

A/A. María Antonia Fernández Fernández  
Secretaria del Servicio de Atención Centrada en la Persona y Autonomía  
Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria  
Consejería de Salud del Principado de Asturias

**ASUNTO:** Aportaciones al Borrador de la Estrategia en Cuidados Paliativos de Asturias.

La Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Asturias (COTSA), con C.I.F N.º Q3369009J y domicilio social en C/Los Moros, N.º 51, piso 3º, C.P. 33206 de Gijón, presenta las siguientes aportaciones al *Borrador de la Estrategia en Cuidados Paliativos de Asturias*.

Antes de nada, nos **gustaría felicitarles por el trabajo** llevado a cabo en la elaboración de este documento. En líneas generales, observamos que nuestra profesión es tenida en cuenta y que el prisma social se incorpora a la estrategia de forma clara lo cual, desde nuestro punto de vista, es un acierto. Si bien, para cumplir con los diferentes objetivos planteados resultará **necesaria la incorporación de más profesionales del Trabajo Social**. A este respecto, nos gustaría **dejar constancia desde un primer momento de nuestro interés de incorporar a profesionales no solo en los equipos de intervención si no también en las diferentes estructuras de coordinación** de la estrategia. En cualquier caso, quedamos a su disposición para seguir trabajando de forma conjunta.

En la línea de lo que venimos comentando, ya en la Introducción se pone en valor la necesidad de cooperación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, fundamental en una estrategia como la que nos ocupa, resaltando además en la página 10 la necesidad de reforzar el rol del equipo multidisciplinar.

En cuanto a la **coordinación necesaria entre profesionales** a la que hace mención el texto en la página 11 señalando que *“en este contexto, la atención a las personas que precisen cuidados paliativos, así como la atención a sus familias y personas cuidadoras, hace necesaria la coordinación de todos los profesionales sanitarios, independientemente del lugar donde presten su atención”* comentar que, para que realmente se tenga en cuenta el rol del equipo multiprofesional y a las diferentes disciplinas que intervenimos en el ámbito sanitario, entre tanto se produzca el reconocimiento del trabajo social como profesión sanitaria, **proponemos un cambio en la redacción** haciendo referencia a *“los profesionales del ámbito sanitario”* para que no quede duda de que también las y los trabajadores sociales sanitarios atendemos a las personas que precisan los cuidados paliativos, sus familias y/ o al núcleo cuidador extenso.

Además, para que esta coordinación sea realmente efectiva para ello tenemos que tratar de **agilizar los trámites**. Es decir, tiene que existir una comunicación estrecha entre

profesionales, una **vía de contacto directa**, para evitar retrasar decisiones o actuaciones por el mero hecho de no poder contactar con el recurso o profesional concreto.

En este sentido, también consideramos que es necesario establecer **trámites de urgencia o habilitar recursos sociales** para aquellas personas que se encuentran en una situación de emergencia social y requieren de estos cuidados paliativos. En la actualidad **hay muy pocos recursos adaptados a las necesidades de final de vida en casos extremos o muy complejos** que no cumplen con los requisitos del ERA. En nuestra comunidad autónoma no existen centros sociosanitarios de referencia para abordar este tipo de casos ni plazas de emergencia social; las fundaciones que cuentan con plazas de residencia apenas tienen personal suficiente para procurar los cuidados necesarios y el proceso urgente de implantación de Medidas de Apoyo puede llegar a demorarse meses. Por tanto, no sólo hace falta una buena coordinación sociosanitaria, sino también ampliar la dotación de recursos existentes.

Desde este Colegio Profesional asimismo compartimos el planteamiento que se recoge en el Marco Conceptual en cuanto a que *“la atención específica en el Final de Vida debe ser llevada a cabo por profesionales con conocimiento y entrenamiento adecuados, así como que en fases anteriores de la enfermedad todos los ámbitos del sistema sanitario deben ser capaces de prestar una atención paliativa que denominamos básica”* (pág. 13). Para ello es imprescindible crear protocolos de derivación y coordinación con las y los trabajadores sociales sanitarios ya desde esas fases anteriores de la enfermedad para que se produzca un abordaje terapéutico que de amplia cobertura y atención integral a las personas afectadas y su entorno.

