

ACTAS DE LAS II JORNADAS PROVINCIALES

LA COORDINACIÓN ENTRE
LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD
Y SERVICIOS SOCIALES DESDE LA ATENCIÓN
EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS



Colegio Profesional de
Trabajo Social
de Sevilla

Actas de las II Jornadas Provinciales



Colegio Profesional de
Trabajo Social
de Sevilla

**La Coordinación entre
los Sistemas Públicos de Salud
y Servicios Sociales desde la Atención
en los Servicios de Urgencias**

Actas de las II Jornadas Provinciales: "La Coordinación entre los Sistemas Públicos de Salud y Servicios Sociales desde la atención en los servicios de Urgencias"

Organización de las Jornadas (celebradas el 5 de noviembre de 2015)
Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y AA.SS. de Sevilla

Publicación y Coordinación
Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y AA.SS. de Sevilla

Autoría

Agustina Hervás de la Torre
Ana Lima Fernández
Gonzalo Cañestro Fernández
Guadalupe Barquero Rodríguez
Isabel Montaña Morillas
José María Carrasco Trigo
Manuel Martínez Domene
M^a Isabel Hidalgo Antequera
M^a del Mar Cala Ceballos
Coord. Amparo Carretero Palacios

Las ideas, hechos presentados y opiniones expresadas son responsabilidad de sus autores/as, las cuales no reflejan necesariamente la posición oficial del Colegio Profesional de Trabajo Social de Sevilla.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de todas aquellas instituciones públicas y privadas que han colaborado, y muy especialmente a las y los profesionales del Trabajo Social, cuyo compromiso desinteresado en las Jornadas y en esta publicación enriquecen a toda la profesión.

Un agradecimiento expreso a Antonia Muñoz Serrano y Ricardo Moreno Galindo por la facilitación de los grupos y moderación de las ponencias y a la Excm. Diputación de Sevilla por la cesión de las instalaciones.

Edita: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y AA.SS. de Sevilla

ISBN: 978-84-608-6297-0

Depósito Legal: SE 747-2016

Maquetación e Impresión: Taller del Sur Comunicación, S. L.



ÍNDICE

PRESENTACIÓN DE LAS II ACTAS

Gonzalo Cañestro Fernández..... 7

ÁREA SOCIOANITARIA DEL COLEGIO PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL DE SEVILLA

Gonzalo Cañestro Fernández..... 11

PONENCIA I

“El modelo andaluz de coordinación sociosanitaria”

Manuel Martínez Domene 15

PONENCIA II

“La atención sociosanitaria derecho de ciudadanía. Decálogo para una estrategia de coordinación y atención sociosanitaria”

Agustina Hervás de la Torre 25

PONENCIA III

“Líneas de actuación del Consejo General del Trabajo Social frente a la estrategia de coordinación y atención socio-sanitaria”

Ana Isabel Lima Fernández 41

MESA REDONDA: GESTIÓN DE CASOS

Introducción..... 52

Caso I. “Coordinación sociosanitaria a través de un caso de la Administración de Justicia”

Ma Isabel Hidalgo Antequera, José María Carrasco Trigo,
Guadalupe Barquero Rodríguez..... 53

Caso II. “Trabajo Social Sanitario, una apuesta interniveles”

Ma del Mar Cala Ceballos 71

Caso III. “Propuesta de coordinación entre sistemas de salud y servicios sociales comunitarios”

Isabel Montaña Morillas 85

REFLEXIONES DE LA JORNADA..... 95

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA..... 98

PRESENTACIÓN DE LAS II ACTAS¹

Gonzalo Cañestro Fernández

Presidente del Colegio Oficial de Trabajo Social de Sevilla



¹ Discurso inaugural de las II Jornadas (05/11/2015).



Buenos días a todas y todos, y gracias por compartir esta jornada entre compañeras y compañeros.

La Junta de Gobierno del Colegio Profesional de Trabajo Social de Sevilla se siente orgullosa de poder dar continuidad a la tarea que otras y otros colegas comenzaron en el mes de mayo de 2014, en el que se constituyó el **Área de Coordinación Sociosanitaria**. Los trabajos entre el Consejo General de Trabajo Social, la Asociación Estatal de Trabajo Social y Salud, e Imsero supusieron el punto de partida de las I Jornadas en 2014.

De la evaluación de estas jornadas provinciales se extrajeron dos ideas centrales que hemos traído a esta nueva edición, en 2015:

La primera, centrar el objeto de reflexión de la coordinación entre los sistemas públicos de salud y servicios sociales en una dimensión importante dentro del abordaje de la persona necesitada de atención social y sanitaria: los servicios de urgencia médica. Y del otro lado, un sistema importante, a menudo olvidado: el sistema de Justicia.

La coordinación de las y los trabajadoras/es sociales en los sistemas de Salud, Justicia y Servicios Sociales centrará el objeto de la reflexión en el día de hoy, al menos ese es nuestro objetivo.

Al igual que el año pasado nuestra intención es publicar las ponencias y presentaciones de estas jornadas, y lo haremos gracias a la generosidad, esfuerzo y colaboración de compañeros/as que se han prestado a participar desinteresadamente.

Sus reflexiones intelectuales, experiencias y sistematización de campo estarán a vuestra disposición en un libro, que como el resultante de las I Jornadas, se pu-

2 W.AA., (2014). Actas I Jornadas Provinciales. "El papel del trabajador social. Coordinación entre el sistema de servicios sociales y el sistema sanitario". Colegio Oficial de Trabajo Social. Sevilla.



blicará y difundirá, en aras de promocionar el conocimiento científico y difundir el quehacer profesional de quienes trabajan por la profesión día a día.

Y trabajar por la profesión no es más que trabajar por una sociedad más justa, más igualitaria en la que los derechos sociales cohabiten junto a las personas en situación de desventaja social.

En una coyuntura social y política donde el Estado Social se fragmenta por el poder económico y financiero, las y los trabajadoras/es sociales debemos alzar la voz con nuestras buenas prácticas profesionales y exigir que las instituciones centren el objeto de atención preferencial en la persona, en la PERSONA en mayúsculas como núcleo de la atención de los sistemas públicos y objeto de la atención de profesionales. Hoy más que nunca es importante retomar el discurso que años atrás evocaron quienes proclamaron la necesidad de un Estado Social que hiciera del principio de Igualdad un factor de corrección de las desigualdades sociales e injusticias que los poderes financieros con sus decisiones ponen de manifiesto día tras día.

Urge que desde la tribuna del Trabajo Social y desde las distintas disciplinas sociales clamemos y reclamemos el espacio “no tenido”: el de un Sistema Público fuerte, cohesionado, integral, no disperso, con dotación presupuestaria autosuficiente. Un Sistema Público donde nuestras buenas prácticas, y prácticas de calidad, tengan como principio básico el de la calidez, calidez a la persona y calidez a toda persona.

Para ello, la **Coordinación** como principio inspirador de nuestra Ley de Servicios Sociales y recogido en el espíritu del Anteproyecto de Ley, de la que pretendemos sea lo antes posible, la segunda ley de Servicios Sociales de Andalucía cobre vigencia y sea una realidad.

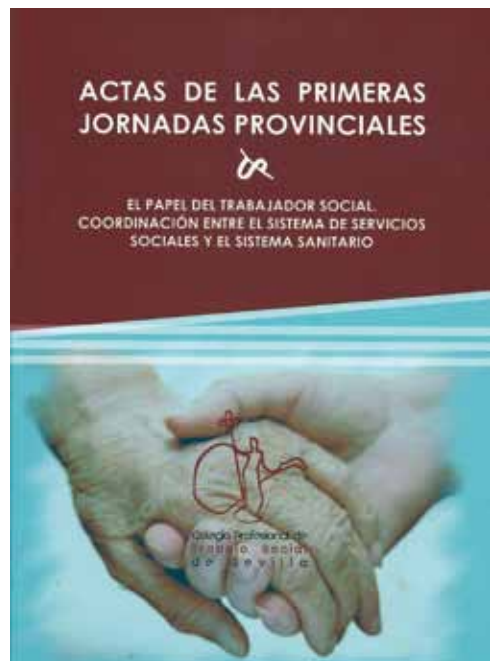
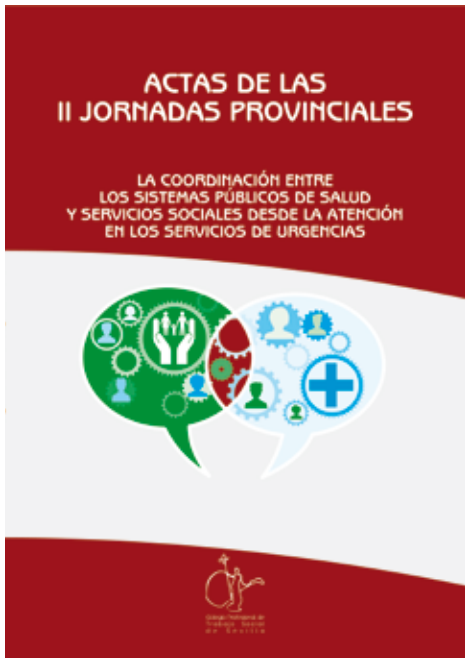
- La coordinación es una imperiosa necesidad.
- La coordinación es un reto necesario.
- La coordinación forma parte de todos los protocolos y no hay ningún colectivo profesional que no la solicite.

Hoy nos toca poner en valor la coordinación entre los sistemas públicos, la coordinación entre las y los trabajadores sociales, la coordinación entre profesionales de diferentes disciplinas...



Finalizaremos el día de hoy con la recopilación y elaboración de conclusiones grupales, momento muy importante como sabemos, ya que será el espacio reservado para futuras iniciativas a trabajar y plantear institucionalmente.

Gracias a todas y todos, y buen trabajo.





ÁREA SOCIAL Y SANITARIA DEL COLEGIO PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL DE SEVILLA

Gonzalo Cañestro Fernández

Presidente del Colegio Oficial de Trabajo Social de Sevilla





Los trabajos realizados por el IMSERSO junto a las 17 Comunidades Autónomas en aras a establecer un proceso de Coordinación Sociosanitaria supuso que el Consejo General de Colegios de Trabajo Social y la Asociación Española de Trabajadoras Sociales en Salud tomaran partido por que la figura del/la trabajador/a social fuera considerada en estos trabajos de planificación en la que, entre otras, peligraba que el Sistema de Servicios Sociales se viera fagocitado por el de Salud.

La respuesta de las Comunidades Autónomas en el Consejo Interterritorial fueron muy variopintas, desde el silencio, hasta la suscripción, pasando por la aportación al modelo presentado por el IMSERSO. Concretamente, Andalucía apostó por un modelo de coordinación entre Sistemas Públicos más que por un modelo de coordinación sociosanitaria.

El Consejo General de Colegios de Trabajo Social de España y la Asociación de Trabajadoras Sociales en Salud, instaron en la primavera de 2014, al IMSERSO a que explicara al colectivo de trabajadoras sociales los trabajos realizados y su estrategia de coordinación sociosanitaria.

Los colegios profesionales y los consejos autonómicos nos hicimos eco de la importancia que supone poner en valor el trabajo de las y los profesionales del trabajo social de Centros de Salud de Atención Primaria, de Hospitales, de Centros de Servicios Sociales Comunitarios, desde las asociaciones de personas afectadas... de quiénes trabajan en la atención directa y/o con familiares de esas personas afectadas de las trabajadoras sociales que a diario precisan de protocolos de coordinación que mejore la atención que toda persona precisa y necesita.

El Colegio Profesional de Trabajo Social no quiso quedar ajeno de esta necesidad profesional y asumió el reto de dar respuesta a una demanda social y profesional que precisa ser abordada en profundidad desde la institución colegial. Comenzamos instituyendo el Área Sociosanitaria como un espacio de trabajo profesional que acoge las necesidades de ambos Sistemas Públicos. La puesta en valor de los trabajos de esta área de trabajo fue la organización y celebración de las I Jornadas que tenía como objetivo fundamental presentar los trabajos realizados, proponer una línea de actuación conjunta y recoger propuestas de las y los compañeros que están en la vanguardia de las necesidades de quiénes desde Hospitales, Centros de Salud, Centros de Servicios Sociales, Asociaciones, Servicios Sociales Especializados... proponen.



Con esta vocación se ha venido trabajando durante el último año y con la mirada puesta en estas II Jornadas que pretenden, sin más, ofrecer un espacio de reflexión y debate profesional en el que poder profundizar y proponer acerca de nuestro quehacer cotidiano, porque alcanzar la equidad en salud significa que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. La equidad en salud implica que los recursos sean asignados según la necesidad.

REDACCIÓN



Presentación de las jornadas.



De izquierda a derecha, Manuel Martínez Domene (Director gerente de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía), Lilia Herrera Ariza (Diputada de Cohesión social e Igualdad de la Diputación de Sevilla) y Gonzalo Cañedo Fernández (Presidente del Colegio Profesional de Trabajo Social de Sevilla).

II Jornadas provinciales: "La Coordinación entre los sistemas Públicos de Salud y Servicios Sociales desde la Atención en los Servicios de Urgencia"

Redacción. SEVILLA

El Colegio Profesional de Trabajo Social de Sevilla ha organizado las II Jornadas Provinciales sobre "La Coordinación entre los sistemas Públicos de Salud y Servicios Sociales desde la Atención en los Servicios de Urgencia".

En estas jornadas se ha abordado el papel del Trabajo Social en los urgencias y la trascendencia del diagnóstico social, fundamentalmente desde los servicios de salud, servicios sociales, desde las organizaciones no lucrativas y entidades privadas que ubican la acción social y sanitaria, y desde otras administraciones implicadas.

Se han desarrollado en los salones de la Diputación de Sevilla, el día 5 de noviembre.

En TS DIFUSIÓN Nº 112, diciembre 2015, pág. 13.



PONENCIA I

El Modelo Andaluz de Coordinación Sociosanitaria

Manuel Martínez Domene

Director-Gerente de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA)





1. COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS

La necesidad de coordinar los servicios sanitarios y sociales es una evidencia que requieren atenciones de uno y otro Sistema. Las personas viven estas situaciones de forma integral y requieren, en consecuencia, recibir las atenciones que precisan de manera **integrada**.

Pero en el actual contexto de crisis lo sociosanitario puede estar siendo utilizado para recortar derechos sociales, reducir prestaciones y servicios, especialmente en el ámbito sanitario y abandonar espacios de responsabilidad pública. Frente a estos intentos, apostamos por una **coordinación efectiva** de servicios sanitarios y sociales, sin merma de los derechos reconocidos en ambos sistemas y sin degradar sus dispositivos prestacionales. **Una estrategia en la que siguen existiendo prestaciones sociales y sanitarias, y sin otras prestaciones sociosanitarias que las que resultan de la confluencia de las existentes en uno y otro Sistema.**

DECIDIDA INVERSIÓN TECNOLÓGICA Y ORGANIZATIVA

Coordinar Servicios Sanitarios y Sociales no soluciona las carencias de recursos de ambos sistemas

Coordinar servicios sanitarios y sociales requiere un gasto inicial para llevar a cabo inversiones tecnológicas y organizativas necesarias. Rechazamos las estrategias que utilizan lo sociosanitario como excusa para recortar gastos especialmente en el Sistema sanitario. A medio y largo plazo se pueden reducir los costes asociados a algunas de sus prestaciones y servicios. Pero no se puede diseñar un seudosistema sociosanitario que tenga como principal objetivo reducir costes creando servicios degradados o incrementando la contribución de los usuarios a través de Seguros privados o del copago.

VISIÓN A LARGO PLAZO

No hace falta tener una estrategia completa para poner en marcha experiencias de coordinación de servicios sanitarios y sociales

La coordinación de los servicios sanitarios y sociales es un horizonte a medio y largo plazo. Pero no es necesario esperar a tener una completa definición de la estrategia sociosanitaria para poner en marcha experiencias de coordinación de ser-



vicios sanitarios y sociales. Se está produciendo un exceso de discursos, mientras que apenas se llevan a cabo prácticas de coordinación, que aportarían experiencia para avanzar en la definición e implantación de las estrategias.

UN MARCO DE DERECHOS GARANTIZADOS EN MATERIA SANITARIA Y SOCIAL

La coordinación de servicios sanitarios y sociales debe establecerse sobre la base de un marco de derechos garantizados en ambas materias, como un avance y una mejora de la protección social y de los derechos de ciudadanía, y en el abordaje de las situaciones de necesidad en las que ambos Sistemas tienen que intervenir.

RESPONSABILIDAD PÚBLICA CON PARTICIPACIÓN PRIVADA

Estamos en contra de cualquier práctica sociosanitaria que implique un desmontaje de derechos o una degradación de servicios

Es responsabilidad pública garantizar los derechos sanitarios y sociales de los/as ciudadanos/as. Por ello corresponde a las Administraciones Públicas la responsabilidad sobre el Sistema Público de Salud y sobre el Sistema Público de Servicios Sociales.

La coordinación de servicios sanitarios y sociales no se puede establecer al margen de esta responsabilidad pública, como una estrategia de desregularización, para crear un nuevo espacio abandonado a las iniciativas de carácter lucrativo. No estamos en contra de la actividad empresarial en el sector, siempre que aporten capacidad organizativa y prestacional. Y, por supuesto, consideramos positiva la presencia de entidades sin ánimo de lucro como prestadoras de servicios que coordinen atenciones sanitarias y sociales, especialmente en el caso de aquellas entidades que representan a las propias personas afectadas o a sus familiares, y que tienen una reconocida trayectoria e implantación en esta materia.

PRESTAR ATENCIONES INTEGRADAS

No se debe hablar de un sector sociosanitario que pretenda poner los escasos recursos sociales al servicio de las prioridades del Sistema de Salud para recortar sus gastos, con un perfil vinculado a patologías y prestaciones sanitarias.

Frente a ello proponemos atenciones sociales y sanitarias combinadas en procesos únicos para cada persona que lo necesite, con atenciones diferenciadas. En



estos procesos cada Sistema deberá asumir sus responsabilidades financieras y organizativas. Los servicios y centros que presten atenciones sociosanitarias corresponderán siempre a alguna de las dos redes asistenciales.

CREAR CONDICIONES PARA SUPERAR ASIMETRÍAS ENTRE AMBOS SISTEMAS

Son notables las diferencias que existen entre el Sistema de Salud y el de Servicios Sociales. Diferencias de cultura, en conocimiento y arraigo social, en recursos... La coordinación de servicios sanitarios y sociales requiere superar estas notables diferencias, ya que de lo contrario se tratará, como suele ocurrir, el Sistema más potente, el de Salud, tenderá a fagocitar al de Servicios Sociales, utilizándolo para descargar en él algunas atenciones que quienes gestionan pueden considerar periféricas.

