



Código de autoría

24.UMA.06.7.2013.CP

Título del Trabajo:

La gestión de casos en la planificación del alta hospitalaria con problemática social añadida.

Resumen:

La Unidad de Trabajo Social de un Hospital, recibe una demanda de intervención para valoración y planificación del alta de una paciente de 84 años, que tras sufrir una hemorragia cerebral se encuentra en situación de dependencia total para realizar las actividades de la vida diaria.

Se trata de un problema de alta definido por la dificultad de garantizar los cuidados sociosanitarios en el domicilio ya que vive sola con su marido, el cual, también con grandes limitaciones para autocuidarse.

El matrimonio solo cuenta con apoyo social de una sobrina que tiene otras cargas familiares. La renta de la unidad familiar de convivencia es inferior al Salario Mínimo Interprofesional.

La intervención social realizada por al Unidad de Trabajo Social se articula sobre la metodología de gestión de casos. El objetivo es básicamente diseñar un plan para que se puedan afrontar las necesidades y proyectos de los usuarios para lograr un equilibrio entre las necesidades, las capacidades y los recursos.

En este caso la gestión supera el ámbito de prestación de servicios micro-institucional e implica la relación y depende de otras instituciones, organizaciones ajenas al mismo, que además no siempre están disponibles.

Abstract

The Social Work Unit of a hospital receives a request for intervention and discharge planning evaluation of a patient of 84 years after suffering a brain hemorrhage is in a situation of total dependence for activities of daily living.

This is a problem of high defined by the difficulty of ensuring the geriatric care at home as the patient who lives alone with her husband also autocuidarse with significant limitations.

Marriage has only social support from a niece who has other dependents. The income of the household of living is lower than the SMI.

Social intervention by the Social Work Unit is built on the methodology of case management is basically aimed to design a plan of institutional and noninstitutional, so they can meet the needs of users and projects with the goal of a balance between the needs, capacities and resources.

In this case beyond the scope of management services and involves micro-institutional relationship and depends on other institutions, organizations outside the same, which does not always available.

Palabras Clave:

Situación de Dependencia, Problema de Alta Hospitalaria, Gestión de Casos, Coordinación Sociosanitaria

Keywords:

Dependency, Hospital Discharge Problem, Case Management, Health Social Coordination

1.- Introducción a la temática del caso:

En la sociedad actual se están sucediendo una serie de cambios demográficos importantes como son el aumento del envejecimiento de la población, la prolongación de la esperanza de vida, cambios en las estructuras familiares, la incorporación de la mujer al trabajo.

Estos fenómenos han traído consigo un aumento de la población dependiente y de enfermos crónicos necesitados de cuidados, tanto sanitarios como sociales, que ponen en evidencia los sistemas tradicionales de apoyo informal.

Es evidente que los Sistemas Públicos de Protección Social requieren de la coordinación, o mejor aún de la integración de las políticas socio-sanitarias, como una respuesta que aporte racionalidad y optimización a los mismos y a la necesidad de cobertura integral de estos enfermos.

Los países europeos con Sistemas de Protección Social más avanzados y consolidados han tenido grandes dificultades para lograrlo, y en nuestro país aún es uno de los déficit más importantes de la política social.

La Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, define en su artículo 14, la prestación sociosanitaria como: “la atención que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”.

Por otra parte, **La Ley 39/2006** de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Dependencias, establece en su artículo 3 como principios de la misma, entre otros:

“La atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada”.

“La transversalidad de las políticas de atención a las personas en situación de dependencia”.

“La colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que se establecen en la presente Ley y en las correspondientes normas de las Comunidades Autónomas y las aplicables a las Entidades Locales”.