El concepto de enfermedad en fase avanzada lleva implícito una intensidad mayor de atención. Sin embargo, no debemos olvidar que ya desde el diagnóstico de una enfermedad incurable, aun cuando las evoluciones, el pronóstico de vida y tratamiento sean distintos, se deben implicar desde las fases iniciales a diferentes profesionales incluyendo a las y los trabajadores sociales, de ahí la importancia de establecer inicialmente para estos casos protocolos de derivación a las Unidades de Trabajo Social Sanitario. Solo en estas fases iniciales y con un buen abordaje terapéutico multiprofesional se conseguirá una mejora de la calidad de vida y confort tanto de la persona afectada como su entorno sociofamiliar.

Consideramos también que en la definición de enfermedad terminal recogida en la página 15, además del control de síntomas, soporte emocional y comunicación es **fundamental la atención de las necesidades sociales, familiares y de las personas cuidadoras que puedan surgir**.

Como decíamos al inicio de nuestras aportaciones, la intervención de las y los trabajadores sociales queda patente a lo largo de la estrategia y así en las bases de la intervención en pacientes con necesidades paliativas se pone de manifiesto la necesidad de una **atención integral, individualizada y continuada proporcionada por un equipo en el que podrán intervenir diferentes perfiles profesionales, entre los que se encuentra el trabajo social** (página 16).

Continuando con las aportaciones, en el punto 3 de la página 17, aun cuando pudiera quedar implícito que para la elaboración conjunta de los objetivos para potenciar la autonomía y dignidad en las decisiones terapéuticas existe de antemano una información continua, si esta no se garantiza ni se adapta de forma constante, no solo a las capacidades de la persona y

la familia o el núcleo cuidador extenso, sino al momento en el que están de la enfermedad (fases iniciales en las que la información no se asimila por estar en shock tras el diagnóstico clínico, fases de evolución de la enfermedad, según se acerque el momento del final de la vida...) esa toma de decisiones no será realmente consensuada ni autónoma.

En línea también con otra apreciación realizada con anterioridad, el punto 5 de la misma página 17 tendría que hacer referencia a **los profesionales que intervengan** (cualquiera de los mencionados en la atención integral) y no exclusivamente al perfil más sanitario.

Y para finalizar con esta página, el penúltimo punto sobre los instrumentos básicos en la aplicación de los cuidados paliativos, añadir que la relación además de cercana y honesta tiene que ser **empática**.

En el apartado de Normativa de Referencia, nos gustaría destacar la *“Estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud que ha sido el resultado de la colaboración entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, comunidades autónomas, sociedades científicas y asociaciones de pacientes, con una línea estratégica sobre la ‘Asistencia a la infancia y adolescencia’ de enero 2021”* por ser el resultado de un trabajo colaborativo entre diferentes entes a nivel estatal que refuerza siempre la idea de la **necesidad de trabajar de forma multidisciplinar para garantizar una atención integral**.

La Estrategia determina que tanto los cuidados paliativos básicos (pág. 35) como los cuidados paliativos avanzados (pág. 36) recaen principalmente en las y los profesionales de los Equipos de Atención Primaria, también en las y los profesionales de los servicios hospitalarios y en los avanzados en colaboración con los Equipos de Apoyo en Cuidados Paliativos y los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria.

A este respecto debemos de recordar que, en el caso concreto de trabajo social, no existen ratios profesionales adecuados para poder llevar a cabo su labor con calidad. Desde el Consejo General del Trabajo Social y los Colegios Profesionales llevamos reclamando desde el año 2014, como parte de la Marea Blanca, un sistema de salud universal, público y de calidad y eso se consigue, entre otras cuestiones, garantizando:

- **1 trabajador/a social sanitario por equipo de salud.** En la actualidad, una sola compañera se encuentra adscrita hasta en 3 Centros de Salud de Atención Primaria.
- 1 trabajador/a en centro hospitalario en función de la carga de trabajo de cada servicio hospitalario, con recomendación de 1 por cada 40 camas y 70 en consultas residenciales o de rehabilitación.
- 1 trabajador/a social por cada Unidad de Apoyo de los Centros de Salud Mental, en los Servicios de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias y en los Centros de Salud Sexual y Reproductiva.

El Trabajo Social Sanitario está reconocido como una prestación básica de Atención Primaria en la cartera de servicios básica del Sistema Nacional de Salud (Artículo 12 de Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud), por lo que la dotación de profesionales, debe ser la adecuada para cumplir con la calidad que el Sistema Nacional de Salud merece.