PROXIMIDAD

El ámbito local y, sobre todo el propio domicilio, constituyen las referencias esenciales sobre las que se ha desarrollado el concepto más actual de servicios sociales, y la base de todas sus estructuras. Priorizar la coordinación de los servicios sanitarios y sociales en torno a los cuidados en el hogar, es una buena referencia sobre la que iniciar y fundamentar prestaciones integradas en ambos Sistemas.

ATENDER MOMENTOS CRÍTICOS

La coordinación de servicios sanitarios y sociales no debe limitarse a las situaciones de dependencia o a los cuidados de convalecencia y de larga duración. La persona con necesidades sociosanitarias puede ser cualquiera que en un momento de su vida necesita recibir atención sanitaria y social de forma coordinada o integrada, sea de forma temporal o permanente.

Encajarían así como objetivo de la coordinación de los servicios sanitarios y sociales los apoyos cuando inciden limitaciones físicas o funcionales, tanto en el propio domicilio como en entornos de convivencia institucionalizados (viviendas tuteladas, residencias, centros de día...). También la situación de las personas con enfermedad mental, el apoyo a las mujeres que han sido víctimas de violencia de género, el maltrato infantil, el maltrato o desatención de personas mayores, las situaciones que viven las personas sin hogar...

Cada Sistema deberá seguir atendiendo con sus propios recursos aquellos casos que no comportan situación de necesidad según los criterios del otro Sistema



INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTOS COMPARTIDOS

La eficacia en la coordinación de servicios sociales y sanitarios requiere desarrollar una cultura organizativa y profesional compartida en materia de información, investigación, formación y evaluación.

EMPODERAMIENTO Y AUTOCUIDADOS

El Sistema de Salud y el de Servicios Sociales deben favorecer el empoderamiento de las personas afectadas, sus capacidades para el autocuidado, mediante estrategias de motivación y de aprendizaje para desarrollar en las personas y en su entorno las máximas capacidades de autocuidado.

2. COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA. MODELO ANDALUZ.

Modelo que propone Andalucía:

Modelo centrado en la persona que integre y valore en cada momento sus necesidades sociales y sanitarias y que garantice la continuidad del servicio prestado por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones sanitarias y sociales competentes, quienes deberán establecer los mecanismos necesarios para que dicha coordinación sea efectiva.

2.1. Beneficios potenciales de este modelo común de respuesta conjunta y efectiva:

- Mejorar la calidad de vida de las personas y sus familias.
- Garantizar la continuidad de los cuidados y la mejora de la calidad.
- Mejorar la capacidad de respuesta de los dispositivos asistenciales, sanitarios y sociales, ya que liberan recursos para un uso más apropiado.
- Garantizar el uso más racional de los recursos, incrementando la efectividad de la asistencia, así como la eficacia.



2.2. Condiciones sin las cuales no se puede avanzar:

- Restituir en los PGE el nivel acordado de financiación del SAAD y derogar la reducción del 13% del nivel mínimo.
- Derogar las disposiciones que realiza la Ley de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local en relación con la declaración de los servicios sociales de proximidad como servicios impropios.
- Restituir el recorte del 67% que ha sufrido el Plan Concertado en los 3 últimos años.
- Derogar el Real Decreto Ley 16/2012 que restringe el acceso a los servicios sanitarios y excluye diversos colectivos, así como establece sistema de copagos.
- Consensuar un volumen de gasto social y sanitario público que permita asegurar la financiación de ambos sistemas.

2.3. Consideraciones de la CIPS al “documento base para una atención integral sociosanitaria” del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

- Partir de un análisis de situación previa y comparada entre diversos modelos, e incluir un estudio del marco legislativo y organizativo previo.
- Mayor profundización y desarrollo de la construcción conceptual y metodológica del documento, y correcciones del lenguaje de género.
- Aunque se parte del supuesto de atención integral, se observa desarrollo limitado. La intervención conjunta social y sanitaria implica poner el énfasis en los determinantes sociales de salud, superando los aspectos estrictamente biomédicos, centrados en factores genéticos y biológicos. Visión global, bienestar humano en contextos sociales en los que vive.
- Garantizar la transferencia del poder de decisión y el empoderamiento de las personas como eje vertebrador de la intervención.
- Garantizar de forma diáfana la orientación universalista, redistributiva, equitativa y solidaria como principios inspiradores.
- Proponemos un árbol de valores y principios que encuadren la intervención respetando los valores y libertades de las personas, autonomía y responsabilidad.
- Advertimos del enfoque excesivamente asistencial, perdiendo rango la función integral que se pretende aplicar.
- Incorporar el papel de las personas cuidadoras y la necesidad de impulsar iniciativas de atención domiciliaria.



- Transversalidad y enfoque ético asistencial.
- Formación, investigación e innovación.
- Financiación.

3. INICIATIVAS CONCRETAS DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES EN ANDALUCÍA

3.1. Comisión Provincial de Coordinación Intersectorial para la tramitación de los Planes Individuales de Atención para personas con enfermedad mental grave

- Integrada por representantes del Sistema Sanitario Público, la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) y por la ASSDA.
- Tiene como objetivo **combinar el Plan Individual de Tratamiento (PIT)** del Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave del SAS **con el Plan Individual de Atención (PIA)** del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia.
- **La complejidad del abordaje** se concreta no solo en los tratamientos farmacológicos y psicológicos disponibles, sino en la **intervención en el entorno más cercano del paciente** y en otros sectores que le conciernen: necesidades sociales básicas, formación, inserción laboral, disponibilidad de recursos para el ocio, etc.
- **Las Comisiones Provinciales Intersectoriales estudian cada uno de los informes-propuesta para la incorporación a programas de FAISEM**, adecuando las peticiones por orden de prioridad, valorando el diseño de un programa individualizado en el que se establecen los objetivos que se pretenden alcanzar con el usuario y se supervisa el funcionamiento global de los programas de apoyo social, estudiando las plazas disponibles en cada uno de los mismos.

3.2. Proyecto RESISOR: Historia Social Regional Única

- Este proyecto nace con el objetivo de crear un **sistema de ventanilla única para los servicios sociales públicos en Andalucía**, mejorando la accesibili-



dad a información relevante sobre prestaciones sociales, sus requisitos de acceso y los medios de solicitud.

- Esta integración permite **simplificar la gestión de los servicios sociales**, ya que los documentos aportados por la persona usuaria en un procedimiento son válidos para otros, sin necesidad de nuevas peticiones o cruce de datos, evitando duplicidades, incongruencias o posibles fraudes.
- Se trata de una **integración y coordinación vertical entre las administraciones públicas competentes en servicios sociales**, lo cual redundará en la mejor calidad del servicio.
- Además, permite una **mejora en el seguimiento y evaluación del impacto** a través de la implementación de módulos estadísticos

3.3. Informe de Salud para la Valoración de la Situación de Dependencia

- Optimización de la gestión del Informe de Salud en el Procedimiento de resolución de la solicitud de la prestación para atención a la dependencia en Andalucía.
- Andalucía es la única comunidad autónoma que no exige la presentación del informe de salud junto con la solicitud, sino que es la propia Administración la que se encarga de obtenerlo, evitando molestias a la persona solicitante.
- En la actualidad, la obtención del informe de salud gracias a la utilización de la metodología LEAN de mejora de procesos ha permitido la optimización en los tiempos de gestión debido a la incorporación de cambios en el soporte digital Web. El nuevo procedimiento se ha integrado en soporte digital web que permite la cumplimentación y tramitación multiusuario entre los servicios sociales y de salud.
- Estos cambios permiten la cumplimentación digital del informe por las enfermeras de Atención Primaria del SAS y su tramitación entre los servicios sociales y de salud.



3.4. Servicio de Recordatorio de Citas médicas a través del Servicio Andaluz de Teleasistencia

- Fruto de la coordinación entre el Servicio Andaluz de Teleasistencia y Salud Responde, se ha puesto en marcha una nueva prestación para nuestras personas usuarias, consistente en recordar mediante una llamada de teléfono las citas médicas previamente solicitadas a través del propio servicio.

3.5. Coordinación entre el Servicio Andaluz de Teleasistencia y los Servicios de Emergencia

Tanto las demandas de asistencia sanitaria urgentes y emergentes como las demandas de consejo sanitario que llegan al SAT, se gestionan a través de una aplicación informática que permite la transmisión de información on line entre los servicios sanitarios (061 y Salud Responde) y el Servicio Andaluz de Teleasistencia. Dicha aplicación facilita el trasvase de forma automática, tanto de la llamada de la persona usuaria, como de los datos necesarios para la gestión de la demanda sanitaria, mejorando y optimizando el tiempo de gestión

LEY DE SERVICIOS SOCIALES EN ANDALUCÍA

POTENCIANDO EL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES, sin ocultar bajo la tela de la estrategia social y sanitaria el recorte de derechos o la reducción de prestaciones y servicios, y sin solapar el sistema social bajo el sanitario.

Esta Ley crea el Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía como el conjunto de servicios, recursos y prestaciones de las administraciones públicas de Andalucía o vinculados a las mismas, orientados a satisfacer el derecho de todas las personas en Andalucía a la protección Social.

Actuará en coordinación y cooperación con otros sistemas y políticas públicas que inciden en la calidad de vida y en el bienestar de la población, especialmente con el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Vendrá a regular aspectos claves que situarán en el mismo plano ambos sistemas:

- Garantiza derecho universal a los servicios sociales.
- Ordena y regula el Sistema Público de Servicios Sociales.
- Ordena el papel de la iniciativa privada y social.
- Garantiza herramientas necesarias para mayor eficacia y calidad.



PONENCIA II

La atención sociosanitaria: derecho de ciudadanía. Decálogo para una estrategia de Coordinación y atención sociosanitaria³

Agustina Hervás de la Torre

Trabajadora Social Sanitaria. Presidenta Asociación Española de Trabajo Social y Salud
presidencia@aetrabajosocialysalud.es



³ Parte de esta ponencia fue presentada en el XII Congreso de Trabajo Social y Salud celebrado en Mayo de 2015 en Madrid. La ponencia de este congreso está publicada en la Revista de Trabajo Social y Salud nº 81, con el título "La coordinación sociosanitaria y la atención a la cronicidad: El derecho del/la paciente a una atención integral e integrada".



Resumen

Partiendo de la definición de ciudadanía como conjunto de derechos y deberes de las personas, entendemos que el derecho a la salud forma parte de la ciudadanía. Para dar una correcta atención a la salud de la población es preciso realizar una coordinación sociosanitaria y prestar una atención sociosanitaria, de esta manera ambas acciones son un derecho del paciente.

En esta ponencia se trata de diferenciar y definir los dos conceptos. La coordinación sociosanitaria es el espacio de trabajo de profesionales, que además no es nuevo, ya en el nacimiento de la atención primaria hace 30 años, se proponía la coordinación sociosanitaria y se identificaba al trabajador social como profesional impulsor de este espacio de coordinación dentro del equipo de salud. Por su parte, la atención sociosanitaria es el compromiso de las administraciones sanitarias y de servicios sociales, para dar respuesta a aquellas personas que por tener patologías clínicas y dificultades sociales a la vez, requieren simultáneamente de estas atenciones.

Para sentar las bases de cómo debe ser esta atención sociosanitaria, las organizaciones profesionales expertas en la materia, el Consejo General del Trabajo Social y la Asociación Española de Trabajo Social y Salud, hemos elaborado un Decálogo sobre los puntos en los que se debe basar una buena estrategia de atención sociosanitaria.

Palabras Clave

Trabajo Social Sanitario, coordinación sociosanitaria, atención sociosanitaria, atención integral a la salud.



INTRODUCCIÓN

La palabra ciudadanía es de total actualidad, pero generalmente la utilizamos para referirnos a un conjunto de ciudadanos, sin tener en cuenta cual es su significado real. Ciudadanía es el **conjunto de derechos que tienen las personas** como sujetos **y los deberes que de ellos se derivan**.

El sociólogo británico Tomas H. Marshall en su ensayo sobre "Ciudadanía y Clase Social " (REIS 1997) hace una evolución del concepto desde el S. XVIII, donde los derechos civiles, referidos a la libertad y la propiedad, eran los que constituían la ciudadanía. En el S.XIX son los derechos políticos, ligados al voto y a la organización social, y en el S.XX los derechos sociales ligados al bienestar social. Para **Marshall, ciudadanía es el conjunto** de esos tres **derechos, civiles, políticos y sociales**, y en estos últimos andamos aún en el S.XXI. El derecho a la salud mediante una atención bio-psico-social, mediante una atención integral sin brechas ni fisuras, es uno de esos derechos sociales.

Para esta atención integral a la salud sin fisuras, se requiere de la atención y coordinación socisanitaria y podemos afirmar entonces, que la coordinación sociosanitaria no es solo un objetivo profesional, ni sólo un modelo de trabajo, es un derecho del paciente puesto que son necesarias para atender la salud.

Un derecho al que nos ha llevado la propia evolución del concepto de salud, evolución conocida por todos y que ha estado condicionada por el momento histórico, la cultura, el sistema social y el nivel de conocimientos. En el momento actual se quiere observar un plano integrador de la sociedad y el hombre en el concepto de salud.

Es así como se habla de: coordinación sociosanitaria, atención sociosanitaria, espacio sociosanitario, estrategia sociosanitaria, nombres que desde hace unos años están en el vocabulario de profesionales, políticos, medios de comunicación y población en general. Hasta el punto que se define como un nuevo objetivo a conseguir por parte de los diferentes sistemas de protección. ¿O habría que hacer un sistema de protección nuevo? (Hervás, A. 2014).

Realmente no estamos hablando de nada nuevo, la coordinación sociosanitaria, junto con el abordaje comunitario y la educación para la salud fueron los elementos clave en el desarrollo del modelo de Reforma de la Atención Primaria en nuestro país hace 30 años (Real Decreto 137/84 sobre Estructuras Básicas de



Salud). Aunque se ha hablado mucho de ello, su desarrollo se ha visto plagado de obstáculos, podríamos hablar de resistencias profesionales pero sobre todo de falta de interés político.

En la actualidad continuamos hablando de coordinación sociosanitaria en la atención a la salud y para los trabajadores sociales no es nada nuevo, es nuestro espacio de trabajo profesional. Pero llegados a este punto creo conveniente hacer una diferenciación en los términos, me parece necesario distinguir entre coordinación sociosanitaria y atención sociosanitaria.

COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como: “la necesidad de una acción intersectorial, es decir, la acción en la que el sector salud y los demás sectores pertinentes colaboran para el logro de una meta común mediante una estrecha coordinación de las contribuciones de los diferentes sectores”. Desde mi punto de vista este es el espacio profesional donde nos movemos los trabajadores sociales, tanto de salud como de servicios sociales, entendidos estos en sentido amplio (municipales, de educación, de justicia, de mayores, de discapacitados...). Somos los profesionales de enlace que coordinamos acciones entre sistemas y con otros profesionales.

Sancho Castiello (2000) también diferencia ambos términos, aunque él se centra más en las situaciones de dependencia y por ello, dice que la Coordinación Sociosanitaria se puede definir como un “conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia”.

Vázquez Vázquez en la entrevista que mantiene con Carmen Verde (2012) sobre la creación de un subsistema socio sanitario, habla de dos niveles de coordinación. “El nivel micro, el que como profesionales realizamos todos los días entre nosotros, con otros compañeros y compañeras”.

La coordinación sociosanitaria debe ser intersectorial en función de las necesidades que presente la persona y los objetivos marcados en el plan de trabajo, a modo de ejemplo, en el trabajo con personas mayores lo habitual es plantear acciones entre el sector salud y de servicios sociales, pero en el trabajo con menores



desde salud necesitaremos acciones además entre servicios educativos y servicios sociales, y si nos situamos en el trabajo para la integración social de personas con una discapacidad, probablemente los servicios mas implicados serán además los de empleo y los servicios sociales.

En definitiva hablamos de un **espacio de trabajo profesional** del día a día, donde se consensuan y priorizan los objetivos referidos al plan de trabajo con las personas que atendemos, así como las acciones que cada entidad va a llevar a cabo para conseguir dichos objetivos.

Este espacio profesional esta limitado por las capacidades de acción de cada profesional, referidas estas a las propias limitaciones profesionales que marca la entidad a la que se debe. Este espacio de trabajo propicia por tanto un trabajo en red interprofesional e intersectorial, donde se incluyen también entidades privadas y el tercer sector. Así lo consideran también González, Cascales, Ferrer, Morro e Ibáñez (2013), que afirman que la coordinación podría entenderse como la suma de acciones para conseguir un objetivo común, e implica un trabajo en red con el que se consiguen evitar duplicidades y rentabilizar los recursos, facilitando la continuidad asistencial.

Teniendo en cuenta que la salud de las personas está influenciada por diferentes determinantes, entendemos que las necesidades de distinta índole que se plantean no pueden ser atendidas en su totalidad por los servicios sanitarios, se requiere de la intervención de otros sistemas, es por ello que la coordinación sociosanitaria, ese espacio de intervención profesional que planteamos es clave, pues nos va a permitir optimizar las actuaciones y recursos de cada uno, además de mejorar la intervención.

Es aquí donde los⁴ trabajadores sociales sanitarios somos expertos, tenemos conocimientos actualizados de los sistemas, sanitario, de servicios sociales, educativo...así como de los recursos sociales de distinta titularidad. Además estamos formados en las técnicas de trabajo en equipo, gestión de casos, etc. Todo ello nos permite ser el profesional que impulsa la coordinación sociosanitaria en beneficio de los usuarios del Sistema Sanitario, no en vano debo recordar que la figura de el Trabajador Social de Atención Primaria de salud se planteó como un profesional de enlace formado para impulsar e iniciar la coordinación sociosanitaria, así como para desarrollar, junto al resto del equipo de atención primaria, la relación con las

4 En la redacción de esta ponencia se opta por utilizar el masculino como genérico para facilitar su lectura.



distintas entidades y asociaciones de la comunidad desde 1985. (Regato, P.; Domínguez, J.; Sancho, M.2009). Actividades que como podemos ver en el estudio citado, son reconocidas por otros profesionales del medio sanitario y actividades que ya venían realizando los trabajadores sociales de hospital que, al igual que los compañeros de atención primaria, aportan la visión de lo psicosocial a los equipos, favorecen la atención integral, son el enlace con la comunidad y lideran el trabajo comunitario.

ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

Centrémonos ahora en diferenciar esta otra acepción con respecto de la primera, para ello creo necesario hacer referencia a la ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Esta ley habla de la prestación sociosanitaria y la define como “la atención que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características, pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”.

Desde mi punto de vista esta Norma española nos está definiendo la atención sociosanitaria y es sobre este aspecto sobre el que el Ministerio y las diferentes Consejerías de Salud están definiendo sus estrategias.