En el ámbito autonómico andaluz, el Decreto 168/2007, de 12 de junio, de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, que regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los órganos competentes para su valoración; establece en su artículo 6, sobre la cooperación administrativa : “La Administración de la Junta de Andalucía, a través de la Consejería competente en materia de servicios sociales, podrá colaborar con las restantes Administraciones Públicas, mediante los instrumentos y procedimientos que se establezcan, en la implantación y desarrollo del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma de Andalucía”.

En la Disposición final primera de este decreto se hace una referencia abstracta sobre el procedimiento de coordinación sociosanitaria:

“En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 11.1.c) de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, mediante Orden conjunta de las Consejerías competentes en materia de salud y de servicios sociales se establecerán los procedimientos de coordinación entre el Sistema Público Social y Sanitario, así como los instrumentos que procedan para garantizar una efectiva atención a las personas en situación de dependencia.

La ausencia de estrategias formales de coordinación sociosanitaria favorecen que las acciones de coordinación sean promovidas por los técnicos o agentes locales que mediante una metodología de gestión de casos intentan organizar una atención y cobertura de necesidades que se convierte parcial y no idónea, debido precisamente a la fragmentación en la provisión de los servicios y a la falta de una integración funcional de recursos, de estructuras de coordinación formales que les permitan tomar decisiones, evaluar conjuntamente y asignar recursos de forma automática.

El gestor de casos en trabajo social, es un administrador o agente que, basándose en su conocimiento de prestaciones y recursos, asesora y busca con el usuario el paquete de bienestar más adecuado a las necesidades y deseos del mismo.

Los principios inspiradores de esta forma de trabajo social son: el respeto a la

autodeterminación, el derecho de los usuarios y la tutela de estos derechos reconocidos por los Estados. “Un trato igual para iguales derechos”.

A modo de síntesis, la metodología de gestión de casos incluye:

- Valoración de las necesidades de los usuarios, la valoración de sus potencialidades, la motivación y sus deseos.
- Diagnóstico social: listado de problemas y su priorización
- Intervención pactada con el usuario. Plan de acción
- La ejecución de los recursos: aplicación directa, información, derivación.
- El seguimiento y la evaluación.

Esta metodología se entiende desde el punto de vista dinámico, no estático, ya que la realidad social, la micro realidad social, es cambiante; partiendo de una concepción que entiende al individuo capaz de resolver su situación problema y que tiene potencialidades propias.

2.- Sistema de Servicio y tipo de servicio en el caso que se aborda.

La Unidad de Trabajo Social del Hospital se configura en el marco organizacional del Hospital como una unidad de apoyo a la gestión clínica. La presencia del Trabajo Social en el medio hospitalario se justifica porque la salud y la enfermedad, no son privativos del campo clínico, ya que siempre están relacionadas con el ambiente de vida de la población en general y del individuo en particular, con su cultura y educación, con los comportamientos sociales, con el nivel de desarrollo social.

La Unidad de Trabajo Social aporta desde su campo de conocimientos y quehacer profesional:

- La atención de aquellas necesidades derivadas de circunstancias familiares, sociales o individuales, procurando atención personalizada integral y de calidad en la atención de nuestros pacientes y desde nuestras posibilidades y competencias.
- La concreción de acciones específicas para el abordaje a las personas en situación de exclusión social junto con los organismos y entidades implicadas.

Las funciones definidas para la Unidad de Trabajo Social:

Como integrante del equipo asistencial:

- a) Atención social al paciente hospitalizado, optimizando situaciones problemas mediante la valoración, gestión y/o derivación de recursos, procurando apoyo psicosocial al paciente y familia facilitando su reinserción en la vida social.

- b) Aportar los datos sociales a la Historia Clínica y Diagnóstico Integral del paciente, evaluando su situación psicosocial, contexto familiar y cultural.
- c) Planificación del alta hospitalaria de pacientes con problemática social añadida.
- d) Asegurar la continuidad de atención social enmarcada en la metodología de procesos asistenciales implantados.

