
El trabajo social sanitario en la atención sociosanitaria

PID_00272631

Dolors Colom Masfret

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 5 horas



Dolors Colom Masfret

Diplomada en Trabajo Social por la Universidad de Barcelona. Profesora asociada y directora científica del máster universitario de Trabajo social sanitario de los Estudios de Ciencias de la Salud de la UOC. Profesora asociada de la Unitat de Formació i Recerca de Treball Social de la UB. Completa la formación en el ámbito del trabajo social sanitario y en las unidades de atención al cliente con estancias, primero en el Bellevue Hospital Center de la Universidad de Nueva York, y después en el Departamento de Servicios Sociales y el Departamento de Medicina Comunitaria, División Internacional, del Mount Sinai Medical Center, también en Nueva York. Es investigadora, docente, consultora y asesora en el ámbito social de establecimientos sanitarios y sociosanitarios, y también de establecimientos residenciales y programas de atención a domicilio. Escritora y editora.

Segunda edición: marzo 2020
© Dolors Colom Masfret
Todos los derechos reservados
© de esta edición, FUOC, 2020
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realización editorial: FUOC

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares de los derechos.

Índice

Introducción.....	5
1. La atención sociosanitaria: algunas reflexiones previas.....	9
1.1. La atención sociosanitaria y los cuidados continuados: antecedentes históricos y primeros pilares	9
1.2. Algunas referencias históricas sobre el término <i>long term care</i>	11
2. La atención sociosanitaria y el trabajo social sanitario.....	17
2.1. Principios inspiradores de atención sociosanitaria	18
3. La atención sociosanitaria y la coordinación sociosanitaria.	22
4. La atención sociosanitaria en el Ministerio de Sanidad y Consumo.....	26
5. Antecedentes históricos: el programa <i>Vida als anys</i>.....	27
5.1. La atención	27
5.2. Las unidades	28
5.3. Las personas atendidas	28
5.4. La financiación	29
5.5. La calidad	29
5.6. Breve repaso a la atención sociosanitaria en otras comunidades	30
6. Unidades, programas y servicios de la atención sociosanitaria.....	31
6.1. Unidades funcionales de ingreso	31
6.2. Unidad de salud mental y psicogeriatría	32
6.3. Unidades funcionales de atención diurna	32
6.4. Unidades funcionales domiciliarias	33
6.5. Programas de soporte	34
6.6. Programas básicos complementarios	35
6.7. Programa de servicios de enfermería	35
6.8. Programa de servicios psico-socio-culturales	36
6.9. Programa de servicios médicos	38
6.10. Programa de gestión y mejora de la calidad	39
6.11. Programa de abogacía y notaría	39
6.12. El acceso a la atención sociosanitaria	40
6.12.1. La garantía de acceso por medio de un programa del alta	41
6.12.2. Ocupación de plazas	42

6.12.3. Listado actualizado y seguimiento de los clientes	42
6.13. Las expectativas	43
6.14. Atención a las familias	43
7. Definición de los indicadores básicos.....	45
7.1. Indicadores de actividad	47
7.2. Indicadores de utilización de la unidad	48
7.3. Indicadores de rendimiento	49
7.4. Indicadores de población	49
7.5. Indicadores de integración y reinserción	50
7.6. Indicadores de demanda social	50
7.7. Indicadores de necesidades sociales	51
7.8. Indicadores de utilización	52
7.9. Indicadores de calidad	53
7.9.1. Adecuación de los apoyos	53
7.9.2. Quejas y reclamaciones	53
7.9.3. Agradecimientos	53
7.10. Otros grupos de indicadores complementarios	53
7.11. La satisfacción del cliente, su familia y la comunidad	55
8. Pensar en sociosanitario. Diagnosticar en sociosanitario. Tratar en sociosanitario. Planificar en sociosanitario.....	58
9. El progreso de la atención sociosanitaria pasa por el I+D +i. Reflexión final.....	60
Bibliografía.....	63

Introducción

La implementación y el desarrollo de la atención sociosanitaria en España se inicia en Cataluña a mediados de la década de los ochenta con el programa *Vida als anys*, adscrito a las Consejerías de Sanidad y de Bienestar Social. La puesta en marcha del programa *Vida als anys* fue un claro ejemplo de innovación en la creación de una red de programas preparados para asumir en diferentes grados las necesidades sanitarias de las personas que además presentaban problemas o dificultades sociales.

Una de las novedades fue que en un marco legal se reconocían las teorías de la atención integral.

Con el paso de los años, no obstante, la atención sociosanitaria ha visto desviado su centro de gravedad hacia la atención de lo sanitario, con lo que lo social ha quedado de nuevo, muchas veces, en un segundo plano.

La idea original se mantiene en la teoría, pero la práctica, salvo excepciones, va sanitariándose. Igualmente, la atención sociosanitaria sigue siendo todavía para muchas autonomías una asignatura pendiente o en vías de desarrollo, cuyo debate permanece en lo abstracto o se circunscribe a la coordinación sociosanitaria. Se tratará más adelante, pero es preciso diferenciar la atención sociosanitaria de la coordinación sociosanitaria.

La atención sociosanitaria nació, como lo hizo el mismo trabajo social sanitario, de la evolución de la propia realidad social y como fruto de la evolución del estado del bienestar, del desarrollo del sistema sanitario, tanto en los conocimientos asistenciales como en la gestión de las estructuras y su planificación. La creación del sistema de servicios sociales y los avances de la medicina, junto con las nuevas tecnologías y, sobre todo, una nueva sensibilidad ciudadana respecto a la exigencia de una mejor atención, fueron los pilares de su inicio. Pero por encima de todo, destacamos la voluntad de una sociedad civil y una comunidad profesional que vieron cómo se perdía el equilibrio entre lo profesional, la nueva gestión y lo humano. Surgían nuevas necesidades y se precisaba de nuevos servicios. Todas estas esferas fueron las que propiciaron aquella nueva idea y una nueva forma de organizar la atención social y sanitaria para grupos de población vulnerable y frágil.

En España, fue Cataluña la comunidad autónoma que lideró la puesta en marcha y el desarrollo de la atención sociosanitaria, de donde resultó una idea, en aquellos momentos, altamente innovadora. Su espíritu sigue siéndolo y en él, el trabajo social sanitario tiene, como lo tuvo en los inicios, un papel determinante que cabe recuperar para mantener viva la mirada de lo psicosocial.

El término *sociosanitario* evoca necesariamente la presencia de una enfermedad tratada dentro del sistema sanitario (público y/o privado) y la presencia de problemas sociales que, como la misma enfermedad, necesitan un tratamiento profesional desde el trabajo social sanitario. La diferencia principal está en que la atención sanitaria es menos compleja que la de un hospital de agudos. La presencia de la enfermedad incurable, degenerativa, de larga duración, mediatizada por la vivencia de cada persona en su medio concreto, con necesidades de atención sanitaria continuada y, por tanto, de atención también continuada desde el trabajo social sanitario, constituyen la médula del desarrollo y despliegue de la atención sociosanitaria.

La atención sociosanitaria, en su concepción filosófica, es la integración sincrónica de estructuras, conocimientos, recursos tecnológicos y teóricos, recursos profesionales y modelos de atención flexibles. Es decir, la atención sociosanitaria es un ejemplo real de *management* en el estado del bienestar.

El modelo de atención sociosanitaria, además, se encuentra a caballo entre la atención primaria sanitaria y la atención especializada. Podemos pensar que se beneficia del conocimiento de ambos sistemas, de la primaria y de la especializada. La multiplicidad de programas y servicios que admite la atención sociosanitaria la convierten en un modelo de atención particular que articula colectivos profesionales diversos (de medicina, enfermería, trabajo social sanitario, psicología, geriatría, gerontología, fisioterapia, etcétera.) y servicios sociosanitarios. Un modelo vinculado a otros sistemas, pero con identidad propia, que no está limitado ni constreñido por ellos.

La atención sociosanitaria no debe confundirse con la coordinación sociosanitaria. Son dos dimensiones diferentes. El trabajo social sanitario en la atención sociosanitaria tiene en su mano liderar el desarrollo de procedimientos de intervención interdisciplinar. Si bien en la atención sociosanitaria es indiscutible la presencia del trabajo social sanitario, este tiene un gran reto en la promoción y evaluación de programas y servicios de acuerdo con las nuevas realidades sociales.

Así pues, en la atención sociosanitaria, en el trabajo social sanitario, vamos a promover y gestionar conocimientos y procedimientos.

Cuando uno de los dos enfoques, el sanitario o el social, no está presente en el plan de cuidados, se trata de atención desde lo sanitario o atención desde lo social, pero no responde a lo sociosanitario como modelo integral. El desarrollo del concepto de la atención sociosanitaria implica el diseño de un sistema de programas y servicios de diferente complejidad destinados a cubrir las necesidades derivadas de las personas cuyos problemas sanitarios pueden generar problemas sociales y, viceversa, personas cuyos problemas sociales ponen en riesgo su salud por medio de problemas sanitarios.

A lo largo del siguiente texto reflexionaremos sobre la atención sociosanitaria como concepto y metodología, como un espacio propio con múltiples ofertas de prestaciones.

La atención sociosanitaria ¿consiste en servicios con entidad propia o en servicios que resultan de la suma de otros distintos? Responderemos a esta duda que suele planear sobre quienes se han construido una idea equivocada de lo que es la atención sociosanitaria. En este módulo la situamos funcional y jerárquicamente en el sistema sanitario, desplegada como un modelo integrado en donde lo sanitario no se concibe sin lo social, y viceversa. Pasados casi treinta y cinco años desde de la primera experiencia de atención sociosanitaria, seguimos apoyando la idea original.

Su evolución se ha visto afectada por el hecho de que cada vez más el sistema sanitario, debido en parte al incremento del uso de la tecnología, se centra en la enfermedad y relega a un segundo plano, por su propio funcionamiento, a la persona enferma y su familia, se pierde el vínculo entre el personal médico y la persona enferma, y todo su mundo.

En los años noventa algunas comunidades, manteniendo el nombre de atención sociosanitaria, defendieron una atención sociosanitaria sin servicios ni programas propios, optaron por la coordinación entre sistemas, el sanitario y el social, pero las diferencias de funcionamiento y gestión entre ambos ámbitos dificultan cualquier intento. Sobre el terreno, que es donde se mide la efectividad, los principales perjudicados son los colectivos que se beneficiarían de la atención sociosanitaria como concepto original y no como resultado de una burocracia que suma prestaciones facilitadas de manera independiente sin una línea común, con documentación independiente y servicios independientes. A la vista de su infructuosidad, la coordinación sociosanitaria, entendida como la unión del sistema sanitario y del social, ¿no es una utopía?

La realidad de la atención sociosanitaria, como fue pensada y como está funcionando en Cataluña (cuna en España del nuevo modelo), nos permite recapitar y debatir sobre ello en contraste con las realidades de las diferentes autonomías. Vamos a aprovechar aquí los recursos del alumnado para ver cómo está funcionando en sus respectivas comunidades.

Sobre el terreno –se insiste, el único lugar donde cuenta–, las dificultades de la coordinación son evidentes. ¿Por qué determinados servicios y programas deben estar por decreto bajo la tutela de los servicios sociales cuando el centro de gravedad de la necesidad se sitúa en la enfermedad que requiere una atención integral, continuada y especializada?

Cabe desde el trabajo social sanitario plantear procedimientos útiles que no marginen a las personas atendidas en el sistema sanitario cuando, después de su proceso agudo, requieren atención sociosanitaria. La persona es una. Los

servicios deben ser capaces de estructurarse como si fueran uno solo. Y si ello no se logra, ¿por qué no pensar que se trata de una fórmula fallida?, ¿por qué no actuar en consecuencia?

Las unidades de trabajo social sanitario deben asumir roles de promotores y evaluadores de recursos y unidades integradas de la atención sociosanitaria. El objetivo siempre es la persona enferma, su vivencia y experiencia en ese momento determinado en que la percepción de sus necesidades la abrumba. A ella y a su familia. En todos los casos se trabajará con el núcleo familiar para afrontar el presente y según el diagnóstico y pronóstico médico, para lo venidero. En las entrevistas se expondrán los posibles riesgos, los efectos psicosociales del pasar a depender de otros programas, se investigarán las reacciones, los comportamientos de la persona y su entorno. En ningún caso, en lo social, es posible determinar a priori lo que ocurrirá aun teniendo identificados los déficit, pero si que a medida que vamos acumulando datos, podemos establecer previsiones.

1. La atención sociosanitaria: algunas reflexiones previas

El espacio físico y conceptual que se encuentra entre la atención hospitalaria para pacientes con enfermedad agudas y el espacio comunitario para pacientes con enfermedad crónica o aguda, pero que requiere de una larga convalecencia, preocupa desde finales del siglo XIX. El abordaje de este episodio vital requirió de los profesionales de la época una visión diferente a la convencional, pero además, de una serie de acciones. El trabajo social sanitario es sobre todo acción.

Una anécdota ilustrará esta afirmación. Ida M. Cannon, la segunda trabajadora social médica en el Massachusetts General Hospital e impulsora del principal desarrollo y expansión del trabajo social sanitario, en su tiempo denominado médico, era la autora de un dibujo del pájaro Dodo apoyándose en un bastón. Dodo presidía su despacho con el siguiente texto rezando en la parte superior: «¿Por qué Dodo dice: la mejor manera de explicarlo es hacerlo?». En este caso, situados en el campo del trabajo social médico u hospitalario, Ida M. Cannon estaba invocando a la acción necesaria para evitar o paliar determinados problemas psicosociales surgidos a raíz de la enfermedad de larga duración. Cabe señalar que, además, Cannon no planteaba cualquier acción, reivindicaba la acción que cumplía con los principios del trabajo social sanitario.

El trabajo social sanitario, se aplique donde se aplique, sea en el hospital, en la atención sociosanitaria, o en la atención primaria, es ante todo «acción». Una acción benéfica y estratégica, planificada específicamente para la persona, su entorno y su medioambiente. La intervención de los equipos de trabajo social sanitario en la atención sociosanitaria se desarrolla junto con la acción especializada de otros colectivos profesionales que componen el resto del equipo interdisciplinar. Cada colectivo es parte de los servicios profesionales prestados y se apoyan en sus conocimientos específicos, colaborando con las personas afectadas y, si estas no objetan lo contrario, con su familia.

1.1. La atención sociosanitaria y los cuidados continuados: antecedentes históricos y primeros pilares

La idea de lo sociosanitario, su transformación en servicios específicos caracterizados por los cuidados continuados en España, surge en Cataluña a mediados de los ochenta. Luego la siguieron otras comunidades, cada una con sus propios matices sobre el programa e idea original, pero en todos los casos coincidiendo en una idea: los cuidados continuados dentro de un modelo de atención integral.

Sin embargo, en los países sajones y francófonos, dicha fórmula llevaba muchos años sirviendo a diferentes tipos de población. La atención sociosanitaria en España equivale al Long Term Care de los países sajones y al Long Séjour de los francófonos.

A continuación, muy brevemente, se exponen momentos clave en el desarrollo de esta fórmula profesional de intervención que, con los años, resultó un tercer modelo asistencial, basado siempre en el modelo bio-psico-social, que iba más allá de una simple suma de profesionales pendientes de su función y desvinculados de la de los otros componentes del equipo. La atención socio-sanitaria significa un todo, una tercera vía.

En 1886 William Olser, médico del John Hopkins Hospital en Baltimore (USA), creó un programa de visitas a domicilio. En este, los estudiantes de Medicina visitaban los hogares y los ambientes a los cuales regresaban las personas enfermas que atendían. Probablemente este sea el primer programa de atención sociosanitaria que nutrió una nueva fórmula de ejercer la medicina y que contemplaba, por su incidencia en la recuperación, además de los aspectos psicosociales, los entornos sociales de las personas enfermas. Uno de estos estudiantes fue el Dr. Charles Emerson, quien a su vez, en su ejercicio profesional, implementó el mismo programa en la Charity Organization Society de Baltimore. Fue allí, en la COS de Baltimore, donde en 1903 conoció al Dr. Cabot, quien enseguida vio la nueva figura profesional que cabía introducir en el hospital. Esta nueva figura era la trabajadora social médica, con tres funciones básicas:

- La asistencial-preventiva.
- La educativa.
- La investigadora.