Todos estamos de acuerdo, y ya se ha mencionado, que la salud de las personas está condicionada y determinada por multitud de factores y la atención a esa salud requiere la definición de estrategias intersectoriales que se traduzcan en oportunidades de salud y calidad de vida, esto implica además, trascender los límites de la coordinación sociosanitaria como espacio profesional y lograr sinergias que reafirmen los esfuerzos y recursos disponibles. Para ello se necesita de un trabajo conjunto, colaborativo y con beneficios para todos los partícipes, que proporcione mejoras en la salud y el bienestar social. Requiere por tanto una **voluntad expresa y un marco formalizado de compromisos y responsabilidades compartidas por parte de las administraciones**.

Es en esta línea en la que M. J. Vázquez (en Verde 2012), habla una coordinación a nivel macro, donde un sistema debe ser complementario del otro, donde es imprescindible la implicación y la dedicación de los responsables de ambas administraciones, que se plasme en una planificación, en unos protocolos, en unos itinerarios dotados de contenido real.



Porque como decíamos en el último congreso de trabajo social y salud, el paciente tiene derecho a recibir un tratamiento coordinado, a no tener que hacer recorridos asistenciales “laberínticos”, a que sus necesidades sean atendidas de la manera más eficaz, y además, el derecho como ciudadano a que sus impuestos sean utilizados en la generación de servicios eficaces y sostenibles. Estamos hablando entonces de políticas estatales y autonómicas que definan planes y acuerdos sobre las prestaciones de la atención sociosanitaria.

La implementación al cabo de los años, de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, ha puesto de manifiesto la necesidad de coordinar, complementar e integrar las actuaciones de los servicios sociales con los sanitarios en determinados casos de personas dependientes y otros colectivos. Los diseños y modelos de intervención pueden variar, pero el punto de partida siempre es la necesidad de la persona de utilizar simultáneamente servicios sanitarios y sociales en un momento de su vida, por tanto estos dos sistemas deben actuar de forma conjunta y complementaria en su respuesta.

El año pasado en la primera jornada de Coordinación entre Sistema de Servicios Sociales y Sistema Sanitario, ya hablábamos de cómo el Consejo Asesor de Sanidad en 2013 hacia un “Informe de Atención Sociosanitaria”, y el IMSERSO en 2014 hizo un borrador de una propuesta para una “Estrategia de Atención y Coordinación Sociosanitaria” y veíamos las diferencias entre ellos.

El primer documento lo que estaba planteando claramente era una GESTIÓN DE CUIDADOS (care management o managed care), diseñada para evitar o acortar la hospitalización y reducir sus costes (en Hervás de la Torre 2014). El Imserso en su propuesta planteaba cinco puntos a tratar: perfil de la persona a atender, catálogo de servicios, requisitos básicos comunes, instrumentos de coordinación y sistemas de información compartida y también hablaba de cómo debería ser la financiación pero de manera poco definida.

Ante esta amalgama de documentos, el Consejo General del Trabajo Social y la Asociación Española de Trabajo Social y Salud decidimos unir fuerzas y trabajar conjuntamente. Solicitamos una entrevista al Director General del IMSERSO para hablar sobre el documento y en ella nos pidió que le presentáramos nuestras alegaciones.

Puestos manos a la obra presentamos el documento en el primer trimestre de este año. Tras este trabajo, desde nuestra asociación, consideramos que era



importarte dar a conocer nuestra opinión sobre lo que debe ser una Estrategia de Atención Socio Sanitaria, por lo que definimos los diez puntos básicos de la atención sociosanitaria.

El Consejo General apoyó esta propuesta y las dos organizaciones publicamos el **DECÁLOGO PARA UNA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA**, de manera que los trabajadores sociales, como colectivo profesional cuyo espacio de intervención es la coordinación sociosanitaria y conocedores de las necesidades reales de atención sociosanitaria de la población, proponemos que:

1. La atención sociosanitaria sea el resultado de coordinar e integrar prestaciones, servicios y recursos de los sistemas de salud y servicios sociales. Se entiende por ello todos aquellos dispositivos públicos o privados que dependan de alguna manera de financiación, autorización, supervisión o cualquiera otra tutela encomendada a las administraciones públicas responsables finales de los servicios sociales y sanitarios que se prestan a los ciudadanos.

2. Que garantice la continuidad de la atención que las personas deben recibir como un todo integrado. Esto solo será posible cuando la atención social y sanitaria, es decir sociosanitaria, actuando de forma sinérgica, mediante el conjunto de los dispositivos de ambas redes asistenciales, permita a los ciudadanos transitar por ambos sistemas de forma fluida y sin solución de continuidad.

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



4. El perfil de la persona con necesidades sociosanitarias sea el de cualquier ciudadano que en un momento de su vida necesita recibir atención sanitaria y social de forma coordinada y/o integrada. Esta atención puede ser temporal o permanente. No todas las personas con patologías clínicas o sociales de los grupos que se pudieran priorizar son susceptibles de atención sociosanitaria, sino solo aquellas que reúnen a la vez patología clínica y problema social añadido. Esto quiere decir que los sistemas deberán seguir atendiendo con sus propios recursos aquellos casos que no comportan situación de necesidad según los criterios del otro sistema. Reconocemos la necesidad de avanzar partiendo inicialmente del conjunto de los perfiles de ciudadanos que se incluyen en el binomio cronicidad dependencia.

5. Las carteras y catálogos de servicios sanitarios y sociales sean los existentes o que se puedan crear en cada sistema asistencial. Mediante la coordinación sociosanitaria lo que se acuerda es implementar servicios existentes en un sistema con prestaciones del otro sistema, dando un carácter más holístico a la prestación recibida por el usuario, con especial interés en aquellos que facilitan la permanencia de las personas en sus domicilios y el apoyo a sus cuidadores. Los servicios y centros que presten atención sociosanitaria corresponderán siempre a alguna de las dos redes asistenciales. Los servicios o unidades que dentro de ese dispositivo presten atención sociosanitaria tendrán autorización, financiación, y evaluación de ambas redes. Los catálogos de centros y servicios de los sistemas de salud y servicios sociales harán constar las prestaciones, servicios, unidades o centros que dispensan atención sociosanitaria. No parece conveniente establecer un catálogo específico de centros sociosanitarios, por la apariencia que ello implica de una red alternativa. Reclamamos que la prioridad de los cuidados en el domicilio debe ser real y para ello es necesario un esfuerzo de reorientación de servicios y recursos en esta dirección.

6. Los requisitos básicos comunes para los dispositivos de atención sociosanitaria en el territorio español sean el fruto del consenso de las Comunidades Autónomas que decidirán en el ámbito de sus competencias la atención sociosanitaria que prestan y los servicios y centros donde la ubican, para lo que establecerán criterios de común acuerdo. Sin embargo, en el momento actual es más importante desarrollar procesos de coordinación, que hacerlos coincidir, dada la diversidad de situaciones y experiencias que maneja cada Comunidad Autónoma.



7. Los instrumentos básicos que deben garantizar una auténtica coordinación sociosanitaria son fundamentalmente dos:

- a) **Estructura** y órganos formados por directivos, gestores y técnicos de ambos sistemas que, trabajando juntos, realizan procesos y procedimientos compartidos y que asumen la responsabilidad de su puesta en funcionamiento y el seguimiento de los mismos.
- b) **Metodología de trabajo** común basada en la Gestión de Procesos y Gestión Compartida de Casos que establezca herramientas comunes: guías, procesos, procedimientos y protocolos. Cualquier dispositivo, servicio, prestación o recurso sociosanitario necesita tener protocolizado todo el proceso de acceso y alta del mismo, dado que van a intervenir dos redes diferentes que deben garantizar de forma unívoca la atención y la continuidad de los cuidados.

8. Un sistema de información compartido basado en la interoperabilidad de los sistemas existentes o en la creación de una interface de uso común es muy recomendable. Compartir la información es una herramienta fundamental para desburocratizar las actuaciones y rentabilizar las actuaciones individuales de los profesionales.

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

10. Consideramos que **reducir la Estrategia Sociosanitaria a un acuerdo con las grandes empresas del sector**, para el trasvase de personas con enfermedad crónica y dificultad social a sus centros sociosanitarios, **es un peligro que reiteramos**. Insistimos en que solo la fortaleza de los sistemas públicos asistenciales, garantiza el acceso sin discriminaciones y la atención integral al conjunto de la ciudadanía, y muy especialmente a la población más frágil. Y recordamos que no contar con servicios públicos significativos y consolidados, lleva directamente a dejar el sector en manos de los mercados y los mercaderes.



Este decálogo lo podéis encontrar en la web de nuestra asociación www.aetra-bajosocialysalud.es y se ha dado a conocer en los servicios de salud de las CCAA.

Desde nuestra asociación continuamos trabajando en estos temas y hace unos días hemos presentado un **MANIFIESTO POR LA COORDINACIÓN Y ATENCIÓN SOCIO SANITARIA**, firmado junto con la Federación de asociaciones en defensa de la sanidad pública (FADSP) y la Asociación estatal de directores y gerentes de servicios sociales (AEDGSS). Las tres organizaciones hemos hecho una presentación del manifiesto a la prensa y estamos en proceso de presentarlo a los distintos partidos políticos que se presentan a las próximas elecciones.

MANIFIESTO POR LA COORDINACION Y LA ATENCION SOCIO SANITARIA

Las tres organizaciones profesionales aliadas en la defensa de los sistemas públicos de salud y de servicios sociales -Federación Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (AEDGSS) y la Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSyS)- presentamos este manifiesto que recoge las propuestas sobre “La Estrategia de Atención Sociosanitaria”, que deseáramos que fuesen asumidas por los grupos políticos que concurrirán a las próximas elecciones generales.

La coordinación y la atención sociosanitaria afectan a la vida de cientos de miles de personas que necesitan servicios sanitarios y sociales, porque confluyen en ellas la enfermedad -o sus secuelas- junto a dificultades en la autonomía personal, la convivencia, la inclusión o la participación social. Pueden ser personas mayores con dependencia, personas con enfermedad mental y discapacidad, personas adultas con enfermedades degenerativas, niños, niñas enfermos en situación de semi-abandono o mujeres que sufren malos tratos, personas con enfermedad y sin hogar... todo un elenco de situaciones de sufrimiento, que pueden modificarse con la coordinación sociosanitaria.

Nos consta la escasa repercusión que han tenido los diferentes documentos elaborados, o solicitados, por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Y nos consta también que se ha utilizado un lenguaje confuso, en el que no aparecen con claridad los diferentes intereses que existen



en el modelo de atención sociosanitaria. Intentamos aclarar algunos de ellos a través de una síntesis de los **antecedentes**:

- Existe un mandato legal sobre la coordinación sociosanitaria, tanto en la legislación del sistema de salud, como del sistema de servicios sociales⁵. Simplemente es un mandato que, con pocas excepciones, no se ha estructurado en la práctica.
- Las Comunidades Autónomas han impulsado algún tipo de atención socio-sanitaria, cada una en función de su capacidad y sus modelos de planificación y gestión de los servicios sanitarios y sociales. No existe una atención sociosanitaria con mínimos comunes a nivel estatal.
- El sistema de servicios sociales es sensiblemente más frágil que el de salud. Tiene mayor escasez de recursos y prestaciones y mayor burocracia, características que siguen limitado severamente su capacidad.
- Han irrumpido en el “espacio sociosanitario” las grandes empresas, decididas a cubrir el nicho de negocio que suponen la enfermedad crónica y la dependencia, desde una posición de poder e influencia, bien diferente a la de las organizaciones sociales que ya en el siglo XX, prestaban servicios sociales, o complementaban algunos servicios de salud...

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, un año después de la presentación del Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria (2011), inició un proceso de consultas y elaboración de informes para articular una estrategia de atención y coordinación sociosanitaria, cuyo resultado es hasta el momento un “Documento base para una atención sociosanitaria integral”.

Simultáneamente se producía un “tsunami” de recortes en los servicios públicos sanitarios y sociales, cuyas consecuencias en la ciudadanía están siendo de una gravedad incommensurable⁶, abriendo de par en par las puertas a la mercantilización de servicios de ambos sistemas, especialmente a los lobbies empresariales cada vez más interesados en las oportunidades de negocio que se presentan con el debilitamiento de servicios públicos esenciales. Un negocio, cuya base son los grandes centros de coste (hospitales y residencias) que se co-financian con fondos públicos y a los que se sumarán las aportaciones de quienes necesiten estos servicios y puedan pagarlos. La

5 Ley de cohesión y calidad del sistema nacional de salud (2003), Ley de Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia (2006), Leyes Autonómicas de Servicios Sociales (2006-2015), Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (2012)...

6 Ver el XV Dictamen del Observatorio de la Dependencia y el Informe sobre el Estado Social de la Nación 2015: www.directoressociales.com/, así como el documento “Los servicios sanitarios de las CC. Autónomas-Informe 2015”, de la Federación de AA para la Defensa de la Sanidad Pública <http://www.fadsp.org/>



amenaza de no contar con la cobertura de los servicios públicos, está llevando al florecimiento de un negocio vinculado al anterior: el de los ahora llamados “seguros complementarios” para la cobertura privada de la enfermedad, las pensiones, la dependencia, etc.... Los recortes, y la extensión de la pobreza, han favorecido además que las mujeres sigan prestando cuidados familiares, cada vez más complejos y devastadores para su calidad de vida.

La excusa ha sido la “sostenibilidad”, la crisis, el déficit público... que han servido para justificar la vulneración derechos sociales reconocidos en las legislaciones sanitaria y social, para asegurar que la privatización, o la entrega de la gestión, son soluciones mágicas para abaratar los servicios y enriquecer las arcas privadas.

En este contexto, entendemos que es imprescindible **tener en cuenta los riesgos** que pueden producirse:

- Minimizar el papel de los sistemas públicos de salud y de servicios sociales, como responsables de la coordinación sociosanitaria y garantes de la calidad de las prestaciones.
- No invertir en la estrategia de coordinación y atención sociosanitaria.
- Mantener los desequilibrios entre los dos sistemas, no paliar carencias de cobertura y mantener, o disfrazar, los recortes presupuestarios. Debilitar el sistema de servicios sociales, poniendo sus escasos recursos al servicio de la necesidad de liberar camas hospitalarias.
- Minimizar el papel de la atención primaria en salud y en servicios sociales, olvidando que la mayor parte de las personas que necesitan simultánea o sucesivamente prestaciones sanitarias y sociales, viven en sus hogares.
- Reducir la atención sociosanitaria al trasvase de personas de los hospitales a residencias, entregando a las grandes empresas del sector la gestión de los “centros sociosanitarios”.
- Mantener el mandato legal de coordinación sociosanitaria, sin una política de estado que garantice atención sociosanitaria de calidad en todos los territorios.

Reiteramos que el objetivo de la atención sociosanitaria se concreta en **mantener o mejorar la calidad de vida de las personas que presentan, de forma simultánea o sucesiva, enfermedad, dependencia y dificultades sociales, mediante la atención integrada de los servicios sanitarios y sociales**. Añadimos que la coordinación sociosanitaria puede reducir costes, ser



más eficiente, eliminar -o al menos reducir- consultas y ser muy apreciada por las personas usuarias. No crea un nuevo sistema, sino utiliza y coordina los dos sistemas públicos ya existentes. Pero estos beneficios no se producen a corto plazo.

Las tres organizaciones profesionales firmantes del documento, plantean **líneas irrenunciables para la coordinación y la atención sociosanitaria**⁷:

- **Es responsabilidad pública garantizar los derechos sanitarios y sociales.** Corresponde a la Administración Pública adoptar las decisiones sobre la estrategia de atención sociosanitaria, la planificación, el procedimiento de acceso a las prestaciones, la provisión de servicios⁸, la fiscalización e inspección y la evaluación.
- **La coordinación sociosanitaria exige una inversión tecnológica**, que haga posible la interoperabilidad de los sistemas informáticos para compartir la información, establecer un plan integrado de cuidados sanitarios y sociales y favorecer la participación de las personas usuarias y sus cuidadoras.
- **La estrategia de coordinación y atención sociosanitaria debe establecer un conjunto de medidas transitorias**, que palién los desequilibrios de cobertura entre los sistemas de salud y de servicios sociales y favorezca la coordinación interna entre la atención primaria y la especializada. Son medidas para resolver demandas urgentes, que a su vez deben inscribirse en la visión y la planificación a largo plazo⁹.
- **La atención primaria, en salud y en servicios sociales, es prioritaria: son los servicios de apoyo en el entorno vital de las personas.** Son servicios de proximidad que necesitan todas las personas con enfermedad y dificultades de autonomía o convivencia – también sus cuidadoras familiares- para continuar viviendo en su hogar y para disminuir ingresos hospitalarios, evitables con cuidados domiciliarios y servicios diurnos adecuados e integrales.
- **Los sistemas públicos de Servicios Sociales y de Salud son responsables de la financiación, la organización y la calidad de sus prestaciones.** El catálogo de prestaciones de atención sociosanitaria no es más que la parte del catálogo de referencia o cartera de servicios existente

7 Tres de ellas recogidas textualmente del “Decálogo para una estrategia de coordinación y atención sociosanitaria”. Ver en www.aetabajosocialysalud.es

8 Los “planes sociosanitarios”, con algunas excepciones, no han tenido ni la coherencia, ni la persistencia, necesarias, a pesar de los éxitos de la mayoría de las experiencias piloto.

9 Los “planes sociosanitarios”, con algunas excepciones, no han tenido ni la coherencia, ni la persistencia, necesarias, a pesar de los éxitos de la mayoría de las experiencias piloto.



en uno y otro sistema, que afecta a personas concretas con necesidades de apoyo sanitario y social.

La garantía de continuidad de atención, que las personas deben recibir como un todo integrado, solo será posible cuando la atención social y sanitaria, articulada en un plan de cuidados compartido y contando con los dispositivos de ambas redes asistenciales, permita a la ciudadanía transitar por ambos sistemas de forma fluida y recibir las prestaciones integradas en el momento en el que se necesitan, y con la máxima calidad y calidez. En este sentido hay que desarrollar una red de atención sociosanitaria pública.

Son instrumentos básicos que pueden garantizar una buena atención sociosanitaria:

- **Estructura y órganos de coordinación, en todos los niveles** (directivo, gestor y profesional, de ambos sistemas) que compartan procesos y procedimientos y que asuman la responsabilidad de su puesta en funcionamiento y evaluación.
- **Metodología de trabajo común** basada en la Gestión de Procesos y Gestión Compartida de Casos que establezca herramientas comunes: guías, procesos, procedimientos y protocolos de acceso y alta para garantizar la continuidad de los cuidados.
- **Sistema de información compartido**, con acceso a los datos significativos para la coordinación y elaboración del plan de cuidados y prestaciones, mediante la interoperabilidad de los sistemas existentes o con la creación de una interface de uso común.

