

La atención social del paciente geriátrico en los hospitales públicos de la provincia de León

M^a José de la Fuente Urbón

Perito Social de Oficio del Juzgado Decano de Valladolid

Laura Freire Martínez

Técnico de Servicios Sociales de Base del Excmo. Ayuntamiento de León

con la colaboración de Francisco Javier Idoate Gil, Dr. especializado en Medicina Geriátrica y responsable de la Unidad de Geriátrica del Hospital Universitario de León

Resumen

La atención social del paciente geriátrico constituye un elemento marcadamente significativo dentro del proceso de valoración integral, en términos de salud y bienestar. Desde la Medicina Geriátrica, es al médico especialista quien corresponde desarrollar esa atención integral, en coordinación con otros profesionales. En este caso particular, hablaríamos de la figura del trabajador/a social.

En este sentido, cobran especial relevancia las relaciones de coordinación y colaboración que se puedan llegar a establecer entre estos profesionales. La razón es simple, de este trabajo colaborativo dependerá en gran medida el bienestar del paciente, ya que las problemáticas sociales y de salud se interrelacionan, teniendo una significativa incidencia las unas sobre las otras.

Ahondar en estos temas, dentro del marco de los hospitales públicos de la provincia de León, constituye el eje principal de la investigación social que seguidamente pasamos a ofrecer.

Palabras claves

Paciente geriátrico, atención sociosanitaria, Unidades de Geriátrica, Servicios de Trabajo Social.

Abstract

Social care for geriatric patient constitutes a markedly significant element in the comprehensive assessment process, in health and wellbeing terms. From the geriatric medicine, the medical specialist is the responsible for developing this comprehensive care, in coordination with other professionals. In this particular case, we would be referring to the social worker figure.

In this regard, are particularly relevant the coordination and collaboration relations that can be established between these professionals. The reason is simple, this the patient's welfare is largely dependent on this collaborative work, as the health and social problems are interrelated, having a significant impact upon each other.

Delve into these issues, within the framework of public hospitals in the province of Leon, is the main focus of the social research which we are offering below.

Keywords

Geriatric patient, social care, Geriatric Units, Social Work Services, public hospitals.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno del envejecimiento constituye un importante reto al que hacer frente en nuestra sociedad, ya que éste cada vez experimenta un mayor incremento. La mejora de la calidad de vida de las personas, entre otras cuestiones, ha conllevado el progresivo aumento de la esperanza de vida de la población, la cual no se encuentra exenta de determinadas adversidades.

La Gerontología, como ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos, biológico, psicológico y social, como ciencia pura, básica o académica en condiciones de normalidad, nos parece la más adecuada para abordar estas adversidades a las que la persona mayor debe hacer frente en este nuevo período de su existencia. No obstante, el campo que comprende resulta tan amplio que, a la hora de efectuar un estudio en profundidad, es preciso focalizar un aspecto de la realidad.

De entre todas las opciones plausibles nos decantamos por los aspectos sociales presentes en la cotidianidad de las personas mayores en relación a su salud. La razón principal de esta elección radica en que con el paso de los años, la salud y el bienestar de la población que engrosa el estadio de vejez, ha experimentado una notable preocupación, y por ende avances, hasta el punto de constituirse una rama de la medicina que se ocupa de una manera global de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales de la salud, así como de la enfermedad de los ancianos, esto es, la Geriatria.

Nos resultan especialmente interesantes los aspectos sociales de la salud de este segmento poblacional, además de por la falta de documentación existente, porque constituye uno de los principios que aglutina el concepto de Salud promulgado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1946 “estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”. Concepto que con mayor predisposición tiende a perderse a medida que nuestra edad biológica avanza.

Tratar de explicar cómo se conjuga la atención del paciente geriátrico, en términos de salud, cuando existen problemáticas y/o necesidades sociales, por parte de los Servicios de Geriatria y los Servicios de Trabajo Social en los hospitales públicos, constituye el eje clave de este trabajo de investigación.

De este modo, la realización de este estudio supone una oportunidad única para poder conocer de primera mano si la atención social que recibe el paciente geriátrico se adecua a sus necesidades y/o problemáticas, y si estas cuestiones afectan a su estado de salud y posible recuperación, en tanto en cuanto contamos con la participación directa de los responsables de los Servicios de Geriatria y los Servicios de Trabajo Social de los hospitales públicos de la provincia de León. Ello nos facilita la visión de los elementos y circunstancias que confluyen en esta realidad y si el proceso metodológico de atención se ajusta a ésta o no. Igualmente, esta visión nos sirve para extrapolar esta experiencia en un futuro al resto

de hospitales públicos que disponen de Servicios de Geriátría y de Trabajo Social, segmentando un nuevo estudio por comunidades autónomas, y verificando si la realidad confrontada es común al resto de hospitales o si existen diferencias significativas, por ejemplo, en función del área geográfica del que se trate.

En este sentido, hemos planteado la realización de una investigación sociosanitaria piloto que obtenga como resultado el conocimiento relativo al funcionamiento de los Servicios de Geriátría y de Trabajo Social hospitalario y cómo ambos efectúan el abordaje de las problemáticas, especialmente a nivel social, que se producen en relación a los pacientes que atienden. Todo ello sin olvidarnos de las posibles carencias que se puedan identificar en el desarrollo de este proceso y que necesariamente han de ser atajadas para ofrecer una óptima asistencia a las personas usuarias de los recursos en cuestión.

Dicha investigación, predominantemente cualitativa, aunque con ciertas reseñas a datos cuantitativos enfoca y delimita el objeto de la investigación por medio de la estructuración de diversas fases de conocimiento. La primera de estas corresponde al imprescindible saber teórico que se debe disponer sobre el tema, el cual se organiza en cuatro niveles:

- » Salud y bienestar social.
- » El sistema sanitario español y su cobertura en relación al paciente geriátrico.
- » La asistencia sociosanitaria vinculada al paciente geriátrico en el sistema nacional de salud

Los Servicios de Geriátría de los hospitales públicos en Castilla y León.

Los tres primeros puntos, hacen una referencia precisa a la situación sociosanitaria del paciente geriátrico en relación a los derechos que les asisten y cómo se efectúa esa cobertura ante las diversas necesidades que puedan presentar. Para ello nos hemos centrado en el análisis de diversos documentos legislativos así como de otros de suficiencia teórica contrastada que nos han permitido conocer las principales políticas existentes en nuestro país, con especial referencia a la Comunidad Autónoma de Castilla y León, para favorecer el bienestar social de este sector poblacional, las personas mayores. A su vez, desde este estudio teórico de las políticas de bienestar social hemos visto cómo se realiza la necesaria inferencia en el campo de la salud, para abordar concretamente la situación, necesidades y coberturas sociosanitarias del paciente geriátrico por parte del sistema sanitario español.

En relación al cuarto punto, éste constituye el elemento de configuración y delimitación del espacio contextual en el cual nos hemos centrado para el desarrollo del trabajo de campo. Dicho apartado ha guiado el análisis de información del trabajo de campo que nos permitió constatar en última instancia el proceso de atención de las problemáticas y necesidades sociales del paciente geriátrico desde los Servicios de Geriátría y Trabajo Social en los hospitales públicos de la provincia de León.

En cuanto a la segunda y última fase de la investigación, correspondiente al trabajo de campo, “*La atención social del paciente geriátrico en los hospitales públicos de la provincia de León*”, cabe indicar que éste se realizó tras el estudio y elaboración de la fase precedente y los niveles que aglutina. Aquí fue preciso establecer un sistema de recogida de información, en base a los objetivos que previamente habíamos establecido:

1. Conocer la tipología de necesidades y/o problemáticas sociales que presentan los pacientes geriátricos que acuden a los Servicios de Geriátría y Trabajo Social en los hos-

pitales públicos de la provincia de León.

2. Conocer el funcionamiento de los Servicios de Geriátría y Trabajo Social en los hospitales públicos de la provincia de León.
3. Determinar la atención de los Servicios de Geriátría y Trabajo Social en los hospitales públicos de la provincia de León ante las problemáticas y/o necesidades que presentan sus pacientes geriátricos.
4. Determinar el grado de participación y/o presencia de profesionales del ámbito social en la identificación, diagnóstico y atención de las problemáticas y/o necesidades de los pacientes geriátricos en los Servicios de Geriátría en los hospitales públicos de la provincia de León.
5. Establecer la necesidad y pertinencia de la figura estable o vinculada del trabajador social en los Servicios de Geriátría de los hospitales públicos de la provincia de León.

De este modo, establecimos una investigación, que atendiendo a su finalidad, es clasificada como básica pues persigue la obtención de un conocimiento óptimo a la par que una comprensión de los fenómenos sociales que se estudian.

En cuanto al alcance temporal, se determina como longitudinal retrospectiva debido a que el análisis de la realidad se extiende a una serie de momentos que abarcan el tiempo específico en que los responsables de los Servicios de Geriátría y de Trabajo Social de los hospitales públicos de la provincia de León se encuentran al frente de los mismos y hasta el momento presente.

Por otra parte, la profundidad que emana nos lleva a encuadrarla como descriptiva porque comporta una medición precisa de varias variables con respecto al grupo objeto de estudio reseñado previo párrafo pero, también, como explicativa ya que además de efectuar una medición precisa, estudia igualmente las relaciones de influencia entre ellas (las variables) con objeto de conocer la estructura y los factores que intervienen en la dinámica de los fenómenos sociales que de aquí se desprenden.

