

Trabajo Social Sanitario y Enfermería Gestora de casos: Crónica de un conflicto anunciado

Mariano Sánchez Robles

Diplomado en Trabajo Social, Trabajador Social Sanitario Centro de Salud de Almuñécar (Granada)

Resumen

Hoy las “enfermeras visitadoras” han evolucionado, inicialmente, a Enfermeras de Enlace y, últimamente, a Enfermeras Gestoras de Casos” y, por la información que nos van llegando desde todos los rincones, con poca gestión de casos y mucha aparente gestión de recursos, con escaso rol de enfermería y cuidados con mucho rol de presunto intento o parodia de trabajo social sanitario. El “filtro” del que, como veremos, ya hablara el Dr. Pritchard, ha convertido a las nuevas visitadoras en unas “devoradoras” de derivaciones: dependientes, inmigrantes, menores, violencia de género, enfermedades raras, etc. etc. que hacen inviable lo que exigía este experto anteriormente: un **diagnóstico social claro y una derivación adecuada**. Algo que hoy día no se está consiguiendo, por esta nueva figura profesional, ni de lejos.

Y no se consigue básicamente porque ni por su currículum académico, ni en su formación, ni en sus competencias legales, ni en sus funciones profesionales, la Enfermera Gestora de Casos está capacitada, habilitada o formada para hacer diagnósticos sociales, al igual que no lo está para hacer diagnósticos médicos, al igual que el trabajador social no lo está para hacer curas o recetar medicamentos. Y no lo hacemos, ni se nos ocurre intentarlo o plantearlo.

Y en lugar de realizar una derivación adecuada, se está enviando a los usuarios “a la deriva”, creándoles falsas expectativas, mal informándoles de prestaciones que no existen, para las que no reúnen los requisitos mínimos o que no se adecuan a sus necesidades reales, sino a la necesidad del enfermero de “apuntarse” un recurso más, una visita más, una gestión más.

Este trabajo pretende hacer un análisis documental y una reflexión profesional del verdadero origen, desarrollo e implantación de esta figura profesional en el Servicio Andaluz de Salud, y sus consecuencias para el colectivo de trabajo social sanitario. Consecuencias que se empiezan a hacer extensibles al resto de Comunidades Autónomas en la que ésta figura se va “exportando”.

Palabras Claves

Trabajo Social Sanitario, intrusismo, usurpación, gestoras de casos.

PREÁMBULO

Repasando viejo libros en busca de “nueva” bibliografía en la que basar los artículos que a uno le van surgiendo, he dado con una verdadera joya literaria, que me ha empujado, una vez más, a “darla a la tecla” para poder hacer llegar, a quién quiera leerlas, estas reflexiones en torno a un problema que, no seamos ciegos, ya afecta a toda la profesión de Trabajo Social Sanitario.

Me estoy refiriendo a la obra titulada “Manual de Atención Primaria de Salud”, publicada en 1981 por la Editorial Díaz de Santos, y cuyo autor es Peter Pritchard. El prólogo a la primera edición española, publicada en 1985 (y aquí empieza la parte interesante), corrió a cargo del Excmo. Dr. Pablo Recio Arias, por entonces, Consejero de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. Edición que contó con la supervisión y coordinación del Dr. Antonio Durán Moreno, Jefe de Servicio de Salud de Huelva. En la página 48 de este libro, se puede leer lo siguiente (que evidentemente no han leído sus sucesores en el cargo...):

“La enfermera visitadora de salud está sometida a otros conflictos. Parte de su trabajo conecta con el papel *médico* del generalista, pero una gran parte puede que no, particularmente la educación para la salud y otras labores preventivas. Su dimensión en trabajo social implica un entrecruzamiento con los servicios sociales, que **podría generar muchos conflictos de roles, si no se entiende cuidadosamente**”.

Si cambiamos el término “enfermera visitadora” por el de Enfermera de Enlace o Gestora de Casos, avanzamos en el concepto 27 años, pero nos damos de bruces directamente con el problema entonces planteado y no resuelto, sino provocado por la propia Administración Sanitaria.

Pero no quedan sólo en esto las aportaciones de Peter Pritchard, en su obra considerada como “única”, por su primer prologuista y un “excelente documento” y un “refrescante apoyo” para la Reforma Sanitaria y “un ejemplo a seguir”, por el Consejero de Salud de la Junta. En la página 76 podemos leer lo siguiente:

“Muchos de los problemas que son básicamente sociales, se presentan como problemas relacionados con el proceso Salud/Enfermedad. Ello puede ser debido a que el individuo “se siente enfermo”, o a que no está claramente definida la causa, y el equipo de atención primaria de salud resulta accesible y familiar. **Por tanto, mucha gente que acude al médico necesita de un diagnóstico social claro y una derivación adecuada.** Ello es más comprensible en los casos en que el médico general intenta sumir la *primacía*, olvidando que la atención de salud no abarca el **trabajo social**, sino que funciona paralelamente a él....

Está claro que las buenas relaciones y la comunicación en el trabajo son esenciales. Y está igualmente claro que esto no está sucediendo con toda la frecuencia que debiera”.

“A menudo el generalista consulta en primer lugar a la visitadora de salud, y abandona entonces la investigación y la derivación a criterio de ella. De esta forma, ella actúa como un filtro – una especie de *médico general* del trabajo social – y deriva los casos difíciles. Esto aumenta su autonomía, pero **es algo por lo que los trabajadores sociales pueden sentirse resentidos**”.

