, sino también a la social, positivizando así el derecho de los ciudadanos a una salud integral.

El enfermar, no sólo es un proceso de pérdida de la salud, considerando esta como algo propio a cuidar por uno mismo sino que, en muchas ocasiones, aparece como una amenaza de pérdida del equilibrio vital, pérdida de la normalidad, y lo que puede suponer una sucesión de circunstancias o problemas sociales que precisen, de manera particular, de la intervención del trabajador social. El Trabajo Social está presente en todos los ámbitos de nuestro Sistema de Salud, Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Mental, Atención a la Drogadicción, Cuidados Paliativos...

Esta línea, a veces tenue, entre la situación de normalidad o de problemática social es detectada y forma parte del campo específico de la intervención del trabajador social en salud, que en las situaciones de no-salud, abarca desde la prevención, la educación para hábitos más saludables, así como la atención concreta e individualizada al sujeto enfermo.

La intervención social en salud tiene en cuenta la demanda del individuo, el plan terapéutico elaborado por el equipo, los propios recursos del paciente, así como los de su medio, y siempre cuida y respeta la propia libertad de actuación y la autodeterminación del sujeto.

Para el Trabajo Social, no hay enfermedades, sino enfermos, no existen problemas sino personas con problemas, que por las circunstancias de enfermedad, incapacitan a la persona en distintos grados y áreas de su vida.

Los trabajadores sociales, aportan a la atención sanitaria la evaluación y el análisis de los factores sociales que inciden en la enfermedad y, en la medida de lo posible, tratan de paliar los efectos sociales problemáticos que surgen de la misma. Otros profesionales cercanos, con los que compartimos nuestra asistencia, como enfermería, médicos de familia, auxiliares, creemos que son técnicos más ocupados en lo concreto de la enfermedad, la sintomatología, con el fin de que el paciente recobre su “normalidad”; mientras que el ámbito de actuación del trabajo social está específicamente orientado al sujeto social y las circunstancias en las que se desenvuelve su vida personal, individual y familiar

A la enfermedad le acompañan diferentes circunstancias, que pueden producir alteraciones en el propio sujeto y en su medio familiar, y es preciso ocuparse de las necesidades de adaptación e integración no sólo del sujeto sino de su grupo de convivencia.

Es una realidad que el ámbito de la salud, requiere de la participación de todo tipo de profesionales, con sus conocimientos, habilidades y procedimientos que contribuyan a mejorar la salud de los ciudadanos. Pero también es una realidad que el Trabajo Social ha participado activamente en incluir “lo social” como parte consustancial al sujeto, contemplándole siempre en su globalidad y no sólo en circunstancias extraordinarias o de extrema necesidad.

Hoy, sin embargo, y a pesar de nuestra trayectoria y de los orígenes del Trabajo Social, en la década de los 50, en que crecimos influenciados por el modelo médico, asistimos “atónitos” a un momento en el que los trabajadores sociales de

salud, “quedan relegados de sus responsabilidades y funciones de atención social, comunitaria y excluidos orgánicamente -no funcionalmente- entre los profesionales de Salud, nombrando su función como de “apoyo a los equipos sanitarios” como si lo social estuviera fuera de la atención a la salud, a la salud integral que nos legisla y que hemos defendido tanto...

En este monográfico hemos querido incluir algunos aspectos de nuestra realidad sanitaria, algunas experiencias de casos, de compañeros de salud mental que llevan tiempo reflexionando y participando en el Colegio. Aunque echamos de menos experiencias de otros compañeros de diferentes ámbitos de salud a los que desde aquí animamos a mostrar su trabajo como una manera de reivindicar nuestro espacio profesional **con y entre los demás profesionales** del sistema con los que compartimos nuestro interés por defender un Sistema Público de Salud digno y de calidad.

Desde aquí, a todos, nuestro agradecimiento por mejorar la asistencia de nuestro Sistema de Salud.



LA SANIDAD PÚBLICA EN PELIGRO

Marciano Sánchez Bayle

Médico

Presidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid

RESUMEN

La privatización de los servicios sanitarios es una tónica en los últimos 30 años en los que se ha puesto en cuestión la viabilidad de los sistemas de protección social, el estado del bienestar, que se había desarrollado fundamentalmente en Europa, pero también en la mayoría de los países desarrollados .

Si bien el presente análisis está enfocado a la asistencia sanitaria, es obvio que el deterioro de la misma tendrá gran incidencia en otras necesidades sociales, o que este deterioro afectará a las personas menos favorecidas y más necesitadas ya de ayuda social. Por otro lado, aunque las reflexiones que siguen se centran en la asistencia sanitaria o la atención a la salud y a la enfermedad, en su sentido más tradicional, contienen datos necesarios e imprescindibles para entender las políticas sanitarias que influyen en gran medida en la medicalización de los servicios sanitarios y en su alejamiento de otras concepciones más integrales de la salud incluidas en la definición clásica de la Organización Mundial de la Salud.

PALABRAS CLAVE

Privatizaciones. Salud. Mercantilización de la Salud.

EL CONTEXTO GENERAL

El paradigma de esta ola privatizadora neoliberal está en tres afirmaciones: sólo existe el interés individual, privado en la solución de los problemas, el estado, las burocracias públicas sólo producen distorsiones de intereses y fomentan el parasitismo; la expresión de este interés individual se expresa en el ámbito económico, sólo tiene valor lo que cuesta dinero y sólo las relaciones económicas son transparentes; y por fin, la única manera eficiente y eficaz de proveer todo tipo de bienes y servicios es el mercado y la iniciativa privada, la provisión pública es ineficiente, burocrática e incapaz de adaptarse a los cambios de las demandas presentes. En realidad tras ellas subyace una cuarta que pertenece a la ideología no explicitada: la competencia es el único motor del progreso de la Humanidad, las actuaciones no competitivas (llamense solidarias o caritativas), sólo producen distorsiones que generan mas problemas que los que resuelven, cada persona debe de hacer valer sus propias opciones y la resolución de los problemas es de su exclusiva responsabilidad (ya sean vitales, de salud, educación, etc.) .

Privatizar según el diccionario de la real Academia es “transferir de lo público a lo privado, incluye no sólo la propiedad pública sino también las actividades públicas”. La privatización incluye transferir la producción al sector privado, aunque el servicio siga siendo en origen público, también transferir la regulación, haciendo que el mercado y no la regulación de las autoridades públicas sea quien defina y ordena el marco de las relaciones mediante la libre competencia, además está la introducción de mecanismos de mercado y competencia en los servicios públicos, son los pseudomercados que se basan en la separación de la financiación y la provisión. Lo privado representa el interés particular, la lógica del beneficio y lo publico representa el interés general.

El proceso de privatizaciones tiene una importancia no sólo en lo cuantitativo (cada vez hay mas provisión privada y esta pasado un determinado dintel se convierte en capaz de determinar la política sanitaria), sino sobre todo en lo cualitativo, se convierte un derecho en una mercancía sujeta a las leyes del mercado y por lo tanto, deja de ser exigible y queda mediatizada por la capacidad económica de las personas, pues la provisión privada va unida al correlato del pago por servicio, del aseguramiento privado y de los copagos, que son una tónica casi general en los países donde la provisión esta mayoritariamente privatizada.

En la Sanidad la ofensiva privatizadora ha tenido un impacto mundial habiéndose producido un retroceso muy significativo en los servicios públicos de salud. Aunque los objetivos generales de todo el proceso han sido similares en todos los

países del mundo, la estrategia ha variado de una manera muy notable dependiendo básicamente de las circunstancias previas en que se desenvolvían los servicios sanitarios.

En los países con sistemas muy privatizados, lo que se ha producido es una gran expansión de las compañías de atención sanitaria, haciendo disminuir progresivamente la llamada medicina liberal (el ejercicio profesional individual o en centros gestionados por los profesionales) pasando a grandes empresas, frecuentemente multinacionales que operan en muchos países del mundo. En donde tenían un modelo de Seguridad Social (sobre todo en Centroeuropa) las medidas han avanzado hacia una limitación de las coberturas asistenciales y un incremento de los copagos, amén de un papel cada vez mayor de las empresas privadas en la provisión.

El caso de los países con servicios o sistemas nacionales de salud, donde existía una cobertura pública prácticamente generalizada que estaba ligada también a una provisión pública hegemónica, la estrategia ha sido distinta. Conscientes de la imposibilidad práctica de una privatización masiva del sistema sanitario, se ha planeado una privatización por fases que se inició siguiendo las directrices de Alain Enthoven en lo que se conoce como “manager care” o competencia gestionada, cuyos principios son:

- División de los sistemas públicos en servicios y unidades de producción de menor tamaño y más especializadas en las que se pueden establecer criterios de estandarización y competitividad, imponiendo sistemas comerciales de recompensas y penalizaciones.
- Puesta en funcionamiento del gerencialismo, que favorece la búsqueda de la eficiencia y la cantidad sobre la salud y la calidad.
- Fomento de la competitividad, favoreciendo la elección de los centros por los consumidores, rompiendo con los criterios poblacionales y de planificación.
- Reconversión laboral de los centros buscando una reducción de los costes mediante las disminuciones de las plantillas.
- Apuesta por los nuevos servicios que concentran alta tecnología y que son fáciles de organizar como centros de producción continua (laboratorio, radiología, etc.).

La puesta en práctica de estas teorías tuvo su especial protagonismo en las propuestas de Margaret Thatcher, que iniciando la moda de utilizar formulas de marketing para encubrir las políticas llevadas a cabo, titulo como “working for patients” (trabajando por los pacientes) sus propuestas de desmantelamiento del

Servicio Nacional de Salud del Reino Unido. Estas iniciativas consiguieron una gran extensión a lo largo del mundo (Australia, Nueva Zelanda, Países Nórdicos, etc.) introduciéndose en todos sus sistemas sanitarios fenómenos de desregulación, fragmentación y competencia. Ahora, veinte años después puede asegurarse que no hay ningún dato que avale la eficacia de estas medidas que en términos generales no han aumentado la eficiencia de los sistemas sanitarios públicos y han creado graves problemas de inequidad y de quiebra de las políticas públicas de salud.

Otro aspecto importante es que esta política privatizadora se basa fundamentalmente en una medicina con un alto componente tecnológico y por lo tanto de base hospitalaria, marginando la atención primaria, que se suele caracterizar como propia del tercer mundo, en contra de todas las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la evidencia científica que señalan el papel clave de la Atención Primaria de Salud en el funcionamiento de todos los sistemas sanitarios. Paralelamente se descontextualiza la salud del ámbito social y económico donde se desarrolla, potenciando una visión biologicista que no considera los factores sociales, laborales y mediambientales, dando lugar a una noción parcelada de la enfermedad, y considerando la salud como un bien individual, en el que lo fundamental es la curación de la enfermedad, aunque sean enfermedades “inventadas”, medicalizando la vida y propiciando todas las intervenciones que se pueden facturar.

En este proceso las personas dejan de ser usuarios de los servicios sanitarios y se convierten en clientes, con las connotaciones que ello conlleva: el cliente “siempre tiene razón”, y sus demandas deben ser atendidas no en razón de sus necesidades sino de su bolsillo. Es otra forma de mercantilizar el sistema sanitario y de convertir el derecho a la salud en una mercancía sujeta a compraventa y a las leyes del mercado.

La “agenda oculta” de esta política privatizadora está en conseguir lo que se ha denominado “transición insensible” del sistema público al sector privado, que comienza por introducir criterios mercantiles y de pseudoeficiencia en el sector público (se confunde en el lenguaje eficiencia: conseguir un producto/una intervención de igual calidad al menor coste posible, con pseudoeficiencia: conseguir menores costes rebajando la calidad). Luego se pone en marcha la separación entre la financiación y la provisión, remedos de “contratos negociados” que son una farsa dentro del sector público ya que una de las partes depende funcional y orgánicamente de la otra, para abrir una especie de mercado (el mercado gestionado), que en realidad sólo permite conceder, de manera encubierta, un mayor

protagonismo al sector privado al que se favorece permitiéndole medrar en los segmentos económicamente rentables de la provisión sanitaria. Paralelamente, se fragmenta la red pública en empresas con personalidad jurídica propia, que en muchos casos escapan del control público, y que funcionan fomentando la competencia y abandonando la colaboración e integración de los servicios sanitarios. Hay que considerar además entre los efectos negativos de estos seudomercados en la gestión pública lo señalado por Andrew Wall “la separación entre compradores y proveedores introduce algo inherentemente antinatural porque hay una división forzada entre quienes hacen el trabajo y quienes lo planifican... Las personas y las organizaciones están motivadas por la perspectiva de ser capaces de tener una voz que cuente en lo que concierne a su futuro”.

El paso siguiente es el de conseguir un crecimiento significativo del sector privado, en cantidad y calidad, para que pueda convertirse en una alternativa al sector público para un segmento relevante de la población. Las medidas a adoptar son varias: primar la contratación del sector privado (aprovechándose del mercado gestionado), favorecer inversiones privadas dándoles facilidades estructurales y económicas, ceder al sector privado la gestión de algunos centros públicos (por ejemplo las concesiones administrativas), etc. Naturalmente esta derivación de fondos públicos hacia el sector privado supondrá inevitablemente un progresivo declive de los recursos públicos que se irán deteriorando.

Una vez que se haya producido este cambio en la relación de fuerzas será el momento de cambiar el sistema, y ahí entra el aseguramiento. Si la provisión privada es fundamental, se trata entonces de separar lo público de lo privado mediante una ruptura del aseguramiento que permita a los sectores más acomodados el tener un seguro propio, diferente y mejor que el seguro público, subvencionado con fondos públicos. Y a la vez establecer modelos de copagos generalizados que favorezcan los movimientos de los enfermos con fondos económicos suficientes y les permitan colarse en las listas de espera. Un sistema de este tipo, que obviamente se complementaría con un modelo de sector público para los pobres, una nueva beneficencia, significaría como ha pasado en otros países (el paradigma es EE.UU.) una gran inequidad ligada a la posición socioeconómica, unos costes muy elevados debido a los grandes costes de transacción que tienen los modelos privatizados, y un retroceso en los niveles generales de salud, con problemas de salud pública importantes (la erradicación de las enfermedades transmisibles es un interés de toda la población, ricos y pobres, pues mientras haya personas infectadas habrá riesgo de la extensión de la enfermedad a toda la población).

Ese es el horizonte hacia el que se pretende avanzar mediante una estrategia “insensible”, con pasos inicialmente muy lentos y en lugares muy concretos y aislados entre sí, para conseguir que esta acumulación de pequeños cambios produzca una transformación de la situación general, esperando que cuando la mayoría de la provisión este en manos privadas, y el sector público se haya deteriorado nos encontraremos en un punto de difícil retorno.

LA PRIVATIZACIÓN EN ESPAÑA

En España esta estrategia tuvo su primera expresión en el Informe de la Comisión de Evaluación del Sistema Nacional de Salud (SNS), más conocido como Informe Abril, que ya en 1991, cinco años después de la aprobación de la Ley General de Sanidad, la cuestionaba en sus aspectos más fundamentales y propugnaba la empresarización de los centros sanitarios, el establecimiento de mercados y de la competencia dentro del SNS, así como, la ampliación de los copagos. Aunque inicialmente sus recomendaciones fueron oficialmente descartadas por el amplio rechazo social y profesional que produjeron, la realidad es que han estado detrás de la mayoría de las transformaciones que ha sufrido el SNS desde entonces.

Posteriormente, se produciría la aprobación de la Ley 15/97 sobre nuevas formas de gestión que propiciaba su creación (si bien es cierto que con anterioridad ya se habían puesto en funcionamiento algunas fundaciones sanitarias en Galicia y se habían creado en Andalucía las empresas públicas para la gestión de hospitales) e incluso permitía la conversión de los centros públicos en fundaciones, lo que se evitó mediante amplias movilizaciones sociales. Asimismo se aprobó en las Cortes el llamado Acuerdo para la consolidación y modernización del SNS, donde volvían a actualizarse los mismos planteamientos del Informe Abril, con algunas pequeñas variantes y omitiendo aquellos aspectos que parecían más socialmente rechazables como los relacionados con los copagos.

En los últimos diez años se ha producido en el SNS un incremento notable de los fenómenos de privatización del sistema sanitario público. Estas privatizaciones han avanzado en muchos casos de forma encubierta mediante las denominadas “externalizaciones” que suponen la contrata de determinados servicios sanitarios que se realiza desde los distintos centros de gasto (hospitales y atención primaria) no apareciendo contabilizados en el apartado de conciertos de los presupuestos, pero que en la práctica suponen cantidades muy relevantes, en muchos casos superiores a las destinadas a conciertos.

Pero también ha habido un aumento significativo de los conciertos con el sector privado, bien de algunos recursos concretos, bien de la cesión de la asistencia sanitaria de determinadas áreas al sector privado, fenómeno que es de una gran frecuencia y que alcanza a muchas CC.AA. A destacar las concertaciones con los hospitales Pascual y Hermanos de San Juan de Dios en Andalucía, la Clínica POVISA en Vigo, y la XHUP en Cataluña.

La creación de entidades con personalidad jurídica despuntó con la creación de fundaciones sanitarias, inicialmente en Galicia y posteriormente generalizadas a los nuevos hospitales del INSALUD durante el Ministerio de Romay Beccaría. También hay que señalar que en Cataluña existían previamente a la democracia muchas fórmulas con personalidad jurídica propia y de carácter mixto (empresas, consorcios, etc.).

Como puede comprobarse la privatización de servicios ha avanzado de una manera muy importante en casi todas las CC.AA. La separación entre financiación y provisión es casi generalizada, aunque en la mayoría de los casos es una ficción con escasa operatividad práctica.

Las nuevas fórmulas de gestión abarcan al sistema público (fundaciones, empresas públicas, sociedades anónimas), al privado (concesiones administrativas, EBAs) o mezclan a ambos (PFI, consorcios). Todos los estudios realizados sobre su eficacia han sido negativos, de manera que no se ha podido demostrar que hayan mejorado la atención sanitaria, en algunos casos la empeoran, y los costes para el sistema público suelen ser netamente superiores, aparte de los problemas que tiene el cambiar la relación de fuerzas entre los público y lo privado en el sistema sanitario, poniendo en cuestión la hegemonía del sector público y abriendo camino hacia una privatización abierta de la Sanidad.

LA PRIVATIZACIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID

La privatización sanitaria ha experimentado un gran aumento en la Comunidad Madrid, porque responde a la estrategia general del Partido Popular de desmantelamiento de los servicios públicos y de favorecer el sector privado empresarial. El proceso ha seguido inicialmente la misma tónica general, es decir, una serie de lentas e insensibles transformaciones, pero en estos últimos años ha tenido una gran aceleración.

Concertación

Las concertaciones con el sector privado se han incrementado de una manera notable en la Comunidad de Madrid. El crecimiento de los dos epígrafes del presupuesto que se dedican a financiar al sector privado además de al gasto farmacéutico (gastos corrientes en bienes y servicios y transferencias corrientes) han pasado de un 48,47% del presupuesto en 2003 al 50,38% en 2006. Por otro lado, el crecimiento de estos conceptos en el presupuesto de 2006 respecto a 2005 ha sido del 7,49% (gastos corrientes en bienes y servicios) y del 7,66% (transferencias corrientes), mientras que el aumento global del presupuesto era del 6,82%.

La concertación ha tenido un gran impulso con el programa de atención a las listas de espera, que como se señala en los anexos propicia la derivación de enfermos del sector público al privado.

El caso de la Fundación Jiménez Díaz (FJD) es un caso especial. La Fundación tenía un concierto especial con el INSALUD amparándose en el carácter no lucrativo de la entidad, de manera que, aunque no tenía asignada un Área de Salud, sí tenía adscrita la asistencia sanitaria de un colectivo importante de población provenientes de las Áreas del Hospital Clínico y Hospital 12 de Octubre. Los problemas económicos de la FJD son bien conocidos y se arrastran desde hace más de treinta años, por lo que la Sanidad Pública ha reflotado en varias ocasiones su deuda, a cambio de la presencia del INSALUD en el Patronato. Después de las transferencias sanitarias, la Consejería de Sanidad ha sustituido a éste, y coherentemente con su política de privatización ha favorecido y casi impuesto la entrada de la FJD en el Grupo CAPIO, una multinacional sueca, que gestiona catorce hospitales en España (la mayoría por la compra de los que tenían las Hermanas Recoletas) y que esta posicionándose en la CM donde tiene la FJD, un hospital en Alcalá proveniente de la compra antes mencionada, el Hospital Sur en Mostotes de nueva construcción y donde ha conseguido la concesión administrativa del Hospital de Valdemoro que luego de comentara.

Evidentemente la presencia de CAPIO en la FJD debería haber cambiado sustancialmente la situación de concierto singular que tenía con la Comunidad de Madrid, al tratarse de una entidad comercial con ánimo de lucro, no obstante la Consejería de Sanidad no sólo no ha alterado el concierto, sino que lo acaba de renegociar con más ventajas (por un importe de 106.749.000 euros, en 2004). Por otro lado en la propuesta de nueva zonificación sanitaria de la Comunidad de Madrid, se coloca a la FJD como Hospital de una de las nuevas Áreas, la 14, con

373.500 habitantes, y además con lo que quede de la Clínica Puerta de Hierro como hospital de apoyo.

Otro índice de la política privatizadora es la expansión de los centros sanitarios privados, que cuentan ya con el 47% de los centros y el 37% de las camas hospitalarias de la Comunidad de Madrid (suponen el 15% del total de la facturación privada en España), y la apertura de nuevos hospitales privados en Madrid. Algunas empresas como Sanitas y Quirón (que ya tiene varios centros y una dilatada experiencia en Cataluña) están incrementando su presencia en Madrid, contando con un claro apoyo del Gobierno de la Comunidad (por poner sólo un ejemplo, la presidenta de la Comunidad de Madrid y el Consejero de Sanidad inauguraron el nuevo Hospital de Sanitas en La Moraleja).

Externalizaciones

Se denomina externalizaciones a la derivación a empresas del sector privado de parte de los procesos ligados o no directamente a la atención sanitaria de los centros públicos. El proceso de externalizaciones comenzó en los años 80 con algunos servicios no sanitarios (limpieza, cafetería, comedores, cocina, etc.) y se ha ido ampliando a una gama cada vez más extensa de los servicios prestados: todo tipo de pruebas diagnósticas, rehabilitación, atención domiciliaria, etc. Un tema de especial relevancia son los archivos de historias clínicas, por la cesión a empresas privadas de datos confidenciales especialmente protegidos.

La utilización creciente de este mecanismo de externalización está seguramente fundamentada en la ausencia de transparencia y publicidad de la misma, de manera que resulta imposible cuantificar exactamente el fenómeno, apareciendo los gastos producidos dentro de los presupuestos de los hospitales y gerencias de Atención Primaria. En todo caso el último informe de la OCDE reflejaba un incremento de la provisión privada en España que se acercaba a los siete puntos porcentuales en los últimos cinco años.

Nuevos Modelos de Gestión

Los nuevos modelos de gestión han tenido dos exponentes en la CAM, por un lado la Fundación de Alcorcón, creada en los tiempos en que Romay Beccaria era Ministro de Sanidad, y la empresa pública del hospital de Fuenlabrada.

1) Fundación Alcorcón (FA)

Es una fundación de creación anterior a la Ley 15/97 por lo que estaba sujeta a la normativa legal sobre fundaciones, y realmente como lleva un tiempo suficiente de funcionamiento pueden evaluarse sus resultados con una cierta garantía. El problema como ya se ha señalado, está en la falta de información actualizada que existe a todos los niveles en la CM, en todo caso comparado con los hospitales de gestión tradicional la dotación de personal es significativamente inferior (médicos, de manera muy notable enfermería, etc.), así como, la de infraestructuras básicas (el número de camas que se oferta a la población es menor, los TAC, quirófanos, etc.). Las consultas y urgencias por 1.000 habitantes son superiores en los centros públicos .

La supuesta eficiencia del modelo se ve inexistente, (por ejemplo las intervenciones por quirófano y año, que revelan el aprovechamiento de los mismos son claramente superiores en el centro público). Por otro lado, los procedimientos al alta son casi el doble en el hospital público, lo que evidencia probablemente una mayor complejidad de los enfermos ingresados, lo que es coherente con una menor tasa de ingresos por 1.000 habitantes. A pesar de todo, de los ahorros en personal, recursos y actividad, el gasto es sólo levemente menor en la FA.

No se ha podido estudiar el porcentaje de derivaciones de la FA, ya que no facilita estos datos, aunque se ha evidenciado en las fundaciones de Galicia porcentajes muy superiores de derivaciones a los centros públicos, que se señala como una evidencia de la realización de “selección de riesgos” (atender a los enfermos menos complejos, derivando a otros centros a los que por su patología son “menos rentables”). Por otro, lado las listas de espera de la FA no son conocidas, como tampoco las reclamaciones, aunque en 2000 tuvo el dudoso honor de ser el hospital de todo el INSALUD con mayor número de reclamaciones, a pesar de ser de tamaño medio.

Más preocupante resulta que en la nueva zonificación sanitaria el Área 15 se adjudique a la FA, con lo que el ratio de camas por 1.000 habitantes del nuevo área quedara en 1,2 lo que es notoriamente insuficiente.

2) Empresa Pública Hospital de Fuenlabrada

Creada en 2002 como empresa pública, el hospital de Fuenlabrada se puso en funcionamiento en 2004, por lo que todavía está en proceso de rodaje de sus actividades. La página web del hospital (www.hospitaldefuenlabrada.org) no ofrece ningún dato sobre su actividad asistencial, ni sobre la plantilla ni las dotaciones del centro (consultada 24/8/2006).

La experiencia de las empresas públicas en Andalucía ofrece unos resultados similares a las fundaciones sanitarias. Se caracterizan por plantillas escasas, número reducido de camas, falta de transparencia informativa, y problemas de los usuarios con patologías más complejas que son derivados frecuentemente a los centros de gestión pública.

Los hospitales de la Iniciativa de Financiación Privada (PFI)

La PFI ha sido una iniciativa que comenzó en el Reino Unido durante los gobiernos de Blair. En esencia, se trata de un mecanismo por el que empresas privadas se encargan a cargo de sus fondos de la construcción de un Centro Hospitalario (en el Reino Unido en la mayoría de los casos se trataba de hospitales antiguos que precisaban una profunda remodelación arquitectónica), a cambio el sector público (el National Health Service) se hace cargo de unos pagos anuales o mensuales aplazados durante un largo periodo de tiempo (generalmente 30 años, en realidad se trata de una especie de préstamo hipotecario), y además recibe unas concesiones de explotación de los servicios no sanitarios de los centros (en principio cafeterías, aparcamientos, servicios de mantenimiento, etc.). En teoría las ventajas de la PFI es que permite al sector público aprovecharse de la capacidad de inversión de las empresas privadas.

En Madrid se ha planteado la PFI, amparándose en la figura jurídica de concesión de obra pública, en siete hospitales de nueva creación (Majadahonda, Vallecas, Parla, Aranjuez, Coslada, Arganda y San Sebastián de los Reyes), concediendo a la empresa privada, además de los servicios antes señalados, otros que tienen más implicaciones en lo asistencial: informatización, admisión, personal administrativo y no sanitario, archivo de historias clínicas, etc.

No obstante, los problemas del modelo son bien conocidos en el Reino Unido donde ya ha habido tiempo suficiente para evaluarlo. Se han señalado varios por parte de la National Health Consultant's Association:

El primero es el económico, ya que los pagos finalmente superan de una manera muy importante las inversiones realizadas y se ha calculado que sólo durante los dos primeros años las inversiones superan a los pagos y a partir del séptimo año se producen beneficios netos para las empresas adjudicatarias (se han estimado en aproximadamente unos 15.000 millones de libras (ver figura 1, A Pollock 2005). En el caso de la CM se ha calculado que como mínimo las empresas adjudicatarias recibirán entre cuatro y seis veces la inversión realizada, y en todo caso se hipoteca a la Comunidad los próximos 30 años, dejando reducida de una manera drástica su capacidad inversora.

El segundo problema es que el modelo va asociado a una reducción significativa en el número de camas disponibles. En el Reino Unido se ha realizado una disminución del 5,4% de las camas hospitalarias en un año y esta planificada una reducción del 30,8% al final del proceso .

En Madrid el número de camas hospitalarias es insuficiente para la población que va a ser atendida. La tabla siguiente recoge el número de camas propuesto y la ratio de camas, así como de médicos, enfermeras y personal sanitario por 1.000 habitantes, con la salvedad de que la población es la correspondiente al censo de 2005 y que presumiblemente será mucho mayor el día que se pongan en funcionamiento los centros. En la tabla faltan los datos de personal de Majadahonda que todavía se desconocen; se supone que se trasladará el personal del Hospital de Puerta de Hierro. Se incluyen los del Hospital de Móstoles para estimar la diferencia de ratios de un Hospital tradicional (a pesar de que no se trata de los que tienen más plantilla dentro de la Comunidad de Madrid).

	Nº de camas	Camas /1000 hab.	Médicos /1000 hab.	Enfermeras /1000 hab.	Personal sanitario 1000/habitantes
Majadahonda	794	1,32			
Vallecas	324	0,76	0,55	1,07	1,86
Parla	180/276	0,83	0,46	1,14	1,99
Aranjuez	60/115	0,85	0,68	1,7	3,06
Coslada	187/240	1,1	0,67	1,69	2,96
Arganda	110/148	0,68	0,63	1,16	2,08
Hospital del Norte (S.S de los Reyes)	230/350	0,92	0,73	2,47	2,56
Móstoles		2,06	1,3	4,5	7,7

Evidentemente, con estas ratios de camas y de profesionales de la salud/habitante va a ser imposible que se asegure una atención sanitaria de calidad a los ciudadanos. La mayoría de ellos, con la excepción del Hospital de Majadahonda, están concebidos como grandes centros de urgencias con espacios insuficientes para la hospitalización, que básicamente se van a dedicar a cirugía poco complicada, hospitalización de día y a estabilizar y clasificar a los enfermos con patologías importantes antes de derivarlos a los hospitales de referencia, lo que todavía es más grave si se tiene en cuenta que dos de ellos van a ser cabeceras de las nuevas Áreas de Salud (Hospital de Vallecas del Área 12 y el Hospital del Norte de la 13).

Pero además, el personal de estos nuevos hospitales va a salir del traslado de los profesionales que ya están trabajando en el sistema sanitario público madrileño, para lo que se han convocado las plazas como “reordenación de efectivos”, es decir traslado, y existen sospechas más que fundadas (por ejemplo que no se ha presupuestado aumento de la plantilla en el proyecto de presupuestos de Madrid para 2008) de que las vacantes que dejen estos traslados van a ser amortizadas, lo que también está fundado en los planes de la Comunidad de Madrid de disminuir camas en los centros actuales (entre 600 y 1.000) con lo que el final del proceso será un cambio de la ubicación de las camas, pero no un aumento de las mismas, con lo que seguiremos con un déficit creciente de recursos públicos.

Y un último detalle, en estos nuevos centros no se contemplan plazas de análisis clínicos; se va a externalizar en el sector privado, y los efectivos de radiología se van a concentrar en el Hospital del Norte. Ambos hechos son gravísimos, dado que se trata de especialidades básicas a la hora de la realización de las exploraciones diagnósticas y van a dificultar la asistencia sanitaria en los nuevos centros no ofreciendo además garantías a los ciudadanos de calidad en la atención, por lo que han merecido el rechazo de las sociedades científicas de las especialidades correspondientes.

Tampoco deja de ser relevante, que pese a tener todas unas dotaciones insuficientes, los que tienen mayores ratios de camas (Majadahonda y Norte) se encuentran ubicados en las áreas oeste y norte que son las que cuentan con un mayor nivel socioeconómico.

El tercer grupo de problemas está relacionado con los derivados de la existencia de dos empresas gestionando un mismo centro, y de los intereses económicos que priman en una de ellas. La descoordinación y falta de sincronía ha sido la regla, con los problemas asistenciales que de ello se derivan, habiéndose perdido el sen-

timiento de que todos trabajan para la misma organización. Las responsabilidades compartidas plantean dificultades cuando aparece un conflicto y no se puede conocer bien quien tiene la responsabilidad sobre el mismo. A más que el diseño arquitectónico de los centros es con frecuencia inadecuado para los centros sanitarios porque están realizados por constructores no familiarizados con el sector.

Un cuarto grupo tiene que ver con la excesiva rigidez, dado que los edificios pertenecen a las empresas concesionarias resulta muy difícil promover cualquier cambio estructural en los mismos, y además es muy costoso económicamente. También las condiciones laborales son significativamente distintas y peores y la cantidad del personal es menor que en los centros públicos.

El quinto tipo de problemas detectados es un aumento de las infecciones nosocomiales, incluidas aquellas por estafilococos meticilin resistentes, que se han achacado a un deterioro en las condiciones higiénicas tanto estructurales como de limpieza y a diseños inadecuados en la hospitalización.

Más recientemente, en el Boletín de la Organización Mundial de la Salud se analiza el modelo de las PFI, señalando que se han detectado cuatro tipos de problemas: los hospitales son más caros que los construidos con el modelo tradicional; la calidad es menor porque se hace hincapié en los cumplimientos de los plazos por encima del control de calidad de los centros; problemas relacionados con la falta de flexibilidad del modelo de PFI; y la existencia de un modelo extremadamente complejo que dificulta el funcionamiento de los centros. La conclusión es que “Este sistema complica aún más, la ya de por sí difícil tarea de construir y dirigir un hospital”.

En el caso de la Comunidad de Madrid, el fenómeno se complica con la constitución de seis empresas públicas para la gestión de todos estos centros, excepto el de Majadahonda, y que supone un intento de incrementar las características privatizadoras del modelo.

Concesiones administrativas

Para el otro Hospital, el de Valdemoro se ha elegido el modelo de concesión administrativa sobre el que ya hay una amplia experiencia en la Comunidad Valenciana (Alzira, Denia, Torrevieja), sin resultados positivos puesto que los costes, siempre sufragados por los presupuestos públicos, se dispararon. Por otro lado, existe una amplia experiencia internacional sobre los problemas de los centros

privados, que son más caros, tienen mayor mortalidad y morbilidad, ajustando los casos por la gravedad de la patología atendida; tienen plantillas más escasas y presentan mayores problemas de insatisfacción de los profesionales; asimismo, tienen elevados costes administrativos y practican habitualmente la selección de riesgos.

En el caso del Hospital de Valdemoro, además de tener unas ratios de camas por 1.000 habitantes reducidas (0,90), se da el caso de que se la empresa concesionaria ha sido CAPIO que como ya se ha señalado es también la propietaria de la Fundación Jiménez Díaz, con lo que esta adquiere una presencia relevante en la provisión sanitaria financiada públicamente.

A todo lo anterior hay que añadir que la Ley de Acompañamiento de los presupuestos de 2008 faculta al gobierno de la Comunidad de Madrid para convertir todos los centros sanitarios actuales en cualesquiera fórmulas de gestión con personalidad jurídica propia, ampliando las facultades que ya establecía la LOS-CAM. Quedan pues pocas dudas de cuales son los propósitos del gobierno de la Comunidad.

En conclusión, en la Comunidad de Madrid se está viviendo un intenso proceso de privatización de los servicios sanitarios públicos, ofreciendo al sector privado una cada vez mayor participación en los servicios sanitarios. Este proceso, que responde a una estrategia general del PP, en confluencia con la ideología neoliberal, pretende convertir la salud en una mercancía abandonando su carácter de derecho básico y cuestionando la integralidad e integración de la Sanidad Pública madrileña.

¿QUÉ SE PUEDE HACER?

Desde luego la situación no es fácil, y está claro que existen muy potentes intereses políticos y económicos que presionan en el sentido del desmantelamiento de los servicios públicos, pero no es menos cierto que la historia nos enseña que son posibles profundas transformaciones, que casi todas se han realizado a contracorriente de los grandes grupos de intereses, y que vivimos en una sociedad democrática, donde los gobiernos necesitan el respaldo de los ciudadanos.

De una manera sumaria habría que trabajar en tres aspectos:

Primero: el ideológico, el de la información. Casi todas las privatizaciones se realizan al amparo de una desinformación generalizada y de una propaganda que esconde los problemas. Tener capacidad de desvelarlos ante los profesionales y los ciudadanos y de poner en conocimiento de la opinión pública los desastres que se han producido en otros países por las privatizaciones, es el paso previo y fundamental.

Segundo: el profesional. Las privatizaciones no son sólo agresiones contra la salud de la población, sino que también imponen a los profesionales condiciones de trabajo que conculcan la calidad de la atención sanitaria. Es preciso lograr una alianza de los profesionales de la salud con capacidad para enfrentarse a estas iniciativas en nombre de la calidad y la profesionalidad.

Tercero: el ciudadano. Nuestro sistema sanitario tiene todavía un gran aprecio social, como se demuestra con el hecho de que todas las maniobras de privatización, se hacen intentando encubrir la realidad, todos los políticos, sin excepción, se deshacen en las de la Sanidad Pública. Los ciudadanos son una pieza clave en el funcionamiento del sistema sanitario y deben de tener capacidad para hacer oír su voz.

La salud y la enfermedad, son básicamente una cuestión social y no pueden tener respuestas ignorando esta realidad y convirtiéndolas sólo en un problema microbiológico o genómico, por eso precisa de respuestas integradas y multidisciplinares que chocan con las concepciones mercantilistas que niegan la salud como derecho de las personas.

Sabemos lo que nos jugamos y que la estrategia privatizadora juega a largo plazo y confía en conseguir éxitos a partir de cambios insensibles y en cuestiones que a veces parecen poco relevantes. Por eso hemos de ser capaces de responder ante cada agresión concreta y ser conscientes de que cualquier avance en la defensa de la Sanidad Pública, por pequeño que parezca, es sustancial para su mantenimiento.

BIBLIOGRAFÍA

Ley General de Sanidad BOE 29/4/1986.

Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Cortes Españolas. Madrid 1991.

Ley 15/1997 sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. BOE 26/4/1997.

Acuerdo para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1998.

Sánchez Bayle M: Hacia el estado del malestar. Los libros de la Catarata. Madrid 1998.

Declaración de Alma Ata. www.paho.org

Organización Mundial de la Salud: Los objetivos de salud para todos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1987.

OMS: Carta de Ljubljana sobre reformas de los sistemas sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1997. Organización Mundial de la Salud: Salud para todos en el siglo XXI. www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/n1/salud1.html

Starfield B, Shi L: Contribution of primary care to health systems and health. *Mibank Q* 2005; 83 : 457-502.

Santos B, Domínguez L : Nuevos modelos de gestión en Andalucía. *Salud 2000*; 1998, 65: 10-19.

Martín García M, Sánchez Bayle M: Nuevas formas de gestión y su impacto en las desigualdades. *Gac Sanit* 2004 (Supl1): 96-101.

Fisher P: Las iniciativas de financiación privada. *Salud 2000*; 2005, 101 :16-17.

Sánchez Bayle M, Colomo C, Repeto C (editores): *Globalización y Salud*. Sanidad Pública. Madrid 2005.

Pollock A: *NHS pic*. Verso. London 2005.

Sánchez Bayle M.: Los nuevos hospitales de Madrid. *El País* 19/4/2006.

Martin McKee, Nigel Edwards, & Rifat Atun: Privately financed hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006;84:890-896.

Sánchez Bayle M.: La política privatizadora en: *La Sanidad en la Comunidad de Madrid* 2006. ed: M Sánchez Bayle. Ediciones GPS. Madrid 2006.

Leys C: Como se privatiza el Servicio Nacional de Salud británico. *Salud 2000*, 2007;113:8-14.



LA ATENCIÓN PRIMARIA EN MADRID

Juan Luis Ruiz-Giménez Aguilar

Médico de Familia en el Centro de Salud Vicente Soldevilla

RESUMEN

La Atención Primaria de Salud (APS) de Madrid se enmarca históricamente dentro del Sistema Sanitario Público y de la estrategia de Promoción de la Salud (PS). Se valora como una importante conquista social que en la actualidad sufre transformaciones que pueden peligrar aspectos primordiales del modelo. Las características esenciales son ser puerta de entrada del Sistema Sanitario con una amplia accesibilidad, la integralidad de la atención, su continuidad, la coordinación, la participación y responsabilidad del ciudadano. El Trabajador Social forma parte del Equipo de Atención Primaria (EAP) con un papel específico y necesario aunque se le da un peso muy limitado. Existen dificultades y barreras pero también fortalezas y oportunidades para los retos de la Atención Primaria de Salud (APS) entendida como una estrategia y una filosofía.

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria Salud. Promoción de la salud. Características esenciales. Enfoque comunitario.

BREVE ENMARQUE HISTÓRICO

La reflexión sobre la actualidad de la Atención Primaria de Salud en el Sistema Sanitario de Madrid necesita de un encuadre dentro del sistema sanitario español.

El sistema sanitario español, en el momento actual, es el resultado de una serie de factores socioculturales, sanitarios y políticos que han ido evolucionando a lo largo de nuestra historia y que puede, y debe ser considerado sin duda como un gran logro social.

Es posible identificar una serie de etapas como las más significativas en la historia de este último siglo (sintetizadas en la Tabla I), donde se muestra una tendencia progresiva hacia un Sistema Nacional de Salud de financiación y provisión pública con las características sociopolíticas (reflejadas en la Tabla II).

Desde hace unos 10 años entramos en una etapa de transformaciones y reformas, motivadas más por intereses económicos y aplicación de políticas neoliberales, que por necesidades intrínsecas al sistema y que están provocando importantes distorsiones del mismo y que van a tener su influencia en la situación actual de la APS.

En su conjunto es un sistema valorado satisfactoriamente a nivel internacional por los expertos y los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y nacionalmente por los profesionales y por la ciudadanía.

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

Se puede hablar de la APS como el primer nivel asistencial de los Sistemas Sanitarios, cómo una de las líneas de la estrategia de la promoción de la salud, o cómo una filosofía. La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ adoptó en 1978 la siguiente definición de APS (Tabla III).

Desde el inicio de los años setenta, empieza a cobrar peso en círculos internacionales la idea de que los servicios de salud tradicionales no son capaces de resolver los cambiantes problemas de salud, tanto en los países desarrollados

1 OMS: Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. Ginebra 1981.

OMS: Carta de Ottawa para la promoción de la salud. 1986.

OMS: Conferencia de Yakarta sobre promoción de la salud, conceptos y principios. 1991.

como en los no desarrollados. Como resultado del análisis y el debate internacional de la crisis se acuerda establecer, en el marco de las políticas de la OMS, una reforma estratégica de los Sistemas Sanitarios que deben reorientarse hacia la Promoción de la Salud.

En 1978, bajo la óptica del nuevo programa a largo plazo de la OMS: "Salud para Todos en el Año 2000" (SPT). Se celebró la conferencia de Alma Ata, en la que se definió la estrategia y se analizaron las propuestas de políticas de salud necesarias para conseguir el objetivo establecido. Desde entonces se han celebrado múltiples conferencias internacionales (Ottawa, México, Yakarta, Bangkok); así como grupos de trabajo sobre la PS en el intento de identificar las estrategias y acciones que favorecieran el progreso hacia la salud para todos. Si bien, al final del siglo pasado, se dieron pasos en la mejora de los indicadores de evaluación establecidos, quedaron muy lejos de las metas, obligando a reforzarlas para el siglo XXI.

En la 51ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS (celebrada en mayo de 1998), se acordó la "Política de Salud para Todos para el siglo XXI"² en la que se establece como objetivo principal el conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud. Plantea para ello dos metas principales, promover y proteger la salud de las personas a lo largo de toda su vida y reducir la incidencia de las principales enfermedades, lesiones, y del sufrimiento que originan. También se definen los cimientos éticos y las líneas estrategias que hay que desarrollar (Tabla IV).

Aunque desde su nacimiento la filosofía de atención primaria ha sido motivo de controversia y crítica (aplicabilidad y utilidad en los países desarrollados, barreras políticas, dualismo entre cuidados médicos y medicina "popular", debilidad ideológica, etc.), persiste la idea de que la atención a la salud debe sobrepasar el estrecho marco de los servicios sanitarios.

Aún conociendo las limitaciones y contradicciones existentes en los Organismos Internacionales de las Naciones Unidas, la estrategia ha provocado una serie de convulsiones y generado movimientos de cambio y de reformas. La interpretación de la estrategia ha sido dispar y contradictoria en los distintos países dependiendo, entre otros factores, de la voluntad política de los gobiernos y de la conciencia social y profesional de su necesidad. A pesar de estas resistencias se han producido modificaciones importantes en todos los sistemas sanitarios de Atención Primaria.

2 OMS: Salud 21, Salud para todos en el siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.

Existe evidencia científica suficiente para afirmar que tal estrategia contribuye al mejoramiento de la salud y la prevención de enfermedades tanto en países desarrollados como en los en vías de desarrollo³. La promoción de la salud actúa sobre los determinantes de la salud en cuanto que aumenta la salud de la gente, contribuye significativamente a la reducción de las desigualdades, asegura los derechos humanos a la vez que constituye un capital social.

SITUACIÓN EN ESPAÑA

En nuestro país la reforma de la Atención Primaria de los "80"⁴ debe enmarcarse en el proceso de reforma de nuestro Sistema Sanitario Público, como proceso de consolidación tras la reforma hospitalaria de los "70" y adecuarse a la línea internacional de reorientación de los Servicios Sanitarios. Señalamos como conquista social la aprobación de la Ley de Sanidad de 1986 como marco de defensa de los Servicios Públicos para garantizar el derecho a la salud.

Consideraciones sobre la reforma del nivel primario:

1. El modelo de organización de EAP pretendía reforzar el papel de la Atención Primaria como puerta de entrada y modulador del sistema sanitario, aumentar la capacidad de resolver problemas y satisfacer necesidades con una atención más accesible, integral y continua, facilitar la multidisciplinaridad y complementariedad, mejorar la calidad científica del proceso así como la utilización adecuada de los recursos y el propiciar la participación de la comunidad. Con la organización en EAP se han conseguido logros importantes respecto al sistema anterior de cupo, pero no permite concluir que se haya conseguido todo lo que se pretendía.

3 IUHPE: La evidencia de la eficacia de la promoción de salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Dos libros. Edita Ministerio Sanidad y Consumo. Madrid. 2000.

4 Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril) Edición anotada. Ministerio Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones. Madrid 1986.

Real Decreto 137/84 Estructuras básicas de salud. Ministerio de Sanidad y Consumo: Ley General de Sanidad. Ed Centro Publicaciones. Madrid 1995.

Organización del Equipo de Atención Primaria. Ministerio Sanidad y Consumo. Insalud. Madrid 1990.

Ruiz Giménez, JL; La Atención Primaria de salud en el Sistema Sanitario Público: " Lo que nos queda por hacer" en el libro Situación actual y futuro de la APS. Págs. 259-279, FADSP, Madrid 1993.

Ruiz Giménez, JL: El Sistema Sanitario. El Sistema Nacional de Salud en España. En el libro Salud Pública y Enfermería Comunitaria Vol. II, Págs. 587-608 McGraw-Hill-Interamericana. Madrid 2000.

Ruiz Giménez, JL: La Atención Primaria de salud. En el libro Salud Pública y Enfermería Comunitaria Vol. II, Págs. 609-635 McGraw-Hill-Interamericana. Madrid 2000.

2. Sin lugar a dudas el EAP ha ido afianzándose con un grado alto de consecución de los objetivos inicialmente planteados. El nuevo modelo está implantado en más del 90% de la población de la Comunidad Autónoma de Madrid (C.M.). Quedando todavía población atendida por cupos del modelo antiguo.

Existen características esenciales básicas, establecidas en la Ley de Sanidad de 1986 que obligan a todas las Comunidades Autónomas (CC.AA.) y que definen el modelo organizativo. Como consecuencia de la descentralización administrativa y las competencias transferidas, se han introducido diferencias en la organización de los servicios sanitarios tanto en la atención primaria como en la especializada.

3. El modelo diseñado de organización, referido a los Equipos de Atención Primaria y Centros de Salud, es un modelo operativo reconocido internacionalmente como válido, económico y que reproduce aspectos del modelo biomédico especializado, que de entrada no pone en tela de juicio sus criterios, contenidos y metodología pero que permite cambios más profundos hacia un modelo integral de atención a la salud.

En 1994, mediante el análisis comparado de indicadores sanitarios, la profesora Starfield⁵ llegó a la conclusión de que los países que disponen de una atención primaria potente consiguen mejores niveles de salud, mayor satisfacción de la población con sus sistemas sanitarios, y menores costes del conjunto de los servicios. En estos estudios España obtiene una situación sanitaria buena; y la contribución de la Atención Primaria a estos resultados ha sido esencial, a juzgar por el índice que mide el grado de desarrollo de la atención primaria (al comparar 10 indicadores en 18 países de la OCDE nos situamos en el tercer puesto). Los autores de este informe concluyen que una mejor salud de la población se relaciona con un buen sistema de atención primaria y con sus características de longitudinalidad, coordinación entre niveles, orientación familiar-comunitaria y facilidad en el acceso geográfico.

A estos datos tan estimulantes hay que añadir, en España, los elevados niveles de satisfacción de los ciudadanos, que suelen superar el 70% de personas satisfechas con la atención recibida, y el bajo coste de los servicios de atención primaria y del sistema sanitario en general.

5 Starfield B. Is primary care essential? Lancet 1994; 344: 1129-33.
Starfield B. Is US Health Really the Best in the World? JAMA 2000; 284: 483-5.

4. Se trata de un modelo en proceso continuo de cambio, sujeto a prioridades políticas, económicas y sociales coyunturales, que en ocasiones ponen en cuestión elementos esenciales del modelo. La reforma ha tenido fases y ritmos distintos: Los primeros diez años fueron los de expansión e implantación, existiendo un retroceso posterior en el papel que tiene en el conjunto del sistema. Esta fase debe enmarcarse dentro de las políticas neoliberales que empiezan a ser hegemónicas en la década de los 90, y que van a dañar los Servicios Públicos y potenciar la mercantilización de la salud, la enfermedad y la privatización.

