

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO SOCIAL EN EL AMBITO SANITARIO: RESULTADOS DEL GRUPO DE MEJORA

M^a JESUS BALLESTIN MIGUEL

TRABAJADORA SOCIAL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

ANA M^a GRACIA MERLE

TRABAJADORA SOCIAL DIRECCIÓN PROVINCIAL IASS ZARAGOZA

CONSUELO PARDO PARDO

TRABAJADORA SOCIAL ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR SANITARIO I

M^a PILAR POLO ORDOVÁS

ASESORA TÉCNICA DEL DEPARTAMENTO DE SANIDAD

M^a JOSEFA PUEYO USON

TRABAJADORA SOCIAL ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR SANITARIO III

RESUMEN:

En el Sistema Sanitario nos encontramos con contingencias sanitarias desfavorables que van a afectar a la persona y también, por extensión a su familia y a su contexto. Hablar de riesgo social en el campo sanitario supone detectar y prestar apoyo y seguimiento a pacientes con mayor vulnerabilidad. Por lo general, pacientes que pueden requerir un alto soporte sanitario y social.

Dado el impacto de los problemas socio-familiares en las consultas ambulatorias y/o estancias hospitalarias, se decide trabajar sobre la identificación del riesgo social en el ámbito sanitario con objeto de facilitar una intervención precoz del profesional del Trabajo Social desde un Grupo de Mejora.

Este Grupo de Mejora comienza elaborando un marco conceptual definiendo el riesgo social sanitario e identificando sus factores; Como resultado de ello se establecen los indicadores de riesgo social sanitario, se especifica el itinerario a seguir para la identificación del riesgo social sanitario, y finalmente se elabora el documento “Hoja de derivación a Trabajo Social para la detección del riesgo social” y se especifica el proceso de este procedimiento.

Además, desde la perspectiva de la continuidad se establece la coordinación entre niveles asistenciales de atención sanitaria y con otros ámbitos o sistemas de protección como son los servicios sociales, por este motivo se elaboró la “Hoja de coordinación del Trabajo social”.

PALABRAS CLAVE

Riesgo Social, Sanitario, Mejora, Continuidad Asistencial, Coordinación.

JUSTIFICACIÓN DE LA COMUNICACIÓN CON EL TEMA, EJE Y ÁMBITO DEL TRABAJO SOCIAL

Esta comunicación quiere reflejar el resumen del trabajo desarrollado por un grupo de Trabajadoras Sociales Sanitarias tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada que, conformadas como Grupo de Mejora, elaboraron un documento para mejorar la captación de pacientes con indicadores de riesgo por parte de profesionales sanitarios que atendieran al paciente y tras derivación a consulta de Trabajo Social, ofrecer el tratamiento social preciso de la forma más precoz posible.

La profesión de Trabajo Social está vinculada, ya desde su nacimiento, a la ciencia médica y al sistema sanitario. Surge en este campo por el deseo de mejorar la situación de salud de las personas enfermas incidiendo en su situación personal, relacional y en su contexto.

Ya la Ley General de Sanidad de 1998 fundamenta la presencia del T.S. en Salud al considerar ésta un derecho que contempla no sólo la salud física, sino también la psíquica y la social. Posteriormente siguieron otras normas que ofrecen apoyos y argumentos concretos a esta presencia del Trabajo Social en el campo sanitario: Decreto 137/84 de Estructuras Básicas de Salud en el que se indica los componentes del Equipo básico de Salud de Atención primaria de Salud. La ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y el Real Decreto 1030/2006 de Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud.

En la actualidad y cada vez más, el sistema sanitario pone la mirada en las orientaciones de la OMS sobre la influencia en la salud de los determinantes sociales, más incluso que la biología y el sistema sanitario, con toda su tecnificación y alta prescripción de fármacos. Según la OMS, “las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo los sistemas de salud se denominan determinantes sociales de la salud. Estas condiciones vienen definidas por la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, y a su vez dependen de opciones políticas (OMS, 2009c)” (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010:11). Los determinantes sociales de la salud abarcan los aspectos socioeconómicos, los hábitos, conductas y condiciones ambientales. Incluyendo lo relacional y el contexto, lo individual, lo grupal y lo comunitario.

La visión de la salud considerada desde la óptica biopsicosocial e incluyendo todas las esferas de la persona, es la que permite una acción holística e integral en la que la intervención del profesional del Trabajo Social tiene pleno sentido.

La acción del trabajo social en el campo sanitario se dirige a toda la población, también a la población sana. Con enfoques de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Especialmente enfoca su mirada y su acción en salud el profesional del Trabajo Social hacia aquellas personas con procesos que puedan generar situaciones de mayor vulnerabilidad y en las que se unen patologías sanitarias y dificultades en el ámbito social. Situaciones que llamamos de riesgo social sanitario.