Recordemos que el Trabajo Social Sanitario supone un ejercicio profesional diferenciado del de otros entornos y caracterizado por ejercer de forma cotidiana funciones de apoyo y ayuda a personas y familias inmersas en procesos de dificultades de salud, dirigiendo sus intervenciones a la recuperación, normalización y adaptación social, centrando su práctica asistencial en el incremento de la autonomía y la recuperación de la salud, y garantizando la toma de decisiones responsable, respetuosa con la autodeterminación, individualización y al ritmo que el proceso de cada individuo requiera desde el respeto a las particularidades.

Más concretamente, **la figura de Trabajo Social en los procesos de final de vida cobra especial relevancia** a la hora de organizar los cuidados, ofrecer atención psicosocial, valorar la necesidad de implementar otro tipo de recursos, facilitar información sobre las medidas de apoyo, acompañar en la organización de los últimos días teniendo en cuenta las preferencias del paciente, prevenir la claudicación de la persona que ejerce como cuidadora principal, apoyar en la organización de los ritos funerarios, etc. Es decir, la o el profesional del Trabajo Social estará presente tanto en la organización, como en la gestión del caso y, además, en la toma de decisiones.

Por tanto, creemos imprescindible que **cualquier estrategia que se ponga en marcha precisa contar con la dotación suficiente de profesionales para poderla llevar a cabo** en los términos que recoge. En este caso concreto, así se podrá cumplir con el objetivo principal que marca que la atención de cuidados paliativos *mejora de la calidad de vida y el confort, definidos por la persona enferma y la familia.*

En base a lo anterior, **reivindicamos también nuestro papel como profesionales de referencia** y no como profesionales de apoyo en los **15 Equipos de Soporte domiciliario y apoyo de cuidados paliativos**, que en la actualidad se integran por profesionales de medicina, profesionales de enfermería y profesionales administrativos, **al igual que estamos presentes en la Unidad Multiprofesional de Cuidados Pediátricos**. Si queremos una atención integral que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales y sociales, debemos tener presencia en todas las fases previstas en la Estrategia. La escucha activa, la capacidad de empatizar, el acompañamiento respetuoso, permitir la expresión de las emociones, enviarle mensajes de comprensión y ayuda en la toma de decisiones..., son herramientas indispensables en la relación de ayuda a las personas en esta situación. Todas estas técnicas y destrezas son ampliamente estudiadas en la disciplina de Trabajo Social y practicadas habitualmente en el ejercicio profesional de los y las Trabajadoras Sociales sanitarias.

Por lo que, todo ello sigue lo establecido en la Línea Estratégica 1 “Garantía de máxima cobertura poblacional” (pág. 39), la Línea Estratégica 2 “Proceso Asistencial Integrado” (pág. 52) y la Línea Estratégica 3 “humanización. Atención a pacientes, familias y profesionales”. **La no inclusión de las y los Trabajadores Sociales Sanitarios entre los profesionales implicados supondría un vacío y una carencia respecto del apoyo y acompañamiento que se debe prestar a las personas.**

En la Línea Estratégica 1: “Garantía de máxima cobertura poblacional” recogida a partir de la página 49, en el segundo párrafo faltaría añadir entre los problemas que se describen, además del tratamiento del dolor, los problemas **sociales**. En el siguiente párrafo se nombra la herramienta para identificar de forma precoz a las personas que necesiten cuidados paliativos y apuntamos que ese es el momento también para detectar desde las Unidades de

Trabajo Social Sanitario las necesidades sociales que están presentes o que podemos pronosticar se darán en estos casos.

Por otro lado, en cuanto a las acciones enmarcadas dentro del objetivo específico 1.1 volvemos a insistir en recoger a todas las disciplinas profesionales que trabajan en el ámbito sanitario por lo que proponemos que la difusión se amplie al **personal del ámbito sanitario**.

En cuanto a las acciones recogidas en el Objetivo Específico 1.4, y en línea con todo lo comentado anteriormente, no solo habría que realizar una valoración integral en pacientes hospitalizados previa al alta sino también esa valoración se debe realizar desde atención primaria en fases tempranas mediante la derivación a las Unidades de Trabajo Social Sanitario para que puedan hacer un adecuado diagnóstico social e iniciar tempranamente el trabajo con la persona afectada y entorno familiar.