En la actualidad el nivel primario está sufriendo una situación de crisis: los procesos de masificación, recortes en recursos personales, materiales y estructurales, limitación en el acceso a medios complementarios y nuevas tecnologías, déficit de organización, pérdida de protagonismo, fragmentación del sistema, mercantilización de la salud, hegemonía de lo biomédico sobre el enfoque biopsicosocial y el alto grado de dependencia.

Durante 2006-2007 el Ministerio de Sanidad ha propiciado un estudio detallado de la situación de la Atención Primaria (AP) en España con la colaboración de las CC.AA. y expertos de las distintas sociedades científicas quienes han propuesto la Estrategia de Atención Primaria para el Siglo XXI (APXXI)⁶ para los próximos cinco años que ha sido aprobada por el Consejo Interterritorial.

En todos los sistemas de salud existentes en el mundo se plantean la forma de conseguir dar atención a las necesidades cambiantes y crecientes de la población con recursos limitados y sin desigualdad. Tal reto depende tanto de la voluntad y acción político social, cómo de la colaboración de los profesionales y trabajadores de la salud y de la presión y participación de la población.

Detrás de las diferentes posiciones ante el proceso de reforma se aprecia una confrontación de concepciones y de valores diferentes sobre la salud y la enfermedad, muy especialmente en la forma en que la sociedad y los individuos desean atenderla. Nos encontramos dentro de un proceso de violencia ideológica condicionado por políticas neoliberales que pretenden transformar el sistema dominante de creencias y normas sociales, surgidas a partir de las luchas sociales durante el último siglo. No responden a necesidades reales de salud y de la organización de los servicios, sino a intereses económicos de las grandes multinacionales.

6 Ministerio de Sanidad y Consumo: Atención Primaria del siglo XXI. Estrategias de mejora. Octubre 2006.

Así, el Acuerdo General sobre Comercio y Servicios de la Organización Mundial del Comercio, recomienda la apertura de todos los sectores al mercado. Lo más grave es que abarca también los servicios públicos o prestados por el sector público (sanidad, pensiones, educación, transporte, telecomunicaciones, suministro de energía, agua, gestión de residuos, medio ambiente, etc.), obligando a las correspondientes administraciones a eliminar todas aquellas normas y políticas tendentes a una adecuada regulación y financiación de los servicios.

La conversión de estos servicios públicos en verdaderos sectores productivos y la transformación del concepto salud en mera mercancía, se viene realizando de espaldas a la ciudadanía, en connivencia con las grandes transnacionales, y vulnerando los más elementales principios democráticos de información y participación por parte de la sociedad civil y sus representantes. Todo ello bajo el pretexto de modernización de los dispositivos asistenciales y la incorporación de formas de organización más acordes con los avances teóricos y tecnológicos, con la intención clara de ocultar lo que en realidad son decisiones políticas conscientemente planificadas.

SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Utilizaré para su análisis los criterios recogidos en los diversos estudios internacionales sobre APS⁷, siendo los más aceptados las siguientes:

Puerta de entrada al sistema sanitario público

Se convierte en un elemento “clave” para la correcta utilización de recursos, coordinación de los mismos y facilitar el abordaje integral. Constituye el primer nivel asistencial del Sistema Sanitario Público y es la puerta de entrada habitual para la atención sanitaria de toda la población ante cualquier problema de salud. Todo ciudadano residente en el país tiene una tarjeta sanitaria y está asignado a un Centro de Salud y un equipo multiprofesional para su atención. La cobertura en Madrid es casi universal. Las zonas básicas de salud son las demarcaciones territoriales y de la población en donde actúa el Equipo de Atención Primaria (EAP).

7 Starfield, Barbara: Primary Care. Concept, evaluation, and policy. New York. Oxford University Press. 1992.
Starfield, Bárbara: Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona, Masson S.A. 2001.

Existen 247 zonas básicas y se ha propuesto aumentarlas a 270. La media de población por zona es de 21.000 habitantes con una desviación +/- de 10.000 habitantes.

Los Centros de salud son las estructuras físicas. Están distribuidos por todo el territorio con las funciones de: albergar las consultas y servicios asistenciales personales, los recursos materiales precisos para realizar exploraciones complementarias, servir como centro de reunión entre la comunidad y los profesionales sanitarios, facilitar el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios de la zona y mejorar la organización administrativa de la atención de salud en su zona de influencia. Se hicieron muchos Centros de Salud y se reformaron los antiguos pero todavía existen los que están en situaciones precarias, con dotaciones insuficientes o mal situados en el territorio. Existen 246 Centros de Salud y 160 consultorios locales. Según el Plan de Mejora de AP de la C.M. para 2006-2009 se plantea que faltan 77 Centros de salud y 22 consultorios locales. La accesibilidad a los mismos es aceptable con excepción de una serie de zonas básicas. Los horarios de funcionamiento difieren entre las zonas urbanas y rurales. En general en las zonas urbanas funcionan en dos turnos en horario de 8 a 21 horas los días laborables. En las zonas rurales de 9 a 17 horas. El resto del horario de atención se cubre en los puntos de atención continuada (PAC) y en los Servicios de urgencias.

El primer contacto para abordar los problemas se hace en la gran mayoría de los casos en los Centros de Salud del SERMAS aunque en un sector de la población joven y en especial los inmigrantes utilizan con frecuencia los servicios de urgencia, principalmente los hospitalarios.

Queda sin resolver la población inmigrante que está "sin papeles" que tienen la accesibilidad al sistema público limitada a situaciones de urgencia, población infantil y maternidad. Es un problema serio, afecta a un porcentaje de población no bien definido y supone una discriminación. Esta población busca su atención a través de otras Instituciones; Centros Salud Madrid, Caritas, ONG diversas, centros de inmigrantes,...o la atención en el sector privado pero de difícil acceso económico.

En el Municipio de Madrid existe también una red pública de Centros Municipales de salud (Madrid Salud) distribuidos en los Distritos con una función más promotora de salud que estrictamente asistencial y a la que tiene acceso libre todas las personas empadronadas en el municipio de Madrid. Cumplen una función complementaria a la red del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) pero también suplen y abordan la atención de ciertos grupos de población no bien atendidos

en la red mayoritaria. La coordinación con la red del SERMAS es muy deficitaria en la mayoría de las Áreas.

Por otro lado señalar que hay un porcentaje pequeño de población, en especial funcionarios públicos y trabajadores de ciertas empresas, que tiene la atención sanitaria en compañías privadas de asistencia sanitaria y no son atendidos en la red pública.

Para finalizar, en los últimos cinco años señalar que ha aumentado la población que tiene un doble aseguramiento, el público y el privado complementario, como consecuencia de los procesos privatizadores y de la limitación de recursos y la masificación de los servicios públicos.

Integralidad de la atención

Implica que los recursos de atención primaria deben ser capaces de ofrecer toda una gama de servicios de atención a la salud, ya sea de forma directa o mediante coordinación y/o derivación con otros recursos y niveles que den respuesta a las necesidades de la población. Debe realizar un abordaje integral de los problemas, considerando en su conjunto lo biológico, psicológico y social y por lo tanto, considerando al individuo, familia y comunidad en la que está inmerso.

Este criterio lo analizamos teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

El conjunto de programas, servicios y actividades que ofrece el nivel de atención primaria define el alcance y rango de la características de la integralidad y nos sirve como medida de su alcance. Los servicios que presta vienen concretados en la cartera de servicios que ofrece y que se puede considerar como amplia. La última cartera de servicios del SERMAS para AP, aprobada en la C.M. Se puede apreciar hay actividades de promoción, preventivas, curativas, rehabilitadoras, atención a problemas agudos y crónicos, a grupos de población específicos,.... El modelo de cartera muestra un predominio del paradigma biomédico, si bien, se han introducido ciertos servicios con un enfoque más biopsicosocial y promotor. Las coberturas y el nivel de calidad son heterogéneas entre los distintos centros de salud y áreas. La capacidad de resolver problemas varía según la capacitación de los profesionales, el acceso a los medios diagnósticos complementarios y normativas autonómicas. Todavía en Madrid tenemos limitaciones para acceder a ciertos medios diagnósticos. Todo ciudadano tiene una historia clínica abierta informatizada (OMI-AP) en la gran mayoría de los Centros, que

permite la atención continuada, facilita la comunicación con el profesional, así como, los procesos de evaluación y garantía de calidad y de investigación, aunque presenta deficiencias para el abordaje familiar y comunitario. Desgraciadamente no se utiliza todo el potencial que tiene para investigación en AP y en servicios sanitarios.

Características y composición del Equipo de Atención Primaria (EAP).

El equipo básico de atención primaria está constituido por profesionales sanitarios de la medicina, pediatría, enfermería, personal auxiliar administrativo y celador con el apoyo de unidades de trabajo social, matronas, fisioterapia y odontoestomatología. Su funcionamiento y organización debe seguir una dinámica de equipo.

En Madrid hay un total de 295 EAP y 324 Unidades de Apoyo que incluye Salud Buco-dental, Psicoprofilaxis Obstétrica, Fisioterapia, Trabajo Social, Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria, Atención a la mujer y Salud Mental. La composición no es homogénea en todas las Áreas y Centros de Salud. Las diferencias más importantes tienen que ver con las Unidades de Apoyo y la población que tienen asignadas. La relación de personal y de enfermería por población en los últimos años ha ido variando con disminución del personal de enfermería. También se puede apreciar diferencias en la voluntad política y gestora de incorporar ciertos profesionales, como por ejemplo los/las trabajadores sociales, a los Centros Salud. Este profesional es una pieza muy importante para el enfoque comunitario del modelo y señala un déficit actual del sistema. En general se aprecia una voluntad política de dar más peso al personal médico que al resto del personal lo que eso significa de apuesta por el tipo de modelo biomédico.

Abordaje de la atención familiar.

Este enfoque es minoritario y está en retroceso. En los primeros años de la reforma, en los Centros de Salud, se trabajaba con carpeta familiar que posibilitaba un abordaje más familiar, pero por las características del equipo multidisciplinar, la separación de profesionales que atienden a la población pediátrica y adulta, el cambio del sistema de registro a la historia clínica informatizada, han puesto más barreras y dificultades para su aplicación. Sólo se hace abordaje familiar por algunos profesionales en ciertos casos y ante problemas muy concretos como son los niños con problemas psicosociales, violencia de pareja, mayores dependientes,... En este aspecto señalamos que cuando existen unidades de apoyo de Trabajo Social en el propio Centro este abordaje se propicia y facilita.

Enfoque comunitario.

Nos centramos fundamentalmente en lo realizado en Atención Primaria y desde los Servicios Sanitarios, sin pretenden abarcar la totalidad de lo que engloba la participación y el desarrollo comunitario, que se realiza también desde otros ámbitos, administraciones y servicios. Por lo tanto analizamos aspectos que tienen que ver con actividades e intervenciones comunitarias, llevadas a cabo desde los servicios de atención primaria, y por otro lado, a los instrumentos de participación comunitaria que se han implementado en el sistema sanitario. En la Comunidad de Madrid hay dos redes de Centros de Atención Primaria, la del SERMAS y la de MadridSalud del Ayuntamiento, con actividades de promoción y de intervención comunitaria.

Por otro lado, señalamos que existe una heterogénea y escasa información de lo que se está haciendo en la Comunidad de Madrid. Algunas informaciones procedentes de informadores claves y de la RAC (red de actividades comunitarias del Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria (PACAP) a través de su Web y de la revista Comunidad⁸).

En la red de Actividades Continuadas (RAC) del Estado del 2005, Madrid aporta el 49% de las actividades registradas, siendo la Comunidad Autónoma quien más aporta. Las actividades pertenecen a ocho Áreas de las once existentes y de unos 29 Centros de salud de un total de 295 EAP. Van dirigidas a la población adulta el 29%, a las mujeres un 22%, a la población general un 18%, adolescentes un 10%, mayores 8%, poblaciones específicas y población infantil y juvenil un 5% cada una y un 3% a profesionales. El tipo de actividades que se realizan son de educación para la salud grupal, planes comunitarios, comisiones intersectoriales, trabajo con asociaciones y dinamización de acción social, formación de agentes de salud, grupos de autoayuda, medios de comunicación y uso de nuevas tecnologías. Las temáticas abordadas son accidentes, alimentación, autocuidado, cuidados informales, diabetes, drogodependencias, educación maternal, ejercicio físico, enfermedad pulmonar, hipertensión, memoria, menopausia, sida, sexualidad y tabaco.

En la mayoría de los centros de Atención Primaria se dedica poco tiempo a estas actividades, que tienen casi siempre un carácter puntual (dos o tres reuniones al año), en muchos casos fuera del horario laboral. En los pocos centros donde se realizan de manera sistemática y continuada, el tiempo dedicado a las mismas

8 Programa de Actividades Comunitaria en Atención Primaria (PACAP). semFYC. 2006. www.pacap.net
Contactos de la Revista Comunidad. Vol. 8 y 9. 82-102. semFYC 2005-2006.

puede estimarse en seis horas y media semanales. En líneas generales tenemos que remarcar que el enfoque promotor de la salud y comunitario del modelo es débil, nunca fue florido pero en la actualidad esta en situación de gran debilidad por las políticas sanitarias vigentes.

Los instrumentos de promoción de salud con enfoque comunitario que se están realizando en Madrid son los siguientes:

Educación para la Salud (EPS) con grupos y en centros educativos. Es el instrumento más utilizado y extendido en Madrid, con iniciativas valiosas en algunos Centros. Estas actividades están incluidas en la Cartera de Servicios de AP del SERMAS. Un porcentaje de alrededor del 40% de los EAP realizan alguna actividad, aunque las coberturas son bajas. También se dan en los Centros de Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid. La metodología de EPS con grupos es diversa dominando la informativa y educativa; aunque existe un esfuerzo formativo de los profesionales para orientar la metodología del aprendizaje significativo, con una pedagogía activa que busque la capacitación personal y social para abordar los temas de salud. Existen diversas tipologías de grupos, los que abordan estilos de vida, las transiciones vitales y los procesos crónicos de la enfermedad. En diversas Áreas se han elaborado Guías pedagógicas sobre diversos temas y grupos de población para facilitar el trabajo de los profesionales y la realización de proyectos educativos. También se han establecido comisiones de acreditación y existe una red de responsables de EPS y de participación en los equipos de la Gerencia de AP.

Grupos terapéuticos y operativos. En algunas Áreas y en Centros específicos se trabaja con grupos con objetivos de aprendizaje y terapéuticos para abordar ciertas problemáticas psicosociales y de patologías de la vida cotidiana. Algunos utilizan la metodología de procesos correctores comunitarios (ProCC)⁹. Es una Metodología de Intervención Comunitaria que aborda los malestares de la vida cotidiana; nos referimos a todos aquellos que habitualmente se sufren pero no se analizan ni cuestionan porque los consideramos “normales”; sin embargo se cobran altos precios en salud/bienestar de la población. La intervención sobre estos malestares en un dispositivo grupal dirigido a la población general (diferente por tanto de los “grupos terapéuticos”). Resulta especialmente adecuada a la reflexión sobre problemáticas diversas, de forma que se favorezca la elaboración y la integración grupal en encuadres breves, desarrollando grados de protagonismo personal-social en la búsqueda de alternativas a las problemáticas plantea-

9 Cucco García, Mirtha: ProCC: Una propuesta de intervención sobre los malestares de la vida cotidiana. Colección ProCC. Ed Atuel. Argentina 2006.

das. Tiene un amplio desarrollo en la intervención comunitaria y formación de profesionales, en el sector educativo, salud mental y los servicios sociales, y más recientemente en Atención Primaria de Salud.

Planes y procesos comunitarios. En los últimos años se han producido experiencias de procesos comunitarios en diversos distritos municipales de Madrid y de la Comunidad con metodología de intervención social, en donde el sector sanitario, en especial AP, ha participado como uno más de los sectores implicados con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población de esos territorios. En ellos participan las Administraciones, los profesionales y técnicos de los Servicios y el movimiento ciudadano organizado. A título de ejemplo señalamos Plan de Carabanchel, Plan del Sector III de Getafe, Plan 18000 de Puente y Villa de Vallecas, Plan de Moratalaz, los procesos comunitarios en el área 9 de Leganés y Fuenlabrada del SERMAS,... son experiencias ricas, diversas e intersectoriales en las que los trabajadores sociales han tenido un papel importante.

Información y medios de comunicación. Experiencias aisladas de colaboraciones en medios de comunicación locales, tanto escritos como audiovisuales, y en programas específicos de salud.

Apoyo a la acción social en salud. Proceso por el cual los grupos, agentes y personas implicados en la promoción de la salud trabajan en la identificación y mejora de aquellos aspectos de la vida cotidiana, la cultura y la actividad política.

Propician el contexto comunitario y promueven el desarrollo comunitario, modificación de normas sociales y el trabajo cooperativo en redes, alianzas y plataformas con asociaciones y grupos de distintos tipos.

Tiene su propia dinámica y el protagonismo lo tienen ellos. Los servicios sanitarios contactan con ellos, colaboran, apoyan, solicitan colaboración y asesoran.

Existen diversas actividades que se pueden incluir en este apartado como:

Contacto con Asociaciones y otro tipo de organizaciones.

Relaciones con otros sectores sociales.

Relación y apoyo a los grupos de ayuda mutua.

Contactos con las redes sociales y líderes de la comunidad.

Agentes comunitarios de salud.

Los “agentes de salud” son personas de la comunidad que desarrollan determinado tipo de actividades beneficiosas para la misma. Desde algunos equipos se trabaja con ellos en diferentes circunstancias: capacitándoles mediante talleres, ayudándoles a trabajar mejor; en otras, solicitando su ayuda de tal forma que se facilite el abordaje de programas por parte de los centros o bien sirviendo de consultores a la hora de establecer algunas actividades a partir de las sugerencias del personal del centro o de dichos agentes. En Madrid en el Área 1 se ha editado una Guía de Promoción de la Salud¹⁰ para trabajar con agentes comunitarios de salud y se han realizado alrededor de 20 talleres de capacitación para 400 personas miembros de movimientos sociales diversos.

Acciones intersectoriales. Si bien la cultura y práctica de la intersectorialidad es escasa y con importantes barreras para su desarrollo, hecho que dificulta el abordaje integral de muchos de los problemas, se utilizan algunos instrumentos de coordinación. El más frecuente es la **Comisión intersectorial** para propiciar la coordinación entre sectores sanitario, educativo, social y otros comunitarios. Existen comisiones con composición, naturaleza, fines, funcionamiento muy diversos. Se dan en casi todas las Áreas de Madrid. A veces son comisiones para actuaciones puntuales sobre problemas de salud o de sectores de la población, otras están incluidas en programas de intervención como órganos de participación o son consecuencia de legislaciones específicas con una estabilidad mayor. Todas ellas buscan la participación más amplia posible de los sectores implicados, la coordinación y utilización adecuada de los recursos comunitarios y el abordaje más holístico de los problemas. Esta es una de las funciones y tareas donde los trabajadores sociales de los EAP han llevado el peso fundamental y un claro liderazgo a pesar del apoyo limitado que pueden recibir de las estructuras de gestión de las Áreas y del reconocimiento explícito de los propios EAP.

A modo de ejemplo señalamos:

Comisiones Sociosanitarias de atención al mayor.

Comisión de protección del menor.

Comisión para el abordaje de la violencia de género.

Comisión de coordinación de atención a las drogodependencias.

10 Insalud. AP Área 1: Guía de Promoción de Salud. Para trabajar con Agentes Comunitarios de Salud.

ED Insalud Área 1 de AP. Madrid 2004.

Ruiz-Giménez, JI; Benito, LF; GarcíaB, M^oJ et alt: Escuelas comunitarias de promoción de la salud. Rev. Comunidad, 2004, vol7; 45-56 Pacap.

Programas de salud integrales; con enfoque promotor de la salud y de trabajo comunitario para el abordaje de problemas de salud, sobre diversos sectores de la comunidad. Se ajustan a la metodología de los programas de salud que incluye un abordaje integral, intervenciones de promoción, prevención, curación y/o cuidado y con participación de los distintos agentes intervinientes; técnicos, profesionales y ciudadanos. Se dieron con más intensidad y rigor metodológico en los primeros años de la implantación del modelo de EAP, para luego ir perdiendo ímpetu y presencia. En la actualidad son residuales en algunas Áreas y para algún sector de población. La cartera de servicios y la orientación más clínica del modelo ha propiciado la desaparición de la programación de la salud. No existe un Plan de Salud de la Comunidad de Madrid que responda a las necesidades, problemas de salud y sus factores determinantes de cada una de las once Áreas de Madrid que defina y establezca los objetivos y programas de actuación de los servicios. Esta ausencia es una demostración más del enfoque dominante del sistema sanitario donde preocupa más la gestión de los recursos y los procesos asistenciales que los resultados en salud y la resolución de los problemas de salud teniendo en cuenta los determinantes.

Órganos de participación. Incluye todas las interacciones que tienen lugar en los mecanismos formalizados del sistema sanitario para su gestión, como consejos de Salud, comisiones de participación y comités de dirección. “Un **Consejo de Salud** es un órgano donde se reúnen un grupo de personas que suelen representar a diferentes colectivos sociales y a varios sectores con repercusiones sobre la salud y también a los profesionales que trabajan en los servicios sanitarios” (Revilla, 1987).

La Comunidad de Madrid tiene aprobada una legislación¹¹ sobre el particular, si bien el desarrollo y cumplimiento, deja mucho que desear para todos los intervinientes. Existen alrededor de unos 20 Consejos en total distribuidos en seis de las once Áreas, de estructura muy dispar: consejo de área, distrito, zona básica, zona básica y distrito. La que tiene más es el Área 1 con doce Consejos.

En general, los **integrantes habituales** de estos consejos han sido:

- Miembros de la Administración sanitaria, sobre todo en aquellos donde existe regulación por normativas oficiales.
- Miembros de los Equipos de Atención Primaria, ya sea el Coordinador u otros miembros del equipo, junto con las Unidades de Apoyo de Trabajo Social.

¹¹Orden 1254/1994, de 27 de diciembre, por la que se regula la constitución y funcionamiento de los Consejos de Salud de Zona en el ámbito de la Comunidad Madrid. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid.

- Miembros de Asociaciones de la zona básica del Equipo.
- Líderes informales de algunos colectivos sociales.
- Representantes de otro tipo de asociaciones y administración local (Ayuntamientos, ONG's, Centros escolares, Sindicatos...).

Es importante señalar el carácter de "representación" que tiene cada uno de los participantes del Consejo, con respecto a sus respectivas asociaciones o entidades, por lo que esto conlleva tanto a la hora de diseñar las diversas actuaciones como en la toma de decisiones pertinentes.

Entre las Funciones y Objetivos de los Consejos podemos contemplar las siguientes:

- Participar y/o colaborar en el Plan de salud o programas y/o actividades a desarrollar en la zona.
- Captar y vehiculizar las demandas de salud de la población, llevando a cabo la detección, el análisis de los problemas y las prioridades.
- Evaluar las decisiones que tome el Equipo, los programas que se desarrollen y la organización del Centro. Conocer e informar las Memorias de los EAP.
- Colaborar en la educación sanitaria de la población y contribuir a mejorar la comunicación entre el EAP y la Comunidad local.

Por otro lado existe un amplio debate sobre su justificación, objetivos, utilidad, funcionamiento, composición de sus fortalezas y debilidades. El marco teórico de los Consejos esta claro, pero la realidad que se vive en algunos, es que lejos de ser vistos desde la Administración como un órgano de Participación y facilitador del contacto con y desde la Comunidad, son órganos de reivindicación; que si ejercen las funciones que tienen asignadas son molestos y a los que se utiliza para justificar que se informa y se cuenta con la población; que representan a una minoría de la población, se dilata en el tiempo su convocatoria y se evita abordar en ellos los temas conflictivos y las demandas que se repiten porque no se dan soluciones o se dan excusas simplemente.

Los Consejos de Salud por tanto, forman parte del propio desarrollo de la Atención Primaria, participando y trabajando con y para los ciudadanos, tanto con los problemas detectados por ellos, como por los que observamos y trabajamos de modo habitual. El Equipo Sanitario trata, por tanto, de colaborar y no de manipular.

Continuidad o longitudinalidad: Presupone la existencia de un mecanismo regular de atención y su utilización en el tiempo. Describe la extensión y persistencia de la relación entre la población y el recurso. La esencia de la atención continuada y permanente es una relación personal a lo largo del tiempo, ante cualquier tipo de problemas de salud o incluso ante su ausencia, entre el individuo y el equipo sanitario. Por ejemplo, el Centro de Salud que te corresponde, el profesional médico y de enfermería de referencia y que te atiende a lo largo de la vida, el historial clínico y el funcionamiento permanente.

El actual modelo de AP facilita esta característica, aunque se dan algunas distorsiones por la existencia de una red paralela para la atención de las urgencias, cuando los Centros de Salud están cerrados. No funcionan coordinadamente entre sí. No tienen el mismo sistema de registro ni de historia clínica informatizada y no trabajan con protocolos consensuados entre ambas redes. Por otro lado, la deficiente coordinación AP-AE supone fisuras importantes en la continuidad asistencial hecho que la población vive con desasosiego e incertidumbre. También existen algunos problemas con los cambios de domicilio frecuentes de ciertos sectores de población, como inmigrantes o población mayor dependiente; con frecuencia su historial clínico sufre de pérdidas y fragmentaciones. Por último, señalar la discontinuidad que supone los cambios frecuentes y la inestabilidad en el trabajo de los profesionales vividos en estos últimos años.

Coordinación dentro del sector de la salud (nivel primario, especializado, urgencias, hospitales y salud pública) y con otros servicios comunitarios. Supone una colaboración organizada entre los que prestan los servicios y los diferentes escalones del sistema de salud, con el fin de utilizar los recursos de la manera más eficiente y también entre las distintas categorías de profesionales, previo acuerdo sobre la distribución de las distintas funciones.

La coordinación en el sistema sanitario de Madrid es uno de los puntos más débiles de nuestro sistema ya que los distintos niveles y servicios funcionan de una forma fragmentada y con una mirada y gestión dirigida más al interior de la organización que a las relaciones con otros servicios y niveles asistenciales y la propia comunidad. Dicha problemática incide en el proceso de la atención a los problemas de la población, en la eficiencia del sistema y en el grado de satisfacción de la población y por los profesionales. Existe alguna coordinación, pero con muchas dificultades, motivadas por causas distintas entre las que destacaría: diferencia de poder y prestigio de los dos niveles asistenciales en el abordaje de los problemas de salud y en la conciencia colectiva social y profesional; especialización excesiva y fragmentación de la atención de la persona enferma; deficiencias

en recursos; instrumentos de comunicación arcaicos o limitados (teléfono, no conexión en red informática, ...); dificultades de accesibilidad y diferencias en la organización de los servicios.

No se ha avanzado significativamente en establecer protocolos conjuntos de actuación ante los distintos problemas como se está dando en otras Comunidades Autónomas. No existen Gerencias Únicas y no funcionan o no existen las comisiones de coordinación AP-AE. Las escasas directrices de política sanitaria sobre este particular son un fracaso señalando, una vez más se da la posición dominante del Hospital y de la alta tecnología. Tampoco las relaciones entre la red asistencial del SERMAS y los servicios de Salud Pública de la Consejería de Sanidad son fluidas ni sistemáticas, ni han conseguido superar las barreras ni los recelos mutuos.

Todo ello genera ansiedades e intranquilidad en los pacientes y familiares, deshumaniza la asistencia, aumenta los tiempos y listas de espera contribuyendo a duplicar y malgastar recursos y medios diagnósticos, a encrespar las relaciones profesionales y desmotivar, y en definitiva a obtener resultados peores en salud y en calidad de vida.

Más importante aún es que la relación entre los distintos niveles asistenciales tenga un carácter cooperativo y longitudinal, que incida tanto en el paciente como en el proceso, superando la división tradicional de categorías e instituciones. Esto es, un *modelo cuyo fundamento es la continuidad asistencial*, que ha probado su superioridad; incluso en contextos privados, con resultados sanitarios y económicos mejores respecto a otros modelos organizativos. El ámbito de actuación esta definido desde el año 86 por la Ley General de Sanidad (LGS), el Área Sanitaria, pero hasta ahora no ha merecido suficiente atención de las autoridades sanitarias madrileñas.

Seria importante que el EAP se convirtiera en la pieza central coordinadora de todo el proceso de atención a los problemas de salud de los ciudadanos.

Responsabilidad y participación¹². La Conferencia Internacional de Alma Ata (1978) definió la participación como *"El proceso en virtud del cual los individuos y familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los*

12Vuori, H: La participación comunitaria en atención Primaria: un medio o una finalidad en si misma". Atención Primaria.1992, Vol. 10, no 9 Pág. 1036-1048.

Saturno Hernández, PJ: Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev.Esp.Salud Pública vol69, Págs. 163-175. Madrid. 1995.

de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y el comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivos para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de ser beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo".

En esta categoría planteo dos puntos, que a mi juicio, tienen que ver con esta variable:

1. Rol/papel del ciudadano: Sus derechos y deberes¹³.

El derecho a participar en salud supone reconocer que la población, tanto en el ámbito individual como colectivo debe lograr mayor autonomía y responsabilidad en la gestión de lo social, entendiendo la sociedad en su conjunto como protagonista y responsable de su propio desarrollo.

Es fundamental redefinir el rol del paciente como coproductor y no como consumidor o cliente (que es lo que domina actualmente). En la visión convencional subyace la idea de que hay una transacción comercial, incluso en el ámbito público, entre el médico (proveedor) y el paciente (cliente). Este pensamiento tiene sin embargo consistencia escasa. Si los pacientes son consumidores, ¿qué es lo que consumen? Los pacientes, no los médicos, consumen medicamentos, pero son los médicos los que prescriben, los que son objeto de la publicidad de la industria farmacéutica. Los pacientes son operados, no sus médicos, pero son estos los que indican la cirugía y como realizarla. Realmente, como es reconocido por muchos economistas, son los médicos los consumidores y no los pacientes.

Entre el profesional de una parte, y la persona con problemas de otra, *se establece una relación social de producción*, donde conjuntamente se crea un producto: la comprensión de los problemas del paciente, como primer eslabón. Un producto donde el enfermo juega un papel activo, que contribuye con la información que suministra al contar su propia historia. Los estudios demuestran que hay un mejor seguimiento del tratamiento si el paciente conoce a médicos y enfermeras que le atienden, si cree en ellos y siente que las decisiones se han tomado de forma compartida. Esto es de importancia especial en el caso de los trastornos crónicos, (diabetes, hipertensión, depresión, esquizofrenia, EPOC...), donde las medidas de prevención y control consiguen resultados buenos y con reducción de costos, dado que la anticipación asistencial y los cuidados continuados son las intervenciones más costo-efectivas.

¹³Siles Roman, D.: Nuevas perspectivas en participación comunitaria: Dar poder al paciente. Rev. Atención Primaria, Vol. 9, nº 3 Marzo 1993.

Turabian, JL; Perez Franco: Modelos de participación comunitaria en la salud en el contexto del mercado sanitario. Rev. Atención Primaria, Vol. 21, nº 5: 321-324, 1998.

Un sistema de salud más eficaz y eficiente requiere que el tradicional rol de los pacientes como consumidores se transforme en una nueva función de coproductores. Una forma diferente de contemplar la producción de salud, basada en la democracia participativa, y contraria a la jerarquía de la autonomía médica o a la competencia del mercado.

La habilidad y capacitación de los ciudadanos sobre la salud, sus problemas, factores determinantes y la forma de abordarlos es todavía muy limitada, aunque en el último cuarto de siglo haya cambiado de forma sustancial. Existen barreras que dificultan el apoderar a las personas en el cuidado de su salud. Unas tienen que ver con la disponibilidad del propio ciudadano, como la edad, sexo, cultura, educación, clase social, influencias psicológicas y redes sociales de apoyo y otras con la disposición de los profesionales a facilitar el proceso, la estructura, organización y financiación de los servicios sanitarios.

Las organizaciones sanitarias deben ayudar a que los pacientes adquieran más poder y capacidad para abordar los problemas, dándoles más recursos, valorando y actuando a partir de su experiencia, involucrando a las personas en el diseño y funcionamiento de los servicios, desarrollando sistemas que asuman que los pacientes están más capacitados y facilitando recursos donde y cuando se necesitan, a la vez que ayudando a que los profesionales sanitarios seamos más sujetos de apoyo y soporte que autoridad paternalista en el proceso de toma de decisiones.

La ciudadanía no se conforma con ser sujeto pasivo del sistema sanitario, reclama cada vez ser tenidos en cuenta, como sujeto activo y exige un enfoque de prestaciones de servicios sanitarios orientada al paciente.

La concesión de poder al ciudadano afecta sin duda a varios ámbitos: Sus derechos frente a los servicios, su capacidad de elección de médicos y centro, su participación en la toma de decisiones clínicas y su participación en la toma de decisiones en política sanitaria.

En nuestro sistema sanitario es recogido el reconocimiento legal de los derechos y deberes de los ciudadanos en la Ley de Sanidad 1986, (artículos 10 y 11), aunque todavía con una visión restrictiva y algo paternalista, y posteriormente con la Ley 41/2002¹⁴ reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

¹⁴Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE. Nº 274/2002 de 15-11-2002.

Los nuevos conocimientos sobre el enfermar deben dar paso a nuevos métodos de trabajo haciendo del enfoque integral y comunitario una herramienta de trabajo profesional básica¹⁵. A pesar del tiempo transcurrido desde la consagración de estas definiciones, el tema de la participación comunitaria en salud (PCS) permanece aún bastante opaco y cargado de confusión y polémica. Se constata una congruencia escasa entre los discursos participativos y las prácticas a que han dado lugar, y parece más fácil hablar de PCS, e incluso estar de acuerdo en lo teórico, que incorporarla a la práctica cotidiana.

El empoderamiento tiene también una vertiente comunitaria. No es sólo cada individuo quien debe ejercer la capacidad para decidir, sino el conjunto de ciudadanos a través de cauces organizativos. Existen barreras y dificultades como desmovilización social y apatía ante la complejidad de los problemas y la concentración del poder político y económico.

La participación no puede existir sin toma de conciencia; participa solamente el que es consciente de la necesidad y el que sabe que si no lo hace no se podrán modificar las cosas. La gente puede y debe participar para cambiar y mejorar. La participación entendida como toma de conciencia de la situación y de los problemas y orientada hacia el cambio, es la clave.

Estamos lejos de que estos elementos planteados se den en profundidad en la vida cotidiana de nuestro sistema sanitario en donde todavía funciona un modelo paternalista de relación profesional- ciudadano aunque estamos en procesos de transiciones sanitarias, culturales, sociales y políticas que van a promover cambios en la relación.

2. La autonomía o dependencia del ciudadano al sistema sanitario.

Medicalización de la vida cotidiana

Es un tema de reflexión y debate. Nos debemos plantear si el modelo de atención a la salud que estamos desarrollando es promotor de una mayor autonomía y capacitación del ciudadano para resolver los problemas de salud y para encontrar el equilibrio con el entorno que le permita tener una vida personal y socialmente aceptable, o por el contrario, es generador de dependencia al sistema sanitario y social de prestaciones de servicios. Soy de los que pienso que llevamos una deriva preocupante hacia mayores niveles de dependencia y de medicalización de la vida cotidiana.

¹⁵Ruiz-Gimenez, JL Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado español. Rev. Comunidad 8;62-72 2005 semFYC.

La medicalización se conceptualiza en los libros de salud pública como “la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas”

En primer lugar, es necesario una breve reflexión sobre los valores culturales de salud y enfermedad, las vivencias y experiencias en relación a ella y las formas de abordar los problemas de salud por el colectivo social. Actualmente, se tiende a identificar lo sano con lo deseable y conformista con el modelo social imperante. Se establecen y difunden estereotipos de cómo debemos ser, disfrutar de la vida, someternos a los intereses de los poderosos y comportarnos adecuadamente. Salirse de tales estereotipos es considerado anormal, o cuanto menos enfermo, convirtiéndose en patológico situaciones cotidianas como la vejez o el embarazo, el estrés, el sufrimiento ante la injusticia. Existe una tendencia creciente a considerar los problemas de la vida como problemas médicos. La salud no puede entenderse como un estado de bienestar físico, mental y social completo, sino la capacidad de adaptarse a las dificultades de la vida. En las condiciones mencionadas, la línea que separa “los enfermos” de “los normales” es claramente arbitraria. Existen muchos intereses de los distintos agentes intervinientes, en situar la línea que separa lo normal de lo patológico, pues un desplazamiento pequeño significa millones más de pacientes, y por lo tanto intereses económicos en juego. Cada vez más investigadores plantean interrogantes entre la relación existente entre los incrementos del gasto sanitario y las mejoras en los niveles de salud.

La medicalización puede adoptar diferentes modos según diversos autores¹⁶:

Redefinir las percepciones de profesionales y legos sobre algunos procesos, caracterizándolos como enfermedades e incorporándolos a la mirada e intervención médica como entidades patológicas.

Reclamar la eficacia incontestada de la medicina científica y la bondad de sus aportaciones, sin tener en cuenta el necesario equilibrio entre los beneficios y riesgos que conllevan.

Al marginar cualquier modo alternativo de abordar las dolencias, incluyendo terapias de eficacia probada (como formas desprofesionalizadas de manejo de todo tipo de procesos).

¹⁶De Soledad Márquez y Ricardo Meneu: La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión Clínica y Sanitaria. Volumen 5 nº 2. verano Madrid 2003.

Los factores que contribuyen al creciente fenómeno de la medicalización de la vida son diversos y complejos. Los protagonistas más importantes son los proveedores sanitarios, tanto los profesionales como las empresas medico-farmacéuticas, pero sin dejar de lado al importante papel desempeñado por la industria de la comunicación, así como, las tendencias apreciadas en la población y las respuestas aportadas por los responsables de la política sanitaria.

La progresiva medicalización de la cotidianidad y de los propios problemas sociales, hacen necesario una reflexión seria, así como, debates transparentes para intentar fijar mejor los puntos clave que debemos abordar cómo y quienes deben abordarlos.

Datos y cifras a tener en cuenta

El Sistema de Información Sanitaria a nivel del Estado y de las CC.AA. ha sufrido un grave retroceso desde que se produjeron las transferencias sanitarias. Es difícil obtener información actualizada y series evolutivas de los recursos existentes y de los gastos sanitarios para poder hacer análisis más profundos, además el baile de cifras e indicadores entre las distintas fuentes de información es amplio y contradictorio, lo que crea incertidumbre y una falta de transparencia informativa.

El gasto sanitario público global en España es del 5,6% del Producto Interior Bruto (PIB) en 2004, lo que supone alrededor de 1.000 euros por persona y año, con una distribución desigual entre las distintas CC.AA. De este gasto el sector especializado se lleva el 54%, atención primaria el 14% y la farmacia el 23%. España se sitúa en los puestos de cola de la Unión Europea de los 15 en cuanto al gasto sanitario y social se refiere.

En la C.M. el gasto sanitario público por persona y año en 2006 se situó en alrededor de 1071 euros, siendo la media estatal de 1160 euros, es una de las CC.AA. que menos dedica a la asistencia sanitaria pública. De esta cuantía a la AP se le adjudican 120 euros por persona y año, y 185 euros al gasto farmacéutico. El resto es para atención especializada, el pago de Concursos, externalizaciones y administración.

Todos los estudiosos de estos temas y economistas de la salud¹⁷ reconocen que la partida económica que se dedica al nivel de AP es la más baja, el esfuerzo in-

17 Simó Miñana J; Gervas J, Seguí Díaz M, De Pablo R; Dominguez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de Europa desarrollada 1985-2001. La atención primaria española, *Cenicienta Europea Atención Primaria* 2004; 34: 96-102.

Simó Miñana J. El gasto sanitario en España, 1995-2002. *La Atención Primaria*. *Cenicienta del Sistema Nacional de Salud*. *Aten Primaria* 2007;39: 127-132.

versor en los últimos años ha sido muy limitado y estamos en los niveles más bajos de gasto sanitario público de los países de la Unión Europea (UE) y de la OCDE.

En Mayo de 2007 la FADSP¹⁸ ha elaborado dos informes comparativos entre las CC.AA. (situación de la Atención Primaria) y el Sistema Sanitario en el conjunto, en el que intenta analizar la situación diferencial entre ambas y establecer una clasificación de las mismas.

Se han evaluado las siguientes variables y Madrid muestra los siguientes datos:

Oferta de servicios (%)	65
Oferta de procedimientos diagnósticos (%)	53,3
Oferta de procedimientos terapéuticos (%)	75
Acceso a pruebas diagnosticas del segundo nivel (%)	86
Habitantes mayores de 14 años por medico general	1708
Habitantes menores de 14 años por pediatra	980
Habitantes por profesional de enfermería	1971
Porcentajes con más de 1.500 personas asignadas	89,7
Gasto en AP por persona en euros	102
Índice satisfacción del ciudadano con la sanidad pública	6,29
Porcentaje de personas que prefieren acudir a la Sanidad Pública para la atención del medico general o pediatra	62,40
Porcentaje de personas que consideran que la atención recibida en Atención Primaria ha sido buena o muy buena	83,70
Porcentaje de personas que creen que la atención primaria ha mejorado en los últimos años	50,40

Según estos indicadores, aplicando un estudio estadístico la C.M., se sitúa entre las CC.AA con peor valoración de la APS (21 puntos) junto a la Rioja (23), Canarias (20), Murcia (22). En el informe general de comparación entre CC.AA. del 2006 según unas variables Madrid con Valencia alcanzan la puntuación más baja.

En el análisis de situación del Plan de Mejora de AP de la C.M. del 2006 al 2009 aprobado por la Consejería de Sanidad se señala:

18 FADSP. Informe de la AP en las CCAA. Madrid. Mayo 2007. www.fadsp.org

Incremento poblacional entre 3,6 al 4,6% anual. A finales del 2005 había 6.034.452 habitantes. Envejecimiento y crecimiento importante de la población inmigrante que llega hasta un 15%.

Aumento de la población asignada a los profesionales de los EAP en los últimos 5 años.

Presión asistencial de 37,7 personas/día para médico, 24,6 para pediatría y 20,48 para personal de enfermería en el año 2004. El tiempo medio de minutos por consulta es de 7 en 2004 para médicos y 9,8 para pediatría. En estos dos últimos años la tendencia es de moderado ascenso con una presión asistencial considerada por la mayoría de los profesionales sanitarios como excesiva para un trabajo de calidad.

La frecuentación por estamento profesional en el 2004 ha sido de 5,6 veces para Médico de Familia; 6.24 para Pediatría y 2.65 para enfermería. El 40,8% de los usuarios acude más de 8 veces al año a la consulta del médico, aumentando significativamente a partir de los 65 años y en especial las mujeres.

En la Web del Ministerio de Sanidad los datos estadísticos sobre recursos de Madrid correspondientes al año 2006 y son los siguientes:

Centros de Salud:

Zonas básicas 548; Centros de salud 249; Consultorios locales 158.

Médicos de Familia:

Médico EAP 3088; Médico cupo 158. Total 3246. Ratio TSI 1648.

Pediatras:

EAP 742; cupo 75; de área 3 Total 820. Ratio TSI 1055.

Enfermería:

EAP 2989; Modelo tradicional 112; Total 3101. Ratio TS 2003.

Auxiliar Administrativo:

Total 1575- Ratios de población: 3944.

Otro personal no sanitario: 856.

La información accesible sobre los profesionales del Trabajo Social incorporados a la AP de Madrid en las Unidades de apoyo no se obtiene desligado en los portales de información oficiales, pero calculamos que son menos de uno por EAP, por lo que nos situamos en cifras inferiores a los 200. Para nosotros es demostrativo del poco peso e importancia que se le da a este profesional, y por lo tanto, la orientación del modelo asistencial predominante.

El análisis DAFO de la situación de la Atención Primaria en Salud queda reflejado en el documento "Reflexiones sobre "lo comunitario"" en nuestro sistema sanitario. Atención Primaria. 2006;38,421-424. Ruiz-Gimenez, JL; Dominguez Bidagor, J.

Para este comienzo de siglo quedan muchos retos por abordar que solo serán posibles por la toma de conciencia colectiva y la participación de todos los implicados.

Tabla I: Etapas evolutivas del Sistema Sanitario del Estado Español

Primera etapa: Final de siglo XIX y comienzo del XX

- Primera Ley de Sanidad en 1855 basada en el libre ejercicio profesional de los médicos y en donde cada individuo es responsable de su propia salud. En el sector público crea una estructura asistencial para atender a las personas pobres y diversos programas de higiene pública, vacunaciones, baños, etc., dependientes del Ministerio de Gobernación, que cobran fuerza a comienzos de siglo con la creación de la Dirección General de Sanidad tras la publicación en 1904 de la Instrucción General de Sanidad Pública.
- Aparecen las organizaciones corporativas estructuradas en Colegios provinciales de médicos, farmacéuticos y veterinarios.

Segunda etapa: República.

Se estructura un sistema dual de abordaje de la problemática de la salud:

- La asistencia sanitaria personal sobre la enfermedad con una organización diferenciada por un lado para atender a la población sin recursos económicos, el sistema de beneficencia pública, y por otro lado un sistema privado o con coberturas mutuales o de seguros para la población con recursos.
- La problemática de salud pública como el abordaje de epidemias, control de enfermedades infecciosas, higiene pública era asumida por las Instituciones del Estado.

Se inician algunas experiencias de participación comunitaria en temas de salud.

Tercera etapa: Dictadura. Periodo autárquico.

- Aprobación de la Ley del 14 de Diciembre de 1942 por la que se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) para los trabajadores, germen del modelo bismarkiano de Seguridad Social en auge en todos los países europeos con economía de mercado.
- Fortalecimiento de la Sanidad Pública mediante la aprobación de la Ley de Bases de la Sanidad Nacional en 1944 que crea los Cuerpos de funcionarios técnicos del Estado al servicio de la Sanidad local (médicos, farmacéuticos, practicantes, veterinarios, matronas, tocólogos y odontólogos) y los “partidos sanitarios” en donde se realizan funciones de sanidad pública y las asistenciales personales de la población incluida en la beneficencia pública.

Cuarta etapa: Desarrollismo económico (del 60 al 70).

- Desarrollo científico técnico. Hegemonía de lo biomédico.
- Aumento de la formación universitaria de profesionales.
- Introducción de la formación postgraduada vía MIR para profesionales sanitarios.

- Expansión de la red de atención especializada de servicios hospitalarios.
- Aparición de movimientos sociales reivindicativos por la democracia y mejoras en la calidad de vida.

Quinta etapa: Democracia de 1978.

- Aprobación de la Constitución de 1978 en la que se consiguen los derechos fundamentales de los ciudadanos como son el derecho a la salud y el derecho a la participación en la vida social y política.
- Estrategia de PS y APS de la OMS (1978) Salud para todos para el año 2000. Reformas sanitarias internacionales.
- En las décadas 80-90 se producen los hechos con mayor impronta en el sistema sanitario como son:
 - * Consolidación de la democracia parlamentaria y del Estado de las Autonomías.
 - * Aprobación de la Ley de Sanidad de 1986. Crecimiento y consolidación del sistema sanitario público español. Financiación y provisión pública.
 - * Las transiciones sanitarias a nivel demográfico, epidemiológico, de la morbi-mortalidad, del papel del ciudadano y de la reorientación de los servicios.

Sexta etapa: Neoliberalismo (finales del siglo XX hasta la actualidad).

- Incorporación de España a la Unión Europea y por lo tanto la aceptación progresiva de las políticas económicas neoliberales y de sus valores socioculturales.
- Reformas en el Estado del Bienestar: Aplicación de las políticas neoliberales y de restricción de los gastos públicos.
- Procesos privatizadores. Reconversión de los Sistemas sanitarios
- Cambio de derecho a la salud a una mercancía.

Tabla II: Características sociopolíticas del sistema sanitario español

1. El alto valor atribuido a la salud en el ámbito cultural y sociopolítico tal como queda de manifiesto en la conciencia colectiva así como en el conjunto de leyes y normas y en los pactos políticos de los distintos agentes sociales. Como ejemplos manifiestos:

En la *Constitución Española de 1978* se establece ya como derecho fundamental el derecho a la vida (artículo 15), y la protección a la salud (artículo 43) como uno de los principios rectores de la política social y económica.

En la *Ley General de Sanidad (LGS)* (Ley 14/1986 de 25 abril) se regula el derecho a la protección de la salud de todos los españoles y de los extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

2. La finalidad del sistema de salud es la satisfacción de necesidades y resolución de problemas con el objetivo de mejorar el estado de salud de la población.

En la LGS (artículo 3) se establece que el sistema sanitario se orientará prioritariamente a la promoción de la salud, que la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población es decir, que garantiza una cobertura universal y un acceso igualitario a la misma. Por último establece también que las políticas de salud se dirigirán a la superación de los desequilibrios tanto territoriales como sociales.

3. La responsabilidad en garantizar el derecho a la protección a la salud corresponde además de a los ciudadanos, a las Administraciones Públicas del Estado y las Comunidades Autónomas, siendo ambas claves tanto en cuanto en la financiación como en la planificación, gestión y provisión de los servicios.

El valor de la solidaridad, profundamente arraigado en nuestra conciencia colectiva, queda de manifiesto por la hegemonía de lo público en la atención de la salud. Doble solidaridad, es decir, paga el que más tiene y contribuyen todos para que se atienda a los que lo necesitan.

El derecho a la asistencia sanitaria pública se adquiere a través de la Seguridad Social o bien, sino se está dentro del ámbito de este sistema protector, por pertenecer a colectivos normativamente establecidos.

Se crea así el **Sistema Nacional de Salud (SNS)**, financiado por los presupuestos generales del Estado y de las Comunidades Autónomas, y conformado por la suma de los Servicios de Salud creados por cada Comunidad Autónoma más los recursos aportados por el nivel central además de la concurrencia y complementariedad de la sanidad privada (70% público / 30% privado). (Artículo 44 de la LGS).

4. Es un modelo de atención a la salud integral basado en un abordaje biopsicosocial del individuo, familia y comunidad, así como en el desarrollo de actividades preventivas, promotoras, curativas, cuidadoras y rehabilitadoras además de la participación activa de los propios ciudadanos en el cuidado de su salud.