Como integrante de la organización:

- a) Aportar aspectos sociales en los planes de mejora de calidad y al equipo asistencial.
- b) Participar en las comisiones de trabajo del centro sanitario.
- c) Mantener relaciones de coordinación con los dispositivos y recursos sociales en el ámbito de influencia del HCS.
- d) Informar y asesorar a los órganos directivos de los aspectos sociales específicos entendidos en el desarrollo de la actividad profesional, aportando elementos para la planificación de la política social de la organización.
- e) Concretar acciones específicas para el abordaje a las personas en situación de exclusión social junto con los organismos y entidades del ámbito de influencia del Hospital.

Como agente comunitario:

- a) Promover la presencia del Hospital en la vida comunitaria, participando y colaborando con entidades, asociaciones y organismos y sobre todo con los centros de Atención Primaria en cuantas cuestiones tengan relación con la educación, prevención, promoción y tratamiento social de la salud de la población del ámbito de influencia del hospital.
- b) Planificación y coordinación de una acción social conjunta de los distintos profesionales de la zona para el logro de una mayor eficacia del Trabajo Social.
- c) Colaboración en la creación y promoción de recursos sociales y en la mejora de los existentes para la satisfacción de las necesidades sociales reales.

Investigación y docencia:

- a) Participación en proyectos de investigación relacionados con los aspectos psicosociales de los pacientes.
- b) Estudio y análisis de los problemas sociales detectados a través de los datos obtenidos de los indicadores de la evaluación de la actividad asistencial.
- c) Participación en la formación específica de alumnos de prácticas en el campo hospitalario en colaboración con la Universidad y la Facultad de Estudios Sociales y del Trabajo.
- d) Colaboración en la formación permanente del personal del hospital en su ámbito de competencias.

3.- El caso Relatado.

1.- Quién realiza la demanda.

El caso llega a la unidad de trabajo social a través de una hoja de interconsulta del servicio de medicina interna. Desde dicho servicio se han detectado los siguientes indicadores de riesgo social: paciente mayor de 75 años con dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, con escasas visitas de familiares y con petición de ayuda por parte de una sobrina para cuidarla tras el alta.

Podemos decir que la demanda es realizada a la Unidad de Trabajo Social tanto por la sobrina como por el Servicio de Medicina Interna.

2.- Qué se demanda.

La sobrina de la paciente, solicita a la Unidad de Trabajo Social ayuda para atender a su tía en el domicilio, argumentando que en esta situación ella no puede hacerse cargo sola, ya que también atiende al marido de esta y a dos nietas que tiene a su cargo.

Por otra parte el Servicio de Medicina Interna, demanda colaboración de la Unidad de Trabajo Social, para valorar las circunstancias sociofamiliares y la optimización de los problemas sociales que puedan diferir el alta hospitalaria.

3.- Investigación exploratoria y técnicas que se aplican.

Desde la Unidad de Trabajo Social se inicia una fase de estudio del caso a través de la observación documental (lectura de historia clínica de la paciente y su marido), y una serie de entrevistas que evolucionan desde una primera de conocimiento. Con el establecimiento de la relación asistencial a entrevistas de orientación, información, motivación y de valoración, tanto con la paciente, como con la sobrina fundamentalmente.

Se realiza cuestionario Zarit, para valorar la situación de sobrecarga de la Cuidadora Principal.

Por otra parte se realizan actos de coordinación con su trabajadora social de los Servicios Sociales Comunitarios y de Atención Primaria, para conocer antecedentes y plantear intervención coordinada y articulación de recursos; y con la Delegación Provincial de Igualdad y Bienestar Social.

Paralelamente la información obtenida, así como la valoración diagnóstica y el plan de intervención es trasladada a la historia de la paciente.

4.- Evidencias y necesidades encontradas.