El Dr. Pritchard entiende que hay una superposición de roles, y que la solución está en las “reuniones cara a cara”, regulares, dónde los distintos profesionales aprendan sus roles concretos y la utilidad de los roles y funciones de los demás y, de esta forma, sacar mejor

partido a su trabajo, conjunto y coordinado. Y está aún más claro que antes, que esto no está sucediendo así, hoy día, en Junio de 2011, 36 años más tarde y que, “gracias” a la Dirección Regional de Cuidados, en Andalucía, y a quienes la apoyan políticamente (y a ver quién es el valiente que rechista lo más mínimo...) esto ha generado un conflicto entre profesionales y una situación laboral difícil de entender y “digerir”.

INTRODUCCIÓN.

El texto publicado recientemente por la Dirección de Estrategia de Cuidados de Andalucía a la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC), denominado “Modelo de Gestión de Casos del SSPA”, ha sido minuciosamente analizado, no sólo a la vista del contenido del citado documento y de la respuesta enviada por la ASANEC a la Dirección de Estrategia de Cuidados, sino debido a los últimos acontecimientos, quejas y denuncias de no pocos trabajadores sociales sanitarios, de varios Servicios de Salud, relacionados con injerencias, solapamientos y evidencias de intrusismo profesional por parte de esta nueva figura profesional de la Enfermera de Enlace o Gestora de Casos.

Desde la llegada al Servicio Andaluz de Salud, en 2002, de la figura de la ECE, ya presente en el Servicio Canario de Salud un par de años antes, han sido muchos los documentos que han venido a intentar regular su presencia y actividades en los dispositivos asistenciales a los que se han ido integrando de forma paulatina, siendo el último de ellos el fechado en febrero de 2007.

Ya con la aparición de los documentos anteriores, denominados “0”, 1, 2 y 3, se vio la necesidad de realizar una valoración crítica de su contenido, habida cuenta de que en su redacción, en las propuestas de modelos de intervención de las ECEs, se olvidaban por completo de la existencia de los trabajadores sociales sanitarios. Es muy significativa la diferencia paulatina de la presencia de la figura del trabajador social sanitario en los sucesivos documentos analizados, que van desde su inexistencia o referencia alguna en el documento “0”, a su aparición, hasta en 7 ocasiones, en el documento “3”, eso sí, únicamente en tareas de “colaboración” con las ECEs.

En esta nueva propuesta, encontramos una única referencia a los trabajadores sociales sanitarios, pero abundantes referencias a nuestros programas, funciones y competencias, asignadas en este “nuevo” modelo, una vez más, a las Enfermeras Gestoras de Casos.

ANÁLISIS DEL DOCUMENTO.

1. La “excusa” del Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas.

Tal y como afirma el documento en su presentación, el modelo de Gestión de Casos, denominado inicialmente Enfermería de Enlace, se implanta en Andalucía en 2002, pero en modo alguno surgió como respuesta al Decreto de Apoyo a las Familias. Veamos el porqué de esta afirmación.

En Marzo de 1999, tuvo lugar la creación del Consejo de Dirección del Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud (Resolución 18/99 de 12 de Marzo), a fin de hacer posibles los objetivos propuestos por el propio Plan Estratégico, entre los que destacaremos la mejora de la atención al usuario y el desarrollo e implantación de los Equipos de Atención Primaria

en el medio urbano.

Con el objeto de facilitar el trabajo a desarrollar por este Consejo, se crearon 9 grupos de trabajo, por proyectos, entre los cuales figuraba el grupo VI: Coordinación Socio Sanitaria, que tuvo como responsable a la Asesoría Técnica de la Dirección Gerencia (Cristina Torró).

Esta responsable encargó la formación de un grupo de Trabajadores Sociales que, formado por 9 profesionales de toda Andalucía (Hospitales, Salud Mental y A. Primaria), fue denominado “subgrupo atención social”, y que durante ese mismo año, se reunieron en varias ocasiones y realizaron puestas en común de sus aportaciones sobre la atención socio-sanitaria en el SAS.

La reunión final de todos los subgrupos existentes en el general de Coordinación socio-sanitaria, tuvo lugar en **Chiclana (Cádiz)**, los días 1 y 2 de Diciembre de **1999**, donde 45 profesionales de las distintas categorías del SAS tuvimos la oportunidad (tal y como recoge el acta) de debatir sobre el modelo de atención a personas con necesidades de apoyo social y sanitario desde la perspectiva de la Atención Primaria y Especializada en el SAS.

En las conclusiones se recoge que *“para el abordaje integral de estas personas se considera imprescindible el trabajo conjunto y coordinado entre médico, personal de enfermería y trabajo social de atención primaria”*, y aparece por primera vez el término **“gestor de casos”**, figura sobre la que todos los grupos exponen sus conclusiones y apreciaciones, que se recogen literalmente en el acta de la reunión. Entre las propuestas para la figura de “gestor de casos” aparecieron, por ejemplo:

- Una comisión: formada por médico, enfermera y T. Social.
- Trabajador Social: aglutinador de cartera de servicios sanitarios y sociales.
- Enfermera: cartera de clientes y distribución geográfica.

Antes de entrar de lleno en la valoración de las competencias y funciones que se pretende que asuman estas enfermeras, se hace precisa una valoración del origen de esta idea, de este proyecto, que el SAS fija en el Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas. (Boja nº 52 de 4/5/02), tras un evidente ejercicio “libre” de interpretación de dicha normativa.

Este Decreto de evidente carácter social y centrado en la familia, dedica tan sólo uno de sus 38 artículos a los cuidados a domicilio, el 24º, y en el mismo se dispone lo siguiente para el Sistema Sanitario Público de Andalucía:

- La prestación de **CUIDADOS** enfermeros en el domicilio de aquellos pacientes y personas mayores que lo necesiten.
 - La coordinación con los Servicios Sociales
 - El apoyo y formación de los cuidadores de esas personas.
 - El refuerzo de los equipos de enfermería.
 - El presupuesto económico para llevarlo a cabo de forma efectiva.