Centrándonos en su amplitud, diremos que es una investigación microsociológica, es decir, hace referencia a pequeñas grupos dentro del conjunto global en que se circunscribe.

A la hora de obtener la información que se requiere para el trabajo de campo, nos hemos servido de fuentes con base en datos primarios, es decir, los datos o hechos sobre los que versa el presente estudio son de primera mano, y por tanto recogidos para la investigación por las personas que la efectuamos.

Por su parte, el carácter que presenta es cualitativo, ya que se orienta a descubrir el sentido y significado de las acciones sociales; pero también es cuantitativo, pues a la vez se atiende a la precisión y exactitud de aquello de lo que se intenta obtener un conocimiento.

Ahondando un poco más en la investigación propuesta, cabe señalar que para poder alcanzar los objetivos planteados hemos realizado un estudio de los Servicios de Geriátría y de Trabajo Social de los hospitales públicos de la provincia de León, en relación al abordaje que desde éstos se produce por parte de los profesionales que los integran. Todo ello tomando como referente las necesidades y/o problemáticas sociales que presentan los pacientes geriátricos a los que atienden.

Tomando como punto de partida ambos referentes, se localizaron como fuentes de in-

formación primaria a los Médicos Geriatras y las Trabajadoras Sociales responsables de los respectivos servicios objeto de su especialidad de los diferentes hospitales públicos de la provincia de León, ya que son quienes conocen de primera mano el funcionamiento de estos servicios puesto que trabajan en ellos. Asimismo, y tomando en consideración el carácter cualitativo de la investigación, se propuso la utilización de la entrevista en profundidad como técnica de investigación. Para ello, se procedió a la elaboración de sendos guiones abiertos y flexibles de preguntas, que recababan todos aquellos datos que estaban destinados a dar cumplimiento a los objetivos anteriormente citados, como forma que nos permitiera constatar en última instancia el proceso de atención de las problemáticas y necesidades sociales del paciente geriátrico desde los Servicios de Geriátrica y de Trabajo Social en los hospitales públicos de la provincia de León.

Concluida la elaboración de los guiones, se procedió a la prueba de los instrumentos, consistente en una aplicación preliminar y posterior análisis de su eficacia con uno de los doctores y con la trabajadora social participante. Efectuados los ajustes oportunos, se llevó a cabo la realización de las correspondientes entrevistas a los responsables de los Servicios de Geriátrica de cada uno de los hospitales públicos de la provincia de León.

Por su parte, en relación a los Servicios de Trabajo Social, se entrevistó únicamente a una trabajadora social del Hospital Universitario de León. La razón de no entrevistar a la totalidad de las trabajadoras sociales de dicho hospital se encuentra en que dos de ellas acababan de incorporarse recientemente al servicio. Por cuanto respecta al Hospital El Bierzo, se contactó con las tres profesionales existentes, pero finalmente ninguna de ellas decidió participar en este estudio.

De este modo, se desarrollaron un total de tres entrevistas en profundidad de las seis planificadas, correspondientes a los dos jefes de cada uno de los Servicios de Geriátrica, y a una de las seis trabajadoras sociales de los dos hospitales públicos ubicados en la provincia de León.

Completado este proceso, se llevó a cabo el análisis e interpretación de los datos obtenidos, dando lugar al preceptivo informe final y a las conclusiones y reflexiones globales del conjunto del estudio. Cuestiones que veremos seguidamente en el desarrollo del presente artículo.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

1. Recursos y servicios.

El derecho a la protección de la salud es una cuestión abordada de manera paulatina desde hace varias décadas en nuestro país por diferente normativa. Desde el año 1978, la propia Constitución Española, a través de su artículo 43, garantiza y posibilita la consecución de la salud desde la salvaguarda del Estado y de sus Instituciones (B.O.E nº 311, 1978). Casi diez años más tarde, se promulga la Ley General de Sanidad de 1986, constituyendo un paso decisivo para desarrollar el Sistema Sanitario a nivel nacional, ya que en él, y de acuerdo con la Constitución Española, la protección a la salud constituye un derecho para todos los ciudadanos (B.O.E nº 102, 1986).

En esta evolución de la protección de la salud, como derecho inherente a la propia ciudadanía, se han sumado las respuestas a las necesidades que precisamente ésta, la ciuda-

danía, o bien determinados sectores o estratos de la sociedad, han evidenciado. Un claro ejemplo lo constituyen las personas de edad avanzada, cada vez más representativas de un panorama que revela una notable y nada despreciable situación de envejecimiento poblacional.

La realidad incuestionable que nos muestra una población carente de reemplazo generacional en alza, ha traído consigo la preocupación por la calidad de vida de las personas de edad avanzada y aquí, indudablemente, entra en juego una vez más, la atención sanitaria (ABELLAN GARCIA & PUYOL ANTOLIN, 2006).

A tenor de estos hechos, y tras un dilatado periplo institucional iniciado en 1947, se establece una nueva especialidad médica, la Geriátrica. No obstante, a pesar de que es en 1978 cuando se reconoce dicha especialidad médica (HORNILLOS CALVO, 1995), y que hasta nuestros días ha madurado de manera considerable, no es menos cierto que los avances en este campo también son muy dispares dependiendo del área geográfica en la que nos centremos. Además, esta andadura profesional tampoco se encuentra exenta de dificultades, máxime en los tiempos que corren (ROMERO CABRERA, 2008).

En este sentido, veremos a continuación, a través del análisis del objeto de nuestra investigación, la caracterización de un servicio hospitalario público especializado en esta materia, el Servicio de Geriátrica. Este recurso, destinado a uno de los colectivos más vulnerables y representativos del panorama sanitario español, los pacientes geriátricos, será analizado a su vez en relación a otro servicio de ámbito sanitario, el Servicio de Trabajo Social. La razón fundamental es que a priori, ambos detentan una significativa relación y complementariedad entre sí debido a las especiales características que refieren este tipo de usuarios, respecto de la finalidad última de nuestro estudio: la atención social del paciente geriátrico.

Ahondando en este conocimiento, se evidencia que la existencia del Equipo de Valoración y Cuidados Geriátricos en la provincia de León, a nivel público, tiene su inicio en el año 1995. Desde esa fecha hasta nuestros días, dos son los hospitales públicos ubicados en esta área geográfica que disponen de atención especializada en materia de Geriátrica, el Hospital Universitario de León y el Hospital El Bierzo. Realmente no podemos hablar de Servicios de Geriátrica propiamente dichos, como sería el caso del Hospital General de Segovia, ya que estos hospitales no disponen de niveles asistenciales básicos completos. En este sentido, nos tenemos que referir más bien, en ambos casos, a Unidades de Geriátrica. Estas unidades contemplan tanto la parte concerniente a consulta hospitalaria externa, como la parte relativa a hospitalización.

En el caso concreto del Hospital Universitario de León, el personal se encuentra integrado por dos médicos geriatras. El responsable y coordinador de la unidad, lleva al frente del mismo desde el año 1995, es decir, desde los inicios de la implantación de la especialidad en el hospital. Posteriormente, debido a las necesidades manifiestas y motivadas por el notable incremento de pacientes, se refuerza esta unidad con un segundo profesional en el año 2007. Asimismo se cuenta con una enfermera que trabaja a jornada completa en la consulta externa.

Actualmente, también se dispone de tres médicos en formación (médicos residentes de Geriátrica), compartidos con el Hospital El Bierzo y con un hospital privado de la ciudad de León, el Hospital San Juan de Dios.

Al margen del equipo de la unidad, y en régimen de colaboración, se cuenta con tres

trabajadoras sociales que, al estar ubicadas en el Servicio de Trabajo Social del Hospital (vigente desde el año 1970), no tienen una dedicación en exclusiva, sino puntual y a demanda. Es decir, estas profesionales prestan sus servicios, o se encuentran a disposición, del conjunto del hospital, con lo que ello supone teniendo en cuenta las dimensiones y servicios del mismo. No obstante, efectuaremos las referencias oportunas y precisas en relación a este recurso más adelante.

Igualmente, otros son los servicios que pueden entrar, y de hecho entran, a colaborar de manera bidireccional en la atención del paciente geriátrico. Como ejemplo tendríamos la especialidad de Traumatología y cuanto aborda (Servicio de Rehabilitación y Fisioterapia, entre otros) o de Medicina Interna.

Con respecto al Hospital El Bierzo, el equipo se encuentra conformado por un único médico geriatra, que es el responsable y coordinador de la unidad. Esta persona, al igual que en el caso anterior, presta servicios en este hospital desde el año 1995. Por su parte, en la consulta externa y en régimen de media jornada, se halla también una enfermera.

Se dispone, no obstante, de los mismos médicos residentes que el Hospital Universitario de León, ya que son compartidos con éste y con el ya aludido Hospital San Juan de Dios. Su rotación es de seis meses.

En relación a la disponibilidad de profesionales del Trabajo Social, como en el caso del Hospital Universitario de León, no existe una dedicación exclusiva, sino que esta figura constituye en la práctica un recurso compartido por el conjunto del hospital. Sin embargo, en su día fue adscrita una persona a la propia Unidad de Geriátrica, pero en la práctica diaria este hecho no tiene lugar. Al margen de estas cuestiones, hablamos de un Servicio de Trabajo Social compuesto actualmente por tres profesionales que dan cobertura a la totalidad del hospital.