Por último: hay miles de profesionales, que cada día trabajan para mejorar la atención social y sanitaria de las personas más frágiles y para mejorar su calidad de vida. Hay cientos de miles de personas, y familias, que tienen capacidad para el autocuidado y para participar activamente en los planes para limitar su sufrimiento y para aumentar su calidad de vida. Todavía falta una sólida política, estatal y autonómica, de coordinación y atención sociosanitaria que les aliente y apoye.

Como conclusión podemos señalar que tanto la Coordinación Sociosanitaria, como la Atención Sociosanitaria que definimos los profesionales de Trabajo Social Sanitario, lo que ponen de manifiesto es el **tratamiento integral de la salud centrado en la persona y no en la enfermedad**, que como decía al comienzo de mi exposición, es un derecho social inseparable del **conjunto de derechos que conforman hoy día la ciudadanía**.



BIBLIOGRAFIA

- Consejo Asesor de Sanidad. (2013). "Coordinación y Atención Sociosanitaria. Informe". Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.
- Gonzalez, S., Cascales, A., Ferrer, N., Morro, L., Ibañez, R. (2013). "Intervención social y coordinación en un servicio de urgencias de nivel I". Revista Trabajo Social y Salud nº 73. Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Zaragoza.
- Hervás de la Torre, A. (2014). "Sistema de Protección Social: La Salud". Revista Servicios Sociales y Política Social, 105. Consejo General del Trabajo Social. Madrid.
- Hervás de la Torre, A. (2014). "Implicaciones del Trabajo Social Sanitario en la Coordinación Sociosanitaria y la Gestión de Casos". Revista Trabajo Social y Salud nº 78. Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Zaragoza.
- IMSEERSO. (2014). (BORRADOR). "Estrategia para una Atención y Coordinación Sociosanitaria". Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Madrid.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 128 de 29 de mayo de 2003
- Marshall, Thomas H. (1997). "Ciudadanía y Clase Social". Revista Española de Investigaciones Sociológicas nº 79. CIS. Madrid.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid.
- Ministerio De Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España. Madrid.
- Regato Pajares, P.; Domínguez Bigador, J.; Sancho Castiello, M. (2009). Cap. 8. "Coordinación sociosanitaria y abordaje comunitario en Atención Primaria" en: Proyecto de Investigación: La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Navarro López, V.; Martín- Zurro, A. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona.
- Sancho Castiello, M. (2000). "La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones del Defensor del Pueblo e informes de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología. ED. Defensor del Pueblo: Informes, Estudios y Documentos. Madrid.
- Verde Diego, C. (coord.) (2012). "Contactad@s. ¿Qué piensas de la creación de un subsistema Socio-Sanitario". Revista de Servicios Sociales y Política Social nº105. Consejo general del Trabajo Social. Madrid.



PONENCIA III

La Coordinación entre los Sistemas de Salud y Servicios Sociales desde la Atención en los Servicios Sociales de Urgencias.

Líneas de actuación del Consejo General del Trabajo Social frente a la estrategia de coordinación y atención sociosanitaria

Ana Isabel Lima Fernández

Presidenta del Consejo General de Trabajo Social

presidencia@aetrabajosocialysalud.es





Resumen

Este texto trata de recoger algunas líneas de actuación del Consejo General del Trabajo Social en torno a la coordinación y la atención sociosanitaria basándose en tres ejes, la defensa de los dos Sistemas de Protección Social, las propuestas de planificación de cara a la estrategia de coordinación y atención sociosanitaria que prepara el gobierno y las propuestas para la mejora de la acción profesional en ese ámbito. Estas líneas de actuación se hacen eco de otras acciones internacionales de la organización profesional.

Palabras clave

Trabajo social, coordinación, atención integral, Sistemas de Protección Social, Sistema Sanitario, Sistema de Servicios Sociales, gestión del caso, atención centrada en la persona, contexto social.

INTRODUCCIÓN

El desafío de la cronicidad y la necesidad de coordinación y atención integral entre los Sistemas de Servicios Sociales y Sanitarios no dejan impasible al Trabajo Social como profesión ya que son dos ámbitos de atención importantes para ella, además, la coordinación es un espacio profesional que forma parte de la cultura de la intervención social.

En el Sistema de Servicios Sociales los y las trabajadores y trabajadoras sociales son los “*profesionales de referencia*” de la Atención Primaria, además, forman parte de los equipos multidisciplinares de la atención especializada y en el Sistema de Salud, forman parte de equipos multidisciplinares aportando mayor sentido a la concepción biopsicosocial de la salud. Por otro lado, las personas usuarias de estos sistemas tienen derecho a una atención de calidad que procure la autonomía y la reinserción social desde la continuidad en la atención y el trabajo en red.

El trabajo social tiene un papel histórico de enlace entre los distintos sistemas y ámbitos de intervención donde ejerce, es por ello que hay que abordar esta estrategia desde el valor que aportamos con la experiencia acumulada en nuestras metodologías de intervención centradas en la persona, de trabajo en red, de atención grupal y comunitaria.



Para que la coordinación sociosanitaria funcione, no solo hay que hablar de atención sino que son muy importantes la prevención, la educación para la salud, el contexto social, de las redes de apoyo y las condiciones de la vivienda.

Los/as trabajadores/as sociales aportan el valor añadido en su intervención de la realización de una valoración y diagnóstico social, además tiene en cuenta para hacerlos el ámbito de “lo relacional”, el trabajo con las redes sociales desde el contexto social, el conocimiento y la gestión de los recursos necesarios que deben incluirse en el pronóstico social. Asimismo, en el área de la atención individual para esta profesión es importante poner el acento en el cuidado centrado en la persona como punto de partida y eje de la intervención, esa mirada requiere que se atienda la necesidad de confort y apoyo emocional, el respeto a los valores y preferencias, encargarse de que la información sea clara y se comprenda y fomentar la autonomía a la hora de tomar decisiones, ya que entendemos que la autonomía y la participación de la persona en el proceso de intervención sanitaria y social es un derecho humano y un valor ético central.

Desde el Consejo General y los Colegios Profesionales de Trabajo Social se trabaja por contribuir a garantizar una buena praxis en general a la ciudadanía y a las instituciones, por ello, en el ámbito de la coordinación socio sanitaria se han establecido unas líneas de acción basadas en tres ejes fundamentales, uno de ellos consiste en la defensa de los dos Sistemas de Protección Social como públicos, universales y de calidad, otro, consiste en la elaboración de diferentes propuestas de planificación de cara a la estrategia de coordinación y atención socio sanitaria que prepara el Gobierno y el último, consiste en la elaboración de propuestas de cara a la mejora de la acción profesional en ese ámbito.

1. LA ACCIÓN SOCIAL POR LOS SISTEMAS DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES

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

La Marea Blanca en Defensa de Sistema de Salud y la Marea Naranja en Defensa del Sistema de Servicios Sociales. Además, el 10 diciembre de 2014, se acudió al Parlamento Europeo con personas afectadas por los recortes sociales a presentar varios informes de denuncia de la vulneración de los Derechos Humanos a con-

secuencia de las medidas de austeridad, de esta iniciativa se puso en marcha la Campaña “Derechos Sociales por la Dignidad”, Consejo General de Trabajo Social 2014-2016)¹⁹.



2. COORDINACIÓN ENTRE EL SISTEMA SANITARIO Y DE SERVICIOS SOCIALES.



Desde 2013 el Gobierno ha ido elaborando varios documentos sobre la nueva estrategia de coordinación y atención sociosanitaria que se irán exponiendo por orden cronológico:

2.1. “Informe de atención sociosanitaria”

El Consejo Asesor de Sanidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad elaboró un primer documento en 2013 denominado “Informe de atención sociosanitaria”, en ese documento no hubo participación de ningún agente del ámbito social. Desde el Consejo fue analizado suscitando muchas dudas en torno a cuestiones como la forma en que se establecería la colaboración público-privada, las diferencias de co-pago entre los dos sistemas o la ambigüedad a la hora de definir el abordaje de la intervención a través de una figura de gestor de casos o comisiones de trabajo.

En nuestra opinión, parecía que este documento anteponía los criterios económicos ante la necesidad de atención, era reduccionista a profesiones sanitarias y no vinculaba la atención a equipos interdisciplinares.

¹⁹ Consultar campaña en <http://www.cgtrabajosocial.es/noticias/arranca-la-campana-derechos-sociales-por-la-dignidad/2727/view>



2.2. "Modelo de atención y coordinación sociosanitario"

A consecuencia del análisis del primer documento mencionado, desde el Consejo se decidió solicitar una entrevista con responsables del gobierno para mostrar nuestra posición, se nos recibe desde el IMSERSO y se acuerda elaborar una estrategia de consulta para el nuevo documento denominado "Modelo de atención y coordinación sociosanitario", que estaba trabajando con las Comunidades Autónomas.

El Consejo General invita a la Asociación Española de Trabajo Social y Salud y a todos los Colegios de Trabajo Social a formar parte del grupo de trabajo de análisis del documento y se organizan dos mesas profesionales para la coordinación entre los sistemas social y sanitario, una se realiza en 2014 y otra en 2015. Fruto del trabajo en las mesas se elaboran dos documentos:

- Enmiendas al documento planteado que nos facilita el IMSERSO.
- Decálogo para una Coordinación y Atención Sociosanitaria. En el documento del decálogo se abordan los puntos clave desde la profesión:
 1. Atención sociosanitaria
 2. La garantía de continuidad de la atención
 3. La financiación
 4. El perfil de las personas con necesidades sociosanitarias
 5. Las carteras y catálogos
 6. Los requisitos básicos comunes
 7. Instrumentos básicos: estructura y metodologías del trabajo
 8. Un sistema de información compartido
 9. Las buenas prácticas
 10. No reducir la estrategia a las grandes empresas del sector

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



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

2.3. “Documento Base para una Atención Integral Sociosanitaria”

Posteriormente en verano de 2015 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad somete a consulta a cinco Consejos de profesionales implicadas en la coordinación sociosanitaria un documento denominado “*Documento Base para una Atención Integral Sociosanitaria*”, se elaboró un informe de enmiendas que fue presentado al Ministerio en plazo y forma solicitados, en las consideraciones que se realizaron se enfatizaba en la importancia del título del documento en el que se suprime la palabra **coordinación**, ya que se consideró que esta supresión podría provocar que se diluyan responsabilidades en cuanto a la atención que deben prestar los dos sistemas y los compromisos que deben adquirir cada uno. Por otro lado entendíamos que era más necesario que nunca buscar un “pacto sociosanitario” a través de un acuerdo de los Consejos Interterritoriales, el de Sanidad y el de Servicios Sociales.

También observamos que los recursos que se indicaban estaban muy escorados a perfiles de personas mayores de 65 años.

Asimismo creímos necesario recordar la necesidad de poner en valor la figura de los/as trabajadores/as sociales de ambos sistemas de cara a ser *profesionales de referencia de la coordinación sociosanitaria entre sistemas* e insistir en que en las historias clínicas están incluidas las historias sociales de los y las trabajadores y trabajadoras sociales de salud, que no son un conjunto de datos sociales solamente y que pueden ser un buen instrumento a utilizar, poniendo de ejemplo de buena práctica los instrumentos de valoración de riesgo social que existen dentro de las historias sanitarias electrónicas de la Comunidad Valenciana.



3. PROPUESTAS DE CARA LA MEJORA DE LA ACCIÓN PROFESIONAL

Cuestiones como la carencia de ratios profesionales o la falta de reconocimiento de Trabajo Social como profesión sanitaria suponen una debilidad para la presencia del Trabajo Social en la coordinación sociosanitaria, por ello hay que hacer un importante hincapié en ellas.

3.1. Ratios profesionales

Las ratios profesionales deben configurarse como una garantía de calidad en la atención, son fundamentales para poder llevar a cabo las labores de coordinación, por ello, desde el Consejo General se han elaborado una serie de propuestas en ambos sistemas:

Ámbito de Salud:

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

Ámbito de Servicios Sociales:

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

**Gestión
del Caso**



**Sí una
metodología
de la intervención**

**No una
figura profesional**

3.2. Las profesiones "Gestoras del caso"

Desde el trabajo social se defiende la *gestión del caso* como una metodología y no como una figura profesional. Esta metodología viene siendo utilizada por el



trabajo social hace décadas y en los documentos elaborados para la estrategia de coordinación sociosanitaria se ha definido como la más adecuada.

Las acciones en este ámbito se han basado en realizar propuestas a los distintos grupos políticos para que se trate la gestión del caso como una metodología de la intervención donde no se excluya a los/as trabajadores/as sociales sanitarios. Así se realizó esta propuesta en la Comisión de Sanidad del Congreso y se adquirió el compromiso de modificación de la "inclusión de la enfermera gestora de casos en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud", para incluir la metodología de gestión de casos realizada por los diversos profesionales del sistema sanitario incluyendo al Trabajador Social de Salud.

3.3. Papel del trabajo social en cuidados paliativos

Se está trabajando junto con otra organización la Asociación Española contra el cáncer (AECC) la elaboración de un estudio sobre el papel de los trabajadores/as sociales de ambos sistemas en cuidados paliativos, una vez terminado el estudio se elaborará una estrategia de formación específica para abordar con mayor éxito esta especialización.

3.4. Papel del trabajo social en el ámbito de las enfermedades raras

El trabajo social está teniendo un desarrollo importante en el mundo asociativo de las organizaciones pertenecientes a la federación de enfermedades raras (FEDER) con la que se está colaborando para conseguir un doble objetivo, por un lado trabajar la especialización de los profesionales y conseguir una mejor atención para personas con enfermedades poco frecuentes, dando mayor visibilidad a sus derechos y potenciando la investigación en ese ámbito.

3.5. Reconocimiento del trabajo social como profesión sanitaria

Uno de los requisitos para conseguir el reconocimiento del trabajo social como profesión sanitaria es que esa profesión tenga una estructura colegial reconocida, por ello el Consejo General de Colegios Oficiales de Trabajo Social, en representación de todos los Colegios, deberá presentar un programa de formación especializada de Trabajo Social en Ciencias de la Salud, al Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.



Una vez admitida la formación por parte de este órgano, será presentado a la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, quien lo elevará al Ministerio de Educación que a su vez hará la propuesta al Gobierno.

Es en este camino en que la Asociación Española de Trabajo Social y Salud y el Consejo General del Trabajo Social estamos trabajando juntos desde 2011, iniciamos una relación formal a través de un convenio de colaboración. En la actualidad, se ha constituido una comisión para la elaboración del programa TSIR de trabajo social sanitario.

Desde los ejes de trabajo mencionados, el Consejo General incardina sus acciones con nuestras organizaciones de carácter internacional, puesto que la FITS Europa participa con programas experimentales de coordinación sociosanitaria y atención integral cuyo contenido es interesante conocer a la hora de articular nuestras acciones.



BIBLIOGRAFÍA

Consejo General del Trabajo Social y Asociación de Trabajo Social y Salud:

- Decálogo para una coordinación y atención sociosanitaria (2014): [http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/Decalogo%20FINAL\(1\).pdf](http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/Decalogo%20FINAL(1).pdf)
- Sesión Parlamento Europeo 10 diciembre 2014. <https://youtu.be/CkrIKXflGZg>
- Corto Documental "Derechos Sociales por la Dignidad": <https://youtu.be/a9poEy8RuQE>
- Propuestas desde el trabajo social para las elecciones generales del 20D, <http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/PROPUESTAS%20POL%C3%8DTICAS%20DESDE%20EL%20TRABAJO%20SOCIAL.pdf>
- Gobierno Vasco "Atención integral a las personas mayores al final de la vida. Guía de recomendaciones éticas" (2013).

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

- Informe de atención sociosanitaria (2013).
- Modelo de atención y coordinación sociosanitario (2014).
- Documento Base para una Atención Integral Sociosanitaria (2015).
- Redacción Médica, lunes 30 de noviembre de 2015. "Federa y los trabajadores sociales se unen para formar a profesionales sociosanitarios". http://www.redaccionmedica.com/noticia/feder-y-los-trabajadores-sociales-se-unen-para-formar-a-profesionales-sociosanitarios-91003?utm_campaign=shareaholic&utm_medium=facebook&utm_source=socialnetwork
- Verde, C. (coord.) (2012). Contectad@s. ¿Qué piensas de la creación de un subsistema Socio-Sanitario? Servicios Sociales y Política Social 105. Madrid. Consejo General del Trabajo Social.

MESA REDONDA

Gestión de Casos





Introducción

En esta segunda edición de las jornadas se ha querido generar un nuevo espacio de trabajo entre profesionales que diera continuidad a los debates, reflexiones y propuestas planteados durante la primera edición de estas jornadas (14/10/2014).

Se ha contado con ámbitos y profesionales diversos que permitieran visibilizar las actuaciones de coordinación, poniendo en valor las estrategias y protocolos aplicados en dicha coordinación social y sanitaria para la gestión de cada uno de los casos.

Con la presentación de los casos en las jornadas hemos pretendido:

- Compartir las experiencias entre profesionales y diferentes ámbitos de actuación, así como la promoción del conocimiento colectivo.
- Generar y consolidar un espacio de reflexión teórica, de prácticas, recursos y metodologías.
- Divulgar y sistematizar buenas prácticas.
- Identificar todos aquellos elementos de mejora y tomar un papel activo en la construcción de nuevos procedimientos que incidan en la calidad de las prácticas profesionales y calidad de vida de las personas.
- Intercambiar recursos y generar redes profesionales.

Metodología seguida para la presentación de los casos

En primer lugar se ha realizado una invitación a profesionales que de forma desinteresada quisieran participar en este proceso. Hay que destacar, una vez más, que en todo momento el trabajo ha sido posible gracias a la buena disposición y generosidad de un importante número de trabajadoras sociales que, participando o no directamente en la presentación de los casos han posibilitado de diversas formas el trabajo final.

Una vez cerrado el grupo de participantes se les ha facilitado un guión común para iniciar el trabajo, tanto de presentación en las jornadas, como de sistematización para la presente publicación. Todo el proceso ha sido llevado a cabo mediante entrevistas telefónicas y presenciales. Finalmente, tuvo lugar una reunión grupal donde se consensuaron todos los parámetros de presentación y sistematización posterior de los casos.



CASO I

Coordinación Sociosanitaria a través de un caso de la Administración de Justicia

M^a Isabel Hidalgo Antequera
José María Carrasco Trigo
Guadalupe Barquero Rodríguez

Trabajadores Sociales
Equipos Técnicos de la Fiscalía de Menores de Sevilla





1. ENCUADRE PROFESIONAL INSTITUCIONAL

1.1. Marco legal (Ley orgánica 5/2000)

La Ley Orgánica 5/2000 de 12 de Enero, es la Ley reguladora de la responsabilidad penal de los/las menores¹⁰ (LORPM) concretada por el Reglamento aprobado por el Real Decreto 1774/2004 de 30 de Julio.