El Decreto dispone, en definitiva, un aumento de la dotación de enfermeros en los Centros de Salud, que haga posible esa prestación reglada y continuada de cuidados que se pretende ofrecer a los ciudadanos en su propio domicilio, para lo que es necesaria la correspondiente dotación económica. Además, el Decreto dispone que se establezcan las

medidas necesarias para prestar apoyo y formación a las personas responsables del cuidado de esos enfermos.

Pero este Decreto recoge una exigencia más, y es que este servicio de cuidados se preste, en todo caso, de forma coordinada con los Servicios Sociales correspondientes, coordinación que, legalmente, viene asignada al Trabajador Social y que ahora se pretende que asuma la enfermera de enlace.

Es en el último trimestre del año 2002 cuando, bajo el “apadrinamiento” de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, aparece esta nueva figura profesional en el ámbito sanitario andaluz que, tras varias denominaciones, acaba por definirse como “Enfermera de Enlace” y que, curiosamente, empieza por instalarse en aquellos Centros de Salud que carecen de Trabajador Social (hoy día ya no hacen distinciones), y asumen funciones que, hasta ese momento, desempeñaban estos profesionales.

Resulta evidente que, tras la publicación del Decreto 137/2002, recordemos, en el mes de Mayo de 2002, el Sistema Sanitario Público de Andalucía se veía en la obligación de establecer algún tipo de medida que diera respuesta a esta exigencia legal de ayuda a los mayores y discapacitados de la comunidad autónoma. Y resulta muy llamativo, para quién conoce como se desarrollan este tipo de actuaciones en el SAS, que para el mes de Octubre de ese mismo año, y tras el periodo vacacional inactivo que suponen los meses de verano, el proyecto de esta figura profesional estuviese ya perfectamente definido. Tan evidente como que lo expuesto por el grupo VI de Coordinación socio-sanitaria del SAS, en 1999, tuvo muy poco reflejo en este proyecto.

Y tan poco, porque lo que en realidad se presentó fue una **COPIA** literal del proyecto publicado por Gonzalo Duarte Climents, enfermero en aquellas fechas adscrito al Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación del Servicio CANARIO de Salud. Este mismo proyecto fue presentado en uno de los Congresos de ASANEC, la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Sencillamente se utilizó la conocida técnica de “copia y pega”, en lugar de plantear un trabajo consensuado y conjunto con el resto de profesionales implicados.

El problema es que este proyecto canario, se planificó en base a una estructura asistencial y de servicios muy distintos a los de Andalucía, dado que en el SSPA ya existía una red completa de Trabajadores Sociales en los Centros de Salud, Equipos de Salud Mental y Hospitales, con la que no se contaba en el Servicio Canario de Salud. Se pretendió “trasplantar”, sin más, el proyecto canario al SSPA, de forma precipitada, como respuesta “improvisada” a la exigencia del Decreto de Apoyo a la Familia, pero en modo alguno este Decreto recoge, como siempre se insiste en hacernos creer, la creación de esta figura profesional, pues ya estaba creada en el Servicio Canario de Salud.

Tal vez si se hubiese optado por seguir el consenso y los acuerdos adoptados a este respecto en Chiclana, y se hubiese trabajado de forma conjunta en hacer realidad este proyecto en nuestro ámbito asistencial, y no limitarse a implantarlo, sin más, COPIÁNDOLO, nos hubiésemos evitados bastantes conflictos intra y e interprofesionales.

2. La opinión de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

El posicionamiento de la SAMFyC es meridianamente claro cuando se refiere a la nueva

figura de la “enfermera gestora de casos”, de cuya aparición en algunos Centros de Salud de Andalucía se hace eco, en el nº 4 de su Revista del mes de Noviembre de 2002. Nos limitaremos a reproducir literalmente algunas de sus opiniones, contenidas en dicho artículo:

- » *Hay una falta importante de información.*
- » *¿Cuáles son sus contenidos? ¿Se ha oído a los profesionales?*
- » *Un equipo tiene sus equilibrios, a veces conseguidos con muchos esfuerzos. ¿Cómo interacciona con el resto de profesionales?*
- » *No consideramos que en muchas zonas se precise ahora un gestor de casos.*
- » *Nuestra experiencia nos hace pensar que la nueva figura de la enfermera gestora de caso para los centros es algo innecesario.*
- » *Que las mejoras que se puedan hacer las hagamos desde los Centros de Salud.*
- » *Con las enfermeras gestoras de caso tal vez se esté en un camino equivocado. Lo realmente importante es potenciar los Centros de Salud.*
- » *Nos parece una actividad absolutamente inútil...*

El mencionado artículo termina de la siguiente forma: “Las creación de las nuevas enfermeras gestoras de casos, es una muestra más de desconfianza en nuestros equipos, pero sobre todo, parece un capítulo más de una vieja historia, de un conflicto muy rancio, ajeno a la atención domiciliaria a pacientes vulnerables”.

3. La opinión de los expertos sobre la mejora de la coordinación socio-sanitaria.

Avalado y consensado por el Consejo Interterritorial de Salud, podemos encontrar el documento AP21, que contiene una serie de estrategias que, a juicio de los expertos de las 17 Comunidades Autónomas, vendrán a mejorar la asistencia sanitaria prestada a nuestros ciudadanos.