Centrándonos ahora sí en los Servicios de Trabajo Social, conviene destacar que su proyección en el tiempo dentro del ámbito hospitalario de León y provincia, se retrotrae a una media de 40 años. Como ya se ha indicado, en sendos hospitales el personal integrante de los mismos es de tres trabajadoras sociales en cada centro.

Concretamente en el Hospital Universitario de León, cada una de ellas tiene delimitadas unas áreas de actuación muy concretas, correspondientes a los diferentes servicios y especialidades que conforman el centro de trabajo. Su distribución corresponde a un reparto equitativo del potencial porcentaje de usuarios que anualmente serán atendidos por el conjunto del equipo, según los datos registrados en períodos precedentes.

La experiencia al frente del mismo varía notablemente, debido a las nuevas incorporaciones que se han ido produciendo en los últimos años, bien por las jubilaciones del personal más veterano, bien porque ha habido una convocatoria pública de plazas donde el personal interino que no ha superado las pruebas pertinentes ha tenido que dejar el servicio.

En cuanto a las funciones de estos equipos (Geriátrica y Trabajo Social), veremos individualmente las que detenta, de manera genérica, cada uno de los profesionales a que hemos aludido:

» Médico geriatra.

o Atención de la consulta hospitalaria externa: revisión de la historia general de cada paciente para configurar la anamnesis, valoración geriátrica integral (aplicación de

escalas valorativas, auscultación, solicitud de pruebas diagnósticas...).

- o Atención de enfermos agudos ingresados en el hospital: consulta del programa “Gacela” para verificar el estado de los pacientes, seguimiento de su evolución en planta, solicitud de pruebas diagnósticas, colaboración con otros especialistas, etc.
- o Atención de las interconsultas solicitadas por otros especialistas: médicos de otras especialidades pueden solicitar la colaboración del médico geriatra para la valoración y seguimiento de determinados pacientes, especialmente en los Servicios de Medicina Interna y Traumatología.
- o Docencia e investigación.
- o Participación en sesiones clínicas.
- o Burocracia y administración.

» Enfermeras.

- o Atención de consulta externa: abrir historia del paciente si es la primera vez que éste acude a consulta, recopilación de pruebas diagnósticas para adjuntarlas a la carpeta de la historia de la Unidad de Geriatría, comprobar la frecuencia cardiaca del paciente y el nivel de oxigenación, atender el teléfono, llamar a los pacientes que están citados a consulta, tareas burocráticas y administrativas, etc.

» Médicos residentes.

- o Dependiendo del año de residencia en el que se encuentren, sus funciones pueden variar desde la mera observación hasta la atención de pacientes supervisada por el médico adjunto.

La formación teórico-práctica de estos futuros especialistas es continua, y por tanto los niveles de responsabilidad serán mayores a medida que el residente va avanzando a lo largo de los cuatro años del proceso formativo.

El contenido teórico de la formación, supervisado por el tutor (generalmente el médico adjunto del hospital en el que se encuentran), se desarrollará a través de un programa establecido, seminarios, sesiones bibliográficas, sesiones clínicas propias e interdepartamentales.

El contenido práctico de la formación se adquirirá a través de las diferentes rotaciones por diferentes servicios tales como Geriatría, Cardiología, Neurología, Psiquiatría, Medicina Interna, etc.(CONSEJO NACIONAL DE ESPECIALIDADES MEDICAS).

» Trabajadoras sociales.

- o Las funciones son muy diversas y entroncan con las demandas que se les presentan. En líneas generales, estas suelen centrarse en información y asesoramiento a pacientes y familiares, orientación, gestión de centros y prestaciones, apoyo psicológico, reestructuración familiar, establecimiento de protocolos y programas de colaboración, etc.

Sin embargo, desde las Unidades de Geriatría, el requerimiento principal que se les efectúa es la localización de familiares y cuidadores de referencia del paciente. En ocasiones también se solicita información y tramitación de ayudas y prestaciones diversas, aunque

en menor medida, ya que el médico geriatra tiende a derivar estos requerimientos a la trabajadora social de zona, es decir, a la profesional que se ubica en el centro de salud al que pertenezca el paciente (Servicio de Atención Primaria).

Llama especialmente la atención que, a pesar de la proyección en el tiempo de la figura de la trabajadora social en el ámbito hospitalario, y de la cercanía y proximidad de ésta al encontrarse ubicada en el mismo centro de trabajo que las Unidades de Geriátrica, el médico de esta especialidad opte mayoritariamente por la derivación del paciente al centro de salud.

Realmente, las dotaciones de personal en uno y otro servicio son manifiestamente insuficientes, pero aunque las intervenciones colaborativas se produzcan con menor inminencia de la que debieran, siempre es preferible que el paciente resuelva su problemática a nivel social dentro del hospital, o al menos la inicie. Tal como se nos comenta desde el Servicio de Trabajo Social, en ocasiones, al procederse a la derivación del caso a la trabajadora social de Atención Primaria, ellas desconocen las posibles intervenciones que se están realizando. En consecuencia, no pueden realizar un seguimiento del usuario y mucho menos pueden dar traslado diligente al médico de su evolución, por lo que el proceso de colaboración entre servicios no tiene lugar o se ve bastante limitado. Además, hay que tener en cuenta que en la mayor parte de las situaciones, ni siquiera se llega a solicitar cita en el centro de salud para atender estas cuestiones sociales, por lo que el paciente finalmente no recibe una atención integral, con las correspondientes consecuencias para su salud como veremos más adelante.

Es preciso tener en cuenta que, en el mejor de los casos, si la persona acude al centro de salud primero ha de localizar a la trabajadora social correspondiente y luego solicitar cita (cuestiones que podrían quedar solventadas desde el hospital). En consecuencia, la persona usuaria además de no ser atendida en el momento, tendrá que acudir nuevamente a este servicio otro día. Estas circunstancias reducen notablemente la probabilidad de que un usuario se entreviste con una trabajadora social en el centro de salud.

En relación al horario de atención de las Unidades de Geriátrica, éste se establece de 8:00 a 15:00 h., de lunes a viernes. Dicho espacio de tiempo se divide a su vez en dos tramos, por un lado el correspondiente a la atención de la consulta externa hospitalaria (el Hospital Universitario de León lo establece de 9:00 a 12:00 h., siendo habitual que el tiempo se prolongue debido a la dedicación que precisa este tipo de usuarios, y el Hospital El Bierzo a partir de las 11:30 h.). Por otro lado, tenemos el relativo a la atención de los pacientes hospitalizados, que el médico geriatra del Hospital Universitario de León inicia una vez finalizada la consulta externa (generalmente de 12:00 a 15:00 h.), mientras que el médico geriatra del Hospital El Bierzo lo establece de 8:00 a 11:30 h.

Además, hay que comentar que los médicos geriatras responsables de las unidades, realizan una media de tres guardias al mes. Asimismo, el conjunto de la unidad, y de manera mensual, pasa una consulta por las tardes en horario de 15:30 a 18:30 h.

En cuanto a los Servicios de Trabajo Social, éstos comparten idéntico horario de trabajo, de 8:00 a 15:00 h. Concretamente en el Hospital Universitario de León, este horario suele ampliarse hasta las 16:00 o las 17:00 h., motivo por el cual no existe jornada mensual en horario de tarde. Por el contrario, la distribución del mismo difiere en cierta medida. Desde este hospital, se divide en trabajo de despacho (de 8:00 a 10:00 h. y de 14:00 a 15:00 h.) y

trabajo en planta (de 10:00 a 13:00 h.). Sin embargo, este horario está sujeto a una continua flexibilidad puesto que hay usuarios que debido al horario de transporte público, de las consultas o de las prueba médicas que les vayan a realizar, pueden requerir otro horario de atención en el despacho. De igual modo sucede con los requerimientos y urgencias que se produzcan por otros profesionales dentro del hospital. Si se precisa amoldar el horario a las necesidades del momento, se realiza sin ningún inconveniente.

Por su parte, el acceso de los pacientes, en el caso de las Unidades de Geriátrica puede efectuarse de diferentes modos. Si se trata de atención en consulta hospitalaria externa, la derivación viene efectuada por el médico de Atención Primaria del paciente geriátrico, cuando aludimos al Hospital Universitario de León, ya que según refiere el médico geriatra del Hospital El Bierzo, “Atención Primaria no puede derivar pacientes a esta consulta”.

Si hablamos de atención propiamente referida a hospitalización, ésta suele tener lugar cuando se trata de derivaciones producidas por otros servicios del propio centro. El proceso consiste en la petición de otro especialista, mediante una hoja de interconsulta, de la valoración de una determinada persona en cuestión, que puede pasar a constituir un caso propio o un caso compartido.

Asimismo, por medio de los Servicios de Urgencia Hospitalaria, se producen ingresos de pacientes que, una vez determinada la patología, se asignan al médico geriatra y, por tanto, a la Unidad de Geriátrica.

A este respecto, los Servicios de Trabajo Social reciben a sus pacientes generalmente por medio de la derivación de los Servicios de Enfermería y de los médicos especialistas de los Servicios de Neurología, Traumatología, Vascular y Hematología, principalmente. Para ello se hace uso de unas hojas de interconsulta, a las que nos referiremos de manera específica en los apartados correspondientes. Finalmente, conviene indicar que también hay pacientes que acuden por iniciativa propia.

