

## **PROGRAMA DE DETECCIÓN DEL RIESGO SOCIAL EN EL HOSPITAL DE TERUEL**

### **1. Justificación**

En el Sector de Teruel están localizados los siguientes recursos de Atención Especializada:

- ✓ Hospital General Obispo Polanco
- ✓ Hospital Sociosanitario San José
- ✓ Centro de Rehabilitación Psicosocial San Juan de Dios
- ✓ Centro de Salud Mental de Teruel
- ✓ Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Teruel

El Hospital Obispo Polanco, en el que se realiza el programa que presentamos, cuenta con 215 camas funcionales, siendo además de manera simultánea el Centro de especialidades del sector.

Teruel es una provincia con problemas de despoblación y envejecimiento, unido a la dispersión en pequeños núcleos distantes y mal comunicados.

Un factor significativo, ha sido la intensa emigración de la provincia durante años, que ha conllevado que la población tenga en ocasiones una red social escasa o que sus familiares deban desplazarse desde otras provincias para el cuidado en caso de hospitalización.

En la actualidad, el progresivo envejecimiento de la población y el incremento de patologías crónicas y discapacidades están conllevando un aumento en la demanda de asistencia sanitaria y social.

Los avances de la medicina han conseguido que muchas enfermedades sean controladas con un adecuado tratamiento, a veces complejo, que requiere un correcto seguimiento. Esto implica la adecuada utilización por parte del paciente y una buena coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y sociales.

Al producirse el alta de un hospital de agudos, en caso de no asegurarse la continuidad de los cuidados se dificulta la recuperación y se precipitan agudizaciones de la enfermedad, que llevan a la sobreutilización inadecuada de todos los niveles asistenciales.

La hospitalización concebida como un hecho puramente asistencial está dando paso a una percepción global del proceso, teniendo en cuenta todas las variables y factores que impregnan ingreso y alta. Cabe recordar que en el ingreso hospitalario confluyen biografía personal y biografía clínica, todo un bagaje emocional y de interrelación con el entorno impregna con intensidad la evolución del paciente y la consecución del objetivo terapéutico.

D. Colom, en su libro “La planificación del alta hospitalaria”, afirma que la situación biológica, psicológica, social; cultural y económica del paciente condicionan sus posibilidades de recuperación y sus necesidades de apoyo. Si no se contemplan todas las facetas, el alta será vivida con angustia e incertidumbre por el paciente y su familia, se retrasará su recuperación, no podrá volver al domicilio y se pospondrá el alta ocupando indebidamente una cama.

Según esta autora se puede proceder al alta cuando médicamente sea factible, asegurándonos de que:

- Tiene capacidad para seguir las indicaciones terapéuticas
- Cuenta con un entorno favorable que le apoya y cuida
- Tiene asegurada la continuidad de la asistencia por parte de otros servicios de atención sanitaria y, si cabe, social y Sociosanitaria.

- El alta no entraña riesgos para la persona ni para su entorno.

Un hospital de agudos cuyo fin último es el bienestar del paciente, es un buen espacio de detección de problemas y necesidades. Una afectación sanitaria de uno de los miembros familiares puede suponer la imposibilidad de atención de otro miembro dependiente, un conflicto familiar o la detección de carencias de todo tipo: económicas, habilidades, idioma, afectivas,...

Por ello, la inquietud hospitalaria ante este tema se materializa en un programa prioritario de carácter troncal, capaz de captar precozmente el riesgo social en el momento del ingreso favoreciendo la intervención temprana del Trabajador Social, evitando problemáticas ante el anuncio del alta.

Esta sensibilidad consolida la concepción integral del continuo salud-enfermedad, tratando parejos problema social y de salud, con metodología uniforme y siguiendo una sucesión de actos resumida en: alerta- captación precoz e identificación del factor de riesgo- derivación al trabajador social- plan de intervención interdisciplinar- planificación conjunta del alta y coordinación con la red Sociosanitaria de recursos.