Para posibilitar este enfoque y asegurar coherencia y armonía se establece la necesidad de integración de todas las redes asistenciales públicas existentes.

5. La importancia de la regionalización en la toma de decisiones. Nuestra Constitución reconoce el derecho de las nacionalidades y diseña un modelo de Estado de Autonomías con distribución de poderes, competencias, funciones y recursos entre las distintas estructuras de poder. Por otro lado, y para una mejor utilización de los recursos, así como para garantizar la accesibilidad a los servicios se define un marco territorial con criterios geográfico-poblacionales, el Área de Salud, para la ubicación de los servicios de salud (tanto del nivel primario como especializado) necesarios en la atención de la población de dicho territorio.

6. La participación del ciudadano tanto en el cuidado de su salud como en la formulación de la política sanitaria, así como en el control de su ejecución y funcionamiento de los Servicios de Salud. En la LGS de 1986 (artículos 10 y 11) se definen por primera vez los derechos y los deberes de los ciudadanos. Posteriormente quedan mejor definidos en la Ley 41/2002 de Autonomía.

Tabla III: Definición de Atención Primaria de Salud

“La Atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y donde trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

OMS

Tabla IV: “Política de Salud para Todos para el siglo XXI”**Cimientos éticos de Salud XXI**

La salud como derecho fundamental de los seres humanos.

La equidad en materia de salud, y la solidaridad de acción entre todos los países, dentro de ellos y entre sus habitantes.

La participación y la responsabilidad de las personas, los grupos, instituciones y comunidades en el desarrollo continuo de la salud.

Estrategias principales

Estrategias multisectoriales frente a los determinantes de salud.

Programas e inversiones dirigidos a los resultados sanitarios, y encaminados al desarrollo de la salud y de la atención sanitaria.

Atención primaria orientada a la comunidad y a la familia, con un carácter integrado, con la asistencia de un sistema hospitalario flexible y con capacidad de respuesta.

Proceso de desarrollo comunitario de carácter participativo, que implique a los agentes relevantes en materia de salud, en el hogar, centros educativos, en el trabajo, así como en el ámbito comunitario y nacional, que promueva tanto la toma de decisiones como la aplicación y la responsabilidad conjunta.

OMS 1998

EN EL MARGEN O MARGINADO: EL LUGAR EPISTEMOLÓGICO DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD

Daniel Gil Martorell

DTS Col. n° 2.489

Trabajador Social del Servicio de Salud Mental de Colmenar Viejo

RESUMEN

Este artículo pretende ser un análisis del espacio profesional desarrollado por los trabajadores sociales en el ámbito de la salud, desde una reflexión epistemológica previa. Desde una reflexión sobre la relación del saber social con el modelo científico de conocimiento, relación que se plasma de manera clara en el contacto entre el saber social y el saber sanitario que se produce en los equipos multidisciplinares en los que interviene el trabajador social sanitario. Del trabajo de Foucault sobre el lugar epistemológico del saber social y la filosofía de Gadamer con su filosofía práctica aristotélica, como modelo de saber social, llegamos la “práctica” de Smale y Tuson. Construyendo, en este triángulo, un espacio de reflexión sobre el Trabajo social en el ámbito de la salud.

Desde esta reflexión nos situamos en los márgenes, nuestro espacio de intervención es ese, desde el margen construimos nuestro saber. El margen es nuestro espacio de intervención y nuestro espacio epistemológico constitutivo. En los equipos socio-sanitarios esta ubicación se hace patente de manera más “cruda”.

PALABRAS CLAVE

Trabajo social sanitario. Episteme. Científico. Saber social. Filosofía Práctica. Margen. Marginado. Equipo interdisciplinar.

Este artículo pretende ser un análisis del espacio profesional desarrollado por los trabajadores sociales en el ámbito de la salud, desde una reflexión epistemológica previa. Desde una reflexión sobre la relación del saber social con el modelo científico de conocimiento, relación que se plasma de manera clara en el contacto entre el saber social y el saber sanitario que se produce en los equipos multidisciplinarios en los que interviene el Trabajador Social Sanitario.

Las ciencias de la salud se consideran paradigmáticas del modelo científico. Cómo se relaciona el Trabajo Social en este contexto, cómo se contamina y crea su espacio propio desde el contraste, ocupando un espacio ¿limitante o privilegiado?, son las preguntas que intentaré sino responder, al menos “señalar”. La tesis de este artículo parte de la idea de que el espacio que ocupa el Trabajo Social en un equipo interdisciplinario socio-sanitario, es básicamente un espacio en el margen (entre el equipo y la comunidad, entre familiares y pacientes, entre la biología y lo “social”...). Pero este “estar en el margen” no es estar aislado, es el propio espacio de la tarea del Trabajador Social y lo es porque éste es su espacio epistemológico, el espacio desde el que se construye su saber, un lugar distinto al de otros saberes.

La sensación de los trabajadores sociales en estos equipos es descrita, en muchas ocasiones, como “fuera de lugar”, “yo hablo otro lenguaje”, “soy el intermediario con el campo de lo social”.... Un discurso que a veces genera insatisfacción porque se considera “aleja” de los equipos, o nos dota del estigma de la diferencia, de los no “científicos” del equipo, que asociamos inmediatamente a los faltos de rigor, los instintivos... Craso error, quizás deberíamos analizar la situación desde otro punto de vista, poniendo en cuestión la obligatoriedad epistemológica de que el saber social tenga que ser científico o deba esforzarse por serlo.

El modelo de las ciencias naturales ocupa un espacio epistemológico que no es el del saber social. Siguiendo a Foucault¹ podemos situarnos desde la tesis de que no existen las ciencias sociales (entendiendo ciencia desde el modelo de ciencia clásico) y que esto no implica la existencia de un saber “ilegítimo”. El saber social tiene su propio espacio epistemológico y su fuerza está en asumirlo como tal. El Trabajo Social es parte de ese saber social, en este artículo la referencia al segundo presume la inclusión del primero. Ciencias humanas -saber social- Trabajo Social, son tres elementos escalonados e interrelacionados de construcción de un espacio epistemológico que va desde lo concreto a lo general, que desde la técnica, desde la relación, construye un saber.

1 Todas las citas textuales de Foucault, que aparecen en este apartado pertenecen al capítulo décimo de *Las palabras y las cosas*: “Las ciencias humanas”.

Sólo desde el análisis de las cuestiones mencionadas, no como rémoras sino como motores del propio conocimiento, es posible generar discursos válidos sobre el Trabajo Social. Es preciso encontrar lugares nuevos (crear nuevos lugares y recrear lugares perdidos) desde los que crear un conocimiento de lo social sin complejos de cientificidad. La tesis de Foucault sobre lo que él denomina saber social y el lugar epistemológico que le concede será el eje de esta reflexión, con dos alternativas a posteriori: la filosofía de Gadamer y su filosofía práctica aristotélica, como modelo de saber social y la “práctica” de Smale y Tuson.

Es importante reflexionar sobre este “asunto” porque el discurso oficial parece dirigirnos a una primacía de la técnica, a una situación sin salida: de la imposibilidad de un discurso social científico a la imposibilidad de una acción social, justificable y defendible racionalmente. Si el modelo científico y tecnológico se convierte en modelo único, o nos movemos en verdades sociales inmutables o en la mera opinión. No hay lugar para un discurso de la diferencia, crítico y plural. Descubrir ese lugar es lo que debemos intentar.

Partiremos de la tesis planteada por Foucault, en su libro “*Las palabras y las cosas, una arqueología de las ciencias humanas*”, será nuestro primer eje de reflexión. Debemos saber como se constituyó el lugar epistemológico del saber social para poder reconocerlo hoy. El lugar de las ciencias humanas es el espacio de unas ciencias que se constituyen como: “el conjunto de discursos que toma por objeto al hombre en lo que tiene de empírico”. El saber que estas ciencias representan se fundamenta en una idea: la de hombre, que no es una verdad atemporal e inmutable, sino un constructo histórico. Esto que puede parecer una limitación, será para Foucault lo que dé la fuerza y peculiaridad al saber sobre lo social, sobre el hombre. El hombre, como objeto empírico de estudio, es un invento reciente y el Trabajo Social es heredero de esa construcción, es un saber que surge pensando en el hombre como objeto y sujeto de transformación social. Esto precisamente (la historicidad) genera un lugar epistemológico propio a las ciencias sociales y humanas, que les da una dinámica propia no tenida en cuenta y, que si en algún momento ha sido analizada, lo ha sido como una rémora, como un déficit frente a las ciencias naturales.

El surgimiento de estos saberes sociales se produjo dentro de una redistribución general de la episteme, dentro de un acontecimiento del orden del saber, de qué podemos conocer y cómo ¿En que consistió esta redistribución de los espacios epistemológicos? Este proceso trajo consigo que el hombre se convirtiera en aquello a partir de lo cual todo conocimiento podía constituirse en su evidencia inmediata, no problemática (certeza cartesiana) y también en aquello que autori-

za a poner en duda todo el conocimiento del hombre (duda cartesiana). De ahí surge esa doble e inevitable disputa, el eterno debate entre las “ciencias del hombre” y las ciencias “sin más”. Pero lo importante es que el carácter histórico del proceso “desmitifica”, tanto el saber de las ciencias del hombre como los problemas ligados a ellas de manera indisoluble y limitante. En conclusión, el debate perpetuo entre las ciencias humanas y las ciencias naturales ha marcado el último siglo y ha cargado de traumas a las primeras (en su búsqueda ansiosa de “cientificidad”); este debate es a la vez el debate que marca la relación del saber social con el saber “científico” de los equipos sanitarios, pero “no indica la permanencia de un problema indefinidamente abierto, remite a una disposición epistemológica precisa y muy bien determinada en la historia”.

Foucault parte de una división tripartita de la episteme moderna. El saber se distribuye en tres dimensiones: la primera la ocupan las ciencias matemáticas y físicas; la segunda la ocupan las ciencias del lenguaje, la vida y la producción (lingüística, biología y economía) y por último la filosofía. ¿Dónde ubicar en este triángulo las ciencias humanas y con ellas al Trabajo Social?, paradójicamente no encuentran su lugar en el mismo, quedan excluidas de este espacio del saber, pero desde esta “desubicación” podemos explicar su verdadero lugar y sus peculiaridades. Las ciencias humanas están excluidas de este triedro epistemológico y a su vez surgen de sus límites, de los intersticios entre las tres dimensiones. Juego de inclusión-exclusión que marcará el origen de estos saberes. Lugar difuso y móvil, pero lugar desde donde encontrar una peculiaridad y una fuerza explicativa propia. Lugar privilegiado para un conocimiento social dinámico, un lugar excluido que se convierte en privilegiado: “esta situación las pone (*a las ciencias humanas*) en relación con todas las otras formas de saber de una manera privilegiada”.

En esta triple relación se constituyen las ciencias humanas, pero sobre todo en relación con la segunda dimensión, se constituyen como saberes que se dirigen al hombre que vive, habla y produce (biología, lingüística y economía). Es importante no confundir estos saberes con las ciencias humanas, a pesar de su estrecha relación, “es imprescindible tener claro que las ciencias humanas no son un análisis de lo que el hombre es por naturaleza; sino más bien un análisis que se extiende entre aquello que el hombre es en su positividad (ser vivo, trabajador, parlante) y aquello que permite a este mismo ser saber (o tratar de saber) lo que es la vida, en qué consiste la esencia del trabajo y sus leyes y de qué manera puede hablar”. El Trabajo Social se ubicaría, como productor de saber, es este espacio. Se autoconstruye en “la vecindad y todo a lo largo de esas ciencias en las que se trata de la vida, del trabajo y del lenguaje”, trabajamos con el hombre que vive, trabaja y habla, pero a su vez no es ese hombre nuestro objeto de co-

nocimiento e intervención, son sus intersticios, sus relaciones, con esos espacios lo que es el objeto del Trabajo Social. Nosotros intervenimos en la relación, en el límite, del hombre con su biología, su lenguaje y su producción.

Desde esta perspectiva podemos considerar el espacio epistemológico del Trabajo Social, ubicado dentro de las ciencias humanas, como distinto al de las ciencias naturales, un espacio propio. Las ciencias humanas son relativas, inexactas, finitas..., nuestra práctica nos lo demuestra día a día, pero no es una limitación es su constitución, es su espacio epistemológico. Las ciencias humanas “hunden al hombre que toman por objeto al lado de la finitud, de la relatividad, de la perspectiva... la invencible impresión de vaguedad, de inexactitud, de imprecisión que dejan casi todas las ciencias humanas no es más que el efecto superficial de aquello que permite definir las en su positividad.” Por lo tanto lo característico de las ciencias humanas no es su objeto de estudio, “...no es la dirección hacia un cierto contenido (ese objeto singular que es el hombre)...”, éste no las limita, ni impide su cientificidad, si las ciencias humanas no son tales es porque su lugar epistemológico es otro, es una cuestión formal.

Tras este análisis Foucaultiano a las preguntas de: ¿cómo construir Trabajo Social, saber propio, desde ese lugar epistemológico tan difuso? y ¿cómo, desde nuestra práctica, construir ese lugar?, podemos entrar en otra fase, buscar el camino a ese lugar. En cuestión de rutas poco queda por descubrir, nada hay nuevo, quizás debamos buscar caminos antiguos, recordar lugares perdidos. Así, resulta interesante introducirse en los textos de Gadamer² y su análisis de la filosofía práctica de Aristóteles.

Puede resultar extravagante esta vuelta al pasado, pero la historicidad es un elemento constitutivo de las ciencias humanas y el Trabajo Social debe ubicarse en ella, relacionarse con otros saberes, con la tradición epistemológica para ir construyéndose. Gadamer plantea una opción “creativa”, que supone realmente un aliciente para los que nos ubicamos dentro del discurso social. Es una alternativa desde la Filosofía, con lo que implica, en su misma exposición, una síntesis de teoría y praxis. Síntesis que debe definir el trabajo social, “atado” frecuentemente a la praxis de manera patológica. El Trabajo Social necesita deshacerse del abuso de una práctica vacía de teoría. Como hemos visto, la finitud, la relatividad... no es una limitación para el Trabajo Social, es su espacio epistemológico,

² Las citas textuales de este apartado pertenecen al libro “Verdad y Método” de Gadamer, en concreto al volumen II. Dado que dicho libro consta de artículos publicados en distintas fechas, señalaré entre paréntesis la página de la que he extraído la cita.

la limitación es no reconocer ese espacio y caer en un tecnicismo utilitarista vacío. Es necesaria, imprescindible, la teoría, que la misma no sea científica no debe llevar a su imposibilidad.

Cuando anteriormente dijimos que no solo debíamos construir un nuevo saber de lo social, sino reconstruir saberes (lugares) olvidados, estábamos mencionando indirectamente la recuperación gadameriana del mundo griego para el discurso de estas ciencias. Para los griegos la única ciencia racional verdadera es la matemática, ya que solo ella trata sobre lo inmutable, la ciencia moderna también busca ese “ideal” de observación de lo no sujeto a cambio y así verificable de una sola vez. El hombre y su contexto no pueden ser clasificados como un objeto inmutable y por tanto su conocimiento está muy alejado del de la matemática, pero para el griego no por ello no es conocimiento verdadero, su noción de ciencia va vinculada a la noción de verdad, como des-ocultamiento, como *aletheia*. Esos otros saberes se enmarcan dentro de esta concepción clásica de la ciencia que se define desde su relación con el objeto. Pero en la época moderna adquiere primacía el concepto de método a la hora de calificar el saber científico, el método de conocimiento se impone sobre la cosa que se conoce. Para la ciencia moderna la Matemática no es la ciencia más pura por su objeto de estudio, sino por su método de conocimiento.

Gadamer habla de un conocimiento, que prima la experiencia vital, el contacto con el objeto, la intuición, la comprensión del objeto de estudio..., por encima de la supuesta objetividad e inviolabilidad de un método único de conocimiento válido. Él mismo nos dice cómo le surge la pregunta sobre las ciencias humanas y su vinculación con la filosofía práctica de Aristóteles, una vez analizado el concepto de ciencia moderna y su vinculación con los modelos de las “antiguas tradiciones”: “Esto suscita la pregunta general de si no sigue habiendo hasta hoy, dentro del sistema de las ciencias, un sector que se inspira más en las antiguas tradiciones del concepto de ciencia, que en el concepto metodológico de la ciencia moderna. Cabe preguntar si esto no es válido al menos para un ámbito concreto de las denominadas ciencias del espíritu (...) Ahora bien, hay al menos un ejemplo en el ámbito de la teoría de la ciencia que podría dar una cierta legitimidad a esa reorientación de la reflexión metodológica de las ciencias del espíritu, y tal es la “filosofía práctica” fundada por Aristóteles” (pag. 294).

¿Qué modelo de ciencias humanas busca Gadamer para llegar a encontrar esta similitud?: “Lo que yo afirmo es que lo esencial de las ciencias del espíritu no es la objetividad, sino la relación previa con el objeto. Yo completaría, para esta esfera del saber, el ideal de conocimiento objetivo, implantado por el ethos de la

cientificidad, con el ideal de “participación”. Participación en los temas esenciales de la experiencia humana tal como se han plasmado en el arte y en la historia. En las ciencias del espíritu, éste es el verdadero criterio para conocer el contenido o la falta de contenido de sus teorías. Yo he intentado mostrar (...) que el modelo del diálogo puede aclarar la estructura de esta forma de participación. Porque el diálogo se caracteriza también por el hecho de no ser el individuo aislado el que conoce y afirma, el que domina una realidad, sino que esto se produce por la participación común en la verdad.”(pág. 313). Esta idea de ciencia clásica, no moderna, más vinculada al objeto que al método, le parece a Gadamer lo más próximo a su planteamiento. No supone una renuncia al ideal de científicidad, sino un complemento, como él mismo dice un saber desde el diálogo, buscando una participación común en la verdad. Este párrafo me parece de una enorme riqueza para el Trabajo Social, los conceptos de participación y diálogo son básicos, si como estamos intentando a lo largo de todo el trabajo buscamos un saber social que pueda justificar una acción/intervención fundada, sin necesidad de sucumbir a la “seguridad” aprisionante del discurso monológico del positivismo.

Participación: Gadamer nos permite ubicarnos en un modelo de ciencia (en el sentido “clásico”) que no se sustenta en el ideal de un observador distante y objetivo, ajeno al objeto que estudia. El individuo que interpreta una realidad no es ajeno a ella, él pertenece a esa realidad y al interpretar se interpreta a sí mismo, como en la reciprocidad de un diálogo. “El que quiere entender algo trae ya consigo un anticipo de lo que quiere entender...” (pág. 307). Diálogo: “También la comprensión de la opinión de otro o de un texto se realiza dentro de una relación de consenso pese a todos los posibles malentendidos, y busca el entendimiento más allá de cualquier discrepancia. La praxis de una ciencia viva sigue esta misma línea.”(pág. 307).

Participación-diálogo, elementos que permiten la unión de praxis y teoría en “una ciencia viva”. La teoría necesita una praxis, que ésta sea transformadora y liberadora es lo que estamos buscando, está claro que conformarnos con una mera aplicación de conocimientos y métodos a un objeto no nos permite seguir esta línea. La filosofía práctica de Aristóteles responde a este modelo de conocimiento vivo, vinculado al hombre y su contexto desde el diálogo y la participación, desde el lenguaje y la interpretación.

Desde esta tradición no podemos ya comprender la historicidad del saber social como algo limitante, sino como parte del autoconocimiento que es constitutivo del saber social, este autoconocimiento que implica el saber de las ciencias humanas puede ser peligroso e incluso oscuro y difícil de alcanzar, pero es el conocimiento más válido cuando se consigue: “Nada hay tan proclive al engaño como el autoconocimiento, pero nada tan importante, cuando se logra para el ser del hombre”(pág. 46).

Aristóteles diseñó la filosofía práctica, que abarca la política (dónde podríamos incluir, hoy, el Trabajo Social), en un debate explícito con el ideal de la teoría y de la filosofía teórica. Así elevó la praxis humana a una esfera autónoma del saber. “Praxis” designa el “conjunto de las cosas prácticas y por tanto toda conducta y toda autoorganización humana en este mundo...” (pág. 313). Ser una esfera autónoma del saber, saber y no sólo opinión; hacer de la praxis el punto de partida de un conocimiento verdadero y racional, sin tener que dejar de lado los elementos “impuros” de la vida, encerrándola en un laboratorio; es lo que buscamos en nuestro quehacer cotidiano desesperadamente y la búsqueda es además “vergonzosa”, oculta. Es cierto que esta finitud del saber, esta vinculación a la historia, a la vida, produce un saber más inestable, más necesitado de diálogo y por tanto más inseguro. Es esta inseguridad la que hace que las ciencias sociales sean más proclives a las tentaciones del poder, estén más necesitadas de afirmación frente a otros saberes y por ello más sujetas a manipulación. Aquí recuperamos la idea de Foucault de una doble vía de las ciencias sociales, su crítica, su interpretación, debe ser también hacia ellas mismas y así impedir discursos dogmáticos sobre el hombre, que son los más peligrosos.

¿Cómo hacer visible este análisis más filosófico en la práctica cotidiana? ¿Qué relación tiene con el Trabajo Social en el ámbito de la salud?. Para responder a estas preguntas nos “situamos” desde las ideas de G.Smale, G. Tuson y D. Statham, en su libro “Problemas Sociales y Trabajo Social”. Estableciendo un diálogo con dicho texto, desde nuestra práctica y los textos antes analizados, podemos sacar algunas conclusiones. A continuación expondré algunas ideas de dicho libro y las relacionaré con las tesis mencionadas. Intentaremos ver si hoy, desde este libro, se habla con Foucault y Gadamer.

“La capacidad de trabajar en los márgenes de las organizaciones, de las familias, los grupos, las redes sociales y otros conjuntos de relaciones humanas es esencial para los agentes de cambio. Mantener esta posición para influir en el cambio en un conjunto de relaciones o en una organización es muy distinto de ser marginado por las personas con que se trabaja” (Smale y otros). Nos situamos en los márgenes, nuestro espacio de intervención es ese, desde el margen construimos nuestro saber. Desde el espacio donde el hombre se relaciona con lo que vive, habla y trabaja, como ya vimos. El margen es nuestro espacio de intervención y nuestro espacio epistemológico constitutivo. En los equipos socio-sanitarios esta ubicación se hace patente de manera más “cruda”. El complejo de cientificidad y la confusión del margen con la marginación son elementos sobre los que debemos reflexionar los trabajadores sociales del ámbito sanitario. Considero que la interdisciplinariedad más compleja se da en estos equipos, un trabajador

social que desarrolla su función en los Servicios Sociales comparte discurso con otros profesionales íntimamente relacionados con las ciencias sociales o que comparten el mismo discurso de base. En los equipos socio-sanitarios existe un “choque” epistemológico entre dos culturas (rememorando el debate filosófico de las “dos culturas”), la de las ciencias naturales y la de las ciencias humanas. El “choque” debe convertirse en diálogo y esto, a veces, no es fácil. En este contexto nos ubicamos los trabajadores sociales y la sensación de conflicto permanente no es una limitación personal, es la manifestación de un debate epistemológico que hunde sus raíces en la modernidad.

Debemos, siempre, tener en cuenta, que el diálogo es inevitable si queremos hacer trabajo social: “El Trabajo Social tiene la posibilidad de hacer una contribución significativa, pero nunca puede actuar en solitario” (Smale y otros), nosotros no podemos desarrollar nuestra tarea sin otros, sin el equipo, sin el paciente, sin la comunidad, sin otras instituciones... es parte constitutiva de nuestra tarea y de nuestro saber. Nuestra aportación disciplinar al equipo es ese saber “en relación”, es aportar ese espacio “difuso” en que el saber sobre el hombre se mueve.

Y Gadamer nos acerca del pasado las ideas aristotélicas de diálogo y participación, ideas claves del Trabajo Social. La Filosofía Práctica de Aristóteles, que él recupera, es un modelo de construcción de saber para el Trabajo Social. Para una profesión que está construyendo un espacio teórico propio, que lo construye desde la relación con su propio objeto de conocimiento, que participa y dialoga permanentemente con el mismo, la idea aristotélica es sumamente interesante. La verdad vinculada al “desvelamiento” y la fórmula aristotélica (“se da”, “hay tal”) para referirse a los “asuntos prácticos” de la vida, debe ser objeto de reflexión para el Trabajo Social. Desde el diálogo “desvelamos”, “hacemos visible” una verdad y trabajamos con la práctica, con los asuntos cotidianos de la vida, con lo que “se da”, con lo “que hay”. El Trabajo Social interviene en los problemas sociales, intentando “acompañar” a las personas en lo que quieren, desean y realizan. En el ámbito de la salud, el trabajo con la enfermedad y sus causas/consecuencias sociales, pone al trabajador social frente a la finitud humana en su máxima expresión. Es en este ámbito dónde la “principal función científica” del saber social es conseguir la “autoconciencia de finitud” en el hombre, como motor de su cambio.

Cierro este artículo citando un texto, cosa que he hecho a lo largo del mismo repetidamente. La propia forma de redactar el artículo responde al objetivo del mismo: el trabajador social debe dialogar con los textos existentes, con el saber que le constituye y le precede, escribir es dialogar. Vuelvo al texto de Smale, que plantea

desde otro contexto, otra historia, otro lugar..., un mismo objetivo compartido: “Apoyamos el movimiento hacia la práctica basada en el conocimiento, aunque reconocemos también que nuestra comprensión de la naturaleza del conocimiento profesional es objeto de crítica y reinención ... nuestro enfoque es coherente con las perspectivas que reconocen y validan la importancia del conocimiento tácito y del saber “hacer” que lleva consigo la experiencia de vida y de trabajo de las personas ... No todos los conocimientos y el saber hacer necesarios para resolver problemas sociales se contienen en forma codificada ...”. “Lo que en realidad hace un Trabajador Social es el producto de la interacción dinámica entre el saber codificado, el saber hacer tácito, el comportamiento y los valores, que se utilizan para comprender e influir en la conducta de las personas involucradas en las pautas de relaciones que precipitan o perpetúan problemas sociales”. Es necesario validar un conocimiento propio del Trabajo Social, sin pensar que ocupamos un espacio epistemológico único, no existe tal, nos movemos en el espacio de las ciencias humanas y aportamos un elemento clave para la construcción del saber: la relación privilegiada con el objeto, la participación y el diálogo. En el Trabajo Social, el espacio epistemológico constitutivo de las ciencias humanas se convierte en acción, la praxis y la episteme entran en contacto inevitable.

BIBLIOGRAFÍA

- M. Foucault. “Las palabras y las cosas, una arqueología de las ciencias humanas”. Ed. Siglo XXI. Madrid 1997.
- H.G. Gadamer. “Verdad y Método” (I y II). Ed. Sígueme. Salamanca 1994.
- Gerald G. Smale, Graham Tuson, Daphne Statham. “Problemas sociales y trabajo social: Hacia la inclusión y el cambio social”. Ed. Morata. 2003.
- G. Vattimo. “La sociedad transparente”. Ed. Paidós, colección Pensamiento Contemporáneo. Barcelona 1996.
- Comp. Lluís Alvarez. “Hermeneútica y acción”. Ed. Junta de Castilla y León. Valladolid 1999.
- F. J. García Selgas y J. B. Monleón (Ed). “Retos de la Postmodernidad, Ciencias Sociales y Humanas”. Ed. Trotta. Valladolid 1999.
- Payne, M (1995): “Teorías contemporáneas del trabajo social”. Barcelona. Paidós.
- Howe, D. (1999). “Dando sentido a la práctica. Una introducción a la teoría del trabajo social.” Granada. Maristán.

COORDINACIÓN

Mª Luisa Pérez Pérez

DTS Col. nº 475

RESUMEN

La coordinación es un tema interesante para reflexionar, debido a que en los diferentes sistemas de protección social en el que desarrollamos nuestro trabajo profesional, esta es una necesidad de nuestra mitología de formación. Permite un trabajo en red, un abordaje sistematizado de las causas que provocan los problemas sociales, actuaciones y sinergias que ayuden a hacer personas más autónomas y sociedades más libres, al incidir y fortalecer el tejido social y no quedarnos como meros intermediarios de prestaciones sociales.

PALABRAS CLAVE

Coordinación. Sistemas de apoyo. Niveles. Beneficios. Dificultades

INTRODUCCIÓN

La coordinación es una necesidad en todos los ámbitos de actuación de nuestro trabajo y también desde luego en el sanitario, puesto que la fragmentación de los servicios que dan cobertura a las necesidades de las personas que padecen enfermedades y la diversidad y dificultad de algunas de las prestaciones, hacen imprescindible dicha coordinación.

La coordinación a su vez tiene que ver con la amplitud y complejidad del conocimiento humano que hace imposible que desde una sola disciplina éste pueda ser abarcado.

La coordinación hará posible la integración de los diferentes sistemas de apoyo, sanitarios, sociales, educativos, judiciales, empleo, vivienda etc., y a su vez es la respuesta integrada a las necesidades que presenta la población.

Desde el punto de vista normativo, ya la Ley de Sanidad de 1986, recalca, en relación a la enfermedad mental, la necesaria coordinación con los Servicios Sociales (Art. 20 punto 4).

“Los servicios de Salud Mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los Servicios Sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psico-sociales que acompañan a la salud en general”.

La Ley de Ordenación Sanitaria de La Comunidad de Madrid de 2001, se extiende en esta idea y en el preámbulo de dicha Ley expone:

“...el sistema sanitario se crea bajo los principios de vertebración y coordinación”

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003, en su Exposición de Motivos dice:

“Establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas Sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud”.

Dado lo importante del tema vuelve a insistir:

“La experiencia en coordinación sanitaria desde la aprobación de la Ley de Sanidad hace necesaria la búsqueda de un nuevo modelo, que aproveche esa experiencia y ofrezca nuevos instrumentos que permitan a los ciudadanos recibir un servicio sanitario público de calidad y en condiciones de igualdad efectiva en el acceso, independientemente del lugar donde resida”

Capítulo Preliminar, disposiciones generales, art.1 Objeto de la Ley:

“Establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Sanitario de Salud”.

Art.14 Prestación de atención Sociosanitaria (punto 3).

“La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes”.

La Ley de Sanidad de 1986 en su Exposición de Motivos I dice:

“Es, en efecto, un dato histórico fácilmente verificable que las respuestas públicas al reto que en cada momento ha supuesto la atención a los problemas de salud de la colectividad han ido siempre a la zaga de la evolución de las necesidades sin conseguir nunca alcanzarlas, de manera que se ha convertido en una constante entre nosotros la inadaptación de las estructuras sanitarias a las necesidades de cada época.”

Por lo tanto queda reconocida la dificultad del sistema para anticiparse a las necesidades. Podría concluirse por extensión que la formalización de la coordinación va retrasada, y desafortunadamente puede llegar a constituir un tema siempre pendiente.

La coordinación desde el punto de vista organizativo requiere no sólo la normativización de ésta, sino que deben estar implicados otros niveles que la propicien y la hagan posible. Esto se logra con una comunicación longitudinal que permita conocer las necesidades desde el nivel de actuación, hacia el nivel organizativo y de planificación y desde éste, a su vez, al nivel político y normativo.

Y a la inversa, desde el nivel político que se conozcan los diferentes recursos, los medios humanos y materiales, las estructuras organizativas que los sostienen, permitiendo integrar los cambios y propuestas que son necesarios para favorecer dicha coordinación.

Los niveles serían:

1. Coordinación a nivel político (global): corresponde a las diferentes líneas políticas de carácter social que marcan los gobiernos y tienen que ver con el desarrollo e implantación de planes, programas y recursos.
 - Entre Estado y Comunidades (Real Decreto de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, Ley de Cohesión de Sistema Nacional de Salud, Ley de Dependencia).
 - Entre las diferentes Consejerías.
 - Entre diferentes Administraciones.
2. Coordinación entre organizaciones y sistemas, que gestionan e implementan las diferentes prestaciones, que a veces no coincide su territorialidad.
 - Entre diferentes direcciones generales de la misma administración y con otras administraciones.
3. Coordinación entre los profesionales y equipos que directamente actúan sobre las personas concretas que lo necesitan. Entendemos el equipo como la unidad más pequeña que puede emprender la totalidad de la tarea y comprende a su vez todos los que hacen falta para realizarla.

Si no hay una implicación de todos los niveles de los sistemas muchas veces se queda en buena voluntad o papel mojado, ya que no se han previsto las dificultades que existen para su implantación o no se ha dotado de medios suficientes e incluso no es considerada una necesidad prioritaria.

Desde el punto de vista semántico, coordinar es concertar medios, esfuerzos, etc... para una acción común.

Desde el punto de vista filosófico, permite reconocer al otro como complementario e incorporarlo a nuestra tarea, nunca como enemigo ni como subsidiario de nuestro sistema.

Desde una visión holística* de los problemas permite integrar a todos los implicados que tienen que participar en la respuesta a las necesidades sociales, teniendo como meta la autonomía y el crecimiento de las personas, haciendo uso

* Holismo, doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen.

de sus propias redes de apoyo o favoreciendo la creación de otras nuevas para evitar la dependencia de las prestaciones o de los recursos y que perpetúan el mantenimiento de las situaciones-problema.

Desde el ámbito sanitario por tanto, la propuesta sería hacer participes a otros sistemas a través de normativas y acuerdos de aquellas áreas en que están involucrados en la respuesta a las necesidades que acompañan al enfermar, bien como precipitantes o como mantenedores de esta falta de salud.

La coordinación facilitará el espacio de encuentro en el cual se realizará la respuesta integral a estas necesidades, elaborando guías y procesos en el que la necesidad/problema sea el referente a reflexionar y no el perfil del usuario/paciente, que permite etiquetar pero deja fuera del marco a muchos de nuestros pacientes.

Tiene que establecer **objetivos y prioridades**, realizar el recorrido posible que permita la continuidad de cuidados en lugar de los agujeros negros que aparecen tras la manida frase “esto no es mío”.

Para que esta **participación** sea posible y efectiva, hay que señalar un tiempo, un espacio y un número suficiente de personas que puedan participar y sean representativas de sus diferentes instituciones.

Esto supone un **pensar en común** sobre la tarea encomendada y sobre los **medios a implicar** para que ésta sea posible; es un allanar espacios y pasos, no complicar aún más con nuevos documentos a cumplimentar y, en su lugar, favorecer el acuerdo para el uso de documentos únicos.

Por lo tanto, entendemos que la coordinación:

- Debe formar parte de nuestro trabajo, y es fundamental asignarle un tiempo y un espacio.
- Tiene que ver con el trabajo en equipo y con el trabajo en red.
- Es una consecuencia de la fragmentación de los servicios y recursos y por tanto imprescindible para nuestro trabajo.
- Es fundamental para tener una visión global y no convertirnos en instituciones totales.
- Esta tarea completa recae en el equipo y no en un trabajador individual.

Desde mi quehacer profesional durante más de treinta años en el sector sanitario, aunque centrada en psiquiatría y después en salud mental he constatado que

ha existido un importante cambio, tanto en la legislación como en el número de profesionales y recursos, incrementándose como consecuencia la complejidad del sistema. También, inevitablemente, se ha incrementado la falta de coordinación en algunos casos, dentro de la propia red sanitaria (primaria, especializada, salud mental) en la que los derechos de los pacientes se ven vulnerados según el diagnóstico que les designa.

Tampoco, por otra parte, ha mejorado la coordinación con los demás sistemas que tienen que ver con los problemas que se presentan asociados a la enfermedad o como consecuencia directa de ésta.

Las dificultades más importantes que se pueden enumerar dependiendo de los diferentes niveles del sistema podrían ser:

A. Nivel Asistencial o actuación directa:

- Falta de trabajo en equipo, que posibilite una acción común y que de coherencia a las actuaciones, priorice tareas, designe profesionales y medios y tenga la capacidad de poder comprometerse con otros sistemas. Si esto no existe, la acción es individual, no representa a la institución y se queda en la mayoría de las veces en una mera queja, en profesionales aislados y “autodefendidos” asignando una serie de prestaciones a lo urgente sin poder pensar/reflexionar sobre lo fundamental.
- La institución que nos acoge, no da importancia a la coordinación, no dotando de personal y medios suficientes, ni exigiendo su consecución.
- Desde las diferentes formaciones académicas la falta de importancia que se da a la formación en trabajo grupal, que permita cooperar y colaborar con otros, sin sentirlos como observadores o críticos de nuestra mayor o menor pericia.

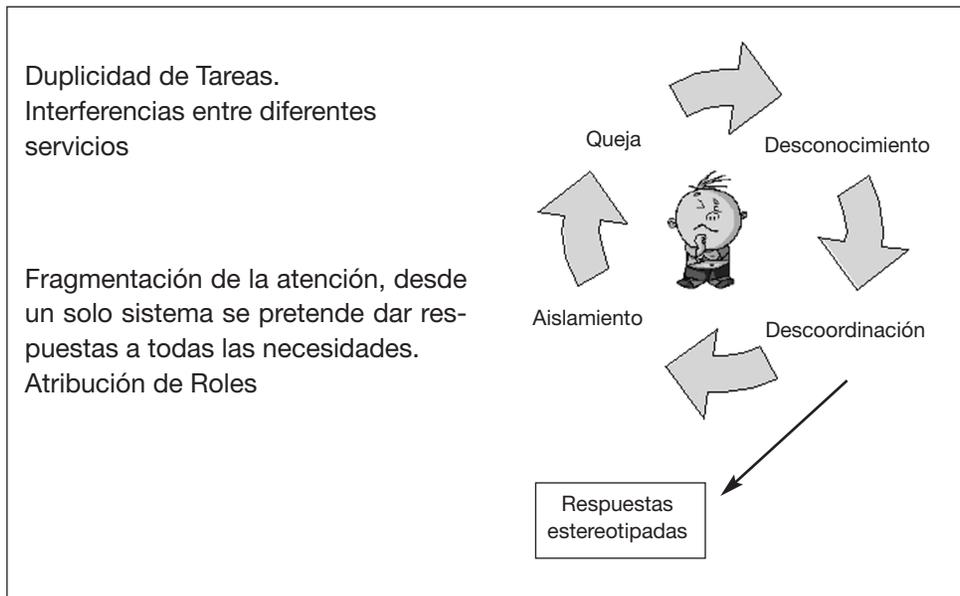
B. Nivel Institucional

- La falta de compromiso por parte de las instituciones, que firman los acuerdos en realizar estudios previos sobre como afectan en su territorio los nuevos planes, en orden a presupuestar tanto medios económicos, como personales y en la reconversión de recursos que a veces sirven para auto-perpetuarse, pero han perdido su fin social.

C. Nivel Político

- El alejamiento entre las necesidades sociales y las leyes, la no exigencia de su cumplimiento y la no provisión de medios para que se lleven a cabo.
- El desconocimiento de medios con los que se cuenta en cada Comunidad Autónoma y como consecuencia creando, en ocasiones, recursos y centros nacionales que no sirven a ningún fin.
- Los nuevos planes deben dotarse de presupuesto; de otro modo probablemente quedarían en un papel más.
- A veces, quienes diseñan los planes están totalmente alejados de las realidades nacionales y autonómicas, siendo poco realistas y traídos o copiados desde otras culturas con un nulo parecido a nuestra realidad.

Esta falta de coherencia entre lo que se escribe y lo que se hace, crea una gran confusión llamando coordinación a llamar por teléfono, a reunirse para tratar casos, definiendo uno de sus elementos posibles como el todo, creando insatisfacción porque cada nueva demanda precisa de un esfuerzo ímprobo por la falta de estructura de coordinación.





UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL EN HOSPITALES. EVOLUCIÓN EN LA ÚLTIMA DÉCADA

Raquel Pizarro Reyes. DTS Col. nº 681(H. Ramón y Cajal)

Susana Rojas Arnau. DTS Col. nº 167 (Instituto Cardiología)

Situación de las Unidades de Trabajo Social hace 10 años y en la actualidad

Mari Cruz Calvete González. DTS Col. nº 2.828 (H.12 de Octubre)

Carmen Torres Echevarría. DTS Col. nº 7.092 (H. Princesa)

Percepción de la Profesión

Rosario Herrero Ramos. DTS Col. nº 736 (H. Getafe)

Adela Ortega Ortega. DTS Col. nº 392 (H. Cruz Roja)

María José Rodríguez García. DTS Col. nº 2.843 (H. Móstoles)

Programas

Rosa Gutierrez Barreno. DTS Col. nº 4531(Essip)

Rosa Delgado Velasco. DTS Col. nº 57 (H. El Escorial)

Alicia Rojas Obregón. DTS Col. nº 2.383 (H. Guadarrama)

Isabel Sancho López. DTS Col. nº 1.791(H. Virgen de la Poveda)

Legislación

Agradecimientos:

MundoMayor, ESSIP, Javier Zazo, Isabel Sancho, Rosario Sánchez

RESUMEN

El siguiente estudio ha sido realizado por el grupo de atención especializada y otros colaboradores con el objetivo de tener una visión aproximada de cual es la situación de las Unidades de Trabajo Social en los Hospitales, tomando como referencia temporal la última década.

Los datos han sido recogidos realizando consultas telefónicas y encuestas.

A continuación vamos a poder ver cuales han sido las variaciones sufridas durante esta última década en lo referente al personal y su situación laboral, conoceremos cual es el sentir de la profesión, podremos ver cuales son las herramientas de trabajo y por supuesto el marco legislativo que nos afecta.

PALABRAS CLAVE:

Sanidad. Evolución. Historia. Hospitales.Herramientas.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL TRABAJO SOCIAL EN MADRID

Queremos hacer una introducción sobre los cambios sufridos a lo largo de la historia del Trabajo Social, donde podemos indicar la incorporación paulatina de asistentes sociales en los distintos hospitales y clínicas de la provincia de Madrid, cuya implantación se originó en el Hospital Provincial, actual Gregorio Marañón, y se inicia el Servicio de Psiquiatría- Dr. López Ibor-, en 1950-.

En 1955 se crea el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica.

A partir de 1958 se produce la incorporación de Asistentes Sociales a los distintos Hospitales: Hospital del Niño Jesús y Hospital de la Cruz Roja.

En 1959 se inicia la incorporación paulatina de Asistentes Sociales en Hospitales y Clínicas, como es el caso del Hospital de la Beneficencia General del Estado, actualmente Hospital de la Princesa.

En 1964 lo hacen en La Paz y Clínica Puerta de Hierro.

En 1967 se crea en Madrid la primera Escuela Oficial de Asistentes Sociales.

En 1971 en H. Clínico y 1973 Doce de Octubre.

Con la Constitución de 1978 desaparece la Beneficencia Pública, creándose el INSALUD; el Art. 43 recoge el derecho a la protección de la salud, y el Art. 49 asegura que los poderes públicos realizaran una política de previsión, tratamiento y rehabilitación e integración de los disminuidos físicos sensoriales y psíquicos, en el Estado español.

En el mismo año se crea el INSERSO.

En 1977 la circular del extinguido Instituto Nacional de Previsión considera a los Asistentes Sociales miembros destacados del Equipo de Salud, concediendo independencia organizativa a la Unidad de Trabajo Social, definiendo su organización, objetivos y funciones, lo que unificó criterios de actuación para todos los Hospitales, legislándose por primera vez la estructura de estas Unidades Hospitalarias.

El 30 de enero de **1979** el Director del Instituto Nacional de Previsión remite un escrito con las funciones básicas del Trabajo Social de Hospitales:

- Asesoramiento y orientación al enfermo/familia.
- Estudio social del enfermo/familia/entorno.
- Colaboración con el desarrollo del Plan de Humanización.
- Intervención en la reinserción social del paciente en el momento del alta.

Es obvio que la actividad profesional es predominantemente la atención individualizada. La función humanizadora fue desarrollada en gran medida por los Trabajadores Sociales.

En 1981 las Escuelas de Trabajo Social son incorporadas a la Universidad. En 1982 la Asociación de Asistentes Sociales pasa a ser Colegio Profesional.

Se abren expectativas profesionales con el cambio de Gobierno.

En 1984 el INSALUD publica el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria con la Carta de Derechos y Deberes de los pacientes. Desde 1982 al 1985 se va diseñando el Servicio Nacional de Salud Pública, donde se incluye el Trabajo Social entre las profesiones de los Equipos de Salud.

En 1985 se aprueba el Reglamento General de estructura y organización de hospitales, donde la Unidad de Trabajo Social no aparece como tal, sí lo hace el Servicio de Atención al Paciente.

En julio de 1985, con la despenalización de la Ley del Aborto se incluye un Trabajador Social en la Comisión Hospitalaria interrupción voluntaria del embarazo de (IVE).

En 1986 el Consejo General de Colegios de Asistentes Sociales solicitó aclaración al Director General de Planificación Sanitaria sobre la ubicación de los Trabajadores Sociales en la estructura hospitalaria: se responde que “la ubicación esta en el Servicio de Atención al Usuario el cual depende directamente de Gerencia”.

Desde la década de los ochenta, los objetivos de la Institución incluyen a Trabajadores Sociales en los Servicios de Urgencias en un intento de dar respuesta a una gama variada de problemas que precisa solución rápida.

Sigue sin haber consenso, entre los Trabajadores Sociales de Hospitales, sobre la necesidad de estar ubicados en la Urgencia 24 horas, alegando la gran dificultad para coordinación y gestión de recursos socio-sanitarios en turno de tarde-noche.

El Trabajador Social se configura a lo largo del recorrido como pieza fundamental en la atención de la salud.

En suma, a pesar de la instauración del Sistema Público de Servicios Sociales, las funciones ejercidas por una amplia mayoría de Trabajadores Sociales Sanitarias se han visto ampliadas.

SITUACIÓN DEL PERSONAL Y CONDICIONES LABORALES EN HOSPITALES EN LA COMUNIDAD DE MADRID (2007)

Presentamos los datos de la situación actual del Trabajador Social, tomando como referencia los datos del último estudio que fue realizado hace 10 años, con el objetivo de poder comprobar que cambios se han producido y analizar de esta manera en que situación nos encontramos en la actualidad.

El estudio comienza contactando con todos los hospitales de la comunidad de Madrid, tanto públicos como privados, para verificar en cuantos de ellos existen Unidades de Trabajo social. Una vez conocido este dato hemos determinado una persona de contacto, la cual va a ser quien dé a conocer a sus compañeras el objeto de este estudio y el cuestionario que hemos elaborado.

Existen 42 Hospitales privados y 27 públicos, en la Comunidad de Madrid.
 En la sanidad privada sólo hay 10 Unidades de Trabajo Social.
 El total de Unidades de Trabajo Social en Hospitales son 37.
 Total de Hospitales participantes en la encuesta: 21.

Pasamos el cuestionario propuesto a los trabajadores de los distintos hospitales para su contestación on line. (Soporte informático a través de Internet por cortesía de Mundo Mayor: www.mundomayor.com).

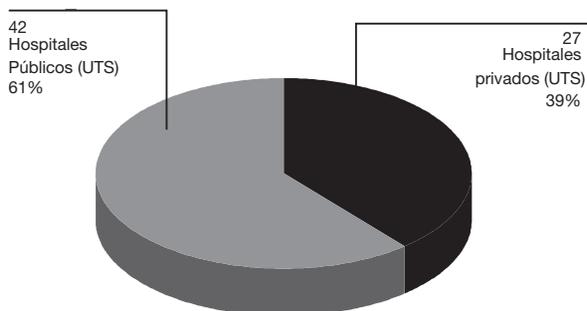
El tiempo de recogida de las encuestas fue de 45 días.