Concretamente la estrategia 27 hace referencia a la **necesidad** de mejorar la coordinación entre servicios sanitarios y servicios sociales y se fija el propósito de mejorar la cooperación de los servicios sanitarios y los servicios sociales en la atención a los usuarios, para lo que el documento señala (pag.55) **como medida a tomar** la siguiente:

*Impulsar la figura del trabajador social en Atención Primaria para mejorar la **coordinación** entre los servicios sanitarios y sociales.*

Por su parte, el documento del Senado que recoge las conclusiones de la Ponencia en Estudio sobre la situación de los pacientes con ER se hace una referencia expresa a los trabajadores sociales en los términos siguientes:

“Los trabajadores sociales son los expertos en atención de las necesidades sociales específicas de cada individuo por lo que:

- a) *Deberá procurarse su **formación e información** actualizada sobre todos los recursos aplicables a cada caso.*
- b) *Se deberá posibilitar que **en una sola instancia**, bien sea Ayuntamiento, Comunidad Autónoma o Administración Central, en sus distintos organismos, puedan tramitarse todos los recursos”.*

En referencia concreta a las ER, y en lo que al ámbito de la coordinación se refiere, la mesa de expertos reunidos por el IMSERSO, considera **necesaria** “la articulación de un sistema de acompañamiento que facilite los trámites y preste apoyo social y psicológico al afectado y la familia durante el proceso”. Y consideran que “esta función la podrían realizar los **trabajadores sociales** de los equipos de atención primaria, que deberían estar presentes desde el comienzo del proceso ante una sospecha fundada de enfermedad poco común, evitando en gran parte la desorientación e incertidumbre que conlleva la búsqueda de diagnóstico”.

El Libro Blanco de la Dependencia (Capítulo VII, pag. 18) señala que “en la mayoría de los centros de salud, **el/la trabajador/a social** evalúa los casos a demanda del personal médico o de enfermería y solicita, en el supuesto que lo precise, el correspondiente servicio social institucional o comunitario”.

Este mismo trabajo recoge que el 42,5% de los **trabajadores sociales** trabaja en varios centros de salud, apareciendo como un importante indicador de las necesidades de los profesionales, el de **coordinación** y dinámica de grupos.

Otro experto que ha expresado su opinión sobre las **necesidades** de la coordinación en los Equipos de Atención Primaria es Tomás Pérez Gascón, quién en su calidad de Pte. de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria lo expresaba de la siguiente forma:

*“Los gestores tienen cada vez menos claro la figura del **trabajador social** en los EBAP, y eso va en contra de desarrollar lo comunitario, ya que estos profesionales tienen un punto de vista menos sanitario y pueden influir positivamente en el resto de profesionales de los EBAP”.*

Susana Lorenzo, de la Fundación Hospital Alcorcón y Editora de la Revista de Calidad Asistencial, el referirse a la coordinación social hace referencia a la **necesidad** de “la potenciación de los perfiles de profesionales que desarrollen su labor entre los aspectos sociales y sanitarios”. Y pone como ejemplo de esta labor, “la *evaluación física y sociofamiliar que desarrollan los **trabajadores sociales** de nuestros centros*”.

Juan Gervás, del Departamento de Salud Internacional, de la Escuela Nacional de Sanidad, expone de otra manera:

*“También es manifiestamente mejorable la **coordinación socio sanitaria**, y es este campo sería de destacar una mejora que bien podrían liderar los **trabajadores sociales**”.*

Por último, la Comunidad de Madrid, en su Plan de Mejora de la Atención Primaria, y cara a impulsar la **coordinación** con Servicios Sociales propone “la elaboración e implementación del Plan de Actuación de **Trabajo Social** en Atención Primaria, en la que se defina la figura del trabajador social de atención primaria”.

4. La opinión del SAS.

Ciñéndonos al ámbito de la atención sanitaria en la Comunidad Autónoma de Andalucía, destacar que la Dirección General de Asistencia Sanitaria, en alusión a algunas cuestiones relativas a la implantación en el SAS de la “Enfermera de Enlace”, en un documento titulado “**ARGUMENTARIO: Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía**” reco-

ge literalmente (incluida la negrita y subrayado) en su página 8, lo siguiente:

*“La enfermera comunitaria de enlace **no** es el referente para realizar la coordinación socio-comunitaria”.*

Y que continúa con el siguiente mensaje literal:

Mensaje a reforzar: La Coordinación con los servicios socio-comunitarios desde la Atención Primaria es una de las funciones de los Trabajadores Sociales de Salud (TS). El TS de Salud se COORDINARÁ con los Servicios Sociales Comunitarios con el propósito de una mejor utilización de los recursos socio-sanitarios. Las Enfermeras Comunitarias de Enlace, al igual que el resto de los profesionales de referencia del paciente, detectará casos de riesgo social, transfiriendo la responsabilidad de la gestión de estos casos a la trabajadora social de referencia para el paciente”.

5. La situación actual en Andalucía.

El Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas, preveía un aumento del personal de cuidados domiciliarios, pero de cuidados de guantes y gasas, de toma de constantes vitales y curas, de sondas e inyectables, no de móvil corporativo, tarjeta de visita, programas usurpados a otras categorías profesionales, funciones y competencias de los trabajadores sociales, cursos y cursos de formación, reuniones y reuniones de coordinación, jornadas y congresos de auto-bombo, campaña diaria de marketing en la WEB del SAS, un complemento salarial hasta hace poco de origen desconocido, y una adaptación retributiva de su puesto de trabajo que sonrojaría (y cabrearía) a cualquier otro enfermero.

Desde su incorporación, e incluso antes de la misma, siendo entonces D. Pablo Recio Consejero de Salud de la Junta de Andalucía, ya se veía venir esta situación, que ha generado quejas sindicales, colegiales y profesionales a lo largo y lo ancho del panorama sanitario andaluz.

Desde 2002 han sido muchos, casi un centenar, demasiados, los Centros de Salud que bien han perdido su trabajador social, pese a formar parte, legalmente, del Equipo Básico y ser “el trabajo social”, prestación básica e inicial del Sistema Nacional de Salud, o centros que se han abierto sin esta figura profesional.