En ella, la edad penal se establece entre los 14 y los 18 años.

En la exposición de Motivos de esta Ley se señalan los Principios Generales que fundamentan su contenido, siendo éstos juntos con los propios de nuestra profesión los que marcan los Principios de Actuación de los Equipos Técnicos.

Algunos de los puntos que queremos destacar de esta Ley son los siguientes:

1. Recoge que debe de prevalecer el **interés superior del menor**, haciendo uso de la mínima intervención judicial.
2. Impulsa la búsqueda de **soluciones de carácter extrajudicial**, en los casos que lo permita la Ley y las circunstancias lo aconsejen.
3. La naturaleza penal se materializa en la **intervención educativa y no repressiva**. (De hecho advertimos el término Medida y no de Pena utilizado en la Justicia de adultos.)
4. El principio de **inmediatez**. La proximidad en el tiempo a la respuesta de los hechos, incrementan la eficacia educativa que se persigue.

Partiendo de estos principios, se hace evidente la importancia de la coordinación y canales de comunicación bidireccional que necesitamos mantener con los distintos dispositivos públicos y privados que puedan estar interviniendo con el menor para poder ofrecerle una respuesta integral y con ello responder tanto a su **interés**, a una respuesta de carácter **extrajudicial** y próxima a su entorno inmediato. Sólo acercándonos a la realidad del menor podremos dar una orientación adecuada **educativa** y una respuesta **inmediata**.

¹⁰ En adelante se denominará a los y las menores sin diferenciación de género tal como lo contempla la Ley 5/2000.



1.2. Organización y funciones de los equipos técnicos

Según la Ley O. 5/2000, el Equipo Técnico adscrito a la Fiscalía de Menores es un órgano auxiliar de Apoyo a la Administración de Justicia integrado por psicólogos/as, trabajadores/as sociales y educadores/as. Orgánicamente se encuentran adscritos a la Administración Pública y funcionalmente a la Fiscalía de Menores.

Así mismo, en la Exposición de Motivos de la Ley 5/2000, en el punto 1, configura al Equipo Técnico como instrumento imprescindible para alcanzar el objetivo que perciben las medidas.

COMPOSICIÓN

Artículo 4. Reglamento de la LORRPM de 30/08/2004 (BOE - RD 1774/2004). *“Los equipos técnicos estarán formados por psicólogos, educadores y trabajadores sociales... Podrán también incorporarse de forma temporal o permanente a los equipos técnicos otros profesionales relacionados con las funciones que tienen atribuidas, cuando las necesidades planteadas lo requieran y así lo acuerde el órgano competente”.*

En Sevilla intervenimos cuatro Equipos Técnicos que llevan a cabo un trabajo interdisciplinario, manteniendo criterios estrictamente profesionales en la valoración, orientación y metodología de trabajo.

FUNCIONES

Artículo 4. Reglamento de la LORRPM de 30/08/2004 (BOE - RD 1774/2004) *“...cuya función es asistir técnicamente en las materias propias de sus disciplinas profesionales a los jueces de menores y al Ministerio Fiscal, elaborando los informes, efectuando las propuestas, siendo oídos en los supuestos y en la formas establecidos en la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores y, en general, desempeñando las funciones que tengan legalmente atribuidas. Del mismo modo, prestarán asistencia profesional al menor desde el momento de su detención y realizarán funciones de mediación entre el menor y la víctima o perjudicado”.*

Los Equipos Técnicos ejercen sus funciones a la hora de intervenir ante una denuncia a petición del Ministerio Fiscal o del Juez según la fase del proceso en la que se encuentre el expediente.



Las siguientes funciones son, en líneas generales, las que desarrollamos a lo largo de nuestra intervención en el proceso del expediente del menor.

- Atención y asistencia del menor a lo largo del proceso.
- Asesoramiento, Apoyo, Propuesta a demanda del Juez.
- Valoración. Evaluación.
- Seguimiento.
- Elaboración de Informe sobre la situación psicológica, educativa y familiar del menor, así como sobre su entorno social y otras circunstancias relevantes para la adopción de las medidas.
- Mediadora. Educativa.
- Integradora.

Es importante considerar que proporcionamos un nexo de unión entre la realidad social y personal del menor y la actuación de la justicia. Realizamos la valoración de cada caso y la orientación de la medida adecuada al interés del menor en base al estudio de los diferentes factores de riesgo (familiares, educacionales, sociales, psicológicos, biológicos y personales) buscando una respuesta restaurativa idónea a sus circunstancias.

En muchas ocasiones nos llegan menores en los que existen o han existido intervenciones desde otros dispositivos públicos o privados, de ahí la importancia de coordinarnos con dichos recursos para acercarnos a la realidad del menor y a la medida más idónea a cada caso.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada se rige por los siguientes pasos:

- Estudio del Expediente. Atestado policial, denuncia y declaración del perjudicado, declaración del menor en Fiscalía, informes y documentación de expedientes anteriores si los hubiera.
- Entrevista semiestructurada con el menor.
- Entrevista semiestructurada con sus representantes legales.
- Observación conductual del menor, la cual consideramos de gran importancia ya que nos ofrece información clave a través de la comunicación verbal y no verbal.
- **Coordinación con servicios externos.** Servicios Sociales, Equipos de Tratamiento Familiar, Salud, Insitutos de Enseñanza Secundaria, Unidad de Sa-

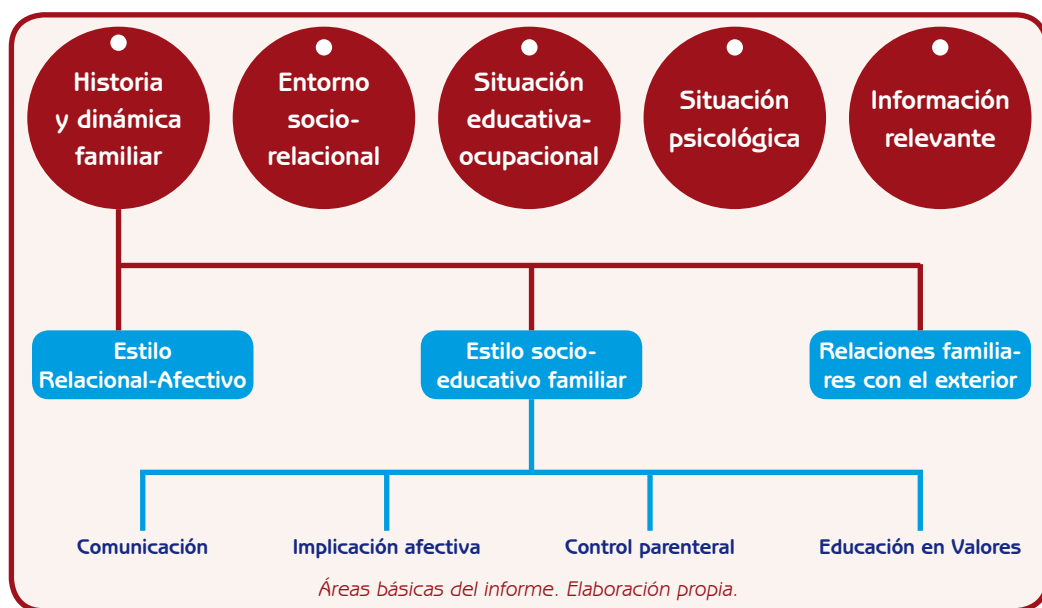


lud Mental Infantil, Centros de Acogida, Centros de internamiento, Técnicos de medio Abierto, Centros de Drogodependencia..., los cuales nos facilitan una información muy valiosa generalmente de carácter bidireccional.

- Estudio y valoración de la documentación aportada por la familia: informes psicológicos, escolares, médicos...
- Aplicación del Instrumento de Evaluación. IGIJ (Inventario de Gestión para Jóvenes). Predice un índice de reincidencia entre los menores que han cometido un acto delictivo según los factores de riesgo que presentan.

ÁREAS BÁSICAS DEL INFORME

- Historia y dinámica familiar.
 - Estilo relacional-afectivo.
 - Estilo socio-educativo familiar: Comunicación, Implicación afectiva. Control parental. Educación en Valores.
 - Relaciones familiares con el exterior.
 - Entorno socio-relacional.
 - Situación educativa- ocupacional.
 - Situación psicológica.
 - Cualquier información relevante a efecto de la orientación de medida.
-
- El informe no es vinculante.
 - Plazo de 10 días de entrega (prorrogable a un mes).





1.3. Actuaciones del equipo técnico en el procedimiento judicial.

FASES DEL PROCEDIMIENTO:

A. Fase de instrucción. (COORDINACIÓN)

“El equipo técnico realizará durante la instrucción un informe sobre la situación psicológica, educativa y familiar del menor, así como sobre su entorno social y otras circunstancias relevantes para la adopción de la medidas” (Art. 27.1 LORRPM).

Es la fase inicial tras ser presentada una denuncia contra un menor.

Es el fiscal el encargado de la instrucción a diferencia que ocurre en la justicia de mayores que instruye el juez, y por tanto es a él a quien le corresponde la decisión de incoar o no el expediente tras la presentación de esa denuncia.

En caso afirmativo, el fiscal solicitará al equipo técnico la emisión del informe preceptivo, el cual seguirá los siguientes pasos:

- Recepción del expediente.
- Elaboración del Informe como respuesta a la solicitud del Ministerio Fiscal, donde quedarán reflejadas las circunstancias del menor y la orientación de la medida, o en su caso, la no necesidad de intervención, pudiendo valorar la no conveniencia de continuidad del expediente, o su derivación a medidas extrajudiciales (conciliación, mediación o reparación).

Para la entrega de dicho expediente, contamos con un plazo 10 días, prorrogable a un mes.

B. Fase de audiencia. (COORDINACIÓN)

“Un representante del equipo técnico asistirá a la audiencia” (art. 35.1 LORRPM) “...y en ella serán oídos sobre las circunstancias del menor y sobre la procedencia de las medidas propuestas” (art. 37.2 LORRPM).

En la fase de audiencia, las funciones del equipo técnico por tanto son:

- Asistir al acto de Audiencia.
- Informar o ratificar verbalmente a las cuestiones planteadas por el juez o alguna de las partes (fiscal o letrado). A veces las circunstancias del menor



han podido variar desde la fecha de emisión del informe y la fecha de celebración de la audiencia, circunstancias que pondremos en conocimiento de la sala y en su caso, si lo consideráramos oportuno, la modificación de la orientación de la medida propuesta inicialmente.

C. Fase de ejecución. (COORDINACIÓN)

“El equipo técnico debe ser oído por el juez de menores para decidir sobre la suspensión de la ejecución del fallo (art. 40.1 y 2c LORRPM).

“Un representante del equipo técnico asistirá a la vista del recurso de apelación, si el Tribunal lo considera oportuno (art. 41.1 LORRPM).

“El equipo técnico debe ser oído cuando se plantee la sustitución o extinción de las medidas impuestas al menor durante la ejecución” (arts. 14, 50.2, 51.1 y 2 LORRPM).

En esta última fase, el Equipo Técnico deberá:

- Contestar a las demandas del Juez mediante Providencia. Suspensiones de medidas, modificaciones, reducción de su duración en interés del menor, compensación de periodos cautelares o cualquier otra cuestión que el Juez estime oportuna formular.

1.4. Actuaciones en guardia y detención. (COORDINACIÓN)

“El equipo técnico debe ser oído por el juez antes de la adopción de una medida cautelar del menor” (art. 28.1 2 LORRPM).

Las funciones de guardia en Sevilla son cubiertas por uno de los doce miembros que componen la totalidad de los cuatro equipos técnicos de forma rotativa.

En esta función de guardia se atienden:

- Las denuncias presentadas fuera de la jornada laboral ordinaria y que son consideradas por el fiscal de menores, de suficiente gravedad como para tener que ser atendidas de forma inmediata e iniciar un proceso abreviado.
- Los menores detenidos por la policía, tras un hecho de gravedad y haber sido interrogados en sede policial debiendo ser el fiscal en última instancia quien considere si cumple con los preceptos para ser atendido en función de guardia o se deriva para que continúe por el proceso penal ordinario.

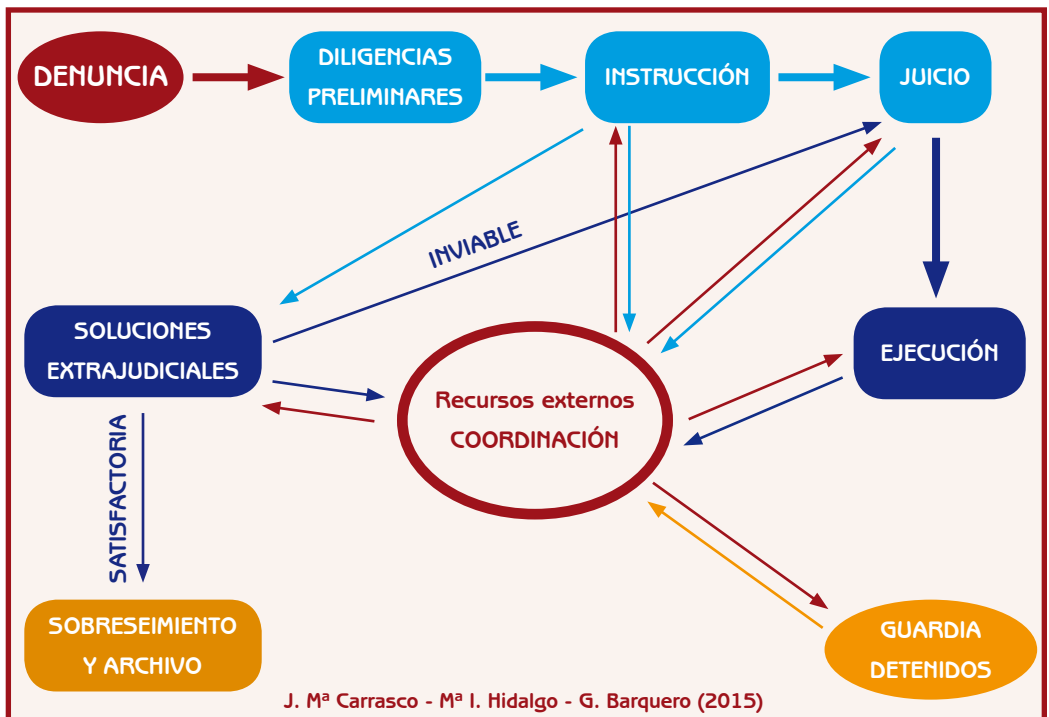


Las diferencias en la actuación de los equipos técnicos con detenidos y en funciones de guardia de sus funciones mediante los cauces normales son:

1. La emisión de un Informe de **Aproximación**, supeditado al posterior informe preceptivo, dada la premura con la que hay que actuar.
2. El carácter **Cautelar** de la medida orientada, en su caso, dado los escasos datos de los que disponemos y la dificultad para contrastar o confirmar los datos obtenidos.
3. La asistencia al acto de **Comparecencia** celebrada por un Juez de Instrucción, ya que en la mayoría de los casos se llevan a cabo en el Juzgado de Incidencias o de Guardias, lo que suele complicar la actuación, en cuanto que no es un juez especialista.

2. IMPORTANCIA DE LA COORDINACIÓN

A continuación exponemos gráficamente, la importancia de la coordinación en las distintas actuaciones del equipo técnico.





3. EXPOSICIÓN DEL CASO

FASE DE INSTRUCCIÓN DEL EXPEDIENTE

En cuanto a la actuación del Equipo Técnico, consta de **la realidad social de la que se parte y el Informe del Equipo Técnico** (Art. 27 LO 5/2000); analizando por separado en este apartado la metodología seguida y su elaboración propiamente dicha.

3.1. Realidad Social de la que se parte.

En este caso existe una denuncia ante la guardia civil, señalando la víctima, que en su segunda residencia se ha cometido un robo. Tras las primeras investigaciones, se determina que hay un menor implicado en los hechos denunciados. Desde ese instante, interviene el Ministerio Fiscal, que es el responsable de considerar si los hechos están tipificado como delito y es quién tras escuchar en declaración al menor y demás personas implicadas decide incoar el expediente, por un hecho calificado como "robo con fuerza". Además de la exposición de lo ocurrido, en el expediente se recogen los datos personales tanto del menor como de su/s representante/s legal/es.

3.2. Informe del Equipo Técnico.

En su elaboración, se sigue la siguiente metodología: entrevista con el menor y su representante legal, coordinación con profesionales de distintos ámbitos, observación directa e indirecta y la utilización del Instrumento de evaluación IGI-J (Hoge y Andrews 2002).

De las entrevistas mantenidas con el menor y su progenitor obtuvimos los siguientes datos relevantes:

Nos encontramos ante una familia tradicional, de cuatro miembros, siendo el menor sujeto de estudio, el segundo, de los dos hijos que tiene el matrimonio. Detectamos criterios educativos muy diferentes de los progenitores. No se ponen de acuerdo a la hora de establecer normas, límites y medidas de contención y en general observamos pautas educativas de tipo permisiva y autoritaria. El progenitor delega muchas de sus responsabilidades en su esposa. Durante la entrevista



intenta desviar la atención y con ello, la responsabilidad hacia otras personas que rodean a su hijo.

Observamos relaciones ambivalentes del menor con su progenitor y positiva tanto con la progenitora como con su hermano, mayor de edad, al cual destaca como su principal figura de referencia.

En cuanto a sus circunstancias fuera del ámbito familiar, destacamos que sus amigos, mayores de edad son consumidores habituales de sustancias tóxicas. Así mismo el menor refiere consumo habitual de éstas: *“Actualmente no puedo estar sin fumar, me vuelvo agresivo”*.

En cuanto a su **situación educativa**, no asiste con regularidad al centro. Actualmente está en 2º de ESO, después de repetir 1º.

Es una familia usuaria de los servicios sociales de la localidad. Intervienen con el menor cuando se inicia el protocolo de absentismo.

La **situación sanitaria familiar** revela que el menor acude a un centro de tratamiento de adicciones y refiere tener alteraciones sensoperceptivas: “me da miedo los espacios abiertos”, siendo atendido por el Servicio de Salud Mental Comunitaria. Su hermano, tiene antecedentes de consumo de tóxicos.

La **situación laboral del progenitor es estable**, y la progenitora trabaja en casa. Su hermano trabaja como empleado en una fábrica.

Por último, puntualizar que se muestra colaborador durante la entrevista, aunque tiende a responsabilizar a otros de los hechos que han dado lugar a la apertura del presente expediente.

En nuestra **metodología** de trabajo es fundamental la coordinación con profesionales de distintos ámbitos, en este caso mantuvimos entrevistas con:

- Instituto de Enseñanza Secundaria.
- Servicios Sociales Municipales.
- Centro de Tratamiento de Adicciones.
- Unidad de Salud Mental Comunitaria.