El 26 de febrero de 2015 se constituye un Grupo de Mejora impulsado por la Dirección General de Calidad y Atención al Usuario del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón, que decide apoyar a estos profesionales en la elaboración de instrumentos de Calidad, de acuerdo con la Ley 5/2013, de 20 de Junio, de Calidad de los Servicios Públicos de la Administración de la comunidad Autónoma de Aragón.

Vamos a pasar a describir lo que es un grupo de mejora de calidad, se entiende en la organización que la

calidad de las actuaciones y del trabajo es competencia de todos y que quienes mejor conocen los procesos de trabajo son quienes los realizan diariamente.

Los equipos de mejora tienen como misión, identificar, analizar y proponer soluciones a ineficiencias del propio trabajo o actividad, en aras de la mejora constante de la calidad.

Consiste en un pequeño número de personas que con carácter temporal se comprometen voluntariamente con el propósito de proponer mejoras en alguno de los procesos de trabajo.

El papel de los éstos equipos de Mejora se puede aglutinar en alguno de los siguientes objetivos:

1. Detectar e investigar posibles áreas de mejora.
2. Plantear alternativas de solución a los problemas de la organización
3. Promover la participación de todos los niveles organizativos, teniendo en cuenta las ideas aportadas en el grupo.

En nuestro caso el grupo fue conformado por 8 trabajadoras sociales sanitarias tanto de atención primaria de salud como de la atención especialidad (hospitalización) y de salud pública, recogiendo profesionales de los tres ámbitos que está presente el trabajo social sanitario. Así mismo en el grupo se integraron 4 trabajadoras sociales asesoras técnicas de la Dirección General de Atención al Usuario, una de las cuales desempeña el papel de Secretaria del Grupo de Mejora (cuyo papel es además del propio de una secretaria el de centrar las discusiones y general consensos y resumir las conclusiones del grupo) y otra como Coordinadora del Grupo del Servicio de Calidad (modera las reuniones, acompaña al grupo asesorando sobre la metodología del trabajo a seguir, facilitando los conocimientos que precise el equipo de Mejora, elevar las propuestas del grupo al consejo de dirección del Departamento).

El método de trabajo de los grupos de mejora pasa por:

1. Decidir voluntariamente participar en un equipo de Mejora (se hizo una convocatoria a todos los trabajadores sociales sanitarios invitando a una primera reunión a la que acudieron los interesados en participar),
2. Establecer un calendario de trabajo (se decidieron las fechas de las reuniones, periodicidad, etc.)
3. Identificar áreas de mejora en las actividades objeto de su responsabilidad.

El grupo decide trabajar la sobre la Identificación del riesgo social en el ámbito sanitario para facilitar una intervención precoz del trabajo social dado el impacto de los problemas socio-familiares en las consultas sanitarias y/o estancias hospitalarias.

Pacientes que presentan cuadros con diversas patologías, unido a determinados factores sociales y familiares, constituyen la población diana objeto de este Grupo de Mejora.

4. Analizar qué aspectos concretos del propio proceso requiere de alguna modificación, mayor coordinación....

La captación precoz de la persona con factores de riesgo permitirá una valoración en tiempo suficiente

para una intervención más eficaz y adecuada.

Este proyecto exige contar con instrumentos comunes de recogida y visionado de información que sean de utilidad para los profesionales que intervienen en la atención del paciente, ofreciendo con ello un correcto proceso de continuidad en la asistencia.

5. Se determina y documenta cómo pueden llevarse a la práctica las mejoras, se detallan las ventajas y se somete a información y consideración de los responsables de las unidades implicadas.

Este proyecto exige contar con instrumentos comunes de recogida y visionado de información que sean de utilidad para los profesionales que intervienen en la atención del paciente, ofreciendo con ello un correcto proceso de continuidad en la asistencia.

6. Se resume esta información en un Acta que recoge la información significativa.

En nuestro caso se elaboró un documento que fue difundido como explicamos más adelante.

La mejora en la calidad de atención al usuario y con ello la mejor eficacia y eficiencia del Sistema Sanitario es, en definitiva, lo que persigue este proceso aquí explicitado.

CONTEXTO O MARCO CONCEPTUAL DE PARTIDA

En el Sistema Sanitario nos encontramos con contingencias sanitarias desfavorables que van a afectar a la persona y también, por extensión a su familia y a su contexto.

El desarrollo del procedimiento, de ámbito autonómico, específicamente dedicado a la detección de riesgo social, pensamos que es necesario para mejorar la calidad asistencial a las personas portadoras de esa circunstancia, reducir la variabilidad de la práctica que se produce por parte de los profesionales, mejorar la seguridad de las actuaciones, facilitar la coordinación entre profesionales, entre niveles asistenciales y con otros ámbitos para garantizar la continuidad de la asistencia. En última instancia reducir las consecuencias adversas que pueden producir estos eventos, y lograr que los pacientes reciban un servicio personalizado y de calidad, atendiendo siempre a criterios de eficiencia que permitan optimizar los recursos.