Desde 2002, casi 400 enfermeros de enlace han sido contratados por el SAS, en Centros de Salud y Hospitales, y no precisamente para “reforzar los cuidados enfermeros”, porque de eso ya se ocupan perfectamente las Enfermeras de Familia, verdaderos “enlaces” entre el usuario y el Centro Sanitario.

Con esta dotación de Enfermería de Enlace se podía reforzar cada Distrito Sanitario de casi 15 enfermeros de CUIDADOS, lo que si redundaría en un “refuerzo” real de los cuidados domiciliarios.

Desembarcaron en 2002 en el SAS repartiendo sillas de ruedas, camas articuladas y andadores. Es decir, plagiando y usurpando el Programa de Recuperación y Reasignación de Material Ortoprotésico que los trabajadores sociales llevaban desarrollando desde 1994 (Revista Todo Hospital nº 101). Nos vendieron como novedosos los talleres para cuidadoras, que los trabajadores sociales ya desarrollaban en algunos Distritos, como el Norte de Córdoba desde finales de los años 80, y les hicieron responsables de la tramitación de las

tarjetas de cuidadoras, idea presentada en la EASP de Granada, por un grupo de trabajadoras sociales de Málaga.

Ahora se les asigna como población diana a los pacientes afectados por enfermedades raras, ámbito en el que los trabajadores sociales andaluces somos pioneros en su abordaje, en toda Europa, desde 2005. Baratos no son, pero originales... tampoco.

Pese a que la Dirección General de Asistencia Sanitaria dejara bien claro que el referente para la coordinación socio-sanitaria es el trabajador social y no la enfermera de enlace, son constantes las quejas de los primeros por las injerencias de las segundas en los Servicios Sociales, coordinando actuaciones directamente con los trabajadores sociales municipales, obviando o “puenteando” a los trabajadores sociales de sus centros y realizando cometidos, funciones y asumiendo competencias para las que no tienen formación, ni capacitación, ni titulación, ni están habilitados legalmente para ello.

Coincidimos por ello en la primera apreciación que se ha realizado por la ASANEC al documento presentado por la DECA, en el sentido de que no se termina de acotar conceptual ni funcionalmente el rol de la EGC, y que se hace un esfuerzo baldío de definición de competencias y ello, básicamente, porque bastantes de ellas lo son y lo vienen siendo legalmente de los trabajadores sociales sanitarios, por lo que esta circunstancia genera un evidente riesgo, no de que se reabran debates inútiles, porque siguen existiendo, sino de que se agudicen los que JAMÁS han sido cerrados, aunque haya quién pretenda que los ignoremos.

6. El contexto del documento.

El documento basa su contexto en un marco basado en tres conceptos bien diferenciados (pag 5):

Ciudadanía: En la que se ciñe la gestión de casos en la oferta de atención sanitaria a *personas con elevada complejidad de cuidados*, sus familias y cuidadores, pero que luego se “extiende” de forma incontrolada a otros ámbitos de la atención, básicamente de carácter social, con evidentes injerencias, cuando no intrusismo, en las competencias, funciones y actividades de otros colectivos profesionales como matronas, fisioterapeutas, psicólogos y trabajadores sociales.

Profesionales: Aquí si lo tienen muy claro. Son los elementos esenciales, y el liderazgo, el protagonismo y el empoderamiento corresponden, en exclusiva, a la enfermería.

Espacio compartido: Se pretende favorecer, entre otras cosas, la innovación, pese a que se han limitado a implantarse en el SSPA a base de proyectos, iniciativas, programas e ideas ya desarrolladas o expuesta por otros colectivos, y se aboga por potenciar el trabajo en equipo multidisciplinar y multiprofesional, cuando en la página 25, al hacer referencia a la relación con el resto de profesionales, se limitan a coordinarse con la enfermería (de familia y/o de enlace), y a comunicar sus actuaciones en la Hª Clínica al resto del equipo. ¿Multidisciplinar? ¿Multiprofesional? ¿Coordinación?

7. El Plan de “agobio” a las familias.

En las páginas 9 y 10 del documento se hace referencia al Plan de Mejora de la Atención a personas cuidadoras en Andalucía, y se afirma que la gestión de casos ha servido para que

las personas que cuidan a otras dejen de ser un recurso, para pasar a ser población diana de nuestro sistema sanitario.

Antes de que la gestión de casos se implantara en Andalucía, incluso mucho antes de que este término apareciera en Chiclana en 1999, las personas cuidadoras ya venían siendo población diana de intervención de los trabajadores sociales sanitarios quiénes, de forma conjunta y coordinada con los trabajadores sociales de los Servicios Sociales Comunitarios, abordaban las situaciones de riesgo socio-sanitario derivadas por el resto de profesionales del Centro de Salud, Hospital o Equipo de Salud Mental.

Y debido a este tipo de intervenciones y de trabajo conjunto y diario con las familias y las personas cuidadoras y con los Servicios Sociales Comunitarios, surgieron programas como el de material de ortopedia, los talleres y las tarjetas para cuidadoras, etc. que hoy son el “buque insignia” de las gestoras de casos, pero que en algunos casos llevaban décadas siendo desarrollados por los trabajadores sociales sanitarios.

Si bien es cierto que a las familias se les están facilitando gestiones, prestaciones y material tanto de ayuda a la deambulacion como de curas, algo no muy diferente (pero ahora con mayor respaldo institucional) a lo que ya se realizaba en el Plan de Alta Hospitalaria implantado por los trabajadores sociales sanitarios, o el ya mencionado programa de ortopedia, también es cierto que se empiezan a delegar en las personas cuidadoras, técnicas, curas y cuidados de enfermería que, si alguna auxiliar de enfermería se atreviese a realizar en cualquier centro sanitario, sería acusada inmediatamente de intrusismo profesional por el colectivo enfermero.