Inhibir la detección temprana conlleva contingencias como retrasar altas, reingresos innecesarios, descoordinación interprofesional e interinstitucional, sobrecarga en los servicios de urgencias, incumplimiento de la pauta terapéutica, y un largo etcétera que significará una sucesión de fisuras en la pretendida continuidad asistencial.

Por el contrario, implementar esta estrategia permite planificar el alta desde el momento del ingreso o incluso previo a él si es programado, sistematiza y dota de metodología la derivación del paciente al Trabajador Social, enriquece la historia clínica con datos de la problemática social significativos para el curso de la enfermedad, conexiona el hospital con la red Sociosanitaria en aras de un hilo conductor en el plan de cuidados y tratamiento, permitiendo ubicar correctamente al paciente al alta.

Todo ello es especialmente importante para el colectivo de tercera edad, que trae consigo en el ingreso una serie de problemas muy cronificados que se acentúan con la hospitalización y que requieren una pronta intervención. La experiencia demuestra que a pesar de no ser el sistema sanitario quien posee los recursos sociales que el mayor necesita, puede ser un buen gestor si el abordaje se anticipa al problema.

Con todo ello mejora la calidad de la atención prestada y la percepción de la misma por parte del paciente-familia, de los profesionales y de la comunidad a cuya población atiende.

El hospital evita así situaciones desagradables con el anuncio del alta en pacientes con riesgo social y estancias dilatadas por la no tramitación y/o concesión del recurso social necesario. De este modo no entorpece su gestión de camas ni su lista de espera quirúrgica, reduce la afluencia en los servicios de urgencia de patologías con perfil social, flexibiliza los tradicionales compartimentos estancos en la dinámica de los profesionales introduciendo paulatinamente una conciencia de trabajo en equipo, abre sus puertas a la red comunitaria solapando el ingreso como un internamiento en una institución cerrada, mejora las alianzas terapéuticas y un largo etcétera de ventajas añadidas que conlleva la implementación de un programa de estas características.

## **2. Concepto, Características e Implicación del Programa**

El Programa de Riesgo Social pretende ser una respuesta adaptada a nuestra realidad social y sanitaria, intentando que proporcione una atención integral real a lo largo de la intervención en el Centro Sanitario.

Desde el ingreso es necesario valorar y conocer la problemática social del paciente porque:

- Denota sensibilidad por la atención integral
- La situación personal interfiere en el proceso de curación, lleva preocupación y angustia al paciente y a su familia, y no facilita la tarea del personal sanitario.
- Al alta el paciente no siempre tiene autonomía ni soporte para seguir con sus cuidados básicos y/o terapéuticos. Esto puede dificultar su recuperación, conllevar agudizaciones, reingresos y sobreutilización de servicios sanitarios.
- Si no va a poder regresar a su domicilio al alta hospitalaria o va a precisar ayuda en el mismo, debe tramitarse esta necesidad lo antes posible para evitar estancias innecesarias.
- Hay que impulsar y facilitar la continuidad de los cuidados mejorando la coordinación entre los niveles asistenciales.

A diferencia de otros Programas de Planificación de Alta o de Riesgo social, el que presentamos no está dirigido únicamente a la atención del paciente durante el ingreso hospitalario, aunque incluye la planificación de alta, que fue la primera fase del proyecto, sino que abarca la atención en el campo de las Consultas Externas y en Urgencias.

La ampliación en Consultas Externas se plantea en la perspectiva de lograr una continuidad de la atención de todos los niveles asistenciales. En este sentido son susceptibles de situación de riesgo social especialmente aquellos pacientes geriátricos con problemas de atención en el domicilio, con dificultades de continuidad del tratamiento o aquellos que acuden solos a la consulta y tienen dificultades para entender los mensajes o manejarse por el Centro hospitalario, como es el caso también de muchos inmigrantes.