La continuidad de la historia del trabajo social médico (hoy sanitario) la hemos visto en la primera asignatura. La nueva figura propuesta por Richard C. Cabot se ocuparía de estudiar los aspectos sociales y psicosociales de las personas a las cuales él, como médico, atendía. En repetidas ocasiones había manifestado su frustración al comprobar que algunos pacientes a los que atendía no tenían posibilidades de seguir los tratamientos indicados. Recordemos que esta primera plaza la asumió Garnet Isabel Pelton en 1905, la cual, a los pocos meses, enfermó de tuberculosis y tuvo que retirarse, siendo Ida M. Cannon quien la sustituyó e inició un camino de expansión de la profesión, el trabajo social sanitario, no solo en el Massachusetts General Hospital sino también en otros hospitales de Estados Unidos que imitaron la experiencia de Boston.

Otro momento que cabe señalar fue en 1897, cuando Jane Addams, en una de sus conferencias, señaló la importancia de las unidades de convalecencia para que las personas con trastornos mentales fueran desinstitucionalizadas de manera progresiva, evitando así el *shock* de las familias y de ellas mismas cuando dejaban el hospital.

1.2. Algunas referencias históricas sobre el término *long term care*

Tras una revisión bibliográfica sobre los usos del término *long term care* dentro de las conferencias anuales de bienestar celebradas en los Estados Unidos a partir de 1874, denotamos que una primera referencia aparece en 1930, dos años después de la muerte de Mary E. Richmond.

Se da en el contexto de una conferencia impartida en Boston dentro del marco de la Conferencia Nacional de Trabajo Social, su autor es Joseph Bonapart y versa sobre la atención a la adolescencia que se encuentra bajo tutela institucional.

El término *long term care* vuelve a aparecer diez años más tarde, en 1940, y en concreto refiriéndose a un programa médico de cuidados continuados infantiles. En este caso el autor es Joseph E. Alloway.

Nuevamente, en 1944 se habla del *long term care* para las personas con alguna discapacidad haciendo una referencia al proceso de trabajo social sanitario: rehabilitación vocacional. En este caso el autor es Michael J. Shortley. Eran los tiempos de la Segunda Guerra Mundial y los Estados Unidos se encontraron con muchos de los soldados que regresaban mutilados o gravemente heridos, que necesitaban atención profesional a lo largo de mucho tiempo. Ello explica la evolución del término, que enseguida se amplió a la población adulta y en edad de trabajar.

Un par de años más tarde, en 1946, Odin W. Anderson escribía un muy interesante e ilustrativo artículo, en el que se refería a los cuidados de *long term care* y que tituló «Resources for care of the chronically ill: nature and need» (Recursos para el cuidado de la enfermedad crónica: naturaleza y necesidad). Escribía:

«Cuando las Ciencias Médicas conquistaron las enfermedades agudas, se dio una tasa de supervivencia mucho mayor [...] era probable que estas personas se convirtieran en víctimas de las enfermedades crónicas. [...] Cuando se recorre la literatura médica y social sobre el problema de los enfermos crónicos, uno se sorprende por el uso frecuente de los términos *suponemos, podríamos, queremos*, lo que sugiere la inmensidad de nuestra ignorancia y la frustración que sentimos frente a esta ignorancia cuando deseamos la acción. [...] Ahora surge el problema –el cuidado de los enfermos crónicos–, lo que obliga a la integración y la cooperación de estos campos... [...] Por fin, el paciente se convierte en una personalidad y no solo en un caso de corazón, o un caso de pensiones, o un indigente. [...] La naturaleza del problema es tal que un enfoque orgánico es necesario, pero los trabajadores sociales saben muy bien que es necesario el examen de la situación total del paciente, de sus finanzas, de su trabajo, de su casa, de su enfermedad, y de su futuro. [...] El paciente es una parte de una familia, y la familia es parte de una comunidad, y en la comunidad, los servicios existentes deben coordinarse con el fin de que la acción resulte parcialmente eficaz. [...] Una cita de una bien conocida autoridad en la enfermedad crónica nos da una idea de la caótica situación actual: las instalaciones existentes para el cuidado de los enfermos crónicos presentan una imagen muy confusa. Pacientes en casa que deberían estar en los hospitales. Pacientes en hogares para las personas mayores que no están preparados para atender a sus necesidades. Pacientes en hogares de convalecencia ocupando camas necesarias para otro fin... Hay una confusión loca de los pacientes y las instituciones. Los pacientes que luchan por encontrar un refugio donde sea, las instituciones que los admiten a regañadientes y asumen que no les proporcionan el cuidado que necesitan. Es una escena de gran desorden. [...] Cada uno de ellos acepta a regañadientes la carga de los enfermos crónicos, e intenta transferir la responsabilidad

a otra agencia que no está mejor preparada para la tarea. Para poner orden en este caos, parece necesario desarrollar una logística de la atención de los enfermos crónicos... [...] Hasta ese momento hemos sido incapaces de establecer un sistema de prioridades en el orden de la acción».

O. W. Anderson (1946). «Resources for care of the chronically ill: nature and need». *National Conference on Social Welfare* (págs. 507-514).

El texto de Anderson parece escrito ayer. La mayoría de los profesionales encontrarán en estas palabras fragmentos que les permitirán reconocerse en ellas. Y, a la vez, reconocer realidades de su día a día. Pero esas palabras fueron escritas en 1946, por ello debe llamarnos la atención la repetición constante en la que parece haberse caído estos últimos años. Repetimos constantemente los problemas, lo que hay que hacer, pero falla la acción final, la que genera el movimiento para el restablecimiento o mantenimiento. Por ello, la atención sociosanitaria fue un gran paso para concretar la acción asistencial dentro del modelo sociosanitario en el cual las recomendaciones del Dr. Cabot, cuando señalaron que «Los organismos médicos y organismos sociales no debemos trabajar separados, porque los seres humanos, de quienes somos responsables, no pueden ser fraccionados en dos», encontraban su máxima expresión. Podemos dilucidar sobre lo que ocurre y cómo solucionarlo, pero el test de la realidad pasa por actuar sobre ello considerando las otras experiencias que ya han pasado por lo mismo y nos pueden ahorrar tiempo y recursos. La historia, quien no la conoce, se ve obligado a repetirla, pero como profesionales no podemos caer en el reduccionismo al que conduce la falta de conocimiento de experiencias anteriores. Existe numerosa bibliografía que pone de manifiesto lo que fueron las primeras experiencias de atención sociosanitaria, no solo en España, donde sin duda llegó tarde, sino en otros países desarrollados. Su literatura científica nos permite acceder a sus principales dificultades, a sus puntos fuertes. Aprovechemos las experiencias de quienes nos precedieron para evitar creer que estamos innovando cuando en realidad estamos, como diría Anderson, actuando desde la ignorancia y encima nos felicitamos por ello. Estos textos son un buen ejemplo de la importancia que adquiere para las profesiones, para su evolución, la generación de conocimiento desde sus propias bases teóricas, y esta siempre debe apoyarse en los datos, las evidencias y la investigación.

Es frecuente escuchar a personas, casi siempre ajenas al sector sociosanitario, hablando de lo sociosanitario como si fuera el equivalente del trabajo social sanitario, o como si fuera una manera más moderna de denominarlo. Craso error. El trabajo social sanitario no es la atención sociosanitaria, conforma una de sus dimensiones. De igual modo, el trabajo sociosanitario que últimamente también suena nada tiene que ver con el trabajo social, ni con el trabajo social sanitario. El trabajo sociosanitario es simplemente el ejercicio que realiza cualquier profesional dentro de la atención sociosanitaria.

Igualmente, se debe tener clara la diferencia entre la atención sociosanitaria y la coordinación sociosanitaria. Muy brevemente, porque lo desarrollaremos más adelante, la primera implica servicios propios. La segunda implica a todos

Bibliografía recomendada

R. Cabot (1920). *Ensayos de medicina social*. Madrid: Editorial Espasa Calpe.

los servicios, sanitarios y sociales, existentes en una zona o área que tienen la necesidad de relacionarse entre sí y de colaborar, de coordinarse porque todos están interviniendo de una u otra forma sobre la persona afectada y su familia. La segunda, por tanto, es mucho más amplia y siempre abraza a la primera. La segunda, la coordinación sociosanitaria depende de cada profesional, de su voluntad. Incluso existiendo la exigencia de la organización la última palabra en la coordinación la retiene cada profesional.

En el caso de la atención sociosanitaria, los programas y los recursos están ahí y sus competencias y responsabilidades también, forman parte del quehacer diario sin opciones. Cuando se los evalúe, cuando rindan cuentas, deberán acreditar las buenas prácticas, no desde la retórica sino en función de resultados e indicadores de calidad.

Desde aquel primer programa *Vida als Anys*, creado por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social y desarrollado en la Orden del DOG del 29 de mayo de 1986 hasta hoy, casi treinta y cinco años después, mucho ha cambiado el contenido de lo sociosanitario, y también debemos reconocer que las bases iniciales se han ido diseminando a conveniencia de quien trataba el concepto.

Para tener presentes los orígenes, muy resumidamente, podemos señalar cuatro evidencias que justificaron la nueva fórmula:

- Las personas enfermas, además de la atención sanitaria obvia, por la cual acudían al hospital, necesitaban por aquel entonces atención social y sanitaria poshospitalaria. Cuidados continuados que sus familias no podían asumir.
- Las personas enfermas permanecían en el hospital el tiempo que médicamente fuera necesario, luego eran dadas de alta, pero algunas de ellas no podían regresar a su casa por necesitar apoyos profesionales.
- El sistema de servicios sociales no estaba preparado para dar respuestas adecuadas a las necesidades sanitarias y sociales de las personas dadas de alta con necesidades de cuidados continuados y menos para los de larga duración.
- Las personas que gozaban de autonomía plena que por aquel entonces vivían en las llamadas residencias sociales iban enfermando. Los centros cada vez más necesitaban personal sanitario para prestarles una atención de calidad.

Pero todo ello empezó a gestarse unos pocos años antes, cuando en 1981 se transfieren a la Generalitat de Cataluña las competencias en materia de sanidad. Luego, un año más tarde, en 1982, las gerencias hospitalarias se profesionalizan y empieza la contratación de los diez primeros gerentes. La observación de la realidad, la recogida de los primeros datos, su análisis e interpreta-

ción permitieron corroborar que la dinámica social de la atención a personas con enfermedades crónicas, y en algunos casos terminales, estaba cambiando y había que modificar las organizaciones hospitalarias de manera que se diferenciara la atención de personas en fase aguda de las que presentaban procesos crónicos.

Si tomamos a las personas mayores de 85 años de los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud y las distribuimos por comunidades autónomas, encontramos los siguientes valores:

Tabla 1. Distribución por sexo y comunidad autónoma de la población mayor de 85 años

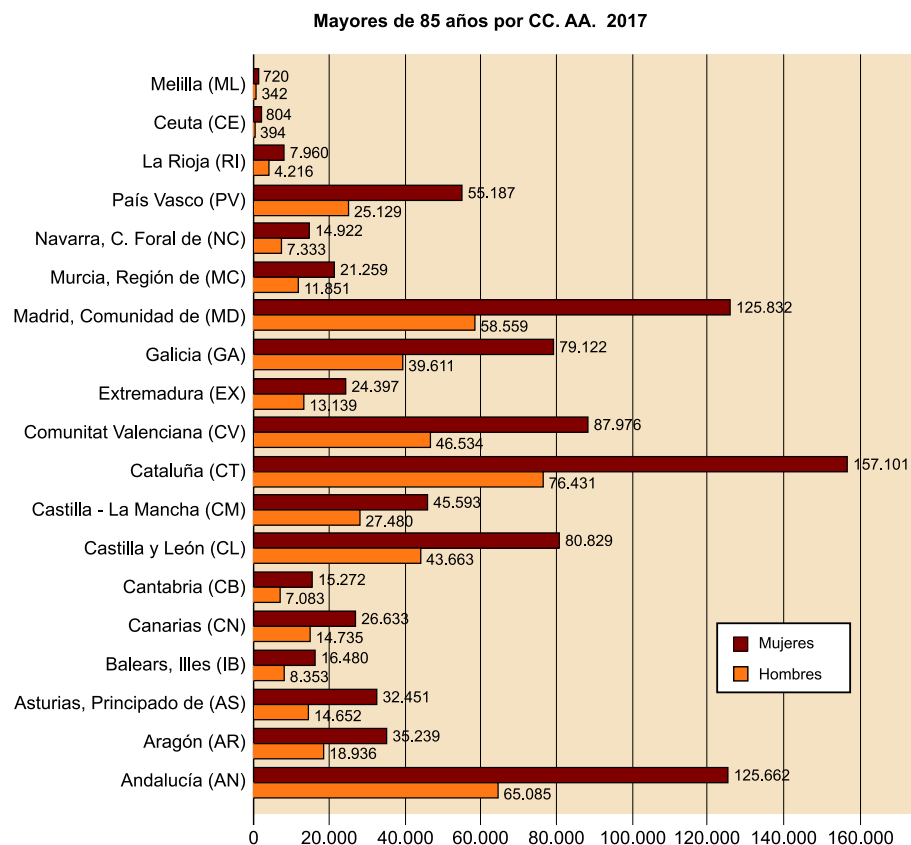
Comunidad autónoma / año 2017	Hombres	Mujeres	Total
Andalucía (AN)	65.085	125.662	190.747
Aragón (AR)	18.936	35.239	54.175
Asturias, Principado de (AS)	14.652	32.451	47.103
Balears, Illes (IB)	8.353	16.480	24.833
Canarias (CN)	14.735	26.633	41.368
Cantabria (CB)	7.083	15.272	22.355
Castilla y León (CL)	43.663	80.829	124.492
Castilla - La Mancha (CM)	27.480	45.593	73.073
Cataluña (CT)	76.431	157.101	233.532
Comunitat Valenciana (VC)	46.534	87.976	134.510
Extremadura (EX)	13.139	24.397	37.536
Galicia (GA)	39.611	79.122	118.733
Madrid, Comunidad de (MD)	58.559	125.832	184.391
Murcia, Región de (MC)	11.851	21.259	33.110
Navarra, C. Foral de (NC)	7.333	14.922	22.255
País Vasco (PV)	25.129	55.187	80.316
La Rioja (RI)	4.216	7.960	12.176
Ceuta (CE)	394	804	1.198
Melilla (ML)	342	780	1.122
España (ES)	483.526	953.499	1.437.025

Las comunidades autónomas con más población mayor de 85 años son, en primer lugar, Cataluña, con 233.532 personas, 76.431 hombres y 157.101 mujeres. La sigue Andalucía, con 190.747, 65.085 hombres y 125.662 mujeres. La tercera en número de población mayor de 85 años es Madrid, con 184.391 personas, 58.559 hombres y 125.832 mujeres.

Estos datos son elocuentes y señalan la diferencia entre comunidades autónomas, lo que significa que los programas y las unidades de atención sociosanitaria también tienen que ajustarse a las ratios de población y a sus necesidades, con un añadido: la población femenina dobla a la población masculina. Recordemos que la edad no es un factor determinante dentro de la atención sociosanitaria, pero sí que las personas de más edad presentan más riesgos de necesitar alguno de los recursos.