Entendemos que la opción de cuidar a otra persona ha de ser exactamente eso, una opción, y no una OBLIGACIÓN, y si con el Plan de Apoyo a la Familia se “obliga” a la familia a asumir tareas, cuidados, sondajes, controles, curas y cambios posturales de personas que necesitan, según la propia definición de gestión de casos, “elevada complejidad de cuidados”, podemos estar convirtiéndola en la Ley de AGOBIO a la Familia, y la “escuela de pacientes” en un arma de doble filo, que podría ir del “autocuidado”, que es una opción perfectamente asumible, a la dejación de competencias, que ya no lo es tanto. Recordemos que la norma explicita un “**refuerzo enfermero**”, y no que las funciones y tareas de enfermería las acaben asumiendo las familias.

8. La gestión eficiente de los recursos.

Este término, a la vista de la actual situación económica, incluso aunque fuese otra, es de obligado abordaje en el análisis de este documento, básicamente porque el mismo hace referencia a conceptos que van ligados entre sí.

Se expone que ahora es más necesaria que nunca una “mirada” a la gestión de casos, porque es necesario garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario, mediante la responsabilidad ciudadana y una adecuada gestión de recursos. La argumentación, tal cual, no ofrece problema alguno, todo lo contrario.

El problema se suscita en la “traducción” de la misma a la realidad cotidiana del contexto en que se implanta la figura de la gestión de casos; en la “trasposición” de estos conceptos a lo que realmente ha supuesto esta implantación en el SSPA.

La primera “voz de alarma” ya la hemos visto en el posicionamiento de la SAMFyC, que

no considera ni oportuna ni necesaria esta nueva figura profesional, y que incluso llega a considerarla como inútil.

La segunda argumentación parte ya no sólo de los argumentos del colectivo médico, cuya capacidad de argumentación nadie va a negar, sino del planteamiento basado en la propia estructura del SSPA, es decir, que la solución al problema planteado hubiese consistido en lo que la normativa realmente proponía: un refuerzo del personal de enfermería o, traducido de otra forma, un refuerzo de los Equipos Básicos de Atención Primaria, o en palabras de los médicos, potenciar los Centros de Salud.

Si en lugar de contratar 400 nuevos profesionales “gestores de casos”, se hubiese optado por reforzar cada Centro de Salud con un enfermero (320) y dotar a algunos centros del Trabajador Social que le falta (80), no sólo se hubiese conseguido el mismo propósito, sino que se habrían evitado conflictos inter e intraprofesionales, ahorrado en la creación de nuevas estructuras, en formación y márketing institucional, en cursos, jornadas y sesiones interminables de coordinación, en retribuciones y adaptaciones retributivas “a la carta”, y no se hubiese dinamitado el trabajo en equipo, como ha sucedido.

Además, la adecuada gestión de los recursos, teniendo en cuenta al trabajador social sanitario como RECURSO del centro sanitario, y por ello del SSPA, queda en evidencia cuando se implanta un profesional de nueva cuña, con unas mayores retribuciones y un gasto extra desorbitado en su puesta en marcha, para que luego acaben asumiendo, por un lado, idénticas funciones a las hasta entonces desarrolladas por los trabajadores sociales sanitarios o, por otro, enmascaren esta situación evidente, realizándolas “en colaboración” con los mismos.

9. La Enfermería Práctica Avanzada (EPA): ¿Incluye el Trabajo Social Sanitario?

En la página 11 se hace referencia a los nuevos desarrollos en la disciplina enfermera, encaminados a proporcionar a la ciudadanía cuidados de mejor calidad, con un desarrollo progresivo hacia un modelo de práctica avanzada, con maximización de la utilización de competencias especializadas, liderazgo (parece una obsesión), cuidados de alta calidad y 4 subroles: clínico experto, consultor, docente e investigador.

Pero el texto deja bien claro que la EPA no está caracterizada por las tareas o técnicas realizadas (tal vez porque se pretenda que las asuman las familias), sino por conceptos para los gestores de casos, tan “útiles y prácticos” para las personas cuidadoras como:

- V Conocimiento experto.
- V Autonomía para las decisiones complejas.
- V Habilidades clínicas.
- V Sistemas de valoración avanzados.
- V Juicios diagnósticos.
- V Prescripción de fármacos
- V Competencias en docencia e investigación

Más bien parece que nos encontramos ante un ejercicio práctico de auto promoción profesional, bastante alejada del ámbito de los cuidados y del apoyo a la persona cuidado-

ra, salvo por la reciente posibilidad de prescripción de material de curas, y que ha desembocado, en no pocas ocasiones, en que se acaben asumiendo parcelas propias del trabajo social sanitario, en detrimento de las propias de enfermería.

De hecho en la página 14 se argumenta que la gestión de casos mantiene activados “eficientemente” los sistemas de apoyo y de prestación social, cuando desconoce la inmensa mayoría de ellos, sus características, sus requisitos y sus niveles y criterios de aplicación. Así mismo hace referencia a la coordinación interniveles asistenciales, cuando en muchas ocasiones se limitan a “suplantar” al trabajador social sanitario y asumir sus competencias.

10. El perfil competencial de la enfermera gestora de casos.

En la página 32 del documento se aborda el perfil competencial de la enfermería gestora de casos, y se entiende por competencia, *“el estado de tener (entre otras), el conocimiento, la habilidades y la experiencia... para poder responder de forma adecuada y eficientemente a las demandas derivadas de las propias responsabilidades profesionales”*.