Desde el centro educativo nos informan que se ha activado el protocolo de absentismo. Algunas de sus faltas están justificadas, mediante un informe médico, enviado desde el centro de tratamiento de adicciones. Durante su estancia en el centro,



no ha presentado actitudes disruptivas en clase ni episodios conflictivos entre iguales y su familia acude cuando se le cita (especialmente la progenitora). No obstante, no son capaces de hacer cumplir al menor las obligaciones propias de su edad. El padre, desconocía el absentismo de su hijo, hasta que se lo comunica el equipo directivo.

Desde los Servicios Sociales trabajan con el menor y su familia desde que el centro educativo inició el protocolo de absentismo. Igualmente nos señalan que el menor se desenvuelve en un entorno con déficit de normas y límites; escasa responsabilidad parental por parte del progenitor y existen deficiencia en la comunicación familiar. Desde este servicio se orienta a la familia para que acuda a tratamiento psicológico, cuya asistencia es irregular. Los padres solicitan una plaza en residencia escolar, que el menor rechaza.

Por último, nos señala que la progenitora colabora cuando se le solicita y que el hermano, mayor de edad, se encuentra rehabilitado.

Desde el Centro de Tratamiento de Adicciones, informan que tiene un patrón de dependencia, debido a un consumo de THC de dos años de evolución. Se instaura tratamiento farmacológico sintomático y psicoterapia. No se puede emitir juicio y diagnóstico de evolución hasta no comprobar el grado y regularidad de asistencia, adherencia al tratamiento, etc.

Desde el Servicio de Salud Mental Comunitaria, señalan que el menor fue derivado a su servicio desde el centro de salud, por referir problemas de agorafobia. Fue estudiado su caso y dado de alta al contrastarse que no sufría patología alguna.

Respecto al Instrumento de evaluación: Inventario de Gestión e Intervención para jóvenes (IGI-J). La estimación del nivel de riesgo es: ALTO.

ELABORACIÓN DEL INFORME: Áreas de Exploración:

- Antecedentes
- Área Socio-Familiar
- Unidad Familiar
- Breve historia y dinámica familiar
- Entorno socio-relacional
- Situación sanitaria (Se adjunta Informe)
- Situación educativa (Se adjunta Informe)
- Intervención de los Servicios Sociales
- Factores de riesgos / protectores
- Valoración / Orientación de la medida



Antecedentes

Es el primer Expediente que nos consta del menor en nuestros archivos.

Área Socio-Familiar

Unidad Familiar

Miembro de la unidad familiar	Edad	Nivel de instrucción	Ocupación / Situación Laboral
Padre	60 años	CEP	Mantenimiento
Madre		Sin estudios	S/L
Hermano	29 años	CEP	Operario
Menor	15 años	CEP	Escolarizado

Dinámica Familiar

El menor, objeto del presente estudio, convive junto a su padre, madre y hermano en el domicilio señalado anteriormente, domicilio situado en una zona no conflictiva de la localidad.

Como cuestión previa señalar que si bien la actitud del menor a lo largo de la exploración ha sido de colaboración, no hemos encontrado la misma actitud por parte del progenitor, el cual ante nuestras preguntas, intenta desviar la atención y con ello la responsabilidad hacia otras personas y/o circunstancias que rodean al menor.

Observamos que se desenvuelve en un entorno disfuncional en muchas de sus áreas: prevalece un estilo educativo permisivo, déficit de habilidades educativas y como consecuencia serias dificultades para establecer normas y límites acordes a la edad y circunstancias de su hijo.

Detectamos déficit de responsabilidad parental por parte del progenitor, quien delega muchas de sus responsabilidades en la madre. Actualmente el menor "exige" y "ejerce" con frecuencia funciones decisorias sin la autorización de sus padres.

Detectamos importantes problemas y rechazo a las relaciones que mantiene el menor con su progenitor, al que insulta con frecuencia verbalmente y en ocasiones tiene actuaciones violentas hacia él. A estas acciones el padre le resta importancia.



Por otro lado, el menor, señala que mantiene una positiva relación tanto con su madre como con su hermano.

Los problemas de conducta, según señala la progenitora, se inician cuando el menor estaba escolarizado en educación primaria, centro en el que repite sexto, y del que lo expulsan durante algunos días. Desde hace dos años estos problemas se agudizan, por el consumo habitual de sustancias tóxicas, solicitando, en conformidad con su hijo, ayuda a distintos profesionales, para abordar los problemas de consumo y conducta.

Desde los servicios sociales comunitarios nos informan que el curso pasado, los padres solicitan una plaza en la residencia escolar sin comunicarle nada a su hijo. Este centro es rechazado por el menor y se mantiene en él por poco tiempo. Desde servicios sociales se les orienta para que acudan a tratamiento psicológico. Tienen constancia de que lo hace de manera irregular, aunque no nos informa el profesional directamente al estar de vacaciones. Por otro lado, nos informa, que se ha iniciado el protocolo de absentismo y que el menor se desenvuelve en un entorno, donde existe déficit de normas y límites, unido, a un importante falta de comunicación y responsabilidad parental por parte del progenitor.

En el apartado sanitario, señalar que desde hace dos meses, el menor acude al centro especializado en el tratamiento y problemas derivados del consumo de drogas en una localidad cercana. Así mismo indicar que ha acudido al centro de salud mental comunitaria donde fue estudiado su caso y dado de alta al contrastarse que no sufría patología alguna. Se adjuntan informes.

Se detecta una situación económica normalizada.

El menor actualmente no tiene un horario estructurado, no acude al IES y no realiza ninguna actividad formativa-ocupacional.

Entorno Socio-Relacional

El menor se reúne con un grupo de iguales de edades y características parecidas a las suyas, suele hacer *botellona* y acudir a lugares cercanos a su domicilio. El progenitor desconoce algunos de los amigos y lugares que su hijo frecuenta. Sospechamos déficit de control y de supervisión de actividades.

Con respecto al consumo de sustancias tóxicas, el menor reconoce que habitualmente fuma marihuana y también hachís pakistaní. Así mismo señala beber



alcohol durante algunos fines de semana. Situación que hace extensible a algunos de los amigos con los que se relaciona.

Factores de Riesgo

- Déficit de habilidades educativas por parte de los progenitores para el establecimiento de normas, control, supervisión y establecimiento de medidas de contención.
- Déficit de figuras de autoridad.
- Estilo educativo: sobre todo permisivo.
- Serios problemas de relación y de comunicación entre el menor y su progenitor, con el que mantiene actuaciones ambivalentes: por una parte desea estar más cerca de él y por otra le insulta y tiene actuaciones violentas.
- Consumo habitual de sustancias tóxicas.
- Absentismo escolar.
- Grupo de amigos, algunos mayores de edad y en situación de alto riesgo.
- El progenitor oculta información de interés para la realización del presente Informe.

Factores Protectores

- Intervención de los servicios externos: servicios sociales y centro de tratamiento de adicciones, fundamentalmente.
- Rehabilitación del hermano.
- Positiva respuesta por parte de la progenitora.

Valoración- Orientación de la Medida

Teniendo en cuenta los factores de riesgo detectados, es posible que el menor se vea implicado en otros hechos de similares características. No obstante, es el primer expediente y actualmente se está trabajando con la familia desde distintos ámbitos. En resumen, orientamos en base a la Ley 5/2000, como medida más adecuada a sus actuales circunstancias del menor, la de:

Libertad Vigilada, con las siguientes reglas de conducta: Deshabitación de sustancias tóxicas, asistencia obligatoria a cursos de formación académica-ocupacional y terapia familiar.



FASE DE AUDIENCIA

Intervención del Equipo Técnico

Desde que realizamos el informe hasta que se celebra la Audiencia, pueden pasar unos meses, por lo que una vez que tenemos conocimiento de la fecha de celebración de la audiencia, actualizamos la información. En este caso, nos remitimos al Informe puesto que tras los contactos mantenidos, detectamos que no se han producido cambios significativos.

Sentencia dictada por el Juzgado de Menores: Se procede acordar la medida de: **LIBERTAD VIGILADA, con Tratamiento para la deshabituación de tóxicos y Asistencia a cursos formativos.**

FASE DE EJECUCIÓN

Intervención del técnico de medio abierto.

Como responsable de llevar a cabo la Sentencia, debe realizar:

- Un proyecto inicial donde se marca los objetivos que tiene que cumplir el menor y la intervención familiar.
- Una vez aprobado este proyecto por el juez, se llevan a cabo informes de seguimiento sobre su evolución.
- Por último, se realiza un informe final, valorando cada uno de los objetivos inicialmente señalados.

Intervención del equipo técnico. Sólo intervenimos ante la entrada de un nuevo expediente o por petición del Juzgado para un posible cambio de medida. En este caso, se registra un segundo expediente del menor y se hace necesario conocer su evolución para realizar el correspondiente Informe de actualización, que en esta ocasión, no revela cambios sustanciales que hagan necesario el cambio de orientación de medida.



4. CONCLUSIONES

En la Jurisdicción de Menores, y en particular en las funciones desarrolladas por los Equipos Técnicos, partimos de la premisa, que por Ley se contempla, de actuar siempre con miras al superior interés del menor.

De tal modo, la coordinación con cualquier tipo de institución y/o servicio siempre va a redundar en este objetivo como principio fundamental.

No se trata de actuar sólo desde el ámbito de la cooperación, donde se comparte información, sino de ir más allá utilizando herramientas de trabajo que permitan diseños de intervención y promuevan alternativas y mejoras en la atención a las necesidades de los menores infractores, adecuando las propuestas judiciales.

QUÉ FUNCIONA: LOGROS

Los aspectos más destacables de la coordinación de los Equipos Técnicos de la Fiscalía de Menores con los Servicios Sociales y los Servicios de Salud son, que:

- Mejora y amplía la información existente sobre la situación socio-sanitaria del menor y su entorno familiar. Tanto si se encuentra en activo en un solo servicios o en varios a la vez.
- Permite establecer un marco de actuación integral sobre el menor.
- Facilita la propuesta/orientación de medida realizada por el equipo técnico (mayor eficacia en el ámbito judicial)
- Posibilita el conocimiento de la evolución del menor con objeto de realizar una intervención complementaria. Ayuda a realizar un abordaje de la situación en la que la responsabilidad es compartida.
- Permite acercarnos a la realidad del menor, identificando las necesidades del sujeto objeto de intervención.
- Evita duplicidades. En atención al art. 27.6 sobre el Informe del Equipo Técnico, se apunta la posibilidad de que éste pueda *“ser elaborado o complementado por aquellas entidades públicas o privadas que trabajen en el ámbito de la educación de menores y conozcan la situación del menor expedientado”*.

CÓMO SE PODRÍA MEJORAR

Los aspectos mejorables a resaltar son:

- Establecer una guía de recursos “de Profesionales” que facilite y favorezca el trabajo en red.



- Ampliar los canales de comunicación. Una comunicación fluida y eficaz entre los servicios sanitarios, los servicios sociales, otros recursos comunitarios y los equipos técnicos, generará un compromiso de atención que repercutirá en la situación de los menores infractores y sus familias.
- Agilización de los trámites, dando así respuesta al Principio de Inmediatez.
- Facilitar el apoyo en la intervención de estos servicios, procurando espacios para la coordinación entre las distintas administraciones.

DESAFÍOS

Algunas de las dificultades que aparecen a la hora de coordinar con los servicios socio-sanitarios son:

- Dificultad en el acceso para contactar con determinados recursos.
- Informes demasiado pormenorizados. En ocasiones, se reciben informes excesivamente documentados que no son efectivos para el objetivo que se persigue.
- Posibilidad de inclusión en un futuro en el Proyecto de Expediente Único.

5. BIBLIOGRAFÍA

- LORRPM 5/2000 de 12 de Enero.
- Reglamento aprobado por el Real Decreto 1774/2004 de 30 de Julio.



CASO II

Coordinación Sociosanitaria: Trabajo social sanitario, una apuesta interniveles

M^a del Mar Cala Ceballos

Trabajadora Social Hospital Universitario Virgen Macarena.
Enfermedades Infecciosas. Sevilla





1. ENCUADRE PROFESIONAL E INSTITUCIONAL

Presentación profesional

El Hospital Virgen Macarena de Sevilla presenta en el área de personas adultas de Trabajo Social dos grupos: un primer grupo de Hospitalización y un segundo grupo de Urgencias y Enfermedades Infecciosas.

Estoy adscrita como trabajadora social a la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Enfermedades Infecciosas, atendiendo a pacientes desde su ingreso en urgencias hasta su alta de hospitalización, de forma transversal, es decir, tanto en las ocho plantas del hospital, como a pacientes de las consultas externas de Enfermedades Infecciosas.

Reseña del ámbito de trabajo

La pirámide de la población de nuestra área hospitalaria, es la siguiente:

Población asignada como Hospital Básico		
Distrito Sevilla		268.926
Sevilla Norte		208.697
Guadalquivir		3.640
Total		481.263

Población asignada como Hospital de Referencia Provincial		
Provincia	Distrito	Población
Sevilla	Sevilla Norte	269.555
	Sevilla	268.926
	Aljarafe	119.278
Total		657.759



Población asignada como Hospital de Referencia Regional

Provincia	Distrito	Población
Huelva	Huelva-Costa	287.412
	Huelva-Campaña	161.741
	A.G.S. Norte de Huelva	69.911
Total		519.064

El Hospital Virgen Macarena, ubicado en la zona norte de la ciudad de Sevilla, presta atención sanitaria, no sólo a la población urbana sino a la población rural.

Con respecto a la cobertura geográfica, presenta la misma dualidad, de atención sanitaria urbana y rural, en los siguientes dispositivos sanitarios en:

- **Sevilla: Centros y Consultorios.** Alcosa “Mercedes Navarro”, Esperanza Macarena, Gonzalo de Bilbao, María Fuensanta Pérez Quirós, Pino Montano A, Pino Montano B, Polígono Norte, Puerta Este “Dr.Pedro Vallina”, Ronda Histórica, San Jerónimo, El Alamillo.
- **Poblaciones.** Alanís, Alcalá del Río, Alcolea del Río, Almadén de la Plata, Arroyomolinos de León, Brenes, Burguillos, Cala, Cantillana, Carmona, Castilblanco de los Arroyos, Castillo de las Guardas, Cazalla de la Sierra, Cerro del Hierro, El Garrobo, El Madroño, El Priorato, El Ronquillo, El Viar, Esquivel, Gerena, Guadajoz, Guadalcanar, Guillena, La Algaba, La Campana, La Rinconada, Las Navas, Las Pajanosas, Lora del Río, Puebla de los Infantes, Real de la Jara, San Ignacio del Viar, San José de la Rinconada, San Nicolás del Puerto, Santa Olalla del Cala, Tocina-Los Rosales, Torre de la Reina, Villanueva del Río, Villanueva del Río y Minas, Villaverde del Río, Zufre.

Esta población presenta unas características sociodemográficas muy distintas.

Una variable a tener en cuenta de esta población es la denominada *hiperfrecuentación* e *infrautilización* de los servicios sanitarios hospitalarios en tres segmentos: las personas mayores, personas inmigrantes y personas sin hogar (PSH).

La ubicación del Hospital Virgen Macarena, situada en el Distrito Macarena, es compartida por los diferentes dispositivos de personas sin hogar del Ayuntamiento



de Sevilla, como son: Centro de Orientación e Inserción Social (COIS), Centro de Acogida Municipal (CAM), Centro Nocturno de Baja Exigencia (CNBE) y dispositivos de UMIES -Servicio de Emergencias Sociales (SES) y Equipo de Calle (EC)-, incrementado ello, considerablemente y continuando al alza, la asistencia sociosanitaria a este colectivo, a diferencia de otros centros hospitalarios.

2. MARCO REFERENCIAL

La **tuberculosis**, a pesar de ser una enfermedad curable, continúa siendo la causa más frecuente de mortalidad por patología infecciosa en el mundo y ocupa la tercera posición en incidencia de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) en España, sólo superada por la gripe y la varicela, según datos del Centro Nacional de Epidemiología (2009).

Los resultados del tratamiento de la tuberculosis se clasifican en las categorías de curación y tratamiento completo, agrupándose en una única categoría denominada RESULTADO SATISFACTORIO. Alcanzando el 64 %, en España, en 2010, muy inferior al 85%, recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Desde su declaración como EMERGENCIA GLOBAL DE SALUD PÚBLICA, la Organización Mundial de la Salud creó el Programa para el Control de la Tuberculosis, y en respuesta al preocupante aumento de resistencias y multiresistencias a nivel mundial, ha desarrollado el **Plan mundial para detener la tuberculosis 2006-2015**¹¹ en el que se destaca la necesidad de dirigir el esfuerzo hacia la optimización y seguimiento de los tratamientos de forma integral y multifactorial como ya se recogía en la reconocida Estrategia DOTS (Directly Observed Treatment Short course).

En España hay comunidades autónomas, como Cataluña, Madrid o Galicia, que informan de tasas de resultados satisfactorios del 90 % aproximadamente.

En Andalucía, que en números absolutos, es la comunidad autónoma que ocupa la segunda posición en cuanto a la detección de casos (sólo superada por Cataluña según los datos del CNE) permanece aún a la espera de un Plan Andaluz coordinado y salvo ciertas iniciativas locales de alto impacto como la del poniente almeriense, el limitado seguimiento de casos lo realiza el personal médico responsable en cada caso. Se lleva a cabo en Atención Primaria o Especializada sin una estructura coordi-

¹¹ OMS <http://www.who.int/tb/strategy/es/> [13/01/2016].



nada anticipatoria establecida salvo en casos muy especiales y seleccionados donde intervienen los distritos sanitarios y/o las unidades de trabajo social.

Andalucía, además, es uno de los territorios más transitados por personas originarias de zonas de alta endemia tuberculosa (África, Latinoamérica y Europa del Este) lo que dificulta el control de la enfermedad. Este colectivo precisa un abordaje específico dadas las potenciales barreras socioculturales, situaciones de insuficiencia social y alto riesgo de movilidad que presentan.

Hecho que se refleja en el Protocolo de Alerta Epidemiológica del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (2010), donde se destacan, entre otras situaciones, en las que al menos, un escaso índice presente algún tipo de insuficiencia social que pueda comprometer el cumplimiento terapéutico.

Con estos antecedentes, en octubre de 2011 iniciamos en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla un plan de seguimiento y apoyo integral de la tuberculosis al que denominamos **Programa de Adherencia y Control de la Tuberculosis con Tratamiento Observado (PACTTO)**¹².