2. _ Atención sociosanitaria.

Resulta casi obvio que la coordinación entre servicios sanitarios y sociales es un objetivo permanente que, sin duda, ha funcionado siempre en base a las relaciones individuales entre los profesionales de uno y otro nivel. Sin embargo, hasta la firma del Acuerdo Marco para la Coordinación Sociosanitaria entre los Ministerios de Sanidad y Asuntos Sociales en 1993, no se procedió a abordar un problema siempre latente y percibido como tal por usuarios y profesionales.

Concretamente en Castilla y León, que es la realidad que nos interesa para el objeto de este estudio, la implantación en 1998 del I Plan de Atención Sociosanitaria supuso todo un hito por ser la iniciativa más avanzada de las que habían surgido en comunidades que aún no tenían transferidas las competencias en materia de sanidad, tras el citado Acuerdo Marco (CRUZ JENTOFT, 2000).

Años más tarde, surge el II Plan Sociosanitario de Castilla y León, que fue aprobado en el 2003 y cuya vigencia expiró a finales del 2007. Hasta el momento, el gran impulso que se le había dado a la atención y coordinación sanitaria, se vio paralizada de improviso. La razón de esta afirmación radica en que a día de hoy no se dispone de un III Plan que, a tenor de las nuevas y cambiantes necesidades sociales y sanitarias, refuerce aspectos tan importantes como los principios rectores promulgados por el Plan anterior (entre ellos, la integración funcional de los Sistemas de Acción Social y de Salud) (B.O.C.Y.L nº 95, 2003).

Respecto a los Planes Gerontológicos de Castilla y León, a priori perfectos como complemento a la atención sociosanitaria del paciente geriátrico, inician su andadura en el año 1990 bajo la denominación de Plan Regional de la Tercera Edad. Siguiendo las orientaciones del Plan Gerontológico Nacional, sucesivas han sido las fases y reconversiones de estos Planes en nuestra comunidad que, al igual que en ejemplos precedentes, tienen su fin con el IV Plan Regional Sectorial de las Personas Mayores, cuya vigencia expiró en el año 2007.

Ya en su presentación, el todavía Presidente de la Junta de Castilla y León, Juan Vicente Herrera, apuntaba que el ámbito de las personas mayores constituía el principal reto a la hora de dar una respuesta adecuada a las crecientes necesidades de las personas dependientes y sus familias, teniendo en cuenta el marco normativo vigente y el que previsiblemente se desarrollaría en los años venideros (CONSEJERIA DE FAMILIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES Y GERENCIA DE SERVICIOS SOCIALES, 2005).

Finalmente, el escenario presente dista mucho de aquellas palabras, pues evidentes y polémicos son los recortes que estamos viviendo en los temas relativos a la dependencia, así como en otros ámbitos de los Servicios Sociales.

Pero posiblemente lo más escandaloso sea la aprobación del Plan de Atención Sanitaria Geriátrica de Castilla y León 2005-2007 que en la actualidad, sigue sin estar desarrollado. Además, este Plan se centra prioritariamente en el nivel asistencial de Atención Primaria, contando con los Servicios Especializados de Neurología y Geriátrica en casos puntuales como la mejora de la coordinación en el proceso de atención gerontopsiquiátrica.

De este modo, institucionalmente se obvia la prevención que desde la especialidad de Geriátrica hospitalaria se puede realizar a diversos niveles, incluido el social (con la colaboración e intervención de los profesionales indicados).

Es más, la única referencia a atención social que hallamos, se recoge en una de las actividades del Equipo de Valoración y Cuidados Geriátrico (EVCG), que propone la detección de situaciones de riesgo social únicamente durante el ingreso hospitalario. Posteriormente contempla la coordinación con Atención Primaria y con Servicios Sociales, pero en ningún caso la detección precoz en consulta y bajo la colaboración de los Servicios Hospitalarios de Trabajo Social (B.O.C.Y.L nº 250, 2004).

Veamos a continuación, la influencia y repercusión que está pudiendo tener este conjunto de circunstancias en la realidad concreta de los servicios (o más bien, unidades) de Geriátrica y de Trabajo Social de los dos hospitales públicos ubicados en la provincia de León, objeto de nuestra investigación.

Conviene resaltar que tanto a nivel genérico como específico, en relación a la atención sociosanitaria del paciente geriátrico, institucionalmente no se cuenta con ningún protocolo al respecto. Lo más parecido de que se dispone es de un arcaico modelo de atención sociosanitaria a nivel nacional que data del año 1998 y del obsoleto compendio autonómico de Planes Sociosanitarios y Gerontológicos a que acabamos de aludir.

Así pues, el sistema de atención de las Unidades de Geriátrica estudiadas, no cuentan con un protocolo unificado y específico facilitado desde la administración. Tanto en el caso del Hospital Universitario de León como en el del Hospital El Bierzo, la atención que reciben los pacientes se basa prioritariamente en el proceso de valoración geriátrica integral, que contempla el estudio del estado físico, psico-cognitivo, funcional y social de la persona en cuestión.

A partir de aquí, los profesionales de la Geriátría adoptan como referente y objetivo principal, determinar un plan integral de cuidados y adecuar dos factores fundamentales para garantizar el bienestar de sus usuarios, esto es ubicación y entorno. Se considera fundamental, en la medida de lo posible, no desvincular al paciente de su entorno habitual, siempre y cuando las circunstancias sociales y de salud, así lo aconsejen.

Tras el paso previo de valoración, que conlleva la detección de necesidades y problemáticas varias, se procede a emitir el diagnóstico. Según se nos comenta desde el Hospital El Bierzo, este método de evaluación geriátrica integral sirve igualmente para el proceso de diagnóstico. En cuanto al tratamiento, éste dependerá de lo que se haya dictaminado en la fase precedente de diagnóstico y, por tanto, de la patología o pluripatología detectada.

Ambos entrevistados, inciden en que existe una evidente interacción o interconexión entre las problemáticas de salud y las de índole social presentes en el paciente geriátrico. De hecho, desde el Hospital Universitario de León se apunta que “... habitualmente las situaciones de dependencia funcional, ya sean de causa física o cognitiva o ambas, son el factor más importante en relación a la problemática social del paciente”.

Sin embargo, y teniendo en cuenta las aportaciones de la trabajadora social entrevistada, es probable que la valoración social del usuario no se esté llevando a cabo de la manera que debiera. La razón de esta afirmación radica en el escaso uso que las Unidades de Geriátría realizan respecto del Servicio de Trabajo Social en el ámbito hospitalario, y de la asiduidad en las derivaciones a Atención Primaria, con los inconvenientes que ello entraña en relación al seguimiento social hospitalario del paciente.

Así pues, resulta en cierto modo incomprensible, que se asevere que la valoración del paciente geriátrico es, por definición, interdisciplinar. De ser así, esto supondría el trabajo colaborativo entre diversos profesionales tales como los relativos a Enfermería, Trabajo Social y otras disciplinas como puedan ser Fisioterapia, Rehabilitación o Neuropsicología. En el caso de la atención social en el ámbito hospitalario, este trabajo colaborativo no está teniendo lugar.

A este respecto las carencias en la atención social de los usuarios hospitalarios es algo incuestionable. A pesar de que el médico geriatra, trate de abordar estos temas, es evidente que no se ubican estrictamente en su ámbito de acción y, por lo tanto, el conocimiento que se tiene al respecto es muy superficial. De hecho, el planteamiento e información de un recurso al interesado y su familia, nunca se va producir de igual modo si lo hace el médico o si lo hace la trabajadora social. Esta última siempre dispondrá de un criterio más ajustado a la realidad social, así como en lo relativo a la percepción de las necesidades, latentes o manifiestas.

Consideramos que estas situaciones puedan estar teniendo lugar, en el caso concreto del Hospital Universitario de León, debido al desconocimiento de un protocolo interno mediante el cual, se ha establecido una hoja de interconsulta de riesgo para pacientes mayores de 75 años. Este documento puede ser dirigido por el propio Servicio de Enfermería al Servicio de Trabajo Social del Hospital, exponiendo la situación del usuario y/o problemáticas sociales detectadas, al objeto de que la trabajadora social pueda intervenir. El procedimiento sería muy similar al empleado en el caso de las solicitudes de interconsulta médica que se vienen realizando de manera tradicional.

Además, los Servicios de Medicina, tanto de Geriátría como de otras especialidades, dis-

ponen también de una hoja específica de interconsulta que pueden dirigir al Servicio de Trabajo Social, tanto para realizar consultas como para derivar casos de atención.

Obviamente, lo ideal sería poder contar con la presencia estable de una trabajadora social en las Unidades de Geriátría, ya que se aseguraría la correcta y adecuada atención integral a nivel sociosanitaria. En consecuencia, médicos y enfermeras podrían centrarse en sus funciones específicas, dotando de una mayor celeridad la atención que, en estos momentos, se encuentra supeditada a procurar un abordaje integral de aspectos con los que no están, ni tienen por qué, estar familiarizados.