AREA	Hace 10 años	Actualmente
¿Cuántas T.S. hay en tu Hospital?		
¿Cuánta población cubre tu área sanitaria?		
Número de Camas que tiene tu hospital		
Dependencia orgánica: Gerencia Enfermería S.A.P Otros (Especificar)		
Categoría Profesional de quién dependes: Médico Enfermera T. Social Otros (Especificar)		
Dependencia Funcional del Servicio de Atención Primaria (S.A.P): Gerencia Enfermería Otros (especificar)		
Titulación del Jefe de quien dependes:		
Situación Laboral de los T.S: Funcionario Estatutario Laboral Fijo Contratado		
¿El Servicio de T.S. cuenta con personal Auxiliar administrativo de apoyo?		
Disposición de Sistemas Informáticos		
Accesos a Cursos de Actualización		
Accesos a cursos de Formación Continuada		
Disponibilidad de Despachos (Nº): Individual Compartido		

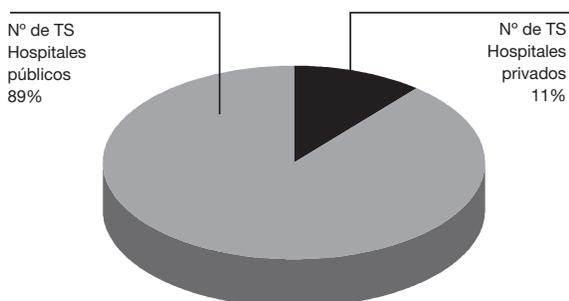
Resultados obtenidos

Datos de participación

Total Hospitales Comunidad de Madrid (2007)

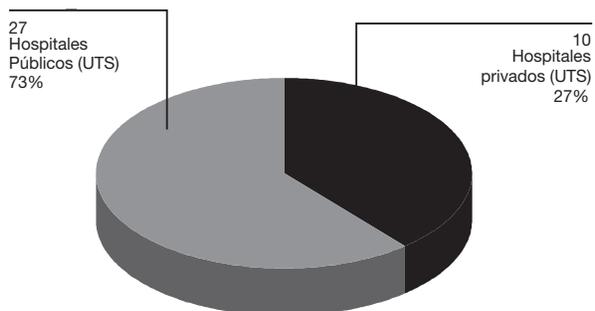


Distribución de Trabajadores Sociales

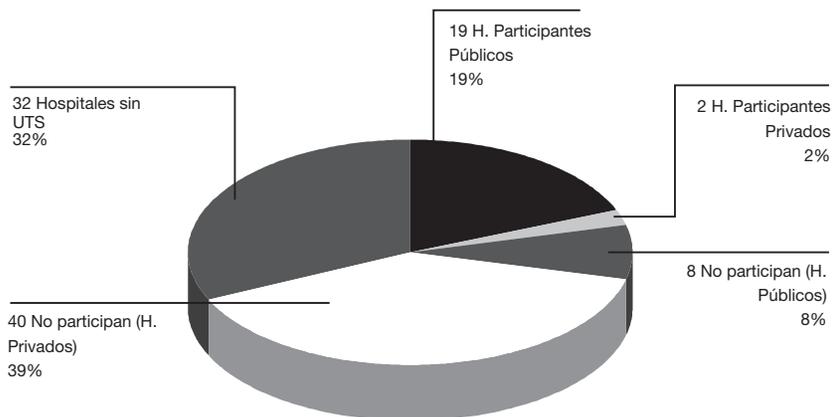


Resultados de la encuesta

Hospitales con Unidad de Trabajo Social

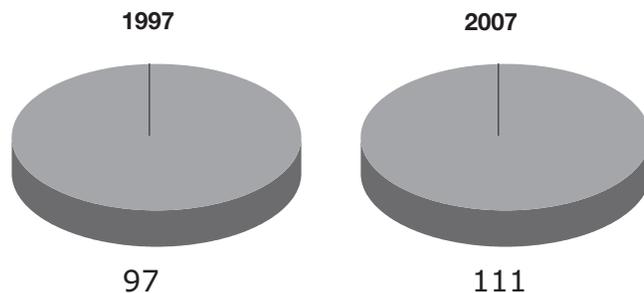


Participación de Hospitales



Comparativa entre la situación de hace 10 años y la situación actual

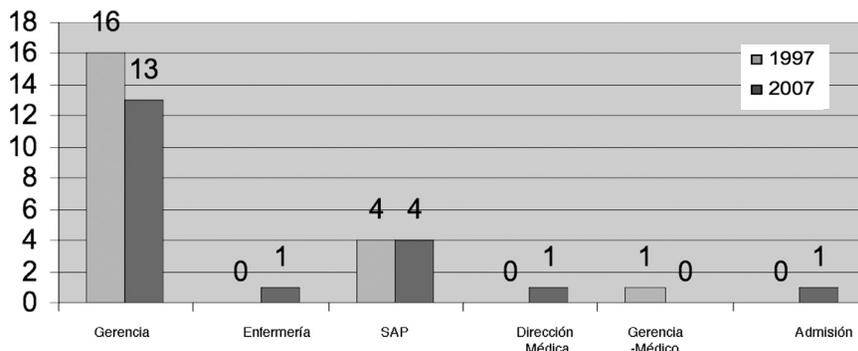
Distribución de Trabajadores Sociales



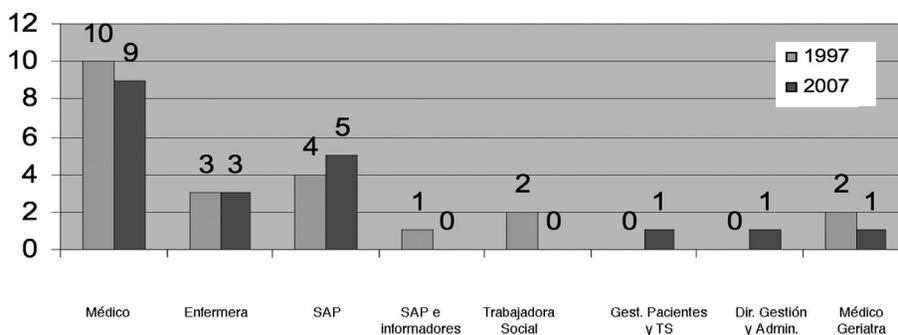
Con respecto al número de trabajadores sociales ha habido un incremento del 17% prácticamente aplicado a los grandes hospitales-

Dependencia Orgánica de los Trabajadores Sociales

En relación a la Dependencia Orgánica de los T.S. Ha habido un descenso de la dependencia de Gerencia en un 19 %, en beneficio de Enfermería, Dirección Médica y Admisión.

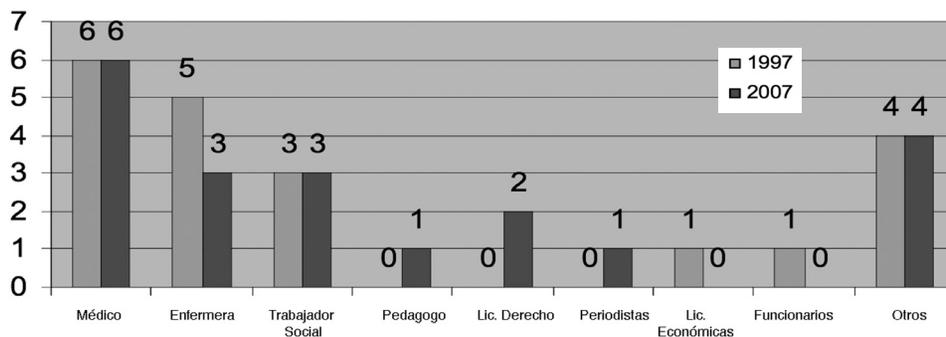


Dependencia Funcional



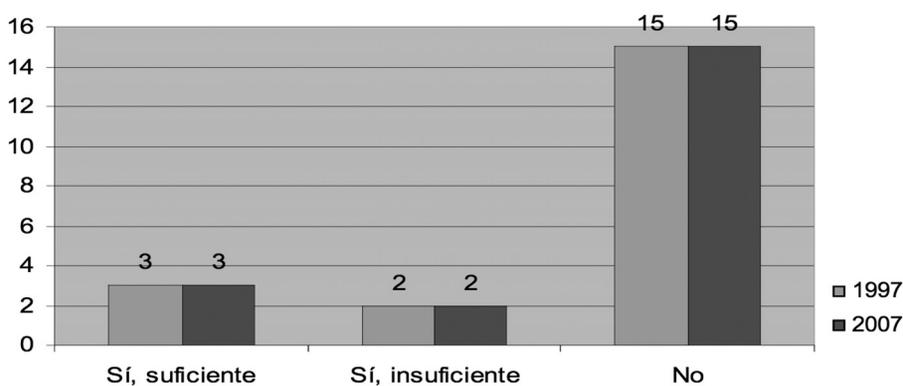
La Dependencia funcional ha sufrido variación ya que se han perdido 2 jefaturas de T.S.

Titulación del Jefe de quien dependes



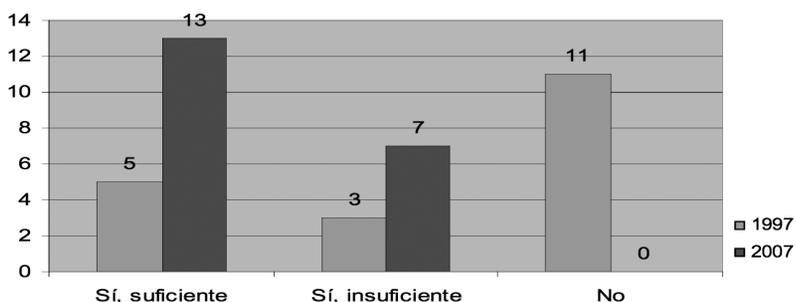
Respecto a la titulación de los jefes, ha sufrido una importante variación al pasar la dependencia a licenciados superiores y otros.

Personal Auxiliar Administrativo de apoyo



No ha habido modificación en el personal administrativo de apoyo

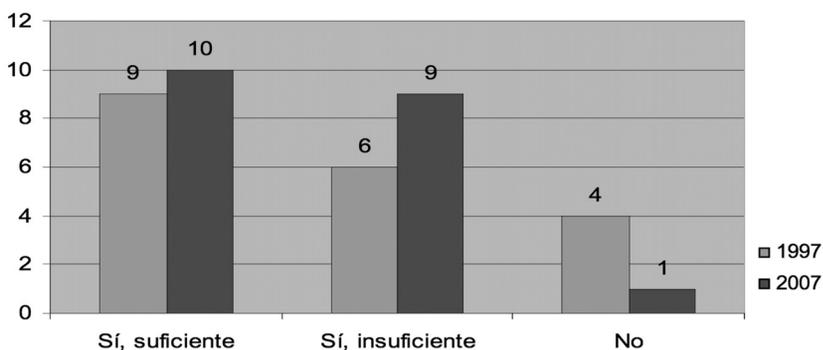
Sistemas Informáticos



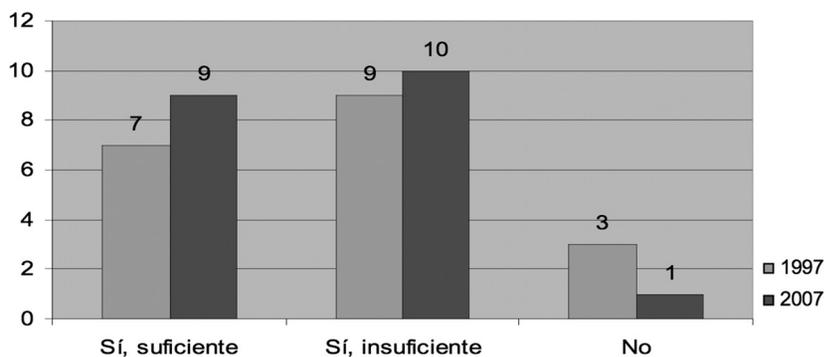
Claramente se observa un aumento de dotación de material informático

Formación

Cursos de actualización

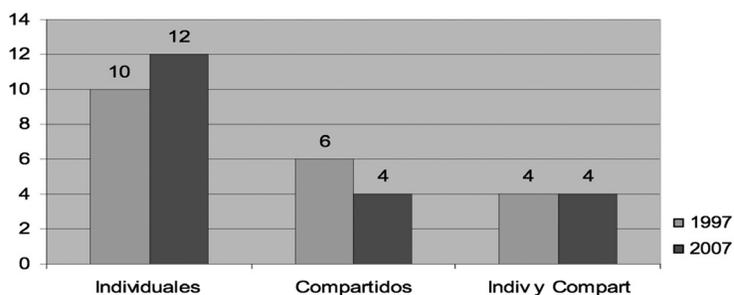


Formación Continuada



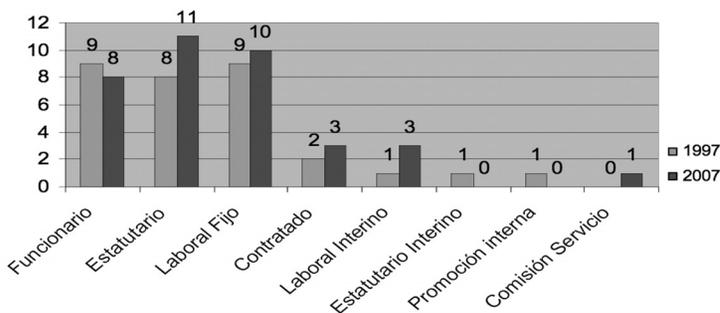
Se favorece la incorporación de los T.S. a cursos de actualización y se aprecia una ligera variación positiva en cursos de formación continuada

Disponibilidad de despachos



Queda prácticamente igual, con una ligera prevalencia de despachos individuales

Situación laboral de los Trabajadores Sociales



Con respecto a la situación laboral de los TS se aprecia una ligera variación a personal estatutario

CONCLUSIONES

- Incremento de un 17% de Trabajadores Sociales en Hospitales.
- La dependencia funcional está muy diversificada.
- Predominio dependencia del Servicio de Atención al Paciente, siendo el responsable: médico, enfermera, trabajador social.
- Personal administrativo de apoyo es compartido con otros Servicios.
- Aumento dotación soporte informático.
- Incremento oferta cursos de actualización y formación continuada.
- Ligera prevalencia de despachos individuales.
- Variación en la situación laboral: personal funcionario, estatutario, laboral.

¿Cuál es el sentir de la profesión?

1. ¿Crees que las funciones y tareas del trabajador social en el hospital están bien definidas?
a. Sí b. no
2. ¿Crees necesario que se utilice de forma homogénea y unificada un sistema de trabajo en todos los hospitales del SERMAS?
a. sí, pero es difícil b. no c. con protocolos, bases de datos....
3. ¿Crees que existe unión profesional entre los Trabajadores Sociales del ámbito sanitario?
a.- no es un colectivo muy heterogéneo b.- depende de relaciones personales c.- sí, en todos los hospitales
4. ¿Cómo crees que se siente en general el profesional del trabajo social?
a. quemado b. acomodado c. a gusto con la labor que desempeña
5. ¿Qué es más costoso?
a. la coordinación con personal sanitario
b. la coordinación con zona (SS.SS. y C. Salud)
c. la coordinación con los propios compañeros de tu servicio
6. ¿Los trabajadores sociales de hospitales pueden tramitar / gestionar de manera fácil y sistematizada los recursos de otras conserjerías de la CAM?
a. Sí b. no c. con educación y servicios sociales
7. ¿Es necesario mejorar entre nosotros la coordinación intra-extra hospitalaria?
a. Sí b. no
8. ¿El número de reuniones entre los profesionales trabajadores sociales en cada centro, es
a. suficiente b. escaso c. debe mejorar
9. ¿Los trabajadores sociales debemos estar en el hospital en todos los horarios de atención?
a. Sí b. no c. solo mañana y tarde
10. En tu centro de trabajo, ¿la dependencia jerárquica de los trabajadores sociales es?
a. trabajador social b. medico c. enfermera / psicólogo
11. En el momento actual cuantos alumnos de practicas de TS hay en tu centro
a. 1 b. 2 o más c. ninguno.
12. ¿Causa de ausencia de alumnos en prácticas?
a. Que no puntúa en los procesos selectivos
b. Que no hay espacio
c. Que no existe motivación por parte de los profesionales
13. ¿Sabe el personal del hospital cual es la función del trabajador social hospitalario?
a. siempre o casi siempre b. algunas ocasiones c. nunca
14. ¿Que tipo de sentimientos hacen aflorar en ti, tu profesión?
de alegría de disgusto de pasividad
de tristeza de indiferencia de inseguridad
de impotencia de seguridad

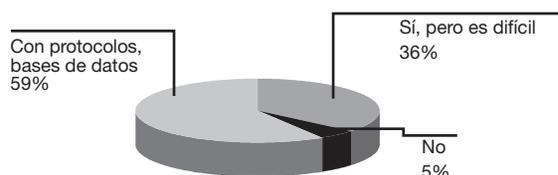
RESULTADOS

1. ¿Crees que las funciones y tareas del Trabajador Social en el Hospital están bien definidas?

P11	P11-1	P12	P13	P13-1	P14-1	P-14-2
1	0	1	3	1	7	6
2	0	1	3	1	2	2
2	0	1	3	1	2	2
2	0	1	3	1	2	2
2	0	1	3	1	2	2
2	0	1	3	1	2	3

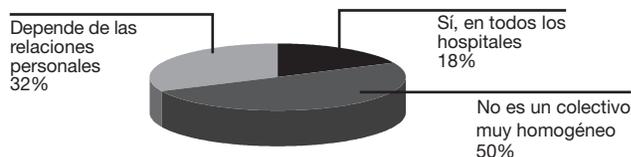
El 73% de los Trabajadores Sociales encuestados consideran que las funciones del Trabajador Social en los Hospitales no están bien definidas, frente al 27% que consideran que si lo están.

2. ¿Crees necesario que se utilice de forma homogénea y unificada un sistema de trabajo en todos los hospitales del SERMAS?



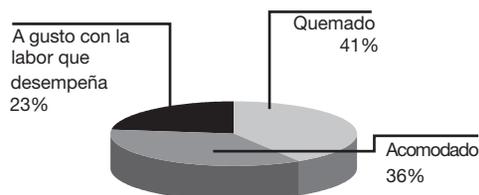
Solamente un 5% de los profesionales encuestados considera que no es necesario, frente a un 59% que consideran que sí, con protocolos y bases de datos y a un 36% que consideran que sí pero que es difícil.

3. ¿Crees que existe unión profesional entre los Trabajadores Sociales del ámbito sanitario?



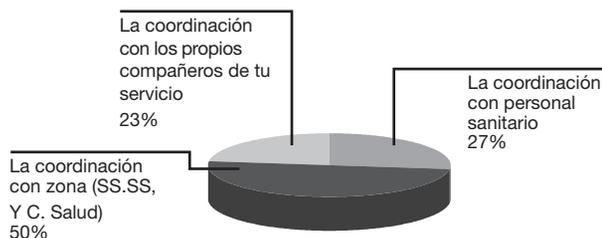
El 50% de los encuestados considera que no hay unión profesional debido a que es un colectivo muy heterogéneo. Un 32% considera que esta unión está relacionada con las relaciones personales y tan solo un 18% considera que si existe esa unión profesional.

4. ¿Cómo crees que se siente en general el profesional del Trabajo Social?



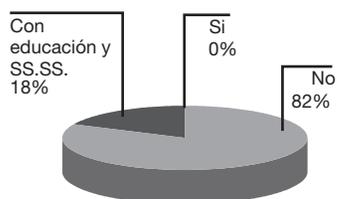
Los porcentajes en esta ocasión se encuentran muy igualados entre el personal que se siente quemado y acomodado, frente a un tan solo 23% de los encuestados que se siente a gusto con la labor que desempeña.

5. ¿Qué es más costoso?



En el gráfico se ve perfectamente representado el elevado porcentaje de profesionales que consideran que la coordinación con Servicios Sociales es casi imposible.

6. ¿Los Trabajadores Sociales de hospitales pueden tramitar/gestionar de manera fácil y sistematizada los recursos de otras consejerías de la CAM?

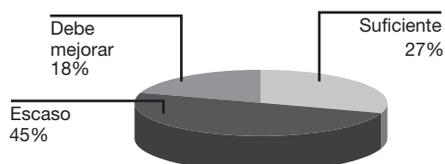


Un rotundo "NO" del 82% de los encuestados refleja las dificultades de los Trabajadores Sociales para gestionar y tramitar recursos.

7. ¿Es necesario mejorar entre nosotros la coordinación intra/extra hospitalaria?

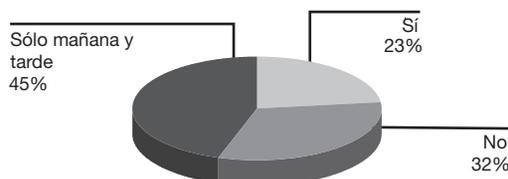
El 100% de los encuestados responde que sí.

8. El número de reuniones entre profesionales TS en cada centro es:



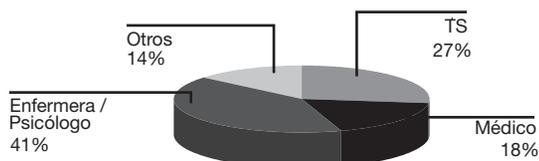
La gran mayoría de los encuestados, el 45%, considera que las reuniones son escasas. Frente a un 18% y 27% que consideran que deben mejorar o que son suficientes, respectivamente

9. ¿Los Trabajadores Sociales debemos estar en el hospital en todos los horarios de atención?



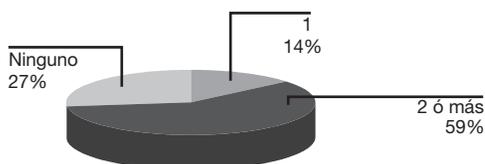
El 45% de los encuestados considera que el horario de atención debe de ser de mañana y tarde exclusivamente, frente a un 23% que considera que debe estar en todos los horarios de atención, mañana, tarde y noche. Y un 32% que considera que no debe estar en todos los horarios de atención.

10 ¿En tu centro de trabajo, la dependencia jerárquica de los TS es?



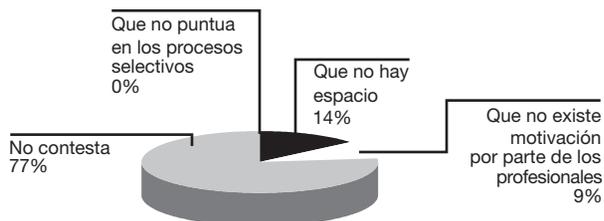
La mayoría de los Trabajadores Sociales encuestados dependen de enfermera o Psicólogo con un 41%. Dependen de un Trabajador Social un 27%. Un 18% dependen de medico, y un 14% de los encuestados responde que otros.

11. En el momento actual, ¿cuantos alumnos de prácticas de TS hay en tu centro?



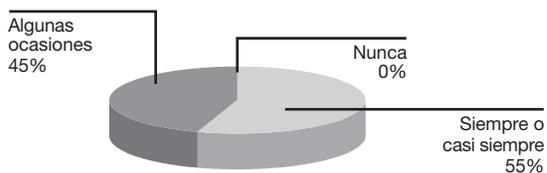
El 59% de los encuestados tiene 2 ó más. El 27% ninguno y el 14% uno.

12. ¿Causas de ausencia de alumnos en prácticas?



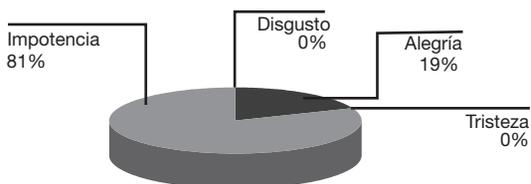
El 77% de los encuestados no ha contestado. El 14% por que no hay espacio, y el 9% por falta de motivación de los profesionales.

13. ¿Sabe el personal del hospital cual es la función del TS hospitalario?



El 55% considera que siempre o casi siempre, frente al 45% que considera que en algunas ocasiones. Un 0% ha contestado que nunca.

14. Qué tipo de sentimientos hacen aflorar en ti tu profesión



Una mayoría aplastante del 81% considera que impotencia.

HERRAMIENTAS: PROGRAMAS, PROTOCOLOS Y COMISIONES

En los Hospitales los Trabajadores Sociales ejercen su función a demanda, a través de protocolos y/o programas.

Definimos los conceptos de programa y protocolo tenidos en cuenta para realizar la clasificación:

1. **Programa:** conjunto de actividades a realizar por un Equipo para alcanzar objetivos específicos a corto, medio o largo plazo, previamente determinados, con una población diana, metodología y evaluación de resultados.
2. **Protocolo:** Procedimiento o pauta de actuación se siguen en la atención de pacientes para conseguir objetivos que mejoren o modifiquen la calidad previa de los mismos.

Programas con mayor consenso en la práctica actual:

- Detección de Riesgo Social en Personas Mayores/Anciano Frágil.
- Programa de Trasplantes.
- Violencia.
- Detección riesgo social en Menores.
- Oncología.
- Psiquiatría.
- Unidad de Cuidados Paliativos.
- IVE.
- Voluntariado.
- Rehabilitación.
- Unidad de Daño Cerebral.
- E. Infecciosas.
- Inmigrantes.
- E. Respiratorias.
- Toxicomanías.
- Detección riesgo social en Neonatología.
- Hospitalización a Domicilio.
- Planificación de alta hospital.

Protocolos:

- ULE (Unidad Larga Estancia).
- Demencias.
- Convalecencia.
- Psicogeriatría.
- Unidad de Aislamiento.
- Mujer/familia.
- Unidad de Atención socio sanitaria.
- Exclusión social.
- Traumatología.
- Violencia.
- Adolescentes.

Comisiones:

1. Comité Ético Asistencial.
2. Comité Ético de Investigaciones Clínicas.
3. Junta Técnico Asistencial.
4. Comisión contra la Violencia.
5. Comisión de Calidad.

Participación Comunitaria:

1. Mesa Exclusión social.
2. Atención Temprana.
3. Mesa de Infancia.
4. Comisión de Paliativos.
5. Mesa Local de Inmigrantes.
6. Comisión de Geriatría.
7. Grupo de Trabajo Atención Especializada.

En los últimos años valoramos un avance tanto en la presencia dentro de órganos colegiados de participación como en plataformas multidisciplinares.

Las Unidades de Trabajo Social son imprescindibles en el Sistema de Salud para una atención socio-sanitaria integrada.

Es precisa una formación especializada.

Los Hospitales son organizaciones complejas y centros de renovación de técnicas avanzadas, donde la atención social debe ser evaluada y adaptada, implantar sistemas de informatización que permitan el análisis completo de los procesos sociales en los que interviene así como la coordinación entre niveles asistenciales.

La atención en salud es hoy una especialización dentro del Trabajo Social, producto de los complejos problemas sociales y económicos que rodean la enfermedad y del creciente número de pacientes y familias que precisan ayudas para luchar contra el impacto de la enfermedad, la hospitalización y los cuidados post hospitalarios.

El Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud determina que “la atención a los problemas o situaciones sociales que concurren en la enfermedad, se garantizan en la continuidad del servicio mediante la coordinación con las administraciones de los Servicios Sanitarios y Sociales”.

Esta oferta del Sistema Nacional de Salud, compromete a la Administración como garante de este derecho y exige la presencia de profesionales de Trabajo Social en los dos niveles de atención sanitaria: Primaria y Especializada, colaborando en potenciar el carácter social de la Medicina.

Aparecen nuevas demandas de los ciudadanos como consecuencia de nuevos problemas sanitarios y sociales que exigen una Medicina de alto coste.

El Hospital y los Centros de Salud Públicos tienen una nueva concepción:

- Cuentan con una organización que dificulta el trato personalizado.
- Comienza la rigidez en la aplicación de las áreas geográficas de salud.
- Existe una concentración de recursos técnicos de alto coste.
- Se pone en marcha una cultura de los directivos de gestión con objetivos de reducción de costes.
- El Hospital realiza una asistencia principalmente curativa y super especializada.
- No es posible compatibilizar la atención integral proclamada y prometida con el objetivo de reducción de costes.
- La humanización de la asistencia se adjudica a un solo servicio hospitalario y se utiliza por la organización como medida de imagen, pero no se hace efectiva.
- En los grandes hospitales, y en los de nueva creación han tenido que compatibilizar el Trabajo Social con el funcionamiento del Servicio de Atención al Paciente.

El modelo de atención integral exige el trabajo personalizado, para combinar los derechos de los individuos con los de la sociedad donde vive.

La UTS tendrá objetivos específicos e indicadores que permitan identificar necesidades sociales, así como, cuantificar la de sus intervenciones.

Fundamentación:

- Falta de información real en la Administración Autonómica sobre la actividad profesional de los Trabajadores Sociales en Atención Especializada, así como, del ratio de Trabajador Social por paciente.
- Conocer las herramientas en cuanto a utilización de programas/protocolos que de forma sistemática se desarrollan actualmente en los distintos Hospitales.
- Aportar información en foros profesionales de ámbito comunitario de los resultados obtenidos.
- Informar a las Administraciones competentes a través del Colegio Profesional de la actividad asistencial que realizamos, así como, de las áreas de mejora.

Metodología:

- Datos obtenidos mediante sondeo con una muestra de dieciocho hospitales de la Comunidad de Madrid, de los cuales :
 - 89 % son públicos.
 - 11% son privados.
- Indicadores utilizados, mediante contacto directo con las Unidades de Trabajo Social de los Hospitales, número de:
 - Número de camas.
 - Número de Trabajadores sociales.
 - Protocolos.
 - Programas.
 - Comisiones.

Resultados:

- Gran heterogeneidad en programas/protocolos.
- Distintas fases de desarrollo en los programas, los cuales se realizan en la práctica totalidad de las Unidades de Trabajo Social.
- Los colectivos de riesgo a los que mayoritariamente se dirigen los programas/protocolos son:

– Personas Mayores	56%
– Violencia	33%
– Riesgo social en menores	33%
– Psiquiatría	28%
– Daño Cerebral	22%
– Neonatología	22%

– Unidad Cuidados Paliativos	17%
– Oncológicos	17%
– Voluntariado	17%
– IVE	11%
– E. Respiratorias	11%
– Hospitalización Domiciliaria	11%
– Trasplantes	11%
– Planificación Altas	5%
– Inmigrantes	5%
– Drogodependencias	5%

- La participación en Comisiones es homogénea principalmente en la Junta Técnico Asistencial.

Conclusión:

Las Unidades de Trabajo Social de los Hospitales de la Comunidad de Madrid han evolucionado de forma muy diferente, conviviendo en la actualidad modelos dispares en cuanto a la metodología de trabajo; sin embargo el perfil del usuario es el mismo.

El área de mejora prioritaria estaría determinada por la creación de estructuras que diseñen bases comunes sobre las que seguir avanzando a lo largo de todo el siglo XXI.

Marco legislativo

El objetivo de nuestro estudio es analizar la evolución en materia legislativa en el periodo comprendido entre 1996 y 2007, destacando las leyes que hacen referencia a la profesión de trabajo social en materia de salud.

El desarrollo legislativo en esta última década ha sido muy importante, ya que ha supuesto un avance significativo en la implicación del Estado y las Comunidades Autónomas en dar respuesta a las necesidades sociales de la población, permitiendo la puesta en marcha nuevos recursos sociales que se adecuen a la situación actual, y en concreto en lo relativo a *salud y trabajo social*, cabría resaltar entre otras, las siguientes leyes:

Leyes estatales:

- **Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de las Obligaciones y Derechos en materia de información y documentación clínica.**

Regula por primera vez las instrucciones previas o voluntades expresadas y los derechos de los pacientes tales como el de la información sanitaria, la intimidad y la autonomía del paciente con el consentimiento informado.

- **Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.**

Su objetivo es garantizar la igualdad de todos los ciudadanos a la asistencia sanitaria.

En el Art. 14 se contempla la prestación socio sanitaria de la que puedan beneficiarse los enfermos de la actuación simultánea y sinérgica de los *servicios sanitarios y sociales* a través de una adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.

- **Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, por lo que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.**

En el Anexo II se señalan los servicios comunes de la atención primaria, que comprenderán actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como rehabilitación física y el trabajo social.

Las actividades, dirigidas a las personas, familias y comunidad, bajo un enfoque *biopsicosocial*, se prestarán por equipos *interdisciplinares*, garantizando la calidad y accesibilidad a las mismas, así como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre los sectores implicados (entre los que contempla la coordinación con atención especializada y los servicios sociales)

- **Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones Sanitarias.**

Entre las cuales no se incluye a los Trabajadores Sociales.

Normativa de la Comunidad de Madrid:

- **Ley 8/2001, de 13 de julio, de Protección de Datos de Carácter personal en la Comunidad de Madrid.**
Tiene por objeto regular los ficheros de datos de carácter personal y la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid de acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- **Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.**
Su objeto es regular la ordenación sanitaria y las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección a la salud.
Integra los recursos sanitarios públicos en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública y mejora la coordinación entre la atención primaria y especializada.
- **Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente.**
Tiene en cuenta los antecedentes normativos y su objeto es la regulación en el ámbito de la Comunidad de Madrid del derecho de los ciudadanos a formular instrucciones previas.

Normativa específica reguladora de la profesión:

- **Ley 19/1997, de 11 de julio, de Colegios profesionales de la Comunidad de Madrid.**
Capítulo I. Ámbito de aplicación y naturaleza Art. 3 Es requisito indispensable para el ejercicio de las profesiones colegiadas hallarse incorporado al colegio correspondiente
- **29 de Mayo de 1999, CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA PROFESIÓN DE DIPLOMADO EN TRABAJO SOCIAL.**
Con el presente código se asegura y otorga a los diplomados un marco normativo que favorezca su independencia, credibilidad, honestidad e intervención respetuosa, correcta y adecuada a las características y necesidades de los usuarios, que les permita utilizar los servicios con las debidas garantías.

Normativa de Servicios Sociales:

- **Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.** Regula, en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid, y en razón de su competencia exclusiva en materia de asistencia social, las actuaciones que desarrollen las diferentes Administraciones Públicas o la iniciativa privada, en el campo de los servicios sociales, para así garantizar la adecuada prestación.

Una de las novedades que encontramos en esta Ley, es la consideración que en el TÍTULO VI se hace sobre lo que denomina atención social a la dependencia, en el que incluye una definición de lo que considera dependencia, establece unos objetivos y describe cual va a ser *el sistema de servicios sociales para las situaciones de dependencia*.

- **Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de Ordenación de la Actividad de los Centros y Servicios de Acción Social y de Mejora de la Calidad en la Prestación de los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.**

Garantiza la adecuada prestación de los servicios sociales mediante la regulación y ordenación de la actividad de las Entidades, los Centros de Servicios Sociales y Servicios de Acción Social.

- **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.**

Objetivos de la ley:

1. Atender a las necesidades de aquellas personas que por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad requieren apoyos para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
2. Alcanzar la mayor autonomía personal.
3. Poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanos.

Todos los principios en los que se basa esta Ley son consustanciales con los del Trabajo Social, nos deben dar a los trabajadores sociales un importante papel frente al desarrollo de la LAAD, así como en su proceso de implantación (año 2007-2015), y puesta en marcha, pues tal como queda configurado en la LAAD podemos partir de la premisa de que son los profesionales de los dos sistemas de protección de salud y servicios sociales, los que tienen más incidencia en el campo de las Dependencias, pues en general afectará a los trabajadores sociales de la red pública, así como de centros y servicios sociales, públicos y privados, debidamente acreditados.

La promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia deberá tener un carácter trasversal desde los cuatro pilares del bienestar social: sanidad, pensiones, educación y servicios sociales. Los trabajadores sociales tienen el nuevo reto de poner en marcha estructuras de coordinación social, sanitaria y educativa que hasta ahora sólo han funcionado en contadas ocasiones.

Resaltar como conclusión final, que el desarrollo legislativo está ayudando a afianzar y clarificar lo relativo a la figura del Trabajador Social en salud, siendo un reto para el siglo XXI, consolidar y revitalizar el ejercicio profesional.

Han participado en la elaboración de este estudio las unidades de trabajo social de los siguiente Hospitales:

*Fundación Alcorcón
 ASEPEYO
 H. Beata María Ana
 H. Cantoblanco
 H. Clínico San Carlos
 H. Cruz Roja
 Hospital 12 Octubre
 H. El Escorial
 H. Getafe
 H. Guadarrama
 Instituto Cardiología
 H. La Fuenfría
 H. La Paz
 H. La Princesa
 H. Mostoles
 H. Niño Jesús
 H. Puerta De Hierro
 H. Ramón Y Cajal
 H. Santa Cristina
 H. Severo Ochoa
 H. Virgen De La Poveda
 ESSIP (Empresa De Servicio
 Social De Iniciativa Privada)*

*Javier ZazoCarretero. DTS Col. nº 3.918
 Concepcion Quintana González. DTS Col. nº 2054
 Mª Victoria Mazo Varas. DTS Col. nº 2.257
 Carmen Tejera Torroja. DTS Col. nº 1.120
 Concha Gutiérrez. DTS
 Adela Ortega Ortega. DTS Col nº 392
 Mari Cruz Calvete González. DTS Col. nº 2.828
 Rosa Delgado Velasco. DTS Col. nº 57
 Rosario Herrero Ramos. DTS Col. nº 736
 Consuelo Lorenzo Prieto. DTS Col. nº 1.015
 Susana Rojas Arnau. DTS Col. nº 167
 Lourdes Castellano del Pozo. DTS Col. nº 2.525
 Cristina Holguín Jiménez. DTS Col. nº 4.881
 Carmen Torres Echevarría. DTS Col. nº 7.092
 María José Rodríguez García. DTS Col. nº 2.843
 Noemí Blanes Palomar. DTS Col. nº 5.050
 Neyi Francisco Morejón. DTS Col. nº 1.735
 Raquel Pizarro Reyes. DTS Col. nº 681
 Rosario Sánchez Herrero. DTS Col. nº 4.860
 Susana Cabrera Quilez. DTS Col. nº 1.523
 Isabel Sancho López. DTS Col. nº 1.791
 Rosa Gutiérrez Barreno-DTS Col. nº 4.531*

*Protocolos
 Legislación*

FUENTES DOCUMENTALES

Revista de Servicios Sociales y Política Social del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en T.Social N° 64 "trabajo social y salud I "Desarrollo normativo del derecho a la protección de la salud". Autor: Joseph Corbella i Duch

Repertorio Legislativo Básico para el Trabajo Social "Agenda de Trabajo Social 2006 y 2007, elaborada por el Colegio Oficial de TT SS de de Madrid.

Página Web del Colegio
www.comtrabajosocial.com

Boletín Oficial del Estado y Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid

COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA. Capítulo VII del Libro Blanco "Atención a las personas en situación de dependencia en España-IMSERSO.

Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en atención especializada. (Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de la Salud, Subdirección General de Atención Especializada). Madrid 2000.

Consejo General de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales: Presentación del Plan de Formación y Aportaciones del Trabajo Social a la Ley de Promoción de Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia.



LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA PROLONGADA EN MADRID: PERFILES, NECESIDADES Y GARANTÍAS DE FUTURO

Agustina Crespo Valencia

DTS Col. nº 957

Trabajadora Social del Servicio de Salud Mental Puente Vallecas.

Secretaria del Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados del Área nº 1

RESUMEN

El trabajo que se presenta es el resultado de un estudio descriptivo llevado a cabo con el análisis de los expedientes de los enfermos mentales crónicos presentados en el Área Sanitaria nº 1 de Madrid para los recursos de las Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR) y de las Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UCPP), con el fin de poder hacer una aproximación a los perfiles, las necesidades y las garantías de futuro de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE

Salud. Hospitalización. Enfermedad Mental. Adultos. Investigación.

INTRODUCCIÓN

En los últimos veinte años en la Comunidad de Madrid, se han realizado cambios en la hospitalización prolongada de los enfermos mentales crónicos, hemos pasado del “**deseo**” de llevar a cabo una desinstitucionalización a la “**necesidad**”, de aumentar las camas de media y larga estancia, por el aumento de la demanda y las largas listas de espera.

En nuestra comunidad, es evidente la insuficiencia de camas para atender necesidades de los pacientes mentales crónicos, incluidos en los Programas de Continuidad de Cuidados que por diferentes circunstancias, no hemos obtenido resultados rehabilitadores y reinsertadores para continuar desenvolviéndose en el medio comunitario, garantizándoles una calidad de vida y necesitan de una asistencia hospitalaria más prolongada que la ofrecida en las Unidades de Hospitalización Breve (UHB).

Desde que se inicia la Reforma Psiquiátrica en España, a través de la Comisión Interministerial para la Reforma Psiquiátrica (Abril 1985) y reconocida a través de la Ley de Sanidad de 1986 (Art. 20), se han producido cambios en cuanto a la forma de concepcionar la hospitalización prolongada media y larga. En ambos documentos, el modelo de intervención propuesto es la creación de una **red única** para tratar los temas de Salud Mental y donde se prime la atención integral y continuada para favorecer el proceso de desinstitucionalización. En ambos documentos se propone como uno de los principios básicos evitar la institucionalización de los nuevos enfermos mentales graves y crónicos. La red de Salud Mental deberá poseer un carácter público, universalidad en su asistencia, mantener la equidad y accesibilidad, una asistencia integral y una atención territorializada integrada en la comunidad.

Un nuevo documento legislativo, Ley Orgánica de Ordenación de Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (LOSCAM) (Art.16) contempla la propuesta de potenciar un sistema de hospitalización que tenga en cuenta el territorio, la estabilización de síntomas, la contención conductual, la rehabilitación de los déficit del funcionamiento psicosocial y un soporte residencial. También introduce cambios en la denominación de las unidades de hospitalización pasando a denominarse UHTR (Unidad de Hospitalización de Tratamiento y Rehabilitación) y la UCPP (Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados).

La LOSCAM plantea unos requisitos de gestión y recursos para la atención en la Salud Mental de la Comunidad de Madrid, que implica a nivel autonómico diferentes planes, que elaboraran las Consejerías de Servicios Sociales y Sanidad

(Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica (2003/2007) y Plan de Salud Mental (2003-2008). Esta ley, señala en su Art. 68 que “se proveerá de servicios según las necesidades de la población (demográficas, sociales, epidemiológicas y de utilización de servicios)”.

En 2005, la Conferencia Interministerial Europea convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y vinculante para España concluye con una Declaración de Principios en Materia de Salud Mental y un Plan de Acciones. Como consecuencia de ese acuerdo se crea en España un Comité Nacional que elaborará las “Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud” y un Observatorio para la supervisión de las mismas.

En el 2005, la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, organiza un grupo de trabajo para la elaboración de los criterios de acceso a las UHTR y UCPP, estableciendo un modelo de gestión y adjudicación de las plazas más consensuado, transparente y con una propuesta de distribución de camas por Áreas Sanitarias.

Con esta nueva gestión, puede que el recorrido del paciente hasta llegar a la adjudicación de la cama sea más lento pero nos permite ser más equitativos, más transparentes y permitirá ajustar y precisar criterios más adecuados en el futuro.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Teniendo en cuenta la nueva propuesta de gestión de casos para las camas de larga y media estancia, y trascurridos dos años, se pretende hacer un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes presentados entre julio 2005-junio 2007, en el Área Sanitaria nº 1 de Madrid; para así, poder hacer una propuesta de perfil de paciente para cada Unidad, evaluar las necesidades que tienen a la hora de acceder a estas unidades hospitalarias y poder garantizar la intervención futura de estos pacientes.

1. Población Diana

Pacientes crónicos propuestos y/o ingresados entre julio 2005 y junio 2007 en ambas unidades hospitalarias (UHTR y UCPP) pertenecientes el Área Sanitaria nº 1 de Madrid, que comprende a los distritos de Arganda-Rivas, Retiro, Moratalaz-Vicalvaro, Villa Vallecas y Puente Vallecas.

- 31 propuestas para UHTR.
- 30 pacientes para UCPP.

2. Los instrumentos de apoyo

(Documentos incluidos en los expedientes-propuestas).

- Protocolo de Continuidad de Cuidados (ficha carpeta).
- Cuestionario de evaluaciones (tienen un sistema de puntuaciones).
- Informe médico.
- Informe social.

3. Módulos de los datos recogidos

(49 variables)

- Sociodemográficos.
- Clínicos.
- Conductas disruptivas.
- Conocimiento de enfermedad.
- Familiares.
- Evaluación de necesidades.
- Recursos utilizados en el recorrido asistencial.
- Síntomas en las crisis.
- Áreas de intervención para la rehabilitación.

RESULTADOS ESTADÍSTICOS MÁS IMPORTANTES

	UNIDADES HOSPITALARIAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN	UNIDADES DE CUIDADOS PSIQUIÁTRICOS PROLONGADOS
HOMBRES	58%	73,4%
MEDIA DE EDAD	37,3 años	45,9 años
SOLTEROS	87%	71%
CONVIVEN CON SU FAMILIA DE ORIGEN	74%	72%
TIENEN SÓLO ESTUDIOS PRIMARIOS	45%	46,4%
HAN TENIDO ALGUNA ACTIVIDAD LABORAL (HOSTELERÍA, LIMPIEZA, VIGILANCIA)	61,3%	50,5%
NO TIENEN INGRESOS ECONÓMICOS	33,4%	
TIENEN UNOS INGRESOS ECONÓMICOS ENTRE 0-312euros/MES	38,7%	50%
TIENEN UNA MINUSVALÍA DEL 65%	54%	
TIENEN UNA MINUSVALÍA >75%	6,4%	
ESTÁN INCAPACITADOS CIVÍLMENTE	19,4%	35,7%
PADECEN UNA ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE	48,4%	39,3%
CONSUMEN O HAN CONSUMIDO TÓXICOS	61,3%	32,2%
CONOCEN SU ENFERMEDAD	38%	17,7%
CONOCEN SU TRATAMIENTO	74%	42,8%
SON AUTÓNOMOS EN LA ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO	32,3%	7,14%
LA FAMILIA DICE CONOCER LA ENFERMEDAD MENTAL, SON FAMILIAS CRÍTICAS HOSTILES Y SOBREPOTECTORAS	87%	85,7%
TIENEN UNA MEDIA DE AÑOS DE ENFERMEDAD	15,7/años	24,5
RECIBEN EN PENSIÓN POR PRESTACIÓN POR HIJO A CARGO		40,7%
RECURSOS DE LA RED INTEGRADA QUE MÁS HAN UTILIZADO	CRPS y Miniresidencia	CRPS y Hospitales de Día

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El estudio es únicamente descriptivo, lo consideramos un punto de partida para seguir con el análisis de los casos y ajustar perfiles para cada unidad hospitalaria.

Como limitaciones globales se percibe una falta de rigor en la recogida de datos el Plan de Continuidad de Cuidados (Ficha-carpeta consensuada para toda la Comunidad de Madrid), se aprecia que las anotaciones son muy limitadas, sin marcación temporal en cuanto a la utilización de recursos ni a las circunstancias de las salidas de los mismos (altas o abandonos). Muchos de los expedientes revisados no transmiten que los planes de continuidad de cuidados hayan tenido un recorrido asistencial en el tiempo ni qué tipo de intervención se han realizado con el paciente dentro de la red única de salud mental.

El trabajo está limitado al Área Sanitaria nº 1, con peculiaridades propias, en principio no son comparables con otras áreas, pero sí representativa de un Programa de Rehabilitación que ha perdurado y mantenido en el tiempo las estructuras organizativas y de gestión planteadas por la Comunidad Madrid desde 1991, donde los Distritos han estado representados de forma constante y continuada en las Comisiones del Programa.

En definitiva, nos será de utilidad para el Área, servirá como punto de partida para ir afianzando perfiles, profundizando en las necesidades para realizar una propuesta de creación de recursos más ajustada a la realidad del Área.

PERFIL DE LA UNIDAD HOSPITALARIA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

El análisis de los datos nos permite marcar un perfil para la UHTR:

- Varón entre 27 y 46.
- Soltero.
- Que viven con la familia de origen, padres mayores.
- Nivel de estudios primarios.
- Trabajos no cualificados, contratos cortos y que con frecuencia han abandonado.
- Sus ingresos económicos son de 312 €/mes.
- Reciben sus ingresos de Prestaciones por hijo a cargo.
- Diagnóstico 295.3 (Manual Diagnóstico-DSM IV).
- Antecedentes de consumo tóxicos.
- Con minusvalía del 65%.

- Tienen una media de 15,7 años de evolución de enfermedad. No conoce la enfermedad. Ni es autónomo para el tratamiento.
- Con conductas agresivas dentro de su entorno familiar.
- Su familia dice conocer la enfermedad, pero sus comportamientos hacia la enfermedad no son óptimos, son hostiles y críticos.
- Como recurso rehabilitador más utilizado sería el CPRS.
- El promedio de las puntuaciones del cuestionario de necesidades según áreas y módulos estarían entre 30 y 43 puntos.

PERFIL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PSIQUIÁTRICOS PROLONGADOS

El análisis de los datos nos permiten marcar un perfil para las UCPP:

- Varón entre 36 y 55 años.
- Soltero.
- Convive con su familia de origen, padres mayores con grandes limitaciones propias por sus patologías.
- Nivel de estudios entre primarios y bachiller.
- Trabajos: relacionados con gremios de oficios diversos (carpinteros, electricistas...).
- Ingresos económicos: hay dos grupos, unos por debajo del salario mínimo interprofesional (cobran principalmente Prestación por Hijo a Cargo) y otros que han conseguido la Invalidez Absoluta, perciben +1000 €).
- Diagnósticos de 295.3 (Manual Diagnóstico-DSM IV).
- Tienen escasos antecedentes de consumos tóxicos.
- Tienen una media de 24,5 años de enfermedad psiquiátrica. No conocen su enfermedad, son dependientes para la administración de su tratamiento y lo desconocen.
- La familia conoce la enfermedad y sus conductas hacia los pacientes son de sobreprotección.
- Conductas agresivas dentro del entorno familiar, con problemas a nivel de comunidad de vecinos.
- El promedio de puntuaciones de los cuestionarios de las áreas y módulos de necesidades son más de 40 puntos.

NECESIDADES DETECTADAS

La reforma psiquiátrica no conllevó de inmediato la creación de recursos comunitarios, servicios intermedios y de apoyo necesarios para trabajar desde la comunidad aspectos básicos de promoción, prevención y apoyo a las familias y a los pacientes para que pudieran afrontar su enfermedad y disminuir el proceso de deterioro que conlleva, ni tampoco se crearon las estructuras de los servicios institucionales (sanitarios y sociales) para el desarrollo de Programas de Rehabilitación.

Las garantías de equidad, proporcionalidad de los servicios públicos y accesibilidad a los mismos, también influyen en las necesidades de la población que son diferentes según las características demográficas, sociales, epidemiológicas....

La población en Madrid está aumentando de forma continua y hay nuevos colectivos de población (emigrantes) que demandan el acceso a los programas de crónicos con problemas de manejo específicos (idioma, cultural, concepto de enfermedad mental), que aún no sabemos el alcance que tendrán.

Este colectivo, tan vulnerable por su enfermedad, por los problemas psicosociales y ambientales, necesita de una intervención integral y continuada que conlleve un ajuste bio-psico-social donde se rehabiliten los elementos cognitivos, los conductuales y las funciones ejecutivas necesarias para una adecuada calidad de vida e integración en la comunidad a la que se pertenece. El no abordaje de estos elementos produce en el paciente un proceso de deterioro personal y crónico que necesita de intervenciones de contención más restrictivas (hospitalizaciones prolongadas e involuntarias).

Los síntomas negativos de la enfermedad provocan en el individuo un deterioro de su capacidad y de su competencia, produciendo discapacidades que necesitan de una atención integral y procesal para cada caso individual. Es necesario, seguir profundizando en el estudio de las necesidades para poder detener el deterioro y perfilar criterios que permitan adecuar los recursos a las necesidades.

En términos generales, la necesidad de plazas en UHTR y UCPP, se hace evidente por las listas de espera. A la hora de gestionarlas, tenemos como profesionales, que profundizar en los criterios de acceso y tener en cuenta que la utilización de este recurso es una parte de la intervención. Es un escalón más de la **red única** de la salud mental en la Comunidad de Madrid y de un modelo de intervención que trabaja para favorecer la permanencia del enfermo en la comunidad.

En el cuestionario de necesidades propuesto por la Comisión Regional de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados incluido en los expedientes de los Programas de Rehabilitación de los pacientes con enfermedad mental grave y crónica podemos estimar que en la muestra que tiene por objeto este estudio, se aprecia una visión estática de las necesidades del momento en el que se presenta el expediente; no están especificadas las necesidades detectadas a lo largo del proceso de intervención, ni el resultado de los recursos utilizados.