Por otra parte, en Urgencias resulta obvio plantearnos que pueden llegar casos de extrema situación social con necesidad de intervención inmediata como pueden ser abandonos, sospechas de malos tratos,...o situaciones menos críticas pero igualmente angustiantes como un accidente del cuidador principal o incluso único de una persona dependiente que permanece sola en el domicilio.

Otra peculiaridad, es que el criterio de la edad no es discriminante para determinar el riesgo, por el contrario, se marcaron una serie de ítems que podrían ser habituales y constitutivos de riesgo para facilitar la derivación por parte del personal, evitando que personas de menor edad pero con factores de riesgo mayores no fueren remitidos.

Por último señalar, que pese a ser marcada también en el inicio la figura de enfermería como la detectora natural de los casos, la evolución ha hecho que cualquier miembro del personal del Centro, e incluso a veces externo, utilice el Programa para asegurar una atención idónea. En este sentido, podemos señalar el caso de los administrativos que detectan pacientes con dificultades para realizar gestiones, o el de servicios como contabilidad que deriva casos donde no se refleja el número de seguridad social antes de proceder a facturar, para asegurarse de que conocen sus derechos sanitarios.

### **3. Objetivos**

Los objetivos del Programa de Riesgo Social se han mantenido constantes a pesar de su continua adaptación y evolución, dado que son el punto definidor del Programa, siendo el Objetivo General **Proporcionar una atención integral**,

**abarcando el área física, psíquica y social**, que puede concretarse en los siguientes objetivos específicos:

- Identificar la problemática social que acompaña a la enfermedad proporcionando una detección.
- Lograr una derivación precoz a la Unidad de Trabajo Social que facilite la intervención planificada.
- Planificar de forma interdisciplinar el alta.
- Evitar estancias y reingresos por causas no médicas.
- Concienciar al personal sanitario de que las situaciones sociales y sanitarias cohabitan y no deben desligarse.
- Conocer las necesidades en recursos sociosanitarios de nuestra población para que se pueda intervenir adecuadamente
- Establecer un sistema fluido de coordinación y de comunicación con el resto de los niveles asistenciales, sociales y sanitarios.
- Reducir el impacto y la ansiedad que provoca la hospitalización

#### **4. Desarrollo y evolución del Proyecto**

A comienzos del año 2001 se constituyó un grupo de trabajo formado por la Trabajadora Social, Mercedes Muñoz, y las componentes de la Unidad de Calidad, M<sup>a</sup> Ángeles Camacho, enfermera, y Francisca Berisa, médico. Se diseñó un borrador del proyecto y se presentó a la Dirección del Hospital. Fue favorablemente acogido, aprobándose su puesta en marcha y considerándose objetivo prioritario.

Al inicio de 2002, para llevarlo a cabo la Trabajadora Social fue eximida de sus funciones del Servicio de Atención al Paciente, pasando a ser éste un servicio independiente al no estar relacionado con su actividad profesional.

Durante el segundo trimestre, y tras el estudio de experiencias previas en otros Centros, se eligieron los Indicadores de riesgo, decidiendo prescindir de la edad, a diferencia de lo llevado a cabo en otras. Se consideró que a pesar de que la edad es un importante factor, no es totalmente determinante, por lo que se planteó evaluar a los pacientes por su situación completa a través de indicadores de riesgo.

Se elaboró, para las ausencias de la Trabajadora Social y las tardes o fines de semana una hoja básica de recursos de Urgencia, que se repartió por los diferentes servicios del centro y por supuesto, el de Urgencias.

Se redactó el Programa, estableciéndose tres fases anuales, iniciando la puesta en marcha en hospitalización, ampliando en la segunda a Urgencias y Consultas Externas y por último reforzándolo con un proyecto de voluntariado hospitalario. Se diseñaron los impresos de derivación con los indicadores de riesgo, y el breve informe de Intervención de Trabajo Social que se incluye en la Historia Clínica para asegurar la continuidad integral de la atención.

Durante el mes de junio se realizó la difusión del Programa a través de los diferentes Servicios y Unidades del Hospital, actividad que se ha ido realizando a lo largo de todo el Programa, especialmente en los Servicios que la detección y derivación han sido menores.