Dicho programa está integrado por:

- **Responsable del Programa:** médico/a experto/a en tuberculosis, se encarga de la supervisión, asesoramiento y toma última de decisiones
- **Farmacéutico/a:** facilita kits individualizados a pacientes, tanto en farmacia del hospital como dispositivos satélites (centros de salud, ONGs, albergue...). Incorpora un seguimiento farmacológico como herramienta clave en este modelo de intervención.
- **Trabajador/a social:** coordina la atención socio sanitaria entre atención especializada y primaria de salud. Identificación del grupo familiar y/o red de apoyo para notificar los convivientes del paciente a medicina preventiva. Además de la coordinación interniveles para abordar la planificación del alta, ya sea con o sin aislamiento respiratorio, en domicilio y/o recurso social.
- **Paciente,** desde una RESPONSABILIDAD COMPARTIDA, participa en la toma de decisiones, consensuando y adaptando la estrategia, según las posibilidades logísticas del sistema, a su realidad concreta. El/la paciente por su parte, asume el compromiso de cumplimiento de lo pactado previo inicio del dispositivo individualizado.

¹² <http://www.hospital-macarena.com/es/noticias/996-sevilla-18-de-junio-2014-el-hospital-macarena-promueve-actuaciones-para-un-mejor-cumplimiento-terapeutico-de-pacientes-con-tuberculosis-13/01/2016>.



El circuito en función de las características basales (factores y/o situaciones de riesgo) del/la paciente y su grado de compromiso (responsabilidad compartida), se solicita la intervención de la red de apoyo multidisciplinar según el caso. A partir de este momento se establece, según las posibilidades logísticas del sistema, un plan de acción coordinado personalizado y consensuado con su médico/a responsable.

El Programa de Adherencia y Control de la Tuberculosis con Tratamiento Observado (PACTTO) ha logrado aumentar en más de un 20% el resultado satisfactorio de tuberculosis pulmonar en nuestro centro, habiendo pasado del 70-75% de los últimos años a alcanzar el 96% de éxito en menos de dos años desde su implementación.

3. PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente diagnosticada de tuberculosis pulmonar activa que ingresa en el Hospital Universitario Virgen Macarena, en el servicio de Enfermedades Infecciosas.

Pertenece al colectivo de personas sin hogar: ha vivido en la calle de la ciudad y no ha utilizado los diferentes dispositivos sociales para pernoctar. Accede a una asociación diariamente, por la mañana, para el desayuno y aseo...En esta etapa, tiene una pareja, es extranjero en situación administrativa irregular.

Tampoco accede a los dispositivos sanitarios (ni centro de salud ni hospital), lo que deriva en el diagnóstico tardío de una enfermedad de salud pública, así como, el importante empeoramiento de salud, como la caquexia¹³ que hace que opte por regresar a su municipio de origen.

Primero acude al domicilio familiar de la madre, en el cual viven los dos hermanos pequeños del matrimonio de su madre, teniendo que abandonarlo, puesto que se encuentra con una familia desestructurada, con un importante deterioro de las relaciones familiares e inexistencia de responsabilidades. Además, hábitos poco saludables, como consumo de varios tóxicos de los hermanos, prostitución de la madre, vivienda frecuentarla por varios sobrinos, también consumidores.

¹³ Estado de extrema desnutrición producido por enfermedades consuntivas, como la tuberculosis, las supuraciones, el cáncer, etc.



Posteriormente, una sobrina y un hermano (de una segunda relación de la madre) alquilan una nueva vivienda, llevándose a la paciente. En esta vivienda, durante los fines de semana, reside el hijo menor del hermano.

La paciente es ex consumidora de heroína y cocaína inhalada y actualmente está en tratamiento de metadona por un Centro de Tratamiento de las Adicciones (CTA) de Sevilla capital. Se dispensa a través de un centro de salud de Sevilla, contando la asociación con autorización para recogerla. A dicha asociación, la enfermería del CTA se desplaza con una periodicidad reglada para control y seguimiento de sus usuarios.

La paciente de forma irregular, ejerce la prostitución.

4. CÓMO NOS LLEGA, QUÉ SE NOS REQUIERE

4.1. Cómo nos llega el caso

La paciente llega a través de una derivación tras el ingreso hospitalario por tuberculosis pulmonar activa. Por un lado, por una petición de consulta del médico de enfermedades infecciosas del PACTTO y, por otro lado, a demanda de la asociación de iniciativa social. Además, esta sucede dentro de las 72 horas de ingreso de la paciente tal como se recomienda en los indicadores de registro de estadísticas de trabajo social hospitalario (INIHOS) que debemos comunicar a los servicios centrales del Servicio Andaluz de Salud.

Esta demanda paralela y rápida es fruto del siguiente **proceso de coordinación**:

- De manera **intrahospitalaria**: la figura de la trabajadora social es miembro del equipo interdisciplinar de la UGC de Enfermedades Infecciosas. Además de participar en el PACTTO como trabajadora social sanitaria, realizando una intervención de coordinación sociosanitaria interniveles: dentro del sistema sanitario e intersectorial, fuera del sistema sanitario, como puede ser los servicios sociales...
- De manera **extrahospitalaria**: a través de la Mesa de Personas Sin Hogar de la que forman parte los diferentes dispositivos de atención a este colectivo del Ayuntamiento de Sevilla (COIS, CAM, UMIES, CNBE, EE, SES), asociaciones de la iniciativa social, Atención Primaria de Salud, Atención Espe-



cializada de Salud (Hospital Virgen Macarena y Hospital Virgen del Rocío), salud mental. Se divide en Mesa Estratégica, donde los/as responsables institucionales que componen la Mesa establecen las directrices) y la Mesa Técnica, en la que el personal técnico aborda los diferentes casos desde las diferentes disciplinas del campo de trabajo y se consensuan las actuaciones a realizar con cada usuario/a).

4.2. Qué se nos requiere

La intervención solicitada aparece paralelamente, responde al perfil de una trabajadora social sanitaria dentro de un equipo interdisciplinar del hospital.

En el campo extrahospitalario: la asociación de la iniciativa social demanda, por un lado, que es una enfermedad infectocontagiosa (con la consiguiente alarma social) y por otro lado, que todas las personas que participan o trabajan en ella deben acudir al hospital para realizarse las pruebas.

En el campo intrahospitalario: el médico responsable del Programa PACTTO demanda entrevista tanto al paciente, familiares y asociación para realizar un cribaje de los posibles contactos que reúnan las condiciones susceptibles de estudio epidemiológico, realizando el listado de convivientes, para notificarlo al servicio de Medicina Preventiva y, este a su vez, realice la pertinente declaración al Servicio de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA). A partir de ahí, desde Epidemiología se ratifiquen y amplíen estos contactos, determinen las pruebas a emplear, y pautas de tratamiento desde atención primaria de salud.

Las medidas de intervenciones públicas a adoptar para el control de las personas que estén o hayan estado en contacto con las personas enfermas vienen recogidas en la Ley 16/2011, de 23 de diciembre de Salud Pública de Andalucía. Dichas medidas se adoptarán, en el marco de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública y demás normas concordantes.

Con respecto a la planificación del alta hospitalaria, ambas demandas coinciden en tramitar la solicitud de ingreso en un centro de media estancia, de carácter semiabierto.

Aunque difieren, en que, si bien desde la asociación se niega al domicilio familiar y, desde el equipo del PACTTO planteamos la valoración del domicilio familiar. En



primer lugar, en el indicador de que la paciente permanecía fiel a un mismo circuito: pueblo-asociación-una misma calle, en Sevilla. No habiendo utilizado, en los años de calle, los diferentes dispositivos de personas sin hogar. Además, de manifestar el rechazo de solicitar plaza en el Albergue Municipal del Ayuntamiento de Sevilla. En segundo lugar, haciendo partícipe a la propia paciente, de su compromiso de Responsabilidad Compartida, junto con los y las profesionales, para consensuar las líneas de actuación más factibles para conseguir una adherencia óptima del tratamiento y curación de la enfermedad.

5. COORDINACIÓN

5.1. Cómo nos coordinamos

En Atención Hospitalaria

El médico diagnostica la enfermedad de tuberculosis pulmonar activa y la trabajadora social notifica el listado de convivientes a medicina preventiva, y a continuación a Epidemiología. Explicamos las medidas de aislamiento respiratorio, tanto a paciente como a familiares (viéndose incumplida en varias ocasiones). Tras el alta hospitalaria, debido a la fragilidad sociosanitaria de la paciente, decidimos fijar una cita en consultas externas de enfermedades infecciosas, en un plazo de 10 días. Hacemos el acompañamiento de paciente y la familiar declarada como cuidadora (la sobrina) a farmacia, donde se le dispensa el tratamiento de forma gratuita, se facilita díptico con posología y efectos secundarios y teléfono de contacto. Y posteriormente el recordatorio de la próxima cita.

Con Enfermedades Infecciosas de Pediatría se programa una cita, en un acto único, para realizar el estudio completo del menor y prescripción del tratamiento de profilaxis.

Desde Microbiología nos informan que la paciente ha presentado resistencia a dos fármacos, implicando la prescripción de un nuevo tratamiento, que hay que administrarlo vía inyectable, iniciándolo, en un segundo ingreso hospitalario. Para ello se coordina la atención sanitaria desde urgencias hasta la hospitalización, con sus respectivas medidas de aislamiento respiratorio.



En Atención Primaria

Desde el Distrito Sevilla se contacta con Epidemiología para que la pareja de la paciente (extranjero en situación de irregularidad administrativa) se registre en la Base de Datos de Usuarios (BDU), del sistema informático de salud (Diraya) asignándole un centro de salud y médico, en Sevilla para determinar las pruebas a emplear e indicación de tratamiento, de profilaxis. No habiéndolo iniciado, cuando nos informaron de la resistencia, por tanto, no hubo que modificarlo.

En el Distrito Sevilla Norte se contacta con Epidemiología, para comunicar a los dos centros de salud y a sus médicos de atención primaria, la realización de las pruebas a emplear e indicación del tratamiento, si procediera. En el primer pueblo, del domicilio familiar, a los dos hermanos. En el segundo pueblo, del domicilio alquilado, a la sobrina, hermano e hijo, menor de éste.

Se informa al médico de atención primaria, del alta de la paciente. Se programa una visita domiciliaria conjunta con la trabajadora social. El hermano, le solicita, para su hijo menor, varias ambulancias, para las diferentes pruebas en el Centro de Salud de Especialidades, del pueblo de referencia, por ello, programamos la cita única en el hospital.

Tras el segundo ingreso hospitalarios: lunes, miércoles y viernes, su médico de atención primaria y enfermería iban al domicilio para ponerle el inyectable, tratamiento que dispensábamos de forma gratuita, a través de la farmacia del distrito.

Servicios Sociales

Se tramita el abono de los billetes de autobús para que el menor y sus progenitores acudan en un acto único al Hospital Virgen Macarena. En dicha consulta, me informa el hermano que, la paciente regresó ayer, dos días antes de la consulta, para ver a su pareja.

Asociación de la Iniciativa Social

Se informa del alta de paciente al domicilio familiar del pueblo.

Se deriva a Epidemiología de Distrito Sevilla para valorar la probabilidad de transmisión de la infección en los supuestos contactos casuales que frecuentan dicho espacio.



Al presentar la paciente resistencia, es a través de la asociación como se localiza a la paciente en la calle. Se activan los servicios de emergencias de salud para ingresarla, por segunda vez, en el hospital.

Centro de Tratamiento de Adicciones (CTA)

La paciente está en tratamiento de metadona, dispensada en Sevilla capital y recogida en un centro de salud de Sevilla, por la asociación. De forma reglada acudía la enfermería de la asociación, siendo la única figura de nexo de unión, entre paciente y CTA. Al iniciar el tratamiento antituberculoso hay que subir la dosis de metadona, por lo que se informa al CTA. Pero, al alta hospitalaria, la doctora no aumenta la dosis de metadona, aunque previamente, le habíamos enviado los informes médicos. Este hecho dificultó la adherencia al tratamiento, pero la paciente optó por resolverlo.

6. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL

Desde el punto de vista de la trabajadora social de la UGC de Enfermedades Infecciosas, el resultado prioritario es el Resultado Satisfactorio, es decir, la curación de la enfermedad y tratamiento completo, tal como nos recomienda la OMS.

Estamos ante una enfermedad, la tuberculosis, de salud pública, donde las intervenciones públicas, en protección de salud pública, nos permiten adoptar medidas de diagnóstico y tratamiento para la existencia de peligro para la salud y medidas para el control de las personas que estén o hayan estado en contacto con personas enfermas.

Desde el equipo interdisciplinar de PACTTO desarrollamos acciones de salud pública conforme a las siguientes pautas de comportamiento:

- Desarrollar un rol educativo que facilite el empoderamiento de las personas en relación con la salud.
- Comprender las necesidades y las intervenciones en salud desde una perspectiva biopsicosocial y de salud positiva.
- Trabajar en equipo para desarrollar un abordaje interdisciplinar, compartir lenguajes y puntos de vista distintos y complementarios.
- Desarrollar capacidades para generar alianzas y buscar la implicación y participación de las personas, sectores y agentes implicados.



- Desarrollar programas de intervención sostenibles y realistas, adaptados al contexto social e institucional.
- Desarrollar capacidades para poner en valor los activos de salud presentes en Andalucía.
- Desarrollar capacidades para llevar a cabo un abordaje intercultural.
- Participar en proyectos de investigación de salud pública, aprovechando las oportunidades de generar conocimiento útil en el contexto del trabajo cotidiano.

CONCLUSIONES

Debemos de perseguir una intervención social óptima y ésta debe basarse en el pilar de la coordinación sociosanitaria que, además de prestar una mayor calidad asistencial, permite que se racionalicen mejor los recursos sanitarios, repercutiendo en una atención a la ciudadanía, beneficiaria de las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española.

Orientando las actuaciones de las administraciones públicas sanitarias a:

- La promoción de la salud.
- Promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria.
- Garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
- Garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de salud.
- Promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.



BIBLIOGRAFÍA

- Díez, M. 2003. "La Tuberculosis en los Albores del siglo XXI". Revista Española de Salud Pública. Vol.77. Nº.2. ISSN: 1135-5727. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272003000200001&script=sci_arttext [25-Febrero-2016].
- Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. BOE Nº 102 de 29 de Abril de 1986.
- Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. BOJA Nº 255 de 31 de Diciembre de 2011.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, Orientación de las actuaciones sanitarias en las Administraciones Públicas. BOE Nº 102 de 29 de Abril de 1986. Págs. 15207-15224.
- Ley 2/1988, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, Concepción Integral de la Salud. BOJA Nº 74 de 4 de Abril de 1998.
- Rodríguez, E; Villarrubia, S.; Díaz O.; Hernández, G.; Tello, O. 2012. "Situación de la tuberculosis en España. Casos de tuberculosis declarados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en 2010." Boletín Epidemiológico semanal. Vol. 20. Nº 3. Págs. 26-41. ISSN: 2173-9277.
- Defensor del Pueblo Andaluz (2006). Informe especial al Parlamento. "Vivir en la calle: La situación de las Personas sin Techo, en Andalucía" Disponible en: <http://www.defensordelpuebloandaluz.es/vivir-en-la-calle-la-situacion-de-las-personas-sin-techo-en-andalucia> [25-Febrero-2016].



CASO III

Propuestas de coordinación entre Sistemas de Salud y Servicios Sociales Comunitarios

Isabel Montaña Morillas

Servicios Sociales Comunitarios de Castilleja de la Cuesta (Sevilla)





INTRODUCCIÓN

Esta propuesta de trabajo coordinado entre el sistema de atención primaria de salud y los servicios sociales comunitarios parte de la experiencia de un estudio de investigación que se realiza en el Distrito Sanitario Norte, más concretamente en el centro de salud de atención primaria del municipio de La Algaba, sobre la hiperfrecuentación¹⁴ de los servicios de urgencias.

El objetivo de este estudio se centraba en dos hipótesis de partida: en un primer lugar analizar si los patrones familiares y culturales que se tienen sobre las creencias y saberes de la enfermedad y la salud influyen en la relación de las personas con los servicios de salud; en un segundo lugar conocer si el patrón de alta frecuentación de consultas se repite en otras instituciones y/o servicios, como podrían ser los servicios sociales.

Con las conclusiones que se obtuvieron, se realizan diversas propuestas innovadoras de intervención que ayudarían de forma ventajosa al abordaje de esta problemática de manera eficaz y coordinada, en especial a los/las profesionales del trabajo social.

¹⁴ Definimos hiperfrecuentación como un uso reiterado del servicio de urgencias y al hiperfrecuentador, tal y como se define en algunos estudios, como paciente mayor de 14 años, con más de 8 visitas/médico/año.



1. JUSTIFICACIÓN

En los últimos tiempos el interés por descifrar las causas que llevan a las personas usuarias del Sistema Sanitario a realizar un uso reiterado de los servicios de urgencias está en aumento. Principalmente motivado por los datos empíricos que demuestran el aumento significativo del uso de este servicio.

En concreto, en los centros de atención primaria en los que la consulta se organiza a demanda, el aumento está poniendo de manifiesto que el uso de los servicios no está realizándose de manera adecuada, con las consecuencias que esto conlleva.

La atención de usuarios/as de manera urgente cuando se trata de "dolencias" que no pueden clasificarse de este modo, no sólo supone un consumo de recursos profesionales o un colapso en el servicio sino que contribuye a un malestar por parte de profesionales que se plantean qué está ocurriendo para que personas usuarias que no se encuentran (de manera objetiva) más enfermas de aquellas que acuden a su médico de cabecera en consulta ordinaria utilicen de esta forma el servicio de urgencias.

En este sentido, cuando abordamos el fenómeno de la hiperfrecuentación debemos tener muy en cuenta el punto de vista de los diferentes actores y los factores socio-familiares en los que se enmarcan nuestros/as pacientes y que les pueden influir en las respuestas a la enfermedad y en el uso de estos servicios.

Algunos estudios señalan como uno de los factores predisponentes para el uso reiterado, la facilidad de acceso al servicio de urgencias, provocando fluctuaciones en las visitas de los mismos principalmente si existe una actividad o evento cultural¹⁵. Esta hipótesis pone de manifiesto que el fenómeno de la hiperfrecuentación tiene múltiples causas y factores asociados, no tan relacionados con el uso inadecuado, sino con la capacidad de resiliencia¹⁶ de los propios usuarios.

Según estudios realizados¹⁷, el uso de los servicios médicos es el resultado de tres factores: los *predisponentes* hacen relación a características demográficas (edad, sexo, nivel de educación, tamaño familiar, actividad laboral), los *facilitadores*

15 Rev. Esp. Salud Pública, Nº 6, Vol. 77. (2003), "Perfil de la demanda urgente e influencia del fútbol televisado". Madrid

16 Utilizando el concepto de Stefan Vanistendael como capacidad para resistir, tolerar la presión, los obstáculos y pese a ello hacer las cosas correctas, bien hechas, cuando todo parece actuar en nuestra contra.