Bien, pues llegados a este punto, alguien tendría que recordar a la Dirección de Estrategia de Cuidados de Andalucía (DECA), que las enfermeras de enlace y/o gestoras de casos, son eso, enfermeras, ni más, ni menos, y que son una nueva figura profesional originaria de la categoría profesional de enfermera, no de otra, ni una nueva categoría profesional o paralela o complementaria y, mucho menos, un híbrido mezcla de enfermera y trabajador social, aderezado con funciones y competencias de psicólogos, matronas y fisioterapeutas.

Lo dice el propio documento de la DECA... derivados de las propias responsabilidades profesionales, que son los CUIDADOS de enfermería y, en el caso del gestor de casos, según su propia definición, de *“personas con alta complejidad de los mismos”*.

¿Alguien nos puede explicar y demostrar de forma documentada, bien por currículum formativo, bien por bibliografía al efecto, dónde han obtenido estas enfermeras y enfermeros el conocimiento, las habilidades y la experiencia para abordar, como vienen haciendo, situaciones de riesgo social, problemas sociales, y toda clase de actividades, funciones y competencias profesionales de los trabajadores sociales sanitarios?

Tal vez el problema resida en lo expuesto en la página anterior, en la no asunción de las técnicas y tareas propias de la enfermería, las derivadas realmente de su responsabilidad profesional, por ser mucho más atractivas las de otros colectivos profesionales. O esos conceptos de gestión que tan bonitos quedan en el papel, pero que se demuestran inútiles ante la necesidad de apoyo real de cuidados a las familias y a sus cuidadores.

11. Estrategias y áreas formativas para la gestión de casos.

Coincidimos con el documento de la DECA en que la formación de los EGC debe ser coherente con las competencias definidas para esta figura profesional, pero añadiremos que dichas competencias deberán ser así mismo coherentes con la titulación, conocimiento y experiencia de estos (no olvidarlo) enfermeros/as, así como con las competencias, funciones y actividades del resto de profesionales del ámbito de la salud, que a su vez tienen sus propias titulaciones, conocimientos y experiencias.

Desde el ámbito del Trabajo Social Sanitario nos alegramos sobremanera de comprobar

que la DECA ha incluido entre sus prioridades de formación para los EGC, las **prácticas innovadoras**, toda vez que hasta la fecha, prácticamente ninguno de los programas, proyectos, ideas o experiencias “usurpados” para la puesta en marcha de la EGC han partido de su propio colectivo profesional sino, en la inmensa mayoría de los casos, de los trabajadores sociales sanitarios como, y sólo por citar algunos:

- » Programa de Recuperación, Control y reasignación de Material Ortoprotésico. 1994
- » Talleres para cuidadores: Cuidando al Cuidador. 1987-2002
- » Tarjetas para cuidadores: EASP 2001.

En cuanto a las áreas formativas, les damos la bienvenida a los nuevos ámbitos de actuación que les han asignado desde la DECA, en algunos de los cuales los trabajadores sociales sanitarios andaluces ya llevamos trabajando, de forma pionera, desde 2005, como es el caso de las Enfermedades Raras, dónde es posible que nuestro conocimiento y experiencia ya no “resulten de utilidad”, en beneficio de la gestión de casos.

Lo que ya no tenemos tan clara es su propuesta de formación en áreas de **exclusión social**, de personas **inmigrantes** y de **violencia de género**, salvo que sean usuarios que precisen de “*complejos cuidados de enfermería*”, lo que va a requerir de una explicación de tales extremos.

Lo mismo podríamos decir de las referencias formativas sobre la intervención en el **entorno familiar**, información sobre **derechos y garantías de los usuarios**, **Ley de la Dependencia**, **entorno residencial**, **instituciones proveedoras de recursos**, **apoyo domiciliario**, **problemas sociosanitarios**, **respuestas de los Servicios Sociales** y, por fin, la única referencia en todo el documento a la coordinación con la **Trabajadora Social**. Todo ello en la página 37 y reiterado en páginas posteriores.

Ya al final del documento, y a la hora de abordar los criterios que pueden definir la intervención de la gestión de casos, se hace referencia en la página 54 al ámbito **social**, por una parte, y al **psicológico** por otra, con lo que intuimos que no será el colegio profesional de trabajo social el único en presentar alguna que otra objeción al documento presentado.

12. El posicionamiento de la ASANEC.

A la vez que el documento de la DECA, nos ha llegado el documento que refleja el posicionamiento de la ASANEC con respecto al primero, toda vez que ambos se encuentran colgados en la página WEB de la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria.

En esta misma página ya tuvimos la oportunidad de leer, hace unos años, el documento “Aportaciones de la ASANEC al Libro Blanco de la Dependencia”, donde arremetían sin rubor ni medida alguna contra los trabajadores sociales de los Servicios Sociales Comunitarios, acusándolos de ser una de las principales “debilidades” del Sistema, y considerar que la aplicación de la Ley de la Dependencia debía ser “liderada” (se repite el término), por la enfermería. Haciendo amigos...

Compartimos con la ASANEC la oportunidad y conveniencia de trabajar en un proceso de clarificación, sobre la elaboración de un marco estratégico coherente, que consolide y avance, no en la gestión de casos, sino en la mejora real de la calidad e integralidad de los cuidados sociosanitarios que hoy día presta el SSPA a los sus usuarios. Que no es lo mismo.

Coincidimos así mismo en que el documento contiene elementos gravemente lesivos al menos, para el colectivo de trabajadores sociales sanitarios por, como mínimo, invadir competencias, funciones y actividades propias de su titulación, formación, habilitación legal y experiencia profesional de éstos.

No coincidimos en absoluto con la ASANEC, en considerar que los debates en torno a la no definición de competencias, ni de acotar de forma legal y coherente el marco funcional y conceptual del rol de la EGC, estén “**afortunadamente cerrados**”, sino todo lo contrario. Este documento seguramente va a servir como detonante de la situación que venimos soportando desde 2002, hábilmente disimulada y callada desde las instancias pertinentes, pero en modo alguna asumida por este colectivo.