La Gerencia lo incluyó en los Objetivos del Contrato de Gestión de los Servicios, Unidades y Áreas del Centro, de forma que fue aceptado y firmado por todos ellos.

El Programa empieza a funcionar el 1 de julio de 2002, iniciándose un periodo de prueba de 15 días.

En Septiembre de 2002 se incorpora una nueva Trabajadora Social, Ana M<sup>a</sup> Gracia, que divide su horario laboral entre el Hospital Sociosanitario San José, también de Teruel, y el Obispo Polanco.

Se realiza la primera evaluación del programa, con una encuesta de satisfacción de usuarios y un estudio de los casos atendidos durante el tiempo

aplicado a los cuatro meses de la puesta en marcha, con resultados positivos pero aún no significativos.

En febrero de 2003, la Trabajadora Social iniciadora del programa, Mercedes Muñoz, deja de realizar su labor profesional en el Centro y es sustituida en el mes de mayo por Belén Plaza.

A mediados del año 2003 se realiza una nueva evaluación más completa que la anterior, en la que además de la satisfacción de los usuarios, se miden la adecuación de las derivaciones y la cobertura que supone el programa. Ello supone una modificación a finales de año con un perfeccionamiento de la Hoja de Derivación y la de Acciones Realizadas. Así mismo, se elaboró una breve guía de explicación de términos, para facilitar al personal identificar los diferentes factores de riesgo y rellenar correctamente la hoja de derivación, generalizando el programa a todo el personal del Centro.

Durante el año 2004 se mejora el acceso del personal del Hospital al informe de la Trabajadora Social, que inicialmente se incluía en la carpeta de la especialidad que derivó, cambiándolo a una carpeta única de Trabajo Social con acceso a todas las especialidades. Además se mejora el registro interno de la Unidad de Trabajo Social de los casos atendidos mensualmente, para evaluaciones posteriores.

En el verano de 2004 se inaugura en el Hospital Obispo Polanco la Unidad de Agudos de Psiquiatría, con lo que ampliamos el Programa para integrarlo en su dinámica. Su apertura coincidió con la ampliación a dedicación completa de la trabajadora social que realizaba funciones en otro Centro.

En el primer semestre de 2005 se realiza una nueva evaluación más exhaustiva del programa, con el estudio del perfil de paciente atendido, tipo de derivaciones, de intervenciones llevadas a cabo y la satisfacción tanto del usuario como del personal sanitario del Centro. De dicha evaluación, se prevé realizar un estudio detallado debido a los resultados satisfactorios obtenidos.

El planteamiento inicial era que el Programa de Riesgo Social se encontrase totalmente implantado a los tres años, es decir, en el 2005, pero debido a los cambios de personal, aumento de servicios del Centro y la priorización por la mejora y perfeccionamiento de lo ya implantado, estamos iniciando la tercera fase, la creación de un grupo de voluntarios estable que proporcione apoyo y acompañamiento a los pacientes que lo precisen.

## **5. Metodología**

Con anterioridad a la puesta en marcha del Programa, la atención de la Trabajadora Social se realizaba a demanda. El personal sanitario sólo solicitaba su intervención en el momento del alta y ante situaciones llamativas, como ocurre en la mayor parte de los Centros Sanitarios. Esto implicaba alargar altas innecesarias y provocar inseguridad y ansiedad en los pacientes, o en ocasiones la vuelta al domicilio con riesgos no detectados, que pueden conllevar importantes consecuencias o reingresos constantes.

No existía ningún medio organizado de recepción de casos o modo de remisión, y la Trabajadora Social difícilmente podía mantener un horario estable en su despacho al tener que atender el Servicio de Atención al Paciente y el Hospital de Media estancia del Área. Además del hecho de que no contaba con apoyo administrativo que pudiese hacerse cargo de registros, regular horarios, visitas y atender el teléfono. Ello implicaba que los familiares se agolpaban en la puerta del despacho a las ocho, hora de inicio, para asegurarse ser atendidos, lo que reducía el tiempo de atención y dedicación a cada usuario.