Se pretende disponer de una herramienta que permita de forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de estos problemas de salud, desde una visión centrada en el paciente, en los profesionales que prestan los servicios y en las actividades del procedimiento en sí mismo, a fin de aumentar la satisfacción de los pacientes y facilitar las tareas de los profesionales implicados. (Soler, 2015:19)

El término RIESGO se refiere a la proximidad de un daño o contingencia desfavorable, persistente o transitoria, consistente en estar expuesto a un peligro más o menos previsible, en grado superior al resto de la población. Según David Hawkins, como factor de riesgo puede considerarse « cualquier circunstancia o evento de naturaleza biológica, psicológica o social cuya presencia o ausencia modifica la probabilidad de que se presente un problema determinado en una persona o comunidad. (Comisión de Coordinación Socio-sanitaria del Área de Salud de Salamanca, 2009).

En sentido amplio, son factores de riesgo social, aquellas características o rasgos vinculados a variables sociales que aumentan la vulnerabilidad de las personas expuestas, y pueden producir efectos desfavorables

para su salud, desarrollar enfermedades o daños, interferir en el afrontamiento y proceso de la enfermedad o problema de salud.

Hablar de riesgo social en el ámbito sanitario supone detectar y prestar apoyo y seguimiento a pacientes con mayor vulnerabilidad. Por lo general, pacientes que pueden requerir un alto soporte sanitario y social. Permite informar al resto de profesionales que el/la paciente presenta una situación social que puede dificultar/condicionar la intervención que el resto de profesionales sanitarios realicen con el/ella o con la unidad familiar. (Cava y otros, 2011)

Son especialmente núcleo de intervención, aquellas personas o grupos que presentan problemáticas sociales establecidas o factores de riesgo social que están afectando a su salud, o pueden llegar a hacerlo, y por tanto precisan de la intervención del Trabajador Social Sanitario.

A continuación se detallan aquellos factores de riesgo seleccionados sin perjuicio de la existencia de otros, agrupados por categorías de carácter personal y/o individual, de carácter sociofamiliar y de contexto, de acuerdo con la clasificación de la Comisión de Coordinación Sociosanitaria del Área de Salud de Salamanca, 2009.

De carácter personal y/o individual:

- Aparición brusca de pérdida de autonomía
- Trastorno mental grave
- Dependencia funcional y/o deterioro cognitivo
- Situación terminal
- Necesidad de cuidados paliativos
- Adicciones
- Patologías crónicas o de larga duración con difícil adherencia al tratamiento
- Secuelas de su enfermedad que afectan al funcionamiento social

De carácter sociofamiliar:

- Acontecimientos vitales estresantes
- Escaso apoyo social
- Problema de salud que enmascara problemática social
- Aislamiento social y soledad
- Dificultad sociofamiliar, laboral y/o económica

De contexto:

- Precariedad-exclusión social con problemas sanitarios
- Dificultades idiomáticas y desconocimiento del sistema social y sanitario

Los factores de riesgo social en sí mismos no determinan la existencia de un problema social pero alertan sobre la posibilidad de que aparezca. Para su detección se ha consensuado la elección de unos criterios de riesgo social o condiciones que deben cumplirse y que ayudan a predecir la necesidad de intervención

del trabajador social permitiendo una actuación proactiva, de forma simultánea e integrada con el resto de actuaciones que conforman el proceso asistencial.

En la actualidad, la necesidad de mejorar la continuidad asistencial implica compartir los sistemas de información, mejorar la relación entre los agentes implicados y la gestión o provisión de los diferentes tipos de atención, de manera que se complementen entre sí y no se dupliquen. Es preciso desarrollar instrumentos y cauces de coordinación entre los distintos niveles de atención sanitaria y los servicios sociales con el objetivo de lograr, de forma progresiva, una atención integral a los problemas de salud. A este respecto es preciso destacar que los trabajadores sociales sanitarios constituyen el nexo de unión entre los servicios sociales y sanitarios que propicia una atención social compartida, potenciando el enfoque y la participación comunitaria, (Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2012: p47)

OBJETIVOS Y METODOLÓGICA

OBJETIVOS

General: Identificar el riesgo social en el ámbito sanitario, para facilitar la intervención precoz del trabajo social sanitario y la coordinación y continuidad asistencial.

Específicos:

- Minimizar los tiempos de identificación del riesgo social desde que el paciente accede a una consulta o un ingreso hospitalario.
- Difundir entre profesionales del equipo asistencial el documento específico de identificación y derivación del riesgo social.
- Garantizar la continuidad asistencial en las situaciones de riesgo social.
- Adecuar los sistemas de información para el registro y acceso a las situaciones de riesgo social.

METODOLOGÍA

Se realizan siete sesiones presenciales complementadas con trabajo individual no presencial.