Bien es cierto, que en régimen interno existe un procedimiento de coordinación y colaboración, como se acaba de indicar. Sin embargo, en la práctica cotidiana, factores como el desconocimiento (ya que Geriátría no refiere ni el conocimiento ni el uso de estos canales de coordinación), la necesidad de inmediatez en la búsqueda de una respuesta y/o solución, la sobrecarga de la atención de pacientes por falta de medios humanos, etc. pueden llevar a tomar decisiones no suficientemente reflexionada creyendo que es la opción más plausible y que mayores beneficios puede reportar al paciente. Una de estas decisiones sería la derivación a Atención Primaria, lo que implica que no se pueda asegurar que el paciente acuda para solventar su problemática o incidencia social, a la vez que se dificulta la realización de los correspondientes seguimientos. En consecuencia, se produce una pérdida de información del estado y evolución del paciente que es vital para su adecuada atención sociosanitaria.

De ahí la valoración positiva que hacen los entrevistados al abogar por la presencia estable en sus equipos, ya no solo de la presencia de una trabajadora social, sino de aquellos profesionales que necesariamente deberían constituir un equipo multidisciplinar de atención.

Un ejemplo claro lo tendríamos en que, además de valorar mejor los problemas sociales del paciente geriátrico, la trabajadora social favorecería que se adelantaran las altas de las personas hospitalizadas. El hecho de poder abordar con suficiente antelación cuestiones tales como la tramitación de recursos de apoyos necesarios para el cuidado en el entorno del usuario, o incluso la localización de familiares de referencia que pudieran hacerse cargo de la persona una vez que se produce el alta médica, beneficiaría tanto al paciente como al propio hospital.

Estos temas, aunque ya son atendidos en la actualidad por el escaso personal que compone un Servicio de Trabajo Social en un hospital, lo cierto es que conlleva retrasos. En consecuencia, en el mejor de los casos el alta del paciente debe ser pospuesta. También se cuenta, desde el Hospital Universitario de León, con la posibilidad de derivar a la persona al programa de camas sociosanitarias gestionado por el Servicio de Trabajo Social de este Hospital con el Hospital de Nuestra Señora de Regla. En ambos casos, esto implica un coste económico que bien podría evitarse si existiera una adecuada intervención previa desde la perspectiva del Trabajo Social. Intervención que sólo puede tener lugar si se requiere con la suficiente antelación a estas profesionales.

Por su parte, en la peor de las circunstancias, el usuario es dado de alta, sin poder disponer de un recurso de apoyo apropiado, lo que a su vez podría suponer un reingreso por agravamiento de la patología inicial al no recibir los cuidados que precisa.

Otro ejemplo lo constituyen aquellas personas que no pueden acudir al hospital debi-

do a problemáticas de tipo social, como la falta de apoyo o familiares de referencia que los acompañen. Este hecho comporta que carezcan de asistencia especializada y, en consecuencia, sean atendidos por otros servicios. El principal obstáculo radica en que, por lo general, este tipo de incidencias tardan en solventarse o directamente no se resuelven (bien porque el recurso ha de ser tramitado, y ello conlleva un cierto periodo de tiempo, o simplemente se resignan a prescindir del mismo), según reconoce el médico geriatra del Hospital El Bierzo.

Por su parte, y ahondando en la atención social del paciente, el médico geriatra del Hospital El Bierzo, apunta que desde la intervención que se pueda realizar en consulta, sería aconsejable “*analizar la forma de coordinación más adecuada*”, puesto que hay pacientes a los que se les detectan problemas sociales graves y no siempre es fácil contactar con la trabajadora social. En este sentido, no podemos puntualizar más datos ya que el conjunto del Servicio de Trabajo Social de dicho hospital finalmente no participó en el estudio.

Por otro lado, conscientes de la necesidad y conveniencia de contar en el día a día con una trabajadora social en las Unidades de Geriatría, en ambos casos se ha planteado a las respectivas Gerencias de los hospitales que hemos contactado, la ampliación del personal en las mismas y la inclusión estable de esta figura profesional.

En el Hospital El Bierzo teóricamente, y como ya se ha apuntado, existe una trabajadora social asignada al servicio, pero en la práctica esta realidad es bastante diferente, ya que no se puede disponer de ella. Asimismo tampoco se contempla la contratación de un médico geriatra que refuerce el servicio, por lo que la ampliación a jornada completa de la enfermera de consulta es en estos momentos inviable.

En el Hospital Universitario de León, se desestimó en un primer momento la propuesta al ser un servicio que no estaba ampliamente desarrollado y que, por tanto, carecía de un número suficiente de pacientes. Años más tarde, debido al incremento de usuarios y las crecientes necesidades asistenciales, se prefirió optar por la contratación de un médico geriatra para reforzar el servicio y establecer una colaboración habitual con el Servicio de Trabajo Social. Hemos visto que, en la práctica y realidad cotidianas, esta decisión tiene sus problemas, porque se desconocen los canales de coordinación y porque dicho servicio es insuficiente en sí mismo para los requerimientos diarios del conjunto del hospital.

En suma, a pesar de las cortapisas necesariamente impuestas, máxime en tiempos de crisis, ambos entrevistados continúan abogando por la figura estable de la trabajadora social en las Unidades de Geriatría, y afirman que el rendimiento de las mismas se optimizaría en tanto en cuanto las actuaciones de las profesionales del Trabajo Social coincidieran en el tiempo con los requerimientos de los pacientes (especialmente en lo referente a altas, atención integral y el binomio *valoración social-medidas a adoptar*).

3._ Personas usuarias.

Tomando como referencia diversos estudios socio-demográficos, verificamos que la población mayor de 65 años no es una población homogénea. No todos los ancianos son iguales y es preciso tomar en consideración que estas personas pueden ser radicalmente diferentes unas de otras, aunque tengan una edad similar. Es por ello que en la práctica clínica se diferencian distintos perfiles de ancianos (ABELLAN VAN KAN & et all, 2006).

De entre todos ellos, nos hemos decantado, en relación al eje central de nuestro estudio, por el perfil relativo al paciente geriátrico, siendo aquel “*que cumple tres o más de los*

siguientes criterios: edad superior a 75 años, pluripatología relevante, proceso fundamental tendente a la incapacidad, existencia de patología mental acompañante o predominante y problemática social en relación a su estado de salud” (GUILLEN & et all, 2007).

En este último término, el diagnóstico social sanitario cobra una especial relevancia ya que identifica situaciones de riesgo social que afectan al paciente y a su entorno familiar. Cuestiones que indiscutiblemente inciden también en su salud y que es preciso abordar por los profesionales correspondientes (MONRÓS CHABCISA & et all, 2012).

Teniendo en cuenta estas premisas, pasaremos a analizar el perfil del paciente geriátrico que acude a los hospitales públicos de la provincia de León.

De este modo, en relación a las Unidades de Geriátrica, el Hospital Universitario de León refiere un predominio del sexo femenino tanto en consultas (2/1) como en interconsultas (3/1). Además, la media de edad se establece en torno a los 80-81 años, siendo el rango de edad habitual la franja que abarca los 70-100 años. En el caso del Hospital El Bierzo, hablaríamos de un predominio de mujeres (67´8%) respecto de los hombres (32´1%), para una media de edad de 84 años común a ambos sexos.

Generalmente el paciente cuenta con su cónyuge, quien suele presentar ciertas limitaciones funcionales. En el resto de casos, hablamos prioritariamente de mujeres viudas. A nivel socioeconómico, en la mayor parte de las situaciones nos hallamos ante personas de clase media.

Por cuanto respecta a las problemáticas de salud que presentan, hay que distinguir entre consulta externa e interconsulta. En el primero de los casos, los motivos por los que el paciente acude, principalmente suelen estar relacionados con el deterioro cognitivo, trastornos funcionales (de la marcha y caídas) y pluripatología, depresión, alteraciones cardiovasculares con insuficiencia cardíaca.

En la segunda de las opciones planteadas, en el Hospital Universitario de León priman fundamentalmente las fracturas de cadera. A esto se añade desde el Hospital El Bierzo las infecciones, insuficiencias cardíacas, caídas, cuadros confusionales y síncope.

Realmente no existen diferencias significativas a la hora de contabilizar las patologías reseñadas entre un sexo y otro, aunque como se apunta desde el Hospital Universitario de León, “suele ser más frecuente el número de mujeres”. Este hecho no es de extrañar, si tenemos en cuenta que éstas también acuden al Servicio en mayor proporción que los hombres, posiblemente debido a la mayor esperanza de vida que detentan, tal como revela el rango de edades de los pacientes apuntados con anterioridad.

Por su parte, estos pacientes suelen acudir en el 90-95% de las ocasiones acompañado de un cuidador principal capacitado o con personal/cuidador de residencia de tercera edad, dependiendo de las circunstancias personales.

El Hospital Universitario de León apunta además que sólo el 5% de los usuarios que acuden solos o con un cuidador que no está totalmente capacitado, generalmente el cónyuge, son personas que evidencian dificultades para el autocuidado de ambos (realización de actividades básicas de la vida diaria). Igualmente se identifican diversas problemáticas a nivel social como son situaciones de aislamiento (tanto a nivel temporal como continuado), abandono social, escaso o nulo apoyo familiar y/o del entorno más próximo (amistades, vecinos) sobre todo en el medio rural. También suele ser frecuente la detección de casos

en los que aun teniendo apoyo familiar, prefieren vivir solos.

Estas realidades suelen ser constitutivas de situaciones de alto riesgo en relación a la seguridad y el autocuidado, por lo que evidentemente puede llegar a tener su reflejo en el plano de la salud, si es que no se está produciendo ya.