Si tenemos en cuenta las anotaciones sobre las necesidades de los pacientes expresadas en los cuestionarios de evaluación de la discapacidad y las necesidades podemos concretar que serían, según la unidad de hospitalización, las siguientes:

Unidad Hospitalaria de Tratamiento y rehabilitación (UHTR)

Se detectan las siguientes necesidades:

1. Necesidades relacionadas con su Psicopatología

- Los pacientes carecen de conciencia de enfermedad, lo que dificulta la adherencia al tratamiento.
- Necesitan de apoyos (cuidadores) para la administración continuada del tratamiento.
- Necesitan de supervisión familiar cuando hay conductas disruptivas.
- No saben identificar sus síntomas de riesgo (pródromos).
- Los consumos de tóxicos agravan su cuadro clínico y producen problemas de manejo en el ámbito familiar.

2. Autocuidados

- Necesitan supervisión para mantener ritmos de vida saludable en cuanto a comidas, sueño, ejercicio, consumos de refrescos, café, agua, etc.
- Necesidad de ajustar su higiene, aseo personal y la vestimenta.
- Control de enfermedades físicas.

3. Vivienda

- No disponen de viviendas propias, pertenecen a sus padres.
- Suelen tener problemas de hacinamiento, el paciente con frecuencia no dispone de espacio propio. Los espacios que tienen lo usan de forma desorganizada.
- No asumen, ni muchas veces saben como cubrir las necesidades del mantenimiento de la vivienda.
- Los que viven solos carecen de enseres básicos para manejarse y desenvolverse en ella.
- Pueden tener problemas de habitabilidad, los medios económicos no permiten mantenerlas y acomodarlas en buen estado.

4. Relaciones personales

- Su socialización esta limitada al ámbito familiar.
- Sus capacidades personales para las relaciones son escasas por falta de habilidades sociales.
- Pueden frecuentar ambientes marginales y de riesgo social.

5. Relaciones familiares

- Su socialización se limita al círculo de su familia nuclear.
- No participan en actividades de la familia extensa.
- Simbiosis con alguno de los padres (madre).
- Conflictividad de pareja entre los padres.
- Deficientes relaciones en el ámbito familiar.
- Dificultad de los padres para ajustar el cumplimiento de normas y límites en el medio familiar.

6. Laborales

- No han desarrollado un aprendizaje profesional adecuado, sus trabajos son no cualificados.
- Los contratos son escasos y durante periodos de tiempo cortos, no suelen mantener el trabajo, hay una tendencia a abandonar.
- No han podido alcanzar una rehabilitación laboral adecuada.
- Los índices de desempleo son altos. No hay trabajos adaptados.

7. Económica

- Tienen ingresos económicos por debajo del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM).
- No pueden cubrir necesidades económicas básicas de forma autónoma, dependen de sus familias y/o de escasas y deplorables ayudas institucionales.
- Manejo del dinero inadecuado en cuanto a la administración y distribución de gastos.

8. Ocio y tiempo libre

- No tienen ocio ni la necesidad de tenerlo.
- No tienen aficiones. Les cuesta desarrollarlas.
- Tienen a abandonar lo que emprenden.

9. Educativas

- Su nivel de estudios alcanzados son muy básicos.
- Con problemas cognitivos, de alteración de la atención, de la memoria, que alteran las funciones ejecutivas para realizar un aprendizaje.

Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UCPP)

Este grupo de pacientes tienen un grado de dependencia superior, necesitan de uno o varios cuidadores, tienen mayor dificultad de acceso a los servicios sociales y sanitarios básicos, a veces el acceso es nulo. Tienen conductas disruptivas en el ámbito familiar y comunitario que generan dificultades para el mantenimiento del paciente en el medio familiar, comunitario y para mantener tratamientos ambulatorios.

Teniendo en cuenta las anotaciones halladas en los cuestionarios se puede concretar que las necesidades y discapacidades son:

1. Necesidades relacionados con la Psicopatología

- Falta de adherencia al tratamiento.
- Desconocimiento de sus propios síntomas y de la enfermedad.
- Dificultades para salir del medio familiar, que dificulta el acceso a los recursos.
- Conductas extravagantes.
- Episodios de agitación psicomotriz reiteradas en el medio familiar y dificultades de contención.
- Conducta de riesgo para el paciente y para la familia.
- Necesidad de un cuidador y supervisor de su tratamiento de forma constante.
- Muchos años de enfermedad que han producido importante deterioro cognitivo y funcional.

2. Autocuidados

- Dificultad en organizarse de forma autónoma, cuidados personales y hábitos saludables.
- Conductas obsesivas en sus autocuidados.
- Necesitan de un cuidador para poder prestarles cuidados de comida, aseo y ropas.

3. Vivienda

- Uso inadecuado de la vivienda, enseres....
- Almacenaje de utensilios y enseres.
- Falta de condiciones de habitabilidad producidas por enfermedad.
- No tienen habilidades ejecutivas para el manejo de la vivienda y el mantenimiento de la misma.
- No disponen de vivienda propia y suele tener dificultades económicas para mantenerlas de forma autónoma.
- No tienen vivienda propia.

4. Relaciones Personales

- Su situación personal les produce un alto nivel de ansiedad en la relación con los demás.
- No hay un deseo ni una motivación para la relación y la comunicación con los demás.
- No quieren ampliar sus relaciones sociales.
- Sólo mantienen contacto con profesionales.

5. Familia

- Sobrecarga familiar e incapacidad de la familia para contenerlo y cuidarlo en el domicilio.
- Necesidad de implicar a la familia en los cuidados desde el conocimiento de la enfermedad.
- Mejorar la comunicación familiar.
- Control de conductas heteroagresivas.
- Conflictividad de las relaciones familiares.
- Control opositor: dificultades para poner límites y normas.
- Padres cuidadores mayores, con enfermedades propias que necesitan a su vez de un cuidador.
- Relaciones simbióticas con las madres pero centradas en conductas críticas y de sobreprotección.
- Cambios sociológicos en la estructura familiar que afectan a este tipo de pacientes.

6. Laboral

- Su situación psicopatológica de larga evolución les ha generado una desventaja social producida por su deterioro psicosocial, influyendo en el desempleo y por consiguiente en su economía que desfavorece su calidad de vida.
- Tienen un déficit de habilidades relacionales y ejecutivas para poder desarrollar un empleo.

7. Economía

- Necesitan de apoyo para la administración del dinero, no tienen la capacidad para administrarlo y manejarlo adecuadamente.
- En muchas ocasiones no pueden cubrir con sus ingresos propios sus necesidades primarias para el desarrollo de una calidad de vida adecuada.

8. Ocio y tiempo libre

- Su aislamiento no les permite tener ni el deseo, interés y motivación para iniciar ninguna actividad.
- Tampoco utilizan su tiempo de estar en casa en ninguna actividad estructurada.

9. Educativas

- Niveles formativos básicos, que repercutieron en su capacitación laboral.
- Dificultades cognitivas y ejecutivas para llevar a cabo un aprendizaje formativo.

GARANTÍAS DE FUTURO

La reforma conllevó la reducción de camas hospitalarias y una propuesta de intervención psiquiátrica con un modelo más comunitario, en la actualidad para poder afrontar el futuro con más optimismo tenemos que pensar en la necesidad de provocar una nueva “reforma” que nos permita trabajar en la **red única** de salud mental con una revisión de los ratios de recursos humanos de todos los profesionales que componen el equipo multiprofesional desde la base (Servicios de Salud Mental de Distrito).

Los principios del modelo asistencial que propone la LOSCAM y el Plan de Salud Mental son: un servicio público y universal de la asistencia, la equidad y la accesibilidad, la asistencia integral y una atención territorializada e integrada en la comunidad; si conseguimos que se cumplan estos principios tendremos mucho ganado.

Si institucionalmente, una prioridad de la Salud Mental de Madrid es el grupo de enfermos mentales crónicos, hay que potenciar y garantizar, al máximo, el desarrollo de los Programas de Continuidad de Cuidados con gestores de cuidados “reales” que cubran toda enfermedad mental con trastornos crónicos y severos para poder ofrecer una asistencia equitativa a toda la población.

En los Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados se deben tener en cuenta las necesidades demográficas, sociales, epidemiológicas de cada zona asistencial evitando la desvinculación del paciente de su entorno socio-familiar; potenciando actividades de prevención y promoción de la salud, actividades psicoeducativas para los familiares y para pacientes que necesitan un gran desarrollo en nuestra red asistencial. Estos factores favorecerían los procesos de recuperación y disminuirían el deterioro progresivo, las intervenciones precoces con grupos de riesgo, pero sólo se tienen en cuenta los ratios de determinados profesionales que no es suficiente para una intervención socio-sanitaria comunitaria para este tipo de pacientes.

Una buena evaluación de los problemas psicosociales y ambientales nos permitirá elaborar un plan ajustado de la intervención a realizar, tendrá que estar respaldado por mecanismos de coordinación institucional de los servicios implicados en la atención a estas personas (Servicios Sociales, educativos, jurídicos...).

Garantizar sus derechos civiles y capacitarlos para que puedan obrar por si solos el mayor tiempo posible.

Nos deberíamos plantear nuevos retos que nos proporcionen un modelo de intervención que permita evaluar las necesidades de los usuarios y los procesos de cambio, poder decidir qué tipo de técnicas y procedimientos son más efectivos para los usuarios y familiares y optar por líneas de actuación más adecuadas que nos permita tener al individuo en la comunidad.

Si hay voluntad política y compromiso profesional para poner en marcha una reforma equiparando al enfermo mental con otros pacientes, permitiendo especificidades en el cuidado y unos criterios objetivos de calidad en la asistencia y en las prestaciones, encuadrado todo dentro de la cobertura asistencial pública, tal vez consigamos no seguir aumentando las listas de espera de UHTR y UCPP.

Un estudio permitiría monitorizar de forma equitativa los servicios y los criterios para determinados recursos.

Como alternativa a las Unidades Hospitalarias de estancias prolongadas estarían los alojamientos alternativos integrados en la red única e insertados en la comunidad.

También sería una garantía de futuro los controles de calidad, los procesos de evaluación para la mejora asistencial en todos los distritos, teniendo en cuenta las necesidades específicas.

Si el desarrollo del modelo de la LOSCAM fuese por estos caminos garantizaríamos la permanencia del paciente en su ámbito familiar y comunitario, y disminuiríamos las temidas listas de espera.

BIBLIOGRAFÍA

Erica-Irene A., Daes. "Principios, orientaciones y garantías para la protección de las personas recluidas por males en Salud Mental o que padecen trastornos mentales". Naciones Unidas 1986.

"Necesidades de recursos específicos para el tratamiento rehabilitador y soporte comunitario a la población enferma mental grave y crónica de la Comunidad de Madrid. Grupo de Trabajo. Febrero 1998.

Documento Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación y Continuidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (21 Marzo de 2005).

Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 del 25 de Abril).

Informe de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica. Abril de 1985.

"Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia". Versión extensa. Agencia d'Avaluació de Tecnologia i recena Médiques. Barcelona. Noviembre de 2003.

"Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica". 2003-2007. Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

"Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid". 2003/2008. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

LOSCAM. Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Ricardo de Lorenzo y Montero. "Manual Práctico de la Ley Básica de Autonomía de los Pacientes para psiquiatras. Edición: SANED. 2003.

Alfonso Rodríguez. "Un camino de vuelta. El tratamiento de la esquizofrenia y su cumplimiento". ED: Glosa.

"Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud". Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.

García, J. (Jefe del Centro de Salud Mental del Hospital General de Oviedo) "Análisis de la Reforma Psiquiátrica y de la desinstitucionalización psiquiátrica en España". I Congreso Virtual de Psiquiatría. www.psiquiatrica.com.

De Lope Rebollo, Carlos. "Rehabilitación Psicosocial a nivel hospitalario: descripción de una unidad". Revista de AMRP nº 18-19 2004.

"Prestaciones básicas y estándares de calidad en los servicios de salud mental". Cuaderno técnico nº 1 de Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM).



MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN EL ÁMBITO SOCIO-SANITARIO

Pilar Munuera Gómez

DTS Col. nº 1.285

Profesora Titular de la Escuela Universitaria de la Universidad Complutense de Madrid. Mediadora

M^a Antonia Munuera Hernández

Trabajadora Social

RESUMEN

Se plantea una nueva noción de salud integral, que contempla la variable cultural. La necesidad de mediación intercultural en el sistema sanitario esta justificada por el aumento de usuarios inmigrantes que requieren servicios sanitarios y la necesidad de responder desde el sistema sanitario a unos cuidados sanitarios de calidad. El mediador intercultural en salud ejerce de puente entre el sistema sanitario y los distintos grupos étnicos, traduciendo a los profesionales sanitarios la simbología cultural de origen en torno a la salud, para que estos puedan comprender el porqué de las distintas actitudes (factor étnico).

PALABRAS CLAVE

Mediación. Intercultural. Trabajo Social en salud.

INTRODUCCIÓN

Las migraciones han sido fenómenos frecuentes en la historia de la humanidad. Cada migración suele poseer características específicas dependiendo del contexto socioeconómico en el cual se produce.

Las circunstancias en las que están llegando actualmente muchos inmigrantes a España y a Europa se caracterizan por ser particularmente difíciles. Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos.

El ámbito sanitario es testigo de esta realidad social haciendo explícitas nuevas necesidades y demandas por parte de la población inmigrante, de las instituciones y de los profesionales.

Una encuesta realizada en el año 2005 a 138 médicos y enfermeros que trabajan en Atención Primaria reveló que el 58% de ellos opina que el mal cumplimiento del paciente inmigrante se debe a dificultades de entendimiento. Los resultados, que fueron presentados en 2005 en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), en Santiago de Compostela, mostraron que entre los factores que influyen en la salud de los inmigrantes atendidos en nuestro país, destacaron condiciones laborales (46%) y problemas del país originario (34%). Los propios profesionales, médicos y enfermos, calculan que en los últimos cinco años ha aumentado en unas 15-20 visitas más a la semana la presencia de inmigrantes en la consulta.

En muchos casos, el desconocimiento del idioma y la complejidad de los requisitos administrativos necesarios están detrás de que, un porcentaje significativo de inmigrantes acaben desistiendo en su esfuerzo por acceder al sistema sanitario por atención primaria y saturen las urgencias de los hospitales y ONGs .

Los médicos de familia consideran que se debe desterrar el falso mito de que el paciente inmigrante importa enfermedades, pues su perfil responde al de una persona joven y sana. Los inmigrantes acuden a la consulta, como el resto de la población, cuando se sienten enfermos, pero no suelen solicitar cuidados hasta que la enfermedad les impide acudir a su trabajo. Estas personas son las candidatas a padecer el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple o Síndrome de Ulises (haciendo referencia al héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros lejos de sus seres queridos)¹.

En EE.UU. existe una nueva especialidad médica denominada "Medicina Transcultural (MTC)", que pertenece al área humanística y científica de estudio de las diferencias y similitudes entre culturas con respecto a los cuidados de salud y enfermedad del hombre, asumiendo los posibles diferentes valores culturales, de creencias y comportamientos para proveer cuidados específicos y culturalmente congruentes. La Medicina Transcultural (MTC), consiste en adquirir, fomentar y reforzar habilidades especiales que se basen en el conocimiento y aceptación de los factores diferenciales del país de origen del emigrante con respecto a la cultura del país donde reside y modos de enfermar, por ejemplo: hay hallazgos físicos sobre la piel que pueden mal interpretarse como malos tratos que aparecen como magulladuras, tatuajes, excoriaciones y arañazos derivados de ritos sagrados o prácticas médicas tradicionales (ventosas, acupuntura, sangrías,...). Por ejemplo: El cupping o ventosas que deja marcas circulares eritematosas. Consiste en la creencia que al aplicar un vaso adaptado sobre la piel por su boca, habiendo dejado una vela encendida dentro, al consumirse el oxígeno por la combustión se crea un vacío que "saca el aire tóxico" que producía el mal de la enfermedad. Otro ejemplo es cierta mancha azulada en las nalgas en los niños árabes, parecida a la mancha mongólica. No significa castigo corporal ni tiene correspondencia patológica. Desaparece antes de los dos años de edad sin necesidad de tratamiento.

1 Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple o Síndrome de Ulises consiste:

En primer lugar la soledad y la separación forzada de los seres queridos.

En segundo lugar el sentimiento de desesperanza y fracaso que surge cuando el inmigrante, a pesar de la enorme inversión que ha realizado en la migración (económica, emocional, etc.), no logra ni siquiera las mínimas condiciones para salir adelante al tener dificultades de acceso a "los papeles", al mercado de trabajo, o hacerlo en condiciones de explotación.

En tercer lugar a todo esto se añade una situación de lucha por la mera supervivencia: dónde alimentarse, dónde encontrar un techo para dormir (al no poder conseguir vivienda por su situación de ilegalidad son víctimas de innumerables abusos) y en cuarto lugar el duelo por los peligros físicos del viaje migratorio (las pateras, esconderse en los camiones, etc.), o las coacciones ligadas a llegar en viajes "excesivamente organizados" por mafias y grupos que extorsionan y amenazan. Además, en todos los casos existe el miedo a la detención y expulsión.

La interculturalidad es una realidad que va más allá de la multiculturalidad, plantea las relaciones interétnicas, interlingüísticas e interreligiosas basadas en la convivencia de la diversidad, pone el énfasis en no olvidar lo que se tiene en común, y compartirlo, de la misma manera insiste en el diálogo, el conocimiento mutuo y el aprendizaje entre culturas. Sigue siendo un deseo y un proyecto sobre el papel, porque primero hay que conocer al otro, reconocerlo, aceptarlo y, lo más importante, convivir con él.

EL MEDIADOR INTERCULTURAL

El mediador intercultural es una figura, que va emergiendo a nivel Europeo y se define como un profesional formado en inmigración, interculturalidad y mediación, que desarrolla su labor de intermediación entre la población inmigrante y los profesionales.

Acude allí donde hay dos culturas distintas en contacto, y a veces en conflicto. Su objetivo principal es acercar posturas y hacer que las dos partes se entiendan. Una persona que conoce los giros, las expresiones hechas, los lenguajes no-verbales, los gestos corporales muchos de ellos culturales, lo que da mucha información sobre el estado, la actitud o la reacción de la persona inmigrante en una situación dada. Transmite confianza a las dos partes y facilita un ambiente relajado.

La necesidad de mediación intercultural en el sistema sanitario esta justificada por el aumento de usuarios inmigrantes que requieren servicios sanitarios, lo que constituye una dificultad para poder dar unos cuidados sanitarios de calidad.

Los inmigrantes, acuden a los centros sanitarios en la mayoría de las ocasiones con pocos conocimientos lingüísticos del idioma que se utiliza, y con temor a no ser comprendidos en su enfermedad o en sus dolencias por el profesional.

Se produce una barrera idiomática que dificulta la comunicación, no sólo por el idioma, sino por las diferencias culturales que el profesional sanitario debe comprender para ofrecer una atención sociosanitaria correcta. Debe producirse un vínculo que permita la continuidad asistencial, un seguimiento del tratamiento, la instauración de pautas preventivas, tener en cuenta el proceso de adaptación del inmigrante al nuevo entorno con unas normas sociales y culturales diferentes, etc. Todo un reto tanto para los profesionales de la salud como para la población extranjera

FUNCIONES DEL MEDIADOR INTERCULTURAL

1. Traducción lingüística. La entendemos como la traducción más literal de un idioma a otro, dando respuesta a la mayoría de los interrogantes: ¿Cómo funciona el hospital? ¿Como entrar? ¿Papeles necesarios? ¿Qué enfermedad tengo?, etc. Puede actuar como intérprete exclusivamente o puede ir más allá ayudando a explicar la cultura del hospital y del médico al paciente, y el mundo del paciente al médico.

2. Interpretación de choques culturales. Cuando alguna de las partes plantea una situación no entendida o a la cual no se encuentra explicación y que está dificultando la realización de actividades, entendidas como “normales” desde el punto de vista de alguna de las culturas en convivencia. Para entender mejor este punto presentamos aquí varios ejemplos: para otras culturas la desnudez ante el personal sanitario, llega a convertirse en una violación de sus creencias, dado que hay partes corporales sagradas incluso intocables (la cabeza entre los hindúes es el asiento de la vidas), también es tabú la exploración vaginal por un médico masculino en la mujer musulmana y no hay exploración posible durante la regla (exploración vaginal, cervix o intrauterina).

Se deberá comprender, si a un paciente Sij (procedente del estado de Punjab, al noroeste de la India) al pedirle que se desnude aparece la larga hoja curvada de un cuchillo de 16 cm. entre sus ropas, no debemos asombrarnos dado que en su cultura usan cinco símbolos sagrados conocidos como las cinco K - *keshas* (pelo largo), *kangha* (peineta), *kara* (brazalete de acero), *kachka* (pantalones cortos) y *kirpan* (daga). Una mujer hindú o budista no permanecerá a solas en una habitación con un hombre. La negación para ser entrevistada o explorada por un hombre no debe ser interpretada como una discriminación de género. Es normal entre los musulmanes que sea el marido el que hable por su familia y que la madre lo haga por sus hijos. Obtendremos la cooperación necesaria si con mucho tacto se le pide al marido o a la madre que callen durante la entrevista.

3. Asesoramiento a profesionales, acompañamiento a los usuarios o charlas con grupos.

4. Participación en proyectos comunitarios.

5. Ayudará a conocer los rasgos personales del enfermo que tengan gran trascendencia, dentro del conflicto personal y familiar.

6. Facilitará información sobre el enfermo y sobre la actitud que el enfermo tome ante la enfermedad.

Este diseño puede ser contemplado como una combinación de procedimientos de trabajo social que ponen el creciente énfasis en los aspectos externos y sociales del mundo del cliente. De este modo, al utilizar este diseño emergente, el trabajador social intenta influir en los elementos del entorno que parecen impedir la resolución de problemas y la satisfacción de necesidades, ya esté el remedio en la familia o en algún lugar dentro de una organización compleja como un hospital. Por consiguiente, el trabajador social mediador interviene para promover el entendimiento entre puntos de vista contradictorios. Puesto que la base para tal funcionamiento a menudo depende de factores étnicos (como cultura, generación de inmigración y residencia en vecindarios étnicos), el énfasis se pone en estos factores de forma selectiva, a medida que son comprendidos, y son compartidos cuando pueden evitar estancamientos e insensibilidad en familias, equipos de tratamiento, grandes organizaciones, o la comunidad en general.

La tarea del “agente cultural”, del mediador intercultural, es de forma estricta, buscar caminos de acomodación en aquellas personas/familias en las que existen malentendidos debido a conflictos entre valores culturales en cambio, el concepto de mediador cultural puede ser aplicado igualmente a mayores sistemas incluyendo organizaciones humanitarias y comunidades.

EXPERIENCIAS DE MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

En primer lugar la Asociación Salud y Familia², entidad privada sin ánimo de lucro, que tiene entre sus objetivos la contribución al análisis pluridisciplinar, al intercambio de ideas y a la articulación de soluciones operativas que ayuden a mejorar la salud y la calidad de vida de las familias en su conjunto y de cada uno de sus miembros, especialmente de los más débiles. Consideran la familia una estructura primaria de soporte que adopta formas diversas y plurales de convivencia, y creen que la libertad y la tolerancia son condiciones básicas para el desarrollo personal y familiar.

Para ello han puesto en marcha el proyecto de mediadores interculturales que trabajan directamente en centros sanitarios de Cataluña³, contribuyendo de esta forma a una atención sanitaria de mayor calidad para el paciente y facilitando el

2 Extraído el 15 de enero de 2008 desde <http://www.saludyfamilia.es/cas/proyectos/mediacions.htm>.

3 Salud y Familia tiene un equipo de mediadores que, además de realizar entrevistas de acogida y derivación en la Asociación, ofrece servicios de mediación en los siguientes centros:

desarrollo de las tareas de todos los profesionales implicados, acercando la diversidad cultural a las instituciones sanitarias.

En Barcelona, el Hospital del Mar⁴, tomo la iniciativa en 2003, de crear el servicio de mediación, motivado por las 46.000 personas extranjeras que eran atendidas en el centro, lo que representaba el 12,6% de todos los usuarios⁵. En los últimos cuatro años ha aumentado considerablemente el número de usuarios inmigrantes, con tendencia a la reagrupación familiar. Los profesionales sanitarios están en presencia de un nuevo perfil de usuarios: no sólo son de origen cultural diverso, sino que también vienen de países cuyo sistema sanitario es muy diferente del nuestro. Todo ello pone en dificultad a los profesionales sanitarios.

Así apareció la figura del/la mediador/a intercultural, con la misión de hacer puente entre el profesional y el paciente.

La Asociación Salud y Familia con la Unidad de Planificación Sanitaria de la Región de Lérida juntamente con la Federación de la Asociación de Vecinos y su Hospital deciden llevar a cabo un proyecto piloto de mediación con la contratación de tres mediadoras: una subsahariana, una magrebina y una de países del Este, con el objetivo de facilitar el acceso de la población inmigrante a los servicios del hospital, facilitar la comunicación entre profesionales sanitarios y usuarios inmigrantes (mejorar el diagnóstico, tratamiento y educación sanitaria de los pacientes inmigrantes). Las mediadoras colaboran con todos los servicios del hospital pero trabajan más en el servicio materno-infantil.

Antes de iniciar el programa se realizó un curso de formación en mediación en salud.

Entre las funciones que desempeñan están, la acogida, asegurar que el paciente entienda el tratamiento y detectar si hay características culturales que puedan intervenir en su cumplimiento a la vez que informar de los circuitos y tramites que tiene que realizar una vez dado de alta.

Hospital del Mar, Centre d'urgències Pere Camps, CAP Drassanes, CAP Raval Nord, CAP Casc Antic, CAP Poble Nou, CAP Les Hortes de Poble Sec, CAP Besòs Mar, Maternitat Hospital Clínic, CAP Sant Ildefons, CUAP Sant Ildefons, CAP Pubilla Cases, CAP Can Vidalet, CAP Florida; Lleida: Hospital Arnau de Vilanova, CAP Balaguer, CAP Cervera, CAP Tàrrega, CAP Alcarràs, CAP Aitona, CAP Serós, CAP Rambla Ferran, CUAP Rambla Ferran, SASSIR Prat de la Riba, CAP Mollerussa; Girona: Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona i al CAP Can Gilbert del Pla de Girona, CAP Celrà.

4 Extraído el 15 de enero de 2008.

<http://www.imasbcn.com/hospitals/hospital-del-mar/seveimediaciocultural.html>

5 El periódico de Cataluña del 3 de Julio de 2004. pp44.

En el área materno-infantil desarrollan funciones más específicas:

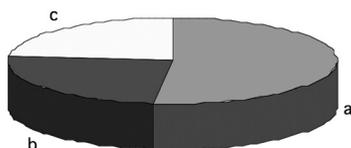
- Informan sobre los tramites de inscripción de los recién nacido en el registro civil.
- Dan consejos sobre la lactancia materna y los cuidados del bebé.
- Informan sobre los controles pediátricos y ginecológicos.
- Informan y aconsejan sobre la anestesia epidural.
- Participan en el consentimiento informado.

Otra de las funciones de las mediadoras es participar en programas de formación para sensibilizar a los profesionales. Es importante que el personal sanitario esté formado y sea conocedor de las diferencias que pueden existir entre los diferentes colectivos de población que hay en el centro sanitario. Un conocimiento más profundo de la inmigración ayuda a dar una mejor atención.

El programa tuvo una duración de dos meses y en este periodo las mediadoras realizaron:

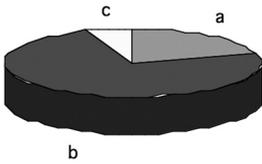
1. 479 visitas:
 - a. 52% a pacientes de origen magrebins.
 - b. 25% a pacientes de Europa del Este.
 - c. 23% a pacientes subsaharianos, según gráfico 1.

Gráfico 1. Lugar de procedencia



2. La edad media de los usuarios inmigrantes:
 - a. Es de 29 años.
3. Mayoritariamente son mujeres (70%).
4. El 54% de los pacientes llevan menos de dos años en España.
5. No entienden castellano un 52% y no lo hablan el 73%.
6. Las mediadoras realizan dos tipos de mediación:
 - a. De acogida el 20.
 - b. Solicitada el 74%.
 - c. Ambas el 6% tal como vemos en el gráfico 2.

Gráfico 2. Tipos de mediación



7. *Visitas solicitadas:*

- a. *El 46% de las fueron solicitadas por personal de enfermería.*
- b. *Un 29% por personal facultativo.*
- c. *Un 23% por los propios usuarios.*
- d. *Un 2% por las trabajadoras sociales, según consta en el gráfico 3*

Gráfico 3. Visitas solicitadas



8. *Los servicios que más la solicitan son:*

- a. *Obstetricia.*
- b. *Ginecología.*
- c. *Pediatría.*
- d. *Consultas externas.*
- e. *Urgencias.*

9. *En el 86% de los casos la mediación se realizó con el paciente y el resto con los familiares o con ambos.*

Ante estos resultados la Dirección del Hospital decidió firmar un convenio con la Asociación Salud y Familia para continuar con la contratación de las tres mediadoras.

En la actualidad las mediadoras están integradas completamente en el hospital y participan en programas de sensibilización del personal sanitario. Durante el año 2005 hicieron 2.688 visitas, más de la mitad fue en el área materno-infantil.

La satisfacción de los profesionales con el servicio de mediación es de notable, el usuario valora el servicio con un excelente y las mediadoras también dan un

notable a su integración en el hospital y su relación con el personal. Las mediadoras dan información a los pacientes, lo que permite tomar decisiones con mayor conocimiento a los inmigrantes apoyándose en la ética profesional sanitaria, que propugna compartir las decisiones sanitarias entre profesionales y usuarios.

Actualmente se ha ampliado el programa con la contratación de mediadoras en todas las Área Básicas de Lleida⁶. Otras comunidades como Valencia (Hospital La Fe), Aragón, Granada, Navarra,...etc., han puesto en marcha la mediación intercultural en el ámbito sanitario.

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) y el laboratorio GlaxoSmithKline, han puesto en funcionamiento un programa informático interactivo y multilingüe que permite una comunicación audiovisual con preguntas cerradas y abiertas, llamado **“Doctor Speaker”**⁷, con personas que no entienden el español. El programa “doctor speaker”, **ayuda a los médicos de asistencia primaria a formular a sus pacientes centenares de preguntas** en varios idiomas (inglés, francés, alemán, portugués, rumano, ruso, árabe, chino y urdu), el médico sólo tiene que girar el monitor o hacer clic sobre la frase relacionada con el paciente y la exploración en cuestión para que ésta pudiera ser oída por el paciente”. Es un proyecto que tiene como objetivo la eliminación de barreras de comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes que desconozcan la lengua española o que tengan alguna discapacidad auditiva o vocal, pero no puede suplir la labor realizada por el mediador intercultural en salud.

6 Ver memoria de actividades de la Asociación Salud y Familia, extraído el 15 de enero de 2008 <http://www.saludyfamilia.es/cas/proyectos/mediacions.htm>.

7 Este proyecto está coordinado por el médico Jordi Serrano Pons con la colaboración de otros profesionales de la salud, la Universidad Politécnica de Cataluña y diferentes equipos de traducción.

MEDIACIÓN EN ASOCIACIONES Y ENTIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD

AFAL, Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer nacida en 1989 en Madrid, propone la mediación en conflictos familiares con los siguientes objetivos:

1. Evitar la desestructuración familiar ante la enfermedad de Alzheimer.
2. Planificar la vida de la familia basándonos en la evolución de la demencia del enfermo.
3. Proporcionar los conocimientos necesarios para aprender a manejar las distintas alteraciones de conducta del enfermo.

Otra organización que posibilita la mediación es el Tribunal de Arbitraje para Conflictos Sanitarios del Colegio de Abogados de Madrid. Creado el día 15 de julio de 1999, con el respaldo del Colegio de Médicos, Asociación Española de Derecho Sanitario y la Comunidad de Madrid (Estatuto y Reglamento de la Corte Arbitraje del Colegio de Abogados de Madrid). Su objetivo es ayudar, desde el campo de derecho, “a pacificar un mundo muy tensionado como es el de la difícil responsabilidad sanitaria”. Otros colegios de Médicos que han acogido esta experiencia han sido el Colegio de Médicos de Vizcaya y el Colegio de Médicos de Ourense, donde se puede resolver conflictos por responsabilidad médica como alternativa a la vía judicial.

La aplicación de la mediación en el ámbito de la salud despierta en este momento un interés especial y se presenta como alternativa para la resolución de los conflictos existentes, en un momento histórico donde la sanidad tiene una conflictividad muy alta, además de carecer de estrategias propias, para solucionar dichos conflictos en un espacio no-jurídico.

El enfermo y su familia se han convertido en clientes que reivindican el derecho a comprender lo que les pasa y lo que les puede pasar, y para ello no dudan en acudir a los tribunales, para resolver conflictos que hoy se pueden resolver a través de otras instituciones como la oficina del defensor del paciente.

La figura del defensor del paciente esta desarrollada en determinadas leyes de salud de algunas comunidades autónomas. Así tenemos, la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. El actual defensor del paciente Madrid, D. Juan Ignacio Barrero Valverde⁸, ofrece la mediación como

⁸ Extraído el 15 de enero de 2008 desde:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1114194270784&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1109266228053&language=es&pagina=ComunidadMadrid%2FEstructura&pid=1109265444699&pv=1132044977806&sm=1109266100977

un servicio más a los usuarios: *“La mediación constituye una forma alternativa, voluntaria y pacífica de solución de conflictos, por medio del cual, se consigue poner fin al mismo mediante un acuerdo adoptado por las partes interesadas tras una negociación con el mediador que, desde la imparcialidad, intentará aproximar las posiciones de ambas o incluso podrá proponer un acuerdo sin que, en ningún caso, la solución del conflicto sea impuesta a las partes. En todo caso, la mediación no impide acudir a otras vías de resolución del conflicto y, aún más, el inicio de la mediación no interrumpe el plazo para la interposición de posibles recursos administrativos o jurisdiccionales”*⁹. Esta institución se define como medio idóneo para la evitación de los pleitos judiciales. La solicitud de mediación se puede realizar de forma presencial o a través del formulario electrónico.

Estas Defensorías tienen un carácter sectorial por estar ubicadas en la correspondiente comunidad autónoma y circunscribirse a su ámbito de actuación, pero también, de estar más cerca del propio usuario y de sus instituciones sanitarias. Contribuyen en defensa del derecho a la protección a la salud y como instrumento de visibilidad de los pacientes y usuarios en el sistema sanitario. Trata de mejorar las relaciones clínico-asistenciales, realizando una labor preventiva a corto plazo, mediadora a medio plazo o planificadora a largo plazo. A la vez se incluye como instrumento de mejora del sistema sanitario.

El mediador en el ámbito de la salud será alguien con quien se contará. Realizará una función que interesa tanto a los profesionales de la salud, como a los usuarios como es restablecer la comunicación en una sociedad donde las relaciones son cada vez más crispadas, de forma que desaparezcan los conflictos de comunicación y de relación en el ámbito sanitario. Tanto es así que ya existe un master “Mediación en Organizaciones de la Salud” del Instituto de Formación Continua de la Universidad de Barcelona.

Otras Comunidades Autónomas también disponen de defensor del paciente, Galicia (el Veedor de los Pacientes), Castilla-La Mancha, Canarias (Defensor de los Usuarios Sanitarios), La Rioja (Defensor del Usuario), Extremadura, Asturias el Defensor de los Usuarios y Baleares (Defensor de los Pacientes), pero hasta el

9 En el Título IV, Capítulo III. Sobre el Defensor del Paciente, establece en su art. 36.1, dice: “El Defensor del Paciente, en el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, es un órgano de la Administración Sanitaria encargado de gestionar las quejas, reclamaciones y sugerencias respecto a las cuestiones relativas a derechos y obligaciones de los pacientes, en concordancia con lo establecido en el artículo 43 y 51 de la Constitución Española y con el artículo 28 de la Ley de Consumidores y Usuarios. Todo ello sin perjuicio del derecho del interesado a utilizar las vías de recurso que tenga atribuidas por Ley” y el apartado 2: Tiene como principal objeto el intermediar en los conflictos que planteen los ciudadanos...etc.

momento no se ha logrado alcanzar la consolidación que tiene en otros países europeos, como el Reino Unido, Finlandia y Dinamarca además de Chile y México en Latinoamérica.

El Decreto 1/2005, de 7 de enero, por el que se regula el estatuto jurídico y funcionamiento del Defensor del Usuario del Sistema Público de Salud de La Rioja (http://www.riojasalud.es/ficheros/memorias2006_defensor.pdf pp74).

ANTECEDENTES DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD

Realizamos un recorrido breve sobre personas, asociaciones, instituciones, ..., etc. que han estado relacionadas con el Trabajo Social en el ámbito sanitario fuera de nuestras fronteras:

1. Mary Richomd en su libro *Diagnóstico Social*¹⁰ establece la relevancia en los orígenes de las experiencias anteriores tanto en organizaciones sociales¹¹ de caridad como en los métodos que determinados trabajadores sociales desarrollaban en “El acercamiento médico”. En 1902, médicos y trabajadores de las organizaciones de caridad cooperaron juntos cuando la Sociedad de Organización de Caridad de Nueva York empezó, a través de un comité especial para la tuberculosis, su primera campaña para la prevención de esta enfermedad. Otros movimientos siguieron sus pasos por mejorar la sanidad pública, algunos llevados a cabo por la profesión médica y otros por asistentes sociales, como Jane Addams en cuidados materno-infantiles. Richmond, cuenta que dada la eficacia en el tratamiento algunos médicos buscaron trabajadores sociales para su consulta privada¹².

10 Richmond, Mary (1917) "Social Diagnosis". Rusell Sage Foundation. New York. Capitulo 1. Los principios. Págs. 29-37.

11 En Londres, en 1880 la “Sociedad para Ayudar de personas pobres discapacitadas procedentes del Manicomio” (Society for After Care of Poor Persons Deschared from Insane Asylum) atendía los pobres dados de alta, para evitar su recaída. Los “visitadores” médicos iban a la casa del paciente y aconsejaban a la familia y a los amigos del enfermo la atención a seguir.

Alrededor de 1893 se reorganizó el trabajo de las “Damas Limosneras” (Ladies Almoners), de acuerdo con un plan publicado en 1892, donde se pedía que la caridad pública se coordinara con la ayuda que necesitaban los enfermos atendidos en los dispensarios de salud que por razones económicas tenían que abandonar su tratamiento. Las enfermeras visitadoras fueron las terceras precursoras de las trabajadoras sociales médicas. En 1893, Lillian Wald y Mary Brewter, del Centro de Servicio de la calle Henry en New York, empezaron a visitar a los hogares de los enfermos del vecindario, encontraron muchos problemas sociales y personales que eran causados por la enfermedad de los pacientes, a la vez comprobaron que estas visitas mejoraban la evolución de la enfermedad.

12 Entre sus obras con clara relación al trabajo social, destacamos:

1915: *Social Service and the Art of Healing*.

1919: *Social Work: Essays on the Meeting Ground of Doctor and Social Worker*.

1936. *The Meaning of Right and Wrong*.

2. El servicio médico-social debe su origen al Dr. Richard Clarke Cabot (1865-1939) que en 1905 organizó la primera prestación social en la sección externa del Hospital General de Massachusetts de Boston¹³. Solicitó la cooperación de una trabajadora social para establecer el Departamento de Servicio Social en dicha institución. Fue, probablemente la primera trabajadora social que desarrolló un programa específico en este campo. Cabot decía: *"El trabajo Social, como yo lo veo, no toma ningún punto de vista especial; toma el punto de vista humano total, y es éste el que tiene que enseñar a los médicos que debido a su preparación tienden a tomar un punto de vista menos amplio. Éstos sólo pueden continuar con esa perspectiva tan corta de una forma segura y rentable si tienen un asistente social a su lado. Cada uno de nosotros tiene su campo propio, pero no debemos trabajar de forma separada, para los seres humanos que están a nuestro cargo puesto que ellos no pueden dividirse"*¹⁴.

3. Gordon Hamilton¹⁵, en el Prologo de su obra "Psicoterapia y Orientación Infantil", delimito el perfil del trabajador social en el tratamiento social "en los fenómenos de adaptación social y en los conflictos familiares... Por lo tanto, la psicoterapia concierne inevitablemente al asistente social moderno" fijando de esta forma la intervención psicoterapéutica para los trabajadores sociales.

4. La aparición de la Medicina Paliativa, con programas de Cuidados Paliativos dirigidos fundamentalmente a aliviar los síntomas molestos y a mejorar la comodidad del paciente que está en fase terminal. A partir de la década de los setenta, confluyen varias circunstancias que acabarán por hacer posible una nueva concepción asistencial para estos enfermos, se abre paso a la consideración de la calidad de vida, reivindicándose una mayor "humanización" del proceso de morir. Un nuevo estilo de atención: el "modelo hospice", centro específico de cuidados paliativos, con número de camas reducido (10-25).

Desarrollado ampliamente en el Reino Unido donde en 1967 se hizo realidad con la apertura del St. Christopher Hospice en Londres, dirigido por Cicely Saunders, enfermera, asistente social y médica al mismo tiempo, quien consiguió lograr organizar un ambiente en el que los pacientes y sus familias podían adaptarse mejor emocional y espiritualmente a la situación terminal. El éxito de este centro y de la labor pluriprofesional en él realizada, permitió que la filosofía paliativa se ex-

13 Castellanos, Marie C. (1985) "Manual de Trabajo Social". Prensa Médica-Méxicana. México. Pág.84.

14Cabot, Richard C. M.D. (1915) Informe del Presidente del Comité de Salud. Según la Conferencia Nacional de Obras Benéficas y Corrección. Baltimore.

15Hamilton; Gordon: 1930; A Medical Social Terminology. (Terminología social médica) The Presbyterian Hospital in the City of New York. New York.

pandiera posteriormente a otros hospicios y hospitales, con la aparición de grupos de consultores y centros de referencia, atención a domicilio y diversos programas de investigación y docencia.

En España, destacamos los siguientes hechos relevantes:

1. En 1912, la traducción del libro del Dr Richard Cabot, *“Ensayos de Medicina Social. La función de la inspectora a domicilio”*¹⁶, refleja la importancia de la labor realizada por los trabajadores sociales americanos con enfermos de tuberculosis, psiquiátricos, etc. La autora realiza la traducción con la esperanza de que esta “institución” funcione en España, ya que conoció los excelentes beneficios que esta profesión había desarrollado en EE.UU.

A lo largo de los nueve capítulos del libro, se comprueba la importancia que se da a la labor desarrollada por los trabajadores sociales, por expertos de esta materia desde principios del siglo XX. En aquellos momentos se considera la necesidad de incorporar al diagnóstico médico el diagnóstico social para determinar el tratamiento médico-social adecuado que llegue a solucionar el problema de salud planteado por el enfermo y su familia. El tratamiento social incorporaba la educación del enfermo-familia a la hora de sanar y la importancia de “escuchar de forma activa” a cada enfermo y a su familia. En el libro se plantea “una repartición piramidal de las energías” para la atención adecuada de los casos, ya que la demanda era numerosa y había que dar atención de forma planificada.

2. Fue un médico, el Dr. Roviralta, el primero que profesionaliza el Trabajo Social, pues fue el promotor de la primera escuela de asistentes sociales de España, en 1932 en Barcelona, según consta en el acta de 28 de enero de 1932 del comité femenino de mejoras sociales.

3. En 1952, la cátedra de psiquiatría de la facultad de medicina de Barcelona, en colaboración con la Sección femenina del movimiento, crean la tercera escuela en esa ciudad y la cuarta de España siendo el comienzo de la situación actual de 37 Escuelas Universitarias de Trabajo Social.

En el plan de estudios de aquel momento no estaban previstas las especialidades dentro de la profesión de asistente social. Pero en realidad, son dos los campos de trabajo social que dentro de la medicina sienten la necesidad de la espe-

¹⁶ González Barrio, Nieves (1920): *“Ensayos de Medicina Social. La función de la inspectora a domicilio”*. Ed. Calpe. Madrid.

cialidad, en las también especialidades médicas como son la psiquiatría y la geriatría. Por un lado, el P.A.N.A.P. (Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica), organizó cursos de especialización para asistentes sociales, y por otro el Ministerio de Trabajo también organizó cursos para los asistentes sociales que se incorporaron a sus centros gerontológico.

4. La celebración de las Jornadas de estudio sobre “El Servicio Social en el Hospital” celebradas en Barcelona del 18 al 22 de Mayo de 1958, y la posterior publicación del texto de las mismas¹⁷.

5. Publicación de Maria Mezquita Samaio¹⁸, sobre el curso para Asistentes sociales “Servicio Social Médico”, celebrado en San Sebastián, el 20 de agosto de 1959.

6. Contratación y ubicación de los primeros Trabajadores Sociales en Hospitales y Dispensarios alrededor de los años 50-70, casi siempre encargados de tareas que tenían que ver con la búsqueda de recursos externos y tramitación de ingresos, en los casos de enfermos con situaciones carenciales, motivo por el cual los trabajadores sociales, estaban cerca de los departamentos administrativos. En estos años tuvo lugar un alto índice de empleo de trabajadores sociales en Sanidad¹⁹, tanto en hospitales como hospitales psiquiátricos, cuyas características estaban más cerca de los llamados *manicomios* o *asilos de enfermos crónicos*. En los psiquiátricos los trabajadores sociales, además de atender tareas burocráticas, búsqueda de recursos, eran el nexo de unión (muchas veces, casi el único) entre el paciente ingresado y su familia, que por diversas razones habían perdido su vínculo de relación (distancia geográfica, medios de transporte inexistentes, dificultades de comunicación, etc...), lo que había producido ausencia de contacto, lo que originaba la existencia de enfermos que dados de alta seguían ingresados por la desconexión familiar.

Fueron los trabajadores sociales de aquel momento los encargados de resolver los problemas derivados del alta de los enfermos, en cuanto a relaciones familiares, búsqueda de empleo, tramitación de prestaciones, alojamientos alternativos, etc.

17 “El Servicio Social en el Hospital” Instituto Católico de Estudios Sociales. Barcelona.1959.

18 Mezquita Samaio, María “Servicio Social Médico”. Curso para Asistentes sociales. Abas-Sección de San Paulo. San Sebastián, 20 de agosto de 1959. 23 págs.

19 González Barrio, Nieves (1920): “Ensayos de Medicina Social. La función de la inspectora a domicilio”. Ed. Calpe. Madrid. Pps. 89-90.

7. En el Seminario de Alcalá de Henares en 1970, sobre “Innovaciones en la enseñanza de la medicina en Europa”²⁰, aparece “La tendencia a una asistencia sanitaria para toda la comunidad -medicina social-, más que para los individuos, reclama también un equipo sanitario, donde, además de médicos, estén: dentistas, enfermeras, administradores sanitarios, trabajadores sociales, psicólogos, ergoterapeutas, etc.; incluso se ha estudiado la posibilidad de una enseñanza multiprofesional, para que el equipo realice su tarea con eficacia”. Esta idea de equipo fue ratificada por organismos internacionales .

8. Publicaciones como “Medicina y Trabajo Social”²², “Salud pública y Trabajo Social”²³, “Elementos básicos para el trabajo social psiquiátrico”²⁴, “Trabajo Social con moribundos y su familia”²⁵, “La atención sociosanitaria del futuro: nuevas realidades nuevas soluciones”²⁶, “Trabajo Social en Cuidados Paliativos”²⁷, divulgan las funciones de los trabajadores sociales en las diferentes áreas de la Medicina, para dar una atención integral al enfermo y a la comunidad.

9. Cursos especializados para trabajadores sociales sobre Terapia Familiar Sistémica, como el impartido en la Facultad de Medicina de Sevilla, con Elisa Pérez de Ayala, denominado “Curso Superior Psicopsicológico”, fueron el inicio de una formación especializada para los trabajadores sociales que intervenían en familia, formación especializada, que ha adquirido estabilidad y difusión en esta profesión.

10. Destacar también publicaciones médicas especializadas que consideran a esta profesión,²⁸ *“Resultan indispensables en la Medicina Social los Asistentes Sociales que deben formar parte del personal de hospitales, dispensarios, residencias, etc., pues su gran misión es la de comprensión y sostén moral del enfermo, de ayuda para la resolución de sus problemas personales, familiares y laborales, a la vez que dar interpretación correcta y adecuada de las relaciones que*

20 Seminario, Alcalá de Henares España, (1970): “Innovaciones en la enseñanza de la medicina en Europa”. Crónica de la OMS 24: 481-1970.

21 Resolución de los delegados del Comité de Ministros del Consejo de Europa. Función, formación y estatuto de asistentes sociales. Rev. Servicio Social (julio-septiembre, 1968). Pp.81.

22 Sarriá, Javier, Vilas, Mercedes y Fuertes, Antonio (1976) “Medicina y Trabajo Social”. Ed. Verbo Divino. Estela. Navarra.

23 Kishnerman, N. (1983) “Salud Pública y Trabajo Social”. Humanitas. Buenos Aires.

24 Becerra de Ledesma, R.M. 1972 “Elementos básicos para el trabajo social psiquiátrico”. Ecro. Buenos Aires.

25 Smith, C.R. (1988) “Trabajo Social con moribundos y su familia”. Pax-México. México.

26 Colom Masfret, D. “La atención sociosanitaria del futuro: nuevas realidades nuevas soluciones”. Mira. Zaragoza. 1997.

27 Novellas Aguirre de Cárcer, Ana “Trabajo Social en Cuidados Paliativos”. Arán. Madrid. 2000.

28 Pumarola, A., Piedrola, G. y otros (1975) “Medicina Preventiva y Social. Higiene y Sanidad Ambiental. Tomo I”. Amaro. Madrid. Pp. 14.

existen entre las condiciones sociales, económicas, y de la enfermedad, para conocer y solucionar los problemas sociales que aquélla lleva consigo; ayuda, pues, al paciente, médica y socialmente, con sus consejos y asesoramiento, pero también al Médico, al que le proporcionan datos de gran valor e interés al exponerle los factores ambientales que afectan a los pacientes, después de haber estudiado cada caso, exponiéndoles no sólo la situación social, sino las relaciones familiares, de trabajo, económicas y la influencia que pueden haber tenido en el proceso y desarrollo de la enfermedad; continúan su labor durante el tratamiento, la convalecencia y rehabilitación, si ello ha lugar.” En este manual aparecen los asistentes sociales²⁹ como personal y recurso sanitario al lado de médicos, enfermeras, farmacéuticos, etc..., dedica un tema para explicar la profesión, sus métodos³⁰, organización, etc...