Se trabaja a partir de una revisión bibliográfica y de la experiencia de los componentes del grupo, debatiendo las aportaciones de los miembros del grupo, consensuando acuerdos y tareas para la siguiente convocatoria.

Como se indica en el documento elaborado este procedimiento será de utilidad en tanto se produzca la adecuada difusión e implicación de los responsables que deberán emitir las recomendaciones necesarias para su puesta en marcha.

En cuanto a la difusión decir que el Grupo es consciente de la necesidad de dar a conocer el trabajo realizado a los profesionales sanitarios para poder abordar la atención al usuario en salud desde una perspectiva multiprofesional.

En la última reunión del Grupo de Mejora, de fecha 11 de junio de 2015, se acuerda posponer la difusión del trabajo realizado hasta el mes de septiembre tras el periodo estival y reorganización del nuevo Departamento.

mento de Sanidad. No obstante, desde la Dirección General de Calidad y Atención al Usuario, con carácter previo se remite a todos los/as trabajadores sociales del Salud el documento final sobre la Identificación del riesgo social en el ámbito sanitario.

La Dirección General de Calidad y Atención al Usuario, desde donde se elabora el trabajo, se transforma en la Dirección General de Derechos y Garantías, modificándose a su vez su dirección y competencias. Por otro lado, se considera conveniente realizar la difusión una vez hubiesen tomado posesión los nuevos cargos del Salud dada la importancia de su implicación para el desarrollo del procedimiento.

El Grupo se vuelve a reunir, para estudiar el modo de difundir el documento, el 26 de noviembre de 2015

Se debatieron diferentes propuestas y se acordaron las siguientes estrategias para darlo a conocer de forma eficaz:

1. Enviar escrito de la Directora General de la DGDGU al Gerente del Salud para la difusión del documento.
2. Solicitar el acceso de los trabajadores sociales del Salud a la Historia Clínica Electrónica Común del paciente que atiende, consultar y aportar informes sociales que sean visibles en todo el territorio tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada.
3. Insertar en la Historia Clínica Electrónica los documentos “Hoja de derivación a trabajo social para la detección del riesgo social” y la “Hoja de trabajo social coordinación de casos Atención Especializada - Atención Primaria”
4. Dejar el documento “Hoja de derivación a trabajo social para la detección del riesgo social” en control de enfermería de las plantas y servicios para que se pegue la etiqueta identificativa y se remita, si se detecta algún posible indicador de riesgo social al ingreso, además de incluirlo en la HCE para planificación al alta.
5. Averiguar cuando se reúnen las diferentes Comisiones Técnico Asistenciales y acordar reuniones desde la DGDGU con dichas comisiones para la presentación del documento.
6. Aprovechar las reuniones de coordinación de trabajadores sociales de sector para la presentación del documento por parte del trabajador social integrante del grupo de mejora o de coordinación.
7. Elaborar un PowerPoint con contenido a determinar que sea breve, claro y único para la presentación del documento.
8. Informar vía e-mail a todos los trabajadores sociales de las actividades realizadas para la difusión y envío de nuevo de la hoja de derivación y la hoja de coordinación.
9. Organizar una jornada informativa para todos los trabajadores sociales del Salud para la presentación del documento, contemplando la posibilidad de añadir alguna otra información que se considere necesaria su difusión.

En relación a los acuerdos tomados se realizan las actividades siguientes:

- Respecto a la primera estrategia se remite carta de la Directora General de Derechos y Garantías de los Usuarios al Gerente del Salud, Gerentes de los Sectores, Directores Médicos de los Centros Hospitalarios, Coordinadores Médicos de los Centros de Atención Primaria, Directores de Enfermería de los Centros Hospitalarios y Coordinadores de Enfermería de los Centros de Atención Primaria, es decir a todos los responsables sanitarios, para informarles del trabajo realizado por el Grupo de Mejora y solicitando la colaboración en la difusión del documento de “Identificación del riesgo social en el ámbito sanitario”, entre los profesionales sanitarios responsables directos de la atención al paciente de los centros de atención primaria y de atención especializada. En esta carta se especifica la importancia que tiene para el trabajador social sanitario identificar adecuadamente a aquellos pacientes en riesgo social para su posterior intervención social y sobre todo hacerlo en los momentos iniciales para facilitar la intervención precoz del trabajo social sanitario y, si fuera necesario, la coordinación y continuidad asistencial (Febrero 2016).
- Con relación al segunda y tercera estrategia se remite nuevo escrito (Febrero 2016) de la Directora General de Derechos y Garantías de los Usuarios al Gerente del Salud donde se le explica que el Grupo de Mejora detectó el desigual acceso de los trabajadores sociales a la Historia Clínica, ya que existen dos sistemas informáticos distintos en Atención Primaria y Atención Especializada, lo que imposibilita la coordinación interprofesional, una atención ágil e integral de los pacientes y sus familias y la continuidad asistencial social entre Atención Especializada y Atención Primaria, por lo que se considera necesario:
 - El acceso de los trabajadores sociales del ámbito sanitario de Aragón a la Historia Clínica Electrónica (HCE), con las limitaciones que esa Gerencia considere oportunas.
 - Recoger el “ Informe Social” y las “intervenciones sociales” de los trabajadores sociales en la HCE tanto en A. Primaria como en A. Especializada
 - Insertar en la HCE la “Hoja de derivación a trabajo social para la detección del riesgo social” y la “Hoja de trabajo social para la derivación de casos Atención Primaria- Atención Especializada”.
- Respecto al cuarto y sexto acuerdo el Grupo de Mejora también concluyó que era necesaria la implicación directa de los trabajadores sociales para la difusión y uso de los documentos elaborados. En la carta, de fecha 15 de marzo de 2016, remitida por la Coordinadora del Grupo de Mejora a todas los/as trabajadoras sociales del Salud, se les solicita que los trabajadores sociales de los centros hospitalarios hagan llegar el documento hoja de derivación a trabajo social para la detección del riesgo social al control de enfermería de las plantas y servicios para su cumplimentación. También que los trabajadores sociales integrantes del Grupo de Mejora o del Grupo de Coordinación presenten los documentos en las reuniones de coordinación de trabajadores sociales de su sector.
- En cuanto a la séptima estrategia, con posterioridad se les remite el Power Point de la presentación para que les sirva como instrumento de difusión ante los profesionales sanitarios.
- Conforme a la estrategia octava, en la carta mencionada anteriormente se informa de las actividades realizadas para la difusión y al acceso a la HCE y se envía de nuevo de la hoja de derivación y la hoja de coordinación.
- Respecto al último punto del acuerdo no se ha realizado ninguna jornada informativa, para todos los trabajadores sociales del Salud para la presentación del documento, puesto que se considera que no existe contenido suficiente para realizar una jornada.

PRESENTACIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN Y/O DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA O INICIATIVA

El Grupo de Mejora comienza elaborando un marco conceptual definiendo el riesgo social sanitario e identificando sus factores. Como resultado de ello se establecen los indicadores de riesgo social sanitario, se especifica el itinerario a seguir para la identificación del riesgo social sanitario, y finalmente se elabora el documento “Hoja de derivación a Trabajo Social para la detección del riesgo social” y se especifica el proceso de este procedimiento.

Desde una visión y metodología de trabajo consensuado se deciden los siguientes Factores de riesgo y criterios de derivación.

Se detallaron aquellos factores de riesgo identificados, sin perjuicio de la existencia de otros, agrupados por categorías de carácter personal y/o individual, de carácter sociofamiliar y de contexto.

En relación con la violencia de género y el maltrato infantil la identificación de factores de riesgo estarán sujetos a lo dispuesto en el Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>) y la guía de detección e intervención en situaciones de maltrato infantil respectivamente.

CRITERIOS DE RIESGO SOCIAL SANITARIO

Estos indicadores, que quedan recogidos en la “Hoja de derivación a Trabajo Social para la detección del riesgo social”, permitirán a los profesionales sanitarios responsables directos de la atención al paciente de los centros de atención primaria y de atención especializada comunicar y derivar al/los trabajadores sociales de su centro que han detectado un paciente en posible situación de riesgo social. Corresponderá al profesional de Trabajo Social diagnosticar si realmente existen factores de riesgo social y la intervención social que corresponda.

Se consideran indicadores de riesgo social sanitario en atención primaria y especializada los siguientes:

1. Sin domicilio o vivienda inadecuada
2. Sin cobertura sanitaria
3. Acude solo y precisa interlocutor válido
4. Vive sólo y precisa apoyo
5. Déficit en los cuidados: falta de higiene, deshidratación, desnutrición, falta de adherencia al tratamiento
6. Conflictividad familiar o crisis vivencial grave
7. Sin recursos económicos suficientes
8. Ausencia de cuidador o cuidador inadecuado
9. Cuidador de persona dependiente

10. Hiperfrecuentador del sistema sanitario
11. Persona incapacitada judicialmente
12. Dependencia sobrevenida
13. No recibe visitas
14. Adicciones
15. Deterioro cognitivo

ITINERARIO

Definir el itinerario para identificar de forma precoz la existencia de riesgo social sanitario en los pacientes, facilita la planificación de la intervención del trabajador social. Este modelo de gestión resulta fundamental en atención especializada ya que posibilita que el alta social y el alta hospitalaria sean coincidentes, evitando demoras innecesarias que producen desajustes en el sistema sanitario, en los pacientes y en sus familiares

En Atención Primaria es importante estar atentos a aquellos pacientes nuevos en el cupo así como a posibles cambios en la situación base del paciente con objeto de detectar indicadores de riesgo sobrevenidos.

Son aspectos relevantes en este itinerario definir quién detecta, cuándo y cómo se deriva a la Unidad de Trabajo Social.