Este documento de la DECA, no “desempodera” en absoluto a la EGC, sino que pretende que asuma funciones que no son de su competencia profesional, y les asigna otras de dudosa coherencia con su formación, conocimientos y titulación. Y las personas con necesidades complejas de cuidados, los que seguramente implicarán problemas o necesidades de ámbito social, a lo que tienen **derecho** es a ser atendidas por su Enfermera de Familia, en su domicilio, por su Trabajadora Social Sanitaria, en su domicilio y, si fuese necesario, por su Médico de Familia.

Porque, **legalmente**, éste es el Equipo Básico de Atención Primaria, dónde la EGC no figura, y si el trabajador social sanitario. Al igual que “**el trabajo social**” es una prestación básica e inicial del Sistema Nacional de Salud y de su Cartera de Servicios, tal y como recogen de forma explícita tanto la Ley de Cohesión y Calidad como la propia cartera de Servicios del SNS.

Tal vez por esta razón no se abordan cuestiones relacionadas con la consolidación de plantillas de EGC, ni se determinan criterios de asignación y distribución de las mismas en las distintas áreas de salud. También es muy posible que, a la vista de la realidad de los hechos, los resultados obtenidos y la realidad económica, sanitaria y política de esta país, y de Andalucía en concreto, algún otro valiente, como en el Hospital Virgen del Rocío en Sevilla, lo que realmente se esté planteando es hacer caso a los expertos, y no a las argumentaciones político-corporativistas, y proceder a lo que la ASANEC ha calificado muy sutilmente como “*remodelación local del modelo de gestión de casos*”, que no ha consistido en otra cosa que devolver a la mayoría de las EGS del mencionado centro, a sus anteriores puestos de trabajo de enfermeras de base.

Coincidimos con la ASANEC en que la población, los usuarios, las familias y las personas cuidadoras (que a veces no son familia), necesitan servicios globales y coordinados. Pero esta necesidad ya existía antes de la creación del a figura de la gestión de casos, y muchos profesionales ya trabajaban a diario en proporcionar esos servicios globales y coordinados

En el Centro de Salud, ese grupo de profesionales se denomina desde hace muchos años EBAP: Equipo Básico de Atención Primaria y, entre sus profesionales, hay uno que se venía encargando de la coordinación directa y puntual con los Servicios Sociales Comunitarios, con sus trabajadores sociales, para abordar de forma conjunta y coordinada, con la colaboración del EBAP y su asesoramiento, estas situaciones sociosanitarias complejas. Estos profesionales son los Trabajadores Sociales Sanitarios, en algunos casos desde hace ya más de 30 años. Los mismos profesionales a los que los expertos, incluidos los de las 17 Comunidades Autónomas, adscriben la posibilidad de mejora de la coordinación sociosanitaria.

CONCLUSIONES.

Resulta más que evidente la usurpación de funciones del colectivo de Trabajadores Sociales Sanitarios, por parte de esta nueva figura profesional, y no porque sean más efectivos en su desarrollo, implantación o puesta en marcha de las iniciativas y programas que llevan a cabo, dado que ni los pilotaron, ni los crearon, ni los pensaron, se limitaron a desarrollar lo que ya “funcionaba”, pero acompañado de una campaña de marketing institucional, que sigue pretendiendo vendernos como novedoso lo ya puesto en marcha y desarrollado por los trabajadores sociales sanitarios hace años.

Quizás la mayor preocupación del que suscribe estas letras, es la reacción que, hasta la fecha, el colectivo de trabajo social sanitario ha demostrado ante esta inaceptable situación. No lo digo yo, ya lo dijo Peter Pritchard: “es algo por lo que los trabajadores sociales pueden verse resentidos”. Pues tranquilo Peter, el colectivo casi ni se ha inmutado.

Salvo algunos resquicios de resistencia pura, dura y activa, el resto de los profesionales se ha quedado a “verlas venir” y a esperar a ver “lo que hacen otros”, incluso a exigir que lo hagan otros, como sindicatos o colegio profesional, organizaciones a las que ni tan siquiera están adscritos.

Evidentemente se vive mejor sin conflictos, la labor diaria es más liviana si se “comparte” con otros, y no te digo ya si esos otros acaban haciendo tu trabajo. De lo único que debes preocuparte es de no aburrirte, y si para ello te puedes dedicar a tramitar solicitudes varias de Servicios Sociales, ayudas variopintas de todo ámbito y pasear por el centro como un “fantasma”, quejándote del “mucho trabajo” que tienes a diario y de las muchas “consultas” que tienes citadas, eres feliz... como una perdiz.

Lo único que nos queda es seguir trabajando, como verdaderos profesionales, y seguir defendiendo nuestro espacio profesional como algo propio, legítimo, sin complejos y sin miedos.

Porque de otra forma, la muerte del colectivo puede ser una realidad más pronto que tarde. Hay quién incluso ya nos da por “muertos, pero mal enterrados”.

Pero... seguimos trabajando...

BIBLIOGRAFÍA

- Consejo Interterritorial de Salud. Documento AP XXI.
- Decreto 137/2002 de apoyo a las familias andaluzas. BOJA 52 (4/5/02).
- Libro Blanco de la Dependencia. Capítulo VII.
- Pritchard, Peter. “Manual de atención primaria de salud. Su naturaleza y organización”. Edt. Díaz de Santos. 1981.
- Revista Samfyc. Nº 4. Noviembre 2002. Editorial.
- VV.AA. Argumentario: Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.
- VV.AA. “Modelo de gestión de casos del SSPA”. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2011.