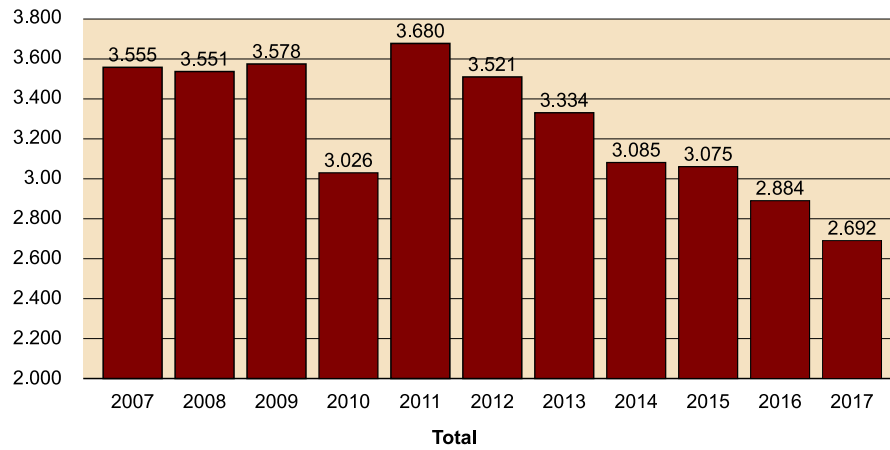
La figura 1 muestra las diferencias que se dan entre comunidades autónomas y entre mujeres y hombres. De nuevo los datos son reveladores y obligan a profundizar entre las diferencias.

Figura 1. Distribución por sexo y CC. AA. de los mayores de 85 años



Fuente: <http://inclasns.msssi.es/main.html>

Figura 2. Reducción de las camas de larga estancia en funcionamiento (2007-2017)



Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

La figura 2 muestra la reducción de camas de larga estancia, lo cual genera muchas contradicciones dado que la población tributaria de este recurso aumenta año tras año.

Desde el trabajo social sanitario en la atención sociosanitaria debemos apoyar siempre cualquier decisión en datos.

2. La atención sociosanitaria y el trabajo social sanitario

El estancamiento, incluso la involución de la atención sociosanitaria tal como se la ha descrito en sus fundamentos, es un hecho. Basta con ver la creación de literatura científica sobre la asignatura.

Si bien la atención sociosanitaria está perfectamente estructurada y las experiencias de otros países (Long Term Care, Long Séjour...) son magníficos ejemplos que sirvieron de modelo, estos últimos años el concepto genuino se ha transmutado en representaciones singulares según los colectivos.

En este módulo explicaremos la atención sociosanitaria de acuerdo con los cánones y las circunstancias que le dieron contenido y forma de red de servicios y programas interconectados para satisfacer necesidades de complejidades diferentes. La atención sociosanitaria es el espacio del sistema del bienestar social organizado de tal manera que, naturalmente, permite la integración de distintas profesionales pertenecientes a distintas disciplinas del ámbito sanitario y del ámbito social.

La atención sociosanitaria estudia, diagnostica y atiende a las personas con necesidades de cuidados prolongados o indefinidos y que, además de sufrir problemas derivados de una enfermedad crónica, degenerativa y/o invalidante, son personas que presentan problemas psicosociales y sociales. La atención siempre se extiende al núcleo familiar; como señaló Mary E. Richmond, la familia es la unidad de tratamiento.

Según se encuentre el centro de gravedad de la problemática en atender, sea el problema sanitario o sea el problema psicosocial, se asignarán unos u otros soportes, pero siempre la atención sanitaria y la atención social integrarán de manera natural métodos y técnicas de trabajo social sanitario. También en la atención sociosanitaria debemos diferenciar las ayudas que llegan desde los esquemas de la filantropía de las ayudas que llegan desde los esquemas profesionales que promueven la autonomía psíquica, física y social de la persona y su entorno.

En la atención sociosanitaria convergen lo humano, lo filosófico, lo tecnológico, lo científico, lo virtual, lo sanitario y lo social, lo que da como resultado una tercera vía que se manifiesta en un conjunto de unidades y programas en red que se complementan y que potencian la autonomía personal y de la familia. Debemos recordar que siempre atendemos a la persona y su familia, salvo que la persona lo objete en virtud de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Dichas unidades y pro-

gramas las estructuramos entre el hospital de agudos, la atención primaria sanitaria y el domicilio. La atención sociosanitaria, lejos de ser un concepto abstracto, es sobre todo un contenido de estudio, diagnóstico y tratamiento. Un conjunto de prestaciones y servicios organizados de tal manera que integran lo biopsicosocial en todos sus programas. Para ser exactos, es una secuencia de prestaciones de naturaleza sociosanitaria cuya expresión presenta diferentes grados de complejidad según los grados de necesidad, ya sea más sanitaria o más social, con la proporción que se diagnostique necesaria.

Si bien la denominación «atención sociosanitaria» resultaba genuina en nuestro medio, como se ha señalado en el apartado anterior, su contenido, la estructura de una red de servicios interconectados bajo un modelo de atención biopsicosocial de cuidados continuados, ya existía en otros países. En Estados Unidos y Gran Bretaña dicha red se denominaba Long Term Care¹ y en Francia, Soins de Long Séjour². Ambos, sistemas de cuidados integrales con una larga tradición.

⁽¹⁾B. Abramovice (1988). *Long term care administration* (págs. 15–51). Nueva York / Londres: The Haworth Press.

⁽²⁾R. Moulias (1990). «Faut-il conserver les structures hospitalières de long séjour gériatrique?». *Gerontologie et Société* (n.º 54).

La NASW (National Association of Social Workers) explica el Long Term Care como sigue:

«Los cuidados continuados de largo plazo son un componente cada vez más importante y en creciente evolución del actual sistema de prestación de servicios sociales. La necesidad de servicios de atención a largo plazo para la población que envejece se espera que aumente dramáticamente en Estados Unidos. Los cambios demográficos han seguido afectando a la demanda de servicios de cuidados continuados de largo plazo, como la disponibilidad de los trabajadores sociales para brindar atención a los miembros más vulnerables de nuestra sociedad. Como crece el número de personas que necesitan servicios de atención continuada a largo plazo, las nuevas cuestiones en torno a la dotación de personal, participación de la familia, la calidad de vida, el papel de la espiritualidad, la atención al final de su vida útil, el tratamiento médico, el desarrollo de programas y la prestación de servicios en general es una realidad emergente».

National Association of Social Workers (2003). *NASW Standards for Social Work Services in Long-Term Care Facilities*.

La realidad en España es muy parecida y desde mediados de los ochenta las voces sobre la necesidad de disponer de un espacio de atención sociosanitaria para dar respuestas integrales de acuerdo con la complejidad de las nuevas realidades relacionadas con la enfermedad crónica y su expresión en las vidas de las personas van en aumento. Pero no solo con respuestas reactivas una vez se detecta el problema, también con programas preventivos de naturaleza proactiva cuando se identifican grupos de población con características que permiten adelantarse al futuro problema.

2.1. Principios inspiradores de atención sociosanitaria

Los principales principios inspiradores y valores profesionales de la atención sociosanitaria son los siguientes:

- La escucha. Una red basada en la persona, en su familia debe presentar la escucha como un valor del servicio. Las personas necesitan hablar de su

dolencia, de su pérdida, de sus sensaciones y deben sentirse escuchadas. El relato intelectual y la narrativa de sus circunstancias ayudan a desvanecer parte de la angustia.

- La eficacia, la eficiencia y lo efectivo. La atención sociosanitaria iniciará su acción lo más pronto posible al momento en que se manifiestan las necesidades sociosanitarias. Ello transforma los servicios y prestaciones en servicios y prestaciones *eficaces*, de acuerdo con la RAE, «capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera». Si hablamos de servicios y prestaciones *eficientes* nos referimos, siempre según la RAE, a la «capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado». Sin embargo, lo efectivo reúne ambos conceptos, lo efectivo como «real y verdadero en oposición a quimérico, dudoso o nominal», RAE.
- El reforzamiento de las redes naturales y básicas de la sociedad. El desarrollo de una red de atención sociosanitaria reforzará los lazos existentes entre las personas afectadas y sus familias y vínculos amistosos, evitando que la enfermedad los disuelva.
- La promoción del autocuidado y la ayuda mutua³. Vamos a potenciar la capacidad propia de las personas para que puedan resolver los problemas dentro de su grupo. Modelo seguido en todas las sociedades hasta la aparición de instituciones. En los grupos de ayuda mutua, los GAM, los profesionales acaban cediendo su liderazgo al propio grupo, que sigue la autogestión.
- El desarrollo de sistemas de gestión de los programas y recursos que faciliten la planificación a medio y largo plazo. La atención sociosanitaria debe planificarse y adecuarse a cada colectividad y entorno. Incluso dentro de un mismo territorio la epidemiología, la cronicidad o la demografía pueden señalar diferencias entre poblaciones. El trabajo social sanitario es un excelente instrumento de evaluación constante de la generación de bienestar a partir de la adecuación de las prestaciones a las necesidades.
- La buena utilización de los recursos disponibles. Aplicaremos metodologías y utilizaremos instrumentos de trabajo que incluyan la elaboración del diagnóstico social sanitario, evitando los análisis basados únicamente en elementos subjetivos o intuitivos. Debemos recordar que, como se ha visto en el módulo de contexto histórico, el elemento diferenciador del trabajo social sanitario con relación a otros tipos de ayuda se encuentra en la elaboración del diagnóstico social sanitario. Si bien cuando la persona llega a un área de atención sociosanitaria es deseable que en su historia clínica se incluya el diagnóstico social sanitario elaborado desde la unidad de trabajo social sanitario del hospital o de atención primaria, pasados unos días, este se debe reelaborar.

⁽³⁾J. Canals (2003, junio). «Grupos de ayuda mutua, asociaciones de salud y estado de bienestar en transformación». *Agathos, atención sociosanitaria y bienestar* (año 3, n.º 2).

Referencia bibliográfica

M y R. Friedman (1980). *Free to choose*. Nueva York: Harcourt Brace Jovanovich, Inc.

- La flexibilidad de los criterios de acceso para aumentar la capacidad resolutoria. Las normativas y disposiciones no pueden ser fuente de dificultades, al contrario deben facilitar las respuestas. Por ello se prioriza el modelo de gestión frente al modelo de administración.
- La respuesta a tiempo. Este es el reto de siempre y a la vez la asignatura pendiente, pero es preciso poner los esfuerzos para que el ingreso en el programa o recurso prescrito se produzca cuanto antes. Las soluciones a destiempo no son buenas soluciones. Por ello el análisis de los tiempos de demanda y respuesta debe formar parte del sistema de indicadores de eficacia.
- La evaluación de los resultados obtenidos en términos de eficiencia social, sanitaria y económica, no como beneficio económico sino como ahorro. Debemos poner el acento en saber para qué sirve lo que estamos trabajando desde la atención sociosanitaria y en qué beneficia a los diferentes grupos de una sociedad.
- El apoyo psicológico a los miembros de los equipos profesionales asistenciales para evitar su claudicación. El constante contacto con la muerte o la dependencia, con personas que pierden sus capacidades, con los años aboca a los miembros del equipo a crisis existenciales difíciles de superar en solitario. La inclusión de espacios de supervisión rehace los principios y valores profesionales, los alimenta mediante refuerzos a la labor realizada. En caso de mala praxis cada profesional se podrá reconducir.
- La promoción y divulgación de los hallazgos científicos. La investigación como una de las funciones de los colectivos profesionales del sistema debe ser una actividad incorporada a la red de atención sociosanitaria para promover su desarrollo sostenible.
- La equidad del sistema. La atención sociosanitaria debe ayudar a cada persona según la necesidad que presenta y su dificultad para resolverla con los medios de que dispone ella misma o su red social cercana. La atención sociosanitaria se basa en los principios de subsidiariedad e igualdad.
- La ética profesional. El trabajo social sanitario es una profesión que exige ética. En el módulo de ética de este máster se pone de relieve que muchas decisiones nos enfrentan a cuestiones que trascienden lo legal. La ética profesional se inscribe en los valores corporativos de la organización. La atención sociosanitaria cuenta con sus propios comités de ética y si no fuera así, desde el trabajo social sanitario se impulsará su creación.
- Los cuidados continuados. La atención sociosanitaria es sobre todo la prestación de cuidados continuados, personas enfermas cuya enfermedad ha dejado de ser aguda y les rompe la estructura familiar, la dinámica social. El logro de la máxima autonomía es el objetivo principal, pero es con cada

Referencia bibliográfica

A. Cortina y otros (1997). *Rentabilidad de la ética para la empresa*. Fundación Argentina («Colección economía española»).

diagnóstico social sanitario como se determinarán los servicios que se han de prestar tanto a la persona afectada como a los diferentes miembros de su familia.

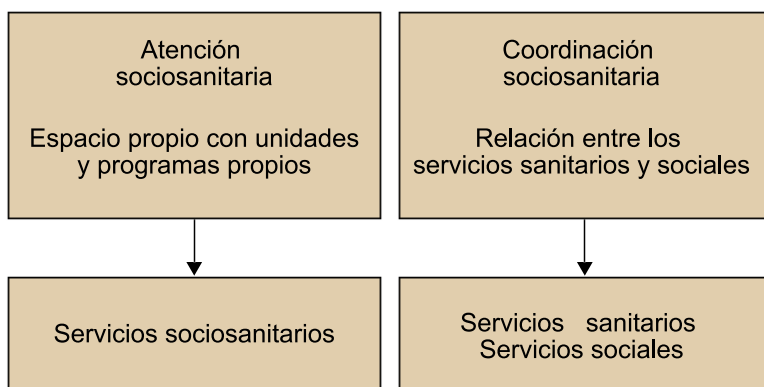
- La gestión de casos. En la atención sociosanitaria el modelo de gestión de casos es el indicado para garantizar el máximo aprovechamiento de los medios, de los recursos y, a la vez, garantizar la seguridad del núcleo de intervención.
- La igualdad entre hombres y mujeres. En el mundo de los cuidados continuados es fácil establecer roles y estereotipos sociales según se trate de los miembros femeninos o masculinos del núcleo de convivencia. Por ejemplo, *a priori*, en términos generales, se piensa en la mujer como la que debe cuidar, la que debe dejar su trabajo en caso de que la persona enferma requiera vigilancia las 24 horas, la responsable de preparar los alimentos, etcétera. La gestión del caso significa preservar la igualdad, evitar los estereotipos y analizar la realidad de cada miembro de la familia. *A priori* ningún rol viene predeterminado.

3. La atención sociosanitaria y la coordinación sociosanitaria

Es imprescindible establecer la diferencia entre ambos conceptos. Son diferentes, significan dimensiones diferentes y se sustentan de manera diferente. No obstante, cada vez más se tratan como si fueran lo mismo. Los servicios sanitarios o sociales de atención a la persona, ya sea en el plano sanitario o social, cuando cuentan con programas interdisciplinarios integrados con profesionales de la medicina, la enfermería, el trabajo social sanitario, la psicología, la rehabilitación y fisioterapia, etc., actuando al mismo tiempo y considerando a los otros, adquieren características propias del modelo sociosanitario. Cuando la persona presenta simultáneamente problemas de carácter físico, psíquico y social, en diferentes proporciones, según la comunidad autónoma donde resida se encontrará con una u otra organización del mapa de apoyos. Básicamente, se pueden articular en torno a dos planteamientos:

- La atención sociosanitaria: como un conjunto de recursos y programas que garantizan la atención integral a lo largo de todo el curso clínico, en el sentido más amplio del término *clínico*, conformando una estructura de gestión, de recursos, de conocimientos, de presupuesto y de recursos humanos formados dentro de los principios del cuidar, del rehabilitar, cuando la curación total no es posible. La población diana es aquella afectada esencialmente por enfermedades crónicas, degenerativas, invalidantes.
- La coordinación sociosanitaria: cuando, partiendo de los servicios existentes, se busca un espacio compartido entre servicios sanitarios y servicios sociales de manera que cada uno mantenga su dependencia jerárquica.