De esta manera, la opción más plausible sería la intervención del Servicio de Trabajo Social del hospital para el estudio de la situación. A través del mismo, se verificaría si se precisa la derivación a un recurso más especializado para atajar la problemática. Ello supondría a su vez, poder mantener abierta una línea de coordinación y colaboración para efectuar los necesarios seguimientos, que posibilitaran un feedback con las Unidades de Geriatría, completando de este modo la atención sociosanitaria (y por tanto integral) del paciente.

A este respecto, las demandas sociales más habituales serían aquellas que son relativas al autocuidado y a la atención y/o cuidado profesional (solicitud del servicio de ayuda a domicilio, centros de día y de estancia temporal, residencias de tercera edad, unidad de la memoria, asociaciones de apoyo para enfermos de alzhéimer...), ayudas a la movilidad (sillas de rueda, andadores), ayudas complementarias (suplementos alimenticios, pañales de adultos...).

Generalmente, las familias suelen realizar el requerimiento de estos servicios y/o ayudas, solicitando al médico geriatra la realización del preceptivo informe que es necesario para valorar el grado de dependencia del paciente al que acompañan.

Por su parte, el Hospital El Bierzo apunta a que el porcentaje de usuarios que no acuden acompañados se debe, por lo general, a que suelen ser más jóvenes, por lo que no precisan de acompañamiento. Además, no se observan incidencias médicas al respecto por este hecho, lo que no quiere decir que no se produzcan con el paso del tiempo, o que no se estén evidenciando en estos momentos de manera clara.

De hecho, en el Hospital Universitario de León se han detectado algunas señales de alarma en este sentido, tales como incremento de la dependencia, aumento del deterioro físico (pérdida de peso, aumento de la inestabilidad en la marcha...), problemas a nivel psico-cognitivo (pérdidas de memoria, aumento de estados confusionales, agresividad, nerviosismo, insomnio por la falta de supervisión en la toma de medicación...).

Habitualmente desde esta unidad se recomienda a los pacientes que acudan acompañados, especialmente cuando presentan impedimentos para la movilidad o para entender las explicaciones y prescripciones del médico. La realidad es que, en consultas posteriores, continúan acudiendo solos, argumentando que sus familiares de referencia tienen que trabajar y que no pueden acudir con ellos a consulta.

Por cuanto respecta a los usuarios hospitalizados, también se han contabilizado casos en los que el familiar de referencia o cuidador principal lo es sólo teóricamente. Este hecho dificulta la comunicación de las prescripciones y recomendaciones médicas que ha de seguir la persona hospitalizada y, en ocasiones, que haya que proceder incluso a su localización para hacer efectivo el proceso de alta.

Centrándonos en los Servicios de Trabajo Social, conviene señalar que la media de pacientes que atienden anualmente es realmente significativa. En este sentido, desde el Hospital de Universitario de León hablamos de unas 3.600 personas.

Como se puede comprobar, los Servicios de Trabajo Social hospitalarios (o al menos

el de León), son recursos ampliamente conocidos tanto por los usuarios que acuden directamente, como por los profesionales que requieren de su intervención (nos referimos especialmente a servicios como Neurología, Traumatología, Hematología, Vascular...) y emplean los correspondientes canales de derivación.

Esta información facilitada por la trabajadora social entrevistada, resulta muy reveladora, en tanto en cuanto se da la circunstancia de que alrededor del 70% de las personas usuarias que atiende, se corresponden con pacientes mayores de 75 años afectadas por pluripatología. Ello nos lleva a reseñar una cuestión primordial, y es que el perfil de paciente geriátrico que hemos analizado en párrafos precedentes, en relación a las Unidades de Geriátrica, no es algo desconocido para el conjunto de profesionales que integran el servicio. Es más, tienden a constituir la práctica diaria de sus intervenciones.

Ahondando en las características de estos usuarios, comprobamos la existencia de una serie de factores de riesgo en relación a lo que puede devenir en una problemática o necesidad de tipo social. Esto se concreta principalmente en matrimonios que viven solos, con escaso o nulo soporte familiar y, por ende, que refieren cuidados insuficientes en el entorno (generalmente los hijos, si los hay, viven fuera de la provincia). A ello hay que sumar la pertenencia a un nivel socioeconómico medio-bajo, que evidencia a su vez una especial vulnerabilidad en los ámbitos rurales por la menor disposición y acceso a recursos.

De aquí derivan diversos tipos de demandas, siendo las más frecuentes las relativas a información, orientación y gestión de recursos (centros residenciales y de día, ayuda a domicilio...), solicitud de un cuidador profesional externo y pautas para la reorganización familiar.

Ante estos hechos, la trabajadora social entrevistada opina que la interacción e interconexión entre estas problemáticas sociales y aquellas que son relativas a la salud, y por las que los pacientes acuden al hospital, es irrefutable. Por ello, resulta preocupante, y un tanto desalentador, que la coordinación que debiera darse entre los Servicios de Trabajo Social y las Unidades de Geriátrica, se reduzca a colaboraciones más puntuales. No obstante, reconoce que se puede buscar una mayor cohesión. De hecho, se apunta a que lo pertinente sería abordar estos temas con la propia unidad y tratar de solventar las posibles dificultades que se puedan estar planteando, en el ánimo de hacer un uso más efectivo de este recurso.

A este respecto, se prioriza significativamente, la necesidad de utilizar dos instrumentos clave para la coordinación: la hoja de interconsulta de valoración de riesgo para pacientes mayores de 75 años y la hoja de interconsulta a la Unidad de Trabajo Social. La utilización de la primera correspondería al Servicio de Enfermería y la segunda al de Medicina.

De esta manera, dos son los profesionales que pueden detectar y dar traslado, o simplemente consultar, posibles incidencias sociales de los pacientes a los que asisten. Este sistema, según se nos argumenta, reflejaría por escrito el riesgo social detectado o el motivo de la consulta a la trabajadora social, respondiendo esta misma igualmente por escrito, sobre la valoración o la intervención que habría que llevar cabo, individualmente y de manera complementaria, o bien en conjunto.

Por todo ello, desde el Servicio de Trabajo Social se considera que habría que potenciar el trabajo entre éste y el equipo de Geriátrica de una manera más intensa, considerándose así mismo que lo ideal sería que dispusieran de una trabajadora social como parte de

su personal específico. Recordemos que la mayor parte de las consultas y demandas que reciben las trabajadoras sociales se circunscriben a pacientes geriátricos, por lo que la necesidad y la carga de trabajo es un hecho. Sin embargo, hasta que esta utopía pueda tener lugar, lo más plausible y recomendable es hacer uso de los canales y vías de comunicación y coordinación que se han aludido, en tanto en cuanto se pretenda ofrecer una adecuada atención integral al paciente geriátrico.

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES DESDE EL TRABAJO SOCIAL

La disciplina del Trabajo Social concibe al ser humano de forma bio – psico – social. En tanto en cuanto este hecho se produce, y tomamos en consideración el concepto de *Salud* de la OMS (“*completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad*”), podemos ver claramente la relación entre Trabajo Social y Salud. Incuestionablemente ambos persiguen la misma finalidad, aunque sea desde diferentes ámbitos.

Evidentemente, y como hemos ido referenciado en el análisis de datos de este estudio, sendos ámbitos son también susceptibles de coordinación y complementación mutua, dando lugar al Trabajo Social en el ámbito de la salud, o más concretamente en el ámbito sanitario (DE LA FUENTE URBON, 2003). De este modo, el binomio atención social y atención sanitaria, apoyado por la intervención de cuantos expertos en diferentes disciplinas se requiera, favorecen en definitiva el impulso de una correcta y efectiva atención sociosanitaria, cuestión a todas luces de capital importancia.

Sin embargo, estas necesidades no cuentan con el apoyo institucional que debiera. Como ya se ha explicado inicialmente, existe una carencia absoluta de protocolos vigentes, bien a nivel estatal o bien a nivel autonómico, que establezcan una serie de pautas unificadas en relación a la atención sociosanitaria del paciente geriátrico, cuestión que nos ocupa.

Por otro lado, si a lo anteriormente expuesto le sumamos el hecho indiscutible que constituye el proceso de envejecimiento que está sufriendo nuestra población, evidencia realmente significativa en Castilla y León, cuanto menos sorprende la pasividad de la Administración ante este tema.

No obstante, bien es cierto que la Junta de Castilla y León aprobó durante el período de 2005-2007, un Plan de Atención Sanitaria Geriátrica. El problema es que a día de hoy, no ha sido desarrollado. Además, este intento del gobierno autonómico castellano y leonés por reforzar la atención del paciente geriátrico es un poco ilusoria, puesto que se obvia de antemano la participación más exhaustiva de los Servicios Especializados de Geriátrica (en nuestro caso concreto, Unidades de Geriátrica), que necesariamente han de estar coordinados con los Servicios de Trabajo Social. Por no hablar también de que se pasa por alto la necesaria prevención o intervención precoz a nivel social.

Tal como se ha podido comprobar mediante el análisis de los datos recabados, existe una interconexión y relación muy estrecha entre las problemáticas de salud y las de índole social. Su afectación mutua en el bienestar del paciente geriátrico, lleva a plantear la asistencia del mismo desde la perspectiva de la atención sociosanitaria. Llegados a este punto, nos preguntamos cómo proceder si se carecen de referentes institucionales que guíen y unifiquen mínimamente las intervenciones.