17 Andersen, R. y Newman, JF (1973); 51: 95-124.



que incluyen características individuales y de la población en la accesibilidad al servicio y los factores de *necesidad* que hacen referencia al estado de salud percibido por el paciente que le hace tomar la decisión de acudir a urgencias una vez que percibe el problema y decide pedir asistencia médica¹⁸.

Esta última decisión de acudir de manera inmediata al servicio de urgencias debe establecer un punto de inflexión puesto que los pacientes hiperfrecuentadores podrían estar haciendo un uso sustitutivo de estos servicios con respecto a otros más adecuados.

En este sentido el papel del trabajo social se abre un hueco relevante en esta materia, teniendo en cuenta que contamos con herramientas suficientes para poder realizar diagnósticos adecuados a estas situaciones de hiperfrecuentación y establecer hipótesis de trabajo que nos permitan elaborar posteriormente un plan de intervención que dé respuestas a las necesidades de estos usuarios que el sistema médico, llegado a un punto, no puede resolver.

2. PROPUESTA DE COORDINACIÓN

Se divide el proceso de intervención en varias etapas.

1. Fase de estudio.

En esta fase se realiza un análisis cuali-cuantitativo de pacientes hiperfrecuentadores. Esta fase comienza con la derivación a medicina de familia del paciente a la trabajadora social del equipo que realiza la entrevista, valoración del caso y diagnóstico social.

Mediante este estudio de los casos se analizan los diversos factores demográficos como edad, sexo, mes y número de consultas, motivo y valoración médica de la misma, que influyen activamente en la demanda. También se analizaron diversos factores sociales como la situación de actividad o inactividad y se clasificaron los pacientes como titulares y beneficiarios.

¹⁸ Sanchez López J. et al.



2. Diseño de las intervenciones.

En esta fase se desarrolla la planificación de los planes de intervención para pacientes que han sido entrevistados, y es donde se incorpora la participación de servicios sociales comunitarios. Generalmente, los pacientes frequentadores de los servicios sanitarios son también utilizadores de los servicios comunitarios. De esta relación causal entre la hiperfrecuentación sanitaria y el abuso de recursos comunitarios se deduce la «sensación de carencia» de estas personas.

Por ello, la intervención conjunta es mucho más positiva, puesto que se abordan las problemáticas sociales subyacentes a la hiperfrecuentación de una manera holística y global.

Estas intervenciones vienen marcadas por las necesidades tanto expresadas como sentidas por las personas usuarias de manera que pueda cumplirse el objetivo fundamental de la intervención: disminuir la frecuencia de atención en urgencias de los/as pacientes participantes del proyecto ofreciéndole, en colaboración servicios sociales comunitarios, la inclusión en otros programas municipales y actividades diversas.

Para ello las estrategias de intervención se centran en dos ejes: en un primer lugar, intervenciones sobre la demanda basadas no sólo en la modificación de consultas sino, también, en la prevención mediante educación sanitaria. Por otro lado, intervenciones centradas en la mejora del trabajo en equipo y del trabajo intersectorial y en la accesibilidad a otros servicios no sólo del ámbito sanitario.

3. Seguimiento de los casos.

Se puede realizar cada cierto tiempo, como ambos equipos decidan, el intercambio de información de cómo van evolucionando los casos y si se está consiguiendo el objetivo marcado, que la persona tenga una autopercepción de su situación como más favorable.

El objetivo principal no es, en concreto, reducir el uso de los servicios sanitarios y sociales. Este objetivo se consigue cuando las intervenciones realizadas hacen que la persona se encuentre mejor.



3. PRESENTACIÓN DEL CASO

Manuela, de 54 años de edad, vive en un municipio rural de la provincia de Sevilla. Está casada desde hace 36 años y tienen tres hijos. El marido de Manuela trabaja como camionero internacional y pasa largas temporadas fuera del domicilio familiar. Ella cuenta que ha criado a sus tres hijos en solitario.

Su hija mayor, de 36 años, vive en Valencia junto a su marido y una hija. Cuando ésta se marcha, Manuela pasa una crisis al sentir que perdía un pilar importante en su vida. Con su hija tiene una relación muy estrecha a pesar de que ahora sólo pueden hablar por teléfono a lo largo de la semana.

Sus otros dos hijos, de 34 y de 22 años, viven en Sevilla. El mayor con su esposa en un barrio de la capital y el pequeño vive con Manuela. Con este último las relaciones no son buenas Manuela siente que no tiene fuerzas para lidiar con un chaval problemático que no tiene reglas ni límites establecidos. No estudia ni trabaja y según ella refiere anda “metiéndose en líos” continuamente.

De hecho es por estos problemas de comportamiento del hijo menor de Manuela, que comienzan las intervenciones desde servicios sociales comunitarios del municipio. En 20017, incorporan a la familia al Programa de Atención Familiar, por absentismo escolar del menor.



Desde esta fecha, Manuela es la que ha tenido un trato continuado con servicios sociales. Solía acudir sola a las citas alegando que su marido estaba fuera y le era imposible acompañarla.

Debido a sus problemas de salud (tiene muy mala percepción de su estado de salud) se le solicita reconocimiento del grado de discapacidad, siéndole concedido un 22%.

Por falta de recursos es perceptora habitual del Programa de Erradicación de la Pobreza en Andalucía (salario social) y se han realizado con ella varios intentos de incorporación laboral en los diferentes planes de empleo (PUM e Inclusión Social) pero son intentos frustrados puesto que Manuela suele darse de baja médica durante los contratos, lo que dificulta esta labor.

Asimismo, Manuela solicita con cierta regularidad ayudas económicas municipales para pago de suministros y está incluida en los Planes de Garantía Alimentaria y Alimentos Cruz Roja.

En el área de salud, es una paciente hiper-frecuentadora. Acudiendo a urgencias de atención primaria una media de 6 visitas al mes, por problemas de ansiedad e hipertensión arterial.

Está diagnosticada de fibromialgia, diabetes mellitus II, obesidad, cuadros depresivos y es fumadora. Como ya se ha expuesto, tiene una mala percepción de su estado de salud, manifestando de manera reiterada “que no se encuentra bien”.

Este caso representa a un caso modelo de los esfuerzos que los diferentes recursos, tanto sociales, como sanitarios, así como los y las profesionales que en ellos trabajamos, venimos realizando con estos pacientes. Es una problemática tan compleja y multifactorial, que abordarla de manera aislada, y desde áreas diferenciadas, presenta muy pocos resultados.

En este sentido, el modelo de intervención socio-sanitaria que se plantea, permitiría abordar este caso de una manera integral y podría ofrecer a Manuela recursos y alternativas para que ella misma, con sus propias herramientas, pudiera empezar a modificar pequeños hábitos y conductas que, a su vez, frustran las intervenciones que intentan realizarse con ella.



Historia Sanitaria

Mala Percepción de salud.
Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ28.

Fibromialgia.

Diabetes mellitus tipo II.

Obesidad.

Cuadros depresivos.

Fumadora.

Nº visitas a urgencias del Centro de Salud:
6 visitas/mes.
Crisis de ansiedad y descontrol diabético.

Historia Familiar

Casada.
Mayor de 30 años
Marido camionero. internacional.

Largas temporadas sola.

Tienen tres hijos.

Hija de 36 años, casada, con una hija, viven en Valencia.

Hijo de 34 años, viven en pareja en Sevilla.

Hijo de 22 años, vive aún en la casa familiar. No estudia ni trabaja.

Intervenciones SSCC

PAF. Desde 2007, incluida en el programa por absentismo del hijo menor.

Petición de reconocimiento de grado de discapacidad (22%)

Petición y tramitación del programa de Erradicación de la Pobreza en Andalucía. Varios años.

Ayudas económicas personales de urgencia municipal.

Ayudas periódicas para pago de suministros vitales.

Varios Planes de Urgencia Municipal y Programa de Ayuda a la Contratación.

Incluida en el Plan de Garantía alimentaria y alimentos de Cruz Roja.

4. CONCLUSIONES

Como se ha venido comentando, la frecuentación de servicios no se produce meramente en el ámbito sanitario. Muchas de las familias que estuvieron implicadas en el estudio eran familias conocidas por instituciones comunitarias como son los servicios sociales. Este uso de servicios y recursos es una forma más de expresar la demanda insaciable de esta tipología de pacientes.

El intercambio de información y la implicación de otros agentes sociales no sanitarios, abre muchas puertas nuevas en el proceso de intervención porque, si bien es sabido, el usuario puede creer que existe escasa relación entre niveles y utilizar esta situación para sobre demandar en ambos servicios.

Como en los resultados se observaba la relación causal que se puede establecer entre hiperfrecuentación sanitaria y abuso de recursos comunitarios, este planteamiento de trabajo, no sólo interdisciplinar sino también intersectorial, permitiría reestablecer fuentes de información y comunicación para conocer la situación exacta, la demanda explícita que realiza y las intervenciones que se están llevando a cabo con estos pacientes que, como se ha comentado, no acuden únicamente a un servicio sino que emprenden una particular búsqueda de soluciones, mediante un peregrinaje por distintos servicios o incluso en servicios similares.



De esta manera la hiperfrecuentación será atendida desde todos los ejes socio-sanitarios. Cuando el personal médico la detecta, no sólo debe iniciar una derivación formal a los y las profesionales del trabajo social, sino que debe ser el momento de construir una intervención global dirigida tanto a descifrar las motivaciones de la frecuentación (para entenderla y comprenderla) como a buscar alternativas socio-sanitarias factibles y evaluar el proceso con periodicidad entre los y las profesionales con implicación y las personas usuarias identificadas.

La figura del trabajador social es la encargada de actuar de eje, de nexo entre lo social y lo sanitario, que hasta ahora han permanecido separados en los procesos de intervención. Así, debe participar en este nuevo diagnóstico sanitario para convertirlo en socio-sanitario y poder añadir estudios socio-familiares y psicosociales a la información médica. Así el posterior tratamiento responde a un abordaje integral bio-psico-social en el que profesionales de la medicina de familia, enfermería de familia y trabajo social prescriben, de manera conjunta las pautas de intervención.

En este punto, el número de visitas que el/la paciente realiza a urgencias debe ser un parámetro visible recogido en su historia socio-sanitaria pues nos está ofreciendo una valiosa información sobre cómo se encuentra. Si el/la médico/a observa que el/la paciente acude reiteradamente, debe ponerlo en conocimiento del/la profesional del trabajo social para que comience el circuito y busque alternativas de intervención que a nivel médico ya no pueden ofrecerse. De esta forma el/la trabajador/a social en salud es un miembro más del equipo que persigue la atención integral en salud. Así, si partimos de una valoración global de la situación del cada persona usuaria, el/la profesional de referencia podrá ser médico/a, enfermera/o o trabajadora/or social.

Posteriormente el/la trabajador/a social procede a la coordinación con servicios sociales comunitarios para elaborar el plan de intervención conjunto.

Las trabajadoras y trabajadores sociales de los servicios sociales comunitarios tienen gran cantidad de información de calidad sobre las circunstancias sociales y familiares que rodean a un/a paciente y que pueden contextualizar las somatizaciones que realiza y que lo llevan directamente al centro de salud. Poder ofrecer alternativas al margen de lo sanitario es una forma de intervención muy adecuada para estos casos. Como se ha comentado, no son pocos los autores que confirman que una variada oferta cultural, social y de ocio disminuyen considerablemente el uso de servicios sanitarios. Esta tendencia alternativa a los tratamientos con fármacos está muy de moda en la actualidad puesto que es bien conocido que los fármacos sólo ayudan en un momento concreto pero, a largo plazo, el síntoma reaparece y el paciente vuelve a necesitar atención médica.



Si entendemos la dolencia y la visita reiterada como una forma de manifestar otros factores y establecemos líneas de intervención conjuntas que se salgan de lo meramente médico, podremos lograr que el paciente entienda que el recurso que conocía y utilizaba continuamente ya no le es necesario.

Cuando a los y las pacientes se les enseña a poner en marcha recursos propios que tienen abandonados y se les ofrece alternativas a la respuesta que han venido desarrollando, para lo que las y los trabajadores sociales contamos con total capacitación, la intervención es mucho más eficaz y, al fin y al cabo, esto es lo que se pretende.

Se trata de realizar un **cambio de paradigma en la forma de intervenir**, de un modelo de atención parcializada (reactivo) donde se hace una atención exclusivamente médica, concreta e inmediata, a un modelo de atención coordinada (proactivo) que permite una atención transversal y preventiva y que genera una respuesta sistémica.

■ Atención parcializada

- ☐ Basada en un modelo “reactivo”.
- ☐ Atención lineal.
- ☐ Respuesta concreta e inmediata.
- ☐ Atención exclusivamente médica.

■ Atención coordinada

- ☐ Basada en un modelo “proactivo”.
- ☐ Permite atención transversal.
- ☐ Facilita modelos de prevención.
- ☐ Respuesta sistémica.
- ☐ Atención médica y social.

BIBLIOGRAFÍA

- Pérez-Ciordia, I.; Catalán, F.; Zalacain, F.; Barriando, M; Solaegui, R. y Guillén, F. (2003). “Perfil de la demanda urgente e influencia del fútbol televisado en un Servicio Extrahospitalario en la Zona Básica de Salud de Tafalla, Navarra”. Rev. Española de Salud Pública. Nº 6. Vol.77. Madrid. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol77/vol77_6/RS776C_735.pdf [25-Febrero-2016].
- Romero Luque, L.G.; Montaña Morillas, I.; Nieto Reinoso, A. (2007). “El trabajo social en el abordaje de la hiperfrecuentación de los Servicios de Urgencias”. Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social, ISSN 1133-6552, Nº. 40-42, 2007, págs.115-133.



REFLEXIONES DE LA JORNADA





Con esta II Jornadas de Coordinación Social y Sanitaria: “La Coordinación entre los Sistemas Públicos de Salud y Servicios Sociales desde la Atención en los Servicios de Urgencias” se ha pretendido consolidar el espacio anual de intercambio, reflexión y construcción de propuestas entre profesionales del ámbito sociosanitario. En 2014 se abordó el papel del/a profesional del Trabajo Social en la Coordinación Sociosanitaria, se desarrolló un trabajo grupal de identificación y análisis de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades (DAFO), y a modo de cierre se publicaron las Actas de las Jornadas que incluyeron en esta ocasión el análisis de unos 8 casos prácticos y las conclusiones del análisis DAFO²⁰.

En 2015 convocamos nuevamente a profesionales que por su especialización e interés han querido participar en las II Jornadas aportando y compartiendo visiones, análisis y experiencias prácticas. De las distintas ponencias, presentación de casos y debates del plenario en estas II Jornadas, destacamos las siguientes ideas que trabajadoras y trabajadores sociales quieren difundir:



20 WAA. (2014). Actas de las I Jornadas Provinciales “El papel del trabajador social. Coordinación entre el sistema de servicios sociales y el sistema sanitario”. Colegio Oficial de Trabajo Social de Sevilla. Sevilla.



REFLEXIONES

El espacio sociosanitario ya está creado: podemos revisar, mejorar, dotar y ampliar. No es necesario por tanto un nuevo espacio.

Se valora la apertura a nuevos paradigmas y modelos de intervención que incidan en la mejora de la coordinación y atención a la persona.

Es fundamental una mayor implicación política, la gestión técnica está clara.

El consentimiento informado debe ser un instrumento consolidado, en la coordinación sociosanitaria.

Trabajadores y trabajadoras sociales son profesionales expertos en la coordinación sociosanitaria.





BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Abreu, M.C, García-Bustelo, M.P, Brahmi, S y Martínez, M (2014) "Reflexiones desde el trabajo social sanitario en torno a la reforma de la atención sociosanitaria". Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar. Nº 3. Págs. 4-12.
- APDHA, (2015). "¿Qué pasa en las urgencias con las personas sin hogar y qué debería pasar?" Informe sobre la asistencia social a personas sin hogar en el marco de la atención en urgencias. Sevilla. www.apdha.org/que-pasa-con-las-personas-sin-hogar-en-las-urgencias-y-que-deberia-pasar/
- Díaz, R. (2014) "La Unión Sociosanitaria es un "engaño". Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales. Disponible en: <http://www.directoressociales.com/noticias/309-la-unión-sociosanitaria-es-un-engaño.html> [18-Febrero-2016]
- Galofré, A., Álvarez, R y Herreros, J (2014) "El trabajo social sanitario dentro de la comunidad experiencia de un centro de salud en Mataró". Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar. Nº 2. Págs. 4-10.
- Jiménez, E (2009). "Trabajadores/as sociales en las instituciones del defensor del pueblo". Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social. Nº 45. Págs. 59-76. Disponible en: [18-Febrero-2016] <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3288172>
- Puy, N. (2013) "El trabajo social sanitario en los servicios de urgencia razones para su reconocimiento". Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar. Nº 3. Págs. 44-52.
- Rodríguez, L (2015) "Experiencias y obstáculos de los trabajadores sociales sanitarios en el acompañamiento de los procesos de fin de vida". Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar. Nº 1. Págs.4-10.
- Rodríguez, A.M (2015) "La adherencia del paciente a tratamientos prolongados la figura del trabajador social sanitario". Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar. Nº 1. Págs. 12-16.



- Rueda, J.D, Lucas, J.A y Tovar, F.J (2015) "Más allá de las buenas prácticas reflexiones sobre el trabajo social en la sociedad actual". Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar. Nº 1. Págs. 4-15.
- De La Torre, F.J. (2015) "Deontología profesional y derechos del paciente: ética y ciudadanía en el trabajo sanitario". Revista de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Nº 81. Segundo cuatrimestre. Págs. 11-24. Madrid.
- Puñal, M.E. y Salgado, V. (2015) "Transmisión de información en contextos de coordinación sociosanitaria desde la normativa de la protección de datos de carácter personal". Revista de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Nº 81. Segundo cuatrimestre. Págs. 25-42. Madrid.
- Aguilar-Ildañez, M.J. (2015) "Trabajo Social Sanitario: Potenciar la participación ciudadana y comunitaria. Comunidades saludables". Revista de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Nº 81. Segundo cuatrimestre. Págs. 91-108. Albacete.
- Capdevila Cotonat et al., M. (2014) "Análisis del perfil de los pacientes hiperfrecuentadores de Lleida (comparativa entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria) y su relación con los factores sociales/psicosociales. Revista de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Nº 78. Segundo cuatrimestre. Págs. 5-12. Madrid.
- Hervás de la Torre, A. (2014) "Implicaciones del Trabajo Social Sanitario en la coordinación sociosanitaria y la gestión de casos" Revista de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Nº 78. Segundo cuatrimestre. Págs. 25-31. Madrid.



Avda. San Francisco Javier, 24
Edificio Sevilla 1, Planta 1ª - Módulo 5
41018 Sevilla

Teléfono 954 66 18 61

sevilla@cgtrabajosocial.es

www.trabajosocialsevilla.com