Figura 3. Diferencia entre atención sociosanitaria y coordinación sociosanitaria



La coordinación, en general, y la sociosanitaria en particular, no puede ser una gentileza, es un deber de cada profesional y un derecho de las personas, pero la coordinación va mucho más allá de la atención sociosanitaria.

La atención sociosanitaria, por su naturaleza, presta una asistencia especializada más duradera que la atención sanitaria en agudos. Debe considerarse siempre que en la atención sociosanitaria la persona está afectada de una o varias enfermedades crónicas, presenta grados de falta de autonomía, necesita ayuda también en diferentes grados y ello durante un largo periodo de tiempo. Además, se considera la familia como parte de la unidad de tratamiento.

Estos últimos años se ha impulsado la creación de unidades que, si bien se encuentran dentro de la estructura de lo sociosanitario, en realidad, al analizar sus circuitos, su dependencia y el personal que las integran, se pueden considerar una prolongación del hospital de agudos en una versión menos sofisticada, en la cual la intervención desde el trabajo social sanitario sigue sin darse de manera sistemática. Sin negar la necesidad de dichas prestaciones, debemos ser conscientes de que no satisfacen los principios que inspiraron la creación de la atención sociosanitaria. Un ejemplo de ello son, en especial, las unidades de convalecencia y rehabilitación, para las que el criterio de acceso a ellas es la existencia de determinados diagnósticos clínicos que requieren atenciones médicas que no pueden dispensarse en la casa. Las dificultades sociales pueden estar presentes o no. Es así como poco a poco la concepción original se va falsificando. Basta solo con ver determinadas promociones de áreas de atención sociosanitaria.

La flexibilidad y la permeabilidad de la atención sociosanitaria con una gestión centralizada, pero con unidades de gestión clínica, facilitan la secuencia de cuidados, lo que permite integrar y coordinar las diferentes unidades funcionales y jerárquicas que, si bien entre sí son excluyentes (si la persona se encuentra ingresada en una unidad no lo está en otra, si bien potencialmente sí puede), independientes (gestión clínica) y autónomas en sus procesos, son dependientes en sus ingresos y altas, con circuitos que vinculan unas unidades a otras. Estamos así ante una gestión de servicios y prestaciones, no ante una administración de recursos.

Figura 4. Gestión del caso social sanitario desde el trabajo social sanitario



Como se ha señalado, la atención sociosanitaria nació de una necesidad de prestar asistencia continuada a personas con problemas sociales coligados a problemas sanitarios de naturaleza crónica. Lo social, el lugar donde se desarrolla la vida, subyace a cualquier manifestación de enfermedad que aun siendo crónica presenta episodios de diferente intensidad y, por tanto, requiere diferentes atenciones en diferentes momentos. Los equipos de la atención sociosanitaria deben ser capaces de identificar estos momentos y estas necesidades. La esfera social de la persona es la que incluye todas las dimensiones vitales: la de la salud, la laboral, la familiar, la relacional, etc. Cada profesional del trabajo social sanitario en su rol en la gestión del caso trata, individual y colectivamente, la penetración de la enfermedad en todas estas dimensiones vitales, en cómo las afecta. El entorno social es donde los seres humanos se desenvuelven, enferman y sanan. Sin embargo, dicho esto, en general es la manifestación de la enfermedad, el ingreso hospitalario, la que acelera todo el deterioro de la situación social, la que pone de relieve las dificultades existentes y la imposibilidad de seguir sin ayuda profesional.

La enfermedad es un episodio vital. Puede resultar un trance más o menos largo, incluso convertirse en una limitación indefinida. Aun así, la persona, siempre en términos generales, mantiene estables en su conciencia diferentes aspiraciones: desea permanecer en su espacio social, seguir viviendo entre los suyos, en su casa, con sus pertenencias o recuerdos.

El modelo sociosanitario se pensó para prestar una atención que integrase lo social y lo sanitario simultáneamente, a sabiendas de que se trataba de una prestación que podía prolongarse en el tiempo. Se trataba de disponer de un conjunto de servicios y programas que fueran capaces de satisfacer las necesidades de las personas y sus familias en los diferentes momentos y fases de

Referencia bibliográfica

Reporte bienal de Texas sobre discapacidades (2008).

su enfermedad y adecuarse a su evolución, incluso a su recuperación. Pero la realidad fue que las primeras personas beneficiarias de la atención sociosanitaria fueron aquellas que se encontraban en fase terminal, que no podían regresar a su casa y tampoco podían permanecer en el hospital.

En la atención sociosanitaria, la persona y su familia también deben ser el centro de gravedad de la atención interdisciplinaria. Después del diagnóstico sociosanitario, el principio de unicidad (cada persona es única) sostiene las bases de la intervención que se planifique.

4. La atención sociosanitaria en el Ministerio de Sanidad y Consumo

En la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, encontramos cinco entradas referidas a la atención sociosanitaria. Primero define, en la página 20569, las prestaciones:

«Se definen las prestaciones de atención sociosanitaria en el ámbito estrictamente sanitario, que comprenderán los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable que se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine».

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (pág. 20569).

En la página 20572 la atención sociosanitaria se define en el catálogo de prestaciones:

«El catálogo comprenderá las prestaciones correspondientes a salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario».

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (pág. 20572).

En la página 20573 define específicamente la prestación de atención sociosanitaria como sigue:

«Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.

1) La atención sociosanitaria 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.

2) En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:

- a) Los cuidados sanitarios de larga duración.
- b) La atención sanitaria a la convalecencia.
- c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

3) La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes».

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (pág. 20573).

No podemos olvidar que en la actualidad todas las competencias en materia de sanidad están transferidas y, por tanto, la responsabilidad final corresponde a las comunidades autónomas.

5. Antecedentes históricos: el programa *Vida als anys*

Como hemos mencionado, a mediados de la década de los ochenta Cataluña lideró la primera experiencia en atención sociosanitaria de España, conocida como el Programa *Vida als anys* [Vida a los años]. Lo propulsó el Departament de Sanitat i Seguretat Social [Departamento de Sanidad y Seguridad Social] dentro del marco de la Orden del DOGC⁴, de 29 de mayo de 1986. En un inicio, buscaba dar respuesta a las necesidades detectadas tanto por parte del sistema sanitario, como del sistema de servicios sociales. Como venimos diciendo, el programa se centró en las personas con enfermedades crónicas y terminales. La principal novedad era que a la atención clásica de sus necesidades sanitarias se incorporaron actividades de atención integral, preventiva e interdisciplinaria. Las primeras estructuras que sustentaron el programa en forma de plazas disponibles fueron los denominados CESS (centros sociosanitarios). Su gestión se vinculaba a los hospitales de agudos, que entonces, con las primeras transferencias sanitarias, empezaban a gestionarse con criterios de eficiencia. Los CESS mantenían contacto con los servicios sociales, en pleno desarrollo y expansión, en los programas de atención a domicilio y con las residencias llamadas sociales.

⁽⁴⁾Decreto 92/2002, de 5 de marzo, por el cual se establecen la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios y se fijan las normas de autorización. *Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 18 de marzo de 2002, n.º 3597

El modelo sociosanitario catalán, en su criterio de atención, atendía a cualquier persona con enfermedad crónica, pluripatología, enfermedad invalidante y degenerativa, enfermedad terminal por cáncer u otros procesos.

El Decreto 92/2002 (art. 2) de la Generalitat de Cataluña decía de los centros y servicios sociosanitarios: «son aquéllos que prestan conjuntamente y de forma integrada, una atención especializada sanitaria y social». El modelo del programa *Vida als anys* contemplaba dos líneas de gestión:

- La atención y organización de los servicios.
- La financiación de los servicios.

5.1. La atención

El principio inspirador del modelo era que la atención debía contemplar a la persona globalmente y no solo en sus problemas físicos. Esto implicaba que el tratamiento también iba más allá de las clásicas curas técnicas, abordando los componentes psicológicos, sociales, relacionales, comunitarios, etc. El conjunto que constituía la base del modelo de atención estaba formado por la persona enferma, su familia y el quipo asistencial. El objetivo era lograr el bienestar del núcleo de intervención y garantizar la continuidad de la asistencia.

5.2. Las unidades

Las unidades de internamiento en centros sociosanitarios son las siguientes:

- Unidad de larga estancia.
- Unidad de media estancia.
- Unidad de convalecencia – subagudos.
- Unidad de curas paliativas.
- Unidad de sida.

Las unidades alternativas son las siguientes:

- Hospital de día.
- Programas de atención domiciliaria equipos de apoyo (PADES).
- Unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS).
- UFISS de geriatría.
- UFISS de curas paliativas.
- UFISS mixtas.
- UFISS de demencias.
- UFISS respiratoria.
- Unidades de evaluación geriátrica ambulatoria.

5.3. Las personas atendidas

La atención sociosanitaria dentro del programa *Vida als anys* definió grandes grupos de clientes de sus servicios:

- Personas mayores con enfermedad crónica, con problemas de rehabilitación funcional, dependencia o déficit y falta de apoyo familiar y social.
- Personas con enfermedades crónicas evolutivas y progresivamente invalidantes.
- Personas con enfermedades psíquicas crónicas, por ejemplo la demencia senil.
- Personas con enfermedades terminales oncológicas y otras enfermedades.
- Personas que tras superar la enfermedad en su fase aguda, o con un grado moderado de dependencia, requieren curas o terapia de rehabilitación antes de reintegrarse de nuevo a la comunidad.

5.4. La financiación

En 1990 se fijó una nueva fórmula de financiación. Por un lado se definió el módulo de apoyo sanitario y, por otro, el módulo de apoyo social:

a) Para larga estancia y hospital de día:

- El módulo de apoyo sanitario. Disponía de tres tarifas, que se determinaban según el grado de dependencia y el grado de complejidad terapéutica. Este módulo cubría los costes de atención sanitaria (médica, enfermería, rehabilitación, medicación, etc.) y en todos los casos lo financiaba el Departamento de Sanidad y Seguridad Social.
- El módulo de apoyo social. Disponía de una tarifa única, que cubría los costes residenciales sustitutivos del hogar. Estos los sufragaba el Departamento de Bienestar Social. Dentro de los tres primeros meses el cliente quedaba exento de cualquier aportación. Pasado este tiempo, la aportación económica seguía unos baremos prefijados y aprobados en el DOG del 13 de diciembre de 1990. Sin embargo, algunos colectivos quedaban excluidos de esta aportación.

b) Para convalecencia y curas paliativas. La financiación corría exclusivamente con cargo al módulo sanitario. Asimismo, desde 1999, ambas unidades van introduciendo el pago según la complejidad de los enfermos.

5.5. La calidad

El programa desarrolló un conjunto de instrumentos para medir y evaluar el grado de calidad de las prestaciones de los servicios. Para ello definió una serie de indicadores básicos. En total había tres grupos de indicadores:

- El trabajo en equipo.
- El entorno físico.
- La actividad de los clientes.

Los servicios de atención sociosanitaria, a lo largo de sus treinta años de historia, se han reorganizado en tres familias. Queda patente la existencia de servicios y programas que conforman una secuencia de prestaciones.

Las familias de servicios son las siguientes:

a) Centros sociosanitarios:

- Unidad de larga estancia.
- Unidad de media estancia – convalecencia.
- Unidad de media estancia – curas paliativas.
- Unidad de media estancia polivalente.

- Unidad de tratamiento del sida.
- Unidad de evaluación integral ambulatoria en geriatría, curas paliativas y trastornos cognitivos.

b) Hospitales de día sociosanitarios.

c) Otros recursos:

- UFISS. Unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias que actúan en el ámbito hospitalario.
- Unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias que actúan en el ámbito comunitario:
 - PADES. Programas de atención domiciliaria - equipos de apoyo.
 - ETODA. Equipos de terapia en observación directa ambulatoria.

5.6. Breve repaso a la atención sociosanitaria en otras comunidades

A lo largo de estos años, los progresivos cambios políticos han conllevado cambios en la estrategia y el desarrollo de la atención sociosanitaria. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Aragón: Plan estratégico 2001-2006 de atención a la dependencia.
- Castilla-La Mancha: Ley de ordenación sanitaria 89/2000.
- Castilla y León: Ley de atención y protección a las personas mayores (art. 44).
- Galicia: Plan estratégico. Programa de atención sociosanitaria. El Decreto 48/1998.
- País Vasco: Plan estratégico para el desarrollo de la atención sociosanitaria en el País Vasco, 2005-2008 / Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.
- Valencia: Orden de 30 de marzo de 1995, de la Conselleria de Sanitat i Consum.

6. Unidades, programas y servicios de la atención sociosanitaria

Una de las responsabilidades de las unidades de trabajo social sanitario es la promoción de recursos. El texto que sigue está basado en el libro *La atención sociosanitaria del futuro*, publicado en el 1997 y ya agotado. Se han revisado las fichas de programas que se crearon y que siguen siendo parte de la red de prestaciones de atención sociosanitaria, pensando en las personas y liberados de los corsés administrativos. La atención sociosanitaria es uno de los ámbitos más «reinterpretados» y «troceados» por equipos profesionales, equipos directivos y responsables políticos, también la población y dispositivos de todo tipo. Y también las aseguradoras.

Se ha convertido en un comodín de comodines que cada cual trata como mejor puede o mejor le conviene, pero casi siempre muy alejado de los principios inspiradores que dieron lugar a la primera red de programas, la señalada *Vida als anys*.

Son los tiempos que corren, pero como profesionales del trabajo social sanitario debemos apoyarnos en lo objetivo: «cada vez hay más personas que necesitan algún tipo de atención sanitaria y social fuera del hospital de agudos». Vamos a describir las diferentes unidades, sus finalidades asistenciales y la población afectada para la cual fueron pensadas.

6.1. Unidades funcionales de ingreso

Las unidades funcionales de ingreso son las siguientes:

- **Unidad de convalecencia.** Atiende a personas procedentes, básicamente, de un hospital de agudos que han sufrido una pérdida importante de sus capacidades pero tienen posibilidades claras de recuperación.
- **Unidad de paliativos.** Atiende a personas con una esperanza de vida no superior a los seis meses. Contempla sus necesidades físicas, psíquicas y emocionales. También las de su familia o red social. Las atenciones terminan con la ayuda a la familia en la elaboración del duelo después del fallecimiento del familiar.
- **Unidad de larga estancia.** Facilita cuidados intermedios y/o intensivos a personas que no pueden estar en su casa y tampoco necesitan la sofisticación del hospital de agudos.

- **Unidad polivalente de derivación.** Vaya por delante que no existe en España. Es una unidad que acoge a personas dadas de alta mientras no puedan ingresar en la unidad o programa requerido.
- **Unidad de emergencias sociales.** Acoge a personas víctimas de una emergencia que necesitan, además de un espacio donde vivir, una atención sanitaria.
- **Unidad de estancias temporales.** Acoge por un tiempo limitado a personas con diferentes grados de dependencia en sus actividades de la vida diaria y sin un diagnóstico de demencia o enfermedad mental.
- **Unidad asistida.** Sustitutiva del hogar que acoge (temporal o indefinidamente) a personas cuya situación sanitaria y social no encaja con ninguna regulación específica.
- **Unidad de apartamentos-residencia asistidos.** Solución intermedia entre la residencia y el domicilio, aunque en muchos casos puede ser definitiva. La persona dispone de un área privada con habitación, cocina, baño y/o algún que otro servicio. El programa aporta aspectos comunes de atención sanitaria, social y rehabilitadora.

6.2. Unidad de salud mental y psicogeriatría

Las unidades de salud mental y psicogeriatría son las siguientes:

- a) **Unidad de demencia.** Acoge temporalmente a personas que tengan o que precisen establecer un diagnóstico médico de demencia senil o alzhéimer. Incluye la posibilidad de atención diurna. Presta atención a los familiares.
- b) **Psicogeriatría de larga y corta estancia.** Facilita cuidados intermedios e intensivos a personas mayores con un diagnóstico de enfermedad mental. Incluye la posibilidad de atención diurna. Presta atención a los familiares.
- c) **Pisos tutelados para personas con trastornos mentales.** Para educación especial y recuperación de hábitos sociales y relacionales.