No obstante, a pesar de estas dificultades, y partiendo en primera instancia del eje cen-

tral de nuestra investigación, “*La atención social del paciente geriátrico en los hospitales públicos de la provincia de León*”, mantenemos firmemente la consideración y conveniencia de fomentar la coordinación entre los Servicios de Trabajo Social y las Unidades de Geriátría de estos hospitales.

En este sentido, el Servicio de Trabajo Social del Hospital Universitario de León, ha desarrollado un sistema de comunicación y coordinación consistente en una hoja de interconsulta de valoración de riesgo para pacientes mayores de 75 años y una hoja de interconsulta a la Unidad de Trabajo Social. Como ya se ha explicado, la utilización de la primera correspondería al Servicio de Enfermería y la segunda al de Medicina.

De este modo, aquel personal que trabaja de manera más directa con los pacientes, y que por tanto se encuentra en mejor disposición para sospechar la necesidad y conveniencia de intervención de las trabajadoras sociales, dispone de unos cauces sencillos y efectivos para poder emprender un trabajo coordinado en pro de una adecuada atención sociosanitaria.

Aquí se plantea una nueva incidencia y es que hay algunos servicios del hospital que desconocen su existencia, como es el caso de las Unidades de Geriátría. Esto resulta especialmente preocupante si tenemos en cuenta que precisamente entre estos dos servicios, Geriátría y Trabajo Social, se debería mantener una mayor interrelación. No hay que olvidar que ambos equipos atienden por separado al mismo perfil de pacientes y que sus competencias, sociales por un lado, y sanitarias por el otro, son perfectamente compatibles. Es más, ello constituye el principio de valoración integral del paciente que, junto con otro tipo de especialistas y profesionales que se requieran en relación a otra serie de peculiaridades añadidas, favorecerían una asistencia más ajustada a sus requerimientos.

Así pues, podemos afirmar que las problemáticas sociales del paciente geriátrico no están recibiendo una adecuada atención. Esta aseveración tiene su fundamento en que el desconocimiento, o inexistencia, de los canales de coordinación, propicia que el médico geriatra trate de dar atención, con la mejor de las intenciones, a cuestiones que se escapan de su ámbito de intervención como son las problemáticas sociales. En ocasiones, incluso se opta por la derivación de estos casos a las trabajadoras sociales de Atención Primaria.

Esta decisión entraña diversas incidencias. La primera de ellas, es sin duda que nadie puede asegurar que el paciente o su familia soliciten y acudan a una cita con la trabajadora social del centro de salud. La segunda de ellas, es que la coordinación entre ambos profesionales no se va a dar, por lo cual el médico geriatra desconocerá si se ha resuelto la necesidad social y cuál es la evolución del paciente. En definitiva, pueden existir repercusiones, actuales o futuras, en la salud del usuario al no tener cubierta previamente una problemática de tipo social.

Aunque a posteriori se requiera de la intervención externa de otros profesionales ajenos al hospital, en cuestiones relativas a la atención social del paciente geriátrico, siempre va a ser preferible que, en primera instancia, la demanda sea canalizada por los Servicios de Trabajo Social del propio hospital. Aquí la trabajadora social va a conocer de primera mano la problemática y la demanda del paciente y/o su familia. Asimismo, sabrá quién se ocupará de llevar el caso si se requiere una derivación, pues ella misma hará la gestión desde el hospital y se encargará de establecer las oportunas líneas de colaboración y coordinación. De este modo, la profesional del hospital estará puntualmente informada de todo el proceso

y, en consecuencia, podrá reportar esta información a la Unidad de Geriátrica.

Por otro lado, ante cualquier suceso que ocurra tanto a nivel de salud como a nivel social, una y otro profesional estarán en disposición de detectar precozmente un determinado contratiempo que posiblemente tenga mejor solución cuanto mayor sea la celeridad con la que se produce su descubrimiento y atención.

Estas premisas, pueden tener igualmente su aplicación en las Unidades de Geriátrica tanto en el trabajo que se desarrolla en consulta como en el que se lleva a cabo en planta cuando existe un paciente ingresado. Evidentemente, la atención por parte de las trabajadoras sociales del hospital tenderá a ser más efectiva en el segundo caso, puesto que si los hechos se comunican con la suficiente antelación al alta, se dispondrá de más tiempo para la asistencia del paciente.

No hay que olvidar que cada uno de los dos hospitales estudiados, cuenta únicamente con tres trabajadoras sociales para el conjunto del centro. Esta proporción, con respecto a otros servicios, supone que no siempre se pueda actuar de la manera más diligente, aunque también es cierto que las atenciones se producen y de manera altamente satisfactoria. Por ello, la antelación de la que se disponga respecto del conocimiento y necesidad de intervención, es muy relevante.

Sin embargo, teniendo en cuenta la proporción de pacientes geriátricos que ambos servicios aglutinan, sostenemos la necesidad y conveniencia de que las Unidades de Geriátrica de los hospitales públicos de la provincia de León, dispongan de una trabajadora social vinculada o adscrita a las mismas. De este modo, los trámites y posibles dudas de pacientes geriátricos y sus familiares, quedarían solventados dentro de la misma visita al especialista. Así pues, se evitarían derivaciones y esperas innecesarias que, en el caso de estos perfiles de usuarios, pueden conllevar de manera inmediata el agravamiento de sus patologías y, por ende, de su estado.

Igualmente, mediante la inclusión de esta figura profesional en las referidas unidades, proporcionaría una atención más ágil de los pacientes por parte de los actuales miembros que integran el equipo, ya que se podrían centrar exclusivamente en el campo de la especialidad que les compete.

Conviene tener en cuenta que los servicios sanitarios, donde aglutinamos tanto salud como cuestiones de tipo social, deben de detentar como máxima estándares de calidad, eficacia y eficiencia, y no criterios de tipo económico. Por ello, aun estando en tiempos de crisis, la dotación de medios y recursos humanos a los profesionales a los que aludimos en este estudio, debería constituirse en una realidad. En este sentido, debería existir una mayor implicación de los poderes públicos competentes en materia social y de sanidad, ya que el bienestar y la calidad de vida de la ciudadanía de nuestro Estado, son derechos constitucionales en constante y flagrante vulneración.

Asimismo, es preciso recordar a estos poderes públicos que la salud no puede ni debe aceptarse como un medio de negocio, ni ahora ni en un futuro. La atención a la salud y a las necesidades sociales, conforman uno de los pilares de nuestro Estado de Bienestar al que no podemos renunciar. Además, la inversión en estos profesionales, aumentando y reforzando los servicios existentes, reportaría a medio plazo un considerable ahorro, ya que se evitarían prolongadas e innecesarias estancias hospitalarias, reingresos, empeoramiento del estado de salud del paciente, etc.

Por último y por cuanto respecta a la atención social del paciente geriátrico, que es el objeto de nuestro estudio, entendemos que el Trabajo Social Gerontológico, debería tener un mayor punto inflexión puesto que constituye *“la práctica y disciplina científica que se encarga de conocer las causas y los efectos de los problemas sociales individuales y colectivos de las personas mayores y de cómo lograr que dichas personas asuman una acción organizada tanto preventiva como transformadora para superarlos”* (BARRANCO CARRILLO & et all, 2012).

Tomando como punto de partida esta definición, en la que se delimita la finalidad última del Trabajo Social Gerontológico, y poniéndola en relación con el tema que nos ocupa, abogamos una vez más por la incorporación estable de esta figura profesional a las Unidades de Geriatría en aquellos casos en los que organizativa y económicamente sea plausible. Además, en el resto de situaciones en las que se cuenta únicamente con un Servicio de Trabajo Social para el conjunto del hospital, y su ampliación sea inviable, sería preciso que desde las Gerencias se propiciara un conocimiento más exhaustivo de estas profesionales, de su labor y de los canales de comunicación y coordinación que se pueden emplear para que, en definitiva, los pacientes, estén o no encuadrados en el perfil geriátrico, pueden beneficiarse de una verdadera y adecuada atención sociosanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. ABELLÁN GARCÍA, A., & PUYOL ANTOLÍN, R. (2006). Envejecimiento y dependencia: una mirada al panorama de futuro de la población española. Madrid: Mondial Assitance.
2. ABELLÁN VAN KAN, G., & et all. (2006). Tratado de Geriatría para residentes. Madrid: IM&C.
3. B.O.C.Y.L nº 250. (29 de Diciembre de 2004). Acuerdo 163/2004, de 23 de diciembre, de la Junta de Castilla y León. Plan de Atención Sanitaria Geriátrica en Castilla y León 2005 - 2007. Valladolid, España.
4. B.O.C.Y.L nº 95. (21 de Mayo de 2003). Decreto 59/2003, de 15 de mayo. II Plan Sociosanitario de Castilla y León. Valladolid, España.
5. B.O.E nº 102. (29 de Abril de 1986). Ley General de Sanidad, de 25 de abril. Madrid, España.
6. B.O.E nº 311. (29 de Diciembre de 1978). Constitución Española. Madrid, España.
7. BARRANCO CARRILLO, A., & et all. (2012). El Trabajo Social en la Promoción de la Autonomía personal y atención a la dependencia con personas mayores. Jaén: Colegio Oficial de Diplomados/as en Trabajo Social de Jaén.
8. CONSEJERÍA DE FAMILIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES Y GERENCIA DE SERVICIOS SOCIALES. (2005). Plan Regional Sectorial de Personas Mayores 2004 - 2007. Valladolid: Junta de Castilla y León.
9. CONSEJO NACIONAL DE ESPECIALIDADES MÉDICAS. (s.f.). Resolución de 25 de abril de 1996, Programa de Geriatría. Aprobado por la Secretaria de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Ministerio de Educación y Cultura.
10. CRUZ JENTOFT, A. (2000). Coordinación Sociosanitaria. En Geriatría XXI: Análisis de ne-

cesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España (págs. 269 - 277). Madrid: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.