Quién deriva:

Le correspondería a los profesionales sanitarios responsables directos de la atención al paciente de los centros de atención primaria y de atención especializada, la derivación a la unidad de Trabajo Social, cuando se haya detectado que el paciente cumple uno o más de los indicadores que se señalan en el documento de derivación de riesgo social.

Cuándo:

La derivación, en su caso, se realizará:

- En Atención Especializada entre las 24 h. -72 h. desde el ingreso.
- En Atención Primaria en el momento de la incorporación de pacientes nuevos en el cupo y/o ante un cambio de la situación base del paciente

Instrumento de derivación:

Se propuso utilizar la “Hoja de derivación a Trabajo Social para la detección del riesgo social”



HOJA DE DERIVACIÓN A TRABAJO SOCIAL PARA LA DETECCIÓN DEL RIESGO SOCIAL

Datos básicos del paciente (Pegar etiqueta de identificación o rellenar)

Nombre y apellidos:
 D.N.I./N.I.E:
 Nº de Tarjeta Sanitaria Seg. Social AR.....
 Nº Hª Clínica: Nº habitación:
 Fecha Nacimiento: Fecha de ingreso:

Servicio/profesional que deriva:	Fecha:
----------------------------------	--------

Motivo de consulta/ingreso:

INDICADORES DE RIESGO SOCIAL

- Sin domicilio o vivienda inadecuada
- Sin cobertura sanitaria.....
- Acude solo y precisa interlocutor válido.....
- Vive solo y precisa apoyo
- Déficit en los cuidados: Higiene, deshidratación, desnutrición, falta de adherencia al tratamiento
- Conflictividad familiar o crisis vivencial grave
- Sin recursos económicos suficientes
- Ausencia de cuidador o cuidador inadecuado
- Cuidador de persona dependiente
- Hiperfrecuentador
- Persona incapacitada judicialmente
- Dependencia sobrevenida
- No recibe visitas.....
- Adicciones *
- Deterioro cognitivo*

Otra información de interés:

La existencia de un solo indicador, se considera motivo para la derivación a Trabajo Social

* Preferentemente en Atención Primaria

Elaboramos la ficha del PROCESO A SEGUIR :

 <p>GOBIERNO DE ARAGON <small>Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia</small></p>	<p>FICHA DE PROCESO DETECCIÓN DEL RIESGO SOCIAL EN LA ATENCIÓN SANITARIA</p>		<p>Cód: GMTS 001 Edición: 0, 25/08/2015 Pág: 1 de 1</p>	
<p>DIAGRAMA DE FLUJO</p>			<p>RESULTADO</p>	<p>OBSERVACIONES/ INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">DETECCIÓN DEL RIESGO SOCIAL</p> 			<p>(1) Documento de detección del riesgo social cumplimentado.</p> <p>(2) Parte de derivación al trabajador social</p> <p>(3) Los resultados de este subproceso dependen de la naturaleza del riesgo y de la intervención del trabajador social</p> <p>(4) Implica la comunicación, al profesional que se deriva, de los resultados de la acción y la anotación en la historia clínica</p>	<p>El proceso de detección del riesgo social se considera similar y equivalente en cualquiera de los niveles asistenciales sanitarios que se está actuando, resumidos en los dos grandes grupos de atención especializada y atención primaria de salud.</p> <p>(1) Los responsables de cumplimentar la "Hoja de derivación a Trabajo Social para la detección del riesgo social" (a), que podrá tener un formato físico en papel o estar integrado en un sistema de historia clínica electrónica, será alguno de los profesionales sanitarios responsables directos de la atención al paciente.</p> <p>(2) La aparición de al menos un indicador positivo de los que integran el documento de detección de riesgo social será indicación para derivar a Trabajo Social. La comunicación se establecerá mediante hoja de interconsulta en las primeras 24 – 72 horas en el caso de los ingresos, o derivación emitida en el momento, con carácter preferente, en el caso de que se trate de una consulta.</p> <p>(3) El proceso general de intervención social ha de ser descrito en otra ficha de proceso de forma integral. La historia social debe estar integrada con el conjunto de información disponible del paciente, pudiéndose individualizar los distintos episodios de atención en función de los cambios en las necesidades de la persona (b).</p> <p>(4) La toma de decisión sobre si la persona tiene sus necesidades cubiertas es trascendente cuando en su calidad de paciente cambia de nivel asistencia (por ejemplo, pasa de estar hospitalizado a ser atendido por su equipo de atención primaria). Si sus necesidades sociales no han sido cubiertas o son complejas, será necesario comunicar al trabajador social de atención primaria (documento c), evitando duplicidades sobre actuaciones ya realizadas y sobre expectativas planteadas.</p> <p>Más compleja es la situación del paso del domicilio a un hospital, muchas veces de urgencia. Con una historia social integrada en la historia clínica electrónica, se garantiza la continuidad y la coordinación en la atención social.</p> <p>Se sobreentiende que mientras el paciente permanezca en atención primaria de salud, el seguimiento del mismo por el trabajador social estará establecido en (3).</p>

Como consecuencia de los debates del grupo de mejora afloran otros aspectos relacionados como son la continuidad asistencial y los sistemas de información.