6.3. Unidades funcionales de atención diurna

Las unidades funcionales de atención diurna son las siguientes:

a) Unidad de hospital de día. Ofrece atención diurna a personas con necesidades de tratamientos sanitarios específicos que pueden vivir en su casa. Ofrece actividades de rehabilitación e inserción. Enseña a las familias a realizar curas sencillas o actividades complementarias, para ofrecer al enfermo la atención cuando está en la casa.

b) Unidad de centro de día. Ofrece atención diurna a personas independientes o semidependientes. Organiza actividades lúdicas de mantenimiento que estimulan la relación interpersonal. Facilita el intercambio y las relaciones entre personas asistentes, sus familias y los profesionales.

c) Unidad de club social y aulas de la tercera edad. Se diferencian del centro de día en que su finalidad es la práctica de actividades artesanales, en las cuales los asistentes conocen o quieren aprender alguna artesanía, por ejemplo, cerámica, macramé, escultura, etc. Facilita el intercambio de actividades entre los asistentes y la comunidad. El programa se plantea como un servicio comunitario de funcionamiento diurno, no necesariamente alternativo a la institucionalización.

d) Unidad de reeducación. Ofrece atención diurna y facilita terapia ocupacional, logopedia, ergonometría, etc., para aumentar la independencia. El programa se plantea como un servicio comunitario.

6.4. Unidades funcionales domiciliarias

Las unidades funcionales domiciliarias son las siguientes:

a) Hospitalización a domicilio. Un equipo sanitario del hospital (personal médico y de enfermería) se desplaza al domicilio del cliente. La unidad traslada el hospital al domicilio de la persona. Igual que en el hospital, la estancia tiene que ser la adecuada. Un riesgo que se corre es el de asignar a la unidad de hospitalización a domicilio funciones de una atención a domicilio de enfermería, por ejemplo atender a personas dadas de alta del hospital y que requieren curas postalta.

b) Atención a domicilio. Reúne un equipo de profesionales que facilitan en el domicilio las atenciones necesarias para que la persona pueda seguir viviendo en su casa:

- **Trabajadora familiar.** Personal auxiliar con formación en trabajo familiar se desplaza al domicilio de la persona y la ayuda en las actividades de la vida diaria (preparación de comidas, ayuda en la higiene personal, ayuda a la familia para atender a la persona enferma, etc.). El cuidado se centra en la persona y su educación para afrontar la nueva situación. Cada vez más se pueden encontrar trabajadores familiares que realizan las mismas tareas.

- **Auxiliar del hogar.** Personal cualificado se desplaza al domicilio de la persona y la ayuda en las actividades tales como la gran limpieza, la compra, preparación de comidas, arreglo de las plantas, etc.
- **Servicio de enfermería.** Personal diplomado en Enfermería se desplaza al domicilio de la persona y la atiende en actividades propias, por ejemplo: control de la evolución de decúbitos, aplicación de determinados tipos de terapias, etc.
- **Servicio médico.** Un médico se desplaza al domicilio para prestar la atención determinada y/o el seguimiento de la persona.
- **Servicio de alimentación y dietética.** Por una parte, se transporta la comida al domicilio y, por otra, se orienta en la correspondiente educación alimentaria a personas que deben seguir dietas específicas. Personal formado en dietética y nutrición se desplaza al domicilio y orienta a la persona en la elaboración de la comida.

6.5. Programas de soporte

El concepto de programas de soporte responde al principio de cooperación ciudadana. Son programas que se basan en el potencial humano de la sociedad. Aunque los promotores de dichos programas sean principalmente los profesionales de la atención sociosanitaria, su desarrollo, aplicación y éxito se debe al esfuerzo colectivo de los voluntarios. También hay que considerar la posibilidad de contar con ayudas de mecenazgo que colaboren con su mantenimiento económico.

Los programas de soporte son los siguientes:

- **Línea 900.** Línea telefónica gratuita que permite a la población pedir información, asesoramiento, ayuda, consuelo, etc., respecto a los servicios de la red de atención sociosanitaria.
- **Servicio de farmacia a domicilio.** Programa de educación sobre el uso de los medicamentos que aprovecha la infraestructura y la unidad de farmacia de la red de atención sociosanitaria. Facilita medicación a domicilio.
- **Banco de ortesis** (sillas de ruedas, muletas, gafas). Se ocupa de recuperar aquellos medios mecánicos, sillas de ruedas, camas hidráulicas, grúas, etc. que por mejoría o por defunción dejan de ser utilizados. Facilita el material a aquellas personas que requieren apoyos similares, con la condición de que deben devolverlo.

- **Familias de acogida.** Programa que facilita la interacción entre las personas clientes de la atención sociosanitaria y familias que se ofrecen y pueden asumir su atención.
- **Llamada telefónica diaria.** Dentro del programa se organiza un plan de llamadas telefónicas entre el cliente y sus seres queridos (familiares y amistades), aquellos a quienes la persona considere su relación más próxima.
- **Visita de acompañamiento.** Visita que recibe el cliente de personas familiares y amigas para acompañarla.
- **Visita y paseo.** Visita que recibe el cliente de personas amigas y aparte de la familia, para hacerle compañía en sus paseos con la frecuencia que se den.

6.6. Programas básicos complementarios

Una vez definidas las diferentes unidades funcionales y estructurales que configuran la atención sociosanitaria, vamos a describir los programas básicos sobre los cuales se apoyará la estructura teórica.

6.7. Programa de servicios de enfermería

Los programas de servicios de enfermería son los siguientes:

- **Alimentación oral o parenteral** (autónoma/asistida). Facilitación de una dieta personalizada en cada caso de acuerdo con las necesidades de la persona. Incluye la confección de los menús, la preparación y elaboración de las comidas, la guía y la ayuda, parcial o completa, en el acto de comer. La hidratación y/o alimentación enteral. Para aquellas personas que requieran alimentación asistida, el personal responsable definirá el programa específico de atención que, según el grado de dependencia, será cubierto por los profesionales.
- **Higiene, aseo personal y actividades de la vida diaria.** Cubre y atiende las necesidades de la persona en las actividades de la vida diaria con más o menos soporte profesional en alimentación, eliminación, movilización activa, movilización pasiva, traslados, higiene, cuidado de la piel.
- **Rehabilitación y fisioterapia.** Facilita el mantenimiento de la persona en las mejores condiciones físicas mediante aplicación de medidas preventivas y terapéuticas de acuerdo con los programas sanitarios y sociales.
- **Terapia ocupacional.** Estimulación y educación de las personas en sus capacidades con las ayudas protésicas y ortésicas adecuadas. Organización

y promoción de actividades para estimular el bienestar físico, psíquico y social de las personas.

- **Podología.** Mantenimiento de los pies en buen estado. Atención a las afecciones y/o deformaciones del pie.
- **Programa de prevención de llagas.** Prevención de las úlceras de decúbito mediante movilizaciones periódicas y una dieta apropiada con las proteínas necesarias para evitar las llagas. Educación en el uso de detergentes y material indicado para la prevención. Activación de la circulación sanguínea.
- **Programa de prevención de la incontinencia.** Promoción de la máxima autonomía en el control de esfínteres. Reeducación de la persona en la actividad de eliminación y control de esfínteres. Establecimiento de un horario fijo en el que se acompaña a la persona al aseo. Si la persona lleva una sonda vesical se efectuarán pinzamientos periódicos a fin de estimular la vesícula.
- **Programa de promoción de la autonomía personal.** Conjunto de actividades orientadas a obtener el máximo rendimiento de las diferentes acciones de todos los profesionales para mejorar la autonomía personal y evitar que las personas se queden aisladas. Creación de un clima de corresponsabilidad y ayuda entre las personas y los profesionales.

6.8. Programa de servicios psico-socio-culturales

Los programas de servicios psico-socio-culturales son los siguientes:

- **Atención psicosocial.** Promoción del bienestar para normalizar y facilitar las mejores condiciones de vida mediante la prevención del aislamiento y desadaptación social. Contribución a la conservación de la plenitud de las facultades de las personas atendidas. Reducción del estrés que causan los cambios de salud.
- **Atención psicológica.** Apoyo profesional y tratamiento de conflictos y problemas psicológicos de las personas. Atención de los trastornos emocionales ocasionados por la pérdida de autonomía, complementando el tratamiento sanitario, que no se pueden tratar desde el trabajo social sanitario. Ayuda y supervisión a los profesionales que se vean afectados por el estrés que conlleva la atención a personas discapacitadas y enfermas.
- **Programa de acogida.** Se da la bienvenida a la persona y se la informa de la organización de los servicios que la atenderán. Se busca un clima de cordialidad y comodidad para la persona y evitarle la sensación de abandono.

- **Programa de mantenimiento de la red social.** Mantenimiento de las relaciones sociales de la persona. Se intenta evitar que la enfermedad implique una rotura.
- **Programa de cooperación interservicios.** Rentabilización de la atención por medio de respuestas rápidas a los profesionales que identifican a personas con situaciones de alto riesgo social. Evitación del deterioro mediante respuestas eficaces.
- **Programa de alta.** Gestión del regreso a casa de las personas ingresadas que mejoren su autonomía o gestión de ingreso en programas más sencillos.
- **Asamblea de clientes y otras entidades.** Promoción de la participación de las personas implicadas en el funcionamiento y desarrollo de la atención sociosanitaria.
- **Biblioteca y prensa.** Promoción de la lectura y motivación de la persona para participar en los debates y las tertulias que se generen. Mantenimiento de una actividad mental e intelectual.
- **Programa de atención pastoral y espiritual.** Mantenimiento de las costumbres religiosas, respetando la libertad de religión.
- **Programa de voluntariado.** Facilitación a las personas de relaciones de afecto y compañía para alimentar el sentimiento de autoestima.
- **Programa de dinamización comunitaria.** Mantenimiento y promoción de actividades de intercambio con la comunidad.
- **Programa de visitas sociales.** Programación de visitas para actos concretos en fechas específicas y para ampliar la dimensión de sus relaciones personales.
- **Programa de llamada telefónica amistosa.** La llamada busca mantener a la persona vinculada y ayudarla a sentirse parte de un todo. Que vea a otras personas y preocuparse pero sobre todo interesarse por ella.
- **Programa de mantenimiento de costumbres y hábitos.** Nos interesamos por las costumbres y los hábitos de la persona para mantenerla dentro de un ambiente similar al que tenía en su domicilio, en caso de estar ingresada en algún establecimiento, o para que, en caso de que siga en su casa, ese ambiente no se deteriore.
- **Programa de vacaciones.** Facilitamos una continuidad a lo que la persona tenga por costumbre.

- **Programas de cinefórum.** Mediante la proyección de películas establecemos un diálogo estimulante que contemple el antes, el ahora y el mañana. Con el juego de la interpretación y el análisis del film, facilitamos la relación con otras personas.
- **Peluquería, barbería y estética.** El mantenimiento de la imagen personal es básico para evitar así el desánimo y el abandono del aspecto físico, que siempre daña la autoestima.
- **Actividades de ocio y tiempo libre.** Promoción de actividades de ocio que respondan a los intereses particulares de las personas, y no tanto a lo que los profesionales creen que quieren las personas.
- **Actividades socioculturales.** Promoción de la participación en aquellos actos culturales que tengan lugar en el área de residencia.
- **Programa de musicoterapia.** Comunicación de emociones y realización de ejercicios sincronizados mediante la música. Mantenimiento o incremento en la persona de su capacidad de sentir, de coordinar, de comunicar sus emociones con el apoyo de la música.
- **Programa de educación física.** Mejora de la flexibilidad y elasticidad del cuerpo por medio del ejercicio físico.
- **Transporte.** Promoción del desplazamiento de las personas con ayudas a tipos de transporte.

6.9. Programa de servicios médicos

Los programas de servicios médicos son los siguientes:

- **Atención médica.** Seguimiento médico y control periódico para evitar las hospitalizaciones en salas de agudos. Gestión de la atención médica evitando la diversificación de la información.
- **Atención psicogerítrica.** Atención y prevención de la aparición de trastornos psíquicos. Tratamiento de conflictos desde la psicología y el trabajo social sanitario.
- **Consultores especialistas.** Atención médica de aquellas enfermedades específicas que no puedan ser tratadas por el personal propio.
- **Programa de prevención de la demencia senil y alzhéimer.** Identificación de los primeros síntomas que puedan indicar la presencia de una demencia senil o de alzhéimer.

- **Epidemiología y rediseño de programas.** Promoción de la investigación para mejorar y adecuar los programas a nuevas necesidades y realidades. La investigación y la generación de conocimiento son elementos esenciales.

6.10. Programa de gestión y mejora de la calidad

Tenemos diferentes técnicas de obtención de información para mejorar la gestión y la calidad de la atención sociosanitaria:

- **Buzón de sugerencias.** Permite a las personas proponer sugerencias de manera anónima. Puede ser tanto un buzón físico como un buzón en internet.
- **Encuestas de satisfacción.** Necesitamos conocer mediante el método científico la calidad percibida por las personas atendidas, también por sus familiares, e identificar déficits de la organización, siempre según las personas a las que atendemos. Con este instrumento, la encuesta, objetivamos y podemos mejorar aquellos puntos que generen insatisfacción e introducir cambios acompañados de un plan de comunicación.
- **Encuestas de opinión.** Necesitamos conocer mediante el método científico la opinión que suscitan los servicios de la red de atención sociosanitaria.
- **Panel de clientes y organizaciones.** Encuentros con agentes sociales para que aporten sus puntos de vista y sugerencias.

6.11. Programa de abogacía y notaría

Los programas de abogacía y notaría son los siguientes:

- **Garantía del cumplimiento del Código Civil en los ingresos.** Estos deben darse con la voluntad de la persona.
- **Gestión de incapacidades y tutelas.** Evitaremos irregularidades en la gestión del patrimonio y de las voluntades de la persona.
- **Gestión de patrimonios.** Facilitaremos soporte legal a las personas para resolver temas relacionados con su patrimonio, sus negocios y otros bienes de rentas.
- **Testamentos.** Evitaremos irregularidades en las herencias y en el traspaso de patrimonios y garantizaremos la voluntad del cliente en su testamento.

Es importante la fluidez entre los diferentes programas y unidades de atención sociosanitaria.

Si aceptamos que el binomio enfermedad-trastorno social es un hecho verificado ya se trate de personas con dependencia, con enfermedades crónicas o degenerativas, o con alguna discapacidad con independencia de la edad, para alcanzar el máximo rendimiento de dichas áreas y programas, es preciso que cada una quede debidamente organizada y apoyada por sistemas de información que sean, a la vez, la base para la transformación progresiva de la organización adecuándola a las nuevas realidades. Asimismo, se recomiendan sesiones de evaluación y programación de nuevas actividades o programas de acuerdo con la gerencia. Y sesiones con los profesionales, ya que no se puede olvidar que son ellos quienes están en contacto con las personas y es a través de ellos como las personas perciben el hospital.

6.12. El acceso a la atención sociosanitaria

Una sociedad que se define a sí misma como del bienestar, moderna y democrática debe garantizar a las personas el acceso a los programas y recursos que crea, así como la mejor gestión. La garantía del acceso es dar credibilidad a la organización. La atención sociosanitaria adquiere un papel básico, ya que atiende a personas que se encuentran en su casa bajo la tutela de la atención primaria sanitaria, y también a personas que se encuentran ingresadas en la atención especializada pero que no pueden regresar a su casa.