11. DE LA FUENTE URBÓN, M.J. (2003). Acción Social y Trabajo Social para la Tercera Edad en el Ámbito Hospitalario de la Ciudad de León. Trabajo Fin de Carrera inédito. ULE.
12. GUILLÉN, F., & et all. (2007). Diccionario de Geriátría y Gerontología. Madrid: LID Editorial empresarial.
13. HORNILLOS CALVO, M. (1995). Hospitales de Día Geriátricos en España. Un estudio descriptivo de su estructura y funcionamiento. Tesis Doctoral inédita. España: UCM.
14. MONRÓS CHABCISA, M., & et all. (2012). Guía de intervención de Trabajo Social sanitario. Valencia: Generalitat, Consellería de Sanitat.
15. ROMERO CABRERA, A. (2008). Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. Panam salud Pública/ Pan Am J Public Health, 288 – 289.

ANEXOS

ANEXO 1: GUIONES DE ENTREVISTA

SERVICIO GERIATRÍA

INVESTIGACIÓN: “La atención social del paciente geriátrico en los hospitales públicos de la provincia de León”

AUTORAS: M^a José de la Fuente Urbón y Laura Freire Martínez.

COLABORADOR: Francisco Javier Idoate Gil.

FECHA: mayo 2013

Los datos que usted pueda facilitarnos son de gran interés para alcanzar los objetivos de la investigación en que estamos trabajando. Los mismos, serán analizados y presentados siguiendo la máxima confidencialidad, conjuntamente con los obtenidos del resto de las personas que participan, mediante procedimientos y técnicas estadísticas.

Gracias por su colaboración.

1.- ¿Cuál es la media de tiempo que llevan implantados los Servicios de Geriatria en la provincia de León a nivel público? ¿Y concretamente en el Hospital Universitario de León/ Hospital El Bierzo (en adelante HUL/HEB)?

2.- ¿Cuántos hospitales públicos de la provincia de León cuentan con un Servicio de Geriatria?

NOTA:

- Por favor, enumere los hospitales públicos de su provincia que cuentan con este servicio.

3.- ¿Qué personal se encuentra comprendido en el Servicio de Geriatria en el HUL/HEB y cuáles son sus funciones?

4.- ¿Cuál es la media de tiempo que llevan ejerciendo su labor profesional los médicos geriatra del HUL/HEB en su actual puesto de trabajo?

5.- ¿Cuál es el horario de atención del Servicio de Geriatria en el HUL/HEB?

6.- ¿Existe algún procedimiento, derivación o requisito específico para acceder al Servicio de Geriatria del HUL/HEB?

7.- ¿Cuál es la media de volumen anual de pacientes geriátricos que se atienden en el Servicio de Geriatria en el HUL/HEB?

8.- ¿Cuál es el sexo y la edad media predominante del paciente geriátrico que se atiende en el Servicio de Geriatria en el HUL/HEB?

9.- ¿Cuáles serían las problemáticas de salud más habituales en los pacientes geriátricos? ¿Y las problemáticas y/o necesidades sociales?

10.- En relación a las dos preguntas anteriores, ¿existen diferencias significativas si hablamos de uno u otro sexo?

11.- ¿Qué porcentaje de pacientes geriátricos acude a consulta con ayuda de un cuidador o familiar de manera habitual?

12.- En caso de no acudir a consulta con un cuidador o familiar estable, desde el punto de vista médico, ¿se observa algún tipo de incidencia de manera más habitual que con respecto a los pacientes que acuden debidamente acompañados? (p.e. seguimiento incorrecto de las prescripciones médicas, aumento del número de consultas médicas, empeoramiento del estado de salud, ingresos hospitalarios reiterados, etc.)

Si es así, ¿qué medidas se adoptan? (p.e. activación de protocolos sociosanitarios, derivación a los Servicios de Trabajo Social del Hospital, etc.).

13.- A grandes rasgos, ¿podría indicar el proceso de detección, diagnóstico y tratamiento/atención de las problemáticas de salud del paciente geriátrico? ¿Y de las problemáticas y/o necesidades sociales?

14.- ¿Considera que puede existir una interacción o interconexión entre las problemáticas de salud y las problemáticas y/o necesidades sociales del paciente geriátrico?

15.- ¿Es habitual la intervención conjunta y/o complementaria de otros profesionales en la atención de las problemáticas de salud del paciente geriátrico? ¿Y en la atención de las problemáticas y/o necesidades sociales?

NOTA:

- En ambos casos, ¿podría indicar qué profesionales intervienen?

16.- ¿Conoce la existencia de protocolos de atención sociosanitaria indicados en la atención del paciente geriátrico, ya sea genérico o específico de algún hospital público?

NOTA:

- En caso afirmativo, indique cuáles y si son de ámbito local, provincial, estatal, etc.

17.- ¿Es habitual encontrar especiales dificultades a la hora de atender problemáticas y/o necesidades sociales del paciente geriátrico? Si es así, ¿cómo se solventan?

18.- ¿Cree que los médicos geriatras con los que trabaja y/o se coordina habitualmente, conocen la figura del trabajador social en el ámbito sanitario?

19.- ¿Le consta que algún compañero haya realizado actuaciones conjuntas con estos profesionales?

20.- ¿Considera pertinente la presencia estable de un trabajador social en el Servicio de Geriatría del HUL/HEB? ¿Por qué?

21.- ¿Sabe si en algún momento se ha hecho expresa a la gerencia del HUL/HEB, la pertinencia de contar con un trabajador social en el Servicio de Geriatría?

NOTA:

- En caso afirmativo, en cuáles y cuál ha sido la respuesta.
- En caso negativo, ¿se plantean formular la petición? ¿Por qué?

22.- ¿Considera que el Servicio de Geriatría del HUL/HEB podrían optimizar su rendimiento si el médico geriatra se ocupara de la atención propia de salud y el trabajador social de la atención específicamente social? ¿Por qué?

SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL

INVESTIGACIÓN: “La atención social del paciente geriátrico en los hospitales públicos de la provincia de León”

AUTORAS: M^a José de la Fuente Urbón y Laura Freire Martínez.

COLABORADOR: Francisco Javier Idoate Gil.

FECHA: junio 2013

Los datos que usted pueda facilitarnos son de gran interés para alcanzar los objetivos de la investigación en que estamos trabajando. Los mismos, serán analizados y presentados siguiendo la máxima confidencialidad, conjuntamente con los obtenidos del resto de las personas que participan, mediante procedimientos y técnicas estadísticas.

Gracias por su colaboración.

- 1._ ¿Desde qué año lleva en funcionamiento el Servicio de Trabajo Social del Hospital Universitario de León/Hospital El Bierzo (en adelante STSHUL/STSHEB)?
- 2._ ¿Cuánto tiempo hace que presta usted servicios en el STSHUL/STSHEB?
- 3._ ¿Qué horario de atención tiene el STSHUL/STSHEB?
- 4._ ¿Qué servicios se prestan en el STSHUL/STSHEB?
- 5._ ¿Qué personal se encuentra comprendido actualmente en el STSHUL/STSHEB?
- 6._ ¿Cuál es la media anual de atención de casos?
- 7._ ¿Considera que el STSHUL/STSHEB es un recurso ampliamente conocido por los profesionales del centro y sus usuarios?
- 8._ ¿Atiende pacientes mayores de 75 años? Si es así, indique en qué porcentaje y cuál es su perfil.

NOTA:

- Si la respuesta la pregunta anterior es negativa, se finaliza el cuestionario.

- 9._ ¿Cuál es la vía de acceso de estos pacientes en relación al STSHUL/STSHEB?
- 10._ ¿Cuáles son las principales demandas que efectúan este tipo de pacientes?
- 11._ ¿Cree que puede existir una interacción o interconexión entre las problemáticas de salud y las problemáticas y/o necesidades sociales del paciente mayor de 75 años?
- 12._ Teniendo en cuenta que estos pacientes son susceptibles de ser atendidos en la Unidad de Geriatría del hospital, ¿existe una coordinación con dicho servicio? Si es así, ¿cómo y cuándo se produce esa interacción?

NOTA:

- Si la respuesta la pregunta anterior es negativa, se finaliza el cuestionario.

- 13._ ¿Cuáles son las principales dificultades que encuentra en relación a la atención de los casos que son compartidos con la Unidad de Geriatría?

14._ ¿Qué valoración le merece el sistema de atención y coordinación en relación a la Unidad de Geriatría?

15._ ¿Consideraría oportuno la asignación de un/a trabajador/a social a esta Unidad de Geriatría para optimizar la atención social del paciente geriátrico?