Paciente de 84 años que ingresa en el hospital con un Ictus Hemorrágico Agudo, quedando en situación de dependencia total para la realización de las Actividades de la Vida Diaria. Convive con su marido, de 93 años, pensionista por jubilación (870 €/mes), con limitaciones motoras en miembros inferiores, incontinencia, hipertensión arterial y crisis comiciales. Ella previamente a su ingreso, presentaba algunas limitaciones funcionales para las Actividades Básicas de la Vida Diaria, aunque colaboraba parcialmente en su cuidado. No percibe ingresos propios.

El matrimonio no tiene hijos. Tienen dos sobrinas que se hacen cargo de algunos gastos de la vivienda. Una de ellas, realiza diariamente el aseo personal de ambos, prepara la comida, hace la compra, limpieza de la vivienda, etc.

La sobrina que ejerce de cuidadora principal, tiene 66 años y cuida tanto a sus tíos como a dos nietas de las que se tiene que encargar una vez acabado el horario escolar, hasta que la madre de estas las recoge tras su jornada laboral. Hasta el momento no han solicitado ayuda social.

El resultado del cuestionario Zarit aplicado a la sobrina arroja un resultado de sobrecarga intensa próxima a la claudicación.

En un primer momento la sobrina solicita ayuda para atención de su tía en el domicilio, planteando la necesidad de que alguien acuda al domicilio y que se ocupe del aseo personal de la paciente y de las posibles atenciones de enfermería ya que en esta situación le resulta imposible garantizar los cuidados y rechaza el alta domiciliaria.

Valoración Social

Paciente dependiente con cuidador principal en situación de sobrecarga y sin apoyo social formal en riesgo de claudicación en el cuidado.

Pronóstico

En caso de que no intervengamos es probable que se genere una estancia hospitalaria indebida con altas posibilidades de efectos negativos para la salud de la paciente por riesgo de infección nosocomial.

Plan de Intervención

Objetivos.

- 1.- Garantizar la cobertura de las necesidades básicas y de cuidados de la paciente al alta en un entorno adecuado a su situación sociosanitaria.
- 2.- Reducir o minimizar la sobrecarga de la cuidadora principal.
- 3.- Evitar estancia hospitalaria por problema social

Tras la definición de los objetivos que pretendemos alcanzar, desarrollamos una serie de actividades a través de las cuales pretendemos alcanzar los objetivos propuestos, dentro de la metodología de la gestión de casos.

En primer lugar informamos a la cuidadora principal sobre los recursos de apoyo formal e informal para reforzar los cuidados domiciliarios.

Se informa a la sobrina de la valoración de la dependencia, como recurso a medio-largo plazo para obtener ayudas de tipo social y alternativas a los cuidados, entre las que podrá escoger la que más se ajuste a sus necesidades y en función del grado de dependencia que le asignen: ingreso en centro residencial, centro de día, ayuda domiciliaria, prestación económica para cuidados en el entorno familiar.

Se le informa también de la ayuda domiciliaria pública municipal y del programa de respiro familiar, como recursos temporales o intermedios, que pueden suponer una descarga en el cuidado hasta la resolución de la Ley de Dependencia.

Por otra parte también se orienta, que desde el Centro de Salud se incluirá a la paciente en programa de atención sanitaria domiciliaria contando con atención y seguimiento por parte de enfermería según el plan de cuidados establecido por ellos, procurando la aportación del material ortoprotésico y/o ayudas técnicas necesarias.

Le indicamos también la posibilidad de contratación de cuidadora privada en el domicilio para completar la atención y en su caso ingreso residencial de forma privada.

Se le explica a la sobrina que desde la Unidad de Trabajo Social, se le facilitará toda la información y orientación necesaria, incluyendo las derivaciones activas a los distintos recursos que decida articular.

La sobrina decide solicitar ingreso residencial por respiro familiar para obtener tiempo en organizar el domicilio e iniciar trámites de valoración de dependencia y ayuda domiciliaria municipal. Se plantea contratar una cuidadora privada en domicilio cuando finalice el plazo de respiro familiar y las sobrinas se organizarán para prestar cuidados, hasta la resolución de dependencia y asignación del recurso.