La continuidad asistencial precisa de una coordinación y comunicación entre los propios profesionales y de éstos con el paciente. Favorece una atención más integral e integrada, más segura, más coste-efectiva y de mayor calidad. Los profesionales que intervienen han de disponer de la información de manera que se complementen entre sí, no se dupliquen y el paciente tenga la percepción de que es así. Para ello se precisa de instrumentos y cauces de coordinación entre niveles asistenciales de atención sanitaria y con otros ámbitos o sistemas de protección como son los servicios sociales. Por este motivo se elaboró la “Hoja de Coordinación del Trabajo Social”:



**TRABAJO SOCIAL
COORDINACIÓN DE CASOS ATENCIÓN ESPECIALIZADA _ ATENCIÓN PRIMARIA**

Datos básicos del paciente (Pegar etiqueta de identificación o rellenar)

Nombre y apellidos:
D.N.I./N.I.E:
Nº de Tarjeta Sanitaria Seg. Social AR.....
Nº Hª Clínica:
Fecha Nacimiento:

Unidad de convivencia:

Vive solo	si	no			
parentesco	cónyuge	hijos	hermanos	padres	otros

Relaciones externas al núcleo de convivencia:

Allegados	si	no	Entorno social	si	no
-----------	----	----	----------------	----	----

Cuidador principal/ persona de referencia:

Nombre y apellidos:	
Parentesco:	Teléfonos de contacto:

Desacuerdos familiares	si	no
Problemas de vivienda	si	no
Condicionantes económicos	si	no

Diagnóstico social

Recursos sociales de los que dispone:

Recursos sociales propuestos:

Intervención realizada/ Información/ Orientación de recursos sociales:

Zaragoza, de de 20

Firma Trabajador Social

En cuanto a los sistemas de información se constata que no todos los Trabajadores Sociales Sanitarios tienen acceso a la Historia Clínica Electrónica, y la dificultad de trabajar con programas informáticos diferentes en Atención Primaria y Atención Especializada. Por tanto, de ahí la necesidad de adecuar los sistemas de información.

Para finalizar el trabajo se valora las posibilidades de implantación de estos dos documentos en los hospitales y centros de salud. De quién era la responsabilidad de dicha implantación, las posibles formas de difusión para que fuese efectiva y por último se establecieron los criterios de seguimiento de este procedimiento.

RESULTADOS OBTENIDOS: VALORACIÓN, APRENDIZAJES, CONCLUSIONES

RESULTADOS OBTENIDOS

Con el trabajo del Grupo de Mejora se han obtenido tres resultados concretos:

1. Se dispone de los documentos “Hoja de derivación a Trabajo Social para la detección del riesgo social” y “Hoja de coordinación del Trabajo Social”, distribuidos en el SALUD
2. Se ha diseñado el mapa del proceso que recoge el itinerario a realizar en la identificación del riesgo social.
3. En la actualidad se dispone del acceso a la Historia Clínica Electrónica.

Como Grupo de Mejora, se han de presentar en la Dirección General de Función Pública y Calidad de los Servicios los resultados obtenidos, por lo que se les remite el documento elaborado y la memoria del grupo.

La valoración que se hace respecto de estos resultados son:

- El acceso de todos los trabajadores sociales del Salud a la Historia Clínica Electrónica (HCE), ha constituido un gran logro para el colectivo en una demanda histórica.
Todos los trabajadores sociales del Salud tienen acceso, a través de la historia clínica, a los informes sociales y a las gestiones de carácter social que ha realizado otra compañera desde el hospital o a la inversa desde el centro de salud lo cual facilita la continuidad asistencial de forma eficaz evitando duplicidad de entrevistas y de gestiones.
Actualmente los trabajadores sociales pueden acceder a informes de alta hospitalaria, resultados de pruebas, etc. lo que da una información precisa y actualizada sobre el estado del enfermo al trabajador social.
- Respecto al mapa de proceso elaborado se valora como un instrumento muy útil, para cualquier profesional sanitario de atención directa, para conocer el proceso a seguir cuando se detecta un posible riesgo social en un paciente.
- Respecto a los documentos “Hoja de derivación a Trabajo Social para la detección del riesgo social” y “Hoja de coordinación del Trabajo Social”, la implantación de ambos ha sido poco eficaz y desigual. Ello se debe a diversas causas que pasamos a analizar:
 - Ninguno de las dos hojas se han insertado como documentos de la HCE, lo cual dificulta su conocimiento y uso.
 - Se ha detectado el desconocimiento de dichos documentos, posiblemente porque no se han hecho

llegar de forma efectiva a los profesionales que los deben utilizar.