11. El primer servicio de hospitalización de Cuidados Paliativos, se inaugura en Madrid en mayo de 1981, y poco después surgieron unidades de cuidados paliativos, dependientes de servicios oncológicos hospitalarios, en Cataluña (Vic), Santander (Hospital Valdecilla), Canarias,..., Cataluña, comunidad que ha demostrado, una mayor preocupación hacia el tema, desarrollando programas globales para enfermos terminales, sean oncológicos o geriátricos (entre ellos el programa “Vida als anys”), donde el Trabajador Social es un profesional del equipo de intervención con capacidad de intervención y decisión al igual que los demás profesionales.

12. Aparece la Hospitalización domiciliaria como una alternativa asistencial de la medicina en el nuevo milenio. En el “Libro Blanco” de la misma presentado en IV Congreso Nacional de Hospitalización a Domicilio, celebrado en Valencia, consideran el perfil de los trabajadores sociales indispensables en estas unidades³¹.

13. Se recogen los propósitos aceptados por la OMS (Organización Mundial de la Salud) en Alma-Ata y se plantea, por primera vez, la necesidad de una atención en salud integral e integrada, cuyo pilar básico es la *Atención Primaria*, centrada en la comunidad y sustentada por un equipo *multidisciplinar*. Como miembro de ese equipo está el trabajador social.

14. En 1986 se celebran en Zaragoza la “I Jornadas Nacionales de Trabajo Social y Salud” de allí surgió, la *Asociación Española Trabajo Social y Salud* y la revista del mismo nombre.

29 Pumarola, A., Piedrola, G. y otros (1975) “Medicina Preventiva y Social. Higiene y Sanidad Ambiental. Tomo I”. Amaro. Madrid. Pp. 55, 138.

30 Pumarola, A., Piedrola, G. y otros (1975) “Medicina Preventiva y Social. Higiene y Sanidad Ambiental. Tomo I”. Amaro. Madrid. Pp. 1, 22.

31 Danborenea Glez. M. D. “Hospitalización a Domicilio” Fundación Hoechst Marion Roussel.1998. Pp. 34.

15. Publicaciones especializadas, como las Revistas: “Trabajo Social y Salud”³², “Asistencia Sociosanitaria y Bienestar”³³, en 2000, con el ánimo de ser punto de encuentro entre todos los profesionales que trabajan en salud, servicios sociales, educación y planificación.

En los artículos publicados de la revista “Trabajo Social y Salud, los trabajadores sociales han ido demostrando su intervención en los servicios de atención de salud, donde queda reflejada la atención directa a los pacientes y a sus familias, una atención más *clínica*, más centrada en los aspectos psicosociales del enfermar y sus consecuencias tanto en el propio paciente como en sus allegados, sin perder de vista los aspectos comunitarios y sociales dirigidos a la prevención primaria y secundaria, como a la rehabilitación y reinserción de los pacientes en su medio tras la enfermedad, que desde los inicios de esta profesión ha sido el ámbito de actuación los trabajadores sociales.

Desde mediados de la década de los noventa, aproximadamente, estamos viendo de forma paulatina pero continuada un cambio en los planteamientos y en las políticas sanitarias, en lugar de prestar atención y poner el énfasis en el logro de una atención integral, y de calidad, en la que lo importante sea dar a la población la atención sanitaria (en los aspectos de prevención primaria, secundaria y terciaria) que precisa, acorde tanto a las necesidades individuales como a la consecución del bienestar común, lo que prima es una atención sanitaria desde criterios económicos, dada la escasez de recursos para asegurar *todas* las prestaciones que requiere la población, con la consecuencia de la supresión de profesionales del Trabajo Social en los equipos de atención.

Así las leyes publicadas, en primer lugar, la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias que no nombra a los Trabajadores Sociales entre las profesiones sanitarias. El Trabajo Social está incluido, académicamente, entre las Ciencias Sociales y no entre las Ciencias de la Salud, pero es evidente, así lo justifican tanto la trayectoria histórica de la profesión como la necesidad desde la Medicina Social de atender los aspectos sociales de la enfermedad. El compromiso de esta profesión en la atención de salud, se sustenta en conocimientos, técnicas e instrumentos propios, útiles para el logro de los objetivos de salud y el tratamiento de los problemas psicosociales que conllevan determinadas enfermedades. El Tra-

32 Revista editada por la Asociación Española de Trabajo Social y Salud.

33Revista: Asistencia Sociosanitaria y Bienestar. Publicaciones Nacionales Técnicas y Extranjerías, S.A. Puntex. Barcelona.

bajo Social ha estado presente históricamente, desde 1880 en el ámbito sanitario y tiene mucho que aportar en los aspectos de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación social de la enfermedad. En segundo lugar, en la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, se nombra al Trabajo Social como parte integrante de la Atención Primaria, pero no se menciona al hablar de otras prestaciones del sistema, ni siquiera al hacer referencia a la *Prestación de Atención Sociosanitaria*. La integración de la atención sanitaria y social (en los aspectos de prevención primaria, secundaria y terciaria) supondría asegurar una mayor calidad asistencial, a la vez que una más coherente utilización de recursos económicos, hoy en día escasos.

En los países europeos la atención sanitaria se concibe actualmente como un derecho social fundamental que debe ser protegido por encima de todo como garantía de protección social de los ciudadanos. Desde sus comienzos en los diferentes sistemas sanitarios el trabajo social viene colaborando activamente en la atención de la población asistida. El trabajo social de salud ha ido cambiando progresivamente en sus aspectos éticos y metodológicos, a la vez que lo ha hecho el contexto sanitario y social donde se ha desarrollado profesionalmente. Condición indispensable para participar del cambio³⁴, es incorporar sistemas de información que al igual que lo hacen otros profesionales. Los resultados de la intervención de los trabajadores sociales pueden medirse en términos de efectividad/eficiencia social y como consecuencia justifiquen su existencia cuando se analice la rentabilidad de las estructuras y organizaciones en las cuales se cuenta con un servicio de trabajo social. El valor añadido que el trabajo social aporta al sistema sanitario tiene que manifestarse en forma de resultados apreciables para las personas que atiende y no únicamente en los cuadros de mandos del centro. Los trabajadores sociales se encuentran integrados en los equipos pero debemos continuar renovando y adecuando nuestro método, técnicas e instrumentos a los nuevos contextos socio-sanitarios que se nos presenten.

34 Fauvet, J.C.; Bühler, N. (1993) La sociodinámica del cambio. Bilbao Ediciones Deusto.

TRABAJO SOCIAL Y MEDIACIÓN

La utilización de la mediación en el ámbito sanitario vendría dada por las habilidades sociales que tienen los profesionales del trabajo social. Esas habilidades, les hacen expertos de primera cualificación para desarrollar proyectos basados en la promoción del cambio social. Una de las habilidades más apreciadas de estos tiempos es la capacidad de diálogo y mediación y sin duda los trabajadores sociales la tienen. Hay factores que por su naturaleza hacen que aquello que para unos es extraordinario, para otros es natural, lo que sucede en Trabajo Social, profesión que utiliza la escucha, el diálogo y la mediación.

Muchas actividades aludidas como mediación pueden parecer indistinguibles del trabajo social. Sin embargo, hay diferencias en el énfasis de los objetivos, filosofía, contexto, técnicas, y resultados. La mediación siempre implica la participación de ambas partes en un conflicto. Está orientada hacia la resolución de cuestiones específicas. Diseñada como un procedimiento a corto plazo. En la mediación el conflicto no es visto como algo negativo sino como un vehículo legítimo para el cambio personal y social, donde la responsabilidad del resultado del procedimiento siempre recae en las partes.

Helen H. Perlman³⁵, creadora del modelo de resolución de problemas en trabajo social en 1957, es relacionada por otros autores con la mediación, como sugieren que la resolución de problemas, en sí misma, es un procedimiento a través del cual el trabajador social y el cliente deciden cuál es el problema al que quieren dirigirse, qué resultado quieren conseguir, cómo conceptualizarlo y qué procedimientos y acciones específicos serán necesarios para conseguir los objetivos. Este enfoque apoya el derecho del cliente a su definición personal del problema y requiere negociación si el trabajador y el cliente no han llegado a un acuerdo sobre lo que llevarán a cabo juntos. Este elemento del sistema de resolución de problemas difiere del procedimiento de la mediación porque los participantes en la mediación seleccionan y estructuran los problemas o cuestiones a ser tratados y el mediador articula la resolución.

35 Profesora de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Chicago, publicó su libro "Social Casework: A Problem-solving Process", traducido al español por Helena Estellés por "El Trabajo Social Individualizado" en 1980.

Perlman, recalca el papel del trabajador social de pensar sobre “los hechos”, evaluando a los clientes y la situación, diagnosticando los problemas, y planeando las mejores soluciones. Sitúa la responsabilidad primaria del trabajo intelectual en el profesional de trabajo social, otros ven el modelo de resolución de problemas, incluyendo la evaluación y las actividades de toma de decisiones, como una responsabilidad compartida entre el cliente y el trabajador social. El trabajador social mantiene el control del proceso en mediación, después de que las reglas básicas sean establecidas, el control de los contenidos descansa sólo en las personas que participan en el proceso.

Varios elementos específicos del modelo de resolución de problemas de trabajo social pueden ser identificados y contrastados con las fases del proceso de mediación. La identificación del problema y definición de etapas, en el que los antecedentes y detalles de los problemas descritos, son similares. La discusión inicial del problema comienza en la fase de apertura de la mediación y en el modelo resolución de problemas de H. Perlman, durante la fase de contrato. En mediación, preocupaciones, miedos y sentimientos confidenciales son estimulados durante un encuentro confidencial con cada una de las partes por separado. En Trabajo Social, esto puede ocurrir mientras el trabajador social intenta evaluar los factores precipitantes que rodean las preocupaciones del cliente y evalúa cuáles son las áreas más críticas a tratar. Si bien ambos procedimientos pueden permitir el insight de las personas y del problema durante esta etapa, aparece una diferencia importante en términos de confidencialidad. Un mediador establece las reglas básicas de confidencialidad en la primera fase de la mediación y no trabajará con asuntos si se ha solicitado que permanezcan confidenciales. Un mediador puede animar a una de las partes a decírselo a la otra pero no divulgará información confidencial entre los contendientes.

La etapa de identificación de metas del modelo de resolución de problemas de Perlman, es similar a la fase de planificación estratégica en la mediación. Ambas intentan resumir sentimientos y cambiar a una orientación de mayor alcance. El trabajador social presta atención a los deseos, a las soluciones sugeridas, y los recursos disponibles del cliente.

El mediador redirecciona constantemente las peticiones de asistencia hacia los participantes y les ayuda a examinar su propia habilidad para generar recursos. El trabajador social evalúa la motivación del cliente, capacidades de imitación, sistemas de apoyo familiar y social, situación socioeconómica, adaptación de la personalidad y capacidades de desarrollo. El mediador no se dedica a actividades diagnósticas y remitirá los casos en los que los participantes fuesen incapaces

ces de continuar debido a incapacidades psicológicas. Los trabajadores sociales, ven el acuerdo como una responsabilidad personal, e investigan los casos para ver que las necesidades han sido satisfechas, los mediadores no siguen el caso hasta ese punto.

Una diferencia obvia entre el trabajo social y la mediación es el número de clientes, los mediadores deben tener al menos dos personas dispuestas a comenzar el proceso, el foco es interpersonal, no intrapersonal.

Podemos considerar al trabajador social como el sujeto mediador entre los problemas de los clientes y los recursos para intentar solucionarlos. Para García Salord este carácter de mediador es lo que dota de especificidad al Trabajo Social. Profundizando más en esta línea vemos al trabajador social, no sólo como el intermediario entre el cliente y la institución, sino que además el trabajador social media entre el objeto de intervención en una situación determinada y el propio cliente como recurso imprescindible en una intervención adecuada. Este “mediar” entre objeto y cliente es lo que permite distinguir la intervención del trabajador social del de un mero gestor de recursos, Sarasa S.

BIBLIOGRAFÍA

Froles, Carlos. Coordinador “Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional. Ed. Espacio. 1998. Buenos Aires. Argentina.

García Salord (1991), Especificidad y Rol en Trabajo Social. Humanitas. Buenos Aires.

Grover Duffy, K. y varios (1996), La mediación y sus contextos de aplicación”. Ed. Paidós. Barcelona.

Munuera Gómez, Pilar (2003). Mediación, nueva estrategia de comunicación en Cuidados Paliativos. Revista “Medicina Paliativa Volumen 10. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

2006. Mediación en situaciones de dependencia: Conceptos claves y marco jurídico relevante. Acciones e Investigaciones Sociales. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.

2006 Poder de la mediación en la diversidad funcional. Adaptar la igualdad, normalizar la diversidad. Madrid: B.O.C.M.

Sarasa S. (1993) El servicio de lo social. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.

Sarriá, J. Vilas, M. y Fuertes A. (1976), “Medicina y Trabajo Social”. Ed. Verbo divino. Estella. Navarra.

Six, J. F. (1997). “Dinámica de la mediación”. Ed. Paidós Mediación 5. Buenos Aires.

Suares, M. ((1996), “Mediación. Conducción de disputas, comunicación y técnicas”. Ed. Paidós Mediación 4. Buenos Aires.



PROGRAMA DE ATENCIÓN ESPECÍFICA AL PERSONAL SANITARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID CON TRASTORNOS MENTALES Y ADICTIVOS PAISEP

M^a Dolores Gutiérrez García

DTS. Col n° 5.930

Macarena Gálvez Herrero

Psicóloga

Dr. Mingote Adán

Psiquiatra-Coordinador del Programa

Dr. Del Pino Cuadrado

Psiquiatra

Mercedes Herraiz Cruz

Secretaria

RESUMEN

En este artículo se presenta una referencia al Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo de la Comunidad de Madrid con trastornos mentales y adictivos, que tiene como objeto prestarles la ayuda necesaria para favorecer su rehabilitación y poder reforzar la seguridad y calidad de los actos profesionales

PALABRAS CLAVE

Trastornos mentales y conductas adictivas. Riesgo en la práctica profesional. Protección de la salud. Seguridad de los trabajadores y usuarios. Confidencialidad. Criterio de gravedad. Repercusión laboral y de riesgo grave para la salud propia o de terceras personas.

EL TRABAJADOR SANITARIO ENFERMO

Alrededor del 10-12% del personal sanitario va a padecer a lo largo de su vida profesional trastornos mentales y conductas adictivas que, además del sufrimiento que les produce, repercuten de forma negativa tanto en su entorno familiar como en el laboral, con riesgo de alterar la práctica profesional y poner en peligro la seguridad de los pacientes.

El estigma social del enfermo mental y el miedo al descrédito profesional, median con frecuencia en el retraso de la apropiada búsqueda de ayuda profesional, en la automedicación, e incluso en la cronificación-complicación de trastornos mentales que en la actualidad tienen un tratamiento eficaz, como la depresión y el alcoholismo.

El pleno del Comité Permanente de Médicos Europeos aprobó el 31 de agosto de 2003 una resolución general en la que destaca la necesidad de establecer programas asistenciales específicos para los profesionales sanitarios afectados por trastornos mentales y conductas adictivas, en las mejores condiciones posibles de calidad y confidencialidad.

El 1 de agosto de 2006 se publica en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid la puesta en marcha del Plan de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo en el ámbito de las instituciones sanitarias de la Comunidad Autónoma de Madrid.

MISIÓN DEL PROGRAMA

- Prestar la atención sanitaria, ayuda y apoyo psicosocial necesarios al personal sanitario enfermo que lo precise, afín de favorecer su recuperación y rehabilitación.
- Prevenir situaciones indeseables, que pudieran sobrevenir como consecuencia de estos trastornos.
- Preservar la calidad de los actos profesionales y del servicio que se presta a los ciudadanos.

Para ello se crea en dicha fecha esta unidad funcional de carácter fundamentalmente asistencial, la Unidad de Valoración y Orientación del Profesional Sanitario Enfermo (UVOPSE).

OBJETIVOS

La Unidad de Valoración y Orientación del Profesional Sanitario Enfermo UVOPSE tiene por objeto:

- La valoración psiquiátrica y psicológica del sanitario enfermo que lo precise, así como su seguimiento hasta el alta clínica y laboral, según los criterios de inclusión y de salida que se consideren más adecuados.
- Colaboración con los profesionales de otros centros sanitarios que sean convenientes para conseguir realizar el mejor tratamiento posible en cada caso. Para ello se elaborarán los protocolos de coordinación con los servicios y programas que sean convenientes.
- Elaboración de informes periódicos sobre actividades y resultados del programa.
- Elaboración de documentos normalizados, tales como contratos terapéuticos, consentimientos informados, etc.
- Así mismo, se realizarán las funciones y cometidos que dentro del objetivo general del programa se consideren sean convenientes.

¿QUÉ ES LA UNIDAD DE VALORACIÓN Y ORIENTACIÓN DEL PROFESIONAL SANITARIO ENFERMO (UVOPSE)?

Definición

Es una **unidad funcional** centro de referencia para atender las interconsultas solicitadas para el personal laboral sanitario de la Comunidad Autónoma de Madrid, en relación con el **padecimiento de trastornos mentales graves y/o conductas adictivas** en los casos que se considere adecuado, de forma voluntaria, salvo en los casos contemplados por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en los que se actuará con el objetivo de proteger la salud y la seguridad de los trabajadores y de los usuarios.

¿Quién hace las derivaciones?

Las derivaciones se harán de forma preferente desde:

1. Las Direcciones-Gerencias de Área, de forma directa o a través de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales. El Gerente como responsable legal máximo del Área asistencial correspondiente debe asumir las funciones que

le asigna la legislación vigente, para promover la realización de reconocimientos médico-psiquiátricos obligatorios en los casos que se considere necesario según la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, según el decreto 521/1987 de Estructuras y Función de los Centros Sanitarios y el decreto 187/1988 de la CAM.

2. Los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de las Áreas Sanitarias en los casos en que se considere conveniente, sea por su gravedad clínica, dificultad de manejo terapéutico y/o grado de interferencia en el desarrollo de su actividad laboral.
3. Los Servicios de Psiquiatría de los Distritos y Áreas Asistenciales en los casos en que se considere conveniente, sea por sus características clínicas, por confidencialidad, consideraciones terapéuticas y/o por el grado de interferencia en el desarrollo de su actividad laboral.
4. A petición propia.

¿Cómo se harán las derivaciones?

- La solicitud de asistencia se hará a través del Parte Interconsulta específico.
- Cuando se considere necesario, se podrá enviar informe clínico complementario, sea por fax o correo interior electrónico, asegurando la confidencialidad del paciente.
- Las citas se harán a través del teléfono 91 330 39 26 en horario de mañana.

Cartera de servicios

La UVOPSE desarrollará preferentemente actividades asistenciales, contando con los recursos propios disponibles, así como el control y seguimiento de los enfermos derivados a otros dispositivos de la Comunidad Autónoma de Madrid.

La actividad predominante será de consultas externas programadas o preferentes en el horario de apertura de la unidad.

La UVOPSE promoverá la realización de los estudios que se consideren convenientes a cerca de los diferentes aspectos psicosociales del trabajo en el ámbito sanitario y la mejora de la calidad asistencial en el ámbito sanitario de la Comunidad autónoma de Madrid.

PROTOCOLO CLÍNICO BÁSICO

- Evaluación clínica y psicométrica.
- Solicitud de pruebas complementarias e interconsultas en los casos en los que se considere conveniente.
- Realización de Informe Clínico de cada paciente atendido, con plan de seguimiento posterior, con posibilidad de que éste se realice en la unidad, o en cualquier otro Servicio de la CAM que se considere más adecuado, con la máxima garantía de confidencialidad.
- Se propondrá un tratamiento integral con las intervenciones farmacológicas, psicológicas y sociales que permitan resolver el trastorno concreto, mejorar el bienestar del sanitario y del usuario, así como la eficiencia del Sistema Público de Salud de la CAM.
- En todo lo anterior se garantizará siempre la necesaria confidencialidad, intimidad y la preservación de los datos personales del profesional atendido.

PROTOCOLOS TERAPÉUTICOS ESPECÍFICOS

Algunas patologías requieren utilizar unos procedimientos diagnósticos y terapéuticos específicos, como en el caso de los trastornos adictivos, que en cada caso se llevarán a efecto en los dispositivos más convenientes, sea de forma ambulatoria o de ingreso hospitalario.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

1. Cuando el sanitario que padezca cualquier trastorno mental ya esté siendo tratado en cualquier otro dispositivo de la red asistencial pública de la Comunidad de Madrid, no estará indicada la derivación a la UVOPSE, debiéndose mantener la continuidad terapéutica.
2. Para los nuevos probables casos psiquiátricos se considerarán los siguientes criterios:
 1. El respeto a la confidencialidad puede hacer necesario atender al sanitario mentalmente enfermo en un dispositivo específico como es la UVOPSE, o bien en los que se consideren más adecuados para el tratamiento óptimo del caso individual. Preservando para ello el principio de privacidad.
 2. La repercusión laboral de los trastornos mentales y/o de las patologías médicas asociadas, pueden condicionar el tratamiento de ese paciente en la UVOPSE, en colaboración con los profesionales de los dispositivos asistenciales que se consideren más adecuados.

3. La gravedad clínica y necesidad de intervención urgente, para lo cual se contará con el Servicio de Urgencias en el que desempeña su actividad laboral.
4. La accesibilidad y proximidad de los dispositivos asistenciales del distrito en el que reside el trabajador sanitario, puede hacerle preferible como centro de derivación, una vez valorado en la UVOPSE.

DERIVACIONES EXTERNAS

Tras las evaluaciones y tratamientos pertinentes en cada caso, la persona atendida en la UVOPSE será derivada al dispositivo más conveniente de la red pública que se considere más conveniente, según criterios de seguridad, eficacia y confidencialidad.

En algunos casos se les derivará a los centros privados que se estimen más convenientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Asistencia clínica al personal sanitario con problemas de salud mental y conductas adictivas que lo requieran con las siguientes características:

1. Criterio de gravedad: psicosis, trastornos de la personalidad y trastornos depresivos graves, trastorno relacionados con sustancias adictivas.
2. Criterio de repercusión laboral significativa: cuando los problemas de salud mental tengan una incidencia negativa en el medio laboral, se a con los compañeros o con los usuarios.
3. Criterio de riesgo grave para la salud propia o de terceras personas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Patologías mentales leves o moderadas que deben ser atendidas en el ámbito de Atención Primaria y Especializada en cada Área Sanitaria.
2. Trastornos mentales y conductas adictivas que por su extrema gravedad requieran asistencia psiquiátrica urgente, que deben ser atendidas en el Servicio de Urgencias.

3. En concreto, los casos de acoso en el trabajo y de síndrome de desgaste profesional deben de ser valorados en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

PERFIL DE RIESGO DEL SANITARIO CON PROBABLE TRASTORNO MENTAL GRAVE

1. Aspecto personal descuidado, desarreglado, y/o insano, con los signos característicos de la enfermedad alcohólica.
2. Bajo rendimiento laboral con llamativa desmotivación, absentismo, escasa participación en las actividades programadas del servicio, etc., con manifiesto incumplimiento del rol laboral sanitario.
3. Alta conflictividad en el ámbito de las relaciones con diferentes compañeros, frecuentes quejas de enfermos y familiares en el Servicio de Atención al Paciente, o a otros sanitarios, etc.
4. Aislamiento social.
5. Problemas legales repetidos.
6. Conflictividad familiar persistente e intensa, con dejación de responsabilidades y comportamientos agresivos.
7. Sospecha de probable trastorno mental sin constancia de que realice el tratamiento adecuado, con alteraciones del comportamiento, cambio significativo de conducta, pérdida de control ante frustraciones comunes, etc.
8. Negación de responsabilidad personal con atribuciones externas y racionalizaciones continuadas de estos problemas.

En todos estos casos, se recomienda abordar al compañero probablemente enfermo de la forma más adecuada, directamente pero con respeto y motivación de ayuda genuina, con las máximas garantías de confidencialidad, por parte de dos o más colaboradores de igual rango jerárquico y el supervisor o tutor responsable, quienes le orientarán-acompañarán al personal del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales con la mayor diligencia.

PRINCIPIOS BÁSICOS

Según la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (1995) y el Manifiesto de Barcelona (2001):

1. Los sistemas sanitarios deben de garantizar a los profesionales de la sanidad la misma accesibilidad al sistema sanitario que la población general.
2. Se trata de construir entre todos una nueva cultura sanitaria basada en la prevención y en la higiene mental: cuando un sanitario enferma debe poder recibir el tratamiento óptimo, igual que cualquier otra persona antes de que se cronifique su malestar y se complique con otros problemas que pueden afectar a la seguridad del usuario. En vez de la práctica frecuente que tiende a negar los problemas de forma negligente, se trata de aprender a cuidarnos entre nosotros de forma eficaz.
3. La propia Institución Sanitaria, los servicios de Prevención de Riesgos Laborales de Área y la UVOPSE deben garantizar la calidad de la asistencia que precisan los trabajadores sanitarios, a través del desarrollo de los programas más convenientes, con las máximas garantías de confidencialidad.
4. Se potenciará la relación con los sindicatos representativos del sector sanitario y los colegios profesionales correspondientes a los casos que proceda a fin de realizar cuantas intervenciones preventivas sean convenientes, para mejorar la calidad laboral de los trabajadores sanitarios y facilitar la asistencia clínica de los casos afectados.
5. Es necesario potenciar la investigación epidemiológica en la relación a la Salud Mental de los profesionales de la sanidad y sus condiciones de trabajo.

EL COMITÉ TÉCNICO ASESOR DE LA UNIDAD DE VALORACIÓN Y ORIENTACIÓN DEL PROFESIONAL SANITARIO ENFERMO

Para sustentar y amparar decisiones sobre casos concretos de difícil resolución, se creará desde la UVOPSE un Comité Técnico Asesor (con dos psiquiatras, dos médicos especialistas en medicina del trabajo y un experto designado por los colegios profesionales implicados), con las siguientes funciones:

- Estudiar y asesorar en casos concretos de difícil resolución, sustentando y amparando las decisiones que tome la UVOPSE.
- Definir propuestas concretas.
- Determinación de la capacidad laboral para desarrollar la actividad profesional sin riesgo para los usuarios o terceros.
- Consejo específico en situaciones complejas o de especial interés.

FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL DENTRO DE LA UNIDAD DE VALORACIÓN Y ORIENTACIÓN PROFESIONAL SANITARIO ENFERMO

Área de Acogida e Información

- Acogida, ofreciendo atención personalizada.
- Información y orientación social.
- Detección de necesidades y problemáticas sociales.
- Valoración inicial de la demanda planteada.
- Derivación, cuando proceda.

Área de Atención Social

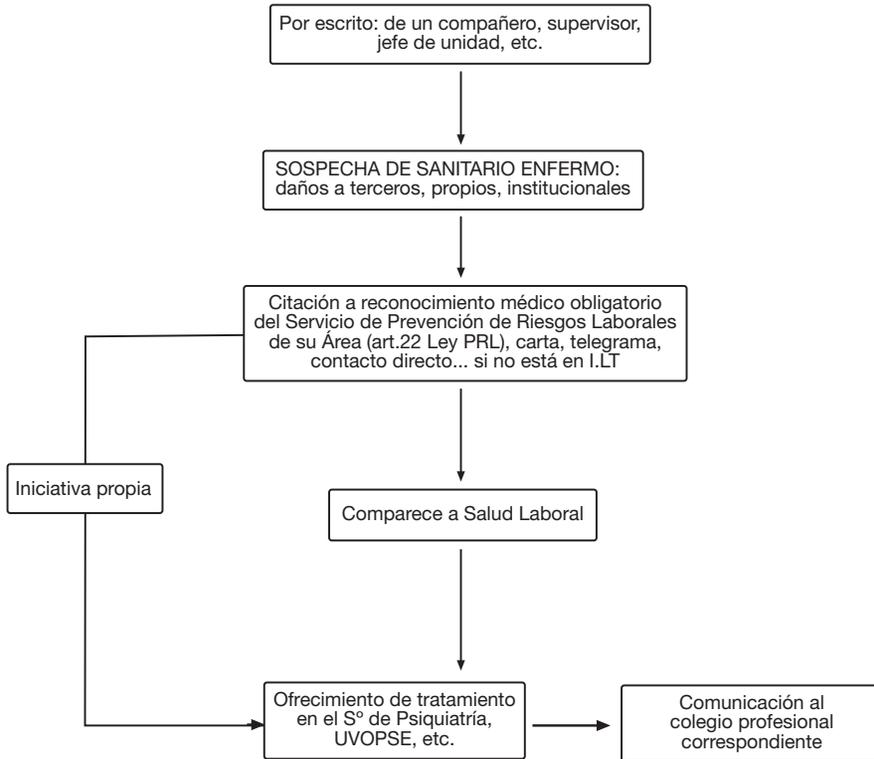
- Atención directa a los usuarios en función de sus necesidades.
- Información, orientación y asesoramiento.
- Derivación y coordinación.
- Seguimiento de casos atendidos.
- Intervención familiar en aquellos casos que sea necesario.
- Apoyo en las situaciones psicosociales con dificultad.
- Favorecer en aquellos pacientes que lo precisen la mejora del funcionamiento social.
- Elaborar informes y propuestas sociales.

Área de Coordinación

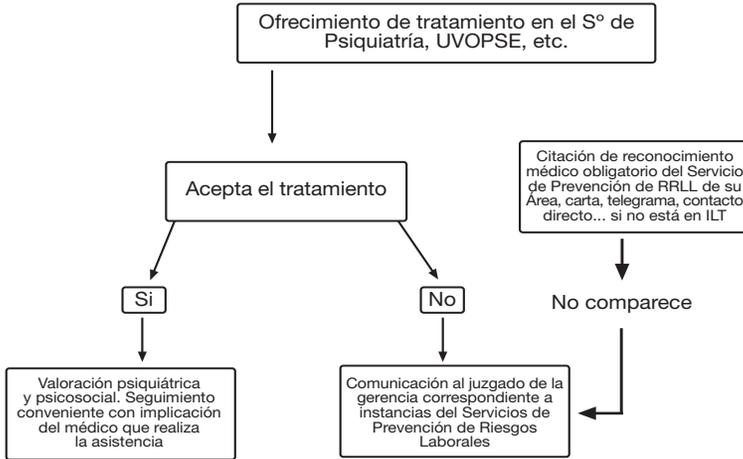
Coordinación de actuaciones con otras instituciones públicas y privadas, favoreciendo la disminución de los riesgos psicosociales.

Elaboración de un fondo documental y de consulta en el área social.

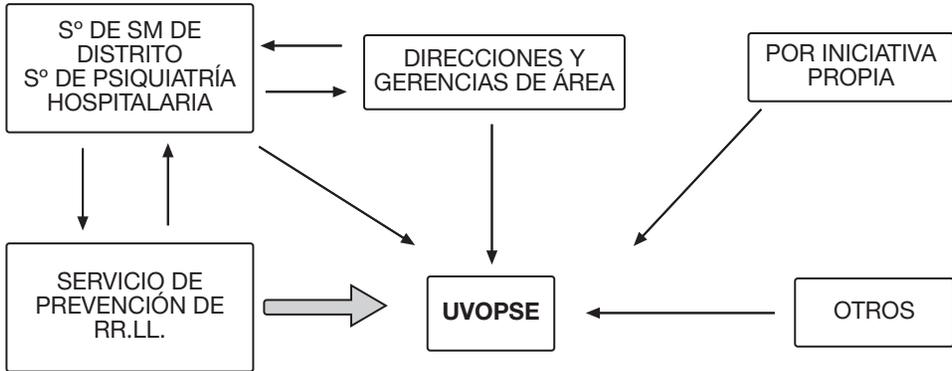
PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN AL PERSONAL SANITARIO ENFERMO



PROGRAMA DE ATENCIÓN ESPECÍFICA AL PERSONAL SANITARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID CON TRANSTORNOS MENTALES Y ADICTIVOS



UVOPSE: DERIVACIONES



OTROS: Compañeros, familiares, sindicatos, etc.



LA MUERTE Y EL DUELO

M^a Cruz Reglero Cano

DTS. Col. n° 4.432

RESUMEN

Este artículo pretende hacer una reflexión sobre la muerte y el duelo, una realidad cotidiana con la que se tienen que enfrentar los y las trabajadores sociales (T.S.) que trabajan en el ámbito de la salud, y más en concreto los que trabajamos en hospitales. Cómo podemos ayudar al enfermo y a su familia a superar este proceso, partiendo desde nuestra propia experiencia sobre la muerte.

PALABRAS CLAVE

Muerte. Duelo. Ciclo vital. Angustia. Negación

INTRODUCCIÓN

El Trabajo Social hospitalario se define como un “servicio especializado” que atiende a personas que están enfermas y que se encuentran en una situación de vulnerabilidad, esta vulnerabilidad no está sólo relacionada con aspectos biológicos, sino que trae como consecuencia precariedad económica, precariedad en las relaciones, alteraciones y precariedad en los sentimientos y emociones sobre todo cuando hay un mal desenlace.

Los profesionales de la salud y entre ellos los trabajadores sociales no estamos, en la mayoría de los casos, preparados para atender la demanda del enfermo moribundo y su familia, este artículo quiere hacer una reflexión sobre la muerte y el duelo.

LA MUERTE

Es un hecho que cada día se muere más en los hospitales, en unidades de cuidados paliativos, en hospitales socio-sanitarios, en residencias de ancianos, etc... La muerte ha dejado de ser un acto íntimo que ocurría en la casa del enfermo (es poco frecuente que se le vele en su domicilio). Según el Dr. Nuland (1995) “hemos creado la forma moderna de morir. La muerte moderna se produce en el hospital moderno, donde es posible ocultarla, purificarla de corrupción orgánica y, finalmente, -“empaquetarla”- para el entierro moderno”.

“La muerte se define esencialmente, como un hecho de orden biofisiológico, perteneciente a la naturaleza común de los procesos vitales del hombre y los animales, que pone fin natural a los ciclos vitales de los diversos órdenes de los seres vivos de manera inexorable, pero sólo en el hombre provoca un angustia radical, profunda y sobrecogedora, que exige un solución específica y una representación por los procesos de duelo y el luto”, A. M. di Nola pag 11. (2006).

El concepto de muerte es ahora más complejo que hace veinticinco años, se consideraba que una persona estaba muerta cuando cesaban ciertas funciones biológicas, como la respiración, la presión arterial, la rigidez de los miembros eran signos evidentes de muerte. En los últimos tiempos, se considera la muerte cuando el cerebro deja de funcionar, cuando no se detecta actividad cerebral durante un tiempo determinado.

El concepto de la muerte se hace más consciente en los momentos de guerra, o de epidemias, catástrofes. En los países más desarrollados, con mayor nivel de vida, como puede ser España, se vive como si la muerte no fuera a llegar nunca; en los países del tercer mundo la muerte es una realidad cotidiana.

En la mayoría de las sociedades, la muerte no se considera el final de la existencia, aunque el cuerpo físico muera, el espíritu continúa viviendo. Esta perspectiva religiosa predomina en la mayoría de las personas. Una variación cultural que puede encontrarse con relación en la muerte, es la creencia de la reencarnación, que constituye una parte fundamental de las religiones hinduista y budista.

La negación de la muerte

Se han hecho estudios sobre la muerte, y se ha visto que la muerte de los otros nos enfrenta con la nuestra. Esto crea una ansiedad fundamental en la persona, y hace que en muchas ocasiones el personal sanitario, y entre ellos el propio Trabajador Social, intente distanciarse del enfermo moribundo y de la familia. La atención de un enfermo grave o moribundo significa un estrés importante para el personal sanitario; cuyo único mecanismo que tiene es negar o alejar la muerte. Es una pauta bastante común en los hospitales, aislar a los pacientes moribundos, y luego que mueren, retiran los cuerpos tan discretamente como sea posible.

Morir es un hecho único irreversible en la vida de cada cual, puesto que nadie puede aportar experiencia personal acerca de él mismo. Sólo disponemos de la propia experiencia imaginaria (la idea que de la muerte nos hacemos) de la observación y del impacto de haber asistido al proceso de muerte de otras personas.

La idea de la muerte nos remite a consideraciones filosóficas y religiosas, por lo tanto a la hora de entender nuestros sentimientos y actitud ante la muerte, es imprescindible que consideremos las creencias que tenemos y el grado de adscripción en las mismas.

Para Freud (1968) la muerte propia es irrepresentable y cada vez que hacemos un intento de ello, nos podemos dar cuenta de que lo observamos como espectador. Por eso la escuela psicoanalítica defiende que nadie cree en su propia muerte o, lo que es lo mismo, en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad. Como quiera que la propia muerte nos resulta increíble en el inconsciente, la muerte es irrepresentable. Pero la muerte, la propia muerte, coloca a cada uno en una posición de conflicto máximo y continuo. Las

dos posiciones son diametralmente opuestas: el consciente cree en ella, el inconsciente no; ello implica un trabajo psíquico incesante para conservar en equilibrio los dos términos del conflicto y asegurar el dominio, siempre frágil, del yo sobre las creencias profundas irreales.

Las personas negamos la muerte y esta negación se manifiesta de distintas maneras según estos autores: (Neimeryer, Wittkowki y Moser, 2004).

Existe la tendencia de las empresas funerarias a restar importancia a la muerte y a presentar a los difuntos con características propias de los vivos.

Utilizar un lenguaje eufemístico para referirse a la muerte, por ejemplo, *fallecer*, *volar al cielo*, *llegar a la vida eterna*, términos que implican la idea de “para siempre”.

Búsqueda persistente de una fuente de la eterna juventud.

Negación y aislamiento de los ancianos, que pueden recordarnos la existencia de la muerte.

Adopción del concepto de que la vida tras la muerte es agradable y satisfactoria, con lo que parece indicarnos que somos inmortales.

Esfuerzos realizados por los profesionales de la medicina para prolongar la vida biológica en vez de disminuir el sufrimiento humano.

Ciclo vital y muerte

La muerte está presente en los distintos momentos del ciclo vital, la forma de afrontamiento también es distinta.

Actitud ante la muerte en la infancia: Los bebés ni siquiera tienen una idea rudimentaria de la muerte, pero sí se sabe que la muerte de un progenitor, afecta de forma negativa en la salud del niño.

Los niños con edades entre 3 y 5 años tienen un concepto borroso de la muerte, no suelen angustiarse si se les comunica la muerte de una persona, pues no comprenden el carácter irreversible de ésta; piensan que la persona muerta puede volver.

De 6 a 9 años se tiene una idea mayor de la muerte como algo que puede ocurrir, y que de hecho pasa a “algunas” personas.

A partir de los 9 y 10 años, los niños comienzan a entender que el final de la vida es la muerte, y que la muerte constituye un hecho definitivo y universal.

Los niños enfermos terminales, a pesar de lo dicho, entienden lo inevitable y la irreversibilidad de la muerte aún al comienzo de la niñez y suelen hablar sólo del futuro inmediato.

Actitud ante la muerte en la adolescencia: En los adolescentes, la perspectiva de la muerte, se considera una posibilidad tan remota que apenas posee relevancia. Aunque el adolescente entiende claramente el carácter definitivo, inevitable e impredecible de la muerte.

Cuando el adolescente tiene una enfermedad terminal le cuesta enfrentarse a este hecho, suele negar la muerte y siente miedo en esta etapa a la muerte, es algo accidental que no suele estar presente en la vida del adolescente, el enfrentarse a la muerte es más difícil por no ser habitual en esta fase de la vida.

Actitud ante la muerte en edad adulta media: Hay una mayor conciencia de la muerte y del propio envejecimiento, con los años se comienza a pensar en los años que quedan y no en los que se ha vivido.

Cuando el adulto medio tiene que enfrentarse a una muerte próxima, siente miedo pero sobre todo se cuestiona como queda su familia, si tiene hijos, la situación económica, etc.

Actitud ante la muerte en las personas de edad avanzada: En las personas mayores la idea de la muerte es más próxima y cercana, muchas de las personas que han vivido con ellos han fallecido, esto supone una experiencia muy próxima con la muerte, que les ha hecho reflexionar ante ella, sienten miedo y temor ante la muerte pero tienen la capacidad de manifestarlo.

El enfermo mayor, próximo a la muerte tiene mayor aceptación, sus proyectos vitales, ya están realizados y la muerte suele resultar emocionalmente menos dolorosa.

Temores ante la muerte

Como hemos visto en cada etapa de la vida el concepto de muerte y las formas de enfrentamiento son distintas, pero sí que podemos decir que en general, los enfermos se enfrentan a unos temores básicos ante la muerte que el Trabajador Social debe conocer.

La muerte como he expuesto anteriormente provoca ansiedad, es una angustia básica, y de hecho, en la vida de una persona toda constatación de ansiedad normal o neurótica, nos remite a la consideración de la angustia ante la muerte; es, un sentimiento de impotencia, de inseguridad, es el reflejo del miedo a “no ser”, a “dejar de ser”.

Cuando el enfermo, por razón de la enfermedad, siente la muerte como una posibilidad próxima, tiene que enfrentarse a esta angustia, que supone:

- Desprenderse de las personas y las cosas que han formado parte de su vida.
- Inseguridad ante lo desconocido, bien sea por sus creencias que le llevan a pensar en alguna forma de continuidad, como si piensa que todo acaba definitivamente.
- La imposibilidad de continuar con su proyecto personal de vida.
- Miedos y temores ante el sufrimiento físico, “el ser una carga para la familia”, etc.

Estadios del proceso de muerte según Kübler–Ross

Elisabeth Kübler–Ross (1969) dividió en cinco estadios la conducta y los pensamientos de las personas que se encuentran en fase terminal: negación y aislamiento, rabia, negociación, depresión y aceptación.

La negación y el aislamiento: es el primer estadio del proceso de muerte, en el que la persona se niega a aceptar que la muerte va a ocurrir. “Esto no me puede pasar a mí” constituye un mecanismo temporal de defensa.

La rabia: constituye el segundo estadio del proceso de muerte, el enfermo se da cuenta que no puede negar la realidad y da paso a la rabia. “¿Por qué a mí?”. Esta rabia puede desplazarse al personal que lo atiende y a su propia familia.

La negociación: la persona desarrolla la esperanza de que la muerte pueda retrasarse de alguna manera, esta etapa se caracteriza por los esfuerzos por concluir algún asunto pendiente, si es creyente intentara reformar su vida dedicarle más tiempo a Dios y a los demás, a cambio de un poco más de tiempo de vida.

La depresión: constituye el cuarto estadio del proceso de muerte, el enfermo acepta la certeza de la muerte, el enfermo se vuelve más callado, no quiere tener visitas y puede manifestar su dolor llorando o lamentándose. Este comportamiento resulta normal, es un intento de desconectar su yo, de las cosas y de los seres que quiere, está contemplando su propia muerte y elaborando su duelo. En esta fase no es conveniente tratar de animar al enfermo.

La aceptación: constituye el quinto y último estadio, la persona tiene una sensación de paz, de aceptación de su destino.

La teoría de Küler-Ross ha tenido críticas, pues, hay veces que en estos estadios no se dan todas las fases ni en ese orden, y el proceso no resulta lineal. Pueden retroceder de una fase a otra, en algunos casos puede suceder que el paciente muera sin superar la fase de negociación. En otros, las fases pueden solaparse, y también puede ocurrir que alguna fase no este presente. Pero lo que si podemos decir los profesionales que estamos trabajando con enfermos graves, es que nos hemos encontrado con reacciones de este tipo.

EL DUELO

Es Freud (1968) el que introduce el concepto de duelo, en 1917 publica un artículo con el título "Duelo y Melancolía". El duelo es la reacción natural a la pérdida de un ser querido y, por tanto, no debiera considerarse patológico. Se distingue de la melancolía en que su sintomatología y evolución es diferente.

En el duelo está presente la angustia, que se configura como un estado de ansiedad, marcado por una total incertidumbre y una imagen caótica del mundo por parte de quien ha sufrido la pérdida. La aparición de esta angustia y de las tensiones genera estrés en los familiares del enfermo, junto con la angustia coexisten otros sentimientos, en especial rabia y culpa, aparecen una disminución de la autoestima, y en general una imposibilidad de atender a todo lo que no sea la memoria del ser querido.

La pérdida de un ser querido es psicológicamente tan traumática, como herirse o quemarse gravemente en el plano fisiológico, se necesita un tiempo para que la familia en duelo vuelva a su estado de equilibrio.

Indudablemente en el duelo hay múltiples parámetros interrelacionados que pueden modificar este proceso para que sea más o menos traumático:

Quién era el fallecido, si era una persona joven, o un hijo, o era una persona mayor, qué relación de apego existía con el fallecido, si había conflictos y distanciamiento con él, cómo fue la muerte (si fue natural, repentina, por un accidente o suicidio), cómo se han elaborado pérdidas anteriores; y no podemos olvidar la variable personalidad, la edad, sexo, cómo maneja la persona la ansiedad y el estrés, en definitiva, la capacidad individual de afrontamiento y de autocontrol, así como sus propios recursos. La cantidad de apoyo social con el que se cuenta, y aspectos de tipo económico.

La duración de un duelo por la muerte de un ser querido puede durar entre uno y tres años. Se considera que un duelo está resuelto cuando se es capaz de recordar al fallecido sin sentir dolor, cuando se aprende a vivir sin la persona, cuando se deja de vivir en el pasado y se invierte la energía en el presente.

FASES DEL DUELO

Bowlby (1993) habla de cuatro fases de duelo, aunque considera que los límites entre las fases, no son nítidos:

Fase de embotamiento de la sensibilidad: Por lo general dura desde algunas horas a una semana y puede ser interrumpido por episodios de aflicción o cólera muy intensos.

Fase de búsqueda y anhelo de la figura perdida: La cólera, suele aparecer al cabo de unas horas o días. Surgen diferentes manifestaciones más o menos intensas, tales como la necesidad de encontrar a la persona perdida, acudir en busca de lugares a los que asistía asiduamente, necesidad de contacto con ciertos objetos, alteraciones del sueño, accesos de llanto incontrolado, etc. Esta necesidad de buscar y recuperar puede ser intensa en sus inicios y va disminuyendo con el paso del tiempo.

Fase de desorganización y desesperanza: El reconocimiento intelectual de la pérdida provoca que se eviten las manifestaciones por mantener viva o presente a la persona fallecida.

La derrota después de tal lucha da como respuesta una disminución de las energías y una sensación de fracaso que les lleva a entender la realidad. La sensación de soledad se hace más patente. La ayuda de los demás disminuye o no resulta tan efectiva.

Fase de mayor o menor grado de organización: Intentar reanudar la vida social puede resultar muy difícil y no sólo depende de la persona, de sus capacidades y predisposición, sino que se verá condicionada por otros aspectos relacionados con el exterior.

EL DUELO PATOLÓGICO

Hay quien no atraviesa por las fases anteriormente expuestas, provocando reacciones patológicas, suelen ser personas con problemas emocionales, o que presentan resentimiento, hostilidad hacia la persona fallecida; cuando esto ocurre se produce lo que se conoce como duelo patológico.

Tipos de duelos patológicos:

Duelo crónico: Es aquel que tiene una duración excesiva y nunca se llega a conclusión satisfactoria. Se necesita la ayuda de un profesional para superar esa pérdida.

Duelo retrasado o suprimido: En estos casos, el familiar del fallecido puede haber tenido una reacción emocional en el momento de la pérdida, pero no fue suficiente, no trabajó suficientemente las emociones y el dolor de la pérdida. Cuando no se ha elaborado la pérdida adecuadamente, cualquier suceso posterior puede desencadenar en un duelo.

Duelo exagerado: Son respuestas exageradas, la familia del enfermo se siente desbordada y recurren a conductas desadaptadas, que en muchos casos son invalidantes.

Duelo enmascarado: Los familiares no se permiten experimentar el duelo, directamente pueden desarrollar síntomas físicos ó psicosomáticos.

Tareas básicas para elaborar un duelo

Para poder superar un duelo de forma normal hay que realizar unas tareas básicas que se deben conocer para poder ayudar a los familiares del moribundo:

1. Aceptar la realidad de la pérdida. La primera tarea es afrontar plenamente la realidad de que la persona está muerta, que se ha marchado y no va a volver. Algunas personas no aceptan que la muerte es real y se quedan bloqueadas en la primera tarea.
2. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida. Es trabajar con el dolor físico que experimentan, y con el dolor emocional y conductual asociado a la pérdida. La negación de esta segunda tarea es “no sentir”, bloquear los sentimientos y negar el dolor que está presente (idealizar al muerto, evitar las cosas que le recuerden al fallecido, usar alcohol y drogas).
3. Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente. La persona en duelo no sólo se ha de adaptar a la pérdida de los roles que desempeñaba el fallecido, sino que tiene que adaptarse a asumir roles nuevos, y tiene que cambiar su sentido de la vida.
4. Recolocar al fallecido y continuar viviendo. Encontrar un lugar para el fallecido en la vida emocional del que vive y continuar viviendo. Hay personas que se quedan bloqueadas en esta tarea y más tarde se dan cuenta de que la vida en cierta manera, se detuvo cuando esa persona murió.

COMO AYUDAR A LAS FAMILIAS EN PROCESO DE DUELO

El Trabajador Social para poder ayudar a las familias que han sufrido una pérdida. Tiene que haber establecido una buena comunicación, la base de la misma lo constituye el arte de saber hablar pero sobre todo saber escuchar.

Para Rogers (1982) escuchar equivale a percibir, no sólo palabras, sino también pensamientos, el estado de ánimo, el significado personal e incluso el significado más oculto e inconsciente del mensaje que nos trasmite la familia.