Desde la unidad de trabajo social sanitario de la atención sociosanitaria debemos conocer toda las circunstancias y vivencias que acompaña el acceso: tiempos de espera; apoyos que recibe la persona mientras espera; costes sociales de la espera; ansiedad de la persona afectada y de la familia cuando ve que no puede atender a su pariente adecuadamente. No podemos caer en argumentos simples como, por ejemplo, que las personas que están en el hospital de agudos reciben atenciones, mientras que las que se encuentran en su domicilio están desatendidas. En contra de lo que sería deseable, el hospital se convierte en la primera solución a determinados conflictos que, si bien en ellos subyace un problema de salud, tienen un contenido principalmente social. Hemos visto en el módulo de la atención especializada que uno de los problemas del hospital es su mala utilización por causas no médicas. El acceso a la atención sociosanitaria se da desde diferentes ámbitos, como muestra la tabla 2.

Tabla 2. Esquema de acceso de la población a la red de atención sociosanitaria

Canales de acceso	Descripción
La atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> • Personas con problemas de salud que residen en su casa y que son o han sido tratadas por la atención primaria, sanitaria y/o social, y cuyos apoyos son insuficientes. • Personas que acuden a urgencias y se determina que, sin requerir un ingreso, precisan atenciones profesionales. • Otras.

Canales de acceso	Descripción
La atención sociosanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Personas atendidas por alguna unidad funcional y que requieren un cambio de programa. • Otras.
Los hospitales de agudos	<ul style="list-style-type: none"> • Personas que cumplen uno o varios episodios de ingresos hospitalarios y que acuden a urgencias repetidamente. • Personas que sufren una pérdida importante de sus capacidades como consecuencia de un proceso grave. • Personas gravemente enfermas y/o en fase terminal. • Otras.
Los servicios sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Personas atendidas en los servicios sociales que presentan problemas sanitarios y cumplen con los criterios de acceso a la atención sociosanitaria.

6.12.1. La garantía de acceso por medio de un programa del alta

El procedimiento de trabajo social sanitario del programa de la planificación del alta es el programa por excelencia que garantiza la correcta gestión de las necesidades de cuidados continuados y de la ocupación de plazas. La planificación del alta en una organización de unidades de atención sociosanitaria seguirá los mismos pasos que en los hospitales de agudos. No obstante, existen puntos que tendremos en cuenta:

- Técnicamente, el proceso (el servicio) se inicia en un área o establecimiento diferente a la receptora. Ello significa que la organización sociosanitaria recibe a una persona que ya ha sido orientada y tratada y, por tanto, se ha formado un criterio (correcto o equivocado) sobre lo que requiere.
- La persona afectada y/o su familia llegan a la organización sociosanitaria con una experiencia previa que puede haber resultado positiva o negativa, la cual proyectarán sobre la nueva organización.
- La confianza inicial suele seguir depositada en los equipos profesionales del hospital de agudos o de la atención primaria o los servicios sociales, lo cual facilita que la persona enferma pueda cuestionar determinadas decisiones del nuevo equipo; este debe tomar tal actitud como habitual y gestionar la confianza de nuevo. La confianza de la persona en el nuevo equipo es esencial para procurar su bienestar psíquico.

En el caso de las personas procedentes de un hospital de agudos, la coordinación entre ámbitos debe ser extrema, pues la coordinación solo se da cuando se empieza a gestionar el caso conjuntamente. El centro de agudos atiende a la persona desde el principio del ingreso, para lo cual establece un plan terapéutico, pero la organización sociosanitaria será quien dé continuidad a dicho plan. Por ello es importante que ese plan terapéutico se desarrolle en conjunto.

Además, si la participación de la persona enferma y su familia ha sido activa desde el inicio, será fácil que se impliquen y colaboren positivamente. En caso contrario, con toda probabilidad se generarán discusiones y reclamaciones, en definitiva, insatisfacción.

La coordinación entre las diversas organizaciones (hospital de agudos, atención sociosanitaria, atención primaria y servicios sociales) puede verse dañada cuando una de ellas actúa sobre la base equivocada de creer que su intervención es más importante que la de las demás.

6.12.2. Ocupación de plazas

La asignación de una plaza es una decisión que entraña una gran responsabilidad. Si la usa una persona, no la puede usar otra. Estamos hablando de un bien rival. El uso de instrumentos de gestión puede llevar a burocratizar la asignación de plazas y servicios. La ausencia de estos lleva a una asignación que puede pecar de caprichosa y discrecional. Por tanto, debemos vincular la ocupación de plazas a la gestión de las listas de espera, a la gestión administrativa y a la de personas. La ocupación de las plazas se apoya en el estudio de cada situación, hay que evitar la despersonalización y la burocratización de las respuestas. Las escalas y los baremos deberían servir de apoyo, pero no deberían ser la única vía para las decisiones.

Una vez establecidas las plazas disponibles en cada unidad funcional, organizaremos la lista de espera incluyendo los condicionantes del acceso.

Si bien globalmente la información estará centralizada en una lista única, cada persona cubrirá sus necesidades a partir de las prestaciones de una unidad determinada. Cada programa tendrá su propia lista, y un requisito indispensable es que el sistema de gestión de las listas no permita duplicar solicitudes.

Las listas particulares de cada proceso son la solución a la clasificación de clientes según las necesidades y el programa al que optan, a fin de garantizar la mejor ocupación de plazas.

Así, habiendo definido los diferentes tipos de clientes, se establecerán las correspondientes listas de espera. Esta organización de la lista también responde a la necesidad de mantener el equilibrio entre el grado de autonomía y/o dependencia de las personas atendidas y las cargas del personal asistencial. El ingreso vendrá determinado según un criterio de necesidad, pero con un equilibrio entre la situación concreta de la persona y la cronología de la demanda.

6.12.3. Listado actualizado y seguimiento de los clientes

Los clientes en lista de espera son sinónimo de necesidades no atendidas correctamente. Son personas a las que se les ha reconocido un derecho por el que tienen que esperar. No podemos olvidar todo lo que supone estar en una

lista de espera, además de la propia espera. Ello implica cumplir trámites y gestiones, a veces complicados y rodeados de la problemática que ha generado la propia demanda.

Sabemos que las personas tributarias de la atención sociosanitaria experimentan frecuentes cambios en su autonomía personal y social. Por ello debemos garantizar un seguimiento y una actualización de los datos para evitar que la prestación resulte inadecuada. Este seguimiento evita que cuando se materializa el ingreso, llegue una persona cuyas características requieren más o menos atención.

Otros aspectos son el control de las personas fallecidas durante la espera, las personas con cambios de zona de residencia, o personas cuya situación ya no precisa el ingreso. Todas estas situaciones deben poder identificarse para depurar la lista de espera.

6.13. Las expectativas

En la atención sociosanitaria las expectativas pueden resultar difíciles compañeras de viaje. Cuando un equipo profesional ha enfocado mal la necesidad diagnóstica, resulta muy difícil al equipo receptor reorientarla de manera adecuada. La población que utiliza servicios genera expectativas sobre el tipo de soporte y el periodo de tiempo que estos durarán, por lo que debemos conocer dichas expectativas para evitar malas interpretaciones.

Debemos comunicarnos con los clientes y sus familias desde el principio del proceso, para que tomen conciencia de que la atención que se les presta es curativa, pero también preventiva y educativa, cuya finalidad consiste en conseguir su autonomía e independencia. Corresponde a todos los profesionales transmitir este mensaje, pero son los equipos de trabajo social sanitario quienes pueden tratarlo mejor desde las emociones y las motivaciones de la persona. Frente a cualquier cambio, los objetivos terapéuticos también se modifican. Dicho cambio puede darse tanto en positivo (debido a la mejora), como en negativo (debido a un empeoramiento). En ambos casos existen unas expectativas y debemos ayudar a la persona a reelaborarlas.

Por ello es básico el seguimiento.

6.14. Atención a las familias

Después de la persona enferma, la familia es el primer recurso. Pero sabemos que la enfermedad, sobre todo la larga enfermedad, acaba afectando a la familia, a sus miembros. Debemos estudiar la familia y establecer un diagnóstico social sanitario sobre ella que incluya a la persona enferma.

Debemos conocer las posibilidades reales de la familia. Puede suceder que no pueda atender a la persona, o puede que no quiera atenderla, pero en cualquier caso nos enfrentamos a una situación que requiere un diagnóstico.

7. Definición de los indicadores básicos

El progreso o el retroceso debe medirse en todas sus dimensiones y cada organización debe saber de dónde viene, dónde está y hacia dónde debe o quiere ir.

Ello se puede medir gracias a la definición de indicadores.

Un **indicador** es una medida que se aplica a diferentes conceptos y grupos poblacionales. La OMS define los indicadores como:

«Variables que sirven para medir los cambios, es decir, son medidas indirectas o parciales de una situación compleja».

OMS (1981). *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000*. Ginebra.

La OPS dice al respecto:

«En términos generales, los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud y que, vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla. [...] La calidad de un indicador depende fuertemente de la calidad de los componentes, frecuencia de casos, tamaño de población en riesgo, etcétera utilizados en su construcción, así como de la calidad de los sistemas de información, recolección y registro de tales datos. [...] Específicamente, la calidad y utilidad de un indicador está primordialmente definida por su validez (si efectivamente mide lo que intenta medir) y confiabilidad (si su medición repetida en condiciones similares reproduce los mismos resultados)».

OPS (2001). «Indicadores de salud: Elementos básicos para el análisis de la situación de salud». *Boletín epidemiológico* (vol. 22, n.º 4). OPS.

El INE ofrece la siguiente descripción en sus notas metodológicas:

«Frente a los indicadores objetivos de salud, la percepción de la salud que se obtiene a través de las impresiones del individuo, proporciona un elemento indispensable en la medición de la salud. La percepción de cada individuo refleja la contribución de distintos factores, sociales, ambientales y de estilos de vida que van más allá del sistema sanitario. [...] El marco de las estrategias de salud que se desarrollan en nuestro país, cuyo objetivo es mejorar la salud de la población, precisa de este tipo de información subjetiva como otro elemento primordial para la planificación y adopción de medidas de Salud Pública. Asimismo, constituye un instrumento fundamental en la evaluación de las políticas sanitarias».

<www.ine.es>

Para conocer «cuánto mucho» o «cuánto poco» se ha avanzado, las unidades de trabajo social sanitario, la jefatura, se apoyan en los indicadores. La sociedad en general usa indicadores:

- Indicadores de vejez.
- Indicadores económicos.
- Indicadores de audiencia.
- Indicadores de salud.

- Etc.

El motivo principal por el cual necesitamos definir los indicadores de la atención sociosanitaria es para disponer de elementos cuantificables sobre los resultados y sobre la actividad global que se está desarrollando respecto a la comunidad atendida.

¿Qué actividad es cuantificable? Prácticamente cualquiera. Aunque no específicamente, los indicadores de actividad fundamentan una metodología básica de intervención. No confundiremos lo cualitativo con lo cuantitativo. Los indicadores servirán para evaluar la actividad de hoy, comparándola con valores anteriores de la propia organización, o incluso, con valores de otras con estructura similar. Nos ayudarán a establecer *tendencias y comparaciones*.

Para analizar y comparar la actividad realizada necesitamos convertir los números absolutos del volumen de actividad ejecutada en las diferentes unidades en indicadores propios que año tras año relacionaremos entre sí. Entre los indicadores más usuales se encuentran los de utilización, los de población, los de actividad, etc.

Existen diversos tipos de indicadores:

- Indicadores de cobertura del programa X.
- Indicadores de actividad.
- Indicadores de utilización.
- Indicadores de rendimiento.
- Indicadores de población.
- Indicadores de integración y reinserción.
- Indicadores de coordinación con la primaria.
- Otros.

En todos los casos, el punto de partida de los indicadores de evaluación son los procedimientos aplicados y los grupos de población. Podemos definir tres grandes familias:

1) Indicadores de utilización. Informan de las características de utilización de la organización sociosanitaria. En este caso se tienen en cuenta aspectos de las organizaciones que demandan servicios: características de la demanda, adecuación de la demanda del profesional respecto a las características del servicio que propone y las necesidades del cliente, tiempo transcurrido de atención profesional hasta que se realiza la demanda, motivos sociales y sanitarios que la provocan, personas que gracias al soporte pueden seguir en su domicilio, etc. Los indicadores de utilización permiten diseñar campañas de educación en el uso de programas y servicios de la red.

2) Indicadores de rendimiento. Informan del volumen de trabajo de cada profesional y de las actividades cumplidas en una unidad de tiempo, teniendo en cuenta dos aspectos:

- El volumen de trabajo **desempeñado** en una unidad de tiempo.
- El volumen de trabajo que se **podría desempeñar** dentro del mismo servicio en la misma unidad de tiempo.

Este indicador está estrechamente relacionado con la satisfacción del cliente y su seguridad respecto de las orientaciones y atenciones profesionales recibidas. Asimismo permite establecer ratios de personal en función de los diferentes programas que se vayan poniendo en marcha.

3) Indicadores de población. Sirven para comparar grupos y tipos de población que demandan y/o necesitan soporte de los servicios sociosanitarios. Por ejemplo, estudiamos su procedencia, el soporte familiar disponible, las características de la red social, el grado de deterioro en el momento del ingreso y, dado el caso, las mejoras en el momento del alta, etc.

A medida que se adquiere y se amplía la información de la población es posible identificar motivos de mayor o menor importancia para justificar el uso de determinados programas sociosanitarios frente a otros.

7.1. Indicadores de actividad

Los indicadores informan de la actividad de la unidad (primeras visitas y sucesivas, gestiones, etc.) en relación con la actividad global de la red. Este indicador informa solo de la actividad realizada, no de la que se podría haber realizado, es decir, no incluye el rendimiento.

a) **Indicador de primeras visitas:** calcula el porcentaje de clientes atendidos en la unidad por primera vez respecto del total de visitas realizadas en la unidad en el mismo periodo.

$$\text{Indicador primeras visitas unidad X} = \frac{\text{Primeras visitas unidad X}}{\text{Total visitas unidad X}} \times 100$$

b) **Indicador de visitas sucesivas:** calcula la relación existente entre las primeras visitas y las visitas sucesivas. El resultado informa de la proporción. Un índice muy alto de visitas sucesivas motiva la supervisión del proceso dado que pone de relieve la poca efectividad de las visitas. Puede pensarse en una retroalimentación exagerada.

$$\text{Indicador visitas sucesivas unidad X} = \frac{\text{Visitas sucesivas unidad X}}{\text{Total visitas unidad X}} \times 100$$

7.2. Indicadores de utilización de la unidad

Los indicadores de utilización de la unidad informan del grado de utilización de la unidad, tanto por parte de las personas atendidas en el hospital y de sus familias como por parte de los otros profesionales y/o demás servicios internos o externos.

a) **Indicador utilización/clientes:** establece la relación entre las visitas de clientes y las visitas en general de familiares u otros (vecinos, asociaciones, etc.). La información sirve para determinar la proporción de las visitas de cada grupo.

$$\text{Ind. utilización/clientes} = \frac{\text{Primeras visitas clientes unidad X}}{\text{Total visitas «clientes + familiares + otros» unidad X}} \times 100$$

b) **Indicador utilización/familiares:** establece la relación entre las visitas de familiares y las visitas en general de clientes u otros (vecinos, asociaciones, etc.). La información sirve para determinar la proporción de las visitas de cada grupo.

$$\text{Ind. utilización/familiares} = \frac{\text{Primeras visitas familiares unidad X}}{\text{Total visitas «clientes + familiares + otros» unidad X}} \times 100$$

c) **Indicador utilización/otros:** establece la relación entre las visitas de otros (vecinos, asociaciones, etc.) y las visitas en general de clientes y visitas de familiares. La información sirve para determinar la proporción de las visitas de cada grupo.

$$\text{Ind. utilización/otros} = \frac{\text{Primeras visitas otros unidad X}}{\text{Total visitas «clientes + familiares + otros» unidad X}} \times 100$$

d) **Indicador utilización/medicina:** establece la relación entre demandas de medicina y las del resto de profesionales. La información sirve para determinar la proporción de las demandas de cada colectivo.