Ante esta situación surge el Programa de Riesgo Social, en el que la detección va marcada por una serie de criterios establecidos y explicados a los profesionales que están en contacto directo con el paciente.

Los criterios que se especificaban en la Hoja de Canalización a Trabajo Social inicial eran:

- Vive solo y precisa ayuda.
- No se vale por si mismo y precisa ayuda temporal o permanente.
- Carece de cuidador válido.
- Trastornos Conductuales.
- Habito tóxico.
- No está acompañado en su ingreso.
- Precisa ubicación terapéutica fuera del domicilio.
- Extranjero/ inmigrante.
- Falta de comprensión de la pauta terapéutica.
- Difícil/nula adhesión al tratamiento.
- Reingreso de crónico por mal control.
- Otros:.....

En la actualidad los criterios se han modificado, tras la evaluación del 2003, marcándose los siguientes:

- Vive solo y/o precisa ayuda temporal o permanente
- Precisa ubicación terapéutica fuera del domicilio
- Carece de cuidador válido o claudicación familiar
- Es cuidador principal de otros
- No está acompañado en su ingreso
- No comprensión o seguimiento de la pauta terapéutica
- Entorno no adecuado
- Trastornos Conductuales
- Hábito Tóxico
- Transeúnte
- Extranjero/Inmigrante
- Precisa Acompañamiento válido en la consulta
- Otros.....

Dichos indicadores o criterios, a veces son fáciles de captar y otras se descubren sutilmente conforme se establece la alianza con el paciente. En todo caso, lo ideal es derivar en un periodo no superior a 48 horas desde el ingreso.

Una vez detectado el riesgo, el caso se deriva al Trabajador Social que de este modo dispone de más tiempo y más datos para el análisis exhaustivo y gestión de los recursos que va a precisar durante su ingreso y al alta, tanto el paciente como sus familiares, pudiendo también iniciar su reinserción en la comunidad. Cuando se ha realizado la intervención social, el profesional se comunica con los trabajadores sociales del sistema primario de salud y con el sistema de Servicios Sociales para informar de la situación, de las intervenciones realizadas y de sus necesidades a corto, medio y largo plazo, tramitando los recursos precisos para garantizar una correcta ubicación al alta.

Igualmente, a lo largo de toda la intervención el trabajador social realiza una retroalimentación con el equipo que atiende al paciente para asegurar que la labor sea integral.

### *Funciones del Trabajador Social*

Básicamente las funciones establecidas en el Programa son las propias de un Trabajador Social hospitalario y pueden resumirse en las siguientes:

- **Valoración, Información y Orientación** de los pacientes hospitalizados o que sean atendidos en Urgencias o Consultas Externas.

- **Diagnóstico e Intervención Social** de los pacientes con riesgo Social detectado.
- **Movilización y Gestión de recursos sociales**
- **Potenciar o crear un soporte Psicosocial**, tanto durante el ingreso como de forma posterior al mismo.
- **Valoración familiar y del cuidador principal**, realizando labores de apoyo, concienciación y desculpabilización.
- **Coordinación Interna**, facilitando así el trabajo en un equipo interdisciplinar que proporcione una Atención Integral.
- **Coordinación Extrahospitalaria** con los recursos sociales y sanitarios para lograr una Continuidad Asistencial
- **Elaboración de Proyectos Sociales**
- **Mantenimiento, evaluación y difusión del Programa Riesgo Social**
- **Labores de Participación Institucional, Docencia e Investigación**, integrando así el factor social en la dinámica del Centro Sanitario.

## **6. Conclusiones**

El Programa fue bien acogido por el personal del Centro, asumiéndolo como parte de su labor y como una mejora de la asistencia al paciente, valorando como fácil y sencilla la comunicación con la Unidad de Trabajo Social.