- Existe un documento anterior para facilitar la coordinación entre trabajadores sociales que está insertado en la historia clínica, lo que facilita el uso del mismo para la continuidad asistencial.

APRENDIZAJES REALIZADOS

La desigual implantación de ambos documentos nos lleva a la reflexión y a plantearnos cinco hipótesis:

1. Los profesionales sanitarios de atención directa (especialmente médicos y enfermeras) que son los que deben utilizar la hoja de derivación desconocen el documento.
2. Los directivos de los centros sanitarios no la han hecho llegar de forma efectiva a los profesionales que la deben utilizar.
3. Aun en el posible caso de conocerlo no tienen acceso al mismo a través de la HCE por no haberse insertado los documentos.
4. En los centros de Atención Primaria los profesionales sanitarios no han considerado necesario su uso debido al fácil acceso directo que tienen a el/la trabajadora social del centro para poderles derivar al paciente o familiares en situación de posible riesgo social.
5. Necesidad de realizar una difusión directa a los profesionales en los centros, especialmente en los hospitalarios, y concienciarlos de la importancia del uso de la hoja de derivación para que el profesional de Trabajo Social pueda realizar una intervención precoz que facilite la atención integral del enfermo y un alta hospitalaria no retrasada por cuestiones sociales.

CONCLUSIONES

1. Es el primer Grupo de Mejora del Sistema Sanitario Aragonés compuesto íntegramente por Trabajadores Sociales y esta experiencia positiva abre la posibilidad futura de creación de otros grupos de mejora.
2. El Grupo de Mejora fue productivo y obtuvo unos resultados concretos.
3. Es necesario concienciar a los responsables sanitarios para que den las instrucciones necesarias para la inclusión en la HCE de los documentos elaborados y puesta en marcha.
4. Necesidad de realizar una evaluación de la implantación de dichos documentos y del uso del acceso a la HCE por parte de los trabajadores sociales, para lo cual está previsto la elaboración y envío de una encuesta.

REFERENCIAS UTILIZADAS. SE EXIGE EL FORMATO APA PARA LA BIBLIOGRAFÍA

- Agullo P. y otros. (2012). Trabajo Social Sanitario y gestión de casos. Documentos de Trabajo Social • nº51 • ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173-824.
- Cava, A. y otros. (2011) Identificación de pacientes con riesgo social asociado al listado de diagnósticos socio-sanitarios, en la historia sanitaria electrónica de la Comunidad Valenciana. Documentos de Trabajo Social • nº50 • ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173-8246
- Monrós, MJ. y otros (2012). Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario de la Comunitat Valenciana. Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana

- Comisión de Coordinación Sociosanitaria del Área de Salud de Salamanca (2009). Protocolo de valoración global de pacientes dirigido a detectar el riesgo social y garantizar la continuidad de cuidados al alta Protocolo de Salamanca
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012).Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.
- Monrós, MJ, y otros (2012). Protocolos de intervención en Trabajo Social Hospitalario. Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario. Generalitat Valenciana.
- Gerencia Regional de Salud, Junta de Castilla y León. Documento de Consenso. Funciones del Profesional de Trabajo Social Sanitario en el Sistema de Salud de Castilla y León.
- Gerencia Regional de Salud, Junta de Castilla y León. Manual de funcionamiento de las Unidades de Trabajo Social en el Complejo Asistencial Universitario de León.
- Guillen, M., Fuster, R.(2012) "Estudio sobre el tratamiento del problema social en el ámbito hospitalario". Documentos de Trabajo Social • nº51 • ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173-8246.
- Gobierno de Aragón. (2009). Trabajo social sanitario. Cartera de servicios en los niveles asistenciales de atención primaria y atención especializada.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010) Hacia la Equidad en Salud. Monitorización de los Determinantes Sociales de la Salud y Reducción de las Desigualdades en Salud
- Plaza Baquedano, B.; Gracia Merle, A.; Muñoz León, M.,(2006). "Programa de detección del riesgo social en el Hospital de Teruel" Revista Trabajo Social y Salud. Número 53 pág.151-167
- Servicio Navarro de Salud. Planificación del alta hospitalaria desde trabajo social sanitario: garantía de continuidad de la atención integral entre especializada y primaria. Área de Salud de Tudela.
- Rodríguez Fernández y otros. (2013). Trabajo social con pacientes pluripatológicos hospitalizados: intervención precoz en situaciones de riesgo social. Portularia: Revista de Trabajo Social, ISSN 1578-0236, Vol. 13.
- Soler JJ y otros. (2015). Proceso asistencial integrado del paciente con epoc exacerbado. (PACEX -EPOC). RESPIRA-FUNDACIÓN ESPAÑOLA DEL PULMÓN-SEPAR
- http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/PAI_Exacerbacion_EPOC_2015.pdf
- Enlace de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud donde hay documentos de interés http://www.aetrabajosocialysalud.es/1/documentos_743510.html