$$\text{Indicador utilización/medicina} = \frac{\text{Demandas de medicina}}{\text{Total demandas profesionales}} \times 100$$

e) **Indicador utilización/enfermería:** establece la relación entre las demandas de enfermería y las del resto de profesionales. La información sirve para determinar la proporción de las demandas de cada colectivo.

$$\text{Indicador utilización/enfermería} = \frac{\text{Demandas de enfermería}}{\text{Total demandas profesionales}} \times 100$$

f) **Indicador utilización/otros profesionales:** establece la relación entre las demandas de otros profesionales y las del resto de profesionales. La información sirve para determinar la proporción de las demandas de cada colectivo.

$$\text{Indicador utilización/otros profesionales} = \frac{\text{Demandas de otros profesionales}}{\text{Total demandas profesionales}} \times 100$$

7.3. Indicadores de rendimiento

Los indicadores de rendimiento informan del volumen de trabajo de cada profesional y de las actividades realizadas en la unidad de tiempo o periodo de estudio. Sirven para comparar la productividad de los diferentes profesionales A, B, C, etc., de una unidad.

a) Indicador primeras visitas profesional: establece la relación entre las primeras visitas del profesional A y las del resto de profesionales del servicio. La información sirve para determinar la proporción de visitas de cada profesional y compararlas entre sí.

$$\text{Indicador primeras visitas profesional A} = \frac{\text{Primeras visitas profesional A}}{\text{Total primeras visitas unidad}} \times 100$$

b) Indicador visitas sucesivas profesionales: establece la relación entre segundas visitas del profesional A y las primeras visitas. La información relaciona primeras visitas con segundas. Un índice muy elevado de segundas visitas (más de cinco de media) no es un signo de buena calidad asistencial. Este dato surge de la observación y de la experiencia, pero no es ninguna normativa.

$$\text{Indicador visitas sucesivas profesional A} = \frac{\text{Segundas visitas profesional A}}{\text{Total visitas profesional A}} \times 100$$

7.4. Indicadores de población

Los indicadores de población informan de la tipología de la población atendida en la unidad según demografía, independencia funcional, capacidad económica, grado de instrucción, etc. Asimismo informan de los servicios médicos más habituales con los cuales se trabaja, etc.

a) Indicador ciudad de residencia: considerando las diversas procedencias geográficas, establece la relación de clientes según población de procedencia. Podemos diferenciar entre ciudades y pueblos. La información sirve para determinar la proporción de clientes según procedencia y compararlas entre sí.

$$\text{Indicador ciudad de residencia Z} = \frac{\text{Visitas de (ciudad Z)}}{\text{Total clientes de la unidad}} \times 100$$

b) Indicador independencia funcional: considerando los diversos grados de independencia que se hayan establecido en el protocolo, establece la relación de clientes según cada uno de ellos. La información sirve para determinar la

proporción de clientes según independencia funcional y compararlas entre sí, ya sea en función de las estancias medias, la utilización de recursos, los grados de inserción, etc.

$$\text{Indicador independencia funcional «valor X»} = \frac{\text{Clientes con «valor X»}}{\text{Total clientes de la unidad}} \times 100$$

7.5. Indicadores de integración y inserción

Los indicadores de integración e inserción informan del rendimiento social del servicio y responden a los principios del trabajo social sanitario, que contempla a las personas y sus familias como el primer recurso de manera que se promueva su independencia y que la utilización de recursos comunitarios quede como último extremo.

a) Indicador de integración en domicilio: establece la relación entre personas que después del apoyo sociosanitario pueden regresar al domicilio habitual y las que no, considerando que pueden ir a otros domicilios temporalmente. La información sirve para determinar la relación entre cambios y mantenimiento del núcleo familiar.

$$\text{Indicador de integración en domicilio} = \frac{\text{Regreso al domicilio}}{\text{Total altas unidad}} \times 100$$

b) Indicador de internamiento: establece la relación entre personas que antes del ingreso vivían en su domicilio y después del alta ingresan en algún establecimiento residencial. La información sirve para determinar el peso de los clientes que no pueden regresar a su domicilio.

$$\text{Indicador de internamiento} = \frac{\text{Institucionalizaciones}}{\text{Total altas unidad}} \times 100$$

7.6. Indicadores de demanda social

Los indicadores de demanda social informan de las personas atendidas que realizan alguna demanda a la unidad de trabajo social sanitario. Según la organización, se presentará por especialidades médicas o por programas de intervención.

a) Indicador de demandas: establece la relación entre las demandas globales de soporte de los clientes o su familia y la no demanda. La información sirve para determinar el peso de la población que demanda frente a la que no demanda.

$$\text{Indicador de demandas} = \frac{\text{Total demandas}}{\text{Total población atendida en la red}} \times 100$$

b) Indicador de demanda: los servicios existentes motivan diferentes demandas. Este indicador establece la relación entre una demanda y todas las posibles demandas. La información sirve para determinar el peso de la demanda de A frente a otras.

$$\text{Indicador de demanda A} = \frac{\text{Total demandas A}}{\text{Total población atendida en la red}} \times 100$$

c) Indicador de no-demanda: establece la relación entre la población que no realiza ninguna demanda frente a la que sí. La información sirve para determinar el peso de la población que no hace ninguna demanda aun presentando indicadores de riesgo.

$$\text{Indicador no-demanda} = \frac{\text{Total sin demandas}}{\text{Total población atendida en el programa}} \times 100$$

7.7. Indicadores de necesidades sociales

Los indicadores de necesidades sociales informan de las necesidades diagnósticas, detectadas por los profesionales, de los clientes atendidos en la red.

a) Indicador de necesidades formales: establece la relación entre los clientes que precisan soportes formales y los clientes que no. La información sirve para determinar el peso de la población que se diagnostica que tienen necesidades postalta frente a las que no.

$$\text{Indicador de necesidades formales} = \frac{\text{Total necesidades}}{\text{Total población atendida en la red}} \times 100$$

b) Indicador de necesidades específicas: establece la relación entre la necesidad de un soporte específico y la totalidad de la población atendida. La información sirve para determinar el peso de cada necesidad y se centra en la población atendida en la unidad.

$$\text{Indicador de necesidad A en general} = \frac{\text{Total necesidad A}}{\text{Total población atendida en la red}} \times 100$$

c) Indicador de necesidad sobre necesidades: es otro indicador de necesidad que establece la relación entre la necesidad de un soporte determinado y la totalidad de la población con necesidades. La información sirve para establecer el peso de cada necesidad y se centra en la población que presenta necesidades después de el apoyo y tratamiento sociosanitario.

$$\text{Indicador de necesidad sobre necesidades} = \frac{\text{Total necesidad A}}{\text{Total población con necesidades}} \times 100$$

d) Indicador de no-uso de programas de apoyo: establece la relación entre la población que tiene necesidades de soporte postalta y la que no. La información sirve para determinar el peso de la población que, si bien presenta indicadores de riesgo, no tiene ninguna necesidad de soporte formal, considerando que su red las cubre.

$$\text{Indicador de no-necesidad} = \frac{\text{Total población sin necesidad}}{\text{Total población atendida en la red}} \times 100$$

7.8. Indicadores de utilización

Los indicadores de uso informan de la utilización de servicios y/o programas de soporte comunitarios, dentro de un proceso social sanitario, por parte de los clientes atendidos dentro de la unidad.

a) Indicador de uso de programas de apoyo: establece la relación entre los clientes que utilizan apoyos (soportes formales) y los clientes que no. La información sirve para determinar el peso de la población que utiliza recursos postalta frente a la que no, ambos grupos con indicadores de riesgo.

$$\text{Indicador de utilización de apoyos} = \frac{\text{Total utilización de apoyos}}{\text{Total población atendida en la red}} \times 100$$

b) Indicador de uso del apoyo A (en general): este indicador establece la relación entre la utilización de un apoyo determinado y la totalidad de la población atendida. La información sirve para determinar el peso de cada recurso utilizado, tomando como referencia la población atendida en la unidad.

$$\text{Indicador de utilización del apoyo A (en general)} = \frac{\text{Total utilización del apoyo A}}{\text{Total población atendida en la red}} \times 100$$

c) Indicador de uso de apoyo A (sobre apoyos usados): otro indicador de utilización de apoyo es el que establece la relación entre la utilización de un recurso determinado y la totalidad de la población que utiliza recursos, siempre inmediatamente después del alta. La información sirve para determinar el peso de cada apoyo utilizado frente a la totalidad de los apoyos utilizados.

$$\text{Indicador de utilización del apoyo A (sobre apoyos utilizados)} = \frac{\text{Total utilización del apoyo A}}{\text{Total población que utiliza apoyos}} \times 100$$

d) Indicador de no-uso de apoyo: este indicador establece la relación entre la población que usa apoyos y la que no. La información sirve para determinar el peso de la población que, si bien presenta indicadores de riesgo, no utiliza apoyos.

$$\text{Indicador de no-uso del apoyo} = \frac{\text{Total población que no utiliza el apoyo}}{\text{Total población atendida en el programa}} \times 100$$

7.9. Indicadores de calidad

La calidad en la atención sociosanitaria viene representada entre otros elementos por la rapidez de las gestiones, la adecuación de los apoyos utilizados según las necesidades, el coste interno y el coste social de las decisiones que se vayan tomando. Además de considerar la satisfacción del cliente. Los que siguen son ejemplos del indicador de calidad.

7.9.1. Adecuación de los apoyos

Los indicadores de adecuación de los programas de apoyo informan de la correcta aplicación de los apoyos con respecto al total de clientes que necesitaban el recurso. Estos indicadores establecen la correcta utilización de los apoyos en relación con la necesidad de dicho apoyo e informan del peso de la no adecuación.

$$\text{Indicador de utilización del apoyo A en relación con la necesidad del apoyo A} = \frac{\text{Total utilización del apoyo A}}{\text{Total población atendida en la red que necesitaba el apoyo A}} \times 100$$

7.9.2. Quejas y reclamaciones

Los indicadores de quejas y reclamaciones informan de las quejas o reclamaciones recibidas de la unidad. Las quejas no son representativas de la insatisfacción general pero sí que expresan los puntos débiles del servicio percibidos por algunos clientes que, además, lo manifiestan.

$$\text{Indicador de quejas} = \frac{\text{Total quejas recibidas en la unidad}}{\text{Total población atendida en la unidad}} \times 100$$

7.9.3. Agradecimientos

Los indicadores de agradecimientos informan de los agradecimientos recibidos de la unidad. Los agradecimientos expresan los puntos fuertes del servicio percibidos por algunos clientes que, además, lo manifiestan.

$$\text{Indicador de agradecimientos} = \frac{\text{Total agradecimientos recibidos en la unidad}}{\text{Total población atendida en la unidad}} \times 100$$

7.10. Otros grupos de indicadores complementarios

A continuación veremos la descripción general de los diferentes grupos de indicadores.

- Calidad de vida
 - Calidad de vida de los clientes atendidos.
 - Calidad de vida de los clientes en lista de espera.
 - Calidad de vida de las familias.

- Otros.
- Estructura y mobiliario
 - Mantenimiento general del mobiliario.
 - Reparaciones debidas a la mala utilización de los aparatos.
 - Reparaciones debidas a problemas de fabricación.
 - Reposiciones (bombillas, vasos, enchufes, etc.).
 - Número de accidentes dentro del recinto y descripción.
 - Pérdida de material (tijeras, cubiertos, platos, etc.).
 - Otros.
- Hostelería
 - Número y variedad de menús por comida.
 - Proceso de conservación de los alimentos.
 - Sobras de la comida.
 - Cambio de sábanas, toallas, etc.
 - Intoxicaciones.
 - Otros.
- Eficiencia social
 - Tiempo de tramitación de la solicitud de ingreso.
 - Tiempo de resolución.
 - Tiempo de espera en el hospital de agudos por colapso de la unidad.
 - Tiempo de espera en el domicilio por colapso de la unidad.
 - Deterioro sufrido desde la solicitud hasta el ingreso.
 - Calidad de los informes de solicitud emitidos por los profesionales que tramitan la demanda de ingreso.
 - Adecuación entre la previsión de estancia y la estancia final real.
 - Otros.
- Asistenciales
 - Ingresos y reingresos en salas de agudos.
 - Ingresos por deshidratación, anemia, etc.
 - Índice de personas encamadas atendidas.
 - Índice de personas con escaras.
 - Índice de infecciones secundarias.
 - Índice de personas con sondas (nasogástricas, urinarias, etc.).
 - Otros.
- Atención y participación
 - Índice de participación de las personas en las actividades internas.
 - Índice de participantes no residentes en las diversas actividades que se organicen.
 - Índice de adecuación de la oferta de actividades y la asistencia.
 - Participación de los familiares.
 - Otros.

- Quejas y reclamaciones
 - De estructura y mobiliario.
 - De hostelería (limpieza, comida, etc.).
 - De asistencia.
 - De telefonía.
 - De atención y trato.
 - De información.
 - De organización.
 - Otros.

7.11. La satisfacción del cliente, su familia y la comunidad

El análisis de la satisfacción del cliente es una de las líneas de la llamada *investigación motivacional* que, progresivamente, las organizaciones incorporan a su gestión. Este análisis les permite, por una parte, adecuar los procedimientos y los procesos a las exigencias y expectativas de las personas que atienden, ello sin renunciar a sus objetivos y, por otra, permite mejorar los resultados y, como consecuencia, la calidad percibida. No estamos hablando del conocimiento, sino de la organización de los servicios para que este conocimiento llegue a las personas que atendemos. La satisfacción del cliente es una dimensión de la calidad, una percepción de ella filtrada por las personas. La medida de la satisfacción también se ha llamado una medida blanda, precisamente porque se basa en el análisis de percepciones y actitudes de personas y no en criterios objetivos.

Son muchos los autores que han aportado conocimiento y técnica al concepto de calidad y por tanto, implícitamente, han abordado la satisfacción del cliente. Así, encontramos paradigmas como «actividad orientada a superar aquello que ya está bien», propuesto por Druker, o «actividad orientada a la mejora sin fin», propuesto por Deming. La atención sociosanitaria incluirá en sus políticas de gestión como ejercicio habitual «la medida de la satisfacción» de las personas que atiende. La aplicación periódica de un instrumento fiable y objetivo que permita recoger lo subjetivo aporta información fiable y actualizada de esa percepción de las personas que atendemos y de sus familias. El instrumento debe identificar los déficits de la atención, según las personas, y debe permitir a las direcciones proponer cambios organizativos y en las actitudes profesionales. La participación del cliente en la mejora de los servicios se materializa mediante esta práctica. La sistematización de los análisis de satisfacción permite cumplir ciertos objetivos:

- Conocer en qué medida la atención sociosanitaria complace las expectativas de las personas atendidas.
- Identificar el grado de satisfacción en cada unidad y servicios que constituyen el centro.
- Evaluar las expectativas de los clientes con las posibilidades de la organización.

Referencias bibliográficas

- C. Charles y otros (1994). «How was your hospital stay? Patient's reports about their care in canadian hospitals». *Canadian Medical Association Journal* (vol. 150, n.º 11).
- B. E. Hayes (1995). *Cómo medir la satisfacción del cliente*. Ediciones Gestión 2000.

Referencias bibliográficas

- P. F. Druker (1993). *Administración para el futuro* (págs. 268-269). Editorial Parramon.
- M. Walton (1990). «Deming management at work». *Soundview Executive Book Summaries*.
- I. Illich (1991). «La producción social de la salud y la enfermedad: perspectivas actuales, nuevas iniciativas y planteamientos». *Anthropos* (n.º 118-119, págs. 2-4).

- Promover cambios para acercarse al máximo a lo deseado por la ciudadanía y que sean posibles para las unidades.
- Aportar los elementos técnicos y pedagógicos para lograr una sociedad comprensiva con las funciones de la red de atención sociosanitaria.
- Seguir las tendencias promovidas por los cambios.