Sobre el Objetivo Específico 2.6, entendemos que ese plan de intervención es **integral** por lo que proponemos se incorpore en la redacción del objetivo y de las acciones. Lo mismo apreciamos en cuanto a la valoración de pacientes remitidos a través de interconsultas hospitalarias recogidas en la acción 3 del Objetivo Específico 2.8, por lo que realizamos la misma propuesta: incorporar al texto que la **valoración sea integral**.

Relativo al Objetivo Específico 2.11. “Fomentar la participación del voluntariado” (pág. 56) cabría indicar que las y los trabajadores sociales somos el profesional indicado para el desarrollo de las funciones indicadas en dicho objetivo, no sólo por nuestra relación estrecha y habitual con el tejido asociativo, sino por nuestras herramientas profesionales de participación social, coordinación de equipos, gestión del voluntariado... Por tanto, desde el Trabajo Social podríamos encargarnos de “1. Colaborar con asociaciones y voluntariado para establecer circuitos de participación eficientes y estables en el tiempo y 2. “Establecer un programa formativo y de acreditación para los voluntarios participantes”. Es una labor propia del Trabajo Social.

En cuanto a los Objetivos recogidos en la Línea Estratégica 9.3: “Humanización. Atención a pacientes, familias y profesionales”, volvemos a insistir en, o bien señalar profesionales en el sentido amplio o, si nos referimos a las y los del ámbito sanitario recoger el ámbito, de tal modo que el Objetivo General 3 sería “*Proporcionar una atención humanizada a pacientes, cuidadores/as y profesionales*”. Lo mismo ocurriría en el Objetivo Específico 4.5, en cuanto a apoyar psicológicamente al personal que atiende al paciente pediátrico (eliminar “sanitario”, también en la acción 1 de este mismo objetivo habría que reflejar a todas las personas integrantes del equipo). Asimismo, ocurriría en el primer párrafo de la Línea Estratégica 4: “*La protección de los derechos de las y los pacientes se enmarca en una necesidad ética en la labor asistencial en todos sus niveles y compete a todas y todos los profesionales integrantes*” (eliminar sanitarios). “*(...) o relación sanitaria establecida entre las y los profesionales del ámbito de la salud ...*” (añadir ámbito). Y en la acción 2 del Objetivo Específico 6.1 “*Fomentar el conocimiento de la existencia de la normativa legal sobre el documento de instrucciones previas entre las y los profesionales del ámbito de la salud...*” (añadir ámbito).

Respecto a la atención al duelo que se recoge en las acciones del Objetivo Específico 3.6 añadir que también requiere de especial atención al duelo las y los niños en aquellos casos en los que se ha producido el fallecimiento de un progenitor/a o pariente a cargo del o de la menor o cuando la persona fallecida tiene hermanos/as infantiles.

Por otro lado, indicar que estamos de acuerdo en que la Estrategia de Cuidados Paliativos necesita de unas estructuras que sirvan para darle soporte técnico y que a la vez se encarguen de su evaluación. En cualquiera de los tres niveles propuestos (Coordinación de la Estrategia, Grupo Autónomo de Cuidados Paliativos y Grupos de Trabajo de la Estrategia) consideramos que **debe estar representada la figura del Trabajo Social por ser una parte activa dentro de la puesta en marcha de todas las líneas estratégicas y sus correspondientes objetivos.**

Para finalizar, en cuanto al procedimiento para la identificación según el instrumento NECPAL CCOMS-ICO en las Recomendaciones generales que figuran en la página 89, señalar que como es lógico, el/la profesional de medicina y de enfermería conocen al paciente en un clínico y de cuidados de la salud pero los factores de vulnerabilidad social, posibilidad de apoyos familiares, quién ejerce o si no existe cuidador/a principal, necesidades del entorno... son conocidas por el o la Trabajadora Social, por lo que tienen que ser tenidos en cuenta para el abordaje interdisciplinario. No como meros participantes, sino desde el diagnóstico social sanitario que solo podemos realizar desde nuestra disciplina.

Como siempre, agradecemos de antemano su atención y quedamos a su disposición para ampliar la información que consideren oportuna.

En Gijón, 30 de noviembre de 2022



Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Trabajo Social de Asturias.