Tomada la decisión por parte de la familia desde la Unidad de Trabajo Social se inician los trámites para gestionar una plaza de respiro familiar, y se concierta una cita con la trabajadora social de Servicios Sociales Comunitarios, para iniciar la solicitud de ayuda domiciliaria municipal y la valoración de la dependencia.

Tras diversas gestiones confirmamos asignación de plaza de respiro, así como aprobación de la ayuda domiciliaria municipal para cuando vuelva al domicilio y confirmamos el inicio del procedimiento de la valoración de la dependencia.

Durante la estancia hospitalaria la paciente sufre diversos episodios que complican su situación funcional y aumentan la necesidad de cuidados, debe alimentarse por sonda nasogástrica y requiere oxigenoterapia.

Esta situación ocasiona una discordancia entre las fechas de alta posible y las fechas de ingreso en el respiro familiar por lo que no es posible que se traslade en las fechas previstas en tres ocasiones sucesivas en un periodo de unos dos meses.

Finalmente el servicio de Medicina Interna plantea el alta hospitalaria, sin posibilidad de plaza en ese momento para el traslado de la paciente.

Se le plantea a la sobrina dada la situación de vulnerabilidad de la paciente y la contraindicación de su estancia en el hospital sin criterio clínico, para el traslado a domicilio con atención sanitaria y ayuda domiciliaria municipal hasta nueva fecha de ingreso en el respiro familiar (un mes más tarde). Esta propuesta es rechazada por ella argumentando que la situación funcional y de complejidad del manejo de la paciente es muy diferente a la situación inicial en la que se planificó su alta.

Tras algunos contactos con la residencia se adelanta la fecha de ingreso en el respiro y la paciente se traslada. En el informe médico de alta se hace constar que la paciente está colonizada por un germen multirresistente, situación que no es trasladada al informe inicial de solicitud de plaza de respiro y que no impide el alta hospitalaria, ni a domicilio, ni a centro sociosanitario, siempre que se cumplan las precauciones estándar o medidas universales de prevención (uso de guantes y lavado de manos antes y después de la asistencia a la paciente), por lo que tras la llegada a la residencia deciden no aceptarla y es de nuevo devuelta al Hospital.

Tras diversas gestiones y contactos con la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, actualmente desde la Consejería de Salud y Bienestar Social, se nos informa que en la solicitud de plaza no se menciona esta situación de colonización y que el centro residencial desconoce el manejo de estas situaciones.

La Unidad de Trabajo Social junto con el servicio de medicina preventiva y medicina interna, acuerdan con la Delegación enviar protocolos de manejo de pacientes colonizados en centros sociosanitarios, elaborados por asociaciones científicas y servicios de salud de

otras comunidades autónomas y las propias recomendaciones del hospital, donde se acredita que esta situación no debe impedir que una persona pueda beneficiarse de un recurso residencial.

Se solicita paralelamente una reunión con la Delegación para acordar protocolos o procedimientos para actuar en casos similares, reunión que no ha llegado a producirse.

Tras numerosos contactos telefónicos con la Delegación Provincial, se le asigna por parte de Delegación nueva plaza para respiro familiar en otra residencia concertada, residencia a la que se remiten los protocolos de manejo de pacientes colonizados por gérmenes multirresistentes y donde se reserva una habitación individual para su asistencia. Finalmente y antes de organizar el traslado definitivo se nos traslada la indicación de denegación de la plaza.

Según se nos comenta, la residencia ha trasladado a la familia el gasto de material (batas, guantes..) para poder llevar a cabo las medidas de precaución estándar y la sobrina habría manifestado que no se haría cargo ni de gastos extras relacionados con el material y que tampoco la asumiría en el domicilio tras finalizar el plazo de respiro.