Muchas veces el Trabajador Social responde a la demanda de ayuda, con recursos tangibles para no escuchar lo verdaderamente importante, la angustia de la familia. Existen resistencias en nuestro inconsciente, la demanda y el mensaje de la familia, que percibimos como amenazante para nuestro equilibrio y nuestra integridad, tenemos que ser conscientes de esto, para poder ayudar a las familias en proceso de duelo.

El Trabajador Social tiene que ser capaz de ofrecer tiempo y espacio para que la familia pueda expresar sus sentimientos y emociones, que pueda manifestar su dolor, que puedan organizar y recomponer sus pensamientos.

Ayudarles a que sean capaces de reconocer sus recursos, su capacidad y posibilidades de salir de esa situación, haciéndoles ver que durante un tiempo prolongado van a estar muy vulnerables.

Intentar aportar ideas y preguntas que favorecen el tomar conciencia y verbalizar la pérdida para que afloren sentimientos de culpa reprimidos.

Trabajar con la familia para evitar el aislamiento y que acepten los soportes sociales que les pueden ayudar (familia extensa, amigos, grupos de auto-ayuda etc).

Informar y gestionar los recursos existentes según sus necesidades.

CONCLUSIÓN

“El aprender a enfrentarse a la propia muerte dignifica al hombre. Volver la espalda a este aprendizaje no reporta otro beneficio que el de la confusión en un ámbito de perplejidad y sin sentido. Sin aprender a morir resulta muy difícil aprender a vivir”. A. Polaino-Lorente (1996).

Me gustaría que esta somera exposición de lo que es la muerte y el duelo, sirviera para pensar sobre nuestras propias pérdidas (primera muerte que podemos recordar, los sentimientos y recuerdos que tenemos de aquellos momentos, qué muerte ha sido para mí la más difícil, etc...), cómo lo he superado y cuál ha sido mi estilo de afrontamiento ante la muerte.

Reflexionemos sobre los mecanismos de defensa, que utilizamos cuando en nuestro trabajo tenemos que enfrentarnos a situaciones de enfermos agónicos. A veces utilizamos la despersonalización (considerar al enfermo moribundo como “un caso”, un “infarto” un “cáncer” y no verle como una persona en su globalidad), o por el contrario, otras veces tratamos de intelectualizar o racionalizar (ver el proceso en términos fisiopatológicos), y en definitiva no ver el proceso como la vivencia personal y única, de una persona que se esta enfrentado a la muerte.

El ayudar al enfermo agónico y a su familia, es una forma de conocernos a nosotros mismos, es una manera de crecimiento personal, que según Rogers (1982) nos hace más personas.

BIBLIOGRAFÍA

Nuland, Sherwin B. (1995): "Cómo morimos". Reflexiones sobre el último capítulo de la vida". Madrid. Ed. Alianza Editorial.

Di Nola Alfonso, M. (2006): "La Negra Señora". Antropología de la muerte y el luto. Barcelona. Ed. Belacqva.

Freud, S. (1968) "Obras completas". Madrid. Ed. Biblioteca Nueva.

Neimeyer, Wittkowski y Moser, 2004 Cit por Santrocck John W. pag. 710; 2006 "Psicología del desarrollo". Madrid. Ed. McGrawHill.

Kübler-Ross, E. (1969) "Sobre la muerte y los moribundos". Barcelona. Ed. Grijalbo.

Bowlby, J. (1993) "La pérdida afectiva" Barcelona ed. Paidós.

Rogers Carl, R.(1982) "El proceso de convertirse en persona". 3ª edición Barcelona Ed. Paidós.

Polaino-Lorente, A. Capítulo 88. "El sentido del sufrimiento y de la muerte en González".

Baron, M. (1996). "Tratado de Medicina Paliativa". Madrid Ed. Médica Panamericana.

UNA EXPERIENCIA DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

Rosa Blanca Pérez López
DTS

RESUMEN

Los cambios producidos en la organización de las Instituciones del Estado nos deben llevar a detectar nuevas formas de colaboración que contribuyan a reforzar y potenciar los recursos existentes. El Trabajador Social Sanitario tiene experiencias de buenas prácticas para conseguir una atención más eficaz y eficiente y una mayor calidad en el desempeño de su actividad profesional.

El objetivo de este trabajo es exponer una experiencia en la que participé y animar a otros profesionales del Trabajo Social a sacar a la luz aportaciones similares.

Previamente haré una breve exposición sobre lo que se considera una Buena Práctica, si bien, se observa en un contexto (prestación social sustitutoria en el área de salud) ya histórico.

PALABRAS CLAVE

Potenciar los recursos. Coordinación interinstitucional. Buenas prácticas. Atención más eficaz y eficiente. Participación de la población. Continuidad en la atención.

PREÁMBULO

Definiremos una “Buena Práctica” como el modelo organizativo que haya demostrado buenos resultados en la consecución de los objetivos propuestos por medio de sus actuaciones y que por ello debe ser considerada como un ejemplo a seguir.

No se debería considerar ninguna práctica como “buena” si no se incluye la participación de la población; no sólo como garantía de control democrático o como receptora última de los beneficios de la actuación, sino como agente catalizador protagonista de la misma.

Toda Buena Práctica debe contemplar como mínimo dos de los siguientes **requisitos**:

- Amplia base de participación.
- Promoción de capacidades.
- Poder ser replicada.
- Efecto multiplicador.
- Promover el cambio.
- Sentido de creatividad.
- Empleo eficiente de los recursos.
- Ser sostenible, innovadora.
- Generar un impacto positivo.

¿Cómo crear estrategias para compartir las buenas prácticas?

- Estableciendo protocolos de actuación bien diseñados y coordinados.
- Formalizando un Comité de acreditación de buenas prácticas.
- Creando foros de intercambio.

¿Cómo identificar las mejores?

- Observando los logros alcanzados.
- Identificando y documentando las mejores.
- Creando estrategias para compartirlas.

Se deberán comprobar los **logros alcanzados** por medio de **evaluación** en cuanto al nivel de:

Participación

- En la planificación
- En la ejecución
- En la evaluación

Impacto

- En la población
 - Dimensiones y tipo
- En la estructura del sistema sanitario
 - Nivel de implicación
 - Apoyo institucional

Durabilidad del programa

Podremos consultar algunos ejemplos en que las administraciones están recogiendo Buenas Prácticas; en el caso del Ministerio de Sanidad y Consumo las vemos mencionadas en distintos apartados del Plan de Calidad:

www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/planCalidad2007.pdf
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e00.htm>

Podemos igualmente ver como están recogidas en distintas estrategias de salud, por ejemplo, en las de Cáncer, Cardiopatía Isquémica, etc.:

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec04.htm>
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/eventos/seguridad-delpaciente.html>

Tras esta exposición sobre lo que se consideran Buenas Prácticas; pasaré a exponer una experiencia que se realizó a nivel institucional y que podríamos considerar como “buena práctica” por reunir los requisitos que anteriormente hemos mencionado.

INTRODUCCIÓN

El programa que a continuación presento tuvo la pretensión de contribuir a que nuestra sociedad fuera algo más solidaria y justa, a la vez que ofrecer la oportunidad para que los jóvenes tuviesen una visión de un sector de nuestra sociedad que de otra manera no hubiesen podido conocer.

Hemos podido constatar con él como miles de jóvenes que realizaron su Prestación Social en el INSALUD han participado en la construcción de esa sociedad más solidaria, dedicando algo de su tiempo a los enfermos crónicos o terminales y a los ancianos, niños y jóvenes discapacitados y eso les sirvió a nivel personal para conocer el mundo desde otra perspectiva, según manifestaban en artículos publicados por ellos mismos, así como la encuesta que se les realizó al finalizar su prestación.

Si es cierto que casi todas las necesidades sanitarias de la población están cubiertas en su totalidad por el Sistema Nacional de Salud, no podemos olvidar que, progresivamente, surgen otras nuevas e importantes que podríamos enmarcar en la denominada atención sociosanitaria.

Haciendo una pequeña reflexión sobre la atención sociosanitaria diré, que la podemos considerar como el territorio fronterizo entre las prestaciones propias de los Servicios Sanitarios y aquellas otras que específicamente afectan a los Servicios Sociales. Es por lo que estas necesidades reclaman un esfuerzo de **coordinación** interinstitucional que todas las partes concernidas deben estar dispuestas a abordar, y de la que esta experiencia puede ser un testimonio (*Figura 1*).

CÓMO NACE ESTE PROGRAMA

Este programa nace como una experiencia piloto en el Servicio de Trabajo Social del Hospital Severo Ochoa para dar respuesta a las necesidades de atención no profesionalizada planteada por los enfermos y sus familias, tanto dentro de los centros sanitarios como en los domicilios.

Dicho Servicio consideró que era imprescindible utilizar lo mejor posible los recursos que la sociedad tiene para dar una mejor atención a los usuarios. Por ello puso en marcha el diseño e implantación del proyecto que tuvo muy buena acogida en el centro, entre las familias y gran repercusión en los medios de comunicación.

Tras la buena acogida recibida por todas las partes implicadas, se elevó la propuesta al Ministerio de Sanidad y Consumo de que se extendiera a todo el territorio del INSALUD, lo que fue aceptado por la Dirección General de Planificación que incorporó en su equipo a la que esto escribe para que realizara un proyecto de Convenio Marco entre el Ministerio de Justicia y el Ministerio de Sanidad y Consumo. Realizada la fase de diseño del proyecto, se vio conveniente la difusión en todos los centros del INSALUD.

Comenzó esta etapa dando a conocer el proyecto en el mes de julio de 1993 a todas las Direcciones Provinciales y Territoriales, Gerencias de Atención Primaria y Especializada para ofrecerles la posibilidad de incorporar Objetores dentro de las áreas de su competencia. A pesar de las fechas en que se difundió, las respuestas manifestando interés por incorporarse al proyecto no tardaron en llegar. Así, en menos de tres meses había un gran número de peticiones de diversos centros sanitarios.

Con todas estas solicitudes se realizó una propuesta de convenio con el Ministerio de Justicia y otra de concierto en la Oficina para la Prestación Social de los Objetores de Conciencia a fin de posibilitar la incorporación de Objetores como Colaboradores Sociales en los centros que así lo habían solicitado.

El 22 de febrero de 1993, los Ministros de Justicia y de Sanidad y Consumo firman el Convenio Marco, que da luz verde al Concierto de Colaboración entre la Oficina para la Prestación Social de los Objetores de Conciencia y el INSALUD, que es firmado también el mismo día y como continuación del anterior. Los medios de comunicación difunden la noticia.

Como paso previo e imprescindible a la incorporación de los objetores en los Centros, se abordó la formación de los “coordinadores de objetores” que serían las personas encargadas de dirigir y evaluar las tareas que realizarían los objetores de conciencia en cada Centro.

La incorporación de los primeros Objetores en los Centros se produjo en el mes de abril de 1994. Desde entonces progresivamente fueron aumentando tanto las solicitudes para incorporar objetores en nuevos Centros, como las personas atendidas; así en 1994 hay 203 Centros, 545 objetores incorporados y 124.060 personas atendidas; en el 2001 los Centros que participaban eran 541, los objetores incorporados ese año 1.780 y las personas atendidas fueron 459.672

El fin del programa el 31 de diciembre del 2001 se produjo ante dos circunstancias determinantes: el fin del servicio militar obligatorio y por tanto la prestación social sustitutoria de los objetores de conciencia y las transferencias del INSA-LUD a todas las Comunidades Autónomas, en este momento el total de personas atendidas se elevó a 4.135.502 y el de objetores adscritos a 12.889 según los últimos datos recogidos y analizados por el INSALUD al finalizar el programa.

OBJETIVOS QUE SE PLANTEA

El objetivo general que el programa se planteó en el inicio fue **“contribuir al cuidado de las personas discapacitadas, enfermos crónicos y enfermos terminales y apoyo a sus familiares”**. Para alcanzarlo nos propusimos algunos objetivos específicos cuyo cumplimiento vamos a repasar para, en función de su grado de cumplimiento, constatar, al final, si se logró el objetivo general previsto.

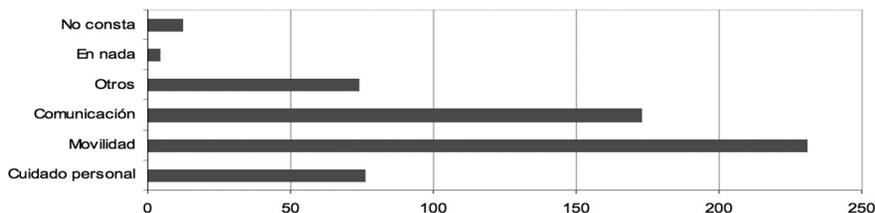
El primer objetivo específico fue: **“Contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes (ancianos y personas discapacitadas, enfermos crónicos y enfermos terminales)”**.

Es difícil, por no decir imposible, explicar sólo con cifras los resultados obtenidos en relación con este objetivo. Si hablamos de calidad de vida, deberíamos preguntar a los propios enfermos o a sus familias como han vivido ellos esta experiencia, qué ha supuesto en su vida diaria la presencia y acción de los colaboradores sociales; no obstante, contamos con dos encuestas que pueden servirnos a la hora de evaluar algunos aspectos de este objetivo.

La primera de ellas estuvo dirigida a los coordinadores del programa al iniciar el mismo, con ocasión de su asistencia a diversos seminarios de formación previstos en él. En ésta, bastantes participantes *opinaban que los objetores complementaban la labor del equipo profesional sanitario mejorando la calidad de los pacientes* en dicha labor. A nuestro parecer, no hay duda de que esto ha tenido una notable incidencia en la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas.

La otra encuesta se dirigió en el último trimestre del año 2000 a todas las partes implicadas en el desarrollo del programa: *coordinadores, objetores y a los enfermos o sus familias usuarias del programa*. A estos últimos se les dirigió la siguiente pregunta:

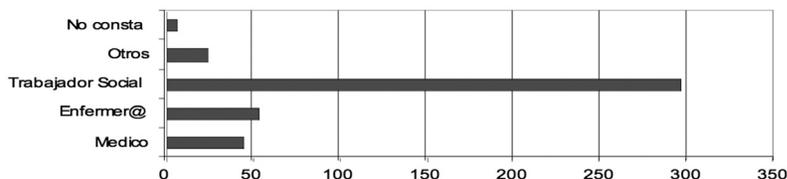
“¿En qué aspectos ha mejorado su vida cotidiana a partir de la ayuda que le presta el colaborador social?”



Contestaron 558 personas de las cuales 231 (41,40%) refirieron mejoras en relación a la movilidad, 173 (31,00%) a la comunicación, 76 (13,63%) al cuidado personal, 74 (13,26%) a otros diversos aspectos, 4 (0,71%) contestaron que nada había mejorado.

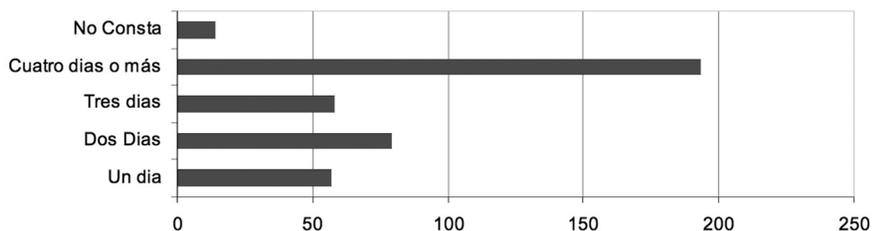
Podemos comprobar en el siguiente gráfico la implicación en el programa de distintos profesionales del sistema, lo que contribuyó a una mejor y mayor aceptación.

¿Quién le ofreció el servicio del colaborador social?

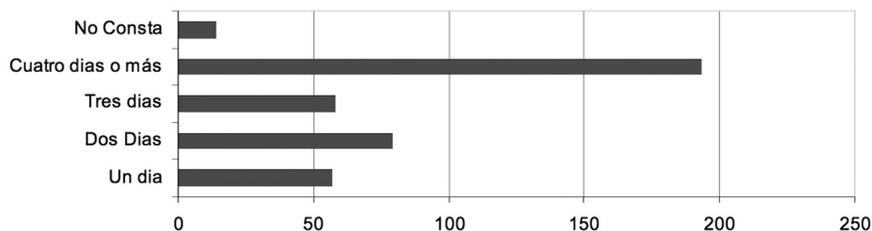


Con las dos preguntas siguientes podemos comprobar que el estudio de las necesidades realizadas por el profesional que le asigna la prestación esta hecha correctamente si observamos los dos gráficos: días asignados y días que el usuario considera que necesita, vemos según los enfermos que opinan que se aumentan los días de prestación.

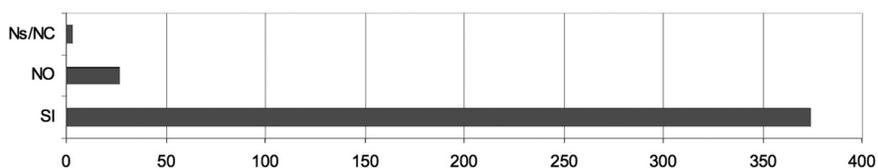
¿Cuántos días a la semana tiene asignado un colaborador social?



¿Cuántos días necesitaría que acudiera?

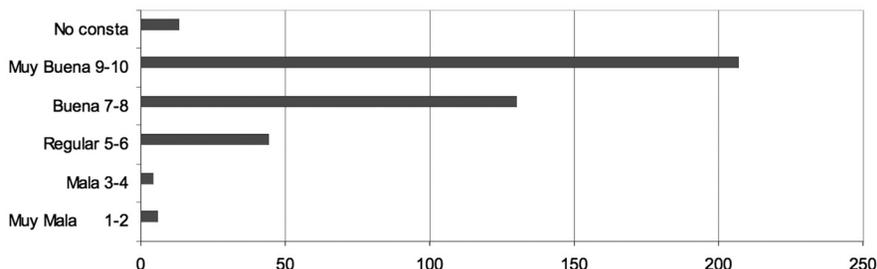


Las actividades que realiza el colaborador social que le han asignado, ¿Le parecen adecuadas?



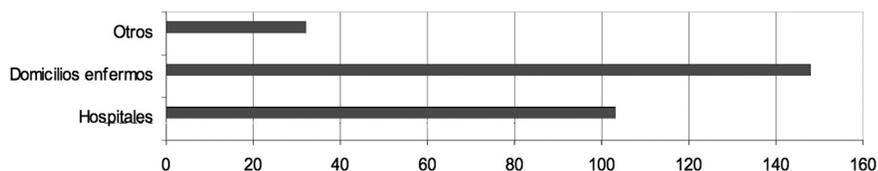
En este gráfico y el siguiente se puede contemplar el acuerdo con la prestación recibida y el nivel de satisfacción con la misma.

En general, ¿cómo puntuaría usted esta ayuda que se le ha proporcionado?



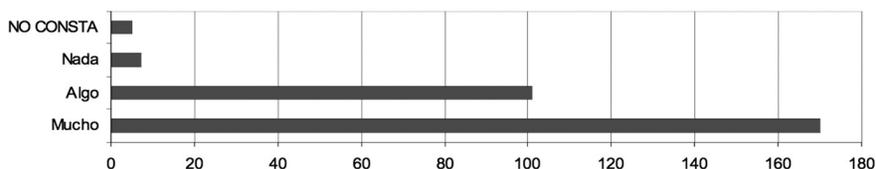
También opinaron los objetores y los coordinadores sobre la contribución a mejorar la Calidad de vida de los enfermos, como comprobamos en los gráficos siguientes:

¿En qué lugares has realizado la prestación social?



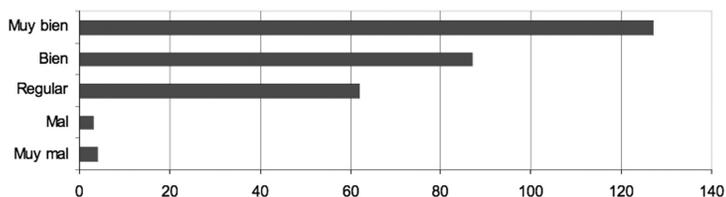
Podemos observar que mayoritariamente las prestaciones fueron realizadas en los domicilios de los enfermos y en los centros hospitalarios.

En tu opinión, ¿Las actividades encomendadas benefician al enfermo y a su familia?



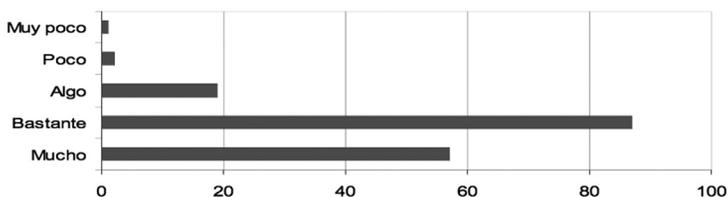
Los objetores declaraban mayoritariamente que su intervención incidía mucho o algo en la calidad de vida y que beneficiaban tanto al enfermo como a su familia, y en cuanto a valorar la tarea podemos comprobar que es “muy bien”, la más destacada como se recoge en la gráfica siguiente.

¿Como valoraría las tareas que esta realizando?



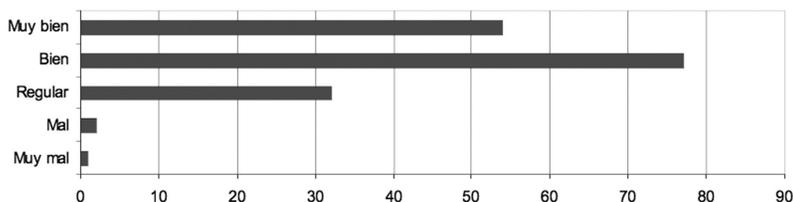
De la misma opinión se manifiestan los coordinadores según el cuadro que se muestra en los siguientes gráficos.

¿Cree que la prestación social realizada por los objetores, mejora la calidad de vida del enfermo y de su familia?



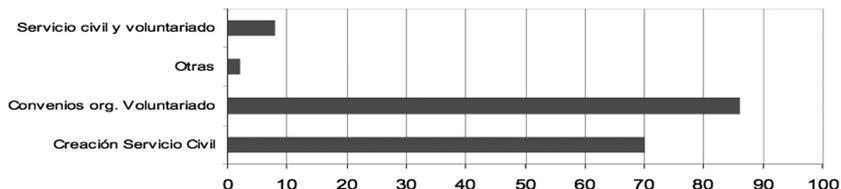
Podemos comprobar como consideran los coordinadores del programa que afecta bastante y mucho a la calidad de vida del enfermo la atención del colaborador social.

¿En general como valoraría este servicio?



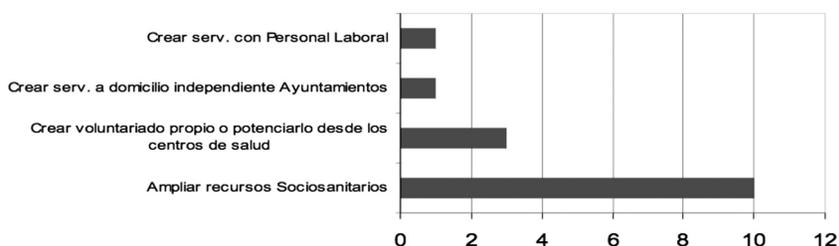
Igualmente podemos ver destacada la valoración positiva del servicio de este programa.

¿Cuál sería según su opinión la alternativa para no perder los enfermos y sus familias esta prestación?



Ante esta pregunta vemos como los encuestados proponen la continuidad del programa por medio de dos opciones mayoritariamente. Voluntariado y/o Servicio Civil, si bien aportan como sugerencia la ampliación de los servicios sociosanitarios.

¿Quiere hacer algún otro comentario o sugerencia?



Respecto al objetivo específico segundo: **“Facilitar la continuidad de la atención a las personas a las que se destina el programa”**, es forzoso reconocer sin excusas que este objetivo no pudo cumplirse debido, principalmente, a dos causas:

La primera, que se manifestó casi desde el principio, es que la demanda de Objeto que recibíamos de los centros para atender sus necesidades fue muy superior a las posibilidades que teníamos de atenderlas. Pero, aún reconociendo limitaciones, no me resisto a hacer notar que éste es también un indicador del éxito del programa, ya que el exceso de demanda era debido al reconocimiento de la labor realizada.

La otra causa derivaba de la enorme dificultad organizativa que este programa suponía; debíamos hacer frente y dependíamos de los múltiples cambios que se producían, tanto por situaciones de los objetores (exenciones, permisos, reduc-

ciones, etc.) como por variaciones en la legislación o reglamentación relativa a la Objeción de Conciencia y a la Prestación Social que periódicamente iban entrando en vigor.

Sin embargo se ha de hacer notar que esta falta de continuidad no supuso un impedimento para el desarrollo de la actividad y no fue valorado negativamente por las diferentes partes implicadas.

Uno de los objetivos más relevantes de este programa fue sin duda el objetivo específico tercero. ***“Facilitar la permanencia de las personas objeto del programa en su domicilio habitual”***.

Desde el año 1994 hasta finalizar el año 2001 el programa atendió en Centros Hospitalarios y en los domicilios de los enfermos por medio de los Centros de Atención Primaria a 4.135.502 personas. De ellas, la mayoría eran personas hospitalizadas que, gracias a la labor de los objetores, no sólo recibieron ayuda y apoyo de diverso orden durante su estancia en el hospital, sino que, en un porcentaje considerable, pudieron volver a sus casas, una vez dados de alta, en mejores condiciones que lo hubieran hecho sin haber recibido dicho apoyo. Y se ha de añadir que, en algunos casos, con la ayuda del propio objetor que les atendía en el hospital, el cual continuó el apoyo en el domicilio del enfermo. Esta no es una afirmación gratuita a pesar de no poderla apoyar con muchos datos numéricos, pero está avalada por el testimonio de numerosos enfermos y sus familiares, los coordinadores y los propios objetores.

El resto de las personas atendidas estaban en sus domicilios y eran tratadas y controladas por los Equipos de Atención Primaria de sus Centros de Salud. En este caso es preciso señalar que la ayuda de los objetores influyó de manera muy positiva en el seguimiento de estos pacientes en su domicilio, contribuyendo decisivamente al cumplimiento de este importante objetivo; en otros casos, cubrió las carencias funcionales y lógicas de muchos enfermos que, de otro modo, quizá hubieran tenido que ingresar en alguna residencia o centro asistido, trasladarse y rotar por las viviendas de sus familiares, etc.; en otros, palió las dificultades de la familia para atender al pariente enfermo, contribuyendo como apoyo informal del mismo.

Hemos de decir aquí que el objetor ha jugado sin duda un papel fundamental en el apoyo a la red informal de cuidados y que será difícil de igualar e incluso sustituir.

Complementariamente, el objetivo específico cuarto persigue: **“Contribuir a evitar internamientos innecesarios”**. La complejidad organizativa de la red de centros, equipos, coordinadores y objetores, ha hecho imposible cuantificar la proporción exacta de pacientes y la posible implicación del programa en aquellos casos en que se haya podido evitar el internamiento de los enfermos.

Pero sí podemos afirmar que muchos de aquellos enfermos que recibieron en su casa la atención de los Objetores eran claros candidatos a ingresos hospitalarios, vía urgencias, simplemente por carecer de una atención programada de sus múltiples necesidades. También muchos de los pacientes hospitalizados que se beneficiaron del programa, vieron reducida su estancia al tener asegurada en su casa la atención por parte de algún Objeto. Así como en el objetivo anterior nos basamos en los testimonios de los enfermos y familiares, en este caso nos apoyamos en el de los profesionales médicos y de enfermería de los centros hospitalarios, los cuales opinaban haber notado una disminución en el número de consultas de seguimiento necesarias y visitas a urgencias en aquellos pacientes que recibían el apoyo de un objeto en sus domicilios.

El último de los objetivos específicos iba dirigido a: **“Disminuir los costes derivados de la inadecuada institucionalización de este grupo de personas”**.

Es evidente la enorme dificultad de comprobar el cumplimiento de este objetivo sin contar con estudios económicos complejos. Pero se puede hacer, aún con todo el riesgo que ello comporta, una estimación. Tomando los datos relativos a la aplicación del programa en Atención Primaria solamente durante el año 2000, multiplicamos el número de personas atendidas (41.458), por la media de horas de prestación realizadas (10 horas por persona y semana, (520 horas al año), y por el coste medio de la hora de prestación (9 euros), el resultado de esas operaciones es 194349.28¹. Este sería el gasto aproximado que, de no haber existido el programa, habrían tenido que acometer las distintas administraciones y/o las familias en proporción variable.

Según un informe especial realizado últimamente por DBK "Servicios Asistenciales a Domicilio" se refleja que el 2007 y 2008 se prevé un incremento del número total de usuarios situado en torno al 16-17%, lo que permitirá acercarse a la cifra de 850.000 usuarios de servicios asistenciales a domicilio en 2007, y a los 985.000 en 2008. Según esta consultora los servicios de asistencia a domicilio pueden llegar a los 1.000 millones de euros este año¹.

1 Estudio de la consultora DBK (Gaceta Sanitaria 15 Enero 2008)

Por último y para evitar que la valoración de este objetivo pueda hacer pensar que este programa se justifica únicamente por motivos de ahorro económico, debemos considerar y valorar que, de no existir este programa, muchos de estos enfermos no hubieran recibido de ningún modo la atención que les dispensaron los objetores de conciencia a través del programa de colaboración sociosanitaria.

Desde aquí quiero una vez más hacer una mención especial a los actores principales de este programa: a los 3.675.830 enfermos que desde 1994 hasta diciembre del año 2000 (fecha de la última evaluación) se beneficiaron de la ayuda de un Objeto de Conciencia. A los 11.109 objetores que estuvieron colaborando con el INSALUD para proporcionar un mayor bienestar al enfermo y a sus familias. Y a los 479 coordinadores que en los centros hicieron realidad este programa.

La participación de todas las partes implicadas en el desarrollo del Programa de Colaboración Social: familiares de enfermos, colaboradores sociales, voluntarios y profesionales, nos han hecho conocer sus experiencias concretas que os animo a consultar en los documentos publicados por el INSALUD².

CONCLUSIÓN

Desde hace varias décadas se ha intentado dar respuesta a las demandas de los profesionales del Trabajo Social sobre una mayor eficiencia en la utilización de los recursos y se ha intentado establecer un sistema de coordinación que permita optimizar los recursos existentes en el campo de lo sanitario y lo social.

Han existido varias experiencias piloto que tras su evaluación podríamos considerar como una buena práctica; no obstante los intereses de los profesionales deberían venir avalados por el apoyo institucional, paso sin el cual no es posible hacer avances en el modelo de coordinación intersectorial.

Implantar un sistema de trabajo que establezca la **coordinación interinstitucional** y facilite la utilización de los recursos sociales y sanitarios existentes de manera eficiente, ha de ser el principal objetivo de la coordinación interinstitucional e intersectorial para, con ello, mantener la continuidad de cuidados asistenciales

2 Primeras y II Jornadas sobre la prestación social de los objetores de conciencia en el campo de la salud”
Publicación N° 1.692 - NIPO 352-96-043-2 y publicación N° 1.811 - NIPO 352-01-048-9 Depósito legal
:M42909-2001

y lograr que el sistema funcione con mayor calidad. Esta continuidad ha de ser tanto temporal, a lo largo de todo el proceso asistencial, como transversal, entre los dispositivos e instituciones implicadas.

Por último, se debe tener en cuenta que el aumento de las necesidades y demandas de ayuda en la población necesitan que se haga efectiva la *potenciación de recursos sociosanitarios* que en la actualidad se ve reflejada en la Ley de cohesión del Sistema Nacional de Salud art. 14 y en la reciente LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Por lo que respecta a nuestro colectivo nos obliga a aprender de la experiencia de nuestro trabajo y, reflexionando sobre el mismo, plantearnos los trabajadores sociales del campo sanitario el reto de: *hacer propuestas y avanzar en la creación de nuevos modelos de coordinación y colaboración social que permitan un mayor apoyo a los enfermos y a sus familias.*





INTERVENCIÓN SOCIAL EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE SALUD MENTAL

Beatriz Arribas Mazarracín

DTS Col. nº 5.287

Trabajadora Social de la Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación
Complejo Asistencial Benito Menni
Ciempozuelos- Madrid.

RESUMEN

Dentro de la variedad de intervenciones sociales posibles a realizar en el ámbito de la salud, a continuación se destaca el papel rehabilitador del trabajador social en el medio hospitalario de atención a la salud mental. Con objeto de analizar dicha praxis específica del trabajo social, se expone el trabajo desarrollado con un caso.

Igualmente se señala la filosofía y metodología en dicho medio hospitalario de salud mental, así como la relevancia del trabajo en equipo interdisciplinar y coordinado entre los distintos agentes intervinientes.

PALABRAS CLAVE

Rehabilitación. Equipo interdisciplinar. Coordinación. Medio comunitario. Individualización.

PRESENTACIÓN DE LA UNIDAD HOSPITALARIA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

La Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR), o anteriormente conocida como Unidad de Media Estancia, fue creada tras la reforma psiquiátrica con objeto de dar cobertura sanitaria y rehabilitadora a aquellas personas con trastorno mental severo, cuyas necesidades dada su situación psicopatológica y social, no podían ser atendidas en el medio comunitario.

Históricamente el internamiento psiquiátrico contribuyó a fomentar la cronicidad, aunque debido al dinamismo y el eminente carácter terapéutico rehabilitador de la Unidad de Rehabilitación, se pasa de un modelo paternalista a otro autonomista, donde el paciente y la familia (o red social de apoyo) son sujetos activos durante todo el proceso. Por tanto la rehabilitación se centrará en el abordaje de las necesidades, demandas (expresadas e implícitas) e intereses individualizados.

La Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación del Complejo Asistencial Benito Menni (Ciempozuelos, Madrid), perteneciente a la Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, fue puesta en marcha en enero de 1997, con una dotación de 20 plazas concertadas con el Servicio Regional de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Posteriormente, en 1999 el número de plazas se amplió a 30, manteniendo dicha dotación hasta la actualidad.

Dispositivo especializado de carácter hospitalario (en donde se permanece ingresado), incluido en el Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, que pretende promover la reinserción e integración en la comunidad de los pacientes con trastornos mentales severos.

Es relevante señalar, que los ingresos a diferencia de otros recursos de rehabilitación comunitarios residenciales, pueden ser voluntarios (autorizados por el propio paciente) o involuntarios. Estos últimos necesitan ser debidamente autorizados por el Juez, de los Juzgados de 1ª Instancia de referencia, fundamentándose en una necesidad clínica, conforme a lo recogido en el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Los potenciales beneficiarios por tanto son:

- Personas con trastorno mental severo (principalmente esquizofrenia, trastorno bipolar...).
- Mayores de 18 años y menores de 55.

- Residentes en la Comunidad de Madrid, en seguimiento por un servicio de salud mental público (tratamiento ambulatorio).
- Con necesidad un tratamiento psiquiátrico y actividades intensivas de rehabilitación, no siendo posible realizar este tratamiento a nivel ambulatorio, comunitario ni en las Unidades de Hospitalización Breve (incluidas en los hospitales generales).

La estancia media de ingreso en este recurso es de seis meses con posibilidad de ser ampliada a un año para el abordaje terapéutico de determinados aspectos de relevancia en el paciente.

FILOSOFÍA E INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL DESDE LA UNIDAD

Como se puede deducir de todo lo anteriormente descrito, el trabajo en la Unidad requiere de una concisa filosofía metodológica que guíe, unifique y facilite la intervención a realizar:

- Trabajo en equipo interdisciplinar; formado por médicos psiquiatras, enfermeros, psicólogo clínico, terapeuta ocupacional, auxiliares de clínica y trabajadora social.
- Planes individualizados de Rehabilitación (PIR); planificación del trabajo a realizar, plasmando los objetivos que el sujeto puede alcanzar para posibilitar su recuperación, reflejando la modalidad de intervención y los profesionales que intervendrán.
- Principios básicos de la filosofía de la rehabilitación psicosocial; proceso integral e individualizado, que se propone educar o recuperar las habilidades físicas, emocionales e intelectuales de las personas con trastorno mental severo, capacitándoles para convivir en su propio ambiente de una forma lo más normalizada y autónoma posible.

Una gran parte de la intervención con los pacientes, se realiza dentro de contextos grupales que trabajan las principales áreas de intervención psicosocial:

- *Actividades básicas de la vida diaria:* cuidado personal y doméstico.
- *Habilidades sociales:* se trabajan específicamente las habilidades de comunicación, empatía...etc.
- *Actualidad:* fomento del interés por las noticias que acaecen a su alrededor y elaboración de una opinión propia entorno a los mismos.

- *Actividades deportivas*: adquisición de hábitos de ejercicio físico.
- *Programa de juegos y actividades manuales*: estimular las capacidades cognitivas de atención y cooperación mediante contextos lúdicos.
- *Biblioteca y videoforum*: igualmente estímulo de funciones cognitivas aunque se destaca la utilización de recursos comunitarios normalizados (biblioteca municipal y videoclub).
- *Salidas de integración en el medio comunitario*: educación o recuperación de las capacidades transporte, manejo económico, organizativo...con supervisión profesional en el propio medio comunitario normalizado.
- *Hábitos saludables*: fomento de estilos de vida saludable (alimentación, tabaquismo, abstinencia tóxicos...).
- *Sugerencias*: espacio semanal en donde los pacientes realizan quejas y/o sugerencias sobre el funcionamiento de la Unidad.

Sin olvidar la necesidad de considerar la especificidad e individualidad de cada paciente, lo distintivo entre los diferentes casos es la intervención individual que se desarrolla, es decir qué objetivos se marcan con el paciente y la metodología para intentar alcanzarlos.

El trabajo social que se desarrolla en el marco específico de la salud mental, interviene tanto en contextos grupales como de forma individual, pudiendo conocer y relacionarse con el individuo desde distintos contextos, hecho que enriquece la intervención desarrollada.

Como ejemplo de esto se da paso a la descripción, principalmente desde la visión social, de un caso de sumo interés.

SITUACIÓN SOCIAL DE ALBERTO¹ AL INGRESO

Alberto es un hombre de 40 años a su llegada a la Unidad. Diagnosticado de un trastorno obsesivo compulsivo (presencia de ideas o conductas reiterativas que el sujeto no consigue controlar), con una marcada inadecuación social; hábitos higiénicos básicos inexistentes (las ideas obsesivas le impedían gastar agua o gas), abandono del cambio de ropa, no realiza ninguna tarea doméstica, largos periodos de aislamiento social en el domicilio...

1 Nombre supuesto

Su infancia está marcada por la movilidad geográfica de la familia, por motivos laborales del padre. A la edad de doce años sus progenitores se divorcian por conflictos entre ambos (la madre de Alberto también diagnosticada dentro del espectro obsesivo). Siempre ha vivido con la madre, generando graves conflictos por el descontrol de sus ideas e impulsos, llegando en varias ocasiones a realizar episodios de autoagresividad (con intentos autolíticos) y heteroagresividad hacia objetos y hacia su madre.

Tras el fallecimiento materno, reside una temporada con su tía materna, aunque debido a estos trastornos de conducta debe comenzar a residir autónomo en un domicilio heredado de su progenitora.

Alberto cuenta con el apoyo puntual de su hermana menor (que vive independiente) y de su padre, que ha reconstruido una nueva familia, reside fuera de la Comunidad de Madrid y sufre de serios problemas somáticos. Alberto valora mucho la figura de apoyo y autoridad de su padre a pesar de la distancia física. Su tía materna continúa apoyándole de una forma regular en el nuevo domicilio.

Se encuentra en un proceso de incapacidad legal, proponiéndose como tutor legal una fundación tutelar, ajena al núcleo familiar. El principal motivo del procedimiento es la inadecuada gestión económica que fluctúa desde una restricción extrema (evitando gastos básicos como agua, gas y comida) o gastos elevados, impulsivos e innecesarios.

Reconocido un 69% grado de minusvalía, por el cual es receptor de una pensión de orfandad e hijo a cargo, aunque su padre también le suele aportar una cierta cantidad económica mensual. Con la suma de todos los conceptos Alberto, se encuentra dentro de una economía media (aprox. 700 euros).

Cursó sin finalizar estudios de 1º de bachillerato y formación profesional administrativa. Su única experiencia laboral es de mes y medio como mozo de almacén.

En tratamiento psicológico y psiquiátrico desde los 6 años de edad en el circuito público y privado. Los intentos de rehabilitación comunitaria no han sido exitosos, abandonando Alberto de forma voluntaria; en 1990 en el Centro de Rehabilitación Psicosocial, 1991 Hospital de Día y en 2005 en la miniresidencia (de la cual se fugaba para realizar viajes a distintos puntos de España).

Intervención con Alberto durante el ingreso

Tras analizar la situación social de Alberto la intervención social giró entorno a aquellos aspectos que tanto él como los profesionales se valoraban como problemáticos: situación legal, administración económica, situación de la vivienda, organización en el domicilio, adherencia a tratamiento ambulatorio así como a recurso comunitario rehabilitador y organización de ocio saludable potenciando la creación de red social.

- 1. Situación legal:** desde un primer momento se inicia una estrecha coordinación con la fundación tutelar propuesta, con objeto de conocer la sentencia de incapacidad y su extensión. Una vez resuelto el proceso, se reconoció la incapacidad total de Alberto para regir su persona y bienes, incluyendo la pérdida del derecho de sufragio.

Dada esta situación se le informa tanto al incapaz como a su figura de referencia, su padre, resolviendo de primera mano las dudas que surgieron entorno a la sentencia.

La trabajadora social ejerce desde ese momento una función de mediadora entre Alberto y su tutor legal, facilitando así el conocimiento entre ambas partes, hecho que ha facilitado que el paciente depositase la confianza en su tutor como figura de protección de sus intereses y derechos.

Igualmente al tutor se le informa de forma periódica de la evolución de Alberto, las necesidades y los acuerdos económicos alcanzados con él.

Mediante estas coordinaciones, se implica al tutor en el proceso terapéutico, siendo de gran apoyo para Alberto que ve respaldadas sus demandas como son acompañamientos a primeras citas en el Servicio de Salud Mental, acondicionamiento del domicilio, supervisión de los primeros permisos como autónomo en el domicilio...

- 2. Administración económica:** con objeto de abordar una de las mayores dificultades de Alberto, se establecen con él acuerdos económicos de gastos necesarios en la unidad en función de sus ingresos (todos los acuerdos fueron puestos en conocimiento del tutor legal y aprobados por éste). Inicialmente se realiza un trabajo intervencionista de administración, aunque según se estabiliza psicopatológicamente y aumenta su autonomía en salidas fuera del centro, se comienza a realizar una supervisión de nuevos gastos como son de ocio co-

munitario y permisos al domicilio. Progresivamente se retira la supervisión económica con Alberto, siendo puntual, al adquirir la rutina de la gestión económica, utilizando medios de apoyo (utilización de calculadora, uso de facturas, anotaciones en cuaderno de entradas y salidas de dinero...

3. **Situación de la vivienda:** debido al abandono de cuidados domésticos y el descontrol de impulsos el domicilio de Alberto no se encontraba en adecuadas condiciones de habitabilidad. Este hecho es reconocido por él y una de las principales demandas que expresa tanto a la trabajadora social como a su tutor legal es la reforma del domicilio. De hecho esta situación llevaba a Alberto a mostrarse muy alterado, con ideas reiterativas por el asunto que le interferían en la realización de actividades tanto dentro como fuera de la unidad.

El tutor legal, tras escuchar las demandas de arreglos realizadas por Alberto, valoró in situ las necesidades reales; arreglar golpes realizados por Alberto en paredes y puertas, restituir cristales y azulejos rotos, cambio de instalación de agua y gas (una de las mayores preocupaciones del paciente que le había llevado a arrancar grifos y llaves de paso), pintura general... Tras la rehabilitación del domicilio por parte de la trabajadora social se desarrolló una visita domiciliaria junto al tutor, Alberto y su tía materna, que aplacó en gran medida la inquietud que mostraba entorno a su domicilio al comprobar la adecuación de este. Con ello se consiguió que las ideas obsesivas de su domicilio no interfiriesen nuevamente en otros puntos de su recuperación.

4. **Organización en el domicilio:** principalmente la organización de hábitos domésticos fueron educados en la unidad por la terapeuta ocupacional y durante los primeros permisos domiciliarios, supervisados por la fundación tutelar. El papel de la trabajadora social en este punto fue de apoyo en administración económica y como persona de referencia para recibir el feed back de la supervisión realizada por el tutor.
5. **Adherencia a tratamiento ambulatorio y recurso comunitario rehabilitador:** Se inicia coordinación con el Servicio de Salud Mental (debido al cambio de domicilio, recientemente había comenzado tratamiento en otro Servicio de Salud Mental) de referencia para informar de la evolución favorable de Alberto. Durante su ingreso comienza a asistir a citas semanales con su psiquiatra y su enfermera del Servicio, acompañado inicialmente del tutor legal con objeto de asegurar su asistencia y adecuado desarrollo de las mismas. Tras confirmar la apropiada adherencia al tratamiento ambulatorio, se le deriva para incorporación a centro de rehabilitación comunitario.

Con el centro de rehabilitación se mantiene una coordinación previa conjunta entre terapia ocupacional y trabajo social para acordar actividades acordes al momento de su intervención terapéutica. Se establece la asistencia semanal con objeto de trabajar habilidades de manejo en el entorno doméstico, necesarias para el mantenimiento autónomo (cocina, plancha...). Desde trabajo social se confirma la evolución en el “enganche” con el centro; comienza mostrándose retraído con frecuentes interferencias de las ideas obsesivas que le impedían un desarrollo fluido de la actividad, aunque progresivamente tras adquirir el hábito de asistencia y conocimiento tanto de los profesionales como de los compañeros se muestra más comunicativo y participativo.

6. Organización de ocio saludable: Una demanda que Alberto realiza a raíz de los primeros permisos autónomo, es la necesidad de realizar un ocio saludable, interesándose por formar una red social con la que compartir dichos contextos. Hasta el momento utilizaba zonas de esparcimiento de su barrio (parque y piscina) aunque desarrollaba la actividad en solitario.

Se le propone participar en una asociación de ocio (con visión rehabilitadora) para personas con enfermedad mental, que desarrolla sus programas durante los fines de semana (salidas culturales, taller de memoria y atención, yoga y relajación, pintura...). Comienza la participación con gran motivación e interés, vinculándose rápidamente al grupo, por lo que de forma autónoma y sin intervención de trabajo social, se autogestiona la asistencia directamente con los profesionales del recurso. Reconoce sentirse reconocido y respaldado al asumir él mismo la responsabilidad de la organización de su tiempo libre, así como poder contar con una red social con la que compartir éste.

CONCLUSIONES

Es destacable que la exitosa intervención, y continuidad actual de su estabilidad tras un año de su alta clínica de la Unidad, se debe en gran medida a varios motivos, como son:

- Intervención desde el trabajo social en aspectos vitales relevantes para Alberto y por tanto una atención individualizada, que ha facilitado la reincorporación a su ambiente habitual.
- Importancia del trabajo en equipo desde el cual se han trabajado otros aspectos igualmente de suma importancia; conciencia de enfermedad, hábitos saludables, entrenamiento en capacidades funcionales, automanejo del tratamiento, contención y disminución conductas disruptivas...

- Señalar la relevancia de la coordinación con los profesionales de recursos externos que dan continuidad a la intervención integral de Alberto, facilitando su bienestar y adecuación actual, así como la implicación de éstos en la continuidad del proceso rehabilitador y de cuidados de Alberto.

BIBLIOGRAFÍA

Revista Trabajo Social Hoy.- Monográfico El Trabajo Social en Salud Mental. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Madrid. Primer semestre 2000 nº 28 bis.

“Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008”. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

AEN: “Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: Situación actual y recomendaciones”. Cuaderno Técnico nº 6, Madrid 2002.

“Plan de Atención Social a Personas con enfermedad grave y crónica 2003-2007”. Dirección General de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid.

García Cases, J.C. y Rodríguez, A: “Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención”. Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales, Consejería de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid, 2002.

Rodríguez, A: “Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos”. Ed. Pirámide, Madrid, 1997.



¿ES VERDAD LO QUE ME ESTÁ PASANDO, O ME ESTOY VOLVIENDO LOCA?

ATENCIÓN A UNA MUJER MALTRATADA DESDE UN CENTRO DE SALUD MENTAL

Ana María Izquierdo Núñez

DTS Col. n° 1.626

RESUMEN

La violencia de pareja hacia las mujeres es un problema muy antiguo que se produce en todos los países, en todas las culturas y en todos los niveles sociales sin excepción, sin embargo han tenido que pasar muchos años para que se considere que tiene carácter social.

Hasta muy recientemente el asunto quedaba circunscrito al ámbito familiar y doméstico, y era ahí donde debía resolverse sin considerar la necesidad de intervención por parte de los poderes públicos y las Instituciones. En raras ocasiones el agredir a la pareja terminaba en un arresto y apenas si existían medios de apoyo a las mujeres que sufrían el maltrato.

En 1996 la Organización Mundial de la Salud lo reconoce como problema de Salud Pública y pone de manifiesto las graves consecuencias que puede tener.

En 1998 se produce un cambio en el abordaje del problema, después de que Ana Orantes saliera en un programa de TV denunciando su situación de maltrato y poco después fuera asesinada por su marido. A partir de ese momento se empieza a considerar el problema como de derechos humanos.

PALABRAS CLAVE

Violencia de género. Problema de salud pública y de derechos humanos. Humillación. Miedo. Intervención y apoyo.

INTRODUCCIÓN

La declaración de las Organizaciones de las Naciones Unidas sobre eliminación de la violencia de Género contra las mujeres, aprobada el 20 de diciembre de 1993 por la Asamblea General, define la Violencia de Género como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada”.

Se trata de una violencia dirigida a las mujeres con el objetivo de mantener o aumentar la subordinación al género masculino y se da por tanto, cuando existe un desequilibrio de poder (Jorge Corsi).

Según el Dr. Juan Antonio Cobo Plana su objetivo es aleccionar a la mujer para dejar de manifiesto quién mantiene la autoridad en la relación, de manera que quede claro que el papel de la mujer es quedar sometida a los criterios, voluntad y deseos del hombre y el estar controlada por él. El maltrato así, queda descrito con palabras como sometimiento, humillación, dominio, miedo, esclavitud, etc.