A nivel externo, ha habido diferentes entidades, especialmente, públicas, interesadas en el Programa de Detección de Riesgo Social. Por ejemplo, los Servicios Sociales de Base lo han acogido con gran interés, mostrándose receptivos al intercambio de información y la coordinación propuesta para proporcionar la continuidad asistencial perseguida.

Resulta destacable que el Programa de Apoyo a las iniciativas de mejora de Calidad del Servicio Aragonés de Salud ha seleccionado el proyecto como merecedor de apoyo, otorgando subvenciones de forma anual, desde el año 2002.

A nivel de repercusión, el Programa en sí y sus resultados se han presentado en reuniones profesionales; en la VI Semana de Estudios Geriátricos, en Teruel en marzo de 2004 y en el Congreso Nacional de Hospitales celebrado en Zaragoza en Mayo de 2005, donde con el póster "Enfermería y Detección Precoz del Riesgo Social" que recibió el Primer Premio.

Para el Hospital el Programa ha conllevado una serie de Consecuencias positivas que podemos concretar en:

- Mayor labor interdisciplinar
- Atención integral del paciente: evita ansiedad
- Intervención precoz de la Trabajadora Social
- Reducción de altas postergadas por problemáticas sociales
- Conocimiento y valoración de la función de la Trabajadora Social
- Se adapta la documentación social al perfil de paciente de la zona
- Permite una evaluación continua
- Proporciona una Información Social directa al personal que facilite su labor.
- Permite un registro de Informes Clínicos y Sociales conjuntos
- Conlleva una Intervención Social Planificada y por lo tanto más completa.
- Normaliza la derivación, convirtiéndolo en un procedimiento sencillo y habitual.

En este sentido, destacamos los Puntos Fuertes de nuestro Programa:

- ♣ Apoyo del Equipo Directivo
- ♣ Inclusión en los objetivos pactados con cada Servicio del Centro
- ♣ Evaluación periódica

- ♣ Facilidad de la aplicación
- ♣ La ayuda que presta a los profesionales
- ♣ La observación de resultados positivos inmediatos
- ♣ Satisfacción de ayuda al paliar carencias y necesidades

Pero no podemos olvidar las Amenazas con las que contamos en la actualidad:

- Precariedad en recursos humanos y falta de estabilidad laboral
- Falta de espacio físico de la Unidad de Trabajo Social (impide aumento de la atención)
- Ausencia de ayuda administrativa, lo que conlleva sobrecarga de burocracia de las Trabajadoras Sociales
- Cambios frecuentes de personal en todas las Áreas del Hospital

Y por último, deseamos concluir con los Retos de Futuro que nos planteamos para favorecer una continuidad y mejora constantes:

- ❖ Creación de un grupo estable de voluntariado hospitalario
- ❖ Coordinación con nuevos recursos de la zona
- ❖ Colaboración con Asociaciones relacionadas con el ámbito de salud para potenciar su labor y la relación con el Centro y sus profesionales.
- ❖ Eliminar definitivamente las derivaciones dentro de las 24h anteriores al alta, intentando que la planificación sea mayor para lograr una mejor intervención.
- ❖ Protocolo de derivación con los Servicios Sociales de Base
- ❖ Nuevos cauces de atención a las Minorías Étnicas.
- ❖ Elaborar una documentación más amplia dentro del Programa para la Unidad de Psiquiatría de Agudos, debido a su peculiaridad.

A modo de conclusión, señalar la importancia que ha supuesto el Programa de Riesgo Social para la Unidad de Trabajo Social respecto al reconocimiento de su labor, aumentando las derivaciones y la conciencia social del personal sanitario. Ha resultado así mismo relevante para el Hospital Obispo Polanco, al utilizarlo como vía para otorgar carácter prioritario a la atención integral al paciente.

De esta manera, nuestra principal finalidad desde el Programa es lograr su crecimiento, difusión y adaptación a la realidad en continuo proceso de cambio.