La paciente permanece en el Hospital sin indicación médica durante cuatro meses, suponiendo esta situación un riesgo para su salud y la imposibilidad de acceder a un recurso adecuado a su situación ya que la paciente no sufre episodio clínico agudo, ni requiere asistencia hospitalaria.

Desde la Unidad de Trabajo Social interesa conocer la situación del procedimiento de resolución de la valoración de la situación de dependencia, como solución definitiva al alta hospitalaria. Nos informan desde el Servicio Provincial de Valoración que al no estar en domicilio no se contempla su valoración ya que se entiende que la situación clínica (al estar ingresada en el Hospital) no es estable.

La Unidad de Trabajo Social envía informe médico y social de su situación, significando que la situación de estancia en el hospital no tiene que ver con su situación clínica, si no con la imposibilidad de que la paciente sea atendida en domicilio por sobrecarga de la cuidadora principal e insuficiencia de los recursos formales de apoyo a los que puede acceder.

Se solicita en dicho informe, que se contemple la singularidad de la situación de la paciente y familia ya que si no se resuelve la valoración de la dependencia y la asignación de un recurso residencial asistido la paciente no abandonará nunca el Hospital, por lo que la situación de esta paciente salvo que se contemple dicha excepcionalidad, está abocada a la no resolución por la perversión del sistema burocrático y procedimental y la descoordinación entre sistemas de protección.

Finalmente la paciente fallece en el mes de Agosto en el Hospital.

5.- Discusión y valoración social.

La Coordinación Sociosanitaria es un problema que aparentemente y hasta el momento no ha logrado resolverse, o al menos esta es la impresión que tenemos por nuestra parte. La accesibilidad a los diferentes servicios y prestaciones sociales y sanitarias para las personas dependientes, continúa estando fragmentada. Garantizar la continuidad asistencial y facilitar el acceso entre los diferentes sistemas es aún un reto pendiente.

Los recursos sociales y sanitarios emanan de proveedores distintos, dependen de estructuras administrativas distintas, con diferentes niveles de desarrollo, cobertura, estatus y reconocimiento social, suponiendo esto una dificultad para la integración/coordinación de los mismos.

Hemos podido constatar que dentro de la coordinación sociosanitaria se hace patente la necesidad de integración transversal de agentes locales para lograr mejores resultados en dicha atención sociosanitaria.

En este proceso cobra especial importancia el conocimiento y la relación entre organizaciones que persiguen objetivos complementarios dentro del Sistema de Atención a la Autonomía y Dependencia y el diseño de protocolos de derivación. Estos recursos hacen posible la automatización de los procesos, incluyendo la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar la autonomía de los pacientes y favorecer su atención integral, paliando sus limitaciones o sufrimientos y facilitando su reinserción social.

4.- Bibliografía

- Colom (1997): *La atención sociosanitaria del futuro*. Zaragoza: Mira.
- Grupo de trabajo sobre Coordinación Sociosanitaria del Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud. “Socio-Salud en Andalucía revisión y propuestas”. Documento de trabajo.
- Gutiérrez (1998): *La Atención Socio Sanitaria en el Plan de Atención a las personas mayores en Castilla-La Mancha*.
- *Hospital Donostia Osakidetza. Servicio Vasco de Salud de Donostia- San Sebastián (2004). Guía de actuación ante el Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM) en centros gerontológicos, sociosanitarios y unidades de media-larga estancia.*
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. BOE n.º 299, de 15/12/2006.
- Regato y Sancho (1999) “*La coordinación socio-sanitaria como eje de actuación en la comunidad*”. En: Contel J.C., Gené y Peya *Atención domiciliaria. Organización y práctica*. Springer-Verlag Ibérica. 73-81
- Unidad de medicina preventiva del complejo hospitalario universitario de Albacete (2004). *Preguntas y Respuestas en el Cuidado del Paciente Portador de Gérmenes Multirresistentes*.