Cuando se habla de violencia de género, normalmente hacemos referencia a la violencia física, sin embargo esta no es la única forma de agresión, sino que existen otras maneras que son menos visibles y por tanto más difíciles de detectar pero que se dan más frecuentemente, como son la violencia verbal, la sexual, la psicológica, la económica, la social...

En este artículo expongo el caso de una mujer que llegó al Centro de Salud Mental de Parla con una demanda muy inespecífica, y que creo que refleja muy bien cómo se presentan las mujeres que sufren malos tratos a las Instituciones, la ambivalencia que muestran y las dificultades que tienen para reconocer y superar su problema. En aquel momento aún no se había aprobado La Ley Integral contra la Violencia de Género, aunque ya se estaban adoptando algunas medidas de sensibilización.

MOTIVO DE CONSULTA

M^a Pilar¹ es derivada a nuestro Servicio de Salud Mental con carácter preferente en septiembre de 1997 por el médico de atención primaria.

Está casada con Manuel y tienen dos hijas de 7 años y 20 meses respectivamente.

El volante del médico que deriva dice textualmente lo siguiente:

“Mujer de 36 años.

Acude a por volante de Salud Mental para realizar un justificante de “maltrato psicológico” para emprender los papeles de separación matrimonial.

Quiere valoración por psicólogo para ver si tiene depresión post-parto.

Marido etílico que requiere relaciones. Ella no acepta por problemas familiares y discusiones con él y con la familia del marido. Busca salidas para el matrimonio pero creo que tiene ideas claras.

Ruego valoración e información con pautas de actuación.

Un saludo.”

Recibo a la paciente en una primera entrevista en la que afirma encontrarse nerviosa, cansada, con dolores de cabeza y malestar general.

Asegura que Manuel, su marido, es alcohólico. Siempre ha bebido en exceso pero desde hace 6 meses lo hace con más intensidad y se ha vuelto agresivo, tanto con ella como con sus hijas, especialmente con la mayor que se enfrenta a él.

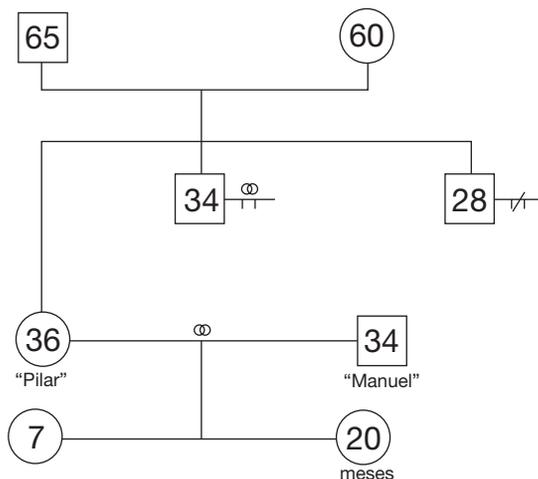
Manuel la acusa de estar loca y ella está empezando a temer que sea así. Tiene mucho miedo a perder el control sobre todo por sus hijas. Viene a consulta haciendo una demanda muy general y poco concreta. Quiere saber si es cierto que está loca.

Le concierto cita con una psicóloga del centro que le diagnostica “de reacción de adaptación” y decidimos conjuntamente la conveniencia de intervención social con los siguientes objetivos:

- Aclarar su situación actual. Definir la demanda.
- Confirmar o no el alcoholismo de su marido y motivarle en su caso para que inicie tratamiento.
- En caso de decidirse por la separación, acompañarle en el proceso y valorar la utilización de los recursos adecuados y disponibles.

1 Los nombres que aparecen son supuestos.

GENOGRAMA



FAMILIA DE ORIGEN

Pilar tiene 36 años y es la mayor de tres hermanos.

Nacieron en Francia, donde habían emigrado sus padres por motivos económicos.

Su padre no quería “que echaran raíces allí”, y cuando ella tenía 12 años mandó de regreso a toda la familia a España, mientras, él continuó en Francia durante cuatro años más. Les contaba que la vuelta iba a ser maravillosa, sin embargo al llegar al pueblo se sintieron rechazados por la familia paterna y recuerda ese periodo como un auténtico desastre. Cuando el padre regresa definitivamente Pilar tiene 16 años y se trasladan a vivir a Parla.

En una de las entrevistas Pilar me cuenta que durante unas vacaciones de verano, cuando tenía 11 años, un tío materno que tenía problemas con la bebida, intentó abusar de ella. Este episodio es revivido por Pilar cada vez que su marido bebe y se siente incapaz de mantener contacto físico con él.

En el colegio se sentía rechazada por el resto de los compañeros que se burlaban de ella porque hablaba diferente. Dejó de estudiar y empezó a trabajar pero tampoco se adaptó.

Los cambios le angustian y tiene dificultades para adquirir autonomía.

Está muy asustada.

DESARROLLO DEL CASO

En las primeras entrevistas resulta muy difícil que Pilar se centre en sus sentimientos, su relaciones y sus problemas. Habla constantemente de su marido y de la familia de éste, a la que culpa de su situación. Establece una dicotomía entre las familias de ambos: la suya es la buena y la de su marido la mala.

Durante las Navidades de ese año (1997-1998), Manuel empieza a beber menos y las relaciones entre ambos mejoran. Ella se muestra más alegre y algo esperanzada. Sin embargo, poco después se reanudan los problemas, por este motivo Pilar se considera incapaz de mantener relaciones sexuales con él y se siente forzada a ello.

Me pregunta, por primera vez, qué trámites tiene que hacer si decide separarse.

En el mes de febrero de 1998 llega pálida y desencajada a la entrevista; su hermano ha tenido problemas con la justicia, parece que está implicado en un asunto de drogas y ella se ha enterado por los medios de comunicación. Está muy preocupada sobre todo por sus padres y está asumiendo toda la responsabilidad. Se está encargando de hacer todas las gestiones necesarias: de hablar con el abogado, visitar a su hermano....Se encuentra muy sola y siente que ya no puede más. Su situación personal queda en un segundo plano.

Poco a poco el asunto se va aclarando y todos se van tomando las cosas con más calma. Pilar empieza a relajarse.

Pasados dos meses viene con una herida en la frente. Hace como si no pasara nada y yo le pregunto al respecto a lo que responde que se la ha hecho en el baño. Ante mi insistencia y preocupación me pregunta si es que acaso creo que se la ha hecho su marido, lo niega insistentemente y trata de tranquilizarme al respecto.

En el transcurso de la entrevista afirma que cree que el problema no está en los demás, sino en ella. Se siente rechazada tanto por su marido como por la familia de éste y ha decidido “quedarse al margen, salirse del grupo”. Intento desculpabilizarla y devolverle competencia, que ese sentimiento que tiene se transforme en fuerza para salir adelante.

Pasan los meses y la situación se va empeorando, se siente muy rechazada por su marido, éste lleva unos fines de semana sin ir a dormir a casa, ella afirma que

no le importa pero llora mientras lo cuenta. Está muy confundida, quiere acabar con esta situación y no sabe por dónde empezar.

Valoramos la situación y acordamos, entre otras medidas, que acuda a solicitar beca de comedor para su hija mayor y de escuela infantil para la pequeña. Esto la permitirá empezar a buscar trabajo y tener cierta autonomía económica. Me pongo en contacto con los Servicios Sociales de zona informando de la situación de Pilar y de sus hijas.

En el mes de mayo recibe la llamada de una mujer, le dice que es la mujer de un amigo de Manuel, y que éste ha dormido en su casa esa noche. Pilar le cuelga el teléfono, se siente ofendida y humillada, y es en ese momento, cuando se hace consciente de la falta de respeto a la que está siendo sometida por parte de su marido y decide que ya no va a tolerarlo más.

Acude al Centro de la Mujer para hablar con la abogada y parece decidida a separarse.

Ha solicitado abogado de oficio, se ha inscrito en una contrata y está pendiente de inscribirse en más. Por primera vez se moviliza realmente.

Su marido entonces reacciona, cada vez se muestra más violento y ella tiene miedo, cree que bebido es capaz de “hacer cualquier cosa” aunque no especifica el qué. Entra y sale de casa cuando quiere sin dar ningún tipo de explicación, ella se siente angustiada, agotada y humillada pero no se atreve a preguntar nada. El sentimiento de soledad es muy intenso.

Solamente le han concedido media beca de comedor, pero ha empezado a limpiar en alguna casa y tiene así algunos ingresos aunque son bastante escasos.

Está muy preocupada por sus hijas, ha encontrado una carta de la mayor donde dice que está partida en dos, la mitad es de su padre y la otra mitad de su madre, además ambas están muy inquietas e intranquilas. Por las noches duermen muy mal.

Pilar empieza a faltar a las citas, cuando acude lo hace bastante desarreglada, tiene un eczema en la cara, dolores de cabeza, cansancio, apenas tiene ilusión por nada, refiere que va dejando que pasen los días “como cuando eres niño y esperas que lleguen los Reyes Magos, sólo que yo no sé qué día espero...”

Ante esta situación le concierdo una cita con la psicóloga a la que no acude, le facilito una segunda cita y en la evaluación ésta considera que no necesita trata-

miento clínico en ese momento, ya que su estado responde a la situación que está viviendo.

Su marido cada vez bebe más, la provocación es constante y está muy agresivo. Ella se siente vulnerable y con miedo...

Una de las veces, Manuel desaparece más días de lo habitual, Pilar lo denuncia y aparece en Barcelona, se ha despedido del trabajo y ha decidido coger un barco y marcharse. Ella le envía dinero para que pueda volver a casa. Pilar está muy ambivalente, se encuentra al límite, siente que ya no puede más.

La situación se está haciendo insostenible, Manuel se va a un centro evangelista a tratarse del alcoholismo, pero allí permanece poco tiempo y a la vuelta las discusiones son cada vez más frecuentes e intensas.

En Junio de 1999 se escuchan gritos y golpes, una vecina llama a la policía y cuando acuden, se limitan a aconsejar a Pilar que se aleje de casa ya que corre peligro y ellos no pueden hacer nada. Decide coger a las niñas y marcharse al domicilio de sus padres.

Pasado un tiempo va estando más tranquila aunque se siente agotada, sus hijas están menos inquietas, mejoran su comportamiento, están más alegres y duermen bien.

Los trámites de la separación continúan adelante, ella prefiere no hacer planes hasta que el juez dicte sentencia.

Algún tiempo después se entera de que su marido tiene una relación con otra mujer, empieza a mirar hacia el futuro y a hacer planes, piensa en la posibilidad de vender el piso y comprarse uno nuevo para ella y sus hijas.

Me pide que espaciemos las citas por motivos laborales.

En febrero de 2000 por fin se dicta sentencia de separación y el convenio regulador recoge las siguientes medidas:

- Patria potestad conjunta.
- Guarda para Pilar.
- Se establece un régimen de visitas de fines de semana alternos.
- Se fija una pensión de alimentos.
- El piso y el ajuar doméstico le corresponde a Pilar en usufructo.
- No tiene derecho a pensión compensatoria.

Después de esto vuelven a casa y cambian la cerradura.

Pilar se encuentra más tranquila y se organiza bien, es capaz de compaginar el trabajo con la atención de sus hijas y de la casa, ha presentado una solicitud para la bolsa de empleo del Ayuntamiento de Parla, le han concedido beca de comedor para las niñas, la pequeña ya tiene 3 años y va al colegio. Se encuentra mucho más tranquila, no tiene dolores, duerme y come bien y empieza a estar ilusionada. En marzo de 2000 evaluamos la situación, decidimos conjuntamente que ya no necesita de mi intervención y acordamos el alta.

CONCLUSIONES

- El Centro de Salud Mental, junto con otras instituciones sanitarias, constituye un lugar privilegiado para detectar, prevenir y ayudar a las mujeres víctimas del maltrato.
- La intervención con estas mujeres requiere un abordaje multidisciplinar, coordinado y consensuado entre los diferentes profesionales que pueden intervenir en el caso: del sector sanitario, de servicios sociales, de dispositivos específicos de atención a la mujer, instancias policiales y judiciales...
- Teniendo en cuenta la complejidad de los recursos que se ponen en funcionamiento el Trabajador Social es una figura esencial en el proceso de acompañamiento a estas mujeres, tanto por su perspectiva integradora como por su capacidad para evaluar y priorizar las diferentes áreas afectadas.
- La diversidad de dispositivos que intervienen en la atención hace necesario establecer unos criterios de derivación a dispositivos especializados como es el Centro de Salud Mental. En líneas generales estos criterios serían los siguientes: Gravedad de las secuelas (Trastorno por Estrés Postraumático, depresión grave, ideas autolíticas...), que exista una relación previa con los profesionales del servicio (cualquier abordaje empieza por establecer una alianza terapéutica: marco de confianza, favorecer espacio de escucha, creación de un vínculo) o bien haber tenido experiencias repetidas de maltrato.
- Durante los últimos años se ha aprobado la Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección Integral contra la Violencia de Género, Leyes Autonómicas y Planes de Actuación; se ha creado una red de Centros y Servicios... Sin embargo las mujeres siguen muriendo a manos de sus parejas o ex-parejas: ¿Qué es lo que estamos haciendo mal? ¿Hay alguna manera de parar esto?.

BIBLIOGRAFÍA

Cobo Plana, J.A. (1998). Manual de asistencia integral a mujeres víctimas de agresión sexual. Barcelona: Masson.

Corsi, J. (Comp.) (1995). Violencia familiar. Una mirada interdisciplinar sobre un grave problema social. Buenos aires: Paidós.

Hirigoyen, M. (1999). El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana. Barcelona: Paidós.

La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud. Documentos Técnicos de Salud Pública. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid, 2004.

Lorente Acosta, M. y Lorente Acosta, J.A. (1998). Agresión a la mujer: Maltrato, Violación y Acoso. Granada: comares.



TRABAJO SOCIAL: REINSERCIÓN SOCIAL Y LABORAL CON UNA PACIENTE DE SALUD MENTAL

M^a Rosario Luis-Yagüe López

DTS Col. n° 156

Trabajadora Social de Salud Mental

Licenciada en Sociología

RESUMEN

En este artículo se aborda la intervención realizada desde el trabajo social en un centro de Salud Mental, con una persona diagnosticada de enfermedad bipolar, en lo referente a su reinserción social y laboral; el proceso que junto a ella se realizó, así como los resultados que se obtuvieron. Terminando con una breve crítica a las dificultades de inserción laboral de las personas con enfermedad mental.

PALABRAS CLAVE

Trabajo Social en Salud Mental. Trastorno bipolar. Reinserción social y laboral. Áreas de intervención social.

INTRODUCCIÓN

El Trabajo que se expone es el relato de una intervención con una paciente de salud mental, diagnosticada de trastorno bipolar. El trastorno bipolar es una enfermedad mental caracterizada por una alteración del estado de ánimo. Se presenta en forma de episodios de enfermedad que pueden ser de manía, caracterizada por una elevación patológica del humor e hiperactividad; de depresión, con tristeza o melancolía patológicas y, ocasionalmente, en forma de episodio mixto, consistentes en una mezcla de síntomas maniacos y depresivos.

Las personas que padecen este tipo de enfermedad mental son más vulnerables al estrés ambiental tanto físico, como emocional, que pueden precipitar recaídas tanto maníacas como depresivas.

Si se tiene bien instaurada una pauta farmacológica así como intervención psicoterapéutica, y aprenden a conocer los factores desencadenantes, personales, de un episodio (maníaco o depresivo), pueden conseguir llevar una vida normal y saludable.

Las personas con trastorno bipolar, suelen conservar sus capacidades cognitivas e intelectivas, sus hábitos de vida, un nivel de independencia aceptable. Es por ello que a la hora de plantearse una intervención en el área de la reinserción laboral (búsqueda de un puesto de trabajo), es aconsejable en determinados casos, realizar un acompañamiento cercano, en el que se instaure un grado de confianza entre los profesionales y el paciente que le estimule a buscar trabajo y a ir superando los obstáculos que en la búsqueda del mismo pueda tener.

Este acompañamiento se basará en citas programadas, pero con una cierta flexibilidad en las mismas, así como en la medida de lo posible, un “estar accesibles” en los momentos de posible estrés, de los profesionales que intervengan en el proceso (en esta ocasión será un psiquiatra y un trabajador social).

La forma en que expondré esta intervención será, en primer lugar, aportando datos de su biografía, educación, situación sanitaria y laboral, vivienda; después indicaré los objetivos de intervención pactados con ella, seguidamente relataré el proceso de intervención mantenido con ella de Marzo del 2005 a Septiembre de 2007, terminando con la evaluación de los objetivos y breve reflexión sobre salud mental–inserción laboral.

DATOS BIOGRÁFICOS

Mujer de 26 años, octava de 10 hermanos, 2 chicos y 8 chicas (dos gemelas) de madre soltera. Desconocen al progenitor o progenitores. Residiendo siempre en casa de los abuelos maternos. Abusada sexualmente en la infancia por su abuelo (también otras dos hermanas) al que más tarde tuvo que cuidar tras caer enfermo, y pasar las noches-durante más de un año- con él, para controlarle el oxígeno. Durante el día iba al instituto. Una denuncia a su madre, realizada por ella, es la causa de que se descubran los abusos del abuelo. A los 17 años abandona el domicilio familiar, yéndose a vivir “por su cuenta”. De 1998 al 2000 vive con amigos de “Okupa”, viviendo de la realización de trabajos esporádicos.

En Enero de 2000 tiene su primer ingreso hospitalario. Es, tras el segundo ingreso en febrero de 2000, cuando la diagnostican de Trastorno Bipolar.

En el año 2002 inicia tratamiento psicológico para poder superar el que una de sus hermanas se “liara” con su novio, con quien sigue en la actualidad. En ese mismo año y habiéndose ido a vivir con la hermana mayor Ana¹ a Móstoles, sufrió dos ingresos hospitalarios, el segundo de ellos involuntario, motivados por el abandono del tratamiento. De nuevo en tratamiento psicológico de enero a octubre de 2004; tuvo que dejar de acudir a sesiones por no ser compatible con el horario de trabajo en un bar.

Su último ingreso hospitalario fue en mayo de 2003, después del cual sólo ha precisado ir a urgencias en dos ocasiones, una en septiembre de 2003 y otra en septiembre de 2004.

Desde primeros de 2004 con pareja, “Andrés” es trabajador de la construcción.

Estudios

EGB, curso de educadora medioambiental en el año 2000 (escuela taller), curso de monitora de Tiempo Libre, cursillo de educadora de calle.

Trabajo

Limpieza de portales y casas, suplencias de conserje, mantenimiento de jardines, tres meses en panadería. Entre los años 2002 y 2004, no de forma continuada, trabaja en la construcción, de oficial de 2ª de albañilería en “verticales” (la

1 Nombre supuesto.

despidieron en agosto de 2004, alegando riesgo laboral por efectos de la medicación). Ha enviado curriculum a tiendas, bares, empresas de construcción,... En noviembre de 2004 trabajando en un bar y por tensiones laborales, empezó a “pensar en cosas raras”, lo que motivó la baja laboral, situación en la que continuaba cuando inicio intervención social, marzo 2005.

Vivienda

Vive en un piso de alquiler (570 euros/mes) con su pareja “Andrés”, compartiendo los gastos.

Ocio y Tiempo Libre

Pinta al óleo en casa, recibe clases de música (cante jondo) dos veces en semana y está aprendiendo a tocar “la caja”.

Relaciones familiares

Mantiene buenas relaciones con tres de sus hermanas, con otras tres, relaciones conflictivas y con los otros dos apenas tiene noticias de ellos. Es en este contexto donde me expresa su preocupación por su hermana menor Pilar, que estuvo tutelada hasta los 18 años por la Comunidad de Madrid. Su hermana Ana (casada con dos hijos) también la acogió en su casa, pero prefirió retornar al domicilio materno junto a otras dos hermanas, que aún viven en él, una de ellas consumidora habitual de drogas, y otra que vive también con su novio.

OBJETIVOS

Área laboral:

- Apuntarse al paro. Instituto Nacional de Empleo (INEM)
- Servicio Regional de Empleo y Agencia empleo Municipal: entrevista ocupacional y laboral.
- Búsqueda de cursos de formación.
- A medio-largo plazo reincorporación al mercado laboral.

Área social:

- Consolidación de la relación de pareja.
- Mantenimiento de actividades de ocio.
- Vivienda estable. Instituto de la vivienda (IVIMA), pisos de alquiler para jóvenes, vivienda de protección oficial.
- Distanciamiento afectivo de la familia de origen, sin romper vínculos.
- Fomentar relaciones sociales, afianzando las actuales.

Área salud:

- Tomar conciencia de su enfermedad, adherirse al tratamiento, así como acudir a las citas.
- Identificación de las ocasiones de riesgo.
- Búsqueda de técnicas para afrontar situaciones de tensión.
- Evitar recaídas y aprender a prevenir futuras bajas.

PROCESO DE INTERVENCIÓN

Derivada por su médico psiquiatra, para reinserción sociolaboral, encontrándose de baja laboral, inicio mi intervención en marzo de 2005. Las intervenciones se enmarcan entre ir dando pasos en su reinserción laboral: apuntarse al paro, mantener hábitos laborales (disciplina en levantarse, hacer actividades organizadas,...), solicitar información sobre cursos de formación, y abordar sus dificultades en las relaciones interpersonales y sociales. Trabajando por una parte, el distanciamiento de sus hermanas afectivamente (lo que no implicaba que cortara las relaciones), y el acercamiento a su pareja, familia y amigos de éste, afianzando vínculos.

A partir de junio empieza a realizar cursos formativos, que compagina con “trabajos esporádicos”.

Tras las vacaciones iniciamos búsqueda activa de empleo, realización de currículum, y juicio crítico de determinadas ofertas que podrían desencadenar una nueva recaída (horario extenso, a más de hora y media de su casa,...); sin dejar de lado el seguir formándose, lo que la lleva a un nuevo curso de jardinería de seis meses de duración.

Transcurre el último trimestre de 2005 con citas programas, la realización de la valoración de minusvalía y la superación con éxito de una mala noticia (el cáncer de una de sus hermanas).

En enero de 2006, sufre una recaída por sobre implicación emocional, que ella misma reconoce, con una de las profesoras. En coordinación con el psiquiatra, además de ajustar la medicación, aumentamos el número de entrevistas, justificando las ausencias al curso. Pese a estar en esta situación tan delicada logra superar los exámenes, algunos con buena calificación, lo que refuerza su motivación y esperanzas.

En marzo de 2006, aproximándose el final de la baja laboral, le surgen miedos por la posible precariedad económica que pueda tener si no encuentra pronto un trabajo. De nuevo frenamos esta descompensación aumentando el número de citas, y haciendo hincapié en los logros obtenidos hasta la fecha.

En abril, inicia contrato laboral indefinido en empresa de jardinería con unas condiciones laborales óptimas.

Situándonos ya en Septiembre de 2007, sigue trabajando (si bien manifiesta algunas dificultades con determinados compañeros, siempre enmarcadas en su dificultad con los afectos), sigue su relación de pareja, cada vez más afianzada, y les han concedido un piso de protección oficial.

En cuanto al marco de la afectividad y expresión de sus sentimientos, ha empezado a saber hacer autocrítica de sus emociones y lo que éstas le afectan en su dinámica diaria.

EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS

Área laboral: Se apuntó al paro, realizó entrevista ocupacional así como sucesivas entrevistas laborales. Realizó tres cursos de formación que la permitieron poder optar al puesto de trabajo que en la actualidad tiene. A fecha de hoy, sigue trabajando sin haber sufrido ninguna recaída.

Área social: Relación afectiva estable, lleva más de cuatro años de convivencia con Andrés. Mantiene sus actividades de ocio y red de amigos. Han conseguido una vivienda estable. Sigue vinculada a su familia de origen, pero con cierto distanciamiento afectivo, lo que la preserva de posibles recaídas en su enfermedad. Ha aumentado su círculo de amistades: compañeros de trabajo, familia y amigos del novio.

Área salud: Es consciente de la enfermedad que tiene, toma de forma regular la medicación, así como acude a las citas con ella programadas. Está empezando a conocer las situaciones “de relación de riesgo” y aprendiendo mecanismos de defensa para poder abordarlas; así como a solicitar ayuda. Por último, compagina los momentos de tensión con actividades gratificantes para mantener el equilibrio emocional que necesita.

Inserción laboral y enfermedad mental: Si bien es cierto que en los últimos años, las diferentes administraciones están creando leyes y decretos encaminados a que no se den casos de discriminación por padecer una enfermedad ya sea física, psíquica o mental y todas las personas puedan acceder a un puesto de trabajo digno; sigue habiendo bastantes dificultades en la búsqueda de empleo, de las personas que padecen algún tipo de enfermedad mental.

En cuanto a la estabilidad en el mercado laboral de las personas enfermas mentales, considero que es fundamental la figura de profesionales, que formados en el área de la salud mental, ayuden y acompañen al enfermo no solo en el proceso de búsqueda de empleo e incorporación al mercado laboral, sino durante la vida laboral del mismo, misión que se está llevando a cabo desde los Centros de Rehabilitación Laboral para enfermos mentales existentes en la Comunidad de Madrid.

Por último decir, que toda persona por el hecho de serlo tiene una serie de derechos, entre ellos el derecho al trabajo. De ahí la importancia de seguir creando y desarrollando programas de inserción social y laboral con colectivos específicos, así como centros de rehabilitación laboral, pues la experiencia nos confirma que un trabajo en condiciones laborales dignas es un factor importante en prevención y recaídas.

BIBLIOGRAFÍA

Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales nº 17. "Rehabilitación Psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención". Edita Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. 2002.

Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales nº 14. "Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención". Edita Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. 2001.

Liberman, Robert Paul. "Rehabilitación integral del enfermo mental crónico". Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Ediciones Martínez Roca. 1993. Barcelona.

Fraser N. Watts y Douglas H. Bennett (compiladores). "Rehabilitación Psiquiátrica". Teoría y Práctica. Editorial Limusa. 1990. México

Allúe, A.; Rodríguez, D.; Sánchez, R. y Segoviano, J. (1999). Manual práctico de contratación laboral.

Cáritas (2000). Las Empresas de Inserción a Debate. Documentación social, Nº 117-118. Madrid: Cáritas.

Antonio Espino Granado, Ladislao Lara Palma. "La Psiquiatría en la España de Fin de siglo". Ediciones Díaz de Santos. 1998.

Valle J. Trastorno bipolar. Manual de Psiquiatría. Ars Médica. 2002. Barcelona.

Real Decreto 2273/ 1985, de 4 de diciembre, que regula los Centros Especiales de Empleo de Minusválidos.

Ley 12/2001, de 9 de julio, de Medidas Urgentes de Reforma del Mercado de Trabajo para el incremento del empleo y la mejora de su calidad.

Ley 45/2002, de 12 de diciembre, de Medidas Urgentes para la Reforma del Sistema de Protección por Desempleo y Mejora de la Ocupabilidad.

Real Decreto 170/2004 sobre Medidas de Fomento del Empleo de trabajadores minusválidos.

EL TRABAJO SOCIAL COMO PARTE DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN UN CASO DE ENFERMO MENTAL CRÓNICO

Beatriz Torres Ortega
DTS Col. n° 6.077

RESUMEN

A través de un caso de enfermo mental crónico se realiza un abordaje multidisciplinar desde un Servicio de Salud Mental. Se observa la importancia de la figura del Trabajador Social como eje de la Continuidad de Cuidados y otros dispositivos de la red de Salud Mental.

PALABRAS CLAVE

Enfermo mental crónico. Trabajador Social. Continuidad de cuidados. Rehabilitación psicosocial. Salud mental.

INTRODUCCIÓN

La asistencia en Salud Mental está sectorizada, con arreglo a la zonificación sanitaria general de la Comunidad de Madrid en Áreas y Distritos. Cada área de salud se divide funcionalmente en varios distritos sanitarios. Desde uno de estos distritos es desde donde se hace la intervención del caso.

Las personas con enfermedad mental grave y crónica han sufrido a lo largo de la historia procesos de marginación. Hasta hace pocas décadas el modelo de atención se organizaba en torno al internamiento en instituciones psiquiátricas durante largos períodos de tiempo o de por vida.

Estas instituciones u hospitales psiquiátricos de gran tamaño ofrecían en la mayoría de los casos una atención custodial, la asistencia era deficitaria y escasa.

La permanencia prolongada en dichas instituciones constituía un factor de cronicación y deterioro personal además de masificación, falta de intimidad y despersonalización.

En las últimas décadas la situación ha ido cambiando, gracias a la confluencia de diferentes factores como nuevas formas más eficaces de tratamiento farmacológico, psiquiátrico y de rehabilitación e intervención psicosocial, cambios políticos y culturales, movimientos de lucha por los derechos civiles, etc. Se han ido produciendo cambios y modificaciones en la manera de abordar y tratar a las personas con enfermedad mental crónica que han permitido avanzar en un profundo proceso de transformación de la atención y situación de este colectivo.

El desarrollo de los procesos de la Reforma Psiquiátrica (iniciada a través de la Comisión Interministerial en abril de 1985 y reconocida a través de la Ley de Sanidad de 1986 en su Art. 20), constituye el principal elemento en el que se concreta y articula la transformación de la atención a la salud mental en general y a la población enferma mental crónica en particular.

Los principios básicos se concretan en la transformación del hospital psiquiátrico tradicional, en la desinstitucionalización, en el desplazamiento del eje de atención del hospital a la comunidad, en los sistemas de atención con un funcionamiento en red de los recursos, con las coordinaciones adecuadas entre los dispositivos, rehabilitación y continuidad de cuidados y territorialización.

Con todas sus dificultades o insuficiencias, el desarrollo de los procesos de reforma psiquiátrica ha supuesto para el colectivo de personas enfermas mentales graves y crónicas un cambio positivo y una mejora sustancial.

El Trabajador Social en el ámbito de la salud mental, ha contribuido a la reforma de la asistencia psiquiátrica en nuestro país iniciada a finales de los años setenta. Las funciones y actividades asistenciales desarrolladas por los trabajadores sociales son en el campo de la salud mental, entre otras: *acogida y primeras visitas* en el centro de salud mental, ya que se trata de uno de los profesionales más cercano a los pacientes, *diagnóstico psicosocial individual y evaluación, intervención psicosocial y familiar, intervención grupal, trabajo social comunitario, programación, documentación, docencia e investigación.*

Respecto al trabajo interdisciplinar, se considera a partir de una serie de dimensiones, como discusión acerca de los pacientes, compartir responsabilidades respecto a los mismos, compartir supervisión y formación. Las funciones de los miembros del equipo están bien diferenciadas. El Trabajador Social aporta al equipo en las reuniones de valoración de casos una perspectiva mayor en la orientación de los programas de reinserción social, servicios residenciales...

En la actualidad contamos con el programa de rehabilitación psicosocial perteneciente al Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007 de la Consejería de Servicios Sociales y con el Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008 Consejería de Sanidad.

Las personas que sufren enfermedad mental grave y crónica presentan una compleja problemática que no se reduce a la sintomatología psicopatológica, se puede explicar a través de la interacción de cuatro dimensiones:

La dimensión diagnóstico: Se refiere a personas que sufren trastorno psiquiátrico grave (esquizofrenia, psicosis maniaco depresiva y otros trastornos graves), que pueden generar importante discapacidad psicosocial.

La dimensión discapacidad: Estas personas que sufren los anteriores trastornos presentan a su vez discapacidad psicosocial con dificultades para el manejo y desenvolvimiento autónomo en las diferentes áreas de la vida personal y social como autocuidados, autonomía, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre, funcionamiento cognitivo. En muchas ocasiones estas personas están en riesgo por desventaja social y/o marginación.

La dimensión variable tiempo: Estos pacientes presentan una problemática de larga duración y evolución.

La dimensión social: No debemos olvidar que aunque esta población comparta problemática más o menos comunes, éstas se concretan en cada persona de un modo particular e individualizado en función de la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la historia y la vida de cada una de ellas, y asimismo en función de la atención y servicios que reciban.

Las necesidades de este colectivo son múltiples y variadas, entre otras:

- **Atención y tratamiento de la salud mental:** Las personas con esta enfermedad necesitan adecuados procesos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento psiquiátrico que permitan controlar su sintomatología psicopatológica, prevenir la aparición de crisis y en su caso controlarlas, así como mejorar su funcionamiento psicológico.
- **Atención en crisis:** se realiza en ocasiones a través de la hospitalización breve donde se ayuda al paciente a estabilizar la recuperación de su nivel de funcionamiento.
- **Rehabilitación psicológica y social:** Muchas de las personas que sufren trastorno mental grave presentan variadas limitaciones y discapacidad en su funcionamiento psicosocial, que dificulta su desenvolvimiento autónomo y su integración en la vida cotidiana comunitaria. Por ello necesitan de los programas y servicios de rehabilitación psicosocial que les ayuden a recuperar y adquirir la capacidad y habilidad necesarias para vivir y relacionarse en la comunidad.
- **Apoyo social e integración comunitaria:** A través de programas de apoyo social pueden mantenerse en la comunidad en las mejores condiciones posibles de calidad de vida potenciando su función psicosocial y apoyando su integración en la comunidad.
- **Rehabilitación laboral:** Los programas de rehabilitación laboral están encaminados a orientar y ayudar a la persona enferma mental a adquirir aquellos hábitos laborales y habilidades que le permitan mejorar las condiciones de acceso al mundo laboral y calidad de vida posibles.
- **Alojamiento y atención comunitaria:** Dadas las dificultades que muchos pacientes tienen para cubrir sus necesidades de alojamiento y cuidado, es necesario contar con alternativas a la vivienda y atención residencial, que cubran las diferentes necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión, permitiendo su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles.

- **Apoyo económico:** Un porcentaje significativo de estas personas tienen dificultades para alcanzar una mínima autosuficiencia económica. Por lo que se han dispuesto ayudas económicas individualizadas para facilitar los procesos de rehabilitación y mantenimiento en la comunidad.
- **Protección y defensa de sus derechos:** Estas personas son vulnerables ante posibles abusos, situaciones de desprotección y obstáculos para el pleno acceso y ejercicio de sus derechos civiles. Por ello es preciso asegurar y promover la defensa de sus derechos tanto en dispositivos de atención y tratamiento como en la vida cotidiana.
- **Apoyo a las familias:** A través de orientación, información y como entender la problemática de sus familiares enfermos mentales crónicos, y que puedan contar con estrategias y recursos para manejarse y mejorar la convivencia siendo agentes activos de la rehabilitación de sus familiares.

PRESENTACIÓN DEL CASO (EL TRABAJADOR SOCIAL, EJE DE APOYO)

Se trata de un varón de 28 años de edad, que llamaremos Luis, remitido al Centro de Salud Mental por el Servicio de Psiquiatría del Hospital de referencia, tras un ingreso de un mes. Por sus características psicopatológicas (diagnosticado de esquizofrenia paranoide y consumo de drogas) sociales y familiares, es un ejemplo de usuario de múltiples recursos de salud mental (centro de salud mental, centro de rehabilitación psicosocial, miniresidencia, etc.). A continuación trataré de realizar una aproximación al caso, centrándome en el abordaje desde el punto de vista de la continuidad de cuidados y la coordinación entre los distintos profesionales que intervienen en el caso.

Situación social-familiar

Luis es el menor de tres hermanos. Su madre está divorciada y mantiene una nueva relación sentimental estable. En la actualidad su hermana de 32 años tiene dos hijos con los que él se relaciona. Estuvo en tratamiento por depresión en el mismo servicio de psiquiatría.

Su hermano de 30 años tiene un hijo, mantiene buena relación con Luis.

Su padre fallece en el 2001, diagnosticado de esquizofrenia paranoide y consumo de drogas, sin responsabilizarse nunca de sus hijos.

Luis fue ingresado a los nueve meses junto a sus hermanos en un centro de acogida hasta los 8 años, el centro se caracterizaba por un régimen estricto. Los fines de semana regresaban al domicilio familiar donde recibían malos tratos por parte del padre alcohólico. Su madre se separa del padre y se traslada de provincia en busca de trabajo, les visita los fines de semana y las vacaciones. Rehace su vida con el que ha hecho las funciones de padre y se trasladan juntos a vivir a Madrid.

Su madre está siendo tratada desde hace varios años en el centro de salud mental por consumo de alcohol y elevada ansiedad que suele coincidir con los periodos de empeoramiento del paciente.

Luis desarrolla problemas de convivencia relacionada con su patología psiquiátrica y consumo de drogas (opiáceos, cocaína y cannabis).

Situación formativa-laboral

Finaliza la etapa escolar con 14 años. A continuación cursa un módulo de formación profesional, rama automoción, y abandona por consumo de tóxicos.

A los 17 años ingresa en una escuela taller con contrato de seis meses, abandonándola por ingreso en prisión.

A los 18 años trabaja como camarero durante año y medio, abandonando por el consumo de tóxicos.

A los 22 años trabaja como pizarrista durante seis meses en agosto del 2001. No consigue mantener los trabajos por periodos largos de tiempo.

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DESDE EL SERVICIO DE SALUD MENTAL

Luis contactó por primera vez con el Servicio de Salud Mental de su distrito en diciembre del 2001, remitido por el Servicio de Psiquiatría del Hospital de referencia, tras un ingreso de un mes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide y consumo de drogas (opiáceos, cocaína y cannabis).

Según refieren Luis y su madre, las alteraciones conductuales y el consumo de drogas las presenta desde los 13 años. A los 20 ingresa en una unidad psiquiátrica militar por trastorno psicótico, por lo que se le declaró exento del servicio militar. Posteriormente no siguió tratamiento alguno ni apoyo psiquiátrico.

Una vez compensado y sin síntomas psicóticos se valora con el equipo de salud mental la conveniencia de incluirlo en una comunidad terapéutica perteneciente a la agencia antidroga, por sus adicciones.

Ingresa en marzo del 2002, en este momento su comportamiento se caracteriza por impulsividad, elevado grado de ansiedad, escasa tolerancia a la frustración y apatía constante. A partir del primer mes se incorpora paulatinamente a las actividades diarias, mejorando con los meses su implicación, participación y asistencia a actividades. Finaliza su estancia estabilizado, con conciencia de enfermedad así como fuerte motivación al tratamiento.

Durante este periodo de tiempo la trabajadora social y la enfermera, realizan múltiples gestiones de coordinación entre las distintas instituciones como la comunidad terapéutica, los servicios sociales, etc.

Se convoca a los padres para una entrevista en el centro de salud, es en éste momento cuando la familia plantea las dificultades para que su hijo vuelva al domicilio transmitiendo a la trabajadora social sus preocupaciones, relacionadas con *las malas amistades de su hijo*. La familia refiere que el aprendizaje de socialización de su hijo se ha basado durante muchos años en el consumo de tóxicos.

Se valoran alternativas residenciales ya que no es aconsejable la vuelta a su casa. Hay que tener en cuenta que el medio familiar en muchas ocasiones suele ser un lugar de conflicto, donde se evidencia las dificultades en las relaciones personales y la dificultad de tolerar al enfermo psicótico. Es muy frecuente que las familias soliciten insistentemente centros adecuados donde poder delegar y resolver los problemas que cotidianamente se les plantean.

En sucesivas entrevistas con el paciente y sus padres se organiza el ingreso en una miniresidencia. Luís está muy ilusionado con la idea del ingreso. Al mismo tiempo se trabaja en las entrevistas la vuelta a casa, ya que la estancia en este centro es temporal.

Se prepara la continuidad de cuidados para Luis, que ingresa en enero del 2003 y continúa en seguimiento en el centro de salud mental acompañado por monitores, ya que se siente observado e intranquilo. Desde la miniresidencia se fomenta que Luis pueda salir solo, sin acompañamiento.

La preparación de la continuidad de cuidados es muy importante para el seguimiento integral del paciente, ya que el coordinador es el referente y adapta los diferentes recursos a las necesidades y problemas específicos. En este sentido, satisfacer las necesidades sociales puede ser decisivo para comprometer al paciente en el tratamiento.

Como medida de rehabilitación, en el 2004 se le incluye en un centro de rehabilitación psicosocial, lo que se pretende es mantener los hábitos adquiridos, así como el desarrollo de su autonomía personal y continuar el proceso de rehabilitación.

Se prepara al paciente y a la familia, a través de varias entrevistas entre la coordinadora de continuidad de cuidados, que en este caso es su enfermera, y la trabajadora social, para la vuelta al domicilio familiar, ésta se realiza sin problemas, aunque la madre manifiesta estar preocupada “no se cuanto tiempo va a durar bien mi hijo”.

A la largo del 2005 el paciente está estabilizado, acude con regularidad al centro de rehabilitación y continúa el seguimiento en el centro de salud mental.

En febrero del 2006 nos comunican desde el centro de rehabilitación que el paciente acude con irregularidad. Existen sospecha de consumo de tóxicos, que posteriormente se confirman.

Luis, en la entrevista con la trabajadora social, manifiesta conflictos familiares, ha vuelto a consumir. Refiere que le han echado de casa, y han interpuesto denuncias mutuas entre padrastro y paciente. En este momento duerme en un albergue de la Comunidad de Madrid. A través de los servicios sociales se le gestiona el bono transporte para que pueda asistir con regularidad al centro de salud.

Durante un periodo de tiempo el paciente desaparece de su entorno familiar, posteriormente vuelve al centro de salud mental y refiere que no toma medicación, que consume cocaína, hachis y alcohol. Mantiene en la entrevista una actitud desafiante y amenazadora.

En las entrevistas con la familia, su madre manifiesta su negativa a que vuelva a casa, están muy cansados de su hijo, se sienten impotentes.

Su psiquiatra valora el ingreso en una miniresidencia, la condición para su ingreso es que no consuma.

En varias reuniones entre trabajadora social, enfermera, familia y paciente se establecen las bases para el ingreso y la importancia del cumplimiento de las normas del centro. Ingresa en enero del 2007 y a los pocos días es expulsado de la miniresidencia por consumo de tóxicos.

A través del Centro de atención Integral a Drogodependiente (CAID) y en coordinación con salud mental, se le gestiona un piso temporal y el compromiso que acuda con regularidad al CAID.

Después de varias gestiones, se le vuelve a admitir en la miniresidencia donde inicia su recuperación.

En la actualidad Luis continúa en el centro residencial, el equipo de apoyo social comunitario le acompaña con regularidad a las citas del CAID sirviendo de soporte para su recuperación, al igual que al centro de salud mental.

CONCLUSIÓN

Un gran porcentaje de personas enfermas psicóticas crónicas mantienen unas escasas relaciones sociales, limitadas a los familiares y a los profesionales de referencia como salud mental, atención primaria, servicios sociales..

Actualmente la mayoría de los enfermos crónicos en salud mental dependen de sus familiares, especialmente los padres. Las madres son las primeras demandantes de ayuda para sus hijos ya que los pacientes tienen dificultad de comunicación y tendencia al aislamiento. Las relaciones familiares y sociales suelen ser escasas y en ocasiones conflictivas.

Desde la mirada del trabajador social en salud mental, en numerosas ocasiones el paciente crónico presenta carencias afectivas y en ocasiones escasa red social lo que hace que se aisle de la comunidad. De ahí la importancia de la continuidad de cuidados para estos pacientes, donde el trabajador social y el coordinador de cuidados, valoran las necesidades relacionadas con su psicopatología

así como autocuidados y salud, vivienda, relaciones personales, familiares, laborales, económicas, ocio y tiempo libre educativas, etc.

Estas personas, en muchas ocasiones vulnerables por su enfermedad, por los problemas psicosociales y ambientales, necesitan de una intervención integral y continuada que conlleve un ajuste social donde se rehabiliten los elementos cognitivos, los conductuales y las funciones ejecutivas necesarias para una adecuada calidad de vida e integración en su comunidad.

Si no se abordan estos elementos el paciente entra en un proceso de deterioro personal y crónico que necesita de intervenciones más restrictivas como las hospitalizaciones prolongadas e involuntarias. De ahí la importancia de profundizar en el estudio de las necesidades de la persona para en la medida de lo posible detener el deterioro y adecuar los recursos a las necesidades.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso Suárez, M. 2007. El impacto de los Programas de Continuidad de Cuidados en el uso de la Hospitalización de Personas con Esquizofrenia.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). Asociación Americana de Psiquiatría.

Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008. Consejería de Sanidad.

Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica. 2003-2007. Consejería de Servicios Sociales.

José L. Álvaro, José R. Torregrosa, Alicia Garrido Luque (comps). Influencias Sociales y psicológicas en la salud mental. Ed. Siglo Veintiuno de España Editores, SA.1992.

Isabel Ramírez de Mingo. El trabajo social en los servicios de salud mental. Ed. Eudema.1992.



Hoja de suscripción

TRABAJO SOCIAL HOY y MONOGRÁFICO REVISTA 2007

NOMBRE (persona y/o entidad)

DIRECCIÓN

LOCALIDAD

PROVINCIA

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO

FECHA

OBSERVACIONES

COSTE DE SUSCRIPCIÓN A LA REVISTA

Incluye 3 números cuatrimestrales + 2 Monográficos semestrales + 1 Índice Temático

Organismos y particulares: 41,60 €

Colegiados de otros Colegios: 27,56 €

Enviar copia del carnet de colegiado.

Estudiantes: 19,76 €

Enviar copia carnet de estudiante

FORMA DE PAGO

- Transferencia bancaria a la cuenta del Banco Popular Español, Sucursal 0001 (Of. Principal) de la C/Alcalá, 26. 28014 Madrid.

c.c.c. 0075-0001-88-060/64400/12

ENVIAR ESTE BOLETÍN, así como copia de la transferencia bancaria (en caso haber elegido esta forma de pago) a la siguiente dirección:

COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES DE MADRID
C/ Gran Vía, 16, 6 Izda. 28013 Madrid

O por Fax al 91 522 23 80

FIRMA DEL SUSCRIPTOR

PAUTAS GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS EN LA REVISTA TRABAJO SOCIAL HOY

1. Las páginas de la revista TRABAJO SOCIAL HOY, están **abiertas a todas las colaboraciones**: trabajos de reflexión, recopilaciones teóricas, experiencias prácticas, investigaciones, artículos (informativos, orientativos, ensayos), etc. que traten sobre Trabajo Social, Política Social o Servicios Sociales.
2. **Los artículos o trabajos deberán presentarse** en formato papel acompañado de disquete o en formato electrónico, **microsoft word o word perfect 6.0** e incluirán, en un documento aparte, los datos básicos del autor/es; nombre y apellidos, dirección, teléfono, e-mail, profesión, lugar de trabajo y puesto que ocupa; así como el número de colegiado.
Si el trabajo está realizado por varios autores, deberá indicarse el nombre del coordinador del grupo y el teléfono de contacto. El e-mail podrá publicarse si el autor lo expresa.
3. **La extensión de los artículos** no deberá superar las 20 páginas, mecanografiadas a doble espacio y con letra tamaño 12. Cada artículo deberá incluir unas palabras clave (entre 3 y 6) para realizar el índice anual y un resumen introductorio de 5 ó 10 líneas. En el caso de los trabajos de reflexión el número de páginas será de cinco, con las mismas características.
4. Los trabajos deberán remitirse por correo, a la **redacción de TRABAJO SOCIAL HOY, c/ Gran Vía 16-6º 28013 Madrid, o por e-mail a la dirección:**
publicaciones@comtrabajosocial.com
5. **Los cuadros, tablas, figuras y mapas** deberán presentarse en documento/hoja aparte, debidamente elaboradas e indicando su lugar en el artículo.
6. **Las anotaciones y referencias bibliográficas** irán incluidas al final del texto y deberán ajustarse a algún criterio o normativa aceptado internacionalmente. En todo caso deberá incluir: APELLIDOS e inicial/es del nombre del autor/es, "Título del libro", nombre de la Editorial, ciudad o país donde se edita y año de la edición. En el caso de revistas: APELLIDOS e inicial del nombre del autor, "Título del artículo", nombre de la revista, mes, año y número de la misma y –páginas– que contienen dicho artículo. Las ponencias de Congresos y otros tipos de documentos, deberán estar debidamente referenciados para su posible localización por los lectores.
De igual manera, las ilustraciones que se consideren incluir en un artículo deberán estar referenciadas correctamente (mínimo: Autor y fecha).
7. **Cuando se citen** en un trabajo organismos o entidades mediante siglas, deberá aparecer el nombre completo la primera vez que se mencione en el texto.
8. **El firmante del artículo** responde de que éste no ha sido publicado ni enviado a otra revista para su publicación. Si se tratase de un artículo publicado, esta circunstancia se hará constar en el trabajo y se remitirá acompañado de la autorización de la entidad correspondiente para su posible reproducción en TRABAJO SOCIAL HOY.
9. **El Consejo Asesor** se reserva el derecho de rechazar los originales que no juzgue apropiados, así como de proponer al autor modificaciones y cambios de los mismos cuando lo considere necesario.
10. El Consejo Asesor de la Revista TRABAJO SOCIAL HOY y el Colegio de Diplomados en Trabajo Social de Madrid **no se hace responsable de las opiniones y valoraciones que realicen los autores cuyos trabajos son publicados.**

SERVICIOS DEL COLEGIO

SECRETARÍA

Atención Personal y Telefónica:

Lunes a Jueves de 9.00 a 14.00 y de 16.00 a 18.30 h.

Martes de 9.00 a 18.30 h. ininterrumpidamente

SERVICIO DOCUMENTACIÓN

Lunes/Miércoles/Jueves de 9.00 a 14.00 y de 16.00 a 18.30 h.

Martes de 9.00 a 18.30 h.

Previa cita

ASESORIA JURÍDICA

Previa petición de hora

SALA DE REUNIONES

Previa solicitud en la Secretaría del Colegio

madrid
social

1x3000



Colegio Oficial
Trabajadores Sociales
de Madrid

www.comtrabajosocial.com

Los derechos sociales en el sxxi



4º CONGRESO
COLEGIO DE
TRABAJADORES
SOCIALES DE
M A D R I D

25 aniversario
COLEGIO DE
TRABAJADORES
SOCIALES DE MADRID