Si en general la satisfacción es una valoración subjetiva, en el campo sociosanitario lo es mucho más. La satisfacción del cliente de los servicios sociosanitarios se encuentra a caballo entre el bien máspreciado, la vida, y su posible pérdida, la muerte, asociada a dolor y soledad. La medida de la satisfacción del cliente, en la atención sociosanitaria, viene condicionada por un amplio abanico de variables intangibles, que parten de su mundo emocional y perceptivo y se apoyan en él.

En una economía de mercado las personas adquieren bienes o servicios porque identifican la oferta con la cobertura de su necesidad. En la atención sociosanitaria esta premisa se cumple parcialmente en la demanda, pero el profesional debe estudiar esta demanda y a partir del diagnóstico social sanitario orientar el proceso de intervención. Un punto importante son los procesos comunicativos. La satisfacción de la necesidad percibida por el cliente pasa por el filtro profesional que identifica la necesidad diagnóstica a partir de criterios científicos y técnicos. Por ello, la comunicación entre profesionales y clientes adquiere una importancia trascendental para que estos no vean los servicios sociosanitarios como una gran superficie comercial. Ello nos aboca a programas de educación de la población en general y, en particular, de la población usuaria de los servicios.

Así, la calidad final (resultados, satisfacción del cliente, mínimo coste y motivación del personal) es la resultante de la calidad de cada parte del procedimiento, pero sobre todo de los procesos. A diferencia del sector industrial, en el que una pieza defectuosa se detecta en el mismo momento y se puede sustituir inmediatamente por otra, en la atención sociosanitaria, como ocurre en la sanitaria, no es posible reponer el error en el momento de producirse.

La población suele desarrollar expectativas respecto de cómo será la relación con los profesionales que le atenderán. Cuando esta carece de los contenidos imaginados por la persona, puede generarse malestar y descontento y, por tanto, aumentar la sensación de insatisfacción. Es importante, cuando se efectúan análisis de satisfacción, ahondar en todo ello.

Referencia bibliográfica

M. Mazarrasa (1995). *Marketing y calidad total*. Ediciones Gestión 2000.

Referencia bibliográfica

I. Salzberger-Wittenberg (1970). *La relación asistencial* (págs. 23-26). Amorroutu Editores.

Dos de los episodios más críticos y generadores en potencia de tensión entre los clientes y las organizaciones son la acogida –llegada al centro– y el alta. En la gestión de dichos episodios ayuda conocer la vivencia de las personas y/o su familia respecto a la prestación. Ello permite a las unidades de trabajo social sanitario, de la mano de sus profesionales, seguir un plan de ayuda en el proceso de adaptación a la nueva situación de dependencia o discapacidad.

Si bien las unidades de atención al cliente, con la gestión de sugerencias y reclamaciones, son un medio útil para vehicular situaciones de conflicto y/o insatisfacción de las personas para hechos concretos, no podemos extrapolar grados de satisfacción o insatisfacción representativos. No todas las personas descontentas presentan una reclamación. Así, la medida de la satisfacción o insatisfacción de los clientes de la atención sociosanitaria no se puede obtener única y exclusivamente a partir de la existencia de quejas o reclamaciones materializadas en un escrito o, al contrario, por la falta de ellas.

Referencias bibliográficas

- D. Jones; C. Lester (1994). «Hospital care and discharge: patient's and carer's opinions». *Age and Ageing* (n.º 23, págs. 81-88).
- C. Bennett; J. Legon; F. Zilberfein (1989). «The significance of empathy in current hospital based practice». *Social Work in Health Care* (vol. 14, n.º 2, págs. 27-41).

8. Pensar en sociosanitario. Diagnosticar en sociosanitario. Tratar en sociosanitario. Planificar en sociosanitario

El concepto de atención sociosanitaria integra dos visiones: tenemos la atención sanitaria por una parte y la atención social por la otra, pero la atención sociosanitaria no es una suma de ambas. La atención sociosanitaria se constituye en una tercera vía, en un modelo integrado en el que lo sanitario siempre llevará impreso lo social y, viceversa, lo social llevará impreso lo sanitario en su misma producción de servicios. Lo sociosanitario tiene entidad y carácter propio, crea una nueva perspectiva y un nuevo sistema de atención.

En lo sociosanitario, hemos visto, convergen múltiples circunstancias en las cuales el factor humano está presente. La atención sociosanitaria atiende la pérdida de recursos personales y vitales. Desde el trabajo social sanitario intervenimos en las mismas esferas, pero, en este caso, con una marcada necesidad de cuidados personales continuados y de larga duración.

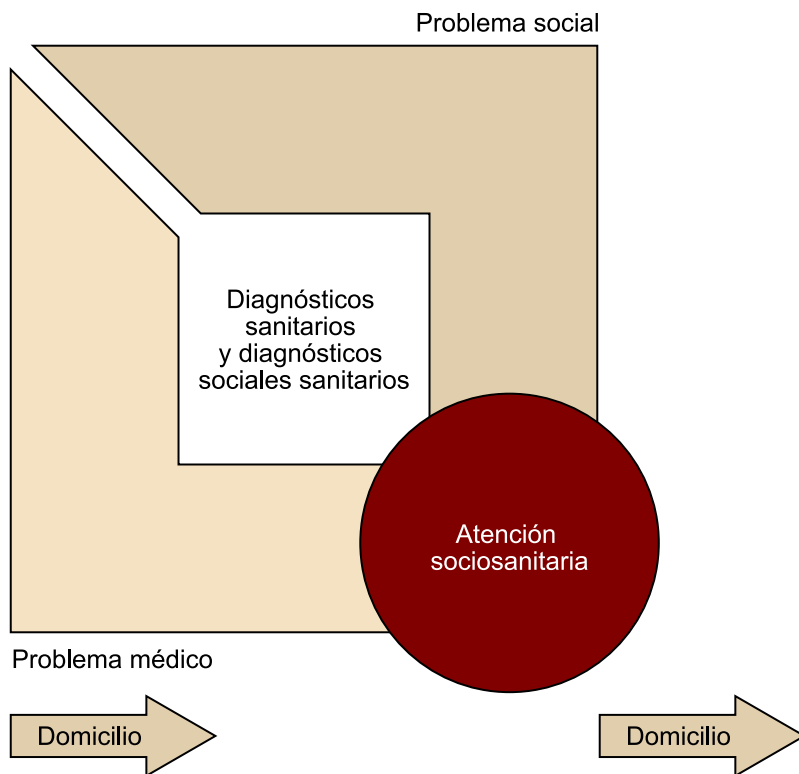
Las ciencias sociales, igual que las ciencias médicas, aun sin ser exactas, aplican el método científico, se basan en evidencias sociales, utilizan técnicas de intervención y se apoyan en instrumentos. En el caso de la atención sociosanitaria también debemos ampararnos en el método científico. La implicación y la participación de la persona enferma y su núcleo de convivencia son igualmente imprescindibles. En la atención sociosanitaria nos apoyamos en procedimientos mixtos, los cuales definiremos en conjunto y considerando siempre esta tercera vía que integra lo sanitario y lo social.

Lejos de una suma de burocracias de programas independientes, la atención sociosanitaria es como el caudal de un río que se nutre de las dos orillas, la sanitaria y la social. Un caudal que ya es en sí mismo indivisible entre las partes, fluye, insistimos, en la tercera vía. Siguiendo con la metáfora, los equipos profesionales de la atención sociosanitaria son los puentes que permiten la unión entre ambas orillas. Por ello es tan necesaria la sincronía entre los profesionales sanitarios y los sociales, porque en la naturaleza de los problemas tratados está la presencia simultánea de problemas sanitarios y sociales.

A lo largo del máster hemos visto la diferencia entre la ayuda filantrópica y la ayuda desde el trabajo social sanitario. No vamos a extendernos en ese punto. Pero recordemos la necesidad de establecer el diagnóstico social sanitario sobre la base de una investigación de los hechos y mediante técnicas profesionales que siguen unos procedimientos específicos. Si bien la sociedad civil suele ir por delante de los servicios, podemos reconocer que, en su día, la respuesta en forma de atención sociosanitaria fue ágil. Esta surgía de la necesidad de determinados colectivos de población, casi siempre personas en un estado crí-

tico, con necesidad de atención sanitaria y atención psicosocial. Y aunque la atención se iniciaba con la presencia de la enfermedad, a medida que pasaban los días, tomaban relieve los problemas psicosociales asociados a esta nueva realidad.

Figura 5. Evolución de los problemas sanitarios y de los problemas sociales sanitarios en el ingreso hospitalario



La figura muestra gráficamente un ingreso. Vemos cómo en el momento de la admisión el problema médico concentra toda la atención, mientras que a medida que transcurren los días y este se va paliando u orientando, pueden empezar a surgir problemas psicosociales que dificultarán la continuidad de la recuperación.

La evolución de la sociedad del bienestar, las nuevas necesidades del sistema sanitario, cada vez más tecnificado y, por tanto, cada vez más resolutivo en el diagnóstico médico y en el tratamiento, empezó a acercar la atención sociosanitaria hacia sus jerarquías. Así, el sistema sanitario se ha convertido en muchos lugares y ocasiones en el gestor directo de las prestaciones de la atención sociosanitaria y, aun sin datos generales, podemos decir por la experiencia que su acceso está más en función de las necesidades sanitarias que de las psicosociales combinadas con las sanitarias.

La atención sociosanitaria concibe programas y unidades con entidad propia que integran lo sanitario y lo social sistemáticamente y dentro de un sistema asistencial específico.

9. El progreso de la atención sociosanitaria pasa por el I+D+i. Reflexión final

Uno de los puntos débiles que debemos corregir es, como se ha ido comentando, la habitual confusión de la atención sociosanitaria con la coordinación sociosanitaria o con la atención integral o con el modelo biopsicosocial.

Ahora debemos añadir otra confusión, esta preocupante, la que cita el trabajo sociosanitario como si fuera trabajo social sanitario. El trabajo socio sanitario, si somos estrictos con el término, es el que ejerce cualquier profesional dentro de la atención sociosanitaria, pero sin duda ello es un gran reduccionismo. Si dejamos de lado esta última observación referida al trabajo sociosanitario, todas las descripciones anteriores son elementos de la atención sociosanitaria, pero no son la atención sociosanitaria.

El punto central de la atención sociosanitaria, debemos insistir en ello, son programas y servicios de diferente complejidad asistencial, con gestión y presupuesto propio y con profesionales que se saben componentes del equipo básico asistencial interdisciplinar (medicina, enfermería y trabajo social sanitario). Profesionales que, además, tienen conciencia de que necesitan del conocimiento de los otros para que su acción particular, desde su disciplina, sea beneficiosa para la persona y su familia. Un ejemplo gráfico sería el de un bodegón. Cuando se habla de un bodegón, se sabe *a priori* que se trata de una pintura en la que hay diferentes elementos. Un elemento, un objeto solo, no conforma un bodegón. Esa definición, el concepto de atención sociosanitaria, le viene dado por el conjunto de elementos integrado. La atención sociosanitaria implica un conjunto, una filosofía, un espacio y unos profesionales que con una relación horizontal conforman lo sociosanitario.

La evolución y desarrollo de la atención sociosanitaria no puede darse por impulsos nutridos de la anécdota, o de la casuística. Su desarrollo debe basarse en el método científico, que parte de una acción apoyada en procedimientos o protocolos que incluyen *sine qua non* el diagnóstico social sanitario. Sabemos que toda acción profesional se sustenta en tres pilares: los conocimientos, los procedimientos-protocolos y las actitudes. Llanamente, nos referimos a esos conocimientos que hemos adquirido y seguimos adquiriendo a diario, cómo los organizamos, con qué procedimientos, para que lleguen a la persona, a la ciudadanía y le aporten beneficios. Y finalmente, con qué actitud afrontamos nuestras responsabilidades como profesionales sanitarios. El procedimiento básico de trabajo social sanitario en cualquiera de los ámbitos asistenciales, atención primaria, atención especializada y, por supuesto, en la atención so-

ciosanitaria, es: el estudio; el diagnóstico social sanitario (definición de los procesos asistenciales); el tratamiento, y finalmente, la evaluación, que no es más que un nuevo estudio.

Hablamos de un procedimiento porque sus fases son de obligado cumplimiento. Cada una condiciona a la siguiente. Sin una exhaustiva recogida de información no podemos definir el diagnóstico social sanitario, ni el proceso o procesos asistenciales dentro de los cuales atenderemos a la persona o a su familia. Y sin un diagnóstico social sanitario, sin haber identificado los procesos de trabajo social sanitarios, no podemos iniciar ningún tipo de tratamiento social sanitario. Los procedimientos garantizan también que se puedan realizar investigaciones aplicadas sobre determinados grupos de población atendida en periodos determinados. Ello es la garantía de que las propuestas y recomendaciones que lleguen desde el trabajo social sanitario tienen una base científica y no anecdótica. En ningún caso podemos confundir la ayuda que procede de la filantropía con la ayuda que procede del trabajo social sanitario.

Para terminar, vamos a reproducir las palabras de Gro Harlem Brundtland cuando ocupó su cargo de directora general de la OMS:

«El cuidado de la salud (y de los cuidados continuados) pueden ser catastróficamente costosos. Muchas de las necesidades de cuidados son impredecibles, por ello es vital proteger a las personas de tener que elegir entre la ruina financiera o la pérdida de salud...

Los sistemas de salud tienen la responsabilidad no solo de mejorar la salud de las personas, también de protegerlas de los costes financieros de la enfermedad, reducir el daño a la dignidad y la autonomía, y el miedo y la vergüenza que la enfermedad a menudo trae consigo».

WHO (2003). *World Health Reports 2000*. World health organization's Collection on long term care. Key policy issues in long-term care. Ginebra.

Bibliografía

Reporte bienal de Texas sobre discapacidades (2008).

Abramovice, B. (1988). *Long term care administration*. Nueva York / Londres: The Haworth Press.

Bennett, C; Legon, J.; Zilberfein, F. (1989). «The significance of empathy in current hospital based practice». *Social Work in Health Care* (vol. 14, n.º 2).

Canals, J. (2003, junio). «Grupos de ayuda mutua, asociaciones de salud y estado de bienestar en transformación». *Agathos, atención sociosanitaria y bienestar* (año 3, n.º 2).

Cortina, A. y otros (1997). *Rentabilidad de la ética para la empresa*. Fundación Argentaria («Colección economía española»).

Charles, C. y otros (1994). «How was your hospital stay? Patient's reports about their care in canadian hospitals». *Canadian Medical Association Journal* (150, n.º 11).

Decreto 92/2002, de 5 de marzo, por el cual se establecen la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios y se fijan las normas de autorización. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* n.º 3597 - 18/03/2002.

Druker, P. F. (1993). *Administración para el futuro*. Editorial Parramon.

Friedman, M. & R. (1980). *Free to choose*. Nueva York: Harcourt Brace Jovanovich, Inc.

Hayes, B. E. (1995). *Cómo medir la satisfacción del cliente*. Ediciones Gestión 2000.

Illich, I. (1991). «La producción social de la salud y la enfermedad: perspectivas actuales, nuevas iniciativas y planteamientos». *Anthropos* (n.º 118-119).

Jones, D; Lester, C. (1994). «Hospital care and discharge: patient's and carer's opinions». *Age and Ageing* (n.º 23).

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

Mazarrasa, M. (1995). *Marketing y calidad total*. Ediciones Gestión 2000.

Moulias, R. (1990). «Faut-il conserver les structures hospitalières de long séjour gériatrique?». *Gerontologie et Société* (n.º 54).

OMS (1981). *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000*. Ginebra.

OPS (2001). *Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud*. Boletín Epidemiológico / OPS (vol. 22, n.º 4)

Salzberger-Wittenberg, I. (1970). *La relación asistencial*. Amorrotu Editores.

Walton, M. (1990). «Deming management at work». Soundview Executive Book Summaries.

Internet

www.ine.es

